

# PDF Eraser Free

To my father Albrecht De Grave

Promotor    Prof. dr. Gertrudis Van De Vijver  
                 Vakgroep Wijsbegeerte en Moraalwetenschap

Decaan       Prof. dr. Marc Boone  
Rector       Prof. dr. Paul Van Cauwenberge

# PDF Eraser Free

Nederlandse vertaling:

Psychose als realiteitsstoornis: een epistemologisch onderzoek

This Ph. D. was made possible by a

**Special Ph. D. Fellowship**

Research Foundation,

FWO Flanders.

Dit doctoraat werd mogelijk gemaakt

door een **Bijzondere Doctoraatsbeurs**

Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek,

FWO Vlaanderen.

Dossier nummer: 1.9.008.10.N.00



**Fonds Wetenschappelijk Onderzoek**  
**Research Foundation – Flanders**



Faculteit Letteren & Wijsbegeerte

Dieter De Grave

# *Psychosis as a disorder of reality*

*An epistemological enquiry*

Proefschrift voorgelegd tot het behalen van de graad van  
Doctor in de wijsbegeerte

2013

# PDF Eraser Free



Figure 1 A portrait of Albrecht De Grave by Gloria Meija (1974)

# PDF Eraser Free

# Voorwoord: getuigenis van een mislukking<sup>1</sup>

## De voortijd: Engelen en Duivels, bij de beesten af

*Een filosoof is een mens die zijn kinderlijke vragen niet heeft opgegeven.*

In vroeger tijden reageerde mijn vader op het zingen van Engelstalige liedjes ten huize De Grave: “Kan je dat niet in het Nederlands zingen? Dat is al goed genoeg.” In mijn persoonlijke (leer)analyse besprak ik met mijn analyticus de kinderlijke fantasie dat ik in mijn vorig leven een Engelse vrouw was geweest als verklaring voor het feit dat ik van zo vroege leeftijd het Engels machtig was. Hij antwoordde: “Of eerder een Duivelse man?” Dit opende een wereld in mijn onbewuste die zich centreerde rond engelen, het goed en het kwaad, seksualiteit, mannelijk en vrouwelijk, De boom van kennis van goed en kwaad,...

Op het einde van de humaniora kwam tijdens de les fysica de vraag wat we later wensten te studeren. De vraag had zijn gevolgen, want op basis van de intentieverklaring besliste de leerkracht of je gemakkelijk dan wel moeilijk eindexamen zou voorgeschoteld krijgen. Ik antwoordde: “Psychologie of Filosofie, ik ben er nog niet goed uit.” Na deze ontmoeting in het klaslokaal besprak ik dit met mijn ouders, waarop mijn vader zei: “Doe dan maar eerst psychologie. Daar ben je misschien nog iets mee. Na de psychologie kan je dan filosofie gaan studeren.”

---

<sup>1</sup> "U zal zien dat als de liefde reëel het middel wordt waardoor de dood zich verbindt met het genot, de man met de vrouw, het zijn met het weten; als ze echt het midden wordt, zal de liefde zich niet meer als mislukking definiëren. [...] Als de psychoanalyse een middel is, dan is het op de plaats van de liefde dat ze zich ophoudt. De liefde is het imaginaire dat specifiek is voor iedereen, die zich niet voegt behalve bij een bepaald aantal personen die helemaal niet per toeval gekozen zijn. Daar is de veerkracht van het meer-aan-genieten. Er is de relatie tussen het reële van een zekere kennis en de liefde dekt het gat af. Zoals u kunt zien, het is verduiveld lastig. En als de zijde, de equivalente zijde van dat wat ik heb gesitueerd van de liefde als de essentiële link tussen het Reële en het Symbolische, als deze genomen wordt als midden, dan heeft dit alle kansen om dat ook te zijn op het niveau van de finaliteit, te weten wat men een pure mislukking noemt." (Lacan, 1973-1974 (Sem XXI, Les Non Dupes Errent: les van 12 maart 1974, mijn vertaling)

## PDF Eraser Free

Want ik had een duidelijk verlangen om te weten. Mijn eerste interesse op jonge leeftijd was diergeneeskunde, want ik vond het leuker om met dieren dan wel met mensen om te gaan. Maar aangezien het dierenarts worden me leek als het spalken van verstuurde katten- en hondenvoetjes, verschoof de keuze al snel naar biologie als wetenschap. Ik verslond boeken over het onderwerp, vooral naar classificatie van diersoorten. Waar leefden ze, wat aten ze, hoe is hun gedrag, zijn ze een bedreigde diersoort, hoeveel jongen krijgen ze,...

Parallel aan deze fascinatie voor de biologie (studie van het levende) en de zoölogie (studie van de dieren) ontstond er een gegrepen zijn door de paranormale verschijnselen. Naast de lectuur van de eerste categorie verdiepte ik mij in de astrologie, het pendelen, tarot, geomantie, wicca, uittreding, hypnose, telepathie... Mijn gegrepen zijn centreerde zich echter rond zwarte magie en een bestuderen van het Kwade en het Duivelse. Zo belande ik in 1990 bij het boek Encyclopedia of Forbidden Knowledge waarin ik volgende zinsnede tegenkwam:

“Eros and Thanatos, ‘Love’ and ‘Death’ respectively, were the keywords of Aleister Crowley’s life –of the Magick that filled his life- and of the supposed revelation he had received in Cairo.” (Cassiel, 1990: 20)

Deze zin schudde mij wakker uit de dogmatische sluimer. Alle fenomenen, normaal en paranormaal, zijn te begrijpen als geschraagd tussen leven en dood. Eros en Thanatos als ontologisch beginsel zijn me tot op de dag van vandaag bijgebleven in het ondervragen van het leven, het denken, mens zijn, cultuur, geslacht,... Dit Eureka moment had verstrekkende gevolgen want in één klap was ik ‘genezen’ van mijn paragnosterieën. De realiteit zoals die kenbaar is voor een subject, toont zich als manifestaties van net deze twee krachten, leven en dood. De centrale vraag naar het leven als mens is niet of er leven is na de dood, maar wel of er leven is vóór de dood.

De interesse in biologie en parapsychologie schoof naar de achtergrond om plaats te maken voor een nieuwe fascinatie. Hierin ligt de oorsprong van mijn gebetenheid door de filosofie. Het was vanaf dat punt mijn bedoeling een boek te schrijven over deze Eros en Thanatos. En bijgevolg moest ik op de hoogte geraken wat er rond dit onderwerp al gedacht en geschreven was. Ik stelde een symbool voorop om de intieme verwevenheid van Eros en Thanatos weer te geven.



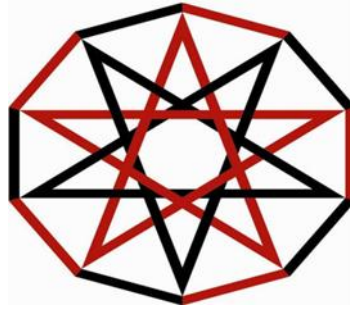


Figure 2 Eros en Thanatos

Het pentagram als meest complexe Gestalt, drager van de gulden snede, symbool voor de mens, magie en wiskunde.

## De logos van de psyche: psychoanalyse

Zo vatte ik dan ook mijn studies in de klinische psychologie aan. Ik was te weten gekomen dat Sigmund Freud geschreven had over Eros en Thanatos, dus viel mijn keuze op de psychoanalyse. Mijn lectuur van zijn werk en dat van de Franse psychoanalyticus Jacques Lacan werd heel sterk gekleurd door deze zoektocht naar de samenhang van levensdrift en doodsdrift. Zo wou ik dus ook een thesis schrijven over dit onderwerp.

De basisopstelling van *De doodsdrift ten aanzien van het Reële* bestond er in het problematische statuut van de lust te bevragen bij Freud en Lacan. Als alles, werkelijk alles, van de menselijke psychopathologie te begrijpen is als een seksueel probleem, wat valt er dan te zeggen over de motor achter de seksuele symptomen? Van waaruit worden deze gedreven? Onnodig te zeggen dat mijn interesse op dat moment zich vooral -misschien spijtig genoeg- centreerde rond de metapsychologische geschriften van Freud en Lacan. Het was mijn betrachting om in elk geval in theorie een onderzoek te doen naar de basis uitgangspunten van de psychoanalyse.

Deze halte in mijn onderzoek gaf aanleiding tot mijn eerste publicatie en mijn eerste lezing.

POLONIUS *I mean, the matter that you read, my lord.*  
HAMLET *Slanders, sir. For the satirical rogue says here that old men have gray beards, that their faces are wrinkled, their eyes purging thick amber and plum-tree gum, and that they have a plentiful lack of wit, together with most weak hams—all which, sir, though I most powerfully and potently believe, yet I hold it not honesty to have it thus set down; for yourself, sir, should be old as I am, if like a crab you could go backward.*  
POLONIUS *(aside)*  
**Though this be madness, yet there is method in 't.**  
—(to HAMLET) *Will you walk out of the air, my lord?*  
HAMLET *Into my grave.*  
POLONIUS *Indeed, that is out of the air.*  
*(aside)* *How pregnant sometimes his replies are. A happiness that often madness hits on, which reason and sanity could not so prosperously be delivered of.*

*Hamlet Act 2, Scene 2*

Bij het afronden van de studie Klinische Psychologie had ik ook stage gedaan in het PC Sleidinge op de afdeling psychogeriatric. Op deze plaats was ik in contact gekomen met Henri De Keyzer, een patient die al van twee jaar vóór mijn geboorte (in 1974 dus) aanhoudend opgenomen was in een psychiatrische setting. Sprekend met hem en de andere 'chronische' patiënten kwam ik tot de vaststelling dat het waanverhaal dat ze in het contact ten berde brachten wel degelijk steek hield. Zo was Henri ervan overtuigd dat hij de Keizer van de Wereld was en had hij de aanhoudende vraag om naar de Critique gebracht te worden. Waar in eerste instantie vooral zijn nogal spectaculaire symptomen opvielen (zijn wenkbrauwen afknippen en opeten, liters water drinken, sigarettenas opeten, kippenbillen met bot en al verorberen, rozenbottels savoureren,...) werd het mij tijdens het beluisteren duidelijk dat er wel degelijk orde en logica zat in zijn denken, voelen en handelen. Waar ik tevoren dacht dat psychotici gewoon 'zot' waren, zag ik door de gesprekken met Henri dat psychotische subjecten anders denken, niet onlogisch, maar paralogisch.

Trouw aan de gemaakte belofte kreeg ik van mijn ouders na de studie klinische psychologie de kans om verder te studeren in de filosofie. De aandacht voor de driftleer bij Freud en Lacan werd verbreed naar andere filosofen, de wortels ondervraagd in de Griekse Oudheid en de ideeën aangescherpt door de confrontatie met andere velden in het denken. Deze sporen kwamen samen in mijn tweede thesis *Complexiteitstheorie en Psychoanalyse*. Hierin bouwde ik verder op de initiële ideeën geopperd in de eerste thesis om deze in dialoog te brengen met de complexiteitstheorie. Om deze dialoog te faciliteren werkte ik vier concepten uit die volgens mij ten grondslag liggen aan elke

## PDF Eraser Free

mogelijke complexiteitstheorie: grensfenomenen, contextuele interactie, patronen van organisatie en dynamische hiërarchie. Ik hernam de Freudiaanse worsteling met deze termen, aangevuld met de inzichten van Lacan en bracht deze in verband met de complexiteitsdenkers zoals Hofmeyer, Salthe, Maturana, Varela, Prigogine, Cilliers en zovele anderen. Ook werden vroegere aanzetten tot een synthese (Palombo) kritisch geëvalueerd.

Naast mijn studies in de filosofie vatte ik de opleiding Psychotherapie in het Freudiaans Lacaniaans veld aan en begon ik mijn (leer)analyse die 5,5 jaar zou duren. Uit beide ervaringen bleek alras dat mijn symptoom voor een groot stuk 'theorie' bleek te zijn. Al ik nu werkelijk dacht het d'office bij het rechte eind te hebben, was ik verkeerd. *Les non dupes errent*<sup>2</sup>, zoals Lacan aanduidt. Ik ben dus geen sofist die het weten ofwel aan zijn gelijk krijgen koppelt of tot in de afgrond relativeert, maar een filo-soof die de wijsheid zoekt en bemint. Geen psycho-loog die de ziel logisch kent, maar een psycho-therapeut die de ziel behandelt.

Dit andere eureka moment gaf me het inzicht en het vertrouwen dat mijn denken, voelen en handelen best niet te zeer in een theoretisch kader zou blijven. *The proof of the pudding is in the eating*. Ik koos na het afstuderen voor de klinische setting ten einde niet verder in abstracties te verdwalen. Het toeval bracht me weer op het pad van de psychose.

---

<sup>2</sup> Vanaf 1951 begon Lacan te spreken over de vaderfunctie binnen de familiale opstelling. Hij duidde de sleutelfunctie hierbij aan als *De Naam Van De Vader* (Le nom du père). In 1956 zal hij dit concept toepassen op de psychose als de *forclusie* (het faillissement) van de naam van de vader. In 1963 zou hij normaal een seminarie geven over de *namen van de vader*, les Noms du père, een ontduubeling van de naamfunctie. Door de excommunicatie uit de psychoanalytische school heeft hij dit seminarie nooit gegeven en gesproken over de Vier Fundamentele Concepten van de Psychoanalyse voor een nieuw publiek. 10 jaar later zal hij de draad terug opnemen en een seminarie geven over *Les Non Dupes Errent* (*de niet gedupeerden vergissen zich*) als homofonisch voor *Les Noms du père* en *Les Nons du Pere*. Hij zal een nieuwe logica uitdenken waarbij hij duidelijk maakt dat men zich ten aanzien de waarheid en het weten alleen in verhouding kan stellen als men aanvaardt dat het weten asymptotisch staat tegenover de waarheid. Deze is onbereikbaar als gegeven zijnde. Het Kantiaans 'Ding an Sich' is onkenbaar.

## PDF Eraser Free

# Psychose als uitdaging

Sinds 2003 heb ik de kans gekregen om mijn bijdrage te leveren in de behandeling van psychotische patiënten binnen het Psychiatrisch Centrum *Sint-Norbertushuis* Duffel. Naast deze klinische ervaring bestond de mogelijkheid om door middel van lezingen en het schrijven van artikels mijn ideeën te toetsen aan de meningen en kritische zin van derden. (zie referentielijst op het einde van dit doctoraat in de appendix) Hierin verdient de kans om elke twee jaar deel te nemen aan het congres van CASYS zeker vermelding. Op dit internationaal multidisciplinair congres komen sprekers samen die het willen hebben over anticiperende systemen vanuit complex perspectief. Een complex anticiperend systeem brengt zijn eigen huidige toestand in rekening naar een verwachte toekomstig toestandbeeld toe.

Uit deze indrukken en de klinische contacten met psychotici kwam een idee naar voor omtrent de diagnose van psychose. *'Psychose is Ander(s)'* Deze als psychotisch gediagnosticeerde subjecten staan anders in de wereld. Niet beter of slechter, maar anders. Het begrijpen van deze alteriteit vormde de nieuwe focus ten einde de behandeling meer af te stemmen op de reële noden en het subjectief lijden van de patiënt. Zo blijf ik in mijn woordgebruik spreken over een *patiënt* en niet over een *cliënt*. Een patiënt is afgeleid van het woord *patiens* 'Ik lijd'. Ook kan het verband gelegd worden met *patientia* dat lijden, dulden, volharding of geduld betekent. Een cliënt daarentegen is de afnemer van een goed of dienst en situeert zich in de commerciële, politieke of juridische wereld. De cliens was in de Middeleeuwen een horige (*cluens*).

Waar vinden we nu de verbinding tussen de wereld van de psychose en de wereld van de Anderen, de normalen, de gezonden? In welke hoedanigheid kan er een dialoog aangegaan worden? Doorheen mijn literatuurstudie en de klinische ervaring kon ik alleen maar tot het besluit komen dat het als gemeenschappelijke factor alleen kon handelen over een perceptie van de realiteit die anders op te vatten is.

De vraag naar psychose als realiteitstoornis gaat de uitdaging aan om een filosofisch antwoord te bieden. Zijn psychotici anders? Kijken ze anders naar de realiteit? Hoe kunnen we dit anders zijn begrijpen? Met de gedeelde realiteit als basis voor de vraagstelling heb ik de artikels en de teksten geschreven die zullen volgen na het voorwoord.

We zijn nu 10 jaar verder sinds de aanvang van de ontmoeting met de psychose. Het was mijn opzet om een boek te schrijven over de psychose waarin ik de achterliggende ideeën vanuit de psychoanalytische metatheorie wou combineren met de complexiteitstheorie toegepast op de psychose als probleem. Want mijn patiënten hebben me geleerd dat er wel degelijk methode schuilt in hun waan-zin. En toegegeven, ik had er ook zin in, die waanzin. Zo sprak ik mijn promotor *Prof dr. Gertrudis Van De Vijver* aan met torenhoge ambities. Via haar niet aflatend geduld en steun heb ik vol

## PDF Eraser Free

goede moed gedacht dat het haalbaar zou zijn. In al mijn overmoed heb ik dan een afwerkingsbeurs bekomen van het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek om het ambitieuze plan te doen landen.

Maar zoals steeds, life got in the way. Het project bleek oneindig in alle richtingen waardoor het geheel dreigde te mislukken. Het zijn dus artikels geworden, teksten van haastig bijeen gesprokkelde gedachten die weliswaar uitvoerig onderbouwd waren, maar wel de lijn misten die ik voor ogen had. Een mislukking als een gemiste ontmoeting. Lacan (1964) zegt dat het reële de plaats is waar 'het' net vertrokken is. 'Het' inzicht, 'het' woord, 'het' gevoel. En hierin schuilt volgens mij nu net de kracht van dit werk. Het is een getuigenis van een parcours, vol bulten en builen, een getuigenis die aansluit bij de worsteling die het tot stand heeft gebracht. Onaf, verbrokkeld op sommige plaatsen, maar een werk in uitvoering. Een beetje als de psychose zelf, niet echt uitgewerkt zoals bedoeld, maar logisch desalniettemin.

## Faire part à l'inconnu

Ik heb gekozen om dit voorwoord in het Nederlands te schrijven, trouw aan het vaderlijk gebod. Het Engels mag u dan ook zien als een schelmenstreek, een ander antwoord. Ik draag het werk dan ook aan *Albrecht De Grave* op, de vader die door zijn grenzen zowel heeft bemoeilijkt als gefaciliteerd. Zonder hem zou het parcours anders gelopen hebben en nooit tot dit resultaat gekomen zijn. Ja papa, *Ge moet dat anders bekijken*, heeft duidelijk zijn sporen nagelaten!

Naast deze vader verdienen ook twee vrouwen in het bijzonder een eervolle vermelding naar afwerking toe. Zonder de hulp en ondersteuning van zowel mijn promotor *Gertrudis Van De Vijver* als van de liefde van mijn leven *Anouk Willemaers* zou ik al lang verzand zijn in de mist van de belofte.

Gert heeft me al die tijd blijven ondersteunen, de nodige kritische bedenkingen gemaakt en me gewezen op mijn verantwoordelijkheden. Je bleef erin geloven tot de laatste bevochten centimeter toe.

Anouk wist me te zeggen dat als ik zei dat het bijna af was, ik dan gewoon ook moest *doorzetten* en het effectief afwerken. Anders zou een doctoraat steeds daar blijven als mijn narcistisch ingebunkerde realiteitsstoornis, het potentieel is daar als het zich manifesteert in de realiteit. Het heeft veel tijd en energie gekost van ons beiden, maar nu is het *Tetelestai* en gaan we verder. Zonder jouw liefde en ondersteuning ben ik verloren liefste. Zonder jou was het onmogelijk geweest. Je bent de beste vrouw die ik me kan wensen. Hou van je met heel mijn hart.

## PDF Eraser Free

Ook mijn broer *Hajo De Grave* en mijn moeder *Lia De Grave Van Hove* ben ik enorm veel dank verschuldigd. Het resultaat van dit decennium lang werk zonder eind blijkt toch zijn vruchten af te werpen. Jullie bleven steeds met tactvolle vragen informeren of het theoretisch brouwsel dan wel gedistilleerd geraakte en niet al te belegen bleef. Dank voor de liefde, de steun en het vertrouwen. Het leven is te kort om te zeggen hoe blij ik met jullie ben. Je bent de beste mama en jij de beste broer die ik me kan wensen.

Tijdens mijn beursjaar werd *Wolf De Grave* geboren. Hem ben ik de duidelijkheid verschuldigd door me te laten zien dat het leven niet alleen denken en zoeken is. Je was erbij als ik een deel van dit werk geschreven heb. Hou van je, mijn zoon.

Naast deze dichte kring kan ik onmogelijk zeggen wat het werk op De Baken A/De Baken/De Fase 1 voor mij betekend heeft, verschil gemaakt heeft. Zonder de steun van *Anke, Chantal, Brigitte, Ann, An, An, An, Annemie, Annemarie, Karima, Ann Sofie, Daphne, Helena, Tessa, Xandra, Leena, Paula, Marjan, Nele, Nele, Elke, Sarah, Natasja, Heidi, Thais, Dailesley, Karine, Rudi, Babs, Lieve, Gilles, Brigitte, Lut, Ward, Ercia, Nathalie, Pieter, Eva, Julie, Katrien, Bryan, Ben, Gina, Joëlle, Bernard, Veerle, Frans, Raf, Lucia, Sandy, Bo, Vicky, Iris, Roel, Stefaan, Manuel, Yamina, Mehmet, Sarah, Annelies, Alexander* en zovele anderen die ik heb mogen ontmoeten tijdens mijn zoektocht naar het licht in de duisternis zou ik nog altijd nergens staan, zoekend naar een aanknopingspunt. Een speciale en oprechte dank gaat uit naar *Annick Dierckx*. Jij hebt met je niet aflatend geloof in ons werken en denken getoond dat het in de psychiatrie daadwerkelijk anders kan. We blijven geloven in goede zorg, we blijven geloven in de vriendschap.

Ook *Dirk, Leo, Katrien* en *Patrick* verdienen een eervolle vermelding. Het werk ligt u nu voor als getuigenis van de inzet binnen ons Centrum. Dank om me te ondersteunen in de afwerking en voor de ruimte die jullie me gegeven hebben.

*Alex* en *Hannelore* waren er als ik diep weg zat in mijn theoretische krochten. Ook jullie hebben me laten zien dat leven aan de durvers is.

*Susie, Daniël* en *John*, bedankt voor de geboden mogelijkheden om samen te werken in Gent, Luik en andere plaatsen.

Maar vooral en misschien in de eerste plaats gaat mijn dank uit naar mijn *patiënten*. In de tien jaar dat ik in Duffel werk heb ik zoveel interessante mensen ontmoet op een moment van psychische ontreddeering. Ik heb altijd getracht een luisterend oor te bieden en er te zijn voor hen. En ja, ik weet het, soms ben ik te theoretisch en te verward. Ik spreek soms teveel en ben niet altijd even klaar en duidelijk.

Soms kan je je misschien de vraag stellen wie er nu feitelijk psychotisch is. Mijn antwoord daarop is zoals mijn standaard openingszin: “Vertel.” Net zoals ik doe, elke dag opnieuw en in wat nu zal volgen.

Ik nodig u uit op een reis langs de psychose.

# Table of Contents

<b>Voorwoord: getuigenis van een mislukking</b> .....	<b>vii</b>
De voortijd: Engelen en Duivels, bij de beesten af.....	vii
De logos van de psyche: psychoanalyse .....	ix
De filein voor Sophia: complexiteit .....	x
Psychose als uitdaging .....	xii
<b>Table of Contents</b> .....	<b>xv</b>
<b>List of Figures</b> .....	<b>xix</b>
<b>General Introduction</b> .....	<b>1</b>
Psychosis as a disorder of ... what reality?.....	3
Definition wars: objectivism-subjectivism .....	6
Delusion.....	8
Hallucination .....	9
Internal versus external, estranged versus engaged, the existential approach.....	11
Estranged Engaged .....	12
Psychosis as a complex form of direct(ed)ness: the saliency of reality .....	14
The theory of complexity : representation and non reductionism .....	14
The directiveness of hallucinations and delusions.....	16
Description of the chapters.....	17
<b>Chapter 1: Circumcising the Void</b> .....	<b>21</b>
Introduction to Circumcising the Void: (De)Contextualising in Complex Lacanian Psychoanalysis.....	22
<b>Circumcising the Void: (De)Contextualizing in Complex Lacanian Psychoanalysis</b> .....	<b>25</b>
1.1 Introduction: Castrating Pretences.....	25
1.2 Shortage of Sex and Lack of Life as Defining Points of Psychoanalytical thinking.....	25
1.3 À chacun, chacune, à Lacan, lacune .....	27
1.4 Theory of sexual complexity: the problematic self in self organisation.....	30
1.5 And beyond: towards a grand unifying theory of complex psychoanalysis.....	31
Commentary on Circumcising the Void: (De)Contextualising in Complex Lacanian Psychoanalysis.....	33
<b>Chapter 2</b> <b>Objectiviteit en objectivisme</b> .....	<b>37</b>

Inleiding op Objectiviteit en Objectivisme .....	38
<b>Objectiviteit en objectivisme .....</b>	<b>42</b>
2.1 Emil Kraepelin.....	42
2.1.1 Psychofysiologie: experiment, observatie en statistiek .....	44
2.1.2 Pathologie, symptomen.....	46
2.1.3 Nosologie en taxonomie.....	47
2.1.4 Psychose als klasse, psychose als ziekte .....	52
2.1.5 Drie psychosen, twee psychosen, één psychose? .....	54
2.1.6 Degeneratie .....	56
2.1.7 Van dementia praecox naar schizofrenie? .....	57
2.1.8 Post-Kraepelin en Neo-Kraepelinisme .....	60
2.2 Archibald Cochrane.....	65
2.2.1 Biografie.....	66
2.2.2 Efficiëntie, effectiviteit, equivalentie.....	69
2.2.3 EBM.....	71
2.2.4 EBP.....	74
2.2.5 Psychose als elusieve categorie binnen EBP .....	76
2.3 DSM: Menninger, Raines, Gruenberg, Spitzer, Frances, Kupfer en daaraan voorbij .....	82
2.3.1 Van consensus tot DSM I.....	84
2.3.2 DSM II .....	90
2.3.3 DSM III.....	94
2.3.4 DSM IV.....	99
2.3.5 DSM 5.....	104
2.4 De onmogelijke epistemologie: psychose als weerstand tegen reductie .....	111
Commentaar op Objectiviteit en Objectivisme .....	117
<b>Chapter 3 Time to Separate the Men From the Beasts: Symbolic Anticipation as the Typically Human Subjective Dimension .....</b>	<b>119</b>
Introduction to Time to Separate the Men From the Beasts: Symbolic Anticipation as the Typically Human Subjective Dimension.....	120
<b>Time to Separate the Men From the Beasts: Symbolic Anticipation as the Typically Human Subjective Dimension .....</b>	<b>122</b>
3.1 Beginning at the end is what anticipation is all about .....	122
3.2 Lacan and symbolic anticipation/Logical times as a sophism.....	125
3.2.1 The Riddle of the Three Prisoners .....	126
3.2.2 The (not so) Perfect Solution.....	126
3.2.3 The two Stops on the Ladder of Knowledge.....	130
3.3 Symbolic anticipation as a social interactional system of shared beliefs: Identity.....	131
3.4 Real, Imaginary and Symbolic Anticipation .....	133
3.5 In conclusion: The end is where we start from.....	135
Commentary on Time to Separate the Men From the Beasts: Symbolic Anticipation as the Typically Human Subjective Dimension.....	138



<b>Chapter 4</b>	<b>The Implosion of Reality. Schizophrenia, the Anterior Cingulate Cortex and Anticipation .....</b>	<b>141</b>
	Introduction to The Implosion of Reality. Schizophrenia, the Anterior Cingulate Cortex and Anticipation .....	142
	<b>The Implosion of Reality. Schizophrenia, the Anterior Cingulate Cortex and Anticipation .....</b>	<b>143</b>
4.1	The Unapparent Connection is More Powerful Than the Apparent one .....	143
4.2	Schizophrenia, the ‘Global Brain Disease’ in Sickness and in Health? .....	145
4.2.1	Positive and Negative Symptoms: the Dopamine Hypothesis and Beyond?.....	146
4.2.2	Cognitive Deficits: the Broader Perspective, or is it?.....	149
4.3	The Anterior Cingulate Cortex: Knowing When you’re Wrong?.....	151
4.4	The ACC Anticipation Hypothesis: Doubting That you’re Right! .....	156
4.5	The Collapse of Reality: Schizophrenic Anticipation and Delusion .....	159
4.6	Conclusion: Delusions of Grandeur .....	162
	Commentary on The Implosion of Reality. Schizophrenia, the Anterior Cingulate Cortex and Anticipation.....	163
<b>Chapter 5</b>	<b>From Insufficiency to Anticipation: an Introduction to ‘Lichaamskaart’ .....</b>	<b>165</b>
	Introduction to From Insufficiency to Anticipation: an Introduction to ‘Lichaamskaart’ .....	166
	<b>From Insufficiency to Anticipation: an Introduction to ‘Lichaamskaart’ .....</b>	<b>168</b>
5.1	The Premature Burial: Living in the Face of Death.....	168
5.2	The Ego as the Uncanny Double: the Mirror Stage.....	170
5.3	Two Mirrors, a Cracked Vase and Withered Flowers: Portraying Decay in the Imaginary Captation.....	171
5.4	<i>Lichaamskaart</i> : the Simplest of Techniques With the Most Difficult of Consequences .....	173
5.5	3+1 Examples from the clinic of psychosis: corps morcelé, haché, mutilé .....	176
5.6	Anticipation and <i>lichaamskaart</i> : therapeutics as the nexus of <i>lichaamskaart</i> .....	181
	Commentary on From Insufficiency to Anticipation: an Introduction to ‘Lichaamskaart’ .....	183
<b>Chapter 6</b>	<b>Time is of the Essence: the Importance of Anticipation in the Treatment of Schizophrenia .....</b>	<b>189</b>
	Introduction to Time is of the Essence: the Importance of Anticipation in the Treatment of Schizophrenia .....	190
	<b>Time is of the Essence: the Importance of Anticipation in the Treatment of Schizophrenia.....</b>	<b>192</b>
6.1	Introduction .....	192
6.2	Heredity and Anticipation: Objective Symptoms and Degeneration.....	193
6.2.1	History and Current Views .....	194
6.2.2	Critique .....	196

# PDF Eraser Free

6.3	Implicit Suppositions and Explicit Proof: Time Perspective and Subjectivity .....	197
6.3.1	Philosophy .....	197
6.3.2	Psychoanalysis .....	198
6.4	<i>Lichaamskaart</i> : Diagnosis and Therapy.....	202
6.4.1	Pankow (The Dasein of the Schizophrenic).....	203
6.4.2	Two examples: the limit function of psychotic distress.....	204
6.5	Conclusion .....	211
	Commentary on Time is of the Essence: the Importance of Anticipation in the Treatment of Schizophrenia .....	213
<b>Chapter 7</b>	<b>The Readiness is all ? Closure Remarks on the Psychotic Anticipatory Experience of Time and Space.....</b>	<b>217</b>
	Introduction to The Readiness is all ? Closure Remarks on the Psychotic Anticipatory Experience of Time and Space .....	218
	<b>The Readiness is all ? Closure Remarks on the Psychotic Experience of Time and Space.....</b>	<b>220</b>
7.1	Introduction .....	220
7.2	Three Vantage Points: Objectivism, Subjectivism, Existentialism.....	223
7.2.1	Objectivism.....	223
7.2.2	Subjectivism .....	225
7.2.3	Existentialism .....	226
7.2.4	What Defies Definition: Reality .....	229
7.3	Psychosis as a Structured Form of Organisation : A Matter of Life and Death.....	230
7.4	The Psychotic Problem According to Lacan: Forclusion and RSI .....	231
7.5	The way Forward: Eclecticism and Synergy .....	234
7.6	Conclusion and in Closure: a New Beginning .....	235
	Commentary on The Readiness is all ? Closure Remarks on the Psychotic Anticipatory Experience of Time and Space .....	237
<b>In Conclusion</b>	.....	<b>245</b>
<b>References</b>	.....	<b>251</b>
<b>References Figures</b>	.....	<b>265</b>
<b>Appendix: publications, lectures and others</b>	.....	<b>269</b>
	Artikels met leescomité .....	269
	Artikels zonder leescomité .....	269
	Vulgariserende artikels .....	270
	Recensies.....	270
	Vertalingen.....	270
	Niet gepubliceerde artikels en boeken.....	270
	Lezingen en workshops .....	271
	Psychose en film .....	279

## List of Figures

Figure 1	A portrait of Albrecht De Grave by Gloria Mejia (1974)	v
Figure 2	Eros en Thanatos	ix
Figure 3	A scene from “ <i>Clean, Shaven</i> ”	1
Figure 4	The triadic structure of a sign according to Pierce	15
Figure 5	The Word Association Test as devised by C. G. Jung	23
Figure 6	Falling apples	33
Figure 7	The Szondi test	34
Figure 8	Philosopher in Meditation 1632   Oil on wood   280 x 340 mm Musée du Louvre, Paris Rembrandt (van Rijn, Rembrandt Harmenszoon)   1606-1669	38
Figure 9	Gauss Curve	40
Figure 10	Kraepelin’s Big Idea in Bentall (2004)	51
Figure 11	De vier dimensies inzake psychose zoals voorgesteld door	115
Figure 12	The RSI model	120
Figure 13	The real situation for prisoner A	127
Figure 14	The imagined perfect situation for prisoner A.	128
Figure 15	If A were black, B could also imagine himself black	128
Figure 16	If B were black and A too, then C would know he is white for sure and leave	129
Figure 17	C doesn’t leave, so B should know he is white and leave	129
Figure 18	B doesn’t leave, so he doesn’t see A as black, so A concludes that he is white	129
Figure 19	The four dopamine pathways	147
Figure 20	The brain in Schizophrenia	148
Figure 21	The Anterior Cingulate Cortex	151
Figure 22	The ACC and the limbic system	152
Figure 23	The Caudal and Rostral part of the ACC	153
Figure 24	The Error Related Negativity (ERN)	153
Figure 25	Comparison of the ERN between schizophrenic patients and healthy control subjects during a Flanker task (Morris et al, 2011)	154
Figure 26	Remembering and Anticipating a face expression (Quintana et al, 2004)	157
Figure 27	The distinction in Brain Activation in Remembering or Anticipating a logical or emotional result between schizophrenic patients and healthy control subjects	158

## PDF Eraser Free

Figure 28 The Wisconsin Card Sorting Test	163
Figure 29 The Dorsolateral Prefrontal Cortex (DLPFC)	163
Figure 30 The double mirror setup of the mirror stage	172
Figure 31 <i>Lichaamskaart</i> Justine	177
Figure 32 <i>Lichaamskaart</i> Marianne	178
Figure 33 <i>Lichaamskaart</i> Stuart	179
Figure 34 <i>Lichaamskaart</i> Nigel	180
Figure 35 Pitfalls ahead	183
Figure 36 Sol (Mark Margolis in the movie Pi)	184
Figure 37 <i>Lichaamskaart</i> Dennis	186
Figure 38 The Borremean Knot (RSI)	200
Figure 39 The Borremean Knot of psychosis, loose rings	201
Figure 40 <i>Lichaamskaart</i> Endra 1	205
Figure 41 <i>Lichaamskaart</i> of Endra 1b	206
Figure 42 <i>Lichaamskaart</i> Aïsha 1	207
Figure 43 Further elaboration on the first <i>lichaamskaart</i> Aïsha 1	208
Figure 44 The three following <i>lichaamskaarten</i> of Aïsha 2, 3, 4	209
Figure 45 The last <i>lichaamskaart</i> of Aïsha (5) during residential treatment	210
Figure 46: The -ism sling of reality	222
Figure 47 The Borromean Knot (RSI)	232
Figure 48 The Borromean Knot of Psychosis, loose rings	233
Figure 49 the Fourth Ring (sinthome)	233
Figure 50 The beam metaphor	237
Figure 51 The Psychotic Vulnerability	237
Figure 52 The stress on the coping strength (prodromal phase)	238
Figure 53 The Psychotic Breakdown	239
Figure 54 The coping mechanisms (medication and support)	240

## General Introduction

*Nullum magnum ingenium sine mixtura dementiae fuit*  
Seneca

One of my schizophrenic patients named Justin<sup>3</sup> described his experience in a way that clinged to my mind: “My psychosis is a logic that has burst out its seams. Unhinged maybe, but logical nonetheless” His statement made me question my presuppositions concerning the psychotic state. Of course, in all its wildness, unpredictability and chaos, not much of a logical point of view seems to be present. So maybe the problem of psychosis is not the bursting itself, with all the hallucinations, delusions and comport-mental fringes that follow from it. Maybe we are looking at the entire fabric from a vantage point which will never produce the insights in this most elusive of disorders.



Figure 3 A scene from “*Clean, Shaven*”<sup>4</sup>

A little more background. The aforementioned patient walked in on a feature film show in our hospital of our Project Psychosis and Film.<sup>5</sup> The movie that was shown at

---

<sup>3</sup> All names in this Ph D have been altered for privacy reasons.

<sup>4</sup> <http://the-tarpeian-rock.blogspot.be/2012/10/25-horror-films-13-and-12-double-feature.html>

## PDF Eraser Free

that time was “*Clean, Shaven*” (1993), the debut of Independent Filmmaker Lodge Kerrigan. In this movie the director has given the viewing public the most intimate experience of what it must be like to be schizophrenic. The Project was not oriented towards patients, but he saw the sign Psychosis and Film and decided to walk in and see the movie.

Now this patient has what we call *anosognosia* (lack of insight in his disorder, denial of sickness), judged to be one of the core problems in schizophrenia and according to some the main reason why they quit medication, leave therapy and all good intentions behind and foolheartedly relapse into psychosis. (Amador and Johanson, 2000) It is also the reason why most patients who are undergoing Coercive Therapy are deemed psychotic. (Verbrugghe, Nys, Vandenberghe, 2008) In the case of my patient, both were present.

When I talked to him the next day, I asked Justin what he thought about the movie. He said it was well made despite the obvious low budget character of the movie. And then he said: “*It must be very hard to be psychotic.*” From the frown on my face he gathered that I could not quite understand this utterance coming from his very lips. In sessions before he had told me in painstaking detail about his own delusions and hallucinations, spectacular as they were. He had pulled out all the electrical wires in his apartment, short-circuited his computer, gotten messages from billboard signs that were meant solely for him and had run across one of our major cities in a state of frenzy because they were after him.

In our therapeutic sessions we had reached the point where Justin could admit that others might deem that these experiences were to be understood as hallucinations and delusions. Not for him of course, but others might see it that way. And even he stated that some of his ideas were a bit flaky.

Seeing ‘*Clean, Shaven*’ on the other hand seemingly did not trigger any psychotic bells as far as he was concerned. But we had both seen the same images, shared a virtual reality on the silver screen. I was under the impression that some of these delusions and hallucinations, notwithstanding the obvious grueling day to day experiences the main actor went through, would grab him by the throat, even more as in me. Not the case. But then he made the statement mentioned at the beginning of this text. Psychosis is a state of mind and feeling that has gone out of bounds.

So he talked about the moments where his logic had gone haywire. Why he was sure that the National Bank was not against him, because it would be mentioned in the hidden codes on the bank notes. Why he was sure that a pedophile network in league was behind it, because they had sabotaged his bank account. They were streaming data to his computer, emptying his bank account and putting child porn on his computer,

---

<sup>5</sup> For more details, see the appendix

## PDF Eraser Free

enmeshed in his files on bird watching and photography. They would blackmail him to keep his mouth shut about this experience of knowing who they were and what they were up to, or else they would send the cops on him and let him be framed as a child molester. The shadow conspiracy behind them were of course the Illuminati, as everyone knows. Combined with the Vatican, they control everything. So all he could do was to sabotage his computer, pull all currents out of the wall and stay away from all electronics. To no avail, because then they tapped into his brain circuits and sent the messages straight into him, were there was no escape. He had himself hospitalized, albeit involuntarily the third time, because he feared for his very life. Two suicide attempts had occurred and he was fearful that a third and final one would be just around the corner.

So I asked him: “*Why you?*” He laughed and said: “*Isn’t it obvious? Because I can distinguish fact from fiction, truth from false, just like you can.*” This session was the clutch that allowed us both to change gears. As long as some parts of his story might be labeled as mad, as long as some interpretations of mine were erroneous, we could work together. Neither of us had a claim as to the reality of what was going on, what went on before and what would lurk around the corner in the future. We worked through the most disturbing symptoms to find the root cause of the suffering. We searched for alternatives to his and my interpretations. They may be true, they might be false.

So we had a common sense reality in this therapeutical work. The Anglo Indian analyst Bion calls this state of mind Being in O (no memory, no desire, no understanding). (1970) The patient taught me that it was ok to be a therapist at times, I taught him that it was ok to be psychotic at times. As long as our view on reality could be shared, we could help each other as to better understand what reality might be like.

## Psychosis as a disorder of ... what reality?

Stemming from our clinical experience we have taken it upon ourselves to make an epistemological enquiry concerning psychosis. In the literature we have come across, opinions and definitions of what a psychosis is, differ in many ways as we will come to see further on.

The word itself denotes *psyche* (soul) and *osis* (disturbance). Born from the medical/philosophical German background in the 19th Century von Feuchtersleben tried to popularise the term as to describe an ‘illnes’ which has no distinct bodily cause. (Beer, 1996) He thought the problem of psychosis lies in the mind and in the body. A psychosis was neither strictly mental nor neurological, to use contemporary terms. Moreover, he imagined –as the immortal soul could never be sick, only corrupted- that

## PDF Eraser Free

the psychotic state or psychopathy curtailed the whole of one's being, the personality. It was not just a matter of a diseased organ or a lesion, or of some ill favored behavioral/ethical conduct. It was the combination of all these factors. This approach set psychoses apart from the other group named the neuroses, where the cause of the symptoms could be found in the body, the nerve system to be more precise.

Under the influence of Sigmund Freud among others, things changed with a paradoxical twist. In our common tongue we denote neurotic symptoms as stress symptoms and look for psychotherapeutic measures to alleviate these problems. Psychoses are seen as severe psychiatric disturbances, mostly situated in the brain. They are 'cured' using medication and other medical interventions. In short, neurosis is the field of psychotherapy, psychosis that of psychiatry.

From the 19th century on, we have seen trends, fads, definition wars, lobby work, eradication drives, devotional undercurrents,... concerning the term itself. Will the term psychosis go the same redundant way as the term neurosis in psychiatric language? In psychiatry, neurosis no longer denotes a mental illness. The same goes for that other risqué term hysteria.

So, if psychosis denoted a certain state of the soul, an attitude towards life's circumstances, a characteristic of some disturbance, what other names have been given to this disorder? Deranged, insane, crazy, bonkers, mad, possessed, corrupted, bedeviled, defiled, degenerate, manic, off their mind... the list goes on. Up to this very day these signifiers continue to exist, sometimes in certain subcultures, but they did survive the test of time.

The starting problem for defining psychosis and the psychotic state lies in the word itself. The use of the word 'soul' hints at the problematic character of objectification. We may never be able to objectify psychosis by reducing it to a material counterpart thereby eliminating its subjective and contextual embedding. To this very day no blood test, smell test, brain scan, metabolic analysis, DNA test, psychological diagnostic test or general medical examination has been able to dig up the main cause or even the locus of the psychotic 'disease'. It remains in the eye of the beholder to diagnose a certain state of mind as psychotic.

This said, psychosis may not be as elusive as it seems. For all researchers, philosophers, therapists and psychiatrists trying to grapple the subject, there seems to be a common ground to psychosis which sets it apart from other mental or physical disorders. And this pertains reality and the approach that every individual has of the common sense idea of reality.

Saying that psychosis is a disordered reality is stating that the psychotic experience stands apart from the whole of normal experiences. We need to give a definition that entails that we can distinguish the psychotic experience from other reality altering phenomena.



## PDF Eraser Free

One definition states that:

“Psychosis is a symptom or feature of mental illness typically characterized by radical changes in personality, impaired functioning, and a distorted or nonexistent sense of objective reality. Patients suffering from psychosis have impaired reality testing; that is, they are unable to distinguish personal subjective experience from the reality of the external world. They experience hallucinations and/or delusions that they believe are real, and may behave and communicate in an inappropriate and incoherent fashion. Psychosis may appear as a symptom of a number of mental disorders, including mood and personality disorders. It is also the defining feature of schizophrenia, schizophreniform disorder, schizoaffective disorder, delusional disorder, and the psychotic disorders (i.e., brief psychotic disorder, shared psychotic disorder, psychotic disorder due to a general medical condition, and substance-induced psychotic disorder).”<sup>6</sup>

This definition makes it clear that psychosis as a symptom is embedded in an underlying structure or organisation of the subject experiencing psychosis. We could state that psychosis as an experience is nested in a complex context. If we want to come to a diagnosis of psychosis we should always take the broader picture into account. If we want to evaluate the presence of hallucinations or delusions as a marker of psychosis, we should be able to explain how these symptoms are linked with the undercurrents that have led to the symptoms themselves.

In a psychotic state, an individual no longer shares the common sense idea of reality. A psychosis sets the subject apart from the others in their intentions towards and their experience of reality. A dividing schism opens up and we do not share or seem to share the same feelings, thoughts, woes and wants, we imagine ourselves to share on a daily basis. In a psychotic state, the subject is more or less alone, stuck in his or her private universe. Both Freud (1924), Bleuler (1911) and Pankow (1976 [2006]) have made it clear that this “setting apart” is the key to finding a definition, but not the whole story.

Saying that psychotic people are not in our shared reality is saying something, but not saying much. We are all at some instances not in a shared reality on a daily basis or on a nocturnal basis to be more precise. When we go to sleep, even next to our loved ones, we disappear from the common sense reality to wake up in our virtual dream reality. This has led some authors to describe psychosis as a waking dream. (Scarone et al, 2008) Although this might ring true for some psychotic phenomena, it does not clear the whole picture.

Moreover, when we take certain psychotropic substances such as ayahuasca, mescaline, ketamine or LSD our perception and experience of reality will be altered for

---

<sup>6</sup> <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/psychosis>

## PDF Eraser Free

the time the trip lasts. Are we all psychotic at that time? Even in a state of bereavement, hallucinations of the faithful departed are quite common. This leads to our first hypothesis:

1. Although interpretations of the psychotic states diverge on many terrains, the common ground for them lies in the place reality perception and appraisal takes in the interpretation. Reality perception is nested in a complex context we should take into account when evaluating the place and the function of the psychotic symptom.

## Definition wars: objectivism-subjectivism

In our current times, most researchers want to do away with this pesky undercurrent and look at psychosis from a more 'objective' or scientific vantage point. Dealing with the elucidation of the messy individual meaning of the hallucinations and delusions stands in the way of true scientific rigour and should therefore not be taken into account. We should only look at the presence of these symptoms and not listen to the ailment or complaint that the psychotic subject brings to the fore. (Bentall, 2004) We shall call this the objectivist approach. In chapters 2, 4, 6 and 7 we will take a thorough look at this objectivism.

Against this objectivist approach we find another:

“The term “antipsychiatry” was first coined in 1967 by the South African psychoanalyst David Cooper well after the movement was already under way. It was internationally promoted through the efforts of its four seminal thinkers, Michel Foucault in France, R. D. Laing in Great Britain, Thomas Szasz in the United States, and Franco Basaglia in Italy. All four championed the concept that personal reality was independent from any hegemonic definition of normalcy imposed by organized psychiatry. “

(Rissmiller and Rissmiller, 2006: 863)

We will name this approach subjectivism. Under the umbrella term of anti-psychiatry the 'subjectivists' rebel against the reductionism of the objectivists and critique them for not taking the psychotic individual into account.

“In much anti-psychiatric theory, psychiatry comes under attack for stigmatizing—behind the pretext of an objective and neutral medical terminology—behaviors or experiences that a society finds unacceptable. As I have suggested,

## PDF Eraser Free

such a criticism often depends on refusing the medical validity of psychiatry's concepts by denying that mental disturbances are among the type of phenomena to which illness properly refers. A consequence of this critique can then be that the concept of mental pathology is itself lost, and with it, the ability to identify particular mental states as being less desirable than others in anything other than a judgment of pure subjective violence."

(Magree, 2000: 307)

So psychosis as a disorder of reality possibly denotes two different things, depending on the objectivist or the subjectivist approach. For the objectivists the psychotic object can be adequately described and understood without reference to the subjective level. For the subjectivists there is no object apart from the subjective impressions that the so called object makes on the realm of the subject.

From the objectivist point of view a disorder of reality is seen as an abnormality. Reality is to be understood as given and knowable. Psychotic people are not able to take in the given reality as such, to communicate about this shared common sense reality or to adjust their thoughts, feelings or conduct to this reality in an adequate manner. From this point of view a psychotic is seen as a deviant, this disturbance as an abnormality.

From a subjectivist approach reality is always in part or on the whole unknowable and in any case not merely given. The reality of and for the individual or group is a construct that is built upon subjective presuppositions. A disorder of reality can never be seen as a sign of deviancy as such. It is a sign of a process that has taken different avenues in its development. From an epistemological avenue a disorder of reality is and should always remain a hypothesis. This subjectivist epistemology will always militantly defend itself against the objectivist appraisal that the object under investigation is known or knowable without taking the subject into account. Psychosis as a disorder of reality is one alternative reality testing next to every other one. The problem with the subjectivist approach is that an implicit identification with the psychotic subject roots up as a negative of the objectivist viewpoint. A psychotic is sometimes seen as a noble savage, someone who is honest in his contact with the inner or outer experience of reality, an artist of life. His perspective is true to the raw experience of reality we all know. Normal people have lost contact with this pure experience. This mystification of the psychotic experience as an inverse of the objectivist idea shows the same weaknesses as its counterpart. It sets the psychotic individual apart, as a misguided genius as an epitheton ornans, but apart nonetheless.

What divides these two views are the consequences to be dealt with if we describe psychosis as a disorder of reality. Should a psychotic subject be normalized regarding a list of criteria that set out reality or should he be freed from these shackles of constraining normality imposed by authority, family or society? Is the psychotic subject a neurological sick person or the end result of the harmful environmental elements?

## PDF Eraser Free

Most objectivist/subjectivist epistemologies polarize in internal/external explanations. From an internal point of view the locus of control for events occurring to a subject have to be found inside the subject. For the external epistemology it is exactly vice versa (the locus of control is to be found beyond the control of the subject and has to be endured). (Rotter, 1954; Carlson, 2007) The internalisation/externalisation is not beyond consequence. Take for example the cannabis amphetamine debate. (Bramness et al, 2012; Degenhardt, 2003) From a objectivistic point of view it is seen as a major contributor to develop psychosis and as a choice of the psychotic individual to take in these substances. The subjectivist stance will be to promote the right to cannabis and other drugs, and if anything in warning against psychiatry they will state that the ban on drugs is inducing a psychotic vulnerability. It is clear that the whole discussion on the epistemological distinction between objectivism and subjectivism is not of a neutral kind, but value laden from the start.

This leads us to our second hypothesis:

2. Both objectivism and the subjectivism follow from a certain supposition in relation to defining psychosis. Psychosis is seen as a disorder of reality but the metatheory to explain this disorder of reality remains in the dark. The underlying reductionism of both objectivism and subjectivism hampers a more encompassing view on the psychotic experience.

## Delusion

Let us apply this polarisation to the delusions the psychotic patient experiences as a disorder of reality. Starting point is the definition Karl Jaspers gave of a delusion: a delusion is a false belief, impervious to other experiences or counter arguments and with an impossible content. This view was taken up in the textbook of DSM IV-TR:

“A false belief based on incorrect inference about external reality that is firmly sustained despite what almost everyone else believes and despite what constitutes incontrovertible and obvious proof or evidence to the contrary . . .”

(Gipps and Fulford, 2004: 225)

Through their paper “Understanding the clinical concept of delusion: from an estranged to an engaged epistemology” Gipps en Fulford criticize extensively the different aspects of this definition and the place of delusion as a sign of psychosis. The core of their argument states:

“And even though most delusions are correctly described by what is commonly offered by way of a definition, it is unclear that this description actually identifies

## PDF Eraser Free

the essential (rather than incidental) features of delusions in virtue of which features the delusions are what they are. Whilst many delusions are, as a matter of fact, accurately characterised as false and stubbornly maintained beliefs, the possibility remains that such are merely incidental features, and that such a characterisation tells us no more about what delusions essentially are than, say, the fact that most pandas are found in China tells us what a panda essentially is. (Jaspers refers to the merely 'external' as opposed to the true 'internal' criteria of delusion, which latter criteria give us the essential as opposed to the incidental features of delusion. Of course, one possibility is that there are no 'internal' criteria for—that there is no essence of—delusion, it being what Wittgenstein termed a 'family resemblance concept'—a concept covering various related cases, which need share nothing in common. This possibility will not be considered here, since although it may contain elements of truth, accepting it is liable to foreclose prematurely on the analysis of the meaning delusion.”

(Gipps and Fulford, 2004: 225)

By this they make it clear that it is in se not impossible to define psychosis from an outsider perspective, but that the epistemology is so biased that finding the essence is seriously hindered bordering on the impossible.

Because the conclusions drawn from this incidental approach are made from an 'externalist' view we will never be able to understand what is going on on the inside. Besides this, it also leaves no room for differentiation in the manifold manifestations of subjective reality disordered phenomena. Delusions are not mere folly or irrational, they point at a deeper rooted problem that is specific to every individual. And it does not only pertain the cognitive realm, but also the inner world of thoughts, feelings, experiences, empathy, perception and experience of reality and so on.

## Hallucination

Let us turn our attention now to that other distinctive field of the psychotic phenomena. A hallucination is according to DSM IV:

“A sensory perception that has the compelling sense of reality of a true perception but that occurs without external stimulation of the relevant sensory organ.”

(APA, 1994: 767)

We can define as many different forms of hallucinations as there are senses: tactile, gustatory, visual, auditive, olfactory. Again, like delusions this definition is both too wide and too narrow. Liester tries to correct these errors in definition as:

“A sensory experience that has the compelling sense of reality of an “objective” perception, but that occurs without external stimulation of the relevant sensory organ; that occurs in conjunction with and is believed to be etiologically related

## PDF Eraser Free

to, a physical or mental disorder; and that is not ordinarily experienced or accepted by other members of the culture or subculture.”  
(Liester, 1998)

This definition again takes witness to an external approach because the hallucination is considered as an aberrant or even absent perception of an object external to the experience itself. This leads to a confusion between hallucination and illusion.

An illusion is a misinterpretation or distortion of reality based on the premise of the presence/absence of a certain stimulating object. Once the illusion is unmasked the charade is over and we can reinterpret the given stimulus the right way. The same does not hold for a hallucination since this is an alteration on an experiential level. An illusion is a deformation or misinterpretation of a given stimulus, where a hallucination is an interpretation of an absent external stimulus, but with an internal innervation. The distinction has far reaching consequences. For, if we throw the idea of possible relevancy or compelling nature of the hallucination out the window, we can only come to the conclusion that hallucinations are mere thought disorders which are to be corrected. They are without meaning. Everybody working with subjects who experience hallucinations knows that the hallucination is experienced as a presence of a certain stimulus. Hearing hallucinatory voices for example is just as real as hearing voices that are effectively uttered. Tactile sensations or hallucinations are as compelling depending on what is experienced. Only an outside observer can make a clear differentiation between hallucination and reality based on his or her own experience of reality. If one of my patients is hearing voices, I can only respond as to their veracity that I can not hear them myself. We could state that from an external epistemology both illusions and hallucinations are disturbances in perception or interpretation, like two ends on a spectrum. The difference will be in intensity and not in kind.

Needless to say that this avenue of thinking has far reaching consequences as to how to deal with hallucinations on a therapeutic level. If they are merely illusionary symptoms of a disease, then we should correct them using pharmaceutical, cognitive and/or behavioral techniques as to normalize the hallucinations. (Laroi and Woodward, 2007) Like a magic trick, if we show the error of the mistaken perception, it will disappear or at least become more manageable because the hallucinating subject is aware of the faulty character of this experience.

Chaudhury (2010) mentions the etiological importance as to where the hallucinations stem from. They may take witness to an underlying disease, but we remain unsure as to the differential diagnosis. But we know from epidemiological research that as far as 14 to 38 % of the general population experience hallucinations from time to time. Moreover, not all patients diagnosed as schizophrenic experience hallucinations. So, stating that someone is hearing voices as a hallucination is not a clear diagnostical marker of the chronic psychotic state named schizophrenia. It also occurs in other disorders like Borderline Personality Disorder, Toxicomania, Post

## PDF Eraser Free

Traumatic Stress Disorder, Bipolar Disorder and so forth. If hallucinations are a sign of psychosis, we need to delineate what it is like for the subject to experience the hallucinations.

An experiential epistemology will take a different approach. The hallucination (voice, image, smell, taste or smell) that is experienced by a psychotic subject will be placed in the context of the experience of hallucinating and by this intervention pave the way for a possible meaning of the hallucination for the subject at hand. A psychotic experience is considered as intrinsic and relevant. The understanding of the experience of a hallucination is entirely part of the experiential process of hallucinating. The shift can be understood as a shift in focus from the mere presence/absence of psychotic symptoms as a sign of an underlying disease to an understanding of what it is like to hallucinate. We need to understand the phenomenological experience of being delusional or hallucinatory if we want to be able to explain them.

## Internal versus external, estranged versus engaged, the existential approach

Against this difference Gipps and Fulford argue that they are united nonetheless (2004) as two forms of reductionism that stand in the way of an experiential account of what it may or might be like to *be* psychotic. Not merely experiencing psychotic symptoms which can be described as observations from an outsider view on psychosis, but taking the actual and factual experience seriously as it is experienced from the inside out.

This brings us close to the problem Karl Jaspers described in understanding psychosis. He stated that we might be able to understand (*verstehen*) the psychotic phenomena, but we will never be able to explain them (*erklären*), precisely because we can never imagine what a psychotic being in the world might entail. Psychotic delusions and hallucinations take witness to the fact that a psychotic patient is different on an experiential level. They think, feel and behave differently. We can do our best to try and understand what it is like to be psychotic, we will never be able to know what is like for a fact. Psychosis as a motivated disorder of reality might never lead to an objective scientific approach, precisely because of this. Psychotic patient are and always remain outsiders because they do not share in our common sense idea of reality. Delusions and hallucinations as they are experienced by the psychotic subject make this clear.

From an existential viewpoint psychosis as a disorder of reality is approached as a way of being in the world. What makes the psychotic being in the world different from

## PDF Eraser Free

other existential positions? Phenomenological and Gestalt psychiatrists like Conrad (1957), Klosterkötter (1988), Blankenburg (1971), and Minkowski (1953) speak of a 'loss of vital contact with reality' or a 'loss of the natural obvious'. They mention a confusion between internal and external stimuli, of the subjective weight to be given to these stimuli and the contrast between the flooding or poverty in stimulation in psychotic phenomena. (Lezy, 2007)

Central to the psychotic experience in its rooting is the problematic relation to reality in as far as it relates both subjectively as objectively to sensations or perceptions. The experience of reality in psychosis is marked by a disruption of distinctive boundaries, there is no upper or underlimit to the experience itself. This loosening or even disappearance of boundaries concerning inner and outer reality is seen as one of the main features of the psychotic experience. (Lezy, 2007) It is not sufficient from this point of view to look at the effects of these boundary problems (delusions, hallucinations, stupor, apathy, autism,...) we have to analyse the blurring of the boundaries between body and mind, thoughts and reality, self and other and between individual and society as they are (self) relevant to the subject experiencing this befuddled relation between the inner and outer world. The basis for this befuddlement is the supposed primary preconceptual experience of reality which is central to the experience of reality in everybody.

In conclusion we could state that the psychotic symptoms of delusions and hallucinations as they are observed both objectively and subjectively as either a neurological disease or as an effect of a sickening outer context never elucidate the *meaning* of these symptoms. The belief that a well grounded analysis of these symptoms will make room for an adequate theory of the psychotic experience, is folly. Only an analysis of the intricate relationship between different phenomena of the psychotic being in the world, based on what the psychotic subject communicates on this level may lead to a psychological and etiological model concerning psychosis as a disorder of reality. This means we have to take up a different kind of epistemology.

## Estranged Engaged

In answer to this need, Gipps and Fulford make a distinction between an estranged and an engaged epistemology. First and foremost in this dichotomy is the differentiation between a failure in understanding (rational) and a disturbance in perception, inner experience and affect. The rational and the experiential levels of the psychotic phenomena are sometimes set in a juxtaposition. Tempting as this may seem, it leaves us with a major problem. If a psychotic delusion is solely based on a misunderstanding (rational) the experience is not delusional and can be left out of



## PDF Eraser Free

consideration. Vice versa, if the experience is deemed delusional, only the experiential level should be taken into account and the cognitive level can be left aside.

“This epistemology will be dubbed the ‘estranged’ conception, since it views what is most essential to our mindedness—our understanding of the world and one another—as extrinsic to our actual experiential contact with the world. What will be suggested is that both the above-mentioned dilemma and Jaspers’ problem of (providing an accurate understanding of) delusion will be insoluble so long as the estranged conception is presupposed. By contrast with the estranged conception an ‘engaged’ epistemology will be elaborated and deployed both to resolve the above-mentioned dilemma and to shed further light on the character of delusion.”  
(Gipps en Fulford, 2004: 229)

Perception is thus appraised as an extrinsic approach, set apart from the experience of evaluating, perceiving and feeling. A stimulus that reaches us through our senses (input), is translated into the mind (process) which translates the given stimulus into the appropriate action, feeling or logic. (output). Within the estranged epistemology the perceiver is set apart from the perception, as a more or less neutral observer. The distinction between the observed and the observator is clear even if this process takes place in the subject him/herself.

“Philosophical hard work is needed to avoid such abstract yet prevalent conceptions of our lived experience and to bring us back to the actual character of our everyday pre-reflective engagement with the world. (This conception of both the nature of philosophy and the nature of the mind is owed to the existential phenomenologists -especially Merleau-Ponty (1962).) In doing so we come to see how our understanding, manifest in our spontaneous interaction with the world itself, is not normally restricted to an inner realm but is only relegated there by an estranged epistemology. On the engaged perspective my having a mind is not in itself a matter of my possessing an inner realm with inner states and processes, although of course my capacity to think and feel and understand are underpinned by, amongst other things, the brain and neurological states and processes (cf. Bennett & Hacker, 2003, for a critical investigation of the ways in which a construal of the mind as ‘inner’ confounds neuropsychological theorising). Nor is the best model of our comprehending engagement with the world provided by that of the detached contemplator. Rather, our mindedness is a matter of our being in certain relations with the world, and our understanding is first and foremost manifest not in reflection but in our experience itself. Perception is not a matter of sensory ‘input’ to an inner mind; rather it is a natural comprehending relation of people (and not of minds) to the world around them. Experience on this view is not typically a precursor of understanding, but itself one of the media of our comprehension.”  
(Gipps en Fulford, 2004: 230)

## PDF Eraser Free

In an engaged epistemology a different interpretation of the intrinsic experience of reality (testing) is at stake. The preconception and the intention towards reality (both inner and outer) is already an active grasping and understanding of this reality as a primary engaged relation to reality. Although this experience already contains cognitive elements, they do not make up the whole story. Our precursive experience with reality is an active interpretation from the start. In other words, we never experience reality without taking our individual circumstances into account. Before we can judge if a stimulus is congruent with an outer or inner reality, the engaged experience of this 'reality' stands as a given fact. The perception of reality is in other words both objective and subjective. Everything boils down to the way in which a subject goes into contact with reality, the interactional space between a person and his/her surroundings and the way in which a subject is caught up in this inter-action. This leads to our third hypothesis:

3. Concerning psychosis as a disorder of reality, we can make a distinction between an estranged and an engaged epistemology. The latter is receptive to the objectivist and subjectivist viewpoints, but it proposes to critically overcome them within a complex framework that does justice to the psychotic experience itself as it is experienced by and meaningful for the psychotic individual.

## Psychosis as a complex form of direct(ed)ness: the saliency of reality

### The theory of complexity : representation and non reductionism

The psychotic structure is more complex than previously thought. Only a non reductionist model that both identifies the aspects to be taken into account, as well as maps the interactions between them to come to understand the specific organisation patterns, can do justice to the question of psychosis in all its complexity.

Complexity, as we have worked out in our previous dissertation (De Grave, 2002) deals not with reduction of the problem to its bits and pieces, but with taking heed of the manifold interactions between each and every element in the framework. "Everything has parts [...]; everything is also part of something bigger [...]. Everything controls its parts and, as a part, is controlled by the whole it is part of." (Salthe, 1985: 11)

Moreover we take the positive psychotic symptoms (hallucinations and delusions) as a sign of something in the Peircian understanding of sign theory (semiotics).

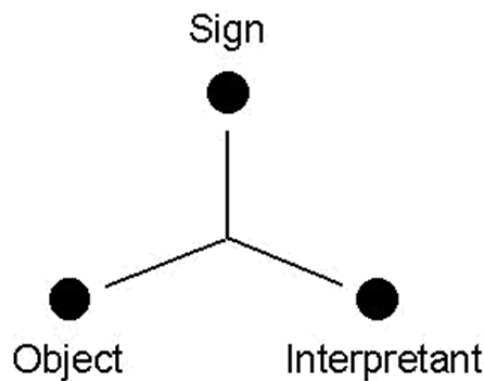


Figure 4<sup>7</sup> The triadic structure of a sign according to Peirce

"A sign, or representamen, is something which stands to somebody for something in some respect or capacity. It addresses somebody, that is, creates in the mind of that person an equivalent sign, or perhaps a more developed sign. That sign which it creates I call the interpretant of the first sign. The sign stands for something, its object. It stands for that object, not in all respects, but in reference to a sort of idea, which I have sometimes called the ground of the representamen." (CP 2.228, 1897)<sup>8</sup> (Hoffman )

In this quotation we give one of the main ideas put forward in models of complexity. Every element in a complex model stands in a semiotic relation to the other elements in the model. Thus, the signs of psychosis are considered as standing as something for someone in some capacity. For the researcher they can stand for signs of an illness. For the psychotic subject they can stand for markers of a perceived benevolent or malevolent reality.

---

<sup>7</sup> <http://www.digitalpeirce.fee.unicamp.br/hoffmann/p-sighof.htm>

"As Liszka put it, each of this three elements of a sign relation "is mediated through the others: the ability of the sign to represent also requires, inherently, its power to be interpreted as a sign of that object in some respect; the ability of the sign to be interpreted can only work if it is interpreted as representing an object in some respect; and it can only be understood as representing an object in some respect if it is interpreted as representing an object as such." (p.19) This relation must be read, so-to-say, in two directions, firstly as determination, and secondly as representation: the object "determines" the interpretant, mediated by the sign, and both the sign and the interpretant "represent" the object. As Parmentier says, these are "two opposed yet interlocking vectors involved in semiosis." (p.4) Any interpretation of a sign represents a certain perspective on an object. Objects can be represented by different signs, and any sign can be interpreted quite differently. Epistemologically, the triadic relation, with its three relata of object, sign, and interpretant is thus irreducible." <http://www.digitalpeirce.fee.unicamp.br/hoffmann/p-sighof.htm>

### The directiveness of hallucinations and delusions

From the previously sketched theoretical background as well as from my own clinical background, I will give a definition of psychosis that is able to bring the objectivist and subjectivist epistemologies together in a complex framework:

#### *Psychosis is a form of directness*

What **form**? It pertains psychosis as a complex *structure* of being in the world. The psychotic mind obeys rule sets and constraints that are different from those in other minds. If we take differential diagnosis seriously, we have to be able to describe the form under which hallucinations, delusions, disorganization, abnormal psychomotor behavior, restricted emotional expression, avolition, impaired cognition, depression and mania come to the fore. All these dimensions could be present in *any* mental pathology. It is only in the *pattern*, the form under which these dimensions are taking place, that we can come to a clear description and differentiation of mental pathology. Only a structural epistemological approach, based on a clear metatheoretical background is able to provide us with this insight. (Verhaeghe, 2008)

What **directness**? The signifier '*direct*' is manifold: it both stresses the *directive nature* of the psychotic phenomena, which we would call the urgency and the immediacy of the psychotic experience. Also, the psychotic experience provides *direction*, it gives the psychotic individual an orientation point as to where to direct his or her attention and energy. In a psychotic phase, the psychotic process gobbles up most of the mental and physical energy of the subject. It is as if the mind's conductor is replaced and using different sheet music. This way we could speak of a *directedness* instead of a directness, because the psychotic experience is impressive and overpowering, taking over the conscious control of reality perception.

Working with patients and their families on a daily basis the question of what psychosis is pops up in every clinical contact. "Am I mad? Is my son/daughter/brother/sister/father/mother/partner/... psychotic?" I always deal with this question the same way: Psychosis is a form of direct(ed)ness. It is a problem of being able to step back from your own thoughts/feelings/behavior. A thought comes to mind and at the time of experiencing the thought you are certain that it is true, absolute. Just let your mind wander for a few minutes and imagine that every thought that comes to mind is true, directed towards you and your situation and carries a certain meaning.

An example: I sit here typing my introduction on the computer. On the radio the song "The best is yet to come" is playing. Next to my computer is a red ball pen. Now the song on the radio is a clear sign that my writer's block is passing and that in my case the best is yet to come. The red ball pen is there to remind me that only if I correct certain errors in my Ph D the best will come. But who placed that

## PDF Eraser Free

ball pen there? And why that song? Everything seems to be circulating around my interpretation. It is all connected. Because, whilst having these thoughts, I realize that the red ball pen is by the company Bic. A clear sign that I should stop bickering and correct my mistakes. Now the song on the radio is “Can we start again?”. The radio programmer is getting me nervous because he knows my thoughts. I want to start again,...

If we want to understand and explain psychosis as a disorder of reality we have to take the meaning of the delusions and hallucination to heart and figure out the values that motivate this seemingly aberrant experience of reality.

If psychosis is a form of directness, we need to be able to explain where the directive character of the experience stems from. The directive character is urgent, impressive, immediate and in the full blown state of a psychotic breakdown all encompassing.

Our fourth hypothesis thus reads:

4. Psychosis is a form of directness among many others. To come to a clear differential diagnosis we have to delineate both the form and the content of the psychotic organisation as it is experienced by the subject in interaction with the different intrasubjective components of the phenomenological experience of reality perception and in relation to the intersubjective social field of interaction.

## Description of the chapters

In this Ph D I will bring together a collection of a book chapter, 5 published papers and a supplementary text on objectivity and objectivism. The latter will be in Dutch. Within the framework of this dissertation they are edited to fit into a system of chapters. For each chapter I will give an introduction to place it within the framework of the Ph D. Directly following the chapter, I will give a commentary from a clinical background. It is the end result of 10 years of work on this subject, always in contact with the day to day grounding force of my clinical work in the Psychiatric Center Duffel. It suffers from this long time span, because over this decade both my ideas and style have changed. Although I still stand by every word collected in this Ph D, I hope the reader will bear with me on this terrain.

**Chapter 1 Circumcising the void** was published in the Book “Simultaneity” in 2008. In this chapter I explore the common ground for the theory of complexity and psychoanalysis. It is a brief summary of some of the highlights of my previous dissertation ‘Theory of Complexity and Psychoanalysis’. In common terms I explain why some of the main ideas behind psychoanalysis fit into a broader picture of complexity.

## PDF Eraser Free

The terms I address are the signifier, the drive, sexuality, death pulsion, the Oedipus complex and the castration complex. These are roughly placed in the model of complexity concerning 4 anchoring points: Boundary, Context, Organisation, Hierarchy. Within the context of this Ph D it is relevant because it provides a sketch of my viewpoint on psychoanalysis and complexity I work out in following chapters. It makes these chapters easier to follow for those not acquainted with the psychoanalytical jargon when placed in a broader context.

**Chapter 2 Objectivity and Objectivism** is written in Dutch and not published as of yet. In this chapter I give a historical overview of the search for the psychotic object. Spanning over a hundred years I start with the ideas of Emil Kraepelin and his concept of Dementia Praecox. Further along the line we encounter Archibald Cochrane and his ideas on Evidence Based Medicine. In a third section I give an overview of the growing pains of the main manual for Psychiatric Diagnosis, namely the DSM. In this chapter I show that the objectivistic epistemology has major disadvantages and may even lead to some dangerous consequences. It takes witness to the estranged epistemology in all its facets.

**Chapter 3 Time to separate the men from the beasts** (published in 2004) is another continuation of the main ideas worked out in 'Theory of Complexity and Psychoanalysis'. Using a sophistic riddle worked out by Jacques Lacan I show the difference between three forms of anticipation, real, imaginary and symbolic. This differentiation of three planes of reality are necessary to understand how psychosis as a disorder of reality can be comprehended as an alternative to the 'normal' or 'common sense' appraisal of reality.

In **Chapter 4 The implosion of reality** (published in 2006) I give a critique to the reductionist approach to a neurological phenomenon in psychosis, namely the Error Related Negativity (ERN). This ERN pattern in the EEG is analysed and placed in a broader context. In this process of relating brain phenomena to supposed psychotic symptoms it becomes clear that reductionism once again leads to dangerous misunderstandings of the psychotic process.

**Chapter 5 From insufficiency to anticipation** (published in 2009) investigates the mirror image of the psychotic individual. Using the technique of *lichaamskaart* I show that in the development of our psychological structure traces can be found as to where specific changes have led to different patterns in the formation of the body image in psychosis. I stress the fact that although further research is definitely needed, the engaged epistemology caught up in *lichaamskaart* demonstrates that there might be such a thing as a psychotic psychological structure and ways to investigate this supposition.

This line of thought is continued in **Chapter 6 Time is of the essence** (to be published in 2013). The main issue here is that we should be very careful if and when we diagnose someone as being psychotic. At what time was the individual psychotic? Is he/she still

## PDF Eraser Free

psychotic although no symptoms can be traced? And what about cases where no overt psychotic symptoms were ever present? Along the same line I criticize *lichaamskaart* as it might transform into a reductionist way of diagnosing psychotic individuals before any mentioning of psychotic elements. Moreover, in the case of numerous *lichaamskaarten*, a certain shift away from overt psychotic distress can be seen because of the influence of therapy.

**Chapter 7 The readiness is all** (also to be published in 2013) concludes our collection of papers. In this final chapter we ask the question of the relation between diagnosis and therapy in the group of psychosis. Three plus one (objectivism, subjectivism, existentialism and psychoanalysis) vantage points are discussed to come to the conclusion that every one of these four mentioned is confronted by his nature to certain advantages and disadvantages. Only a synergetic stance is able to overcome these discussion points.

# PDF Eraser Free



Chapter 1  
Circumcising the Void  
(De)Contextualising in Complex  
Lacanian Psychoanalysis

# Introduction to Circumcising the Void: (De)Contextualising in Complex Lacanian Psychoanalysis

This book chapter was published in 2008 in “Simultaneity”. In this essay I gave the basis of my psychoanalytical background applied to the theory of complexity. To make it understandable to people from different fields of expertise, I abstained from the typical jargon with which the psychoanalytical literature is rife. It was my way of introducing the key issues I tackled in my Master dissertations *The death drive regarding the Real* (Psychology, 1999) and *Theory of Complexity and Psychoanalysis* (Philosophy, 2002).

I put the idea of the signifier in relation to sexuality and the drive. In the context of reality this avenue leads to the discussion or dialogue that forms the core of psychoanalytic thinking since Freud. Is psychosis a sexual problem or not? Is the libido (the life force in everyman) strictly sexual in nature?

Freud did not have that much hands on experience in treating psychotic patients. In his internship in both the Salpêtrière (Paris) and the Physiologic Institut (Vienna) he met some patients deemed psychotic and in his private practice some of his ‘neurotic’ patients would show more transient psychotic symptoms (the Wolf Man for example). (Leader, 2011; Freud, 1918 [1914])) His approach to psychosis remained theoretical in general. (Laloue, 2000)

We can put this in contrast to his wayward pupil Jung. His clinical experience was based on research in psychosis and psychotic states. His work in Burghölzli Clinic (Zürich) showed him that the psychoanalytical theory of the sexual unconscious phenomena provided a way not only to understand and explain certain psychotic symptoms but also to try and relieve the tension produced by these symptoms. In combining the contemporary psychiatric thinking and the newborn insights from psychoanalytic thinking at that time (1900) he devised a new way of encountering psychosis in a clinical framework. His way to find a diagnostic tool to delineate psychosis as something different was the *Word Association Test* (WAT). (Schultz and Schultz, 2000) The WAT is a very straightforward test of association. The diagnostician provides the test subject with a list of 100 words and asks the test subject to utter the first word that comes to mind as fast as possible.

1. head	19. pride	37. salt
2. green	20. to cook	38. new
3. water	21. ink	39. custom
4. to sing	22. angry	40. to pray
5. dead	23. needle	41. money
6. long	24. to swim	42. foolish
7. ship	25. voyage	43. pamphlet
8. to pay	26. blue	44. despise
9. window	27. lamp	45. finger
10. friendly	28. to sin	46. expensive
11. to cook	29. bread	47. bird
12. to ask	30. rich	48. to fall
13. cold	31. tree	49. book
14. stem	32. to prick	50. unjust
15. to dance	33. pity	51. frog
16. village	34. yellow	52. to part
17. lake	35. mountain	53. hunger
18. sick	36. to die	54. white
55. child	71. flower	86. false
56. to take care	72. to beat	87. anxiety
57. lead pencil	73. box	88. to kiss
58. sad	74. wild	89. bride
59. plum	75. family	90. pure
60. to marry	76. to wash	91. door
61. house	77. cow	92. to choose
62. dear	78. friend	93. hay
63. glass	79. luck	94. contented
64. to quarrel	80. lie	95. ridicule
65. fur	81. deportment	96. to sleep
66. big	82. narrow	97. month
67. carrot	83. brother	98. nice
68. to paint	84. to fear	99. woman
69. part	85. stork	100. to abuse
70. old		

Figure 5<sup>9</sup> The Word Association Test as devised by C. G. Jung

Using this test the researchers found that depending on their psychological complexes the subjects made different kinds of associations, took longer to associate with certain affective laden stimuli and so forth. In psychotic disturbances one of the key elements described was the diminished capacity to associate on the whole or a loosening of the association patterns (Assoziationslockerung).

Two distinct conclusions were drawn from the WAT concerning psychosis.

The first is that psychotic individuals have great difficulty in providing associations. If they can provide associations, they take up a longer time and the link between the Word Presentation and the Association is not evident. (Levine et al., 1996)

The second is that the underlying reason for this association blocking or loosening hints at a different way of thinking and feeling. (Spaltung) Where 'neurotic' patients have problems with certain associations that come close to certain (repressed) ideas or memories 'psychotic' patients have problems with the whole process of association. Moreover, in the acute phase of a psychotic breakdown, the process of association is rampant. Psychotic patients associate on every stimulus provided or not. This is

<sup>9</sup> [http://auriol.free.fr/parapsychologie/champion\\_eng.htm](http://auriol.free.fr/parapsychologie/champion_eng.htm)

## PDF Eraser Free

described as the 'Word Salad' where all words, impulses and feelings are thrown on top of each other without a clear link between them.

In this finding Jung's mentor, Eugen Bleuler coined the term schizo-phrenia (the divided mind). Patients diagnosed as schizophrenic are hindered in their associations. (1911) Or, in the acute phase of the psychotic episode, they are incapable of stopping the associations. It seems that they are overwhelmed by the external stimuli and have no way of keeping them outside of their interpretation field. (Vereecke, De Waelhens, 2001; Lezy, 2007)

Because of this othersidedness of being in the world, Freud decided to examine the writing of Daniel Paul Schreber, a psychotic individual who wrote a book about his psychotic way of being in the world. (1911) In the *Memoirs of a Neuropath*, Freud found evidence that psychotic individuals made a distinct interpretation of the world, but that their associations were still based on the sexual libido. The basis for Schreber's breakdown were manifold, but the common cause for all these reasons was that he had the intolerable association that '*It must be wonderful to succumb to the coitus as a woman*'. The reason for the impalatable nature of this association is that Schreber tried to repress the intolerable idea of passive homosexuality, undermining the vestiges of his masculinity.

Freud, Jung and Bleuler disagreed on the unitary focus on (homo)sexuality as a explanatory background for all psychotic phenomena. This (the question of the sexual nature of all observed phenomena in human existence) among other personal, political and ideological differences eventually led to the divisions and schisms between these three great thinkers and clinicians at the beginning of the 20th century that haunt the psychiatric/psychoanalytical field to this very day. (Falzeder, 2007)

The French analyst Jacques Lacan took up the glove in this duel and made it clear that we should question the nature of human sexuality on this point. (1953; 1958) On discussing the phenomena in psychosis we should examine three different points: language, the drive and the body image. (Leader, 2011) If psychosis is a disorder of (sexual) reality, we should be able to delineate what we mean by reality, what we mean by sexuality and to define in what way the psychotic individual is both experiencing reality in a different manner and what the underlying reasons may be as to why the psychotic individual is experiencing both the inner and outer world differently.

*Circumcising the Void* is twofold. It pertains the field of not knowing (the void) and a way to delineate the locus of not knowing from where the (sexual) differences (circumcision). Circumcision is propably the oldest surgical intervention known to man, maybe predating the use of written language. (Doyle, 2005) In most cases it only serves a religious or cultural purpose. In Judaism and Islam as in certain African or Aboriginal Cultures it is used as a rite of cleanliness, purification, control or as a symbol of passage. It sets certain members of the group apart and allows us to define them as circumcised.

# Circumcising the Void: (De)Contextualizing in Complex Lacanian Psychoanalysis

## 1.1 Introduction: Castrating Pretences

When I started to study philosophy after my degree in psychology, I had high hopes. I pretended that it would be possible to achieve a certain synthesis between my newly acquired psychoanalytical thinking and the brunt of philosophical thought. During my studies of psychoanalysis I had studied Schopenhauer and some other philosophers, so I believed that my enterprise would prove fruitful.

To my amazement, it was not as easy as I had imagined it to be. If you want to put psychoanalytical thought next to another framework, a lot of issues seem to conflict from the start, a very painful experience for me.

During my studies of philosophy, this theme haunted me up until my dissertation on psychoanalysis and the theory of complexity. In this, I tried to put this harrowing experience to the test. Could it be that psychoanalysis really is as unpalatable to the taste to philosophy as some philosophers thought it was? And if so, why is it so? What lies at the heart of psychoanalysis which is so strange to other referential works?

In this chapter, I would like to dive into the issue from a very personal point of view, namely my own ambivalence between a clear cut philosophical way of thinking and the nitty-gritty experience of working through psychoanalysis. In doing so, I would like to prove or at least show that a certain synergy of thinking is indeed possible, even agreeable if you are able to take a step back from the need to put everything into order. So, let us begin.

## 1.2 Shortage of Sex and Lack of Life as Defining Points of Psychoanalytical thinking

Throughout psychoanalysis, a thread seems to uncoil about nothingness and want. It is Freud who first tripped over this thread of Ariadne in 1920 in his text on the pleasure

## PDF Eraser Free

principle. (1920g) In this text, he made a quite remarkable discovery even to his own amazement. Where he had first stated that people are always preoccupied with repressed sexual urges, he began to investigate the underlying currents for these repressions. To his own astonishment, he discovered that we are all obsessed with mortality. Even in sexuality, he discovered that the main issue is death and how to overcome it.

As we all know, only death is the true master in our existence. Everyone knows that we are going to leave our mortal coil sooner or later, for better or worse. In thinking through the sexual impulses which drive us, according to Freud, he stated that

“When we, as empirics does not allow lifetime, have to believe that all the living dies through inner causes, returns to the inorganic, then we can only state: the goal of all life is death, and going back in the past, the lifeless existed before the living.” (1920g: 53, my translation from the German text )

If his theories on sexuality were a hot issue of debate during his own existence, this death deal never quite got the response it deserves. It seemed that none of his contemporary psychoanalytical colleagues really could follow him. Freud knew this when he wrote:

“I truly realize that a dualistic theory, that postulates a death-, destructive or aggression drive as an equal partner next to the Eros which manifests itself in the libido, has not received a warm reception and also has not gained much ground among psychoanalysts.” (Freud, 1937c: my translation from the German text)

Unrightly so, because, in my opinion, it is impossible to leave out the death drive if you really want to work through Freudian thought and link it to other philosophical bodies of work. The death drive is not some hogwash discovery Freud made in 1920, following the First World War and the circumstantial death of his favorite grandson. As I have shown in a previous publication, the drive towards death is noticeable even in Freud's earliest ways of thinking, namely the Entwurf einer Psychologie in 1895. I personally believe that Freud, albeit unconsciously, realized that his thoughts on the constancy principle of the psychophysicologist Fechner, combined with his own thinking on the drive and the Lebensnot, the need to live, would definitely lead him onto the wrong track. In this, I find an argument why Freud himself did not publish his Entwurf, and even tried to destroy it. He believed it was not for the general public. His way of encompassing this substantial mortifying point of human existential suffering was to incorporate it in sexuality, in his works on dreams, mistakes, jokes and, of course, his clinical work.

### 1.3 À chacun, chacune, à Lacan, lacune

Of all the followers of Freud, only one really understood what he was saying concerning the death drive. (De Grave, 2001) Although Bion is a genius when writing on the death drive, he too fell into the trap of making it into something more lively. Only Lacan in his work took the concept of a death pulsion seriously in his theoretical and clinical enterprises. The reason behind this is fairly simple. He worked out death and destruction in a new topological field, namely the symbolic.

Lacan knew that he had stumbled onto something special when he published his first grand work on the symbolic. (Lacan, 1953 [1977]) He even sought an audience with the Pope on this issue and he tried to motivate his brother, a Benedictine monk, to arrange it for him.

We can wonder why Lacan went the narcissistic mile to get the point across to such a notable religious figurehead such as the Pope. The point is that we really have to delve into the presented text to find the real issue on which he wanted to extrapolate.

“Thus the symbol manifests itself first of all as the murder of the thing and this death constitutes in the subject the eternalization of his desire.” (Lacan, 1953 [1977]: 104)

The symbol is the murder of the thing as this constitutes the unending character of desire. Brilliant as it may be, what does Lacan want to say with this sentence?

The symbol is the murder of the thing. The following sentence claims that the grave is the first symbol, which might explain my personal fascination with this theme.

“The first symbol in which we recognize humanity in its vestigial traces is the sepulchre, and the intermediary of death can be recognized in every relation in which man comes to life of his history.” (Ibid.:104)

Look back to your experience of first acquiring language, or if you are not able to do this, look at what you do when you first name something which you didn't know before. Take, for example, a chair. The first moment you name a certain object as a chair, you destroy a part of the world, that is you name something to be something. From that point on, only chairlike objects can be chairs. The rest cannot be named as chairs.

You can name all objects objects, but then you are not saying much. Now, what is a chair? Here we have the link with philosophy. What is a chair? Define it. A chair is something to sit on. A stool is too, and if I want I can sit on the floor, or on a table, a building or whatever. So, what is a chair? Something with four legs, a back to rest on? A horse also has four legs and a back I can rest on. We will leave it at this for the moment.

The main issue is that we cannot define objects in a very clearcut way. There is always a certain degree of ambiguity involved. What we name a chair is a common-

## PDF Eraser Free

sense idea of what a chair should be. I have an idea of a chair, but it is very hard to exactly define what a chair is. Now, I took a chair as an example, but you could do the same exercise with any word, any definition. The symbol, the signifier, is the murder of the thing. What does this mean? It means that language as the symbolic register sets us as human beings apart from all other living creatures.

Through language, we are able to come to grips with our own existence, and moreover, we are able to convey all our thoughts concerning this notion to other human beings. As I have shown in a previous publication, no other complex system has this capacity. (De Grave, 2004) But nonetheless, most living systems have another quite interesting property: they are able to procreate.

And so we come to the main issue of our paper. Sex is something strange if it becomes unhinged from procreation. And this is the main discovery of Freud throughout his work and, at the same time, the grand link with his thinking concerning the death drive. Human beings as complex systems have two affiliations towards surviving the inevitable end. Like most other sexually procreating living systems, we have a certain drive towards sexuality qua procreation. But, notwithstanding this, we are aware of our mortality and have devised ways of overcoming this transience through personal communication of our thoughts and feelings in our cultural interactions. Culture in and of itself is a new way of survival and procreation. It is this point which Freud and Lacan tried to fathom in their theories concerning the sexual drive. It is double: natural and cultural.

“Sexuality is established in the field of the subject by a way that is that of the lack. Two lacks overlap here. The first emerges from the central defect which is the dialectic of the advent of the subject to his own being in the relation to the Other turns-by the fact that the subject depends on the signifier and that the signifier is first of all in the field of the Other. This lack takes up the other lack, which is the real, earlier lack, to be situated at the advent of the living being, that is to say, at sexual reproduction. The real lack is what the living being loses, that part of himself qua living being, in reproducing, himself by means of sex. This lack is real because it relates to something real, namely, that the living being, by being subject to sex, has fallen under the blow of individual death.” (Lacan, 1964 [1977]: 204-205)

In his text ‘The signification of the phallus’ Lacan remarks that the male sexual organ takes up a special role in cultural exchanges.

“The phallus reveals its function here. In Freudian doctrine, the phallus is not a fantasy, if by that we mean an imaginary effect. Nor is it, as such, an object (part, internal, good, bad, etc.) in the sense that this term tends to accentuate the reality pertaining in a relation. It is even less the organ, penis or clitoris, that it



## PDF Eraser Free

symbolizes. [...] For the phallus is a signifier, a signifier whose function, in the intra-subjective economy of the analysis, lifts the veil perhaps from the function it performed in the mysteries. For it is the signifier intended to designate as a whole the effects of the signified, in that the signifier conditions them by its presence as a signifier.” (Lacan, 1958 [1977]: 285)

The phallus is the go-between for the natural and the cultural system, the real and the symbolic register. And why not the vagina, the female organ of sexual interaction? Psychoanalytical thought is obsessed with monosexuality, with having a phallus or not having a phallus. And why not a double sexuality with women and men combined? Underlying this issue is what some describe as the secret behind psychoanalytical sexuality. This is the castration complex, which circulates around the theory of the phallus.

Rest assured, the psychoanalytical world does not have the chauvinistic sexist worldview it is cracked up to have. Speaking about having a phallus or not is the only way psychoanalysts like Freud and Lacan were able to combine their theories on sex and death in a culturally and naturally complex framework. They were not stating that women were inferior to men in any way, quite the contrary.

Now what does the phallus mean in relation to death and sex? The symbolic phallus, according to Lacan, is the grounding signifier. It is the signifier that is not dead, which emanates life and meaning. The symbolic phallus is the center of our symbolic network. But as Lacan stresses throughout his work, it is the only signifier which is absent in the symbolic chain. It should be there to complete the symbolic field, but it is always lacking. This is precisely the point of castration. Let us put it in other words. The symbol which is not victim to the Thing murder is nonexistent. This means that we can never mean with words what we want to mean with them: the precise definition of what our words refer to is impossible. We all believe that our words have an exact meaning, that we can convey our thought and feelings to others in an unambiguous way. This belief is false. Our words are never precise enough to have an exact meaning. This is the reason why we speak in the first place. We speak because we are driven to make sense, even in the conviction of never fully attaining this point. Through symbolic castration, a circumcision is made of a hole in our symbolic plain of existence. Not everything is subject to symbolization. There is a workable black hole that operates like a strange attractor in the symbolic field. The same goes for the two other fields, the imaginary (body image) and the real (enjoyment) register, but going into these other two would lead us too far astray.

### 1.4 Theory of sexual complexity: the problematic self in self organisation

In my dissertation on complexity theory and psychoanalysis, I picked out four fundamental concepts in talking about complex systems. (De Grave, 2002b) These were:

1. Boundary phenomena, with every complex system being subject to the idea of closure.
2. Context phenomena, with nesting and entropic interactions as essential concepts.
3. Dynamic organisation, with neural networks, feedback mechanisms, (strange) attractors and self organisation as central issues.
4. Structural dynamic hierarchies, concerning part-whole interactions, layering, fractal structures and adaptive/anticipating systems.

Using these four points of approach, I showed that psychoanalysis is fit to take up these structuring elements without doing away with its core definitions. And so I compared it with Freud's biological metaphors of the protozoa, his drive theory and its regulating principles, the distinction between conscious and unconscious processing and his topological model of the Id-Ego-SuperEgo. Psychoanalysis is a complex theoretical approach towards human suffering and its contextual effects. And, in my view, it has something crucial to add to the thinking in the theory of complexity.

Lacanian psychoanalysis provides a critique of the function of the Ego as a clinical goal in therapy or as an ethical problem-solving apparatus. (Lacan, 1954-1955 [1988]) The Ego itself is a symptom, a mark of the human condition par excellence. How? As humans, we are not only driven to procreate, we are also driven to make ourselves be heard, seen, felt and more. Freud was the first to describe an Ego drive. (Freud, 1910i) Of course, you can say that Schopenhauer had already beaten him to it, but Freud talks about the Ego in an entirely different way.

He puts the the Ego drive in an opposition to the sexual drives. (Freud, 1915c) The Ego drives are non-sexual and this is what defines them. From 1910 up until 1920 he struggles with this issue of Ego versus sex for the very simple reason that he could not yet find the deathly uniting aspect in both. So, again in 1920, in 'Beyond the pleasure principle' he finds the distinction between Eros and the death drive. Sex drives are a combination of both and the Ego drives disappear from the scene from this point on to transform into the Ego function his text 'The Ego and the Id' in 1923. (Freud, 1923b)

Only Lacan truly understood this issue from the root up. From his first publications to the very last, he stresses this point of the Ego being a problematic culmination point, a life-death drive war zone. There is nothing healthy or simple about the Ego: he even

## PDF Eraser Free

dislikes the term and speaks about the divided subject, symbolized as  $S/$ . (Lacan, 1964 [1977]) We as human subjects are always divided, never whole as Egos. Now, within the theory of complexity, the idea of self organisation is a very important one. But it is highly disputed, because no one thus far has been able to define the self concept within. And rightly so, according to psychoanalysis. The organisation of the self is a symptomatic form of organisation. By symptomatic, I mean that the symptom refers to an underlying 'disease'.

Disease should not be read as sickness, but as the absence of ease or rest in a certain dynamical context. The self as symptom is a way of dealing with dynamics at the edge of chaos in an underlying layer of organisation. Self organisation is an emergent quality, rising out of a fractal process of recombination in certain fields in touch with others. Just as fractal theory is based on self similarity and iteration (which has nice echoes in the psychoanalytical idea of repetition compulsion), so is self organisation related to theories concerning contextuality, nesting and attractors. The main contribution of psychoanalysis to this field is that the emergent qualities of the self in organisation circulates around an attracting void; it is not whole and this provides the stimulus for the entire enterprise. Death, lack, shortage embedded in a 'living' system make it function, this is what Lacan tried to point out. There is no possible whole or holistic theory that can do away with this crucial organizing point. Lacanian psychoanalysis shows that absence is central in structuring presence, that less produces more and so that death (lack) and sex (procreation) are intimately intertwined. This might be an interesting field of research in other form of complex thinking.

### 1.5 And beyond: towards a grand unifying theory of complex psychoanalysis

Castration is the core of psychoanalytical thinking because it is important for understanding and helping others to cope with human suffering. Castration combines sexuality and mortality into one complex term. Up to now we have said practically nothing about the other famous complex, namely the Oedipus complex. So, to close off this work on complexity some words about it. The oedipal complex is not an incestuous theme park for frustrated Victorian gentlemen and ladies. Again, it is Lacan who forms an abstraction from this complex and talks about a first and second other in relation to a human developing subject. (Lacan, 1979) In this endeavor, he makes it clear that the castration complex and the oedipal complex are intertwined in an intimate relationship. You could say that, according to him, the castration complex is embedded or nested in

## PDF Eraser Free

the oedipal scene. He describes the Oedipus as a field of interactions between three individuals and death as a structuring element.<sup>16</sup> The structuring function of lack rings out throughout his entire work. The death drive (castration) is a structuring attractor nested in a living network of interactions (Oedipus). Psychoanalysis is not a philosophy because it is applied to humans and their conditions. It will prove impossible to extrapolate the psychoanalytical findings to other fields of complexity without severe translation efforts. But I hope that in this chapter I have given those not familiar with or biased towards psychoanalysis another perspective on the matter. The metatheory for psychoanalysis should be the theory of complexity, as the field where interactions with other complex fields such as biology and sociology are facilitated. But I hope that this complex metatheory can become enriched with certain psychoanalytical insights such as those discussed concerning death and sex. I hope I have demonstrated that these two terms at least are more complex to interpret than many reductionist critiques (even of psychoanalytical origin) have made them.

## Commentary on Circumcising the Void: (De)Contextualising in Complex Lacanian Psychoanalysis

One patient (Jeff) underwent the Positive and Negative Symptom Scale (PANSS<sup>10</sup>) within a scientific research enterprise for evaluating medication.

One part of this Semi Structured Interview to evaluate the depth of the psychotic derailment is to provide the subject with sayings, idioms and proverbs. One saying is that ‘the apple doesn’t fall far from the tree’. Jeff ran out of the bureau in a state of anxiety because he experienced the apples falling down from the ceiling in the office where the research was taking place.



Figure 6<sup>11</sup> Falling apples

In talking to him the next week in our therapeutic sessions I asked him what had happened. ‘Nothing serious’ was his reply. To me, it seemed as if he did not want to bring the session to mind. As if it never took place. He started to associate as was his way in our sessions about the fact that he was not allowed to go back to live with his mother in her house and because of this he had to stay in the clinic for a longer period of time. He mentioned his despair of not belonging anywhere in the world. It was a great letdown for him, a fall into despair, a disappointment. After the session he told a

---

<sup>10</sup> <http://www.panss.org/home/>

<sup>11</sup> [http://www.123rf.com/photo\\_11020801\\_ripe-red-apple-falling-down-isolated-over-white-background.html](http://www.123rf.com/photo_11020801_ripe-red-apple-falling-down-isolated-over-white-background.html)

## PDF Eraser Free

member of the staff that he chose not to continue the research because he thought it was not for him. It was to evaluate psychotic patients and he himself only had housing problems. As did his father when he left his mother.

Another patient (Amber) decided to have a sex operation because she felt she was more a man than a woman. In the preparation for the operation the doctor said she would have to take a Szondi test. In the Szondi test the test subject is to evaluate different sets of photographs based on those they like and those they dislike. Because of the psychotic breakdown following this evaluation, she was denied the operation.



Figure 7<sup>12</sup> The Szondi test

Working with her in the following months she explained to me that the pictures in the test were there because the doctor was following her. The pictures were of former relatives of her who had undergone a sex operation. He wanted to take away what was left of her masculinity and he would come to her house to perform the operation on her without her consent. She was afraid to go to sleep, because she would wake up being a man, but having a penis which was not her's. Her breasts would be removed and put on a display, as a warning sign. In her dreams, the faces of the Szondi were there as ever so many testimonials that she was under clear and present danger that if she spoke her mind, she would disappear. Together, we wrote a letter to the doctor to explain that she felt unwell in her decision about the sex operation and that she had decided to remain female, but with a reduction of her breast size.

Both Jeff and Amber take witness to the fact that there is no such thing as neutral diagnostics. Both experienced an unsettling amount of pressure because they

---

<sup>12</sup> <http://yoshizen.wordpress.com/2012/10/22/intuition-face-reading-in-the-szondi-test/>

## **PDF Eraser Free**

interpreted the test in a way that is not common sense to our experience. They were 'circumcising the void', trying to give an answer to a question or demand that came from within/without.

# PDF Eraser Free



# Chapter 2

## Objectiviteit en objectivisme

### Inleiding op Objectiviteit en Objectivisme

Dit hoofdstuk is in het Nederlands geschreven. Oorspronkelijk bedoeld als onderdeel van een vierluik omtrent psychose als realiteitstoornis (objectivisme, subjectivisme, existentialisme en psychodynamica), is dit hoofdstuk bewaard gebleven om een zeer afgelijnd parcours in het denken omtrent de psychose duidelijk aan de orde te stellen. Als de psychose zoals in de algemene inleiding geschetst werd als een te onderzoeken object vooropgesteld wordt, maken we net deze zoektocht onmogelijk.

HET psychotisch object zal zich steeds kenmerken door zijn elusief karakter. Alle schijnbare wetenschappelijke gestrengheid ten spijt blijft de zoektocht naar het psychotisch object als zijnde zelfverklarend voor het psychotisch probleem (zijn bestaan als realiteitstoornis op zich alsook de verklaring voor de verschillende verschijningsvormen van deze hoedanigheid) een illusie.

Tegen de complex dynamische benadering van de psyché in uit het vorige hoofdstuk vinden we dus een andere lijn. Deze vindt zijn oorsprong in Descartes en zijn Meditaties. (1641) Wat gebeurt er als we eerlijkheidshalve onze gedachten de vrije loop laten? Wat gebeurt er als we werkelijk alles in twijfel trekken? Toen ik tijdens mijn opleiding in de filosofie over Descartes hoorde, stelde ik me hem voor. Aan het haardvuur gezeten in kamerjas, starend in de gensters en dromend over de realiteit.



Figure 8<sup>13</sup> Philosopher in Meditation 1632 | Oil on wood | 280 x 340 mm Musée du Louvre, Paris Rembrandt (van Rijn, Rembrandt Harmenszoon) | 1606-1669

---

<sup>13</sup> <http://paintingdb.com/view/41/>

## PDF Eraser Free

Stel u voor... dat alles wat ik zie niet echt is. Stel u voor dat ik aan alles twijfel. De verzuchting van de filosoof die de waarheid begeert en niet vindt in zijn innerlijke wereld of de ervaring van de buitenwereld. Zijn Mind's I/eye. Wat als alles wat ik denk een psychose is, aangestuurd door een malin génie. Wat kan ik nog weten, wat kan ik nog hopen? Niets, buiten het feit dat ik vaststel, hoop en vrees.

Over zijn Dubito, ergo Cogito, ergo Sum zijn al bibliotheken geschreven. Ik vind in Descartes en zijn levenswandel de eerste analyticus en de eerste Moderne filosoof in een notendop verzameld. Hij stond als één man de Griekse traditie te woord, in hoofde Socrates. Het enige wat ik weet is dat ik niets weet, behalve over de liefde. Dat laatste omdat Diotima het hem had geleerd, een mystieke vrouw die van wanten wist. Aldus Socrates op het Symposium.

En toch die verzuchting. Zou er nu geen ware kennis bestaan, klare en afgelijnde ideeën die voorbij gaan aan hetgeen in twijfel kan getrokken worden? Ben ik werkelijk veroordeeld tot mijn intern referentiekader of kan ik delen met anderen over de externe realiteit?

De realiteit is wat kenbaar is door mezelf en door anderen. De realiteit is een sociale constructie op mensenmaat met bepaalde bewijsbare elementen. Wetenschap is bewijsbaarheid, aantoonbaarheid. Wetenschap is de remedie tegen psychotische fantasmagorie.

“Geen enkel psycho-pathologisch begrip mag, zelfs en vooral in het impliciete spel van enige terugblik, een organisatorische rol spelen. Constitutief is de handeling die de waanzin van de rede scheidt, en niet de wetenschap die, als die afscheiding eenmaal heeft plaats gevonden, in de teruggekeerde rust tot stand komt. Aan de oorsprong ligt de cesuur die de afstand tussen rede en niet-rede bepaalt; wat de greep aangaat die de rede op de niet-rede uitoeft om er zijn waarheid van waanzin aan te ontlokken, die wordt daar wel van afgeleid, maar komt pas veel later. We zullen dus over dat primitieve debat moeten spreken zonder een zege te veronderstellen, en evenmin het recht op de zege.”

(Foucault, 1961 [1995]: 7-8)

Zo begrijp ik dan ook de tegenhanger van het psychodynamische. Als een remedie tegen de On-zin, tegen de On-rede, tegen de Willekeur dat alles kan, een bewijs nooit voorhanden kan zijn.

In dit hoofdstuk ondervragen we deze beweging. Kort samengevat betekent het localiseren van de waanzin buiten onszelf het zoeken naar het verklarend psychotisch object. Deze zal zich buiten het veld van de normaliteit bevinden, in concretu buiten onszelf als ondervrager. Als we waanzin willen begrijpen en bevatten, dan ligt ze buiten ons in een meetbaar, kwantificeerbaar en evalueerbaar object. Dit object mag van velerlei aard zijn: een gen, een neurologische afwijking, een afwijkend bloedresultaat, een aberrant gedrag, zelfs een excentrieke gedachte. Maar het moet bestaan, het teken

## PDF Eraser Free

van betekenis, het symbool van de excentriciteit. Als remedie tegen de interne angst misschien zelf waanzinnig te zijn of te worden.

In dit hoofdstuk bevragen we de objectiviteit van psychose als realiteitsstoornis. Van bij de geboorte van de Moderne Psychiatrie zien we de 'wetenschappelijke' verzuchting naar ware kennis over psychose als afwijking. Het Leitmotiv hierbij is de Gauss curve, de normaal verdeling. Waar situeer ik mij als individu ten aanzien van de Ander? Op welke vergelijkingsas kan ik beslissen waar ik dan wel mijn bestudeerde Ander zich situeert ten aanzien van de normaliteit?

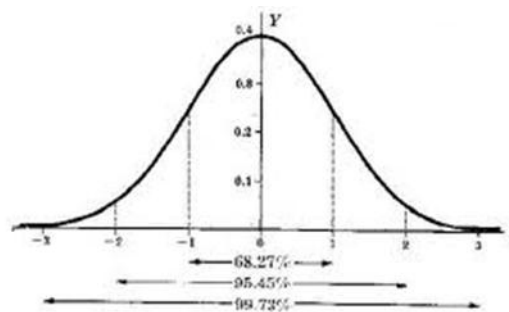


Figure 9<sup>14</sup> Gauss Curve

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in drie cesuren, verknoopt met drie figuren: Emil Kraepelin, Archibald Cochrane en Robert Spitzer. Alledrie wisten ze zich te verhouden ten aanzien van het psychodynamische denken. Alledrie propageerden ze een bepaalde stellingname ten aanzien van de waanzin. Ik heb gekozen om deze verhouding ten opzichte van de zoektocht naar het (externe) psychotische object in zijn motivatie te illustreren door gebruik te maken van hun biografische geschiedenis. Hierdoor wordt het duidelijk dat een persoonlijke aspiratie zich gemakkelijk vertaalt in een maatschappelijke tendens naar ware en pure kennis. Als remedie tegen de Angst voor de Waanzin, de On-Rede.

“Middenin de serene wereld van de geestesziekte heeft de moderne mens geen communicatie meer met de gek. Aan de ene kant staat de redelijke mens, die de arts op de waanzin afstuurt, en daarmee alleen een betrekking via de abstracte algemeenheid van de ziekte toelaat. Aan de andere kant staat de waanzinnige mens, die alleen met de ander communicatie heeft via een al even abstracte rede die onder, fysieke en morele dwang, anonieme druk van de groep, en verplichting tot conformisme is. Een gemeenschappelijke taal is er niet, of liever niet meer; bij het rangschikken van de waanzin onder het begrip ‘geestesziekte’ tegen het einde

---

<sup>14</sup> <http://mathforeurope.digibel.be/gauss2.htm>

## PDF Eraser Free

van de achttiende eeuw wordt expliciet vastgesteld dat de dialoog is verbroken; de scheiding wordt geponeerd als een voldongen feit, en al die onvolkomen woorden zonder vaste syntaxis, die enigszins stamelende woorden waarin de uitwisseling tussen waanzin en rede werd uitgesproken, worden der vergetelheid prijsgegeven. De taal van de psychiatrie, die een monoloog van de rede over de waanzin is, kon alleen op dat zwijgen worden gebouwd.”

(Ibid.: 8)

## 2.1 Emil Kraepelin

*“Ich muß offen gestehen, daß ich den Gedankengängen dieser “Metapsychiatrie”,  
die wie ein Komplex die nüchterne, klinische Betrachtungsweise aufsaugt,  
beim besten Willen nicht zu folgen vermag.  
Da ich auf dem festen Boden der unmittelbaren Erfahrung zu wandeln gewöhnt bin,  
stolpert mein philiströses naturwissenschaftliches Gewissen  
auf Schritt und Tritt über Einwände, Bedenken und Zweifel, über die den Schüler Freuds  
die leichtbeschwingte Einbildungskraft ohne weiteres hinwegträgt”  
(Kraepelin, 1913: 938).*

Diep geworteld in de 19de eeuwse zoektocht naar zuivere en theoretische kennis komen we de Duitse psychiater Emil Kraepelin tegen (1856-1926)

“His career marks the culmination of a century of descriptive clinical psychiatry and psychiatric nosology. Downplaying the sufferer’s psychopathological state in favour of the ‘disease entity’, he approached his patients as symptom carriers, and his case histories concentrated on the core signs of each disorder.”

(Porter, 2002:184)

Onder zijn invloed nam de zoektocht naar het psychotisch object een nieuwe wending. Waar zijn voorgangers zoals Griesinger, Meynert, Flechsig, Falret en Morel zich voornamelijk toeleiden op hersenonderzoek enerzijds en nosografie van specifieke gevallen anderzijds, probeerde Kraepelin op een meer wetenschappelijke manier de psychiatrische ziektebeelden te benaderen en de inzichten systematisch samen te brengen.

We kunnen stellen dat Kraepelin in zijn onderneming als de eerste ‘moderne’ psychiater mag aangeduid worden die systematische klinische observatie en categorische diagnostische classificatie centraal stelt in het breder psychiatrisch onderzoek. (Kaplan, 2008) Zijn project had als onderliggende bedoeling het psychiatrische veld af te lijnen en te identificeren als zelfstandige medische discipline ten einde ze op een coherente manier met de andere ‘hulpwetenschappen’ in verband te brengen. Hiertoe richtte hij in 1912 een eigen onderzoeksgroep op in München,

## PDF Eraser Free

"Forschungsinstituts für Psychiatrie", nu bekend als het "Max-Planck-Institut für Psychiatrie".<sup>15</sup>

In dit deel zullen we dit proces van definiëring uitwerken aan de hand van zijn studie van de psychotische stoornis. Dit zal ons toelaten zowel de voor- als nadelen van zijn nieuwssoortige nosografie aan te kaarten en de moeilijkheden naar het ontwerpen van een objectieve nosologie scherp te stellen.

In tegenstelling tot zijn leeftijdsgenoot Sigmund Freud liep Kraepelin niet hoog op met neurologische speculaties en filosofische denkkaders. (Trede, 2007) Hij wou een zo zuiver mogelijke beschrijving van de fenomenen die uit de observatie van de psychiatrische stoornissen voortkomen. Om dit doel te bereiken rekende hij op de experimentele psychologische wetenschappen die op dat moment volop in ontwikkeling waren. Zo beschreef hij zichzelf als een pure psychiater met psychologische neigingen. (Hippius en Müller, 2008)

In dit proces kunnen we twee polen ontwaren: de neuro-anatomie enerzijds en de psycho-fysiologie anderzijds. Beide krijgen doorheen Kraepelins werk voor het eerst de aandacht die ze verdienen. Hij is er echter nooit in geslaagd deze velden tot een klinische bruikbare synthese te brengen. (van Bakel, 1998)

Kraepelin wordt meestal beschreven als een streng individu, met weinig aandacht voor de belevingswereld van zijn patiënten. (Bentall, 2004; Shorter, 1997; Kaplan, 2008) Deze kilte toont zich ook in zijn beschrijvingen van de ziektebeelden, waar hij zich als een chirurg distantieert van zijn onderzoeksobject. Empathie is weinig aanwezig in zijn benadering van de psychoticus. Deze attitude getuigt volgens ons echter van een specifieke keuze in contactname met de psychose. Zo kunnen we uit zijn werk rond dromen, rond alcoholverslaving en uit zijn autobiografie een persoonlijk engagement merken dat toont dat Kraepelin zeker gepassioneerd kon zijn door onderwerpen die hem nauw aan het hart lagen. (1906; 1920; 1983)

De studie van de psychose die hem beroemd heeft gemaakt, lijkt eerder een keuze uit noodzaak te zijn dan een passie voor dit onderwerp.

"There are two sorts of psychiatrists, those by inclination, and those by chance; those entering psychiatry by chance are sometimes reasonable."

(Kraepelin, 1913, geciteerd in Kaplan, 2008: 306)

Als men qua stijl zijn droommonografie (grotendeels gebaseerd op eigen dromen) vergelijkt met zijn leerboek, springen de verschillen in persoonlijk engagement in het oog. (Engels, 2009)

---

<sup>15</sup> <http://www.mpipsykl.mpg.de/>

## PDF Eraser Free

Hierin zien we opnieuw een getuigenis van wat we aanduiden als een objectivistische epistemologie. Het betreft een bewust of onbewust gemotiveerd perspectief van waaruit het studieobject beschouwd wordt. Dit objectivisme kunnen we niet zomaar aanduiden als een persoonlijkheidstrek die pervasief is in alle aspecten van het persoonlijk leven. Een benadering afrekenen op basis van de persoonlijke kwaliteiten en gebreken van zijn grondlegger getuigt niet van eerlijke kritische benadering. Alleen in de mate waarin een persoon zich trouw betoont aan impliciete en expliciete aspiraties, kunnen we een inschatting maken van de impact van een specifiek perspectief op het studieobject op zich.

### 2.1.1 Psychofysiologie: experiment, observatie en statistiek

Sommige mensen beschouwen Kraepelin als een strikte hersenpsychiater. (van Praag, 2008) Hoewel hij duidelijk voortkomt uit de Duitse neuro-anatomische traditie van de 19de eeuw schreef hij zichzelf steevast de titel van Irrenarzt toe en niet van Nervenarzt. (van Bakel, 1998) Tegen het adagio van zijn leermeester Griesinger “Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten.” legde hij de nadruk op het belang van de studie van psychische functies als een interdependent veld, waarbij het breinonderzoek ons meer informatie kan opleveren, maar geen verklaring biedt voor de geobserveerde fenomenen op zich. Zo schrijft hij over de psychische functie van het bewustzijn:

“Die Localisation von Schlussprocessen, wie überhaupt von Bewusstseinsinhalt, ist ganz undenkbar, höchstens kann man die mit ihnen verknüpften physiologischen Vorgänge an einem bestimmten Ort verlegen.”  
(Kraepelin, 1886: 166)

Hierin is de invloed van Wilhelm Wundt (1832-1920), grondlegger van de verspreiding van de experimentele psychologie en beschermer van Kraepelin, van cruciaal belang. Wundt heeft ons een omstandig oeuvre nagelaten. Het zou naar schatting 2,5 jaar duren om zijn 53.000 pagina's te lezen als we elke dag 60 pagina's zouden lezen.<sup>16</sup> Verder zien we dat hij zijn ideeën en speculaties doorheen dit werk steeds opnieuw bewerkt, aanpast en bekritiseert. (Schultz, 1975) Niet tegenstaande deze moeilijkheid kunnen we toch de onderstroming van zijn werk beschrijven die de objectivistische aspiraties illustreert. Van een specifieke coherente Wundtiaanse psychologie kan echter geen sprake zijn.

---

<sup>16</sup> <http://wilhelmwundt.com/index.htm>



## PDF Eraser Free

De nadruk en de innovatieve bijdrage van Wundt is de combinatie van introspectie (*Selbstbeobachtung*) en experimentele verificatie van deze binnen een empirische methodologie. Via deze benadering distantieerde Wundt zich van zijn voorgangers Fechner en Von Helmholtz en zal hij de psychologie op een specifieke manier emanciperen van de filosofie. De innerlijke realiteit is volgens hem kenbaar en we kunnen via een degelijk opgezette experimentele setting betrouwbare data verkrijgen omtrent deze innerlijke realiteit in relatie tot de buitenwereld. Als we sensatie (innerlijk) en perceptie (uiterlijk) met elkaar in verband brengen door een onderbouwde methodiek zal de kennis omtrent deze fenomenen ons duidelijk worden. Hiermee ging Wundt in tegen het neokantiaans ‘pessimisme’ dat een wetenschappelijke psychologie per definitie onmogelijk zou zijn. (Kim, 2006) In de Metafysische gronden van natuurwetenschap maakt Kant duidelijk dat een empirische psychologie onmogelijk is aangezien bewuste inhouden niet mathematiseerbaar zijn, niet te isoleren vallen als aparte fenomenen en ze door het bestuderen van het fenomeen zelf aangepast worden. (Kitcher, 1993)

In navolging van Kant zien we een polarisering omtrent deze schijnbare onmogelijkheid. Langs de ene kant zien we dat psychologie weer speculatieve filosofie wordt omtrent de Geist, met Hegel als exemplarisch voorbeeld. (1807) Langs de andere kant zien we dat psychologie ingelijfd wordt in de ‘harde’ wetenschappen waarbij alleen meetbare psychische processen de aandacht verdienen, met hierbij Herbart als exponent. (1824-1825)

Door het centraal stellen van de combinatie “bewustzijn” en “realiteit” zal Wundt een uitweg zoeken in deze problematiek. Voor hem zijn fysiologische processen en bewustzijnsprocessen equivalent. Met deze gelijkschakeling legt hij een andere basis voor het onderzoek van mentale processen. Het experiment als toetssteen van de deelbare fenomenen die we door introspectie bekomen vormt de nieuwe basis die kennis toegankelijk maakt.

“Wundt defines consciousness as “inner experience;” it is only the “immediately real”<sup>17</sup> phenomena constituting this experience, and nothing behind or beyond it, that is the object of psychological, as opposed to physiological or psychophysical investigation (PP II: 636). Wundt's project is not only a “psychology without a soul,” in F.A. Lange's phrase, but also a science without a substrate tout court.<sup>18</sup> Wundt therefore presents himself as a radical empiricist.” (Kim, 2006)

---

<sup>17</sup> By “immediate phenomena,” Wundt means such as “do not require mediation through external processes” (L I: 6).

<sup>18</sup> This is not to suggest that Wundt does not have a notion of “Seele”: yet he sees it as merely one side—the “inner perspective”—of one and the same unity whose “outer perspective” is the body (Leib) (PP II: 648)

### 2.1.2 Pathologie, symptomen

Het is de verdienste van Kraepelin om Wundts benadering te vertalen naar een psychiatrische epistemologie. De observeerbare mentale functies die bij een onderliggende psychiatrische stoornis aanwezig kunnen zijn, moeten via een welomlijnde methodiek benaderd worden. Via psychologische testing en statistische verwerking van de bekomen data kunnen we veronderstellingen uitbouwen over de aard van de psychiatrische stoornis. Het baat bijgevolg niet om psychiatrisch onderzoek te beperken tot hersenonderzoek, want dit sluit bij voorbaat mogelijke associaties tussen verschillende psychiatrische symptomen uit.

Psychiatrische symptomen evolueren over tijd, komen soms in combinatie voor, sluiten mekaar soms uit,... Een psychologie en psychiatrie die streeft naar objectief wetenschappelijke kennis concentreert zich volgens Kraepelin op fenomenen die meetbaar, kwantificeerbaar en recurrent zijn. Andere data zijn al te zeer beïnvloed door subjectieve interpretatie en boeten op deze manier in aan universele geldigheid. Zo zal hij door zijn klinische carrière steeds trachten om wetenschappelijke methoden (data verzameling, statistische analyse, experimentele onderzoeken,...) toe te passen in zijn analyse van de psychiatrische fenomenen. Zoals gezegd liep hij niet hoog op met filosofische speculaties. In die zin zal hij de ideeën van Wundt radicaliseren in een objectivistische methodiek. Hierbij worden techniek en theorie door elkaar gebruikt alsof een goede wetenschappelijke benadering vanzelfsprekend tot ware, verifieerbare en toepasbare inzichten leidt.

Centraal in deze benadering staat het probleem dat het object van de psychologie op zich niet bestaat als een meetbaar en kwantificeerbaar object. Alleen de psychische uitingen kunnen gezien worden als meetbare objecten, maar de associatie met de onderliggende 'psyche' staat steeds open voor interpretatie.

Wundt en Kraepelin zetten zich in hun benadering af tegen deze kritiek door de kwantificerende methode te verabsoluteren. Als uit statistisch onderzoek blijkt dat bepaalde gekwantificeerde observaties steeds in een te formuleren wiskundig verband optreden, dan bewijst dit het onderliggend verband van waaruit de fenomenen voortkomen. De noumena zijn bijgevolg kenbaar door de meting en statistische evaluatie van de fenomenen.

“Ein tieferes Verständniss der psychischen Störungen [erfordert] unbedingt die Auflösung der gegebenen Symptome in ihre letzten Componenten und die Zurückführung der so gewonnenen elementaren Alterationen des psychischen Geschehens auf allgemeinere krankhafte Veränderungen der psychischen Grundfunktionen.”

(Kraepelin, 1883: 12)

Anders dan Wundt zal Kraepelin zich echter toeleggen op de functionele stoornissen. De psychiatrie als wetenschap onderscheidt zich van de psychologie als wetenschap omwille van haar onderzoeksobject, de psychopathologie. Het gaat om gestoorde processen die op basis van hun specifiek karakter zowel tegen de normaliteit als tegen andere pathologische processen moeten afgewogen worden.<sup>19</sup> Ook worden deze gestoorde psychiatrische processen over het algemeen beschouwd in het functioneren van de patiënt, niet in het eigen functioneren. Een neutrale psychiater observeert, kwantificeert en analyseert het functioneren in zijn patiënt. Hierbij is het dus belangrijk dat de psychiatrische observator zoveel mogelijk zijn eigen interpretaties en ervaringen buiten het epistemologisch proces plaatst, wat in het observeren van psychopathologie geen eenvoudige taak is. Empathie en innerlijke resonantie met de pathologische functies verstoren het objectieve karakter van de observatie en moeten zoveel mogelijk uitgeband worden.

### 2.1.3 Nosologie en taxonomie

Vanuit dit perspectief werkte Kraepelin zijn magnum opus uit, het 'Compendium Psychiatrie'. Zoals zovele historische kenteringen berust deze wending op een toeval. Het was een Duitse uitgever die Kraepelin de vraag stelde om een kort en duidelijk leerboek te schrijven als inleiding in de psychiatrie. In de paasvakantie van 1883 schreef hij de eerste versie. In de negen edities (1883-1926) die hij doorheen zijn leven zou herwerken, zien we de geboorte van een epistemologische classificatie van psychiatrische stoornissen die tot op heden zijn invloed laat gelden. Impliciet vallen in dit werk vier theoretische kaders te ontwaren: realisme, parallellisme, de experimentele benadering en naturalisme. (Hoff, 2008)

1. **Realisme:** In contrast met het "Duits idealisme" zag Kraepelin de reële wereld als onafhankelijk van de theorie en de mentale voorstellingen. De echte wereld bestaat op zich en het komt vooral aan op goede wetenschappelijke observatie zonder al te veel theoretische constructies. Dit naar onze mening naïef realisme

---

<sup>19</sup> In deze is het belangrijk het verschil tussen symptoom en syndroom scherp te stellen. Een symptoom is een kenmerk van een bepaalde onderliggende stoornis. Een syndroom betreft het ziektebeeld als een verzameling van ziekte tekens die meestal in een bepaald verband samenkomen. Voorbeeld: hoest, koorts, spierpijn, keelpijn zijn klinisch observeerbare symptomen. Deze zijn tekens van een verstoring. Ze kunnen echter optreden binnen verschillende syndromen of ziektebeelden zoals griep, HIV, SARS, ebola, verkoudheid, longontsteking,... Het is bijgevolg belangrijk om de verschillende symptomen samen te brengen in een verband dat ons toelaat zowel de ziekte zelf afdoende te omschrijven als ze te differentiëren van andere ziekte waarin gelijkaardige symptomen optreden.

## PDF Eraser Free

is niet zonder gevolgen voor de psychiatrische diagnose. Er bestaan vanuit dit perspectief gezonde en zieke elementen in de realiteit en het is aan de nosoloog om deze fenomenen te ontdekken en zo nauwkeurig mogelijk te beschrijven, met andere woorden zo nauw mogelijk aan te sluiten bij het fenomeen zoals het zich voordoet.

2. **Parallellisme:** vanuit de Wundtiaanse invulling van de psychofysiologie zoals reeds beschreven zijn het somatische en het psychische parallel met elkaar. Ontdekkingen binnen het ene veld zijn zonder veel problemen om te zetten naar het andere veld. In deze interconnectie tussen het lichaam en de geest is het belangrijk om meetbare symptomen te vinden die het syndroom reveleren waar ze op terug vallen. Aangezien het veld van de psyche geen object kent, ligt de nadruk op het somatische veld, te weten hersenonderzoek, genetisch onderzoek en andere objectiveerbare methodes. Deze klemtoon is een getuige van Kraepelins methodologisch monisme, waarbij alleen meetbare, kwantificeerbare en vergelijkbare data in rekening gebracht worden voor wetenschappelijke analyse van psychiatrische symptomen. Alle filosofische speculaties dienen uitgebund te worden als ze niet hard gemaakt kunnen worden in deze objectivistische kijk.
3. **Experimentele aanpak:** om de kloof tussen het somatische (met een onderzoeksobject) en het psychische (zonder onderzoeksobject) te overbruggen kunnen we de experimentele aanpak hanteren. Binnen deze opzet komt het erop aan de stabiele elementen te erkennen en beschrijven naast de onderzochte variabelen. In gelijkaardige omstandigheden zullen de variabele elementen en de invarianten ons vanuit deze optiek duidelijk maken waar het specifiek om draait. Deze experimentele aanpak reduceert het psychische tot het meetbare en het vergelijkbare. Psychische elementen worden in rekening gebracht in de mate dat ze in een experimentele setting rubriceerbaar zijn. Ook binnen de klinische setting geldt hetzelfde principe. In het contact met de patiënt tellen alleen deze uitingen die vatbaar zijn voor standaardisatie en statistiek. Alle unieke en individuele onderwerpen zijn uit te sluiten omdat ze niet passen binnen de objectivistische benadering.
4. **Naturalisme:** De drie vorige punten leiden linea recta tot een specifieke voorkeur voor de objectiverende natuurwetenschappen, zoals deze door Kraepelin opgevat werden. Psychiatrische stoornissen zijn op te vatten als natuurlijke uitingen van een voorgelegd proces dat zich ontplooit in een individu. De ingebakken aanleg van een persoon naar pathologie ontwikkelt zich op een natuurlijke wijze als ze maar in de gunstige omstandigheden haar plaats vindt. Het determinisme is in deze een afgelijnd feit. Keuze elementen, vrije wil en het belang van omgevingsfactoren zijn van minder, zelfs miniem belang indien ze niet objectiveerbaar zijn. In de psychiatrische analyse van het symptoom/syndroom

## PDF Eraser Free

is het de bedoeling om zo zuiver mogelijk het natuurlijk proces te kennen waarlangs deze symptomen zich tot hun uiteindelijke conclusie zullen ontwikkelen. Hoewel psychische en sociale factoren een rol spelen, zijn ze ondergeschikt aan het biologische en fysiologische niveau aangezien alleen op dit niveau de oorzaken van de stoornis verifieerbaar zouden moeten zijn. Op het psychische niveau kunnen we alleen subjectieve hypothesen vormen die steeds ambigu zijn en blijven. Een degelijke objectivistische psychiatrie sluit qua diagnose en therapie bijgevolg zo sterk mogelijk aan bij de natuurwetenschappen zoals deze door Kraepelin begrepen werden. Dit betekent dat een psychologie en psychiatrie haar naam waardig zich modelleert aan de natuurwetenschappelijke methodologie wat betreft onderzoek. De psyché wordt niet uitgesloten, maar in een keurslijf geduwd dat zo weinig mogelijk ruimte laat voor speculatie. Ook de psychische wetenschappen moeten aanleiding kunnen geven tot een deterministische voorspelling naar een welomschreven eindresultaat.

Hieraan gekoppeld ontwikkelt zich ook het procesmatige als evaluatiecriterium van de psychiatrische stoornis. We spreken in deze dus toch over een bepaalde marge van vrijheid en blijvende mogelijkheid tot variatie. Waar hij in eerste edities van zijn leerboek nog vrij nauw aansluit bij de Griesinger ideologie van (statische) lokalisatie, verschuift de aandacht meer en meer naar het in rekening brengen van het verloop van de stoornis en de uiteindelijk uitkomst. (van Bakel, 1998; Hoff, 2008; Beer, 1996)

“In dem Entwicklungsgange des vorliegenden Buches bedeutet die jetzige Bearbeitung den letzten, entscheidenden Schritt von der symptomatischen zur klinischen Betrachtungsweise des Irreseins. (...) Ueberall hat hier die Bedeutung der äusseren Krankheitszeichen hinter den Gesichtspunkten zurücktreten müssen, die sich aus den Entstehungsbedingungen, aus Verlauf und Ausgang der einzelnen Störungen ergeben haben. Alle reinen “Zustandsbilder” sind damit aus der Formenlehre verschwunden.”

(Kraepelin, 1896: V)

De invloed van Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) met zijn aandacht voor het procesverloop kan hierin niet overschat worden. (Hoff, 2008; Shorter, 1997) Deze Duitse psychiater maakte een duidelijk onderscheid tussen het pathologisch-anatomische en klinisch-psychopathologische. (Healy et al., 2008) In zijn term “*Syndrom-Verlaufs-Einheit*” zit het dynamische aspect vervat dat Kraepelin schijnbaar verder zal opnemen in zijn classificatiesysteem van de psychotische stoornissen. Via een nauwgezet methodisch onderzoek van zowel de klinische symptomen op zich als op hun meandering over tijd kunnen we tot een vermoedelijke etiologische studie komen van de ‘*Krankheitseinheit*’, het pathologisch object dat aan de klinische tekens ten grondslag ligt. Hiermee lijkt het alsof we een dimensie van variatie in het systeem moeten toelaten. Kraepelin blijft

## PDF Eraser Free

doorheen zijn carrière echter trouw aan de deterministische visie die we verder zullen illustreren.

Om tot zijn indelingen in de psychiatrische stoornissen te komen, gebruikte Kraepelin 'Zählkarte' waarop hij en zijn collega psychiaters gegevens bijhielden zoals leeftijd, geslacht, diagnose, ziektegeschiedenis en toestandsbeeld bij intake en eventueel ontslag. Met deze systematisering van diagnostische en anamnestiche gegevens verschoof Kraepelin de blik op psychiatrische pathologie van de neuroanatomie en de nosografie naar een schijnbaar objectieve data verzameling van symptomen zoals die bij bepaalde patiënten voorkwam. Hierbij was het voor Kraepelin belangrijk dat het verloop van de ziekte duidelijk vermeld werd. Het interesseerde hem met andere woorden minder waar de stoornis te lokaliseren was, maar wel hoe de ziekte verliep om tot zijn natuurlijk eindpunt te komen.

Deze specifieke aandacht voor de dynamiek van de ziekte en zijn uitkomst, bekomen uit geobjectiveerde en methodische data verzameling, zal het psychiatrisch landschap voorgoed vertekenen. (Shorter, 1997)

“ “In this manner we were able to get an overview and see which diagnoses had been incorrect and the reasons that had let us to this false conception” [Kraepelin] On vacation, Kraepelin would take the lists with him and try to sort things out. Only in the 1893 edition of his text book did he discover that his file system had started to make sense. In the preface, Kraepelin emphasized that all he knew he had learned from experience, that data gathered from patients lay behind every assertion, and that his ultimate objective was to try and cut nature at the joints: to identify natural disease entities.”

(Shorter, 1997: 105, onze aanvulling tussen haken)

Diagnostische gegevens vergeleken over tijd en tussen bepaalde populaties geven de mogelijkheid om op een objectieve manier nosologische categorieën te ontwaren die aansluiten bij natuurlijke ziekte entiteiten.

Hiermee komen we in de buurt van wat Richard Bentall aanduidt als Kraepelin's big idea. (2004:13) In schema:

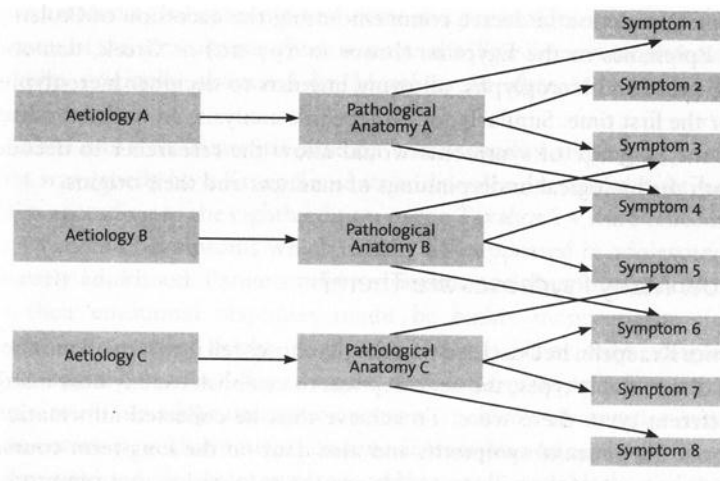


Figure 10<sup>20</sup> Kraepelin's Big Idea in Bentall (2004)

“Judging from our experience in internal medicine it is a fair assumption that similar disease processes will produce identical symptom pictures, identical pathological anatomy and an identical aetiology. If, therefore, we possessed a comprehensive knowledge of any of these three fields –pathological anatomy, symptomatology, or aetiology- we would at once have a uniform and standard classification of mental diseases. A similar comprehensive knowledge of either of the other two fields would give us not just as uniform and standard classifications, but all of these classifications would exactly coincide;”

(Kraepelin, geciteerd in Bentall, 2004: 12)

Een beperkte set van etiologische factoren geven aanleiding tot een pathologische anatomie die zich dan weer manifesteert in klinische symptomen. In deze aaneenschakeling van etiologie, pathologie en symptomatologie kunnen we in het epistemologisch proces heen en weer gaan. Kern van de zaak blijft echter dat zo goed als alle manifeste symptomen te reduceren vallen naar een gemeenschappelijke, relatief kleine, groep van etiologische factoren. De kern van Kraepelins vermeend ‘biologisme’ is hier terug te vinden. Zoals we eerder echter al hebben aangetoond, is een psychologische of sociale etiologie bij Kraepelin niet uitgesloten, hoewel ze duidelijk minder aandacht krijgen in zijn werk. Hij zal, zoals we verder zullen zien, vooral de erfelijkheid in rekening brengen met verstrekkende gevolgen. Van het begin van zijn werk tot het einde blijft hij echter trouw aan dit objectivisme, een voorkeur voor zijn invulling van parallelisme en naturalisme.

Doorheen de dynamiek van de ziektesymptomen kunnen we met andere woorden een relatief stabiele en beperkte etiologie ontdekken. Deze epistemologische reductie zal ons toelaten in het diagnostisch classificatieproces de verscheidene klinische

<sup>20</sup> Bentall, 2004 p. 13

## PDF Eraser Free

symptomen in verschillende klassen in te delen. Deze aanpak heeft Kraepelin beroemd gemaakt als de grote classificator in de psychiatrie, naar de indelingen in de psychotische stoornissen in het bijzonder. De epistemologische zoektocht naar het psychotisch object is dus ook bij Kraepelin niet van specifieke theoretische vooronderstellingen ontdaan. Hoewel hij duidelijk gekant was tegen theorieën die niet wetenschappelijk onderbouwd waren –“*facts, not theories,*” zou hij aan een student toevertrouwd hebben- kon hij er in zijn psychiatrische diagnosestelling niet omheen. (Hoff, 2008)

### 2.1.4 Psychose als klasse, psychose als ziekte

De medische ziekte die psychose vanuit dit oogpunt is, kenmerkt zich door een aantal tekenen die we onder de noemer van de waanzin kunnen plaatsen. (De Kroon, 2004; Shorter, 1997)) In zijn *Nosologie Methodique* deelt de eerste systematische taxonoom François Boissier De Sauvage (1706-1767) de ‘Folies’ in vier ‘ordes’: ‘les erreurs de raison’, ‘bizarreries’, ‘deliria’ en ‘anomalie’. Deze deliria ziekte van de mens wordt vanaf de 18de eeuw in het classificatiesysteem aangeduid als ‘errones mentis judicantis’ (mentale stoornis in het oordelen). Hierbij onderscheidt hij paraphrosyne (exogene psychose), amentia (algemeen psychotisch contactverlies met de realiteit zonder stemmingsschommelingen), melancholia (acute of chronische depressie), mania (acute of chronische opwindings) en daemonomania (bezetenheid).

Uit deze aanzet tot classificatie komen een aantal elementen al duidelijk uit de verf: hallucinaties, wanen, realiteitsverlies, affectschommelingen, verlies van de wilsvaardigheid en anhedonie. Deze elementen zullen doorheen de geschiedenis van de psychiatrische benadering van psychose tot op vandaag bewaard blijven. (Porter, 2002)

Denken, voelen en handelen zijn binnen de psychose verstoord en deze stoornis kenmerkt zich door een afwijking van het ‘normale’ of ‘gezonde’. Onderliggend aan de idee van een mentale ziekte van het oordelen kunnen we dus ook een mogelijk herstel of genezing van dit ziekteproces veronderstellen, in de mate we de juiste oorzaak van de psychose kennen ten einde ze in de kern van de zaak te verhelpen. Verder zal de vertaling van waanzin of gekte tot psychose als een psychiatrische ook tot gevolg hebben dat gekte geen moreel oordeel van maatschappelijke afwijking is. Een psychotisch individu kan zo beschouwd worden als een zieke en niet als een luie, contraire, gedegenerende deviant in de maatschappij. Deze laatste beweging weg uit het maatschappelijke zal echter veel trager verlopen dan de eerste. Tot op vandaag blijven de termen psychose en schizofrenie een pejoratief maatschappelijke stempel dragen. (Foucault, 1961; Reaume, 2002)

Met de wildgroei aan diagnoses en classificaties in de 19de eeuw groeide de verzuchting naar een synthetisch causaal model waarbij één oorzaak die aan alle



## PDF Eraser Free

psychotische fenomenen ten grondslag zou liggen. Deze idee van een ‘*Einheitspsychose*’ werd door Ernst Albrecht von Zeller uitgewerkt. (Beer, 1996) In navolging van zijn leermeester Guislain zal hij de oorzaak van alle psychotisch beschreven symptomen situeren in de reactie op irriterende prikkels van somatische of psychische origine. Zorgen, frustraties werden naast somatische oorzaken zoals metabole en neurologische abnormaliteiten geplaatst. De eenheidspsychose is een reactie op een storende stimulus. In tegenstelling tot Guislain meent Zeller dat deze psychosen geen teken zijn van een stoornis in het brein, aangezien volgens hem het brein niet ziek kon zijn. Heinrich Neumann zou hierin extreem doordenken en stellen:

“All classifications of mental illness are artificial... [T]here is only one type of mental illness which I call madness.”

(Neumann, geciteerd in Beer, 1996: 282)

Alle psychotische fenomenen worden gekenmerkt door een verlies aan contact met de gedeelde realiteit en het vinden van een specifiek neuroanatomisch substraat. Een kenbare uitlokkende factor of een interactie tussen beide zou de queeste naar het psychotisch object tot zijn vervulling laten gaan. Tot op dat moment zouden we ons moeten getroosten met het samenbrengen van nauwkeurig geobserveerde symptomen die via een zo neutraal mogelijke methodologie in clusters samengebracht worden.

Vanuit zijn psychofysiologisch perspectief kon Kraepelin met deze al te pathofysiologische benadering niet volledig akkoord gaan. Zo vielen er volgens hem minstens drie te onderscheiden klassen van psychosen te ontwaren, gebaseerd op verschillen in de aard, het verloop en de uitkomst van de psychotische ziekte.

Naar psychotische fenomenen en hun classificatie toe, maakte Kraepelin allereerst een onderscheid tussen exogene en endogene psychosen. (De Kroon, 2004; van Bakel, 1998; Kuilman, 1966; Beer, 1996) Ook hierin toonde hij zich als speerpunt van de psychiatrische traditie op dat moment. De idee achter de dichotomie endogeen-exogeen heeft hij ontleend aan Moebius. (Beer, 1996) De exogene etiologie kan traumatisch, inflammatoir, toxisch,... van aard zijn, terwijl de endogene etiologie teruggaat op een predispositie. Deze predispositie zet de deur weer open naar de idee van degeneratie en maatschappelijke stigmatisering. Kraepelin interesseerde zich meer voor deze endogene psychose, de psychosen met een innerlijke en vooralsnog onduidelijke oorzaak. Hij zag het als zijn taak een model te construeren waarbinnen deze endogene psychosen op zich beschreven, geanalyseerd en geëvalueerd zouden kunnen worden.

Door middel van statistisch onderzoek van diagnoses gegeven door de behandelende psychiater enerzijds en een systematisch klinische observaties van symptomen anderzijds, legde Kraepelin in 1896 een database aan van meer dan 2000 case studies (Bentall, 2004) Hij onderscheidde in zijn leerboek 13 grote groepen van psychiatrische aandoeningen. De *psychoneurosen* zouden veroorzaakt worden door psychische

## PDF Eraser Free

stressoren, de *psychopathie* is te wijten aan een afwijkende ziekelijke persoonlijkheid en de *psychosen* worden volledig gesitueerd binnen het medisch ziektemodel.

Door het apart stellen van de psychosen als een distincte pathologie gaf Kraepelin een voedingsbodem waarlangs de idee van differentiaaldiagnose kon ontwikkeld worden. De endogene psychosen vielen te onderscheiden van de andere psychiatrische aandoeningen door verschillen in hun veronderstelde etiologie. Op basis van clustervorming van symptomen die in de klinische setting te zien waren, kreeg de psychose een apart statuut. Deze benadering maakte het mogelijk om het ultiem causaal object van de psychose op zich te ontdekken. Niet iedereen was met andere woorden vatbaar voor de waanzin van de psychose, ze krijgt een specifiek label waar alleen patiënten met een specifieke dispositie vatbaar voor zouden zijn. Het psychotisch symptoom op zich volstond niet meer om te spreken over een blijvende psychotische stoornis. Psychose wordt bij Kraepelin bij uitstek een ziekte. Vanuit deze invalshoek heeft hij in de 6de editie van zijn 'Lehrbuch Psychiatrie' een nu klassiek geworden indeling van de endogene psychotische stoornissen vooropgesteld: *Dementia praecox* tegenover *Manisch depressieve psychose* met *Paranoia* als restcategorie. Hierbij is het opmerkelijk dat met deze nieuwe classificatie de aard van psychiatrische diagnosestelling beduidend aangepast wordt. Waar er tevoren weinig onderscheid gemaakt werd tussen psychose, psychoneurose en psychopathie worden deze drie stoornissen vanaf dit moment in verschillende categorieën ondergebracht. (Beer, 1996)

### 2.1.5 Drie psychosen, twee psychosen, één psychose?

Kraepelin maakte een eerste onderscheid op basis van de affectieve component. Als er sprake is van ontregelde emoties in manische of depressieve zin, hebben we waarschijnlijk te maken met een bipolaire psychose. Ontbreekt deze affectieve dimensie en is het ziektebeeld eerder gekenmerkt door catatonie, afvlakking en verstomming, spreken we over *dementia praecox*. Dit maakte het onderverdelen van de endogene psychotische stoornissen tamelijk eenvoudig: met of zonder affect. De gevolgen van deze indeling op de voorgestelde prognose van de ziekte, bracht echter wel heel wat moeilijkheden met zich mee.

1. **Dementia praecox** was ten dele Kraepelins uitvinding en nu nog onlosmakelijk met zijn naam verbonden. (Shorter, 1997) Deze verschilt van de andere psychosen op basis van twee fenomenen. *Dementia praecox* begint vroeger in het leven (rond de puberteit, dan wel jongvolwassenheid), kent een negatief verloop met vooral een verlies aan betrokkenheid op de realiteit en een vermindering van de interesse en wilskracht om uit te monden in een dementieel beeld. *Dementia praecox* patiënten worden met andere woorden al te vroeg dement. In

## PDF Eraser Free

deze zin is er een overlap te maken met de dementie van Alzheimer, uitgewerkt door Kraepelins collega die zijn naam aan dit dementie syndroom heeft verleend. (Hippius en Müller, 2008)

2. De **manisch depressieve** vorm van psychose kent een gunstiger prognose. In deze psychose wordt de ernst van de desorganisatie wel medebepaald door de fase van het cyclisch verloop waar de patiënt zich in bevindt (manische overschatting tot depressieve onderschatting) Op de keper beschouwd kunnen we echter stellen dat bipolaire psychotici als ze niet manisch of depressief zijn, er minder erg aan toe zijn dan de dementia praecox patiënten.
3. **Paranoia** beschouwt Kraepelin dan weer als een relatief zeldzaam chronisch psychotisch toestandsbeeld waarbij er wel wanen aanwezig zijn en blijven, maar het sociaal en beroepsmatig functioneren wel behouden blijft. Het zou ook later in het leven optreden dan de dementia praecox en dus ook een gunstiger prognose toelaten. (Vinck en Rijnierse, 1993)

Laten we de dementia praecox eens nader bekijken. Deze kenmerkt zich volgens de 8ste editie van zijn leerboek door de volgende klinische fenomenen die in de adolescentie in meerdere of mindere mate zich vertonen: afwezigheid van emotie of het onaangepast uiten van emoties, aandachtsproblemen en verwardheid, bizarre percepties vooral van auditieve en tactiele aard, waanideeën rond vervolging of net grandiositeit. (Bentall, 2004) Centraal in het verzamelen van deze klinische symptomen staat de deteriorisatie en toenemende desorganisatie van het denken, voelen en handelen. Psychose is in dit geval een teken van achteruitgang met een bijzonder deprimerende afloop. Net dit criterium maakt het mogelijk om onderscheid te maken in de psychotische processen. Doorheen de tijd worden deze patiënten steeds minder adequaat om de realiteitseisen het hoofd te bieden. We spreken hier over 'Verblödung' of het doodbloeden/afstompen van alle affectieve, intellectuele en sociale capaciteiten.

Net als de andere vormen van psychose is dementia praecox een psychotisch syndroom dat zich toont als een functionele stoornis. Psychotische mensen zijn minder in staat om de realiteitseisen het hoofd te bieden en deze frustratie mondt uiteindelijk uit in een verlies van alle betrokkenheid op de realiteit. Dementia praecox is een ziekte die al van bij aanvang aanwezig is als de eerste tekenen van de ziekte zich vertonen. Uiteindelijk zorgt deze ziekte voor een blijvende handicap voor het leeuwendeel van de betrokken personen. De diagnose staat dan ook quasi gelijk aan een doodsvonnis van de mentale en sociale capaciteiten. De idee van aftakeling is onlosmakelijk verbonden met dementia praecox alsook de veronderstelling dat deze aftakeling te vroeg optreedt in het leven van de patiënt.

Naar behandeling toe betekent deze diagnose dan ook dat een mogelijke therapie specifiek deze aftakeling manu militari moet tegengaan. Dit leidt dan weer tot de soms

## PDF Eraser Free

onmenselijke therapeutische interventies die in naam van de strijd tegen deze aftakeling in de psychiatrische asielen werden doorgevoerd. (Shorter, 1997)

### 2.1.6 Degeneratie

Met deze ‘nieuwe’ diagnose en zijn pessimistisch verloop sluit Kraepelin naadloos aan bij de politieke en sociale degeneratie idee van zijn tijd. (Hoff, 2008) Uit het epidemiologisch onderzoek van zijn patiënten komt duidelijk naar voor dat dementia praecox vaker in bepaalde families voorkomt. Vanuit de idee van de erfelijkheid zal Kraepelin dan ook besluiten dat een genetische component in de dementia praecox een belangrijke rol zou spelen. (zie hoofdstuk 6)

De degeneratie-idee zelf stamt niet van Kraepelin zelf, maar van Benedicte Morel als “*démence précoce*” die hij in 1852 en 1860 ter sprake bracht. (Shorter, 1997) Onder zijn invloed werden twee belangrijke ideeën naar voor gebracht: psychiatrische stoornissen van heterogene aard (alcoholverslaving, dwang, psychose, agressie,...) komen meer voor binnen bepaalde families dan in andere en doorheen de generaties ziet men de ernst van de pathologie steeds toenemen. Waar er in de eerste generatie sprake is van milde fobieën en dwangstoornissen, wordt dit in de volgende al aanleg tot sociaal deviant gedrag om in de derde zich te uiten als dementie en chronische psychosen.

We spreken over een determinisme naar deterioriserende pathologie die zowel in het individu als in de familie kan ontwaard worden. Koch sprak over drie fasen van aftakeling in deze: instabiliteit van persoonlijkheid, zwakzinnigheid en normvervaging tot dementie als laatste stap. (Beer, 1996: 278) Hoewel deze degeneratie bij zowat alle psychiatrische stoornissen verondersteld werd (hysterie, dwangstoornis, melancholie,...), is het Kraepelin die ze specifiek aan de psychotische stoornissen en de psychofysiologie koppelt.

“Vreemd genoeg is het het degeneratiebegrip dat de claim van wetenschappelijkheid die op de Kraepeliniaanse psychiatrie rust, overeind moet houden. Reeds in een brief aan Wundt uit 1881 stelt Kraepelin dat het zijn doelstelling is om het begrip degeneratie, waarvan hij moet toegeven dat het duister is en met nevelen omhuld, te operationaliseren door het in psychofysische vorm te gieten (Universitätsarchiv Leipzig, Wundt-Nachlaß, brief 299). Kraepelin is heel zijn leven aan dit idee blijven vasthouden. Bij nadere beschouwing echter moet worden geconcludeerd dat het psychofysisch vocabulaire en het redeneren in termen van degeneratieve processen volstrekt incompatibel zijn.”

(van Bakel, 1997: 761)

Het succes van de koppeling van psychotische stoornissen als endogeen met de idee van ‘*Entartung*’ maakt het mogelijk de hypothese te opperen dat het psychotiserend object in het genetisch materiaal, de ‘*Keimmasse*’, vervat zit en ze in het natuurlijk

## PDF Eraser Free

verloop onlosmakelijk leidt tot een regressie in het evolutieproces. Psychotische symptomen kunnen aldus gelezen worden als voortekenen van een onvermijdelijk natuurlijk verval van capaciteiten. De psycho-sociale manifestaties van psychose zijn een getuige van een biologisch proces dat ten allen prijze moet geremedieerd of in het beste geval voorkomen worden, in het belang van de patiënt en in het belang van zijn omgeving.

Om deze redenen geeft Shepherd aan dat Kraepelin kan aangeduid worden als een 'proto-fascist' die doorheen zijn werk een voorafspiegeling geeft van de 'Entlösung' van psychotische patiënten. (1995) Hoewel deze redenering tot op een bepaalde hoogte steek houdt, kan ze niet los van de context gezien worden. Het is niet zo dat Kraepelin de eliminatie van deze 'onwaardigen' als remedie voorschreef. Deze interpretatie en demonisering dreigt ons blind te maken voor het inherente gevaar dat zich toont in alle objectivistische psychiatrische ideologieën. Hiermee bedoelen we dat het rücksichtslos ondervragen van een kenobject zonder explicitering van de ethische en ideologische basisassumpties die aan het gezichtspunt ten grondslag liggen, deze openstellen voor nefaste en pertinent onwetenschappelijke veronderstellingen. Deze vooroordelen komen voort uit een tijdsklimaat dat onderhuids steeds de onderzoeksvragen en de interpretatie van de gegevens kleurt, zelfs meebepaalt. Een onderzoeksvraag zonder visie maakt ons dikwijls blind voor de consequenties van deze of gene interpretatie. Hier is Kraepelin en zijn invulling van psychose als voortekenen van vroegtijdige dementie een duidelijke illustratie van.

Door Kraepelins leerling Ernst Rübin (1874-1952) werd de degeneratie idee gekoppeld aan de nazi doctrine die sociaal darwinisme en eugenetica samenbracht ter verantwoording van hun politiek van uitsluiting, sterilisatie tot aan de uitroeiing van 'onwaardigen'. De eerste slachtoffers van de massavernietiging in Nazi Duitsland betroffen de psychotische patiënten die geselecteerd werden door middel van de gekende Kraepelin diagnose. Kraepelin overleed in 1926 en heeft deze demonische aanwending van zijn diagnostisch systeem nooit meegemaakt, dus is het onmogelijk om uit te maken of hij hiermee akkoord zou gegaan zijn. (Kaplan, 2008)

### 2.1.7 Van dementia praecox naar schizofrenie?

Net op dit punt van vroegtijdige dementie zal Eugen Bleuler (1857-1939) zijn leermeester bekritisieren. Vanuit zijn klinische bevindingen zal hij bij vermeend chronisch psychotische patiënten constateren dat ze niet altijd aftakelen, dat de ziekte niet alleen op jonge leeftijd begint en dat niet alle mentale en affectieve capaciteiten in dezelfde mate aangetast worden. (Blom, 2007) Hij zal een andersoortige onderzoeksvraag voorop stellen en de aandoening een nieuwe naam geven, schizofrenie.

## PDF Eraser Free

Anders dan Kraepelin was Bleuler als clinicus wel sterk persoonlijk begaan met zijn patiënten. (Kaplan, 2008) Hij toonde grote interesse in de belevingswereld van de psychotische patiënt en wou dan ook een accurate omschrijving geven van waar de patiënt mee worstelde. Doorheen zijn benadering van wat Kraepelin had aangeduid als *dementia praecox* blijft hij wel trouw aan de meer objectivistische benadering. Hij zal wel interesse betonen voor de psychodynamische aspecten en deze trachten te koppelen aan het Kraepeliniaanse denken, maar uiteindelijk zal hij breken met deze al te speculatieve en in zijn ogen demagogische psychoanalytische beweging.<sup>21</sup> (Falzeder, 2007)

In eerste instantie leek het alsof Bleuler gewoon een andere benaming zocht voor de *dementia praecox*. Uit de titel van zijn lezing “Die prognose der *Dementia Praecox* (Schizophreniegruppe)” (24 april 1908) komen al enkele van de markante wijzigingen naar voor. Het gaat over een prognose die als diagnostisch criterium bij Kraepelin steeds negatief ingevuld moest worden. Bleuler maakt in zijn lezing duidelijk dat deze negatieve prognose weliswaar frequent voorkomt maar geen noodzakelijkheid betreft. (Bentall, 2004) Verder leek het hem moeilijk om een diagnose te baseren op het verloop van een aandoening.

Wat hem veeleer opviel in het werken met psychotici, waren twee symptomen die hem als primair toeschenen. Deze zijn ‘*Assoziationlockerung*’ en ‘*Benommenheitszustande*’ (Ver Eecke en De Waelhens, 2001) Afsluitend sprak hij over groepen van schizofrenie waarmee al van bij de aanvang duidelijk wordt dat hij het over een aantal stoornissen heeft die gegroepeerd kunnen worden.

Hierbij kunnen we ons de vraag stellen waarom Bleuler kiest voor de term ‘schizofrenie’. Hij voerde de term in als alternatief voor *dementia praecox* om meer dan louter grammaticale en stilistische redenen. In de benaming schizofrenie schuilt de nadruk die Bleuler wou leggen in het psychosedebat. Voor hem ging het over kloven en opsplitsingen die bij een chronisch psychotische patiënt te merken waren, zowel in zijn psychisch en sociaal functioneren, als wat betreft zijn cognitieve mogelijkheden, zijn wilsuitingen, zijn affectief leven en zijn apert gedrag. De catch all benaming schizofrenie verschuift de aandacht van wat er pertinent aanwezig is en te klasseren

---

<sup>21</sup> Zo schreef Bleuler aan Freud op 4 december 1911: “In my opinion, saying ‘he who is not with us is against us’ or ‘all or nothing’ is necessary for religious communities and useful for political parties. Thus, I can indeed understand the principle, all the same I find that it is harmful for science. Because there is no objective truth . . . Psychoanalysis, as a science, will make its way with or without myself, because it contains a great number of truths, and because it is led by people like you and Jung . . . [Jung] finds [the policy of] closed doors justified, and I find it wrong; moreover, for him this is a question of life or death for psychoanalysis; so it was his duty to force me out. Therefore, I can’t be cross with him, but his hostile attitude towards me is all the more painful. As a matter of fact, nothing can be done about it, I think. One can beg for money, but not for sympathy. But if this were ever going to change again, I would heartily welcome it.” (Bleuler, Geciteerd in Falzeder, 2007: 362)

## PDF Eraser Free

valt (de zogenaamde positieve symptomen zoals hallucinaties en wanen) naar wat er schijnbaar ontbreekt of bemoeilijkt wordt in de leefwereld van de psychotische patiënt (de zogenaamde negatieve symptomen, gekend als de vier A's: associatiezwakte, autisme, ambivalentie, onaangepast affect). Hier handelt het over de connectie binnen de persoon in kwestie in de verschillende deelaspecten van zijn functioneren als in zijn contact met de medemens en de wereld.

“Volgens Bleuler was bij dementia praecox noch sprake van een onafwendbare dementie, noch van een onvermijdelijke praecocitas. ‘Daarom,’ schreef hij, ‘en vanwege het feit dat de term dementia praecox zich niet leent voor een adjectieve en substantieve vorm, neem ik de vrijheid om de term schizofrenie te gebruiken ter aanduiding van het kraepeliniaanse begrip.’ (Bleuler 1908). Later voegde hij hieraan toe: ‘Ik noem dementia praecox ‘schizofrenie’ omdat (zoals ik hoop te demonstreren) de gespletenheid van de verschillende psychische functies een van de belangrijkste kenmerken is. Voor het gemak gebruik ik het woord in de enkelvoudsvorm, hoewel duidelijk is dat de groep meerdere ziekten omvat.’ (Bleuler 1911).”

(Blom, 2007: 888-889)

Tussen de lezing en het artikel ‘Die prognose der Dementia Praecox (Schizophreniegruppe)’ uit 1908 en de monografie ‘Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien’ uit 1911 wordt het verschil met Kraepelins idee alleen maar duidelijker. Uit de Woord Associatie Test die we in de introductie bespraken, blijkt dat de interconnectie tussen verschillende woorden bij psychotische mensen op een specifieke manier ‘versnipperd’ is. Dit leidt tot de vaststelling van de ‘woordensalade’ die elke clinicus die met psychotici werkt bekend is uit de acute fase van de psychotische doorbraak.

“ ‘Associaties verliezen hun samenhang. Van de duizend draden die leidend zijn voor onze gedachten wordt door de ziekte hier en daar op onregelmatige wijze een enkele draad, of een aantal draden, of een groot deel ervan, onderbroken. Daardoor wordt het denken ongewoon en vaak onlogisch van karakter. Verder slaan de associaties nieuwe wegen in.’ (Bleuler 1911). ‘Daardoor werkt het associatieproces vaak met fragmenten van voorstellingen en concepten. Dit resulteert in associaties die normale individuen zullen beschouwen als incorrect, bizar en totaal onvoorspelbaar.’ (Bleuler 1911).”

(Blom, 2007: 889)

Centraal staat de associatiestoornis die doorheen het schizofreen proces zich in alle menselijke capaciteiten kan doen gelden. In dialoog met Carl Gustav Jung spreekt Bleuler over complexen die geïsoleerd van elkaar kunnen bestaan en er de schijn van geven dat een psychotisch persoon niet één geheel is maar een conglomeraat van

## PDF Eraser Free

verbrokelede deelaspecten die zelfstandig lijken te functioneren. Hierbij is het van groot belang om op te merken dat het dus niet onlosmakelijk over deficieten gaat.

De oorzaak van de schizofrenie is voor Bleuler zonneklaar van somatische aard. (Kaplan, 2008) De Kraepeliniaanse basis wordt in deze niet verlaten. Hij ziet de oorzaak als een lichamelijke fenomeen, zelfs in zijn meest psychoanalytische geschreven artikel. (Jung en Bleuler, 1908) Schizofrenie zou een metabole stoornis kunnen zijn, net zoals Kraepelin dit veronderstelde in de 5de uitgave van zijn leerboek. (Shorter, 1997)

De etiologie van de schizofrenie krijgt bij Bleuler echter minder aandacht. Hij trachtte door middel van zijn opsplitsing primaire en secundaire symptomen de kern van de psychose te ontwaren ten einde ze adequaat te behandelen. Hoewel hij naar slaagkansen van behandeling duidelijk gereserveerd was, wou hij het psychotisch probleem bij de horens vatten. Als schizofrenie een verlies van vitaal contact met de realiteit behelst, zoals uitgewerkt door zijn leerling Eugene Minkowski (1953), dan moeten we de schizofrene patiënt zo adequaat mogelijk psychotherapeutisch benaderen zodat hij de kloof alsnog kan overbruggen, zowel in het contact met de therapeut als in het innerlijk psychisch proces tussen de verschillende deelgebieden inzake cognitie, affect en gedrag.

### 2.1.8 Post-Kraepelin en Neo-Kraepelinisme

Na het eugenetisch débacle vanuit het Kraepeliniaans gedachtengoed en de doorgedreven impact van het psychoanalytisch denken in de psychiatrie post-WO II zagen we dat het objectivistisch denken en handelen in de psychiatrie meer en meer gelijkgesteld werd aan inhumain, denigrerend en infantiliserend. Het respect voor de psychoticus en zijn benadering van de realiteit kreeg schijnbaar terug zijn validatie. Aangezien iedereen volgens de psychoanalytische benadering gestoord is tot op een bepaalde hoogte werden de schotten tussen normaal en afwijkend doorbroken. (Blom, 2007; Van Hecke et al, 2002) Het baatte met andere woorden niet meer om over dé psychoot te spreken, aangezien iedereen ten dele psychotisch is. Elk van ons vertrekt vanuit een psychotisch contact met zichzelf en met de wereld in de kindertijd. (Klein, 1957) Het diagnostisch benaderen van de patiënt verloor zijn onderscheidingsvermogen in klassen van ziekte en werd vervangen door een dimensioneel beeld waarbinnen elke mens zich ergens situeerde op een continuüm wat betreft de gestoordheid van zijn faculteiten, afhankelijk van de context en de levensfase waarin de symptomen zich voordoen.

Tegen deze 'nivellerende' beweging die een categorisch onderscheid tussen normaal en ziek als negatief beschouwde was er een onderstroom die het Kraepeliniaans denken warm hield, het blijvend klasserend denken in functie van selectie voor militaire



## PDF Eraser Free

doeleinden en de psychiatrie die zich steeds weer wou voegen naar de andere medische specialisaties. (zie deel 3 van dit hoofdstuk omtrent de DSM)

Net als in de Eerste Wereldoorlog vormt de Tweede een markante kentering in het psychiatrisch denken. Waar het in het geval van de eerste vooral ging over het anders denken en behandelen van de ‘oorlogsneurosen’ en dus de gevolgen van het traumatisch oorlogsgebeuren, verschoof de aandacht bij de tweede naar het inschatten van de mentale capaciteiten en stressbestendigheid van de militair in kwestie. Hiertoe was een duidelijke discriminerende diagnostiek vereist die een haarscherp onderscheid kon maken tussen ‘goede’ en ‘slechte’ militaire kandidaten. Verder moest deze diagnostiek een adequaat en kosteneffectieve behandeling toelaten voor de soldaten die van het front terugkeerden met psychische stoornissen. Onder invloed van William Menninger, psychoanalytisch en militair psychiater ontstond in 1943 de ‘Medical 203’ als een ‘oorlogsdepartement technisch bulletin’. (Houts, 2000) Hierin volgde William de denktrant van zijn oudere broer Karl:

“Karl Menninger, a leading dynamic psychiatrist at the time, argued that separating individual mental disorders into discrete categories with unique symptom characteristics—scientific medicine’s modus operandi—was a mistake. Instead, Menninger viewed all mental disorders “as reducible to one basic psychosocial process: the failure of the suffering individual to adapt to his or her environment. . . . Adaptive failure can range from minor (neurotic) to major (psychotic) severity, but the process is not discontinuous and the illnesses, therefore, are not discrete” (Wilson, 1993, p. 400). Rather than treating the symptoms of mental disorder, he urged psychiatrists to explain how the individual’s failure to adapt came about and its meaning to the patient. In other words, “What is behind the symptom?” (Menninger, 1963, p. 325).”

(Mayes en Horwits, 2005: 250)

Deze classificatie werd overgenomen door de psychiaters van die tijd en leidde tot de eerste versie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM) De eerste twee versies droegen een duidelijke psychodynamische stempel. (Mayes en Horwitz, 2005) Centraal hierin springen twee elementen naar voor: de idee van ‘pathologische reactie’ op omgevingsfactoren en innerlijke drijfveren en daarnaast de continuümidee tussen normale ‘neurotische’ reacties die in relatie tot de realiteit staan (angst en depressie) en aberrante ‘psychotische’ reacties die niet meer in contact staan met de realiteit (hallucinaties en wanen). (Wilson, 1994) De scheidingslijn tussen deze twee polen was aanwezig in elk individu en bijgevolg was elke mens gegeven de uitwendige omstandigheden en de innerlijke toestand vatbaar voor deze reacties. Van bij het begin van de DSM ontwikkeling waren de psychiaters die het classificatiesysteem ontwikkelden niet gemotiveerd om er een causaal of etiologisch verklaringsmodel van te maken. Ze wilden enkel de verschillende diagnostische fenomenen samen brengen in een expertsysteem dat toeliet onderscheid te maken tussen de verschillende

## PDF Eraser Free

diagnostische criteria op basis van een niet nader geëxpliciteerde basistheorie. De DSM brengt met andere woorden de verschillende diagnostische stromingen samen vanuit een eclecticische vooronderstelling.

Met dit tekort aan discriminerend vermogen zette de psychiatrie zich als subspecialisatie af tegen de rest van de medische wetenschappen. Ziekte en gezondheid waren termen die in het psychiatrisch veld niet meer van toepassing waren. (Horwitz, 2002; Lunbeck, 1994) De psychoanalytische invloed zorgde ervoor dat het quasi onmogelijk werd om distinctief onderscheid te maken tussen normaal en deviant enerzijds en binnen de pathologie tussen verschillende diagnoses anderzijds. Met de teloorgang en toenemende kritiek op deze psychoanalytische stellingnamen kwam de psychiatrie vooral in de USA in een crisis terecht. Psychoanalyse als diagnostisch en therapeutisch systeem was te subjectief, medisch gezien onwetenschappelijk en overambitieuw in zijn aspiraties om alle mentale problemen te verklaren en te behandelen (Hackett, 1977)

Als reactie op deze schijnbaar willekeurige, speculatieve en dogmatische stijl van de psychoanalytische psychiatrie haalden enkele vooraanstaande psychiaters de idee van Kraepelin weer uit de schaduw. Hierin is de invloed van Gerald Klerman (1929-1992) van groot belang. (Bentall, 2004; Shorter, 1997) Deze werkte in zijn artikel "The evolution of a scientific nosology" (1978) een opvolging uit van wat volgens hem de basisideeën van Kraepelin waren binnen het toenmalige psychiatrisch onderzoek.

Met de term neokraepelisme gaf hij op die manier via een negenpunten programma een naam en richting aan deze objectivistische benadering in de psychiatrie.

1. Psychiatrie vormt een onderdeel van de wetenschap
2. Psychiatrie zou de wetenschappelijke methodologieën moeten hanteren en zijn praxis op de wetenschappelijke kennis moeten baseren
3. Psychiatrie behandelt mensen die ziek zijn en die behandeling behoeven voor hun mentale ziekte
4. Er is een grens tussen het normale en het ziekelijke
5. Er zijn discrete mentale ziekten. Mentale ziekten zijn geen mythe. Er is niet één, maar er zijn vele mentale ziekten. Het is de taak van de wetenschappelijke psychiatrie net zoals voor elke medische specialisatie om de oorzaken, de diagnose en de behandeling van mentale ziekten te onderzoeken
6. De nadruk voor psychiatrische medici zou specifiek op de biologische aspecten van de mentale ziekte moeten liggen
7. Er moet een expliciete en intentionele nadruk liggen op diagnose en classificatie
8. Diagnostische criteria zouden gecodificeerd moeten zijn. Daarnaast zou een legitiem en waardevol gebied van onderzoek er op gericht moeten zijn om deze criteria door middel van verschillende technieken te valideren. Meer nog, de verschillende faculteiten psychiatrie aan medische universiteiten zouden deze

## PDF Eraser Free

criteria moeten onderwijzen en deze niet onderwaarden zoals heden ten dage te veel gebeurt.

9. In onderzoeken die de betrouwbaarheid en de validiteit van diagnose en classificatie willen verbeteren zouden statistische technieken aangewend moeten worden.

(Klerman, 1978; geciteerd in Bentall, 2004: 59 [onze vertaling])

De vraag hierbij is of deze gedachtengang in de lijn van Kraepelin ligt. (Engstrom en Weber, 2007) Waar Kraepelin doorheen zijn werk een duidelijke voorkeur uitsprak voor empirisch onderzoek en wetenschappelijke methodieken in deze, zien we zijn ideeën ontwikkelen doorheen de verschillende edities van zijn leerboek. Hierin zal hij steeds opnieuw elementen opnemen, aanpassen, overboord gooien en terug opnemen. Centraal hierbij staat de idee dat bepaalde etiologische gronden via de pathofysiologie leiden tot bepaalde symptomen. Hiermee schreef Kraepelin zich niet in in de biologisch of neuroanatomische ideeën van zijn voorgangers. Hij zette zich er zelfs tegen af zolang de etiologische basis niet afdoende wetenschappelijk verklaard kan worden. (Kraepelin, 1896) De neokraepelinianen doen dit expliciet wel (punt 6).

De aanzet tot Kraepelins onderneming was echter de psychofysiologie en bijgevolg de zoektocht naar een psychologisch gefundeerde psychiatrie die kon aansluiten bij de natuurwetenschappen en de medische wetenschappen zonder ermee samen te vallen. (van Bakel, 1998; Engstrom en Weber, 2005) Psychiatrie zou een wetenschap op zich moeten zijn naast de andere takken, maar in dialoog met deze omtrent de gelijkenissen en de verschilpunten. Waar de neo-kraepelinianen zo nauw mogelijk wensen aan te sluiten bij de biologie, is dit bij Kraepelin slechts één aspect van diagnosevorming en therapie. Vooral zijn nadruk op het verloop en uitkomst (proces) van de ziekte als diagnostisch onderscheidend criterium vormt een duidelijk onderscheid tussen zijn denken en dat van de neo-kraepelinianen. Objectieve empirische validering stond voor hem niet gelijk aan neurofysiologische validering, wel in tegendeel.

Hoe dan ook gaven de neokraepelinianen een objectivistische doodsteek aan de al te subjectivistische criteria. (Bentall, 2004) Toegepast op de psychose levert deze beweging criteria op die de psychotische stoornis apart zetten van de anderen stoornissen en ons toelaat binnen de psychotische problematiek onderscheid te maken. Deze werden uitgewerkt in de Feighner Criteria (1972) Voor schizofrenie:

## PDF Eraser Free

For a diagnosis of schizophrenia, A through C are required:

**A.** Both of the following are necessary:

1. A chronic illness with at least six months of symptoms prior to the index evaluation without return to the premorbid level of psychosocial adjustment.
2. Absence of a period of depressive or manic symptoms sufficient to qualify for affective disorder or probable affective disorder.

**B.** The patient must have at least one of the following:

1. Delusions or hallucinations without significant perplexity or disorientation associated with them.
2. Verbal production that makes communication difficult because of a lack of logical or understandable organisation. (In the presence of muteness the diagnostic decision must be deferred.)

**C.** At least three of the following manifestations must be present for a diagnosis of "definite" schizophrenia, and two for a diagnosis of "probable" schizophrenia.

1. Single
2. Poor premorbid social adjustment or work history
3. Family history of schizophrenia
4. Absence of alcoholism or drug abuse within one year of onset of psychosis
5. Onset of illness prior to age 40

*(Feighner et al 1972)*

Op deze plaats zullen we overgaan naar wat deze objectiverende verzuchting heeft teweeg gebracht in ons huidig bestel naar psychose toe.

## 2.2 Archibald Cochrane

*He was a man with severe porphyria who smoked too much  
and was without consolation of a wife, a religious belief,  
or a merit award*

*—but he didn't do so badly.*

*Laatste zin van de zelfgeschreven grafrede van Archibald  
Cochrane<sup>22</sup>*

De zoektocht naar het etiologische psychotisch object strandt op de kusten van de onvermijdelijke subjectiviteit. De methodieken en vooronderstellingen die we via Kraepelin nader hebben leren kennen, bieden geen belofte aan opheldering. We verzanden in een pandemonium aan zogezegd objectieve criteria die er niet in slagen het onkenbare psychotische object duidelijk te omschrijven, af te lijnen en te verklaren op basis van natuurwetenschappelijk onderzoek uit de neurologische dan wel psychologische data. De reden tot deze mislukking is tamelijk eenvoudig. Het ontbreekt de (Neo)Kraepeliniaanse beschouwingswijze aan een overkoepelende expliciete visie waarbinnen de verschillende observaties en testresultaten kunnen samengebracht worden.

Dit meta-niveau kan niet anders dan theoretisch zijn, want alleen een verondersteld objectief kader kan zich naast de andere objectieve kaders plaatsen als ze in een abstracter kader samengebracht kan worden. Dit betekent dat we ons losmaken van de geobserveerde data op zich en in een dialoog met andere epistemologische benaderingen tot een discussie komen omtrent de overlappingsen en de verschilpunten. Zoniet verdwalen de deelaspecten van het onderzoek in het narcisme van het klein verschil.

De aanzet tot een dergelijke vergelijkingsbasis die het huidige klimaat van de (geestelijke) gezondheidszorg beheerst, wordt *Evidence Based Medicine* (EBM) genoemd. De instigator in deze beweging is ongetwijfeld Archibald Cochrane (1909-1988). Deze kleurrijke arts en epidemioloog heeft zich gedurende zijn carrière toegelegd op het uitwerken van een methodologie die ons zou moeten toelaten op basis van objectieve meetbare, vergelijkbare en taxeerbare criteria richtlijnen naar behandeling toe op basis van *Randomized Control Trials* (RCT). Zoals we verder zullen zien, had hij zeer duidelijke

---

<sup>22</sup> <http://www.timeshighereducation.co.uk/98417.article>

## PDF Eraser Free

persoonlijke en klinische motieven om van de objectivering van de gezondheidszorg zijn levenswerk te maken.

"I lack some of the qualifications required to write a book of this kind. The most serious of these is, I imagine, the paucity of my experience of patient care and the atypical nature of the little I have had." (Cochrane, 1971: inleiding)

De centrale tekst van zijn hand die een omkering in de objectivistische traditie teweeg heeft gebracht "Effectiveness and Efficiency: Random Reflections of Health Services" (1971). In deze breekt Cochrane een lans voor het zo gedesubjectieerd mogelijk analyseren van de best mogelijke paden naar effectieve en efficiënte behandeling van welomschreven klinische stoornissen.

Voor we tot een kritische bespreking kunnen komen van deze EBM zullen we eerst de basisassumpties bij Cochrane zelf bestuderen met inclusie van zijn subjectieve aspiraties. Vanuit deze analyse stappen we over naar de uitwerking van Cochrane's droom in de Cochrane Collaboration en de basisideeën in EBM. Hierbij zullen we aantonen dat het elusief psychotisch object ook hier aan alle objectiverende epistemologische bevatting ontsnapt.

### 2.2.1 Biografie<sup>23</sup>

Archibald Cochrane werd in 1909 geboren uit een welgestelde Schotse familie als eerste zoon van de familie. Hij had nog twee broers, Walter en Robert en een zus Helen. Zijn twee broers overleden schielijk (Walter op tweejarige leeftijd aan een longontsteking, en Robert op eenentwintigjarige leeftijd in een motor ongeluk). Zijn vader sneuvelde in de Strijd rond Gaza in 1917. De relatie met Helen was zeer innig, wat zoals we verder zullen zien een belangrijk element blijkt.

Van jonge leeftijd af toonde hij een scherpzinnige geest en een onderzoekende mentaliteit. Zo vatte hij de studies van biologie en geneeskunde aan. Tijdens zijn studies werd hij echter geplaagd door een specifiek seksueel probleem (anejaculatie). Gefrustreerd in de weinig empathische behandeling in het Verenigd Koninkrijk ging hij tussen 1931 en 1934 in analyse bij Theodor Reik, een beroemd psychoanalyticus. Toen deze op de vlucht sloeg voor het opkomende nazisme, volgde Cochrane Reik van Berlijn naar Wenen tot in Den Haag. De kuur bracht geen verlichting van het seksuele symptoom en de twee mannen namen in vriendschap afstand van elkaar. Zijn frustratie

---

<sup>23</sup> Deze biografie is gebaseerd op Chalmers (2006) en Cochrane, Blythe (1989)

## PDF Eraser Free

in de analyse zou hem echter met een blijvende scepsis naar alle niet experimenteel ondersteunde vormen van behandeling. Een zelfde sceptische houding kunnen we in aanzet terugvinden in zijn eerste en enige psychoanalytisch artikel “Elie Metschnikoff and his theory of an ‘instinct de la mort’” (1934).

In deze publicatie vergelijkt Cochrane het speculatieve werk van een vooraanstaand wetenschapper Metschnikoff met de theorie van Freud omtrent de doodsdrijf. In beide stelt Cochrane de vraag naar het karakter van deze doodsdrijf. Betreft het een zuivere speculatie van twee ouder wordende mannen, of hadden ze beide een belangrijke ontdekking gedaan? Cochrane plaatst beide in het voetlicht en besluit dat hun beider werken handelen over disharmonieën. Bij Metschnikoff staat de angst voor de dood centraal in zijn theorie. Naast deze disharmonie beschrijft Metschnikoff er nog twee andere: stoornissen in het seksleven en ziekte, meer bepaald de pathologische veroudering. Waar het bij Freud meestal over seksuele inbalans handelt staat bij Metschnikoff dus de angst voor de dood centraal.

Naast de kritiek op religie en op filosofie hebben beide ‘wetenschappers’ hun heil gezocht in de wetenschap. Deze zal als een verlichtend punt alle ware kennis bloot leggen die nodig is om gelukkig te zijn. Menselijk geluk is bereikbaar als we de condition humaine puur analyseren en naar waarde schatten. De drie disharmonieën zijn de oorzaak van het menselijk ongeluk, maar blijven onvermijdelijk. De doodsangst is zo pervasief dat Metschnikoff ze als een instinct aanduidde.

Hierbij slaat Cochrane de bal volledig mis. Hij duidt de doodsangst in combinatie met een verondersteld levensinstinct aan als parallel aan de Freudiaanse doodsdrijf. Deze doodsdrijf is echter van een totaal andere aard bij de twee. (De Grave, 2001) Een drift is geen instinct, want een instinct is bij voorbaar levensgericht. En de afwezigheid van een instinct is geen bewijs van een ander instinct dat hiermee in oppositie staat. Als er geen levensinstinct meer aanwezig is in een wezen en de dood welkom zou zijn om het lijden te verlichten, spreken we niet over een intentioneel gericht zijn op de dood.

Besluitend kunnen we zeggen dat reeds in deze tekst de kritische houding van Cochrane aanwezig is alsook de capaciteiten verschillende theorieën met elkaar te vergelijken. Het gaat hier dan wel over zuiver speculatieve ideeën die in bijna elke discussie omtrent deze onderwerpen mijlenver van de praktijk verwijderd zijn. Verder is het ook een teken van Cochrane’s persoonlijke stijl dat hij een obscure wetenschapper vergelijkt met de beroemde Freud omdat hun ideeën nu eenmaal bij elkaar komen te liggen of ze aan bepaalde veronderstelde fenomenen dezelfde naam geven. In 1934 centreerde het debat rond de doodsdrijf zich zeker niet rond Metschnikoff waardoor dit artikel in de *International Journal of Psychoanalysis* naar alle waarschijnlijkheid geen potten gebroken heeft.

Na dit vruchteloos avontuur zal Cochrane de psychoanalyse laten voor wat ze is: een leuke theorie, maar zonder wetenschappelijke grond, effectieve toepassing en efficiënte maatschappelijke inbedding.

## PDF Eraser Free

Tijdens zijn medische studies en stages in Berlijn, Leiden en Londen werd Cochrane opnieuw geconfronteerd met het gebrek aan bewijs in de keuze van behandeling voor patiënten. Deze leken van de subjectieve expertise van de behandelende arts af te hangen en minder van bewezen resultaten (Evidence) op korte, middellange en lange termijn.

Deze confrontatie werd nog aangescherpt toen hij tot tweemaal toe als vrijwilliger deelnam aan de *Royal Army Medical Core* tijdens de Spaanse Burgeroorlog en tijdens de Tweede Wereldoorlog. Vooral tijdens deze laatste was Cochrane gebrand om zijn medische capaciteiten ten volle te gebruiken aangezien hij als krijgsgevangen dokter dikwijls als enige instond voor de medische behandeling van om en bij 2000 medegevangenen.

Tijdens zijn gevangenschap zou hij zijn eerste klinische toepassing ondernemen op basis van zijn idee van vergelijkende medische wetenschap. (Bosch en Molas, 2003) Hij noemt het zelf zijn “first, worst and most succesful trial”. (Cochrane en Blyth, 1989) Ook in het behandelen van tuberculose als specifieke aandoening werd hij geplaagd door het gebrek aan fundering voor zijn medische beslissingen.

“What I decided I could not continue doing was making decisions about intervening (for example pneumothorax and thoracoplasty) when I had not idea whether I was doing more harm than good. I remember reading a pamphlet (I think from the BMA) extolling the advantages of the freedom of British doctors to do whatever they thought best for their patients. I found it ridiculous. I would willingly have sacrificed all my medical freedom for some hard evidence telling me when to do a pneumothorax . . . This was certainly the birth of an idea which culminated in Effectiveness and Efficiency.”

(Ibid.)

Na zijn militaire dienst keerde Cochrane terug naar de UK, waar hij als epidemioloog aan de slag ging in de MRC Pneumoconiosis Research Unit en zijn wetenschappelijk onderzoek verder uitwerkte. Zijn methodische aanpak zorgde ervoor dat hij op een rustig tempo werd gezien als een expert epidemioloog die meticuleus data verzamelde, deze met de best mogelijke methodieken te vergelijken om tot duidelijk gefundeerde resultaten en voorschriften te komen. Daarnaast was hij ooit nooit te schromelijk om bij mislukking van het onderzoek dit te erkennen en deze mislukking kenbaar te maken. (Hill, 2000)

In 1954 kreeg hij zelf schijnbaar een aanval van wat andere dokters als polio omschreven. (Smith, 2006) Cochrane had twijfel aan de juistheid van deze diagnose, maar gezien de voorbijgaande aard van zijn aanval, onderzocht hij de aandoening niet verder. Elf jaar later echter werd hij gealarmeerd omdat zijn zuster Helen in een psychiatrische instelling was opgenomen omwille van een seniele psychose. Deze diagnose stelde hij wel in vraag. Door toedoen van een collega arts werd vastgesteld dat



## PDF Eraser Free

Helen echter aan een acute aanval van porphyria leed, uitgelokt door het gebruik van barbituraten. (Vos, Holslag, Snelleman, Hoek, 2003)

Aangezien porfyrie een genetische aandoening is, begon het Archibald te dagen dat zijn vermeende aanval van polio wel eens een symptomatische opstoot van porfyrie zou kunnen zijn. Ook zijn levenslang seksueel probleem, de anejaculatie, zou hierdoor verklaard kunnen worden. Om in deze zaak uitsluitsel te bieden en ook het juiste medische advies aan zijn naasten te geven, vroeg hij van zijn nog levende familieleden urinaire en fecale stalen. Hieruit bleek dat de porfyrie erfelijk was langs de kant van zijn moeder. In totaal verzamelde Archibald stalen van 152 van de 153 familieleden, wat neerkomt op een respons rate van 99,3%. En net als Helen was Archibald drager van deze ongeneeslijke ziekte.

Deze ervaring zorgde ervoor dat Cochrane nog meer overtuigd geraakte van de kwaliteiten van welgeformuleerd en methodisch doorgevoerd onderzoek naar alle mogelijke ziektebeelden. Als hij dit niet in zijn familie zou gedaan hebben, had hij nooit zijn eigen symptomen als die van zijn zus kunnen begrijpen. Hieraan gekoppeld zou zijn zus naar alle waarschijnlijkheid haar dagen in een psychiatrische instelling gesleten hebben, verkeerd gediagnosticeerd en verkeerd behandeld.

### 2.2.2 Efficiëntie, effectiviteit, equivalentie

In zijn verdere carrière schakelde hij over naar MRC Epidemiology Unit in Cardiff waar hij naast longaandoeningen zoals fibrose en tuberculose ook anemie, glaucoom, asthma, galblaasziekten analyseerde. Deze onderzoeken kregen internationaal aanzien en ook de British National Health Service was zeer open voor de informatie die Cochrane's onderzoeksgroep aan de dag legde. Naast deze epidemiologische onderzoeken wou Cochrane nog een element toevoegen, ten einde de klinische relevantie van de informatie nog te verhogen: randomisering.

Randomisering is een techniek die voortkomt uit het statistisch onderzoek. Met deze randomisering wil een onderzoeker de selectie van specifieke onderzoeksgroepen tegengaan, ten einde aan te tonen dat de bekomen resultaten niet te wijten zijn aan vertekening (bias) die van de onderzoeker uitgaat. In het onderzoek zelf worden bijgevolg minstens twee groepen afgelijnd: de onderzoeksgroep en de controlegroep. Het is aan één of andere toevallige factor te wijten of een persoon in de ene of de andere groep komt. Met andere woorden wordt het onderzoek naar de effectiviteit (zie verder) van een behandeling losgekoppeld van de patiënt(en) in kwestie. Naar onderzoek van de psychotische pathologie en een bepaalde interventie die onderzocht wordt, betekent dit dat een psychotisch gediagnosticeerde patiënt in een RCT evengoed in een groep kan vallen die de onderzochte interventie ondergaat als in de controlegroep die de interventie niet ondergaat. Met de randomisering wordt de behandeling dus

## PDF Eraser Free

losgekoppeld van de persoon en zijn context. Deze randomisering dient dus om de subjectieve invulling en invloed van zowel de patiënt als de onderzoeker tot een minimum te beperken. Deze worden gezien als versturende factoren (confounding factors)

Op uitnodiging van het Nuffield Provincial Hospital Trusts gaf Cochrane een lezing op 20 maart 1971. Uit deze lezing volgde de monografie die hem beroemd zou maken *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. In dit bijzonder helder en toegankelijk werk heeft Cochrane de ideeën uitgewerkt die aan EBM ten grondslag liggen.

“[...] the importance of using randomized trials to identify which health service interventions are more likely to do good than harm; the relevance of assessing the costs of the options available when deciding what to make available within the British National Health Service; and the importance of equitable access to effective treatments, and to sensitive care when cure was not possible. [...] For Cochrane a medical intervention is considered “effective” only if it has been demonstrated, preferably by a RCT, that the intervention does more good than harm. This criterion should be applied, not only to new treatments, but to old treatments, the use of diagnostic tests and screening procedures. A health care system is “efficient” if it uses available resources to maximize the delivery of effective interventions. In his book Cochrane spells out the way in which this rationalization should take place. There is a third “E” in Cochrane’s book, though not in its title, namely “equality.” As a staunch supporter of the concept of the NHS, Cochrane believed that its introduction had solved the problem of access to care, but he identified areas of inequity within the system, especially with regard to the share of resources devoted to cure versus care. Strangely he did not think that the effectiveness criterion could be applied to the care sector, primarily because of the absence of suitable outcome measures.”

(Hill, 2000: 1191)

De drie E’s: *Efficiëntie*, *effectiviteit* en *equaliteit* vormen de basis van Cochrane’s evaluatie systeem. Hierbij wordt unilateraal gekeken naar de uitkomstresultaten (outcome) van een medische interventie die kwantificeerbaar is wat betreft zijn resultaat en op basis van statistische verwerking in een hiërarchisch verband kan gebracht worden met andere resultaten. Een ‘betere’ interventie is te verkiezen boven een ‘mindere’ interventie omdat het RCT onderzoek aantoont dat de ‘betere’ voor de meeste mensen effectiever en efficiënter blijkt. Hierbij valt op dat Cochrane zelf al vraagtekens plaatst bij de toepasbaarheid van deze aanschouwingswijze op de zorg (care). In de zorgsector is het bijzonder moeilijk om objectieveerbare uitkomstmaatstaven te bepalen die kwantificeerbaar zijn. (Milders, 2007) Ook Cochrane was zich bewust van het probleem van de psyché en haar elusief karakter.

## PDF Eraser Free

In 1979 schreef Cochrane de volgende zin die de aanzet zou geven tot het verder zetten van zijn werk na zijn dood:

“It is surely a great criticism of our profession that we have not organised a critical summary, by speciality or subspeciality, adapted periodically, of all relevant randomized controlled trials.”

(Spiegel, 2005)

Deze idee werd uitgewerkt in wat the Cochrane Collaboration heet. In deze samenwerking worden alle systematische reviews van RCT's omtrent zowat alle onderwerpen binnen de medische sector samengebracht in the Cochrane Library. Alleen onderzoeken die beantwoorden aan de standaarden zoals uitgeschreven in de methodologie van de Cochrane Review komen in aanmerking om in deze Cochrane Database of Sytematic Review opgenomen te worden. Hier zien we met andere woorden de aanzet voor een objectivistische ideologie die in de EBM zijn bloei zal kennen. Zoals bij het neo-kraepelinisme krijgen we een voorkeur voor een kennis die op een bepaalde manier verkregen, verwerkt en gerapporteerd wordt.

### 2.2.3 EBM

De Cochrane idee van 'best available information to make the best possible decision on intervention' viel zoals gezegd niet op dovemans oren. Aan de universiteiten van Oxford en York (UK) en de McMasters (Canada) werden zijn inzichten vertaald in wat nu Evidence Based Medicine heet. Onder toedoen van David Sackett in Canada en Ian Chalmers in het Verenigd Koninkrijk transformeerde de vergelijkende gerandomiseerde, dubbelblind en placebogecontroleerde literatuur die Cochrane als een ideaal omschreef tot een standaard voor de medische praktijk. Sinds het ontstaan van EBM zien we zowel voor- als tegenstanders in een hevige polemiek verwickeld. Voor we tot deze discussie kunnen komen moeten we ons de vraag stellen:

Wat is nu Evidence Based Medicine?

“Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research. By individual clinical expertise we mean the proficiency and judgment that individual clinicians acquire through clinical experience and clinical practice. Increased expertise is reflected in many ways, but especially in more effective and efficient diagnosis and in the more thoughtful identification and compassionate use of individual patients' predicaments, rights, and preferences in making

## PDF Eraser Free

clinical decisions about their care. By best available external clinical evidence we mean clinically relevant research, often from the basic sciences of medicine, but especially from patient centred clinical research into the accuracy and precision of diagnostic tests (including the clinical examination), the power of prognostic markers, and the efficacy and safety of therapeutic, rehabilitative, and preventive regimens. External clinical evidence both invalidates previously accepted diagnostic tests and treatments and replaces them with new ones that are more powerful, more accurate, more efficacious, and safer. Good doctors use both individual clinical expertise and the best available external evidence, and neither alone is enough. Without clinical expertise, practice risks becoming tyrannised by evidence, for even excellent external evidence may be inapplicable to or inappropriate for an individual patient. Without current best evidence, practice risks becoming rapidly out of date, to the detriment of patients. This description of what evidence based medicine is helps clarify what evidence based medicine is not.”

(Sackett, 1996: 71)

Waar the Cochrane Collaboration zich voornamelijk toelegt op het verzamelen van data die volgens een specifieke manier bekomen, verwerkt, vergeleken en vermeld wordt, is de doelstelling van EBM anders. Deze spitst zich toe op de implementatie van de kennis zoals deze uit de best mogelijke outcome studies en meta-analyses voortkomt. In de opleiding en praktijk van een medicus zou EBM ideaal gezien als een standaard aanwezig moeten zijn, waarbij eigen keuzes afhankelijk van eigen klinische ervaring en de specifieke context ondergeschikt zijn aan de zagezegd objectief bekomen evidenties.

Hoewel EBM zeker zijn verdiensten heeft naar onderzoek en klinische toepassing toe, spreken we hier wel degelijk over een ideologie die bijzonder reductionistisch van aard is. In de richtlijnen (guidelines) wordt bijvoorbeeld gesteld dat het beter zou zijn interventies te baseren op onderzoek dat ‘beter aangetoond’ is. We spreken over ‘levels of evidence’ die de keuze van interventies in een hiërarchische lijn plaatst waarbij RCT resultaten als de gouden standaard worden gezien (Sackett, 2000; Vandenberghe, 2008)

“Mening van experts, gebaseerd op pathofysiologie, niet-klinisch onderzoek, klinische ervaring” staat helemaal onderaan de ladder, terwijl “homogene systematische review (SR) of meta-analyse MA) van meerdere gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT)” bovenaan staat.”

EBM verzet zich met andere woorden tegen klinische willekeur en niet-wetenschappelijk verkregen en bewijskrachtig vergeleken informatie. Het gaat hier niet om bewijs (proof) zoals in de wiskunde en de natuurwetenschappen gehanteerd wordt, aangezien er steeds een marge van variatie bestaat in het bestuderen van de levende natuur en zijn pathologie. We spreken over waarschijnlijkheden die zich door de statistische methodologie vertalen naar vanzelfsprekendheden. (evidence)

## PDF Eraser Free

Hiermee lijkt de EBM zich in te schrijven in een nieuw paradigma. (Guyatt et al, 2004; Sehon en Stanley, 2003) EBM neemt in zijn vraag naar het waarheidsgehalte van zijn veronderstellingen afstand van de religieuze en filosofische funderingen waar een geneesheer zich vroeger op baseerde. Het fundament wordt nu de medische wetenschap waar de effectiviteit en efficiëntie van de bekomen resultaten van de best mogelijke interventie het bewijs leveren. (Swinkels en Van Everdingen, 2008) Hiermee komt EBM wat betreft de psychiatrie als tak van de geneeskunde tegemoet aan de verzuchting van Kraepelin. EBM is bijgevolg een wetenschappelijke leer die mits zuivere toepassing tot de best mogelijke resultaten leidt en de statistieken tonen dit aan.

EBM beantwoordt aan een nood aan zekerheid die inherent is aan de mens. Zeker waar het zorg voor anderen betreft tekent deze nood zich scherp af. In de medische ethische code blijft de hippocratische eed voorop staan waarin gesteld wordt dat in de geneeskunde steeds gekozen wordt voor de best mogelijke zorg en dat schade ten allen tijde indien mogelijk vermeden wordt. In gevallen van twijfel of conflict biedt deze instelling een basis om te rade te gaan bij de best mogelijke kennis omtrent een bepaald ziektebeeld ten einde het lijden te verlichten en niet te verergeren. Vanuit deze hoek is het vreemd dat EBM op zoveel weerstand stuit in bepaalde kringen.

“It is interesting to note that although the creation of the Cochrane Collaboration had been favorably reviewed in an editorial in the Lancet, the concept of EBM was decried by the Lancet as an internal threat to the autonomy of the physician. Similar fears were expressed by Feinstein and Horwitz in their extensive critique of EBM: “A new form of dogmatic authoritarianism may . . . be revived in modern medicine, but the pronouncements will come from Cochranian Oxford rather than Galenic Rome”.”

(Hill, 2000: 1197)

EBM wekt blijkbaar de schijn op dat de benadering dogmatische kanten heeft. Naast de verheldering die ze met zich meebrengt, brengt ze volgens een aantal auteurs ook een vernauwing met zich mee. Sommigen gaan zelfs zover dat ze net als bij Kraepelin de EBM aanhangers betichten van een bepaalde vorm van intellectueel en ideologisch microfascisme (Holmes et al, 2006) Hier wordt bedoeld dat EBM als ideologie een bepaald waarheidsregime propageert dat

“In the words of Michel Foucault, these discourses represent an awesome, but oftentimes cryptic, political power that ‘work[s] to incite, reinforce, control, monitor, optimize, and organize the forces under it’ (p. 136).”

(Holmes et al, 2006: 181)

Het problematische punt volgens deze auteurs situeert zich in de machtspolitiek van kennis omtrent goede zorg waar bepaalde wijzen van kennisvergaring en verwerking geprivilegieerd en gevalideerd worden boven anderen, tot op het punt waarop de andere denkkaders geëlimineerd worden of tenminste sterk gedevalueerd worden. Volgens ons

## PDF Eraser Free

raakt deze kritiek wel een teer punt van EBM, maar ze gaat voorbij aan een veel fundamenteeler probleem. Daarnaast lijkt deze kritiek meer ingegeven door wat we in de inleiding en in het zevende hoofdstuk als de subjectivistische ideologie hebben besproken en deze is volgens ons in hetzelfde vertekende bedje ziek als de (objectivistische) schietschijf waar ze zich op richt.

### 2.2.4 EBP

Het ware probleem van EBM toont zich als we de Evidence Based principes toepassen binnen het veld van de psychiatrie als medische wetenschap, meer bepaald op het veld van de psychotische stoornissen. Hier komt het spanningsveld tussen de idiografische kliniek en de nomothetische wetenschap echt uit de verf. (Windelband 1894)) Laten we eerst de EBP op zich bekijken voor we ze toepassen op de psychose als realiteitsstoornis.

Een centraal probleem bij EBP in tegenstelling tot de andere medische specialisaties is dat het quasi onmogelijk en in vele gevallen onwenselijk is om de subjectieve factoren uit het onderzoek en de evaluatie te weren. Zo is al telkenmale aangetoond dat de specifieke persoonlijke factoren van de therapeut/psychiater in kwestie van kapitaal belang zijn in het slagen van de behandeling, ongeacht de therapeutische richting die deze therapeut aanhangt, dan wel welke technische interventies deze in de behandeling plaatst. (Luyten et al, 2007)

Als de RCT de hoeksteen is van de evidence van EBM, is de impliciete premisse dat werkzaamheid in een onderzoekscontext veralgemeend kan worden naar de zeer verschillende klinische contexten. Met andere woorden: dat van de invloed van de context op de werkzaamheid een abstractie gemaakt kan worden. Deze premisse is allesbehalve evident, en is dat zeker niet in de psychiatrie en de psychotherapie. De mate waarin effecten van interventies contextafhankelijk zijn, beperkt de generaliseerbaarheid naar andere situaties, bijvoorbeeld van een rct-context naar die van de klinische praktijk Dit wijst minstens op een contextafhankelijkheid en een ecologische validiteit van de interventie, een punt dat een zuivere EBM wetenschapper/medicus zou willen vermijden. (Vandenberghe, 2008) Ook in het psychiatrisch assessment onderzoek op zich blijkt dat een standaardisatie van het initiële onderzoek geen garanties biedt wat betreft het discriminerend diagnostisch vermogen, de meest adequate therapeutische voorschriften of een algehele prognose. Aangezien mentale stoornissen zelden een specifiek lichamelijk object en zijn disfunctioneren betreffen, is het bijzonder moeilijk om een consensus idee te formuleren omtrent deze stoornissen, laat staan dat we een standaard behandeling zouden kunnen uitschrijven die tot betere resultaten leidt. Alles hangt af van subtiele verschillen, zoals in verschillen in verzameling van data, verwerkingstechnieken voor de bekomen data en de conclusies die hieruit getrokken worden.

## PDF Eraser Free

Wegens al deze storende subjectieve invloeden worden in de meeste gevallen van EBP onderzoek gekozen voor wat de *drug metaphor model* heet. Bij een geïdentificeerde stoornis (depressie, OCD, anorexia,...) wordt deze stoornis geïsoleerd uit zijn context en wordt bekeken of en hoe een bepaald *pharmakon*, zij het een chemisch produkt, een psychotherapeutische behandeling, een nonverbale techniek of een apparaat invloed heeft op de stoornis in kwestie. Hierbij worden alle banden met de context verbroken en de blik ingesteld op de stoornis in kwestie. Alle andere aberraties worden gezien als comorbiditeit en vormen meestal een exclusiecriteria voor het EBM onderzoek. De aanwezigheid van meerdere mentale stoornissen in een bepaald persoon wordt gezien als een stoorzender voor zuiver EBM onderzoek. Dit betekent bijvoorbeeld dat naar een onderzoek naar psychotische unipolaire depressie 86% van de onderzochten niet in aanmerking komen voor het onderzoek (Zimmerman et al, 2002). Een uitspraak over de algemeen geldende effectiviteit van een bepaalde interventie bij deze populatie is zo minstens gereserveerd. Dit probleem wordt meestal opgelost door verschillende populaties in verschillende landen en verschillende behandelsettings met elkaar te vergelijken. Dit heeft als spijtig bijproduct dat het gemeten fenomeen statistisch gezien irrelevant wordt of dat het onderzoek een dusdanige culturele vertekening geeft van het fenomeen dat geen enkele EBP uitspraak aansluit bij de klinische context in die specifieke hoedanigheid.

“Goede geneeskunde of psychiatrie is geen wetenschap. In de psychiatrie willen wij de mentale gezondheid van een patiënt bevorderen door middel van therapie binnen een unieke, individueel aangepaste therapeutische relatie; bij wetenschap streeft men een zo groot mogelijke overeenkomst na tussen waarneming en werkelijkheid (validiteit) door middel van rigoureuze methodologie, gestandaardiseerde setting en gecontroleerde observatie.[...] De mate waarin effecten van interventies contextafhankelijk zijn, beperkt de generaliseerbaarheid naar andere situaties, bijvoorbeeld van een rct-context naar die van de klinische praktijk.”

(Vandenberghe, 2008: 380)

De contextafhankelijke factoren zijn bijzonder belangrijk binnen de psychiatrische opzet en deze zijn op hun individueel geldend karakter niet om te zetten in de EBM-logica. Deze andersoortige, maar niet tot moeilijk mathematiseerbare en statistisch verwerkbaar kennis kunnen we dan overboord gooien als irrelevant, maar daarmee verliezen we een zeer groot deel van wat nu net de kern van de psychiatrie uitmaakt. Ofwel zoeken we een aanvulling voor deze tekortkoming waarbinnen het therapeutisch contact en de waarde van dit contact op een andere manier operationaliseren en deze in relatie brengen tot de EBM geplogenheden. Deze benadering vindt zich het beste verwoord in Value Based Practice die we in hoofdstukken 6 en 7 zullen bespreken. Hier zal de nadruk verschuiven van kwantificeerbare data naar kwalitatieve data.

## PDF Eraser Free

### 2.2.5 Psychose als elusieve categorie binnen EBP

EBM zou zich naar haar 'Best Practice' moeten baseren op de verzamelde data uit de Cochrane data base. Als we deze in augustus 2010 bekijken levert dat ons het onderstaande overzicht van bruikbare meta-analyses.<sup>24</sup>

Cochrane Database of Systematic Reviews (Augustus 2010)

*Anaesthesia & pain control (148) Blood disorders (98) Cancer (303) Consumer & communication strategies (30) Dentistry & oral health (109) Developmental, psychosocial, & learning problems (77) Ear, nose, & throat (94) Effective practice/health systems (62) Endocrine & metabolic (80) Eyes & vision (79) Gastroenterology (286) Genetic disorders (90) Gynaecology (297) Heart & circulation (355) Infectious disease (409) Kidney disease (119) Lungs & airways (461) **Mental health (322)** Methodological & diagnostic (17) Neonatal care (265) Neurology (483) Orthopaedics & trauma (305) Pregnancy & childbirth (375) Public health (40) Rheumatology (175) Skin (91) Tobacco, drugs, & alcohol dependence (104) Urology (95) Wounds (66)*

De belangrijkste studies voor EBP (Mental health) worden verder onderverdeeld in

Anxiety disorders (26) Bipolar disorder (14) Chronic fatigue syndrome (3) Delirium (5) Dementia & cognition (79) Depression (45) Eating disorders (8) Effective practice/health systems (1) Jet lag (1) Mood disorders (2) Obsessive-compulsive disorder (4) Schizophrenia & psychosis (139)

Voor de studie van bipolaire stoornis, schizofrenie en psychose:

Bipolar disorder (14)

- Family interventions for bipolar disorder
- Haloperidol alone or in combination for acute mania
- Interventions for helping people recognise early signs of recurrence in bipolar disorder
- Olanzapine alone or in combination for acute mania
- Olanzapine in long-term treatment for bipolar disorder
- Omega-3 fatty acids for bipolar disorder
- Oxcarbazepine in the maintenance treatment of bipolar disorder
- Risperidone alone or in combination for acute mania
- Risperidone in long-term treatment for bipolar disorder

---

<sup>24</sup> Deze tekst is geschreven in 2010 en heeft dus ook de data verwerkt die op dat moment beschikbaar waren in de Cochrane Collaboration. In mei 2013 zijn de resultaten van deze zoektocht op de website <http://consumers.cochrane.org/search/reviews/psychosis> in grote lijnen stabiel gebleven.



- Tiagabine in the maintenance treatment of bipolar disorders
- Tiagabine in the treatment of acute affective episodes in bipolar disorder
- Topiramate for acute affective episodes in bipolar disorder
- Valproate for acute mood episodes in bipolar disorder
- Valproic acid, valproate and divalproex in the maintenance treatment of bipolar disorder

### Schizophrenia & psychosis (139)

- \* Antipsychotic medication: atypical (31)
- \* Antipsychotic medication: butyrophenone (7)
- \* Antipsychotic medication: other (16)
- \* Antipsychotic medication: phenothiazine (12)
- \* Antipsychotic medication: thioxanthene (5)
- \* Care package/setting of care (15)
- \* Complementary & alternative therapy (2)
- \* Management issues (9)
- \* Other drug treatments (27)
- \* Physical treatments (2)
- \* Therapy (17)

Hierbij valt dadelijk op dat de meeste studies de effectiviteit en efficiëntie van psychofarmacologische interventies bestuderen, in het geval van psychose dus meestal neuroleptica en in het geval van bipolaire stoornis voornamelijk neuroleptica en stemmingsstabilisatoren. De nadruk ligt overduidelijk op het onderzoek van een medicamenteuze behandeling. Voor deze interventies lijkt de EBM methodiek schijnbaar voor de hand liggend. Uit een groep als bipolair of schizofreen gediagnosticeerde patiënten wordt via een degelijke onderzoeksopzet een onderzoeksgroep en een controlegroep geselecteerd waarbij het farmakon dubbelblind toegewezen wordt en de outcome van de twee groepen geëvalueerd wordt.

Schijnbaar eenvoudig, want de selectie van de onderzoeksgroep is ten eerste al geen sinecure. De psychiatrische diagnose gebeurt op basis van een specifieke diagnostische vragenlijst/test, meestal de SCID I. Deze SCID is gegrond in de DSM IV-TR criteria.<sup>25</sup> Als uit de SCID een diagnose schizofrenie naar voor komt, worden deze patiënten in het onderzoek geïnccludeerd. Maar de onderzoekspool van waaruit deze patiënten geselecteerd worden betreft meestal patiënten die opgenomen zijn in een (academisch) psychiatrische instelling, meestal voor de aandoening die het onderzoek viseert. Dit laat

---

<sup>25</sup> <http://www.scid4.org/>, aangezien de DSM 5 nu gepubliceerd is (maart 2013), zal het wachten zijn op de nieuwe scid versie tot het einde van 2013.

## PDF Eraser Free

niet toe om uitspraken te doen over de effectiviteit van een farmakon in de grotere groep van psychotische subjecten zoals die vermoedelijk in de populatie aanwezig is. (Johns, van Os, 2001) Daarnaast is het haast onmogelijk om andere dan farmacologische invloeden zoals therapeutische interventies of natuurlijk herstel uit te sluiten, aangezien deze patiënten in een specifiek milieu verblijven dat er nu net op gericht is de psychotische symptomatologie te verbeteren.

De effectiviteit van het neurolepticum wordt dan aan een aantal procescriteria gemeten, waarbij er sprake kan zijn van een significant effect en van een bepaalde mate van 'verbetering'. Een bijzonder veel gebruikte maatstaf naar verbetering bij psychose is de PANSS.<sup>26</sup> Deze test meet en schaaft in een gestructureerd interview de aanwezigheid van positieve symptomen (*Delusions Conceptual disorganisation Hallucinations Hyperactivity Grandiosity Suspiciousness/persecution Hostility*), negatieve symptomen (*Blunted affect Emotional withdrawal Poor rapport Passive/apathetic social withdrawal Difficulty in abstract thinking Lack of spontaneity and flow of conversation Stereotyped thinking*) en algemene psychopathologie (*Somatic concern Anxiety Guilt feelings Tension Mannerisms and posturing Depression Motor retardation Uncooperativeness Unusual thought content Disorientation Poor attention Lack of judgment and insight Disturbance of volition Poor impulse control Preoccupation Active social avoidance*) bij een patiënt op een bepaald tijdstip, uitgedrukt in een PANSS score. De PANSS kan dan op een later tijdstip opnieuw afgenomen worden en zo kunnen de algehele scores en deze op de subschalen vergeleken worden, ten einde een inschatting te maken van de verbetering of verslechtering van het klinisch beeld. De score varieert tussen 30 (geen schizofrenie) en 210 (ernstige schizofrenie)

Ook hier kunnen we niet over objectief meetbare criteria spreken wat betreft effect tijdens het proces en de outcome. Zoals geweten zijn psychotische mensen niet altijd geneigd om eerlijk te antwoorden op vragen die hun interne waanbelevingen betreffen. Daarnaast lijken deze wanen hen dikwijls geen wanen, maar rechtgeaarde en juiste interpretaties van de realiteit. Dit maakt op zich zelfs onderdeel uit van hun ziektebeeld. (Gipps en Fulford, 2004) Het is dus aan de beoordelaar om te bepalen of een patiënt verbetert in zijn waanproducties en de hardnekkigheid waarmee deze aan zijn wanen vasthoudt. Ook het inschatten van de algemene psychopathologie kent deze subjectieve (ver)tekening. De interbeoordelaar betrouwbaarheid is ons inziens geen marker van overeenstemming tussen wat objectief als een waan kan gezien worden, maar wel een gedeelde attitude onder de beoordelaars naar wat als een waan mag bestempeld worden.

---

<sup>26</sup> <http://www.panss.org/home/>

## PDF Eraser Free

Vooralsnog zijn er geen somatische tekens die de diagnose van schizofrenie duidelijk aflijnen van de andere mentale stoornissen. Alle onderzoeken wat betreft genetica, medische beeldvorming, bloedafnamen, functionele testing,... ten spijt blijft de vraag naar het definitief objectiveerbaar teken van psychose open. Alles hangt met andere woorden af van een zo zuiver mogelijke analyse van de psychotisch genoemde symptomen zoals deze zich in het intermenselijk contact tonen. De aanvangsdiagnose en de graad van ernst waar EBP zich bij psychose op baseert, blijft een waarschijnlijkheid die ten dele subjectief gekleurd is door een interpretatief perspectief. En dit geldt ook bij onderzoek naar effecten van chemische substanties op het mentaal (dis)functioneren.

Met deze relativering in het achterhoofd schakelen we over naar een EBP evaluatie van de therapieën inzake psychose. Zoals Andreas De Block (Luyten et al, 2007) aantoonde komt het effectonderzoek bij therapie neer op een onderzoek naar bepaalde factoren in het therapeutisch contact. Deze blijken niet specifiek verbonden aan bepaalde technieken of therapeutische richtingen maar aan andere factoren (Luborsky et al., 2002) Deze zijn overtuigingskracht en geloofwaardigheid van de therapeut, diens vermogen tot inleving, de initiële houding van de patiënt en de kwaliteit van de band tussen patiënt en therapeut. (De Block, 2007) De specifieke factoren van de therapeut en zijn 'stijl' wegen qua effectiviteit meer door dan therapiegebonden factoren. Een EBP evaluatie van betere of minder goede therapieën is onmogelijk als we deze willen generaliseren los van de subjectieve kwaliteiten van de therapeut.

Het is ook onmogelijk om alle therapeutische richtingen die onder één naam vallen over dezelfde kam te scheren. Er bestaat niet zoiets als dé gedragstherapie, dé familietherapie of dé psychoanalyse. Anders dan in de medische specialisaties waar we kunnen spreken over oncologie, dermatologie en gynaecologie blijkt dit binnen het psychotherapeutische veld onmogelijk. Zo spreken we binnen de gedragstherapie al over minstens drie generaties van verschillende therapeutische grondprincipes, elk met hun eigen opvattingen, aanpassingen en onderverdelingen. De versplintering van de psychoanalytische scholen sinds hun ontstaan laat niet toe hun aantal in cijfers uit te drukken.

Daarnaast verschillen de therapeutische richtingen ook sterk wat betreft hun diagnosevorming van psychotische stoornissen. Hoewel de meeste richtingen wel een stoornis erkennen die als psychotisch benoemd wordt, spreken ze dikwijls een andere taal wat betreft veronderstelde etiologie, tekenende symptomatologie, goede en aangepaste zorg en doelstelling van behandeling. Zo kunnen we bijvoorbeeld een polariteit situeren tussen de cognitieve gedragstherapeutische en de psychoanalytische doelstelling inzake psychosenzorg.

Voor de meeste cognitieve gedragstherapeuten staat een aanpassing van de 'gestoorde' gedachten, gevoelens en gedragingen voorop waarbij deze mogelijkwijs genormaliseerd worden om een psychotisch subject op een meer toegankelijke manier

## PDF Eraser Free

aan de samenleving te laten deelnemen. Hinderende symptomen worden rechtstreeks aangepakt en verbetering wordt ingeschat op basis van deze aanpassing aan de realiteit van de samenleving.

Vanuit psychoanalytisch perspectief is deze aanpassing meestal geen prioriteit, maar ligt de nadruk meer op het inzicht verwerven en kunnen hanteren van het psychotisch zijn en het verminderen van de lijdensdruk. De meeste analytici beschouwen psychose als een ontregeling binnen het psychisch systeem en vooruitgang wordt ingeschat op basis van de mate waarin een psychotisch subject en zijn omgeving kunnen omgaan met deze existentiële positie, deze naar waarde kan inschatten en begrijpen. Het verminderen van de lijdensdruk staat voorop en de aanpassing aan de normaliteit is van minder belang.

Zo is het duidelijk dat EBP niet in staat zal blijken om de therapeutische waarde van deze twee richtingen op basis van objectieve criteria te vergelijken. Symptoomreductie zal in de ene richting een marker zijn van een goede behandeling terwijl een andere daar minder op gericht is. Sociaal en psychisch welbevinden kan hoger of lager op de prioriteitenlijst staan. Wat voor de ene richting als een geslaagde behandeling gezien wordt, kan in de ogen van de andere als een mislukking beschouwd worden.

EBP als objectieve scheidsrechter inzake kwaliteit van behandeling kan er nooit in slagen deze verschillen weg te cijferen. De externe visie op het psychotisch subject laat niet toe de kwalitatieve beleving van de therapie door zowel patiënt als therapeut te kwantificeren. Het belang van de specifieke factoren, de attitude van de deelnemers in het therapeutisch proces lenen zich niet tot de EBM methodologie. Alleen het verschil tussen wel of niet psychotherapeutisch behandelen, de manier waarop een therapeut gelooft in de werkzaamheid van zijn behandeling en de kwaliteit van opleiding kunnen inzake effectiviteit in rekening gebracht worden.

“Evidence-based psychiatry may have to broaden its definition of evidence [...]: in the randomized clinical trials, ‘real’ evidence is a process in which an active molecule interacts with a receptor. It is compared with placebo, the symbol of an elementary psychotherapeutic (that is, subjective) interaction. [...] Placebos have been found to relieve depression and pain better than do most illnesses, and genuine neurobiology cannot anymore ignore interpersonal and historical influences on mind-brain functioning. It may explore the placebo effect in a richer perspective than is offered by the traditional placebo-controlled studies. The preoccupation of the clinician should be: ‘How can I maximize the placebo-response component that we are producing anyway in the routine care of depression?’ Conversely, the clinician-scientist’s priority will remain: ‘How can I minimize the placebo response, so that I can demonstrate beyond any doubt the efficacy of the active medication?’ ”

(Dongier, 2001: 394-395)

## PDF Eraser Free

Psychose als realiteitstoornis stelt deze problematiek scherp aan de orde. Van alle mentale ziekten zien we bij psychose de hoogste aantallen van niet vrijwillige hulpverlening, de grootste drop out bij behandeling en het hoogste cijfer wat betreft medicatieontrouw. Dit doet minstens vermoeden dat een psychotische patiënt meer dan bij andere pathologieën niet altijd bereid gevonden zal worden om zowel zijn persoonlijke pathologie te erkennen (anosognosie) als zich bereid zal vinden aan dit voor hem 'fictief' probleem iets te willen veranderen. (Amador en Johanson, 2000; Pia en Tamietto, 2006) Een goede vertrouwensrelatie vormt de basis van elke psychotherapeutische behandeling, zeker in het geval van psychotische stoornissen. Het baat niet om louter via psycho educatie de psychotische patiënt zijn stoornis uit te leggen. Hiermee wordt voorbij gegaan aan een vaststaande en bekende etiologie en pathofysiologisch verloop. Vanuit EBP hoek wordt spijtig genoeg dikwijls in naam van 'de' wetenschap afgeweken en worden bevindingen als feiten verkocht waardoor de psychotische patiënt zich niet gehoord, laat staan begrepen weet.

### 2.3 DSM: Menninger, Raines, Gruenberg, Spitzer, Frances, Kupfer en daaraan voorbij

Kraepelin heeft ons toegelaten om het objectivistisch diagnostische systeem te omschrijven als een kader van classificatie waarbij de duidelijke demarcatie centraal staat tussen normaliteit en stoornis enerzijds en het onderscheid tussen verschillende ziektebeelden anderzijds. Hierbij is en blijft het belangrijk dat we zonder al te veel vooronderstellingen onderzoeken wat het etiologisch psychotisch object is dat aan de verschillende psychotische afwijkingen ten grondslag ligt. Hierbij hebben we geïllustreerd dat deze zoektocht naar het psychotisch object steeds op een misvatting eindigt.

De Kraepeliaanse psychiatrie laat in zijn sciëntistische verzuchting geen lokalisatie van het psychotisch object toe. Als er dan al een oorzaak kan afgelijnd worden, is het zeer moeilijk tot onmogelijk om deze binnen een meta kader in te passen, aangezien dit meta kader gezien wordt als een theoretische constructie waar deze benadering van wetenschappelijkheid zich net van wil afhouden. Zo kunnen we stellen dat het neo-kraepelinisme wel degelijk een theoretische constructie is die een bepaald perspectief, zelfs ideaal- voorop stelt. Alleen zuivere objectieve data die op wetenschappelijke methode verkregen is, kan in rekening gebracht worden in het onderzoek. Persoonlijke factoren moeten zoveel mogelijk buiten het onderzoek gehouden worden.

Cochrane heeft ons dan weer een ander objectivistisch perspectief aangereikt. Hij stelde dat alleen informatie over een bepaald ziektebeeld (nosografie) die via RCT bekomen, statistisch verwerkt en geëvalueerd werd, aanleiding kon geven tot efficiënte en effectieve kennis. Klinische observatie mag dan wel zijn waarde hebben, ze is in elk geval ondergeschikt aan informatie die gerandomiseerd en op gecontroleerde statistische verwerkt is. De outcome studies worden vergeleken met de reeds aanwezige data uit de Cochrane database.

Deze benadering zou ons moeten toelaten om een geneeskunde uit te werken die proefondervindelijk tot de best mogelijke resultaten zou moeten leiden. EBM is met andere woorden een selectiecriteria dat de zorg naar de individuele patiënt zou moeten optimaliseren in de therapeutische zorg die verstrekt wordt.

Met de verzuchtingen van Emil Kraepelin en Archibald Cochrane zijn we aan de toegangspoort gekomen van wat binnen de geestelijke gezondheidszorg mag aangeduid worden als de belichaming van de objectivistische ideologie. In de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) vinden we alle elementen terug die de objectivistische ideologie tekenen. Deze zijn in dit geval:

## PDF Eraser Free

een hang naar ware en zuivere kennis die los van de waarneming en de context zou bestaan (realisme/empirisme)

een geloof in de wetenschap als enige betrouwbare en valide toegang tot deze kennis (sciëntisme)

en de overtuiging dat alleen statistisch vergeleken kwantificeerbare en gekwantificeerde oordelen van ‘goed opgeleide onderzoekers’ ons kennis opleveren die relevant kan zijn naar zowel diagnose als behandeling in zake specifieke mentale stoornissen (statistisme).

Hoewel de DSM ontstaan is als een uniformerend diagnostisch instrument ter evaluatie en vergelijking als antwoord op de wildgroei en inefficiëntie van de vigerende diagnostische en therapeutische kaders, heeft ze op een bepaald moment een transformatie ondergaan die ze tot een ideologie deed verworden. Hiermee stellen we dus duidelijk dat er zoiets bestaat als een DSM ideologie die door zijn aanhangers als superieur beschreven wordt en voorgeschreven als klinisch relevant en wetenschappelijk verantwoord.

“The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) is the standard classification of mental disorders used by mental health professionals in the United States. It is intended to be applicable in a wide array of contexts and used by clinicians and researchers of many different orientations (e.g., biological, psychodynamic, cognitive, behavioral, interpersonal, family/systems). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) has been designed for use across clinical settings (inpatient, outpatient, partial hospital, consultation-liaison, clinic, private practice, and primary care), with community populations. It can be used by a wide range of health and mental health professionals, including psychiatrists and other physicians, psychologists, social workers, nurses, occupational and rehabilitation therapists, and counselors. It is also a necessary tool for collecting and communicating accurate public health statistics.”<sup>27</sup>

Om deze transformatie duidelijk uit de verf te laten komen, schetsen we de sprongen die doorheen de zes versies van de DSM zijn doorlopen. In ongeveer 50 jaar is het DSM geëvolueerd van DSM-I tot DSM-IV-TR. Op dit ogenblik (2010) is de laatste versie de DSM-IV-TR (2000) van kracht om tegen hopelijk 2013 door de DSM V vervangen te worden.<sup>28</sup> Door de jaren heen zijn de volgende versies verschenen:

---

<sup>27</sup> <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV.aspx>

<sup>28</sup> Ondertussen is de DSM 5 gepubliceerd in mei 2013

## PDF Eraser Free

* DSM-I (1952)	106 stoornissen vermeld	130 pagina's
* DSM-II (1968)	182 stoornissen vermeld	134 pagina's
* DSM-III (1980)	265 stoornissen vermeld	494 pagina's
* DSM-III-R (1987)	292 stoornissen vermeld	567 pagina's
* DSM-IV (1994)	297 stoornissen vermeld	886 pagina's
* DSM-IV-TR (2000)	297 stoornissen vermeld	900+ pagina's

In deze besprekingen spitsen we ons opnieuw toe op de psychose en de manier waarop deze door de blik van de DSM benaderd wordt. Hierbij zal duidelijk worden dat het debat omtrent schizofrenie/dementia praecox en de oppositie schizofrenie/bipolaire stoornis (manisch-depressieve psychose) opnieuw op de voorgrond treedt

Afsluitend kunnen we aantonen dat een dergelijke DSM ideologie ons blind maakt voor wat net haar aspiratie inhoudt, namelijk het vinden van hét psychotisch object dat haar manier van diagnosticeren zou funderen in een causaal deterministisch kader. Vanuit de verschillende hoeken kunnen we dan in de commentaar illustreren dat de objectivistische DSM voor een heel aantal klinici, onderzoekers en patiënten niet de gezochte verbetering van het begrijpen en behandelen van psychose oplevert.

### 2.3.1 Van consensus tot DSM I

Waar in de 19de Eeuw in Duitsland de neuropathologie voornamelijk onderzocht werd en in Frankrijk de nosografie, zien we in de Verenigde Staten eerder een interesse in volkstelling of census. Op 2 belangrijke momenten (1840 en 1880) werden deze volkstellingen gehouden, ten einde de Amerikaanse bevolking op een duidelijke manier in kaart te brengen. Onder de bevraagde elementen was er ook plaats voor psychiatrische aandoeningen. In 1840 bleef dit beperkt tot 'idiocy/insanity', in 1880 werd dit uitgebreid tot zeven categorieën van geestesziekten: mania, monomania, melancholia, paresis, dementia, dipsomania en epilepsie.

Deze hang naar epidemiologie vertoonde zich ook in de mentale gestichten. Ook daar werd op een tamelijk gesystematiseerde manier alle gegevens over een patiënt bij elkaar gebracht in het dossier (leeftijd, geslacht, stoornis, voorgeschiedenis, status medicus,...) Van een standaard methode om deze informatie te noteren, verwerken en eventueel publiceren was nog geen sprake. Hier kwam de DSM aan tegemoet:

"The development of a uniform nomenclature of disease in the United States is comparatively recent. In the late twenties, each large teaching center employed a system of its own origination, no one of which met more than the immediate needs of the local institution. Despite their local origins, for lack of suitable alternatives, these systems were spread in use throughout the nation, ordinarily by individuals who had been trained in a particular center, hence had become accustomed to that special system of nomenclature. Modifications in the



## PDF Eraser Free

transplanted nomenclatures immediately became necessary, and were made as expediency dictated. There resulted a polyglot of diagnostic labels and systems, effectively blocking communication and the collection of medical statistics. In late 1927, the New York Academy of Medicine spearheaded a movement out of this chaos towards a nationally accepted standard nomenclature of disease. [...] A trial edition of the proposed new nomenclature was published in 1932, and distributed to selected hospitals for a test run. Following the success of these tests, the first official edition of the Standard Classified Nomenclature of Disease was published in 1933, and was widely adopted in the next two years. [...] Prior to the first edition of the Standard, psychiatry was in a somewhat more favorable situation regarding standardized nomenclature than was the large body of American medicine. The Committee on Statistics of the American Psychiatric Association (then the American Medico-psychological Association) had formulated a plan for uniform statistics in hospitals for mental disease which was officially adopted by the Association in May, 1917. This plan included a classification of mental disease which, although primarily a statistical classification, was usable in a limited way as a nomenclature. The National Committee for Mental Hygiene introduced the new classification and statistical system in hospitals throughout the country, and continued to publish the "Statistical Manual for the Use of Hospitals for Mental Diseases" through the years. [...] With the publication of the first edition of the Standard, a considerable revision in the Statistical Manual became necessary. [...] The classification system of the new Standard Nomenclature was included, together with a condensed list for statistical use. For the first time the difference in a system of nomenclature and a system of statistical classification was underscored [...] As a result, at the beginning of World War II, American psychiatry, civilian and military, was utilizing a system of naming developed primarily for the needs and case loads of public mental hospitals. The origin of this system was in itself predictive of the difficulties which would soon be encountered. The Armed Forces faced an increasing psychiatric case load as mobilization and the war went on. There was need to account accurately for all causes of morbidity, hence the need for a suitable diagnosis for every case seen by the psychiatrist, a situation not faced in civilian life. [...] Relatively minor personality disturbances, which became of importance only in the military setting, had to be classified as "Psychopathic Personality." Psychosomatic disorders turned up in the nomenclature under the various organ systems by whatever name a gastroenterologist or cardiologist had devised for them. The "psychoneurotic label" had to be applied to men reacting briefly with neurotic symptoms to considerable stress; individuals who, as subsequent studies have shown, were not ordinarily psychoneurotic in the usual meaning of the term. No provision existed for diagnosing psychological reactions to the stress of combat, and terms had to be invented to meet this need. The official system of nomenclature rapidly became untenable.

## PDF Eraser Free

[...] One agency found itself in the uncomfortable position of using one nomenclature for clinical use, a different one for disability rating, and the International for statistical work. [...] A high percentage of psychiatrists contacted felt that change in the nomenclature was urgently needed, with special attention to the areas of personality disorders and transient reactions to special stress. The need for change seemed to be felt more strongly by those in clinic and private practice than by those in mental hospital or institutional work. However, a considerable proportion of mental hospital staffs urged change; this was especially true where outpatient clinics had been established in connection with the hospitals. [...] In keeping with the status of this Association as a scientific professional society, it has seemed appropriate to limit the statistical section of this Manual to a statement of general principles and procedures, leaving the preparation of detailed operating manuals to the operational agency created for that purpose, this Committee acting in a consultant capacity to that agency. Despite its recent origin, the Biometrics Branch of the National Institute of Mental Health has made handsome strides toward major statistical objectives.”

(DSMI, 1952: v-vi)

Uit dit bijzonder lange citaat blijkt dat de DSM I een statistisch én diagnostisch amalgaam was vanuit minstens drie achtergronden : psychiaters in privé praktijk, de psychiaters die in Mentale Instituten werkten en aan de universiteiten en tenslotte de militaire psychiaters. Om een zo objectief en neutraal mogelijk diagnostisch kader op te maken werd gekozen om psychiaters vanuit verschillende strekkingen te includeren, meestal meer biologisch/neurologisch georiënteerden en de psychoanalytisch georiënteerden.

Naast het samenbrengen van de diagnoses op basis van een ‘neutraal’ bevragingssysteem valt op dat er aan alle stoornissen een code verleend werd. Deze codes hebben als enorm voordeel dat ze gemakkelijk in een kwantificerend en statistisch systeem ingepast kunnen worden. Doorheen de verschillende edities van de DSM zal deze ‘vercijfering’ alleen nog maar toenemen.

Als we naar de rationale van de indelingen kijken, springen een aantal zaken dadelijk in het oog. Ten eerste wordt er een haarscherp onderscheid gemaakt tussen psychiatrische stoornissen waar de etiologie terug te vinden is in lichamelijke ziekten of abnormaliteiten (disorders caused by or associated with impairment of brain tissue function) tegenover psychiatrische stoornissen waar er geen duidelijke organische bron voorhanden is (disorders of psychogenic origin or without clearly defined physical cause or structural change in the brain). Als er al sprake is van een psychiatrisch probleem bij een neuropathische stoornis (bijvoorbeeld psychose bij neuro-syfilis) wordt deze apart vermeld en vormt die geen psychiatrische diagnose, tenzij als uitsluitingscriterium. Neuropathie is op dat moment dus duidelijk het veld van de neuroloog, niet van de psychiater.

## PDF Eraser Free

“This nomenclature limits itself to the classification of the disturbances of mental functioning. It does not include neurologic diagnoses or diagnoses of intracranial pathology, per se. Such conditions should be diagnosed separately, whether or not a mental disturbance is associated with them. When an intracranial lesion is accompanied by a mental disorder, it is the mental disorder which is diagnosed in this present classification.”

(Ibid.: 9)

Daarnaast zien we in de bijkomende mogelijke psychiatrische beelden bij de neuro-organische aandoeningen de teneur van de DSM I duidelijk naar voor komen. Het gaat over ‘reactions’ of over ‘disorders’. We onderscheiden psychotische, neurotische en gedragsreacties tegenover psychotische, psychoneurotische en persoonlijkheidsstoornissen.<sup>29</sup>

“This diagnostic scheme employs the term "disorder" generically to designate a group of related psychiatric syndromes. Insofar as is possible, each group is further divided into more specific psychiatric conditions termed "reactions.”

(Ibid.: 9)

---

<sup>29</sup> Grouped together under Psychotic Disorders are: (1) affective disorders, characterized by severe mood disturbance, with associated alterations in thought and behavior, in consonance with the affect; (2) schizophrenic reactions, characterized by fundamental disturbances in reality relationships and concept formations, with associated affective, behavioral, and intellectual disturbances, marked by a tendency to retreat from reality, by regressive trends, by bizarre behavior, by disturbances in stream of thought, and by formation of delusions and hallucinations; (3) paranoid reactions, characterized by persistent delusions and other evidence of the projective mechanism. From this grouping, a psychotic reaction may be defined as one in which the personality, in its struggle for adjustment to internal and external stresses, utilizes severe affective disturbance, profound autism and withdrawal from reality, and/or formation of delusions or hallucinations. The qualifying phrase, .x1 with psychotic reaction, may be used to amplify the diagnosis when, in the presence of another psychiatric disturbance, a symptomatic clinical picture appears which might be diagnosed under Psychotic Disorders in this nomenclature. Specific examples may be seen in severe depression occurring in Chronic Brain Syndrome associated with senile brain disease, or paranoid delusions accompanying Chronic Brain Syndrome, alcohol intoxication. Grouped as Psychoneurotic Disorders are those disturbances in which "anxiety" is a chief characteristic, directly felt and expressed, or automatically controlled by such defenses as depression, conversion, dissociation, displacement, phobia formation, or repetitive thoughts and acts. For this nomenclature, a psychoneurotic reaction may be defined as one in which the personality, in its struggle for adjustment to internal and external stresses, utilizes the mechanisms listed above to handle the anxiety created. The qualifying phrase, .x2 with neurotic reaction, may be used to amplify the diagnosis when, in the presence of another psychiatric disturbance, a symptomatic clinical picture appears which might be diagnosed under Psychoneurotic Disorders in this nomenclature. A specific example may be seen in an episode of acute anxiety occurring in a homosexual. Grouped as Personality Disorders are those cases in which the personality utilizes primarily a pattern of action or behavior in its adjustment struggle, rather than symptoms in the mental, somatic, or emotional spheres. (Ibid.: 12-13)

## PDF Eraser Free

In deze is de hand van Adolf Meyer, één van de meest vooraanstaande Amerikaanse psychiaters duidelijk te merken. (Grob, 1991) Van oorsprong een Kraepeliniaan 'bekeerde' hij zich tijdens zijn carrière tot een psychoanalytisch georiënteerd psychiater. Zijn voornaamste visie in het zich losmaken van de rigoureuze opdelingen in het systeem van Kraepelin was het uitwerken van reactie types. Volgens Meyer was schizofrenie te wijten aan andere dan biologische factoren en eerder te begrijpen als een reactie op psychosociale stress en ontwikkelingsfactoren zoals een moeilijke jeugd.

William Menninger, vooraanstaand militair en psychoanalytische psychiater, heeft deze idee steeds gepropageerd in het uitwerken van de DSM. Voor hem was de indeling van mentale problemen in categorieën -naar analogie met de andere medische wetenschappen- een vergissing. Binnen het veld van de psychiatrie zijn we niet gebaat met een al te afgelijnde idee omtrent normaliteit en afwijking.

“Instead, Menninger viewed all mental disorders “as reducible to one basic psychosocial process: the failure of the suffering individual to adapt to his or her environment. [...] Adaptive failure can range from minor (neurotic) to major (psychotic) severity, but the process is not discontinuous and the illnesses, therefore, are not discrete” (Wilson, 1993, p. 400). Rather than treating the symptoms of mental disorder, he urged psychiatrists to explain how the individual’s failure to adapt came about and its meaning to the patient. In other words, “What is behind the symptom?” (Menninger, 1963, p. 325).”  
(Mayes en Horwits, 2005: 250)

Deze reactie types, voortkomend uit de ego analyse, probeerden duidelijk te maken dat iedereen in staat was tot bepaalde reacties (angst, psychose, schizofrenie, dwang,...) gegeven de context. Nu zijn er mensen die meer gedisponeerd zijn tot deze reacties en dan spreken we over een 'stoornis'. Maar in elk geval wat betreft de eerste DSM kan iedereen op bepaalde momenten onder de categorieën vallen. Specifiek naar schizofrenie toe betekende dit een uitbreiding van het psychogene karakter van de aandoening waardoor in de jaren '40 en '50 de diagnose schizofrenie in de Verenigde Staten van Amerika tot 20 keer meer gesteld werd als in andere landen. (Shorter, 1997: 296) Schizofrenie werd een ruime term in de DSM I, meer in de lijn van Bleulers opvatting dan die van Kraepelin.

Wat is nu een psychose in de DSM I?

“These disorders are characterized by a varying degree of personality disintegration and failure to test and evaluate correctly external reality in various spheres. In addition, individuals with such disorders fail in their ability to relate themselves effectively to other people or to their own work.”  
(DSM I, 1952: 24)

## PDF Eraser Free

De realiteitsstoornis staat op de voorgrond en maakt ze anders dan de psychoneurotische of persoonlijkheidsproblemen. De indeling (classificatie) van de stoornissen ligt wel volledig in de lijn van Kraepelin (dementia praecox, manisch depressieve psychose, paranoia) , zij het met meer onderverdelingen.

PSYCHOTIC DISORDERS		
000-796 Involutional psychotic reaction (302)		
DISORDERS OF PSYCHOGENIC ORIGIN OR WITHOUT CLEARLY DEFINED TANGIBLE CAUSE OR STRUCTURAL CHANGE		
000-x10	Affective reactions	(301.2)
000-x11	Manic depressive reaction, manic type	(301.0)
000-x12	Manic depressive reaction, depressive type	(301.1)
000-x13	Manic depressive reaction, other	(301.2)
000-x14	Psychotic depressive reaction	(309.0)
000-x20	Schizophrenic reactions	(300.7)
000~x21	Schizophrenic reaction, simple type	(300.0)
000-x22	Schizophrenic reaction, hebephrenic type	(300.1)
000-x23	Schizophrenic reaction, catatonic type	(300.2)
000-x24	Schizophrenic reaction, paranoid type	(300.3)
000-x25	Schizophrenic reaction, acute undifferentiated type	(300.4)
000-x26	Schizophrenic reaction, chronic undifferentiated type	(300.7)
000-x27	Schizophrenic reaction, schizo-affective type	(300.6)
000-x28	Schizophrenic reaction, childhood type	(300.8)
000-x29	Schizophrenic reaction, residual type	(300.5)
000-x30	Paranoid reactions	(303)
000-x31	Paranoia	(303)
000-x32	Paranoid state	(303)
000-xy0	Psychotic reaction without clearly defined structural change, other than above	(309.1)

APA, 1952

Psychotische mensen worstelen met de interne en externe realiteit en zijn daardoor belemmerd in hun contact met de medemens en als functioneel onderdeel van onze maatschappij. Waar de affectief gestoorde psychotici wel psychotische kenmerken vertonen omdat hun gevoelsmatige beleving van de realiteit buitensporig is, spreken we bij schizofrenie over:

“This term is synonymous with the formerly used term dementia praecox. It represents a group of psychotic reactions characterized by fundamental disturbances in reality relationships and concept formations, with affective, behavioral, and intellectual disturbances in varying degrees and mixtures. The disorders are marked by strong tendency to retreat from reality, by emotional disharmony, unpredictable disturbances in stream of thought, regressive behavior, and in some, by a tendency to "deterioration." The predominant

## PDF Eraser Free

symptomatology will be the determining factor in classifying such patients into types.”  
(Ibid.:26)

Ter afsluiting van de psychotische stoornissen vinden we de paranoïde reacties: onderverdeeld in paranoia (pur sang) en de paranoïde staat. Deze laatste categorie kenmerkt zich door zijn eigengereidheid, zijn monomanie en het feit dat de maatschappelijke en relationele eisen niet zozeer in het gedrang komen. Deze stoornis wordt net als bij Kraepelin als zeldzaam aangeduid.

### 2.3.2 DSM II

Er verstrijken 16 jaar tussen de publicatie van de DSM I en II. In deze tussentijd zien we de invloed en het prestige van het psychoanalytisch denken in de USA psychiatrie alleen maar toenemen. (Mayes en Horwits, 2005) Vanuit deze optiek lijkt de nadruk minder te liggen op het in kaart brengen van aperte symptomen dan wel op een analyse van de onderliggende processen die tot de symptomen hebben geleid. (Horwits, 2002) In de lijn van het gedachtengoed van Freud en zijn volgelingen ligt de nadruk op het onbewuste dat zich in de pathologie toonbaar maakt. Zo had Freud doorheen zijn eerste grondende werken (De Droomduiding, De Grap, Psychopathologie van het dagdagelijks leven en 3 verhandelingen over seksualiteit) aangetoond dat ieder van ons tot op een bepaalde hoogte ‘gestoord’ is. Dit vindt zijn uitdrukking in de term ‘neurotisch’. Hoewel de term initieel een nerveuze toestand van het zenuwstelsel aanduidde met gevolgen op de waarneming en het gevoelsleven werd ze door toedoen van de psychoanalyse synoniem met een teken van onbewuste (seksuele) conflicten die in de behandeling opgehelderd en doorgewerkt moesten worden.

“Neurosis refers to a variety of psychological problems involving persistent experiences of negative affect including anxiety, sadness or depression, anger, irritability, mental confusion, low sense of self-worth, etc., behavioral symptoms such as phobic avoidance, vigilance, impulsive and compulsive acts, lethargy, etc., cognitive problems such as unpleasant or disturbing thoughts, repetition of thoughts and obsession, habitual fantasizing, negativity and cynicism, etc. Interpersonally, neurosis involves dependency, aggressiveness, perfectionism, schizoid isolation, socio-culturally inappropriate behaviors, etc.”  
(Boeree, 2002)

Uit deze opsomming blijkt neurose dus een quasi synoniem voor ‘normale’ mentale problemen te zijn. Binnen het psychiatrisch jargon blijkt het dan ook onmogelijk om

## PDF Eraser Free

neurose te definiëren tenzij door het verschil met de andere twee groepen mentale stoornissen (psychose en psychopathie) duidelijk te stellen.<sup>30</sup>

Waar neurotische patiënten mentale problemen hebben die zich uiten in remmingen en frustraties in het uitleven van hun onbewuste drijfveren zijn psychotische patiënten gestoord in hun contact met de realiteit (gek) en psychopaten gedragsgestoord (deviant). Het verschil ligt hem in de omgang met de realiteit. Deze onderliggende idee is in de DSM II terug te vinden in de beschrijving van psychose.

“Patients are described as psychotic when their mental functioning is sufficiently impaired to interfere grossly with their capacity to meet the ordinary demands of life. The impairment may result from a serious distortion in their capacity to recognize reality. Hallucinations and delusions, for example, may distort their perceptions. Alterations of mood may be so profound that the patient's capacity to respond appropriately is grossly impaired. Deficits in perception, language and memory may be so severe that the patient's capacity for mental grasp of his situation is effectively lost.”

(DSM II, 1968: 23)

De idee van ‘reactie’ wordt verlaten om plaats te maken voor een Freudiaanse opdeling in neurose en psychotische stoornissen. Hiernaast sluit de diagnose van schizofrenie dan weer nauwer aan bij Bleuler, met name de 4 A's (associatiezwakte, ambivalentie, autisme en afgevlakt affect) Diagnose en het stellen van de diagnose legt weer de nadruk op de denkstoornis die onderliggend aan de wanen en hallucinaties ligt. De Kraepeliniaanse opdeling –schizofrenie, bipolaire psychose en paranoia- blijft echter behouden. Schizofrenie wordt nu:

“This large category includes a group of disorders manifested by characteristic disturbances of thinking, mood and behavior. Disturbances in thinking are marked by alterations of concept formation which may lead to misinterpretation of reality and sometimes to delusions and hallucinations, which frequently appear psychologically self-protective. Corollary mood changes include ambivalent, constricted and inappropriate emotional responsiveness and loss of empathy with

---

<sup>30</sup> “Anxiety is the chief characteristic of the neuroses. It may be felt and expressed directly, or it may be controlled unconsciously and automatically by conversion, displacement and various other psychological mechanisms. Generally, these mechanisms produce symptoms experienced as subjective distress from which the patient desires relief. The neuroses, as contrasted to the psychoses, manifest neither gross distortion or misinterpretation of external reality, nor gross personality disorganisation. A possible exception to this is hysterical neurosis, which some believe may occasionally be accompanied by hallucinations and other symptoms encountered in psychoses. Traditionally, neurotic patients, however severely handicapped by their symptoms, are not classified as psychotic because they are aware that their mental functioning is disturbed.” (Ibid.: 39)

## PDF Eraser Free

others. Behavior may be withdrawn, regressive and bizarre. The schizophrenias, in which the mental status is attributable primarily to a thought disorder, are to be distinguished from the Major affective illnesses (q.v.) which are dominated by a mood disorder. The Paranoid states (q.v.) are distinguished from schizophrenia by the narrowness of their distortions of reality and by the absence of other psychotic symptoms.”

(Ibid.: 33)

Ter afronding kunnen we stellen dat de DSM II het culminatiepunt vormt van de Amerikaanse psychodynamische kijk op psychiatrische diagnose in dit tijdsvak. Het is in deze periode een noodzakelijk kwaad. (Mayes en Horwits, 2005) Symptoomanalyse op zich kan ons dan misschien wel informatie verschaffen over de prevalentie van bepaalde stoornissen in de populatie, als toegang tot daadwerkelijke therapie is de impact gering. We kunnen wel intenties ontwaren om het diagnostisch proces te stroomlijnen en te codifiëren, deze zijn ondergeschikt aan het therapeutisch proces op zich en de hantering van dit proces (overdracht). Dit blijkt ook uit de deels cursieve stijl waarin de DSM I en II zijn opgemaakt. Los van de codering zien we een beschrijving van de verschillende symptomen, syndromen en stoornissen die elke ‘goed opgeleide’ psychiater ondersteunt in het hanteren van de behandeling.<sup>31</sup> De eerste twee versies van de DSM zijn dan ook op te vatten als een therapeutisch instrument waardoor een psychiater in zijn werk een gids verleend wordt doorheen de verschillende uitingen van het pathologische van het menselijk onbewuste. Psychotische patiënten worden gezien als ‘moeilijk bereikbaar’, maar niet als geestesziek op zich. Ze hebben problemen met de gedeelde realiteit en dus moet een behandelend psychiater daar aandacht voor hebben.

Deze descriptieve benadering levert echter nadelen op in het algemeen en voor de psychose in het bijzonder. Het eerste nadeel is de *betrouwbaarheid* van de diagnose. De verschillende diagnoses zijn niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, maar op een consensus van wat een bepaald segment van de Amerikaanse psychiaters als een specifieke diagnose beschouwt.<sup>32</sup> Ook de aan/afwezigheid van een psychiatrische aandoening op zich vormt een discussiepunt. Wat voor de ene gezien kan worden als

---

<sup>31</sup> “No list of diagnostic terms could be completely adequate for use in all those situations and in every country and for all time. Nor can it incorporate all the accumulated new knowledge of psychiatry at any one point in time. The Committee has attempted to put down what it judges to be generally agreed upon by well-informed psychiatrists today.” (Ibid.: vii)

<sup>32</sup> “Consider, for example, the mental disorder labeled in this Manual as "schizophrenia," which, in the first edition, was labeled "schizophrenic reaction." The change of label has not changed the nature of the disorder, nor will it discourage continuing debate about its nature or causes. Even if it had tried, the Committee could not establish agreement about what this disorder is; it could only agree on what to call it.” (Ibid.: ix)



## PDF Eraser Free

een psychiatrisch symptoom, is voor de ander dat weer niet. Het gebrek aan objectieve criteria waarop de diagnosevorming gebaseerd is, maakt vergelijking tussen de verschillende stoornissen onmogelijk en belemmert in grote mate het definiëren van de stoornis op zich. Hoewel de tweede versie van de DSM aan dit euvel tegemoet wou komen om deze in overeenstemming te brengen met de ICD-8, komt deze niet verder dan een schijnbaar arbitraire indeling van diagnoses gebaseerd op de gedeelde expertise, traditie en theoretische strekking van de psychiaters die de patiënt in kwestie evalueren. De DSM is op dat moment louter een nomenclatuur van stoornissen met geen enkele garantie op betrouwbaarheid.

Dit brengt ons bij het tweede nadeel, de *onmogelijkheid om behandelingen te vergelijken wat betreft effectiviteit en efficiëntie*. Als we een bepaalde psychiatrische interventie voorschrijven voor een bepaalde stoornis en deze als succesvol evalueren, dan is het zeer goed mogelijk dat het succes van de behandeling eerder te wijten is aan een verkeerde diagnose dan aan een succesvolle kuur. Twee voorbeelden: in geval van een depressie en de verbetering van deze depressie kan het zijn dat we het depressieve karakter van de patiënt over/onderschat hebben. We beschouwen de patiënt dan wel als depressief en als verbeterd op basis van onze klinische indruk, er zijn geen manieren om effectief van een meetbare verbetering te spreken. In geval van psychose kunnen we zeggen dat een patiënt na behandeling geen wanen meer vertoont. Maar het is best mogelijk dat deze wanen geen onderdeel uitmaakten van de onderliggende mentale problematiek (zoals in het geval van histerie volgens de DSM II mogelijk is). Misschien is het succes van behandeling van de waan eerder toe te schrijven aan een diagnostische misvatting dan aan de therapeutische meerwaarde.

Binnen de problematiek van de psychose blijkt dit een bijzonder gevolg te hebben. Sinds de introductie van *chloorpromazine* in 1954 (merknaam: Thorazine in de USA en Largactil in de rest van de wereld) als antipsychotisch middel en van *lithium* en anticonvulsieven als stemmingsstabilisatoren werd het stellen van een juiste diagnose terug een medische aangelegenheid. Binnen de medische logica is uitermate van belang het juiste farmakon te geven voor de juiste ziekte. Waar schizofrenie als een chronische psychotische toestand als medisch onbehandelbaar werd beschreven en alleen de meest verregaande therapieën aan bod kwamen als behandeling (insulineshock, electroshock, malariakuur, lobotomie,...) zonder blijvend succes, kwam er nu verandering. Een juiste diagnose van de psychotische aandoeningen werd vanuit farmacologisch oogpunt een noodzaak. De storm die dit eerste werkzame psychofarmacologisch product in de psychiatrie opleverde, is zonder vergelijk binnen het psychiatrische veld. De impact op de diagnose en indicatiestelling kon dan ook niet achterblijven. Want anders dan de hypnotica, sedativa en de anxiolytica zijn patiënten niet onmiddellijk geneigd deze neuroleptica te nemen. Om de noodzaak van het toedienen van deze kracht bij te zetten is het nodig een patiënt via een juiste diagnose te overtuigen van de meerwaarde van dit middel.

## PDF Eraser Free

Dit brengt ons bij het derde nadeel, het *aspecifieke karakter van de psychose* als realiteitsstoornis. Binnen de brede diagnose van schizofrenie is het onmogelijk om een welomlijnde groep te identificeren die blijvend psychosegevoelig zouden zijn.

### 2.3.3 DSM III

De drie nadelen van de DSM II gingen niet onopgemerkt voorbij. Robert Spitzer heeft aan de DSM zowel qua basisopvattingen als qua uitwerking een volledig nieuwe wending gegeven. Deze voorzitter van de DSM III commissie moest eigenlijk alleen de volgende editie van de DSM in overeenstemming met de nieuwe editie van de ICD. Hiermee wou men tegemoet komen aan de meer internationale verzuchtingen van de DSM II commissie. Waar het initieel slechts om een update zou gaan, krijgen we een nieuwe visie die we als het objectivistisch antwoord op de al te subjectief gekleurde vorige edities kunnen beschrijven.

Robert Spitzer is van basisopleiding een psychoanalytisch georiënteerd psychiater. In zijn tienerjaren onderging hij een Reichiaanse analyse die hem op het pad van de psychoanalyse zette. Hij behaalde zijn Bachelor's degree in psychologie aan Cornell University en zijn dokterstitel aan de New York University School of Medicine in 1957. Na deze studies deed hij een opleiding tot psychoanalyticus aan de Columbia Center for Psychoanalytic Training and Research. Tijdens deze studies bleek Spitzer drie belangrijke eigenschappen te bezitten die zijn verdere carrière sterk zouden beïnvloeden: een enorme werkijsver die zich vertaalde in een aantal belangrijke publicaties tijdens het vervolmaken van zijn opleiding, een hang naar wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie opgevat als systematische analyse en een grote ambitie om zijn visie op het internationaal forum naar voor te brengen.

Na zijn studies combineerde Spitzer lesgeven in de psychoanalyse met een psychoanalytische praktijk en wetenschappelijk onderzoek in de psychoanalyse. Zijn voorkeur viel duidelijk op het laatste. Door een gelukkig toeval kwam hij in 1966 in contact met Ernest Gruenberg, de voorzitter van de DSM II task force. Hij toonde interesse in Spitzers kwaliteiten als wetenschapper en zo werd Spitzer betrokken in het uitwerken van de DSM II als consultant.

“Dr. Robert L. Spitzer, Director, Evaluation Unit, Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, served as Technical Consultant to the Committee and contributed importantly to the articulation of Committee consensus as it proceeded from one draft formulation to the next.”

(DSM II, 1968:x)

Vanaf 1974 werd Spitzer officieel voorzitter van de DSM III task force. Vanuit de Biometrics Research Unit stelde hij 25 comités samen die op een andere manier de diagnosticering en indeling van de psychiatrische aandoeningen zou ondernemen. Waar

## PDF Eraser Free

het in die tijd binnen psychoanalytische kringen voornamelijk over dynamische (onbewuste) processen ging, zag Spitzer het als zijn taak om diagnoses terug te baseren op manifeste symptomen en de wetenschappelijke evaluatie van deze door middel van statistische vergelijking. Met deze basisattitude sloot Spitzer aan bij de methodieken en filosofie van Archibald Cochrane in de zoektocht naar evidence.

Anders dan bij Cochrane echter kon deze task force zich niet op voorradig klinisch onderzoek of een afgelijnde methodologie baseren. Diagnosen zoals deze gesteld werden tot aan het uitwerken van de DSM III waren meestal gebaseerd op klinische expertise van de behandelende arts en niet op de klinische symptomen zoals deze voor elke onderzoeker verifieerbaar zijn als een teken van een onderliggende stoornis.

De leden van de comités werden 'dop's' genoemd, als afkorting voor 'data oriented people'. Het was hun taak zoveel mogelijk informatie omtrent een bepaalde stoornis samen te brengen en deze in de vergadering te bespreken. Deze vergaderingen waren vermoedelijk chaotisch te noemen waarbij iedereen door elkaar sprak en de luidste stemmen meestal het meeste gewicht in de schaal wierpen. (Spiegel, 2005) Spitzer nam notities en verwerkte de informatie dan in een volgens hem logisch systeem dat uiteindelijk tot de DSM III classificatie zou leiden. Vanuit deze optiek mag Spitzer dan ook verantwoordelijk gezien worden als de pionier van de objectivistische diagnostische benadering in de psychiatrie.

De eerste aanzet tot systematisering van de bekomen informatie vinden we in de Research Diagnostic Criteria (RDC) die Spitzer in 1975 uitwerkte. (Suvisaari, 2005) Deze vormde wat betreft de diagnose van psychose een combinatie van de Feighner Criteria (zie vorig deel Kraepelin) en het diagnostisch werk van Kurt Schneider. (1959)

- A. During an active phase of the illness at least two of the following are required for definite and one for probable diagnosis of schizophrenia:
1. Thought broadcasting, insertion, or withdrawal
  2. Delusions of being controlled or influenced, other bizarre delusions, or multiple delusions
  3. Somatic, grandiose, religious, nihilistic, or other delusions without persecutory or jealous content lasting at least one week
  4. Delusions of any type if accompanied by hallucinations of any type for at least one week
  5. Auditory hallucinations in which either a voice keeps up a running commentary on the subject's behaviors or thoughts as they occur, or two or more voices converse with each other.
  6. Non-affective verbal hallucinations spoken to the subject
  7. Hallucinations of any type throughout the day for several days or intermittently for at least one month
  8. Definite instances of marked formal thought disorder (as defined in this manual) accompanied by either blunted or inappropriate affect, delusions or hallucinations of any type, or grossly disorganized behavior.
- B. Signs of the illness have lasted at least two weeks from the onset of a noticeable change in the subject's usual condition.
- C. At no time during the active period of illness being considered has the subject met the full criteria for either probable or definite manic or depressive syndrome to such a degree that it was a prominent part of the illness.

RDC: Spitzer et al 1978

Hierbij valt op dat ten opzichte van de Feighner Criteria de duur van de psychotische symptomen als criterium sterk ingekort werd (van 6 maanden naar 2 weken) en dat sociaal en werkgerelateerd functioneren, leeftijd van uitbreken van de ziekte en familiegeschiedenis als criteria wegvallen. De exclusie van de bipolaire stoornis wordt behouden en de schizoaffectieve stoornis wordt in de verdere uitwerking ingevoerd als een soort 'tussencategorie' die het moet mogelijk maken om patiënten met een waarschijnlijke mengvorm van schizofrenie en bipolaire psychose in een categorie onder te brengen.

Met dit perspectief in het achterhoofd komen we tot de innovaties die door de hand van Spitzer in de DSM werden ingevoerd: operationele diagnostische criteria, een meer-assen systeem en een veronderstelde theoretische neutraliteit in de indeling.

## PDF Eraser Free

Zo komen we bij de DSM III diagnose van schizofrenie:

- A. At least one of the following during a phase of the illness:
1. Bizarre delusions, such as delusions of being controlled, thought broadcasting, thought insertion, or thought withdrawal.
  2. Somatic, grandiose, religious, nihilistic, or other delusions without persecutory or jealous content.
  3. Delusions with persecutory or jealous content if accompanied by hallucinations of any type.
  4. Auditory hallucinations in which either a voice keeps up a running commentary on the individual's behaviour or thoughts, or two or more voices converse with each other.
  5. Auditory hallucinations on several occasions with content of more than one or two words, having no apparent relation to depression or elation.
  6. Incoherence, marked loosening of associations, markedly illogical thinking, or marked poverty of content of speech if associated with at least one of the following:
    - (a) blunted, flat, or inappropriate affect
    - (b) delusions or hallucinations
    - (c) catatonic or other grossly disorganized behaviour
- B. Deterioration from a previous level of functioning in such areas as work, social relations, and self-care.
- C. Duration: Continuous signs of the illness for at least six months at some time during the person's life, with some signs of the illness at present. The six-month period must include an active phase during which there were symptoms from A, with or without a prodromal or residual phase.
- D. The full depressive or manic syndrome, if present, developed after any psychotic symptoms, or was brief in duration relative to the duration of the psychotic symptoms in A.
- E. Onset of prodromal or active phase of the illness before age 45.
- F. Not due to any organic mental disorder or mental retardation.

APA 1980

De duur werd weer verlengd naar 6 maanden en de idee van deteriorisatie werd terug opgenomen. De ziekte moet optreden voor de leeftijd van 45 jaar waarmee opnieuw de age at onset als criterium werd geïnccludeerd. Het moge duidelijk zijn dat we hiermee weer helemaal in de lijn van Kraepelin zitten en zijn idee van dementia praecox. Waar de DSM II Bleuleriaans was, krijgen we hier een vernauwing via de first rank symptomen van Schneider tot een welomlijnde dementia praecox diagnose. De 4 A's van Bleuler zijn nog wel aanwezig, maar van ondergeschikt belang. Wanen en hallucinaties vormen de hoofdcriteria om de diagnose te stellen, ingebed in een idee van vroegtijdige deteriorisatie.

## PDF Eraser Free

Naast de algehele diagnose schizofrenie worden de subtypes onderscheiden: gedesorganiseerd, katatoon, paranoïde, ongedifferentieerd en residueel. Ook hierin kunnen we de invloed van Kraepelin vaststellen. Waar er in de DSM II nog sprake was van het simpele en latente type worden deze in de nieuwe versie overboord gegooid. Dit betekent dat schizofrenie als psychotische stoornis manifeste tekens van psychose moet vertonen en een vermoeden van schizofrenie niet meer volstaat. Hiermee zijn we mijlenver verwijderd van de idee van reactietypen en therapeutische veronderstellingen die in het stellen van de diagnose van belang kunnen zijn.

Door het meerassensysteem (indeling in acuut aanwezige primaire symptomatologie (As I), achterliggende persoonlijkheidsstoornis (As II), somatische ziekten (As III), psychosociale en uitlokkende factoren (As IV)) werd het verder mogelijk om een verschil te maken tussen schizofrenie als aandoening en de persoonlijkheidsstoornis die ermee in verband zou kunnen staan. (schizoïde, schizotypale, paranoïde en borderline persoonlijkheidsstoornis) Deze aanpassing maakte het ogenschijnlijk mogelijk om komaf te maken met de oeverloze discussies of psychose nu een ziekte dan wel een persoonlijkheidskenmerk was. Afhankelijk van de beoogde therapeutische benadering kan een onderzoeker/clinicus zich meer toespitsen op de As I dan wel As II diagnose. Hierbij blijkt dat de As I diagnose in het meeste onderzoek naar psychose de voorkeur krijgt. De As II diagnose was en is nog te zeer gebaseerd op een langdurige opvolging en klinische expertise om voor kortdurend wetenschappelijk onderzoek in aanmerking te komen. As II diagnoses betreffen dan ook geen 'ziekte' of 'stoornis' en zijn bijgevolg minder toegankelijk voor onderzoek door een medisch wetenschappelijke bril bekeken.

Deze aanpassingen zijn niet zonder gevolgen voor de benadering van psychose als stoornis. Waar in de jaren '60 en '70 de diagnose schizofrenie in de USA nog altijd tot 20 keer meer gesteld werd dan in Europa (Leff, 1977) zien we dat dit waarschijnlijk sterk te wijten is aan een verschil in achtergrondtheorie die tot de diagnose leidt. In de USA was de idee meer in de lijn van Bleuler en de ruime diagnose, terwijl in Europa Kraepelin de hoofdtoon bleef voeren met zijn nauwe diagnose. De DSM III probeerde aan dit probleem tegemoet te komen door de interpretatie variantie tussen de diagnoses ongedaan te maken in het gebruik van duidelijk omliggende operationele criteria. Hoewel er over de criteria kan gediscussieerd worden, zijn deze nu schijnbaar losgekoppeld van een interpretatieve indruk. Zo zullen we het vanaf 1980 bij gebruik van de DSM III criteria over hetzelfde onderwerp hebben. Schizofrenen als blijvend psychotische individuen worden gekenmerkt door deze blijvende en manifeste psychotische symptomen die vroeg in het leven beginnen en tot een onvermijdelijke sociale, werkgerelateerde en persoonlijke achteruitgang leiden. Het isoleren van deze mensen zou ons dan beter in staat moeten stellen hun stoornis effectief en efficiënt te behandelen.

## PDF Eraser Free

Zo zien we naast de diagnose schizofrenie nog twee andere verwante diagnoses op As I vermeld, de schizofreniforme stoornis en de schizo-affectieve stoornis. Beide diagnoses vormen een bescherming tegen een gebrek aan lijnrechte classificatie. De schizofreniforme stoornis is identiek aan schizofrenie met dit verschil dat de duur van de stoornis niet aanwezig blijkt. Het lijkt op schizofrenie, maar is het alleen in vorm. Zoals gezegd is de schizo-affectieve stoornis een poging om de discussie over de dichotomie manisch depressieve stoornis/schizofrenie te beslechten met een compromis. Dit verklaart waarom er in de DSM III geen criteria zijn opgenomen voor de schizo-affectieve stoornis.

### 2.3.4 DSM IV

In de jaren '80 nam de impact van de DSM cultuur alleen maar toe. De betrouwbaarheidskwestie werd afgedaan als een fait divers, zelfs als onbestaande. Zo schreef de voorvechter van het neokraepeliniaans denken: "The reliability problem has now been solved." (Klerman, 1986)

Binnen de DSM task force bleef er echter wel aandacht voor dit probleem en werd besloten om een nieuwe versie van de DSM uit te werken die meer betrouwbaar zou zijn door middel van een consensus gedragen diagnostisch systeem. Waar we tussen de DSM II en III over een duidelijke breuklijn kunnen spreken, is de DSM IV echter als een verfijning van de DSM III ideologie te typeren. Allen Frances (reeds betrokken in het uitwerken van de DSM III en III-R) werd aangewezen als voorzitter ondanks het lobby werk van Spitzer om toch de controle over het DSM proces te behouden. Spitzer werd aangeduid als consultant.

Frances ondernam een poging om het proces van aanpassing van de 'diagnostische bijbel' meer transparant en wetenschappelijk gefundeerd te maken. Zo zien we in de voorbereiding van de DSM IV een toename van het in rekening brengen van systematische reviews van de literatuur in combinatie met testing in het werkveld van de DSM diagnoses (field trials). Frances stond een drietrapsmodel voor waarbij de onderzoeker in eerste instantie een review ondernam van de relevante literatuur. De volgende stap was een wetenschappelijke analyse welke criteria voor aanpassing in aanmerking kwamen om in derde instantie tot klinische veldstudies te komen waarin deze criteria werden toegepast. Hiertoe werden gestandaardiseerde en gestructureerde interview uitgewerkt waardoor de interpretatieve bias tot een minimum beperkt zou moeten blijven. Waar de DSM III met andere woorden mag gezien worden als een paradigma shift, is de DSM IV op te vatten als de verdere uitwerking van deze sprong in

## PDF Eraser Free

de hoop de betrouwbaarheid te verhogen.<sup>33</sup> Deze methode werd aangeduid als “progressive conservatism” (Andreasen, 1994)

De onderneming van de DSM naar betrouwbaarheid toe blijkt vruchteloos (Kutchins en Kirk, 1997) De betrouwbaarheidsschalen en vooral de interbeoordelaar-betrouwbaarheid bleken “not that different from those statistics achieved in the 1950s and 1960s –and in some cases even worse” (Spiegel, 2005) Hieruit kunnen we veronderstellen dat de betrouwbaarheid eerder een na te streven ideaal is dan een proefondervindelijk wetenschappelijke vaststelling.<sup>34</sup> Ze is in elk geval niet gebaseerd op wetenschappelijke evidenties bekomen uit de EBM methodologie.

---

<sup>33</sup> “Indeed, there has been only 1 paradigm shift in psychiatric diagnosis in the past 100 years—the DSM-III introduction in 1980 of operational criteria sets and the multiaxial system. With these methodological advances, DSM-III rescued psychiatric diagnosis from unreliability and the oblivion of irrelevancy. In the subsequent evolution of descriptive diagnosis, DSM-III-R and DSM-IV were really no more than footnotes to DSM-III and, at best, DSM-V could only hope to join them in making a modest contribution. Descriptive diagnosis is simply not equipped to carry us much further than it already has. The real paradigm shift will require an increase in our knowledge—not just a “rearrangement of the furniture” of the various descriptive possibilities.” (Frances, 2009: 2)

<sup>34</sup> “To my way of thinking, the reliability of the DSM—although improved—has been oversold by some people,” Allen Frances says. “From a cultural standpoint, reliability was a way of authenticating the DSM as a radical innovation.” He adds, “In a vacuum, to create criteria that were based on accepted wisdom as a first stab was fine, as long as you didn’t take it too seriously. The processes that happened were very limited, but they were valuable in their context. And Frances believes that both psychiatry and the public have benefitted in a less tangible way from the collective fantasy that the DSM was a genuine scientific tool. “In my view, if I had been doing the DSM-III it would never have been as famous a document, because I’m a skeptic,” he says. “But it was good for the world at large. Good for psychiatry, good for patients. Good for everyone at that point in time to have someone whose view may have been more simpleminded than the world really is. A more complex view of life at that point would have resulted in a ho-hum ‘We have this book and maybe it will be useful in our field.’ The revolution came not just from the material itself, from the substance of it, but from the passion with which it was introduced.”

(Frances, 2005 <http://archives.newyorker.com/?iid=15180&startpage=page0000065#folio=CV1>)



De DSM IV leverde volgende aanpassingen op voor de diagnose schizofrenie:

**A. Characteristic symptoms:** Two or more of the following, each present for a significant portion of time during a 1-month period (or less if successfully treated):

1. Delusions
2. Hallucinations
3. Disorganized speech
4. Grossly disorganized or catatonic behaviour
5. Negative symptoms

Only one Criterion A symptom is required if delusions are bizarre or hallucinations consist of a voice keeping up a running commentary on the person's behaviour or thoughts, or two or more voices are conversing with each other.

**B. Social/occupational dysfunction:** for a significant portion of the time since the onset of the disturbance, one or more major areas of functioning such as work, interpersonal relations, or self-care are markedly below the level achieved prior to the onset (or, when the onset is in childhood or adolescence, failure to achieve the expected level).

**C. Duration:** Continuous signs of the disturbance persist for at least 6 months, of which at least one month should be of symptoms that meet Criterion A. The 6 months may include periods of prodromal and residual symptoms.

**D. Schizoaffective and mood disorder exclusion:** Schizoaffective disorder and mood disorder with psychotic features have been ruled out because either no major depressive, manic, or mixed episodes have occurred concurrently with the active-phase symptoms, or if mood episodes have occurred during active-phase symptoms, their total duration has been brief relative to the active and residual periods.

**E. Substance/general medical condition exclusion:** The disturbance is not due to the direct physiological effects of a substance or a general medical condition.

**F. Relationship to a pervasive developmental disorder:** if there is a history of autistic disorder or another pervasive developmental disorder, the additional diagnosis of schizophrenia is made only if prominent delusions or hallucinations are also present for at least a month (or less if successfully treated)

APA, 1994

Schizofrenie wordt gezien als een stoornis bestaande uit positieve, negatieve en 'gedesorganiseerde' symptomen. (Criterion A) Deze vormen de kern van de stoornis naar diagnose toe. De cut-off score voor deze karakteristieke symptomen werd op 2 of meer vastgelegd zonder rationalisatie van deze cutoff. (Verhaeghe, 2008) De duur van deze symptomen werd verlengd van 1 week naar 1 maand. Daarnaast wordt voor de eerste keer expliciet het onderscheid gemaakt met de autistische stoornis.

## PDF Eraser Free

De subtypes van schizofrenie blijven behouden, maar worden in een hiërarchisch verband geplaatst (Suvisaari, 2005). Centraal is het katatone type. Als er geen sprake is van katatonie in de symptomen komen we tot het gedesorganiseerde type waarbij desorganisatie in taal en gedrag of afgevlakt en onaangepast affect op de voorgrond staat. Blijkt dit niet het geval spreken we over het paranoïde type met een duidelijke preoccupatie voor wanen en hallucinaties zonder klaarblijkelijke desorganisatie in het denken, voelen en gedragen. Een mengvorm van deze drie zonder diagnostisch uitsluitsel vormt dan het ongedifferentieerde type. Tenslotte kunnen we bij veronderstelling van een blijvende schizofrene stoornis zonder symptomen na de acute fase spreken van het residuele type.

De indeling in positieve en negatieve symptomen werd eerst gemaakt door de Engelse neuroloog Hughlings Jackson (1835-1911) in relatie tot het neurologisch motorisch functioneren. Deze neuroloog is vooral gekend voor zijn onderzoek naar epilepsie en niet specifiek in de psychotische stoornissen. (Berrios, 2001)

Daarnaast heeft hij een hiërarchische indeling ingevoerd in het centraal zenuwstelsel wat betreft motorische controle in een lager, middel en hoger functionerend gedeelte. Hij zag deze indeling binnen een evolutionair patroon waarbij de lagere functies uit de hogere emergeerden binnen de fylogenetische ontwikkeling van de soorten. De lagere motorische functies zijn te situeren in het meest primitieve deel van de hersenen en controleren de vegetatieve functies. De middelfuncties zijn te lokaliseren in de motorische cortex en in de motorische subcorticale structuren. De hogere functies zijn dan weer gelegen in de prefrontale cortex. (Berrios, 1985)

Uit de interacties tussen deze drie niveau's en de motorische pathologie bij epilepsie werd het voor Hughlings Jackson duidelijk dat de hogere functies de lagere reguleren en vooral inhiberen. Stoornissen in de hogere functies zorgen ervoor dat de lagere functies te sterk afgeremd worden, terwijl een stoornis in de lagere functies dan weer voor een gebrek aan inhibitie zorgden. (Berrios, in Marneros et al, 1992) Dit vertaalt zich dan in de positieve en negatieve symptomen, waarbij er in het ene geval iets bijkomt ten aanzien van het normale functioneren, in het andere geval iets wegvalt. Wanen, hallucinaties en desorganisatie in het spreken en gedrag zijn positieve symptomen terwijl affectvervlakking, mutisme en anhedonie dan weer negatieve symptomen zijn.

Deze opdeling leidde bij de toepassing op de schizofrene stoornis tot een andersoortige opdeling afhankelijk van de pathologische symptomen die op de voorgrond stonden: positieve schizofrenie, negatieve schizofrenie en een gemengd type. (Andreasen et al, 1990) Uit deze dichotomie blijkt dat positieve schizofrenie patiënten beduidend beter functioneerden dan de negatieve schizofrenie patiënten. Negatieve schizofrenie werd gekenmerkt door een minder premorbied functioneren, een sluipende aanloop tot de ziekte, intellectuele achteruitgang en een negatieve prognose naar herstel. (Andreasen en Olsen, 1982)

## PDF Eraser Free

De koppeling van de positieve en negatieve symptomen aan veronderstelde verstoringen in het functioneren van de hersenen heeft er dan weer voor gezorgd dat de onderliggende neuropathologie van schizofrenie verder opgedeeld werd in twee onderverdelingen (stoornissen in het corticaal systeem en stoornissen in het subcorticaal systeem). Hoewel de etiologie gemeenschappelijk gelabeld werd, waren er duidelijk verschillen wat betreft psychopathologische manifestatie.

Een factor analyse van de symptomatologie van schizofrene symptomen wees echter uit dat een driedeling in clusters meer aangewezen was: een positieve, negatieve en een gedesorganiseerde cluster (Adreasen en Olsen, 1982) Deze gedesorganiseerde cluster wordt vastgesteld aan de hand van de aanwezigheid van chaotische uitingen van affect, gedrag en taal. Kortweg gezegd zijn positieve symptomen een teken van een gebrek aan inhibitie of een teveel aan excitatie, negatieve van een teveel aan inhibitie of een tekort aan excitatie en gedesorganiseerde symptomen van een pathologisch functioneren van de inhibitie op zich.

Al deze karakteristieken vinden we terug in de DSM IV voor schizofrenie en in de opdeling van de subtypes (met als voornaamste polariteit het gedesorganiseerde en het paranoïde subtype). Dit creëerde de hoop dat verfijning van het hersenonderzoek en betere statistische verwerking van de symptoomgroepen ons zou kunnen toelaten binnen de schizofrenie groep een betere differentiatie te maken die uiteindelijk de neurofysiologische pathologie van schizofrenie op symptomatische basis in kaart brengt.

Dit blijkt niet het geval. Zo is het moeilijk om een onderscheid te maken tussen negatieve symptomen en depressieve symptomen. De positieve symptomen komen al dan niet gecombineerd met negatieve symptomen ook voor in andere mentale stoornissen. (Maziade et al, 1995; Johnstone en Frith, 1996) Positieve symptomen komen veelvuldig voor in de 'normale' populatie (Johns en van Os, 2001) Verder is de associatie tussen de negatieve/ gedesorganiseerde symptomen en slechte prognose qua ziekteverloop niet gekoppeld aan de diagnose schizofrenie op zich, maar wel aan het onderliggend verband tussen deze soort van symptomen en neuropathologische achteruitgang. (Rotakonda et al, 1998) Bij het maken van deze combinatie spreken we misschien over een andersoortige pathofysiologische toestand die niet aan schizofrenie op zich verbonden is.

We kunnen bijgevolg niet spreken over positieve, negatieve en gedesorganiseerde symptomen als exclusieve tekens van een schizofrene pathologie op zich. Het invoeren van een dimensioneel beeld wat betreft symptomatologie in plaats van een categorisch kader zou volgens veel neurowetenschappers dan ook beter aansluiten bij de data zoals deze uit het onderzoek naar voor komen. (Van Os, 2009)

Samenvattend kunnen we stellen dat de DSM IV diagnose Schizofrenie (295.XX) niet toelaat een categorisch onderscheid te maken tussen verschillende vermoedelijke

## PDF Eraser Free

pathologieën. Zowel de aanwezigheid van positieve, negatieve, gedesorganiseerde symptomen als het neerwaarts verloop in psychosociale dysfunctioneren in het ziekteproces zijn geen tekens van een af te lijnen stoornis.

Als psychose bijgevolg een realiteitsstoornis is en schizofrene patiënten als chronisch psychotisch kwetsbare groep blijvend met de realiteitseisen worstelen, dan baat het niet alleen deze realiteitsstoornissen (positief, negatief en chaotisch) aan te duiden om tot een diagnose schizofrenie te komen. De aard, de inhoud en de vorm van de realiteitsstoornis moeten minstens in rekening gebracht worden ten einde een betrouwbaar en valide diagnose op punt te stellen. In geen enkele versie van de DSM wordt aangegeven welke specifieke inhoud positieve of negatieve symptomen hebben. Alleen de aanwezigheid van deze afwijkingen van de realiteitstoetsing worden aangegeven als symptoom. Of deze wanen en hallucinaties logisch in elkaar zitten of niet doet er niet echt toe, tenzij in het diagnosticeren van de subtypes (paranoïde en gedesorganiseerde schizofrenie)

Schizofrenie als stoornis bestaat uit een bijzonder heterogene groep van symptomen. Het toespitsen op de aanwezigheid van bepaalde symptomen en deze groep te reduceren tot deze simultane aanwezigheid levert geen betere resultaten naar diagnosticering, therapeutische interventies of wetenschappelijke verklaringen modellen. Alleen een niet reductionistische analyse van de samenhang van de symptomen kan op dit gebied meer perspectief bieden.

Uit deze commentaren mag duidelijk zijn dat de diagnose schizofrenie geen valide diagnostisch criterium is. Ze is niet gebaseerd op neurowetenschappelijk onderzoek, statistische analyse of klinische observatie waar er consensus rond bestaat. Ze lijkt eerder te getuigen van conglomeraat van verschillende psychiatrische opinies omtrent een nog verder af te bakenen pathologie.

Dit zet enkele critici aan om de diagnose schizofrenie volledig te schrappen en te vervangen door een meer gefundeerde term met bijbehorende definitie. In Japan bijvoorbeeld werd in 2002 de diagnose schizofrenie “*Seishin Bunretsu Byo*” veranderd in de nieuwe term integratiestoornis “*Togo Shitcho Sho*”. (Sato, 2006) Ander voorstel is ‘*Saliency Syndrome*’ (Van Os, 2009) Deze naamsverandering zal echter niets veranderen aan de onderliggende problematiek naar diagnose. Onze verwachting is dat we de term nog een hele tijd zullen meenemen doorheen de verschillende versies van de DSM.

### 2.3.5 DSM 5

Om aan de kritieken tegemoet te komen werd reeds in 1999 de beslissing genomen om een nieuwe versie van de DSM uit te werken. Deze aanzet werd in 2006 geformaliseerd door David Kupfer als voorzitter en Darrel Regier als vice-voorzitter aan te duiden. De

## PDF Eraser Free

ambities van deze nieuwe task force zijn groot. Zo laten ze het progressief conservatisme van de vorige voorzitter varen en trekken voluit de kaart van de wetenschappelijke innovatie. De doelen zijn drieledig:

- internationale samenwerking en consensus stimuleren omtrent het diagnostisch systeem door het in overeenstemming te brengen met de ICD-11,
- een wetenschappelijk onderzoek ondernemen naar de tekorten in de DSM IV ten einde deze bij te stellen
- het ontwikkelen van criteria faciliteren die onderzoekers moeten toelaten om in toekomstig onderzoek de etiologie en de pathofysiologie van mentale stoornissen te ontdekken. (Regier, 2007)

Vooraf dit laatste punt getuigt van ambitie. Hoewel de vorige DSM versies als betrouwbaar worden aangeduid, wil de DSM 5 deze koppelen aan een hernieuwde focus op de validiteit van diagnoses. Verder worden drie principes toegepast:

- de veranderingen moeten de klinische bruikbaarheid optimaliseren,
- ondersteund worden door onderzoeks'evidence' en
- de continuïteit met vorige edities moet bewaakt worden.

De belangrijkste innovatie om deze doelstellingen te bereiken, zal de (her)introduktie zijn van een dimensionele visie binnen het categorisch systeem. (Regier, 2007) Hoewel deze wel aanwezig was in vorige edities wat betreft ernst van de stoornis en de inschatting van het globaal functioneren (in de DSM IV onder As V: GAF (Global Assessment of Functioning) score) zou deze nu in de As I diagnoses zelf toegepast worden.

“Cutting across all these superordinate topics is a mounting sense of the timeliness of incorporating dimensional approaches into our current categorical systems of diagnosis and classification. Long a topic of interest in the Axis II category of personality disorders, the question of dimensional approaches now has permeated thinking of traditional Axis I disorders. Indeed, the relevance of dimensional approaches to all mental disorder diagnoses and to promising endophenotypes of disorders prompted the addition of a workgroup/conference to focus on how dimensional constructs might be added to the classification in its entirety.”

(Regier, 2007: 2)

Deze opzet kan op veel kritieken en polemische discussies rekenen, niet in het minste tussen de twee vorige voorzitters, Frances en Spitzer, enerzijds en de nieuwe voorzitters, Kupfer en Regier, anderzijds. (2009)

## PDF Eraser Free

“If the potential gains of DSM-V are extremely modest, the potential risks are great and largely unrecognized. Making changes in the diagnostic system is never cheap. Just as with an individual patient, the first consideration in revising the diagnostic classification must always be to “do no harm”—and the harm inflicted by changes in the DSM diagnostic system can come in many, and usually unexpected, forms. [...]Any “innovations” made in DSM-V should be clear and proven winners or they will not be worth the high overhead cost inherent in any change.”

(Frances, 2009: 2-3)

tegenover

“A key difference in the DSM-V process versus the DSM-IV process is that our focus is not on keeping things as they are but instead on determining what is working with the current DSM, what is not working, and determining how to correct what is not working.”

(Schatzberg et al, 2009: 2)

Kern van het debat centreert zich rond een vermeende breuklijn tussen de methodologische opzet naar onderzoek tussen DSM IV en DSM 5. Het includeren van wetenschappelijk biologisch onderzoek is nog niet ver genoeg gevorderd om in het stellen van diagnoses een significante rol te spelen. Getuige hiervan is dat er tot hier toe voor geen enkele mentale stoornis een biologische test of marker bestaat die deze onomstootbaar aantoont. De huidige stand van het neurowetenschappelijk onderzoek is nog niet in staat mentale pathologieën afdoende aan te tonen, laat staan te differentiëren. Het blijft binnen de huidige opzet bij verkennend onderzoek.

Daarnaast brengt het invoeren van een dimensionele visie ook risico's met zich mee. Het brengt namelijk het spook van 'subjectieve' klinische inschatting met zich mee. Als er niet meer aan een bepaald aantal criteria moet beantwoord worden om van een stoornis te spreken, is het aan de beoordelaar om vanuit zijn persoonlijke visie de ernst en gradatie van de stoornis in te schatten. Een tweede gevaar zijn het verschijnen van 'vals positieven'. Als een patiënt volgens de beoordelaar waarschijnlijk hoog scoort op een bepaalde schaal, dan kan hij ten onrechte de diagnose aangesmeerd krijgen, hoewel hij of zij misschien zelf deze symptomen niet als zo ernstig erkent. Het omgekeerde geldt ook, waarbij een patiënt zich om bepaalde redenen 'zieker' voordoet dan hij werkelijk is. Het is dan ook in dit geval aan de beoordelaar om de betrouwbaarheid van zijn oordeel in te schatten. Vanaf welke drempelwaarde spreken we over een stoornis?

Het derde gevaar is het overinclusieve karakter van een dimensionele visie. Iedere mens heeft bepaalde 'eigenaardigheden'. Waar de DSM steeds werd beschuldigd van het overpathologiseren van menselijke gedragingen, ziet men dit gevaar alleen maar toenemen als een dimensioneel kader gehanteerd wordt. Een laatste gevaar betreft het

## PDF Eraser Free

tijdsverloop van een stoornis. Vanaf welk punt verandert een probleem in een stoornis en vanaf welk punt verandert een stoornis weer in een probleem?

Dit spanningsveld in (klinische) dimensionele opinie maakt het relationele aspect van diagnosticering weer tot een kritisch veld. Het gaat er bijgevolg niet alleen om of een klinische/wetenschappelijke beoordelaar een bepaald symptoom als mild/gemiddeld/ernstig inschat, ook de patiënt in kwestie heeft zijn inbreng in de zaak door middel van het contact met de beoordelaar in kwestie, eventueel bemiddeld door een psychologische test. Geen enkele test zal echter in staat zijn dit inschattingsvermogen volledig van de kaart te vegen. Dit zal in de praktijk tot een infuus van subjectieve invloeden leiden.

In het hervormen van de groep 'schizofrenie en aanverwante psychosen' werd gekozen voor een brede visie.

“The conference agenda reflected continuing interest in the range of phenomenological manifestations that historically have represented our grasp of psychosis; these include, but are not limited to, disorganized thought, primary negative symptoms, avolition/restricted affect, positive symptoms, and culture-specific manifestations of psychosis.”

(Regier, 2007: 2)

Anders dan bij de DSM IV werd gekozen om deze symptomen voor alle psychotische stoornissen in rekening te brengen op dimensionale schalen. Op deze manier hoopt men zowel de kenmerkende overlap en verschillen tussen de onderscheiden psychotische stoornissen beter in kaart te brengen.

Deze dimensies zijn

- 1 Hallucinations
- 2 Delusions
- 3 Disorganisation
- 4 Abnormal Psychomotor Behavior
- 5 Restricted Emotional Expression
- 6 Avolition
- 7 Impaired Cognition
- 8 Depression
- 9 Mania.

Op een schaal van 0 tot 4 (0 not present, 1 equivocal, 2 present but mild, 3 present and moderate, 4 present and severe) wordt aan elk van deze dimensies een score verleend. Zo zal hopelijk blijken dat de grote groep schizofrenie uit verschillende deelgroepen bestaat waarbij de nadruk meer op bepaalde dimensies ligt dan op andere.

## PDF Eraser Free

Het verschil zal gemaakt worden op basis van de ernst van deze 9 symptoomclusters en de impact die deze verhoudingen geeft op het functioneren van de patiënt. Ook de al te strikte dichotomie tussen bipolaire stoornis en schizofrenie hoopt men zo verder uit te klaren.

Wat betreft wanen en hallucinaties werd overwogen om deze in één dimensie onder te brengen omdat het allebei realiteitsstoornissen betreft. Hier werd van afgezien omdat het klinisch belangrijk kan zijn een verschil te maken tussen wanen en hallucinaties. Deze vragen een andere therapeutische benadering. (Addington and Mancuso 2009; Velligan 2009). De negatieve symptomen worden in twee gesplitst in Flat Affect/Diminished Expression en Avolition/Asociality/Anhedonia Deze twee clusters van symptomen werden aangetroffen bij alle psychotische stoornissen, schizofreniespectrumstoornissen en deficietsyndroom patiënten, zowel bij patiënten met als zonder medicatie en zowel in de beginperiode van de psychotische aandoening als in het chronisch proces.



### DSM 5 Schizophrenia

A. Characteristic symptoms: Two (or more) of the following, each present for a significant portion of time during a 1-month period (or less if successfully treated). **At least one of these should include 1-3**

1. Delusions
2. Hallucinations
3. Disorganized speech
4. Catatonia
5. Negative symptoms, i.e., restricted affect or avolition/asociality

B. Social/occupational dysfunction: For a significant portion of the time since the onset of the disturbance, one or more major areas of functioning such as work, interpersonal relations, or self-care are markedly below the level achieved prior to the onset (or when the onset is in childhood or adolescence, failure to achieve expected level of interpersonal, academic, or occupational achievement).

C. Duration: Continuous signs of the disturbance persist for at least 6 months. This 6-month period must include at least 1 month of symptoms (or less if successfully treated) that meet Criterion A (i.e., active-phase symptoms) and may include periods of prodromal or residual symptoms. During these prodromal or residual periods, the signs of the disturbance may be manifested by only negative symptoms or two or more symptoms listed in Criterion A present in an attenuated form (e.g., odd beliefs, unusual perceptual experiences).

D. Schizoaffective and Mood Disorder exclusion: Schizoaffective Disorder and Mood Disorder With Psychotic Features have been ruled out because either (1) no Major Depressive, Manic, or Mixed Episodes have occurred concurrently with the active-phase symptoms; or (2) if mood episodes have occurred during active-phase symptoms, their total duration has been brief relative to the duration of the active and residual periods.

E. Substance/general medical condition exclusion: The disturbance is not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or a general medical condition.

F. Relationship to a Pervasive Developmental Disorder: If there is a history of Autistic Disorder or another Pervasive Developmental Disorder, the additional diagnosis of Schizophrenia is made only if prominent delusions or hallucinations are also present for at least a month (or less if successfully treated).

APA, 2013

Buiten het verschijnen van een specifieke *catatonia marker* verschilt deze diagnose op het eerste zicht niet veel van de DSM IV. Er schuilt echter een bijzonder belangrijke verschuiving naar realiteitstoetsing als kenmerkend symptoom. De DSM 5 zal tot schizofrenie beslissen als er minstens wanen, hallucinaties of gedesorganiseerde spraak aanwezig zijn, zonder uitspraak te doen over de Schneideriaanse eerste rang

## PDF Eraser Free

symptomen.<sup>35</sup> De *aanwezigheid* van de realiteitsstoornis schuift met andere woorden weer prominent naar de voorgrond zonder deze specifiek in te vullen. Hoewel ze in het dimensioneel beeld voor alle psychotische aandoeningen aanwezig zou kunnen zijn in een bepaalde mate, is ze bij schizofrenie een karakteristiek criterium. Het verschil met de Waanstoornis (297.1) wordt net als in DSM IV gemaakt op basis van het niet beantwoorden aan de algehele criteria van schizofrenie.<sup>36</sup> Er wordt niet gespecificeerd wat het verschil dan wel moge zijn tussen bizarre en niet bizarre wanen. Opnieuw zal het aan de beoordelaar zijn om de graad van excentriciteit in te schatten.

De subtypes van schizofrenie (paranoia, gedesorganiseerd, catatoon, ongedifferentieerd, en residueel) zullen uit de DSM5 verdwijnen. De nadruk zal liggen op schizofrenie als een verzamelterm van chronisch psychotische stoornissen waarbij de dimensies subtypes kunnen onderscheiden. In het verdwijnen van de polariteit paranoïde-gedesorganiseerd neemt de DSM5 afstand van het onderscheid gestructureerde psychose versus chaotische psychose. Opnieuw blijkt de aanwezigheid van een logica in de waanstructuur van geen tel meer te zijn in het diagnosticeren van psychose als realiteitsstoornis. De oude diversifiëring paranoia- paranoïde schizofrenie-schizofrenie wordt aan de kant geschoven.

---

<sup>35</sup> “the first change is the elimination of the special attribution of bizarre delusions and Schneiderian first-rank auditory hallucinations (e.g., two or more voices conversing). In DSM-IV, only one such symptom was needed to meet the diagnostic requirement for Criterion A, instead of two of the other listed symptoms. This special attribution was removed due to the nonspecificity of Schneiderian symptoms and the poor reliability in distinguishing bizarre from nonbizarre delusions. “Therefore, in DSM-5, two Criterion A symptoms are required for any diagnosis of schizophrenia.”

<sup>36</sup> “Mirroring the change in the schizophrenia diagnostic criteria, delusions in delusion disorder are no longer required to be of the “non-bizarre” type. A person can now be diagnosed with delusional disorder with bizarre delusions, via a new specifier in the DSM-5. So how does a clinician make a differential diagnosis from other disorders, such as body dysmorphic disorder or obsessive-compulsive disorder? Easy — through a new exclusion criterion for delusional disorder, which states that the symptoms “must not be better explained by conditions such as obsessive-compulsive or body dysmorphic disorder with absent insight/delusional beliefs.”

### 2.4 De onmogelijke epistemologie: psychose als weerstand tegen reductie

Het statuut van het al dan niet psychotisch zijn blijkt opnieuw af te hangen van het feit of je realiteitsgestoord bent en niet meer over de manier *waarop* je realiteitsgestoord bent. Het lijkt of we terug naar af zijn in het honderdjarige dementia praecox/schizofrenie debat. Psychotisch is hij of zij die zich voor een langere of kortere periode gedraagt/denkt/voelt op een manier die schijnbaar los geraakt van een gedeelde visie op wat een ervaring van de realiteit zou zijn en dit op cognitief, conatief, affectief, gedragsmatig niveau. Om natuurlijk tot een diagnose van schizofrenie te komen, moet je wel waanzinnig zijn (criterion A van de DSM 5), maar in de dimensies zou er dan ruimte zijn om een inschatting te maken van de ernst van de waanzinnige ontregeling. In acht dimensies op een vier punten schaal kunnen we beschrijven hoe hard het waanzinnig zijn doordringt tot in de wortels van het subject.

Centraal in deze discussie is het statuut van psychose als *ziekte*. Een ziekte is een schadelijke afwijking van de normale psychische of fysieke toestand. Deze ziekte kent een etiologie (oorzaak) en een pathogenese (verloop). Tegenover de idee van een ziekte staat ook weer steeds dat er een mogelijke *genezing* aanwezig zou zijn die dan een herstel van het verloren evenwicht impliceert.

Als een psychose een ziekte is, zou er een *agens* moeten bestaan die ten grondslag ligt aan de ziekte. Eens we die agens hebben ontdekt, zou therapie erin moeten bestaan die agens weg te nemen of gezonder te maken, ten einde de algehele staat van welbevinden te herstellen. Maar psychose is niet te herleiden tot een proces in de hersenen, een genetische combinatie of een stofwisselingsprobleem. Het centrale probleem van het (neo)Kraepeliniaans denken, van de *Evidence Based Psychiatry* en van de *DSM* ligt in het feit dat voor deze drie benaderingen psychose als realiteitsstoornis een ziekte is die als een ziekte kan beschouwd worden. Jim van Os, de Nederlandse psychiater/ epidemioloog en onderdeel van de DSM 5 research group voor psychose, stelt in een recent interview dat deze kijk getuigt van een Zeventiende Eeuwse benadering van ziekte.<sup>37</sup> Geen enkel van

---

<sup>37</sup> "Dat is hét grote probleem van de psychiatrie. Er worden geen oorzakelijke diagnoses gesteld - niet zoals een sputumkweek bij tuberculose. Eigenlijk is het een soort zeventiende-eeuwse geneeskunde: je hebt koorts, of koorts met bloedplassen. Op dat niveau zitten we in de psychiatrie. We hebben nog geen enkele test, voor geen enkel psychiatrisch ziektebeeld. Omdat we het brein niet begrijpen. Gedachten en gevoelens kunnen we niet een op een herleiden tot moleculaire processen, genen verklaren heel weinig. Terwijl de DSM dat wel suggereert: dat er echte ziekten in staan, die te herleiden zijn tot echte processen in het brein." (Van Os, 2013)

## PDF Eraser Free

de besproken objectivistische benaderingen slaagt erin om de causale agens bloot te leggen die ten grondslag zou liggen aan de psychotische stoornis.

Sommige wetenschappers, journalisten en filosofen zien dit als een grote teleurstelling. Ze vinden hierin het bewijs dat de wetenschappelijke benadering opnieuw gefaald heeft om een duidelijk afgelijnde definitie te geven van wat psychose of eender welke andere mentale pathologie dan wel zou zijn. Dit doet de vrees voor over- of onderdiagnosticeren alleen maar toenemen, aangezien het steeds gissen blijft zonder wetenschappelijke fundering.<sup>38</sup> (Frances, 2013)

Ik zie echter een bijzondere uitdaging in deze mislukking. Ondanks het feit dat er al miljarden dollars en euro's zijn gekropen in het onderzoek naar mentale pathologie heeft tot nog toe niemand hét causaal object gevonden in eender welke psychiatrische pathologie. In de vraag naar psychose als realiteitsstoornis kunnen we opperen dat het inderdaad een realiteitsstoornis is, maar niet verklaren waarom de psychose zich voordoet onder deze of gene vorm. Wat is een waan? Wat is een hallucinatie? En hoe is het om deze te ervaren in contact met de intrasubjectieve en intersubjectieve realiteit? Hebben we dus werkelijk niets geleerd ruwweg honderd jaar na de geboorte van de Moderne psychiatrie? Stellig wel.

1. Het huidige onderzoek gaat meer en meer weg van een objectivistisch onderzoek dat zich richt op de symptomatologie naar een meer proces gerichte analyse die zich richt op de structurele componenten en hun complexe interacties. Buiten het feit dat de subjectieve valentie en beleving nu terug meer aandacht krijgt, kunnen we ook stellen dat de technische vooruitgang in de medische beeldvorming hierin een rol speelt. Waar we in de jaren '90 al blij mochten zijn als we een zeer rudimentaire mentale taak in verband brachten met een gemeten

---

<http://www.trouw.nl/tr/nl/5009/Archief/archief/article/detail/3383498/2013/01/26/Angst-depressie-psychose---klaar.dhtml>

<sup>38</sup> "Als je een etiketteringsindustrie begint, moeten de etiketten wetenschappelijk wel te verantwoorden zijn. En het moet duidelijk zijn wat ze betekenen voor behandeling en prognose. Een DSM-label zegt daar eigenlijk heel weinig over, dus in die zin geven ze patiënten weinig houvast. Antidepressiva worden bij depressies en bij allerlei andere aandoeningen voorgeschreven, dwars door de DSM heen. Dat geldt voor vrijwel alle behandelingen in de psychiatrie.[...] Hij [de DSM] is bedoeld voor psychiaters en klinisch psychologen die een zorgbehoefte willen classificeren, en daar is hij veilig. Maar huisartsen en andere hulpverleners gebruiken zoiets soms meer als een kookboek. Daardoor krijgen mensen met relatief milde klachten soms zware DSM-diagnoses opgeplakt - inclusief de behandelingen die eigenlijk bedoeld zijn voor vergevorderde psychiatrische ziektebeelden. De criteria zijn zo flexibel, je kunt iemand altijd wel iets op zijn hoofd plakken. Tachtig procent van de antidepressiva wordt voorgeschreven door huisartsen. Voor Ritalin geldt iets soortgelijks: zestig procent van de recepten wordt niet door kinderpsychiaters maar door andere hulpverleners voorgeschreven." Van Os, 2013 *ibid.*; eigen aanvulling tussen haken)

## PDF Eraser Free

hersenenfenomeen (het uitspreken van een woord bijvoorbeeld en het oplichten van een deeltje van de hersenen in de scanner), zijn de zaken nu veel verfijnder. Stilaan wordt het hersenonderzoek zo fijn dat de neurowetenschappers niet meer kunnen bevatten wat ze nu eigenlijk zien in de scanresultaten. Het ontbreekt hen dan ook meestal aan een metatheorie die verklarend zou kunnen zijn waarom een zone die met taal te maken schijnt te hebben, ook oplicht bij seksuele opwinding, het maken van keuzes in een deeltaak en in de differentiatie van kleuren (zie hoofdstuk 4). We moeten ons meer en meer de vraag stellen waar we naar kijken als we een bepaald fenomeen in de hersenen zien gebeuren.

2. Ondanks het feit dat de naam voor *schizofrenie* niet veranderd is in de DSM 5, is het debat duidelijk geopend. Jim van Os stelde voor zoals hoger vermeld om de naam te veranderen in '*saliency syndrome*' of '*saliency dysregulation syndrome*'. (Van Os, 2009) Deze term vertalen als 'salliantie syndroom' lijkt me geen goede keuze. 'Opvallendheidssyndroom' of zelfs 'sappigheidssyndroom' lijken betere pistes. Het gaat in een staat van psychose om de opvallendheid van bepaalde externe objecten of interne representaties. Zo kan psychose volgens Shitji Kapur, de bedenker van de term saliency syndrome, gezien worden als:

“Psychosis is seen as a dynamic interaction between a bottom-up neurochemical drive and a top-down psychological process, not as an inescapably determined outcome of a biology. If this is the case, then specific psychotherapies for psychosis not only should be feasible but would be synergistic with pharmacotherapies. At present, for most patients we provide modifiers of the biological process (antipsychotic drugs) but provide no specific help for the cognitive-psychological resolution. Patients “work through” their delusions and hallucinations by themselves using, perhaps, the innate psychological processes that allow humans to give up on cherished beliefs and overcome dreaded fears. As these processes are better understood and implemented in specific psychotherapies, an antipsychotic effect will rely not only on receptor blockade but also on cognitive and psychological restructuring.[...] A logical extrapolation of this model is the idea that it is implausible to seek an “overnight” treatment that will lead to instantaneous resolution of psychosis (parallel to a drug that immediately stops status epilepticus). Patients who have been psychotic for some time incorporate their psychotic beliefs into their larger cognitive schemas. In such a situation, blocking the neurochemical abnormality (no matter how quickly and completely) will only take away the driving force but will not demolish the schemas already constructed. Improvement of psychosis, although assisted by drugs, finally involves psychological strategies that have timelines of weeks and months, rather than seconds and minutes. Thus, the current framework poses a conceptual challenge to an expectation of an antipsychotic that works overnight.” (Kapur, 2003: 17)

## PDF Eraser Free

Hiermee kunnen we dus op een andere manier de verschillende epistemologische benaderingen samenbrengen in een synergetisch model waarbij we binnen een complex metatheoretisch kader psychose als realiteitsstoornis ondervragen. Als psychose een *vorm van directheid* is, zoals gesteld in onze hypotheses dan kunnen we deze gedachte via het ‘*opvallendheidssyndroom*’ koppelen aan het huidig onderzoek inzake psychose in het brein bijvoorbeeld. Waarom licht bij het aanbieden van een bepaalde stimulus het brein van een psychotische patient anders op dan bij een ander testsubject? Hoe brengen we dit in kaart en wat doen we met de gevonden inzichten? Deze aanvulling en kadering van psychose binnen een alternatief theoretisch kader zou het mogelijk moeten maken om de neurologische, genetische en metabole bevindingen bij psychotische patiënten op een synergetische manier met elkaar in verband te brengen met de psychotherapeutische inzichten. Opnieuw komen we uit op het subjectief niveau van wat er voor het onderzochte subject aan de hand zou kunnen zijn en wat de relevantie kan zijn van zijn ‘stoornis’. Het baat niet om te zeggen dat hij of zij schizofreen psychotisch is en dus louter deze ziekte te behandelen. Het draait er duidelijk om te kijken welke ontwikkelingsfactoren hebben geleid tot het psychotisch toestandbeeld, hoe dit toestandbeeld een impact heeft op de verschillende aspecten van de leefwereld van het subject en vooral wat de betekenis kan zijn voor een psychotisch subject om bepaalde prikkels al dan niet als relevant te beschouwen.

3. Van Os is dan ook een groot voorstander van het maken van grote categorieën voor mentale stoornissen (angst, depressie, psychose, manie, obsessie,...) die met elkaar in relatie staan. Als je bijvoorbeeld verdrietig bent, kan je het gevoel hebben dat je niet voldoet. Dit leidt dan weer tot gevoelens dat anderen je scheef bekijken en het niet goed met je voorhebben. Daar kan je dan weer angstig van worden etc. Het gaat dus best niet meer louter over het classificeren van stoornissen in vakjes, maar wel over het in kaart brengen van de verschillende interactieniveaus tussen de verschillende pathologieën enerzijds en de pathologieën in relatie tot de innerlijke beleving en de omgevingsfactoren. In 2010 stelde hij in Nature het volgende model inzake psychose voor het voetlicht:

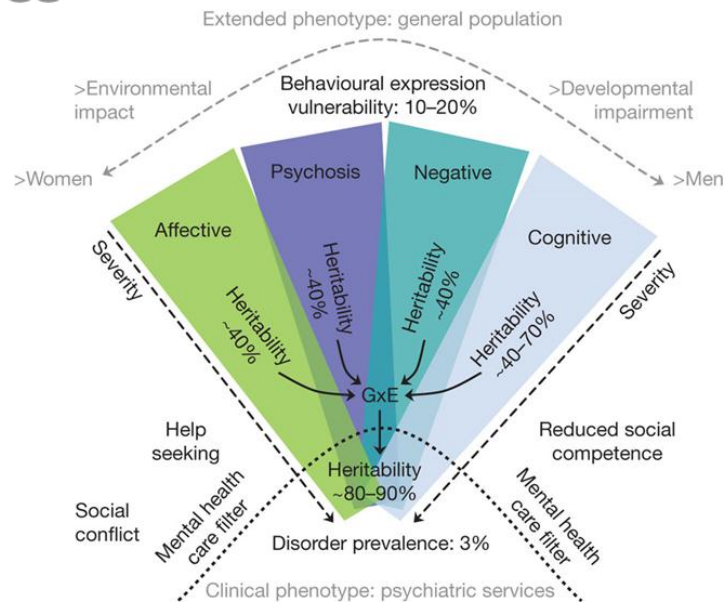


Figure 11<sup>39</sup> De vier dimensies inzake psychose zoals voorgesteld door Jim van Os, Kenis and Rutten (2010)<sup>40</sup>

Uit het in kaart brengen van deze verschillende interactiepatronen kunnen we de zorg naar patiënten beter afstemmen op de eigenlijke nood of vraag. Want zoals gesteld wordt in “Environment and Schizophrenia” is het wel degelijk mogelijk om grote categorieën of dimensies te onderscheiden binnen het veld van de

<sup>39</sup> [http://www.nature.com/nature/journal/v468/n7321/fig\\_tab/nature09563\\_F1.html](http://www.nature.com/nature/journal/v468/n7321/fig_tab/nature09563_F1.html)

<sup>40</sup> “Four main dimensions of affective dysregulation (depression, mania, anxiety), psychosis (delusions, hallucinations), negative symptoms (motivational impairment) and cognitive alterations characterize the general psychotic syndrome. In the general population, low levels of these dimensional phenotypes represent the behavioural expression of vulnerability (extended phenotype in figure, prevalence 10–20%), which display moderately high heritability levels, and display low levels of correlation (as indicated by less overlap of the four dimensions at the level of behavioural expression of vulnerability). Gene–environment interactions give rise to more severe levels of phenotypic expression, which in turn contribute to likelihood of clinical detection by psychiatric services by passing the filters on the pathway to mental health care (mental health care filter in figure) in a dimension-specific fashion. For example, higher levels of affective dysregulation are likely to lead to active help-seeking, whereas psychosis may lead to clinical detection through social conflict and cognitive symptoms through reduced social competence. As dimensions contribute independently to clinical detection by psychiatric services, symptom dimensions are subject to co-morbidity bias (that is, are much more correlated and ‘co-morbid’ at the level of psychiatric services), giving rise to clinical diagnostic descriptions such as schizophrenia that have a relatively low prevalence. These diagnostic descriptions have higher heritability as they include the effect of gene–environment interactions underlying severity of dimensional expression. Evidence suggests that environmental influences associated with psychotic disorder may have greater impact on affective and psychotic dimensions, which are more common in women, whereas negative and cognitive dimensions may be more strongly associated with developmental impairment and male sex. GxE, gene–environment interaction.”

## PDF Eraser Free

psychose. Ze onderscheiden affectieve ontregeling, positieve symptomen, negatieve symptomen en cognitieve problemen. Deze komen in de gehele populatie voor, maar binnen het veld van de psychotische stoornissen zien we dat door de interactie met de omgeving (vroegkinderlijk trauma, opgroeien in verstedelijkt gebied, cannabis misbruik, behoren tot een minderheidsgroep in een vervreemdende omgeving etc.) deze problemen sterker op de voorgrond komen dan bij de doorsnee populatie. Het is met andere woorden door de subjectieve levensomstandigheden en de persoonlijke levenswandel dat bepaalde fenotypes zich kunnen ontwikkelen. Goede zorg zou zich dus moeten afstellen op het aanbieden van gepaste mogelijkheden om aan de levensomstandigheden iets te veranderen meer dan de loutere vaststelling dat iemand genetisch gedispositioneerd is om psychotisch te worden, louter vanuit net die genetische eigenschappen. Psychose zou dus een grote dimensie kunnen zijn binnen de gehele populatie die bij bepaalde individuën meer op de voorgrond treedt. Met deze redenering zijn we mijlenver verwijderd van de dementia praecox idee van Kraepelin.

Beluited kunnen we stellen dat de objectivistische epistemologie wel degelijk haar verdiensten heeft. Zowel Kraepelin, Cochrane als Spitzer hebben ons geleerd dat een bepaalde reductie van het psychotisch veld kan leiden tot nieuwe inzichten die relevant kunnen zijn in het bevragen van de psychose als realiteitsstoornis. Het probleem schuilt echter in het verschuiven van een bepaalde methodologie als wetenschappelijk instrument (reductie) tot een ideologie van waarheidsgetrouw, valide en betrouwbaar onderzoek. (reductionisme) Alle kennis die in dit hoofdstuk besproken werd heeft zijn meerwaarde, maar alleen in die mate dat ze kan ingepast worden in een groter geheel dat toelaat om de verschillende inzichten samen te brengen in het belang van de patiënt in kwestie. Hoe leidt een bevinding tot betere zorg? En in welke mate leert deze bevinding ons iets over de hoedanigheid van de psychotische beleving? Hierop zal alleen een non-reductionistisch model een antwoord kunnen geven. Dit non reductionisme zullen we verder bevragen in de volgende hoofdstukken.



## Commentaar op Objectiviteit en Objectivisme

Wat gebeurt er bij een diagnostische bespreking van een patiënt? Als uit de psychologische testing, de verschillende hersenscans, de anamneses, de observaties en de verschillende onderzoeken naar voor komt dat hij of zij waarschijnlijk blijvend psychotisch kwetsbaar is, schizofreen met andere woorden. Betekent dat dan dat we een ziekte hebben gevonden in de hersenen of in de genen of in de ontwikkelingsgeschiedenis of in de familiale structuur? Is de patiënt in kwestie nu echt schizofreen of veronderstellen we dit alleen maar?

Want een diagnose schizofrenie, eens gesteld, heeft verstrekkende gevolgen. Het betekent dat de patiënt in kwestie best voor minstens 1 à 2 jaar profylactisch antipsychotische medicatie blijft nemen zelfs indien de psychotische symptomen verdwenen zijn. In Europa wordt zelfs beweerd dat het nemen van medicatie beter levenslang zou gebeuren omdat het risico op herval te groot is. Medicatietrouw vormt een bijzonder belangrijk thema in de behandeling. 74% van de schizofreen gediagnosticeerde patiënten stopt met zijn medicatie in de eerste 18 maanden en van deze groep hervalt de overgrote meerderheid op korte termijn. (Amador en Johanson, 2000)

Het betekent ook dat bij ernstige verstoringen in denken/voelen/handelen de patiënt in België in aanmerking komt voor een Tegemoetkoming aan Gehandicapten omdat hij of zij niet meer in het reguliere arbeidscircuit zou kunnen functioneren. Ook op het vlak van het aanvangen of verderzetten van studies valt de diagnose zwaar.

Gezien de erfelijke component van schizofrenie is het niet aangewezen dat schizofrene patiënten een gezin stichten tenzij met voldoende informatie over de risico's. Het opvoeden van kinderen kan ook leiden tot dusdanige stress dat een herval in de psychose zich voordoet met een ernstige impact op het gezinsleven.

Maar ondanks al onze wetenschappelijke ijver hebben we nog altijd geen concrete 'marker' voor schizofrenie gevonden. Geen bloedanalyse, geen psychologische test, geen hersenscan, geen genetische kaart garandeert ons dat betrokkene de diagnose schizofrenie zeker heeft.

Werkend binnen een Psychiatrisch Centrum zie ik het dan ook als mijn taak om de diagnose met de patiënt in kwestie door te spreken. Ik leg hen uit wat de verschillende testen te betekenen hebben, wat er al dan niet op de scans te zien is, waarom er de diagnose schizofrenie gesteld wordt. Ik vertel hen ook hoe de diagnose tot stand is gekomen in de geschiedenis. Ik spreek dus over Kraepelin en over Bleuler. Dat deze laatste bij zijn patiënten problemen had om zich in te leven in hun situatie en dat zij dat ook schenen te hebben. Dat er een kloof leek te bestaan tussen hen. Dat hij zag dat deze patiënten moeilijk denken, voelen en handelen combineerden in een groter geheel. Maar vooral, dat hij maar een vermoeden uitte en niet zoals zijn leermeester Kraepelin

## PDF Eraser Free

sprak over een duidelijk afgelijnd ziektebeeld, met een duidelijk ziekteverloop en een duidelijke uitkomst. Dat we nog niet zover zijn en dat we dat waarschijnlijk nooit zullen zijn. Omdat het steeds een vermoeden betreft, geen harde bewijzen.

De plaats van objectiviteit en objectivisme in dit doctoraat is de plaats van het psychotisch object of zelfs het bestaan ervan in de realiteit. Hoe kan je voorspellen of iemand blijvend psychotisch kwetsbaar is? Tussen de 1 à 2% van de wereldbevolking boven de 18 jaar zou schizofreen zijn volgens de National Institute of Mental Health, zo'n 51 miljoen.<sup>41</sup> Als we dit verbreden zien we dat tussen de 7 en de 38% van de populatie op regelmatige basis psychotisch aandoende fenomenen ervaart. Dit betekent dat we ter preventie of behandeling bij het regelmatig voorkomen van de psychotische fenomenen 1 miljard 50 miljoen mensen zouden moeten behandelen met antipsychotische medicatie. Of in het meest voorzichtige geval 700 miljoen.

Het gaat er met andere woorden niet om de patiënt ervan te overtuigen dat hij of zij een levenslange ziekte heeft die genormaliseerd moet worden. In tegenstelling daartoe is het van belang te werken vanuit de klacht die de patiënt brengt, welk lijden hij of zij brengt en wat we daarmee denken aan te vangen. (Bentall, 2006)

Een diagnose stellen is altijd een vorm van reductie. We brengen onze professionele kijk op een te beschrijven fenomeen en beschrijven de aard, de kenmerken en de fenomenen die we hierbij opmerken. De diagnose 'psychotische stoornis' of 'schizofrenie' is op zich geen probleem als we hierbij in de gaten blijven houden dat we een beschrijving geven en geen verklaring bieden door deze beschrijving zo accuraat mogelijk te maken. Het zo duidelijk mogelijk maken van de achterliggende drijfveren van waaruit we een specifiek perspectief aannemen is een remedie tegen een reductionisme dat snel verglijdt in een impliciet of expliciet dogmatisme.

---

<sup>41</sup> <http://www.schizophrenia.com/szfacts.htm#>

## **Chapter 3**

# **Time to Separate the Men From the Beasts: Symbolic Anticipation as the Typically Human Subjective Dimension**

## PDF Eraser Free

# Introduction to Time to Separate the Men From the Beasts: Symbolic Anticipation as the Typically Human Subjective Dimension

This chapter was presented as a paper to the audience of CASYS, a bi annual multi disciplinary symposium on anticipatory systems in Liege (Belgium). I received the best paper award for this contribution. In this paper it is argued that the dividing line that runs between the human psyche as opposed to any other complex system is made up by symbolic anticipation. The functionality of the human mind as an anticipatory system is entirely caught up in the crucial role that finiteness, shortage or lack plays for human beings. Anticipation for us is the way by which this negative finiteness or lack is translated into a positive longing, want or desire.

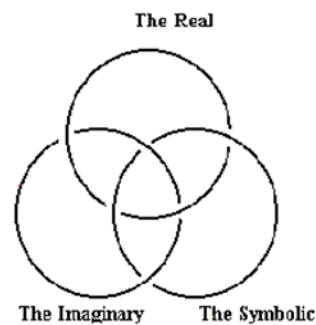


Figure 12<sup>42</sup> The RSI model

We take a look at the three dimensional view of Jacques Lacan regarding these matters in a sophisticated example and we illustrate how anticipation as a Symbolic phenomenon is distinct from the Imaginary or the Real register. As Lacan points out anticipation creates a symbolic social link which binds two or more interacting humans together in an anticipatory relationship. (1945)

Beliefs, expectations and convictions are the typically human social links which ground human interaction and sets it apart from other forms of social interaction we can observe in other complex biological entities.

---

<sup>42</sup><http://aquileana.wordpress.com/2008/04/27/psicoanalisis-jacques-lacan-lo-real-lo-imaginario-y-lo-simbolico-lo-imaginario-y-el-concepto-del-otro/>

## PDF Eraser Free

Building further on the idea of complexity, we address three points of discussion. The idea of a complex non reductionist framework, the idea of continuity in evolutionary psychology and the basis for interpretation of the delusions worked out further in chapters 4, 5, 6 and 7.

One of the main focal points in psychosis as a disorder of reality is that it concerns identity in relation to social feedback. As we have mentioned in our introduction and in chapter 1, the Lacanian approach to reality stresses the intertwining of three different fields of interaction: the drive (real), the body image (imaginary) and language (symbolic). RSI makes up the whole of the appraisal of reality possible for human beings.

In an abstract example Lacan shows how these three fields are built up. The main focus for this chapter is the symbolic in contrast to the imaginary. To be able to making sense of reality a subject has to interact with other human beings and be able to imagine what it might be like to think, feel and behave in their stead.

# Time to Separate the Men From the Beasts: Symbolic Anticipation as the Typically Human Subjective Dimension

## 3.1 Beginning at the end is what anticipation is all about

Let's start at the end, so that there can be no mistake about our pretences. What is the crucial difference between human and all other forms of anticipation? It is the symbolic way in which this form of anticipation comes about in human beings that makes up all the difference. In other complex systems, anticipation comes about on a real (arousal) or on an imaginary (representational) level. Humans experience these two forms of anticipation as well, but the symbolic one is strictly and exclusively human. Symbolic anticipation is what makes us what we are and what sets us apart from all other complex systems. (Human) identity and (symbolic) anticipation are interwoven concepts (Nadin, 1991).

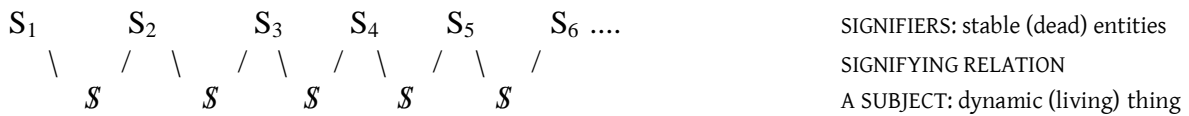
What do I mean when I write symbolic in relation to anticipation? As we will come to see in this presentation, the symbol and its function are entirely caught up in the way something is not instantly representable in a logical systematory interpretational field but there is a great need to do this instantly because the weight of the logical representation is far too important for the system that is trying to make sense of what is going on.

The subject has to act to resolve a problem, but (s)he doesn't know on what grounds. In other words, you need to anticipate a solution to a self-relevant problem, a solution which seems unsolvable at first sight based on the premisses you have at that time. As Kant writes in his Critique of Pure Reason, the anticipation starts a priori as that which is intuitively anticipated in the perception and this is an *sich an impossible* endeavour. You cannot sense what you will perceive a priori, you can only sense what you perceive right here and now. Yet that is what happens in anticipation, which leaves us with a paradox. (Kant, 1781 [1998])

A symbol is always something that is and stays ambiguous for it tries to attain a certain unambiguity in the signifying process, while at the same time it creates more ambiguity. This is because the signifying relation between signifier and signified or even between two signifiers is not at all stable (Deacon, 1997). The definition of Lacan for a signifier, the epitome of a symbol, is that it is something which represents a subject for

## PDF Eraser Free

another signifier. (Lacan, 1964 [1973]) So the relationship between signifiers is always mediated by a subject that is caught up in this signifying process. In a scheme:



The only way out of the chaotic mess of dead signifiers and a living subject is the reference of one signifier to another signifier through a subject over time, to a certain temporal subjective context. The role of the subject is crucial, for it is (s)he who makes the reference possible. Subjectivity and symbols are interdependent: without one there cannot be the other. For the symbol the subject is its context and for the subject the signifiers are his context. For this reason a symbol as opposed to an image (imaginary) or a feeling (real) never makes sense as an isolated entity of the dual relation between one feeling or image in relation to one subject; a symbol always needs a subject and a temporal (con)text to make it more or hopefully less ambiguous.

In short, a symbol symbolizes nothing except by way of its temporal subjective context, which makes up the chain of signifiers. The relation between these signifiers in the chain is always mediated by a subject. As isolated entities they mean nothing. This contextual relation takes away some of the emptiness and ambiguity embedded in the symbol by way of relevance for the system itself (the subject) and for the environment surrounding the system (the signifiers and the non-signified context). The symbol can only make sense here and now in the way it can be embedded in a temporal context which is then and there. The present of a symbol is entirely caught up in its use in the past state of the subject and its reference to a possible future state of the subject.

This is where anticipation kicks in. There is a crucial link between the symbol, ambiguity and subjective anticipation. For if a symbol really had nothing to symbolize ever, it would remain totally chaotic and ambiguous and would be of no importance at all. We could leave the field of the symbols completely aside from a scientific point of view and restrict ourselves to feelings and imagery. This is fortunately not the case, the symbol may be ambiguous at present (taken as an isolated event), it always refers to a anticipated subjective context in which the symbol will receive a meaning which will not be unclear at all, at least to one subject. Symbols have the potential for being clear and this potential is completely dependent upon its reference to a disambiguating context which must follow and this context is what is anticipated: a future meaning it unwittingly already has in the present.

In other words, for symbols to make sense, they have to be placed in a temporal context which is anticipated in the creation of the symbol itself by the subject creating them. A subject needs to symbolize, and symbols need to be subjectified, it is literally a matter of life and death. (Lacan, 1964) If symbols are no longer sensically uttered, they

## PDF Eraser Free

lose their meaning, and if a subject stops symbolizing, (s)he loses their capacity to make sense of the past and future. In the anticipatory symbolic process, you are able to give up the immediacy of sensical information in the present for the promise of future or past sense. As we will see, this future sense is always based on human social symbolic interaction.

Some readers might be wondering what all the fuss is about. What is the relevance of all this material? I will give three relevant reasons why attention to symbolic anticipation is necessarily an object of future scientific thought which takes subjectivity into account.

The first is a theoretical one, non-reductionism. As most will have guessed by now, my own theoretical framework is that of Lacanian psychoanalysis on the one hand, and of complexity theory on the other. The choice for this framework comes forth from an abhorrence of reductionism. Whilst reductionism is of great use for us in everyday life, we should never forget that reducing a problem to its bits and pieces will never allow us to gain a greater insight into what is really going on, namely the interactions between these bits and pieces on a certain scale of organisation. Symbolic anticipation, when reduced to its nuts and bolts in the present, is essentially nothing, nothing sensical anyway. To understand anticipation, we have to take a certain subjective distance from our studied object to study the interactional processes in their greater context on different levels of organisation. Don't be too hasty to conclude something on basis of what you see, give it some time.

The second is a scientific one, evolutionary psychology. As you all know, evolutionary psychology is very much in vogue in the scientific community nowadays as an explanatory context in which to place all psychological phenomena. The evolutionary psychologists' framework may be of some value to us, but we should be very much aware of the dangers it entails. For the neo-darwinist evolutionary view is one of continuity. "There can be no doubt that the difference between the mind of the lowest man and that of the highest animal is immense. [...] Nevertheless the difference in mind, great as it is, certainly is one of degree and not of kind."<sup>43</sup> (Darwin, 1871) The neo-darwinists follow Darwin on this point and that is a very dangerous normative enterprise. This view can make you blind for the specific interactional patterns which set us apart from all other creatures, it can also make our closest relatives like the bonobos, look like complete maladapted organisms. The thought of continuity runs against every intuition you can have regarding our status in the world and in the evolution of our specific species (Povinelli and Bering, 2002). There is a gap between ourselves and all other primates and the search for a missing link is nonsensical. We are not some species of

---

<sup>43</sup> <http://www.pigeon.psy.tufts.edu/psych26/darwin1.htm>



## PDF Eraser Free

smart chimps, we are a new species altogether (Deacon, 1997). To understand our otherness is to understand our very specific way of handling anticipation, among other things like language and culture. These things set us apart from the other organisms and to understand ourselves, we should look at ourselves to see the differences with other animals, not just at other animals to see how better off we are. What sets us apart is our difference, not the likeness itself plus or minus some special intrinsic quality as others might think. (Savage-Rumbaugh, 1986)

The third is a clinical one, that of psychological relevance. Why study symbolic anticipation? In my own work with schizophrenics, I am continuously reminded that most of these patients fail miserably when it comes to making realistic expectations about themselves or others. This nevertheless does not stop them from anticipating events and feelings which are in our view clearly delusional. Most of the time they ascertain that they expect things they know are delusional, but on the other hand most of their behaviour and thoughts seem to continue to anticipate the delusional idea. Anticipation and realism seem to function on a different level. To me, it still is a great mystery how these patients can continue to model their thought and behaviour patterns in an anticipatory way towards a delusional idea which they know is wrong. How can you continue to anticipate error or delusion? I will not work this point out in more detail, but it is too important not to mention in anticipation of future work on this subject.

### 3.2 Lacan and symbolic anticipation/Logical times as a sophism

In 1945 Jacques Lacan published a peculiar text of just 17 pages long “Le temps logique et l’assertion de certitude anticipée. Un nouveau sophisme” In this text Lacan tries to explain how a human being comes to find his own identity in relation to the behaviour of others. For this enterprise, he uses a riddle, which I will try to explain in some detail under the next heading. All references to the riddle come from this text, unless otherwise specified.

Before we go in to the riddle itself, we must first stress that this text and the example in it are not very well studied, nor understood. Very few Lacanians give it the attention it deserves, mainly because the problem, as Lacan explains it in his own dense inimitable style, is very hard to follow (Adriaensen, 1992; Blomme and Hoens, 2002; Samuels, 1990; Fink, 1996). Secondly, the conclusions that can be drawn from this text are far from clear and can only be guessed at by the one deciphering the text.

## PDF Eraser Free

The importance for understanding it however, is tremendous. A lot of Lacan's other theorems and paradigms (like the demarcation Real-Imaginary-Symbolic, anxiety, phantasm, narcissism, etc.) are shed in a whole different light if you take this text into account. This is nonetheless not the main reason for taking up this text and the example of the three prisoners in the context of this presentation. The main reason is to point out in the text the main form of human anticipation in regards to identity. Humans find their own identity in relation to other humans in the way they interact in a certain way. The way in which this interaction comes about is clearly anticipatory and can only be anticipatory, as I will hopefully be able to point out. Humans as self-aware creatures can only enter the typically human way of interaction with others by way of symbolic anticipation.

### 3.2.1 The Riddle of the Three Prisoners

Let us take up the riddle itself as best possible. It goes as follows:

A prison director selects three prisoners (A,B,C) from his jail and says that he has to release one of them for undisclosed reasons. To decide which one will be released, he has thought up a riddle.

He has 5 discs in his possession, 2 blacks (●●) and 3 whites (○○○). The prisoners are aware of this. He will fasten one of these discs on each of the three prisoners, so that they cannot see the color of the disc on their own back, only the discs of the other two.

Now, the director will release the one who can come to him first and say what the color of his disc is, based on logical (not probabilistic) grounds from what he has seen from the others.

He then fastens 3 white discs on the prisoners. The solution to this problem is that each of the prisoners goes to the director at the same time and declares himself white.

How can this come to be? Let's try to explain.

### 3.2.2 The (not so) Perfect Solution

First of all, it is important to mention that this is a pure thought experiment. The prisoners are fictional characters which are equal in every way imaginable (wanting, intelligence, looks, etc.) But they are clearly human, for they are driven by a common goal, to solve the riddle so they will be set free. They know that they have to solve the riddle for their own good. So, solving the riddle is a self-relevant enterprise for each of the prisoners and to find the solution, they are dependent on the actions of the others to obtain a reward for themselves, not for the whole.

Secondly, the problem does not have a clear logical solution if seen from the viewpoint of the prisoners. From the perspective of the prisoners, the logic is not clear-

## PDF Eraser Free

cut. Let us look at what each prisoner sees (figure 7), what he would like to see (figure 3) and what he does see and does in relation to the others (figures 8, 9, 10 and 11). To make things more easy, let us take the perspective of A. Note that this choice is purely arbitrary, we could just as easily select B or C, because the three prisoners are identical in their thinking process. Now what is A's real situation?

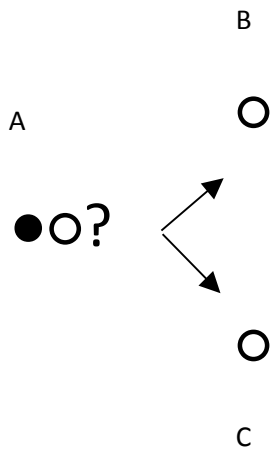


Figure 13 The real situation for prisoner A

He knows there are three white discs and two blacks,  $\circ\circ\circ\bullet\bullet$ . He sees 2 white discs and he does not know what color of disc he has.

If the other two were black, the answer would be that he has a white disc for sure, and that is what every prisoner would wish for, a clear-cut solution to the problem. Let us now look at the imagined perfect situation for A

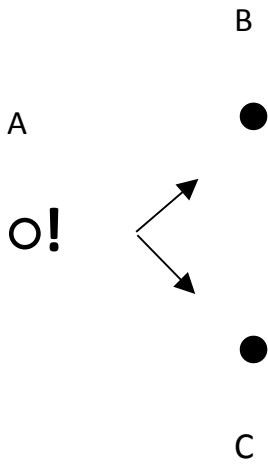


Figure 14 The imagined perfect situation for prisoner A.

How to solve this problem? Here follows what Lacan calls the perfect solution: Suppose I am black. If I am black, then B can suppose that he is also black, but then C would see two blacks and know that he is white and leave. C doesn't leave, so B should know that he is white, given that I am black. B doesn't leave, so I must be white, so I can leave.

Let's pull this solution apart to make it more clear.

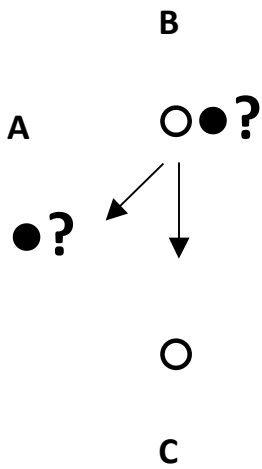


Figure 15 If A were black, B could also imagine himself black

# PDF Eraser Free

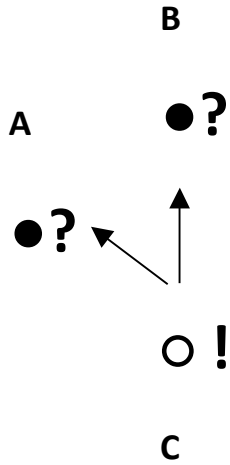


Figure 16 If B were black and A too, then C would know he is white for sure and leave

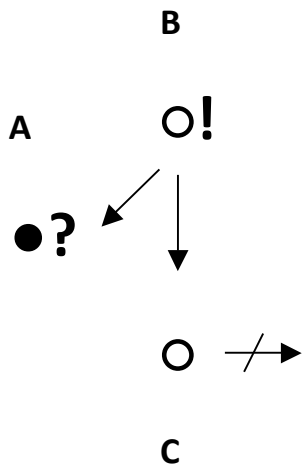


Figure 17 C doesn't leave, so B should know he is white and leave

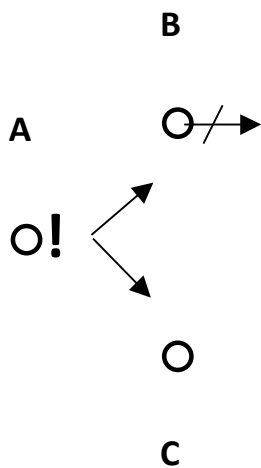


Figure 18 B doesn't leave, so he doesn't see A as black, so A concludes that he is white

## PDF Eraser Free

Because nobody moves, all of the prisoners know that they are white and move towards the director at the same time. Here it becomes clear that the riddle is a sophistic one, because it has no clear non-temporal logical solution. For, when all prisoners move at the same time, it is quite possible that one of them is actually black. This is because not one of the prisoners can know if the other prisoners were not moving based upon what they see or imagine but because they were just waiting to see what the others do. How long do you have to wait to know that the others are waiting too? Let me remind you that if one of the prisoners, say B, actually sees one black and one white, he is also dependent on the inertia of an other, namely C, to come to his conclusion (Figure 16 and 17). And it might be that C is waiting to move just long enough for the others to figure out their own identity. C doesn't have to wait, but maybe he is doing just that, waiting for no reason at all.

So it is possible that there is at least one black disc in the game when everybody begins to move. The assumption of being white is based on the inertia of the others and when they begin to move the solution is not so certain anymore. Everybody halts because they are in doubt about their own identity. So, the argument begins anew. Nobody moves, so I must be white, everybody moves, so the solution becomes unclear again. Is this a regressus ad infinitum, a variation on the turtle of Zeno? No, two halts will suffice to be absolutely sure that all three are white. It is here that the role of anticipation and temporal subjectivity will become clear.

### 3.2.3 The two Stops on the Ladder of Knowledge

From a certain time-perspective, something peculiar happens. In the first instance (the perfect solution) everybody in the group is thinking about the color of his own disc and everybody makes the same reasoning to come to the same conclusion based on the inertia of the others. But when everybody moves, nobody is certain about his conclusion anymore. So they stop. What does this first halt teach the prisoners?

The first lesson from the first stop is that the two black disc possibility is not an option. The prisoners knew this already from observation and now it is confirmed by the halt of the others. This is because, in the case of the ●●○ option, the one with the white disc (prisoner C) would be absolutely sure of his whiteness and would not halt as the others do. The other two halt because they follow Step 2, they imagine the possibility to be ○●●, where they themselves are ● and the other one who is hesitating is ● too. The observation is that everybody halts, so no two black discs are in the game. We knew this already, but now it is confirmed in the first halt.

Everybody thinks again, starts to move again at the same time and everybody halts at the same time again. What is the difference between this second halt and the first? The answer is that in the first halt information was gained for the thinking model about the

## PDF Eraser Free

disc-identity of each individual. The perfect solution as Lacan called it, is partly based on the assumption that there could be two black discs in the game. The first halt ruled this illogical possibility out. Now what does this information tell us? Before the second halt, the possibility of just one black disc remained open,  $\circ\circ\bullet$ . If A is a black disc, then B and C absolutely know they are white discs, because the possibility of being black themselves in view of one black disc was ruled out by the first halt. B and C could continue their journey towards the director without halting a second time. The truth is however that everybody halts a second time. So, in the second halt information is gained once again because the one black disc option,  $\circ\circ\bullet$ , is ruled out too. This information is useful for the individual, because it says something definite about his identity. If no one sees a black disc, then everybody must be white, so every individual knows that he himself is definitely white, so every prisoner has solved the riddle at the same time. The correct answer is  $\circ\circ\circ$ , which is now the only available option based on the two halts. The solution is that there is no solution for anyone in particular and this is the solution for everybody.

This is a very unfortunate conclusion for our prisoners, because in the end no one is able to win the game because they know the answer simultaneously, so no one can be released. They lose the game by solving the riddle. Hence the sophism.

### 3.3 Symbolic anticipation as a social interactional system of shared beliefs: Identity

Where is the anticipation in this riddle and why is it symbolic and not just merely real and/or imaginary? The anticipation lies in the frustration of the first instant of seeing two white discs. Nothing certain can be extrapolated from this view of  $\circ\circ$ , only the sight of two black discs would immediately lead to a certain conclusion, being white,  $\bullet\bullet?$ ,  $\circ!$ . So, because the prisoners do not see what could solve the problem, they start the process of building thinking models based upon what the others might see. If they could solve the problem immediately on their own, they would not need the imagined perspective and the perceived movement of the others. The prisoners start their thinking in anticipation of certainty about their own identity, a certainty they can never be sure of from the start. It is in the temporal context that the anticipation of certainty is fulfilled.

They move from their own viewpoint to the imagined viewpoint of the others. I cannot see my own identity, but the others can. In the imagination of the perspective of the other they look for the information they need to be freed. How and why is this

## PDF Eraser Free

possible? They know that only one view lends itself to an immediate and absolute conclusion, seeing ●●. This not being the case, the prisoners anticipate that a conclusion can be reached over time if they move their mind's eye from their own viewing point to that of the others. Do they see ●●? Because the immediate solution is not there, from their own perspective viewpoint, they anticipate it in the perspective of the others. They anticipate that a certainty about their own state can be extrapolated from the movement of the others in combination with a thought experiment about the identity of self. If they do not, they will be stuck forever staring at the two white discs in front of them.

In their anticipation of a possible solution, the prisoners do more than just search for a solution. Their search is based upon the absence of information from their own viewpoint, namely their own identity and they know that the others are struggling with just the same problem. But they have an angle on him, as he has an angle on them. They see his identity directly, although they do not see their own identity. So every prisoner knows more and less about the whole situation than the others. In other words, the prisoners are joined in a social bond based on their lack and their surplus of information. They want something from each other -the confirmation of their identity- and they have something to give -the confirmation of the others' identities.

So they extrapolate on what the others might see, but not one of the prisoners can be sure of what the others see. They imagine themselves being black, and look what this route leads them to. To be able to simply do this -imagine yourself being something or other- requires an enormous amount of insight in the perspective of others and a tolerance towards not knowing something in expectation of a solution. But it doesn't end there.

When the prisoner places himself in the perspective of the other and imagines himself black, he then takes a crucial thinking step which is not based on any possible observation or logic, namely the perspective of there being two black discs from the viewpoint of another. Because every prisoner sees two white discs, the presence of two blacks is simply not an option, yet it is a crucial step in the thinking process.

When you look at the riddle and the perfect solution, you see that the lack of information is transferred to the other, namely in figure 9. B should not imagine himself being black if A isn't black, it simply wouldn't make sense to do so. Only if A is black, a solution can be found because only then, on the basis of one disc in view being black can one of the options, ●●○, be ruled out in the movement process. And, moreover, only because B doesn't know his own identity can this route be taken. From the viewpoint of A, it is clear that B cannot be black, but B doesn't know this. If B imagines himself black, he is wrong from the viewpoint of A. But A needs to forget what he sees, because B doesn't know what A knows, that B is white and that he couldn't possibly be black. You can check it if you want, you cannot solve the riddle if you do not explicitly rule out the possibility of two black discs, you yourself being black and one of the other whites



## PDF Eraser Free

making the same mistaken judgment. You need the impossible absolute option of two black discs. Only this option leads to an absolutely certain conclusion. This means that in order to reduce options, you have to create more options, even impossible ones. To move forward, you have to move back, distrust what you know from observation.

Why move back in the thinking process? Because the solution is anticipated, based on the absence of immediate certainty and the possibility of certainty over time about identity. They see the others, they don't see themselves. They can move their Mind's eye from their own perspective to that of the others and "repress" that they have a certain knowledge the others do not have, namely their state of identity. It is the absence, the lack that is the crucial factor and it is this, which sets the symbolic level apart from all other fields of interaction. Let us go into more detail here.

### 3.4 Real, Imaginary and Symbolic Anticipation

In the sophism, what is the real anticipation? It is freedom, the drive to be set free. (Lacan, 1964) Each of the prisoners lacks freedom and wants to be freed, so they enter the game in order to satisfy their need to be freed. They don't have the freedom, but the anticipation of the fulfillment of this want or desire is the motivator behind the game. This reward says nothing about the solution of the problem, it only states that the actions of the prisoners in the game are motivated in anticipation of a real change in situation, to become free. The real anticipation has no direct role to play in sorting out the logic behind the riddle.

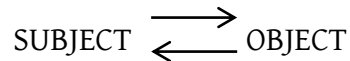
What is the imaginary anticipation? (Lacan, 1949) It is representing the real situation in the mind's eye,  $\circ\circ$ , and relating it to the representative solution for the problem at hand,  $\bullet\bullet$ . To solve the game without social interaction, you just have to see a certain situation, namely two black discs. What is the lack, which motivates the imaginary anticipation? This lack is double: one the one hand one cannot see his own identity and on the other hand one doesn't see the image that could lead directly to the solution of the identity question. Clearly, in the riddle, there is a difference between what the subject sees (Figure 12) and what he wants to see (Figure 13) and there is no middle ground to mediate between these two images. This middle ground is the symbolic level, as it is based on the absence, not on the presence of useful information.

There is only one solution that can be anticipated in the imaginary field ( $\circ\bullet\bullet$ ), even from the perspective of the others. Even with the  $\bullet\circ$  option in view, this could lead to a logical imaginary solution for someone else, because then it could be that the looking subject is the seen object  $\bullet$ , so one of the other prisoners could become positively sure

## PDF Eraser Free

about his identity, because he sees ●● and concludes he is ○. This sets the door open for imaginary rivalry -the other might see the solution even if I can't. This rivalry is the inspiration to move from the imaginary to the symbolic level. I will not work out this point in this paper.

The imaginary relation is always one of duality, between a subject and an object, between someone who sees and something which is seen. (Lacan, 1949; 1953) Imaginary anticipation is always rule based and positive. It always involves relating what is seen to the state of the subject in question.



This dual relation is clear-cut and objectifiable: if you see this ●●, then that ○ will be the case for you. The information gained from the image has to be unambiguous. Ambiguous images can simply not be computed into an imaginary logic. The observed object or phenomenon should lead to a strict conclusion about its relevance for the subject. Ambiguity is not imaginary tolerable and should be worked away by making the view of the object more objectifiable. The imaginary solution (○●●) is necessary to be absolutely certain about the subject's identity and hence to be set free. But this solution is not sufficient because it collides with the real view (○○). The imaginary anticipation based on what is seen, could go on forever without leading to a solution. All prisoners would be frozen in time searching for a solution based on the image they see.

So, what then is symbolic anticipation? It is based upon the clash between continuous absence of and the ongoing need for a clear-cut solution for the looking subject on the one hand and the possibility for interpretation and translation of what goes on between the subjects on a social level, on the other. The social interactions are translated into a self-relevant logic for the subject. The prerequisite for this possible interaction and translation is the lack of immediate certainty about the solution. Only if the subjects don't see ●● can the symbolic interaction start. Otherwise, the imaginary level would suffice for one of them.

In order to solve this situation, we need information from the other subjects to come to a certain solution about our own situation. What exactly does it mean to see ○○? It means nothing except in relation to the others and what they see. Do they see the same thing I do, ○○? Do they see ○●? What is the difference between me and the others? What can be known about this difference by me? In short, what do the others tell me about me? The movement or lack thereof by the others is translated by the subject to interpret what they might see and what they might extrapolate on this perception.

The symbolic interactions are based on the actions and hesitations of the others. These prove in mere 4 thinking steps, repeated over two stops that they are in the same predicament as the subject who is interpreting the signs. The actions are the symbolic anticipations because they are based on conclusions that cannot be assured at the

## PDF Eraser Free

present moment. When the prisoner A starts to move on the basis that the others don't move, he anticipates something which will only become sure of after two stops. He doesn't know that he is going to make two stops or that the others will make them, but still he acts upon his knowledge from his thought experiment confirmed by the non-movement of the others. When everybody begins to move at the same time, the conclusion is put into question. The anticipated certainty was premature.

Only after two stops can it become absolutely clear that every prisoner can decipher his identity. The conclusion is that they are all the same, bound in fate so to speak. Starting from the viewpoint of the others as possibly different, they all come to the conclusion that there is no difference. The use of the imagined difference was necessary to interpret the actions and hesitations of the others and in this interactional context, the movement of the subject becomes clear. Symbolic anticipation always needs a context, which evolves over time and this context is based upon a lack of clear-cut information.

What the symbolic anticipation teaches us is that ambiguity is not an obstacle, but a part of the solution. Only because there can be ambiguity, can there be certainty in the interactional process. Symbolic anticipation is based upon uncertainty, which goes away over time if certain constraintive interactional rules are followed. Symbolic anticipation is based on absence, not on presence, because only on the locus of the lack can the interactional disambiguating context be brought to the fore. In real anticipation ambiguity creates discomfort and tension, in imaginary anticipation ambiguity poses an insurmountable obstacle, in symbolic anticipation it is a necessary part of the process.

### 3.5 In conclusion: The end is where we start from

We are back where we started from without having said anything which is directly useful for scientific research or even scientific thought. I have tried to point out the difference between real, imaginary and symbolic anticipation, but that is all. In this conclusion I will mention some possible places where this theory about symbolic anticipation might be scientifically useful.

Let us start with the possible theoretical implications. Symbolic anticipation is the bane against reductionism. First of all, to understand the symbolic anticipatory process, you have to use a theory that can cope with or even compute duration and change within a system imbedded in a certain context.

Second of all, you need a theory that can cope with subjectivity and subjectivity is based upon the absence of absolute presence. In essence a subject is something which is lacking in some way and which tries to cope with this lack by translating it into

## PDF Eraser Free

something useful. To understand symbolic anticipation, you need a non-reductionist theory of complexity, where nonsense can become sense over time. The sophism makes this absolutely clear. If you reduce the solutions to just one clear-cut option, you will remain stuck forever.

Third of all, symbolic anticipation is always embedded in a social context of interacting individuals. Only in the interaction can something be understood about the state of the individual. An isolated individual is an individual who is seriously handicapped in finding a solution to his problems. Only a sociological theory of interactions can understand the way in which humans come to their interactive identities.

Next, the possible scientific implications. First, let me point out that only humans are capable of exploring the difference between themselves and the others based on a symbolic anticipatory logic. This is because in symbolic anticipation a crucial step is made when the subject realizes that the absence of a clear solution is the solution to the problem in relation to a specific interactional context. The acceptance of the lack as a workable theorem (less is more) is something that other complex systems simply cannot deal with in the same social way humans can. Humans are paradoxical creatures and so they can cope with paradoxes like the sophism we spoke about because they share the paradox.

This brings us to the second scientific implication: animal research and the idea of continuity (Povinelli and Bering, 2002) One of the ways to research the likeness of animals and humans in forming their identity is the mirror test (Gallup, 1970; 1977). Some mammals recognize themselves in the mirror, as humans do. Well, is this really the case? Our sophism points out the difference. When an animal recognizes himself in the mirror, it does just that: it finds a correspondence between his own bodily state and the image he sees. But this is mere recognition, whereas in humans the recognition is anticipatory to a social interactional level. In the mirror stage a human baby not only recognizes himself in a dual relation with the mirror, he also becomes aware that he can be an image for someone else, even for himself. (Lacan, 1949) Other than with the animal in front of the mirror, the baby anticipates that he will become more than just this image, based on this image. His identity will not just be this interaction with a mirror but his interaction with other human beings. Humans link their social interaction to their relation with the mirror image, where in animals these two interactional patterns will remain isolated. This leads to an entirely different social identity theory, one based on narcissism: how do the actions of the other mirror me as a human being. Humans have hundreds of different identities which changes a bit with every social interaction. A female human can be a mother, a psychologist, a lover, an enemy, a distant relative, etc. She can even be male, a goddess, a cartoon character or a chinchilla for that matter. Dependent on the social interactional patterns, we can become virtually anything, because there is no stable or rigid persona. As long as we can

## PDF Eraser Free

imagine what it would be like to be this or that person, animal or object, we can take up part of its identity. Animals are most of the time just what they are, one stable persona within a certain more or less stable social hierarchy. This does not mean that these identities cannot shift over time or that they are not subject to change. I simply want to stress that in animals the role and function of identity within a social bond is more or less fixed for a lengthy period of time. Here lies the crucial difference between animals and humans, we lack a rigidly stable identity and this is our strength instead of our weakness. We are not some sort of idiotic or psychotic chimps, we are a new species altogether. We anticipate the becoming of ourselves although we never reach that point. Until we die, we are always becoming someone or something in anticipation of our stable identity, a virtual point we never reach. Of course, a lot more scientific investigation on this point is necessary to support this thesis.

And last but certainly not least, the relevance for neuro-psychoanalytical research. I agree with Ramachandran that the discovery of the mirror neurons will probably be for psychology, what the discovery of genes were for biology.<sup>44</sup> (1999) Mirror neurons even offer an alternative explanation for what happens in our sophism. We copy internally what we see the others do, so that we can feel or anticipate why this action makes sense. (Umilta et al., 2001) To just copy the actions and hesitations of the others is to solve the problem. But, and this is crucial, to be able to copy is not to understand, because it does not take symbolic anticipation into account. It is not because you can feel what you see the other doing by way of your mirror neurons, that you understand, let alone act in anticipation. Mirror neurons may hold the key to unlocking the mystery of the interactional brain, but only in the right neurophysiological, psychological and social context. To reduce every question of identity and recognition to mirror neurons is unwise.

Our sophism points out that the question of identity and imitation is broader than the mirroring effect of the action of the subject or the others. The most important factor in all these matters is the translation of the lack into something functional. The solution is that there is no solution. Only when we can become acquainted with the way in which our mirror neurons can interpret the absence of actions, can we come to a workable synthesis of the psychoanalytical and neurological approach to human identity. What can not be mirrored and how does this relate to our identification processes as human beings? This could be a question for further neuropsychanalytical investigation, both theoretically and experimentally.

---

<sup>44</sup> [http://www.anticipation.info/texte/ramachandran/mirror\\_neurons\\_rama.html](http://www.anticipation.info/texte/ramachandran/mirror_neurons_rama.html)

## PDF Eraser Free

# Commentary on Time to Separate the Men From the Beasts: Symbolic Anticipation as the Typically Human Subjective Dimension

David, one of the brightest patients I have had the opportunity of encountering, left me puzzled as to the chronic breakdown in his mental and comportmental life. Although highly bestowed with mental prowess he never finished his Mastership in Language. Instead he stayed indoors for about 20 years of his life and for the last 1,5 years he did not even leave his room. He was sure his neighbours were plotting against him, trying to make him sick and pestering him in every way imaginable. He had barricaded himself in his room, took only the food left by his door and urinated in bottles. The newspapers he examined everyday (also left on his doorstep) took witness to the idea that the world was coming to an end and he had to prepare for the worst of all circumstances. He was lifted from his room and brought into the Psychiatric Center under involuntary care, motivated by the clear mental and physical deterioration of his state of mind and body and his lack of insight in his mental status.

At the start of his treatment he was convinced that his neighbours had won the fight by having him incarcerated in the nut house. It was only a matter of time before they would give the order to execute him for his wrong doings. In the sessions I got to know a very balanced middle aged man, well mannered and polite, in touch with some of the news of the world in painstaking detail, quick witted and eager to learn more about the new world he was now in. He could never admit that his ideas and behavior were deemed psychotic. He always had a logical explanation for all his eccentricities. On the other hand, he had never seen a CD player, knew nothing of the internet, was unaware of 9/11 etc.

In our sessions I went out on a limb and presented the prisoner's dilemma to him. In a matter of seconds he said that all of them would realize they have white discs after one or two stops. Dumbfounded as I was, he explained how he had come to this conclusion. If one of them had a black disc he would be different than the others. He would feel this intuitively and try to run away from the others. The other two whites would kill the black one because he was different from them. They also would see the black one as the outsider in contrast to their state of being. Nobody gets killed so they must all be white.

His explanation is a clear example of psychotic reasoning. The background for his interpretation was the need for a lack of difference between prisoners. Because of his odd appearance and manner of speaking, he saw himself as the outsider. He had planned to run away from our institution, but he had never pursued this escape because he realized that it would be to no avail. The only option was to be as well behaved as the

## PDF Eraser Free

other patients, to cooperate and to keep his aggressive drives under control. From the moment a trust relationship was established between our team and him, he was able to see differences between himself and the Others. It was ok to be different, since being different did not mean that he would be regarded as a psychopath. He was able to talk about his life, his family history, his desires, his frustrations,...

When given a different kind of medication, he said it worked quite fine. He did not experience the 'loss of breath' as with the other medications. When I asked him to explain this loss, he said that the medication were psychopharmaceuticals. Psyche is the breath of life and before he would breathe life into too many thoughts so he made too many associations and wasn't able to think clearly. The first medication stopped his breathing altogether, the new product dammed certain flows in his mental process, but left enough room for coming up with more problem solving strategies. So he decided to get rid of his stacks of newspapers at home, to select a few which were self relevant and to balance out the information he thought was relevant or not.

In his family he could see himself as a Retired Intellectual. This identity made it possible for him to think and behave more clearly both for himself and his relatives. He left our Center and came back to visit several times to give testimony to his well being. Of course, he needed to know that every one of our ward was doing fine. Always up to date with the little differences and changes in our team and our therapeutic milieu.

# PDF Eraser Free



## Chapter 4

# The Implosion of Reality. Schizophrenia, the Anterior Cingulate Cortex and Anticipation

## PDF Eraser Free

# Introduction to The Implosion of Reality. Schizophrenia, the Anterior Cingulate Cortex and Anticipation

This chapter was the second paper I presented at CASYS in 2005. From the abstract we gather:

In contemporary neuroscientific and psychiatric research into schizophrenia, we can observe a shift in focus from the clinical dysfunctions (positive and negative symptoms) towards a mapping of the cognitive function. In this chapter we look at a specific cognitive problem area in schizophrenic brain functioning, the Anterior Cingulate Cortex (ACC). I show what the ACC is, what it probably does and how this is relevant in research concerning certain psychiatric disorders. Then I explain the role of the ACC in choice anticipation. In this we underline the possible link between choice anticipation and the lack of Error Related Negativity (ERN) in this specific area. Lastly I incorporate this approach to the problem of schizophrenic anticipation within the neuropsychanalytical framework and the role it might play in the formation of hallucinations and delusion.

This chapter offers a synthesis of the ideas put forward in Chapter 2 on Objectivity and the idea of anticipation in Chapter 3. I apply the problem of the missing psychotic object to a certain phenomenon that was observed in an experimental setting.

From this experiment it was noticed that schizophrenic patients have a lower ERN when making a mistake. This finding led to the conclusion that psychotic individuals do not notice mistakes or at least have a toned down reaction to making mistakes. Evaluating this research I show that the reductionist view point is misleading if we do not take the context into account. An alternative approach could be offered within the framework of a non reductionist viewpoint.

I strive to discuss psychosis as a disorder of reality in a very straightforward manner. If error detection in psychosis is blunted and some kind of brain monitoring shows this, it does not allow us to superimpose this finding on the background idea of a supposed distorted reality perception in psychosis. Saying that the ERN is the Brain's "Oops" function, that this *oopsie daisy* does not occur in psychosis, does not lead us to proof that psychotic individuals do not register error. We can only state that a brain process we might expect is occurring differently than expected.

# The Implosion of Reality. Schizophrenia, the Anterior Cingulate Cortex and Anticipation

## 4.1 The Unapparent Connection is More Powerful Than the Apparent one<sup>45</sup>

In this chapter I would like to present you with material which links the idea behind anticipation with the research concerning schizophrenia from a complex neuropsychanalytical viewpoint. For this choice, I give three reasons.

The first one is that the ideas underlying an complex anticipatory approach enrich any problem you put your mind to. It makes the model more natural, dynamic and from my own point of view more accessible to thought experiments and clinical applications. Although the model itself may become more difficult to translate into experimental research directly and you need an open mindedness not commonly found among scientists and philosophers nowadays, it will be worth it in the long run.

Second of all, I am very interested in the neurology behind schizophrenia. As opposed to other mental 'illnesses' such as hysteria, neurasthenia, depression, personality disorders and the like, the brain has always seemed as the site where schizophrenia is supposed to be located. "In 1837, Dr. W.A.F. Browne, the best-known English psychiatrist of his generation, wrote: "Insanity, then, is inordinate or irregular, or impaired action of the mind, of the instincts, sentiments, intellectual, or perceptive powers, depending upon and produced by an organic change in the brain." In that same year, Dr. Amariah Brigham, one of the founders of American psychiatry, also wrote that insanity "is now considered a physical disorder, a disease of the brain."<sup>46</sup>

Only a handful of researchers have the courage to look beyond the actual locus of the problem in the brain and look at the complex connections between different cognitive or psychological phenomena and different brain states. Schizophrenia is a complex problem, so to do it justice we can only hope to find a very complex answer to this

---

<sup>45</sup> Herakleitos, quoted in Hippolytus, Refutations  
<http://community.middlebury.edu/~harris/Philosophy/heraclitus.pdf>

<sup>46</sup> <http://www.schizophrenia.com/family/disease.htm>

## PDF Eraser Free

question, no matter what level of the schizophrenic question we want to address (be it the social, psychological or neurological level).

Thirdly, as a psychotherapist, I work with schizophrenic patients on a daily basis. In this work, it is very remarkable to witness two very distinct phenomena. On the one hand, they seem to fail miserably when it comes to making realistic expectations about the future and their own place in it. On the other hand, they do not seem to stop anticipating events, which from a logical point of view can't and won't ever happen. These wrongly anticipated events are commonly known as delusions.

Especially in the case of paranoid schizophrenia, these two quirks in the anticipatory process really stand out. Paranoid patients don't seem to bother too much with the anticipation of real dangers and other possible stressful events (such as losing a job, a partner, a friend or even making certain specific errors in everyday life situations and the implications these might entail; things like crossing the road even). This makes them from a 'normal' point of view seem reckless, aloof or even outright demeaning in social situations. But when it comes down to their paranoid delusions themselves, they are very much aware of how the danger they fret is going to come and knock on their door. They know what the specific portents are of this imminent doom and what they will have to do to counter or accelerate this process. In short, from a clinical perspective paranoid patients lack a realistic anticipatory attitude and they make up for this through a paranoid anticipatory approach. In paranoid schizophrenia the process of anticipation has gone haywire, and no one understands how this has come about. One of the major advances that a psychoanalytical approach to this problem might have, is an insight in the logic behind (paranoid) delusions and hallucinations. They are not mere whim nor folly, there is a certain anticipatory logic behind it.

To help a schizophrenic patient in a state of anticipatory anxiety is to try to understand what is going on in his mind, so as to anticipate what possible interventions might be able to alleviate the burden of this anguishing anticipatory process and the social turmoil that follows in its wake.

So, to keep things simple, in this chapter we link the neurological approach to the problem of anticipation, haphazardly located for now in the anterior cingulate cortex, and look at where this avenue of thought leads us to.

First we look at schizophrenia from a psychiatric point of view and comment upon the view of (ab)normality. Next, we discuss the Anterior Cingulate Cortex, followed by a look at the involvement of this brain area in anticipation. We then incorporate the ACC anticipation cortex within a psychoanalytical framework regarding psychosis to come to our conclusion about the ACC-anticipation-psychosis link.

### 4.2 Schizophrenia, the 'Global Brain Disease' in Sickness and in Health?

From the first moment the term schizophrenia was first coined by Eugene Bleuler in 1911, this group of mental disorders was seen as one of the most severe and pervasive, with a very pessimistic prognosis. Even Freud it is said deemed them almost untreatable at times (1911[1910]). The severity of this illness is only matched by Alzheimers'dementia, which normally only manifests itself later in life. But, schizophrenia has its onset for most patients between the age of 18 and 25 years, where a subject should normally have his or her entire life before him. Before Bleuler in 1887, Emile Kraepelin named this group of patients the dementia praecox, those who irreversibly become demented too young because of their illness.

Even in popular culture the term schizophrenia equals dangerously mad, people in need of being locked away for life. And for a great spell, this was actually the case, schizophrenic patients were locked away in asylums for the rest of their days. This view on schizophrenia continues up to this very day, where people with schizophrenia are seen as disordered and malfunctioning individuals.

This approach is countered from a Lacanian psychoanalytical point of view by stating that schizophrenia is actually just a form of psychosis and that psychosis is a different biopsychosocial structure, another existential position alongside the 'normal' neurotic structure (Maleval, 2000b). Schizophrenia has its disadvantages and its benefits, but it should be measured or appraised in its own right.

The question of developmental 'normality' does not come into play as such from a Lacanian point of view. The crux of psychoanalytical treatment for any patient is the specific subjective suffering and the questions surrounding it, which bring them into therapy. The normative diagnostics behind the reasons for this suffering come second, although they are important as avenues to approach the specific suffering, to understand it and to help alleviate it. In short, from a psychoanalytical point of view the cause of the subjective suffering is the main issue, not the question of (ab)normal thought or behaviour.

So, from a psychiatric point of view now, what is schizophrenia? Schizophrenia is a group of psychotic disorders characterized by disturbances in thought, perception, affect, behaviour, and communication that last longer than 6 months. In the most frequently used psychiatric guide to mental illness, the DSM IV, a patient is deemed schizophrenic if the following criteria are met.

**Characteristic symptoms:** Two or more of the following, each present for a significant portion of time during a one-month period: Delusions, hallucinations, disorganised speech (eg, frequent derailment or incoherence), grossly disorganised or catatonic behaviour, negative symptoms (ie, affective flattening, alogia, or avolition). Only one of these symptoms is required if delusions are bizarre or hallucinations consist of a voice keeping up a running commentary on the person's behaviour or thoughts, or two or more voices conversing with each other.

**Social/occupational dysfunction:** Since the onset of the disturbance, one or more major areas of functioning, such as work, interpersonal relations, or self-care, are markedly below the level previously achieved. Duration: Continuous signs of the disturbance persist for at least six months. This six-month period must include at least one month of symptoms (or less if successfully treated) that meet the characteristic symptoms.

The DSM IV further specifies 4 Subtypes: Paranoid Type, Catatonic Type, Disorganized Type, Undifferentiated Type and the Residual Type.<sup>48</sup>

### 4.2.1 Positive and Negative Symptoms: the Dopamine Hypothesis and Beyond?

For all forms of schizophrenia, psychiatrists since Bleuler usually divide the symptoms in positive<sup>49</sup> and negative<sup>50</sup>. These symptoms are then treated with medications, commonly known as neuroleptics. These are divided into two groups:

---

<sup>47</sup> <http://www.mja.com.au/public/mentalhealth/articles/hustig/husbox1.html>

<sup>48</sup> Also, schizophrenia should be differentiated from psychotic disorder due to a general medical condition, delirium, or dementia; substance-induced psychotic disorder; substance-induced delirium; substance-induced persisting dementia; substance-related disorders; mood disorder with psychotic features; schizoaffective disorder; depressive disorder not otherwise specified; bipolar disorder not otherwise specified; mood disorder with catatonic features; schizophreniform disorder; brief psychotic disorder; delusional disorder; psychotic disorder not otherwise specified; pervasive developmental disorders (e.g., autistic disorder); childhood presentations combining disorganized speech (from a communication disorder) and disorganized behavior (from Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder); schizotypal personality disorder; schizoid personality disorder; paranoid personality disorder. (see, <http://www.mentalhealth.com/dis1/p21-ps01.html>)

<sup>49</sup> delusions, hallucinations, disordered thought and disorganized speech

<sup>50</sup> flat affect, anhedonia, social withdrawal, emotional detachment, cognitive deficits and poverty of speech

## PDF Eraser Free

typical<sup>51</sup> and the atypical<sup>52</sup>. The typical ones are all strict dopamine antagonists, meaning that they block dopamine in certain parts of the brain.<sup>53</sup>

Fig. 2  
Sagittal section of human brain showing the dopaminergic pathways involved in the actions of antipsychotic drugs (see text for further information).

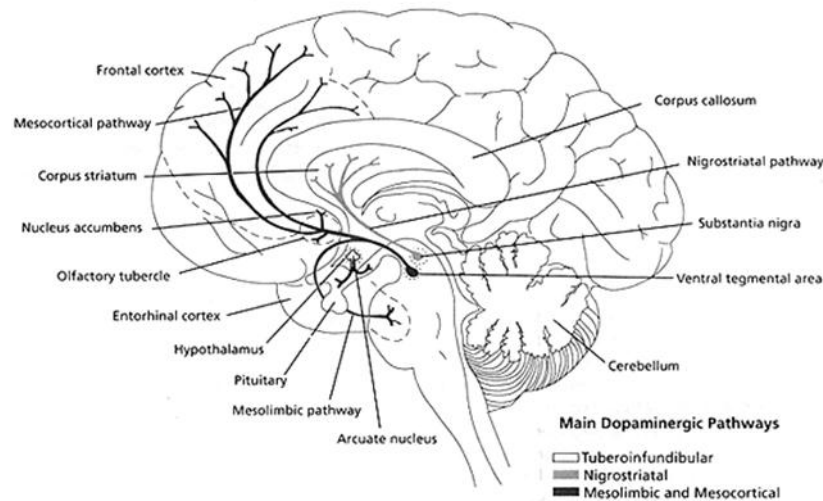


Figure 19<sup>54</sup> The four dopamine pathways

<sup>51</sup> Typical neuroleptics are generally D2 antagonists. D2 antagonists are particularly effective in treating the positive symptoms of schizophrenia. Adverse side-effects are common with dopamine antagonists due to the blockade of dopamine receptors within the neostriatum. Major side-effects include dystonias (acute spasms), Parkinsonism (bradykinesia, shuffling gait, muscular rigidity, and tremor), and akathisia (motor restlessness). Tardive dyskinesia is the term used to characterize a neurological disorder caused by long-term treatments with classical neuroleptics. Tardive dyskinesia is particularly associated with abnormal movements of the hands and face.

<sup>52</sup> Since the 1960's, several new compounds have been developed with unique properties. Collectively, these compounds are referred to as atypical neuroleptics, that have an effect not only of D2 but also on the serotonin receptors in the brain for example. Atypical neuroleptics are generally (more) effective in treating both the positive and negative symptoms of schizophrenia and with fewer side effects or so it is believed. The lack of extrapyramidal side effects may be due in part to its potent anticholinergic effects, in addition to a high affinity for 5-HT<sub>2</sub> (serotonin) receptors. Atypical neuroleptics generally have high affinity for 5-HT<sub>2</sub>, D<sub>2</sub>, M<sub>1</sub>, and/or H<sub>1</sub> receptors. With the discovery of multiple subtypes of dopamine receptors, recent efforts have focused on the development of D<sub>3</sub> and D<sub>4</sub> antagonists. D<sub>3</sub> receptors are found at higher levels in the limbic system than in the striatum, suggesting that D<sub>3</sub> antagonists might be useful neuroleptics with a reduced incidence of extrapyramidal side effects.

<sup>53</sup> Dopamine pathways project from the mesencephalon (ventral tegmental area) to the frontal cortex (mesocortical projection, D<sub>1</sub> group) and to the cingulate cortex, amygdala, lateral septum and the olfactory bulbs (mesolimbic projection, D<sub>2</sub> group). These pathways seem to control cognitive function and emotion and give rise to the common symptoms of schizophrenia.

<sup>54</sup> <http://phonomuseum.at/daytwo/blog/wp-content/dopamine-pathway>

## PDF Eraser Free

Four major dopamine pathways are distinguished: nigrostriatal (involved in movement and Parkinson's disease), mesocortical (alterations in this are supposed to give rise to the negative symptoms), mesolimbic (these are the main psychiatric focus point as they are seen to give rise to the positive symptoms) tuberoinfundibular pathway (this tract controls the prolactin secretion from the anterior pituitary gland) The success of these medicines, combined with an insight into their function in the brain has led to a theory known as the dopamine hypothesis: schizophrenia as a whole is to be understood as a problem in the dopamine circuitry only, D1 and D2 receptors, because blocking these (especially D2) greatly reduce the positive symptoms. This seems to be at odds with recent findings in the working mechanisms of atypical neuroleptics and further brain research (Dolan et al, 1995; Coyle, 2006; Abi Dargham, 2004).

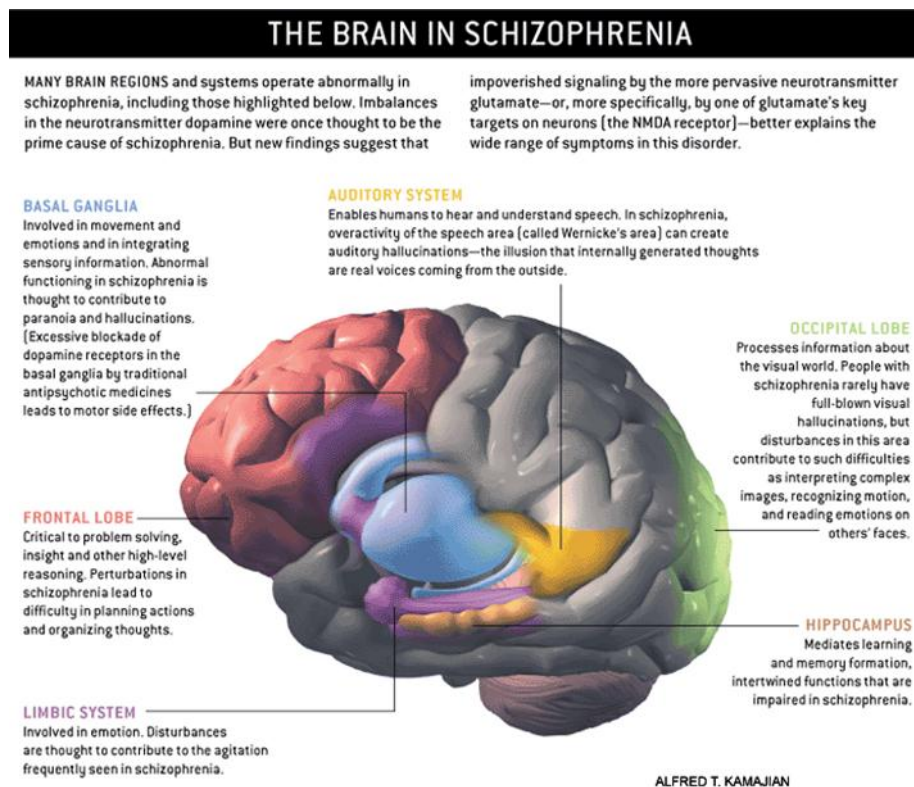


Figure 20<sup>55</sup> The brain in Schizophrenia

Other neurotransmitters and their receptors have also been shown to play a crucial role in schizophrenia: acetylcholine, glutamate (NMDA), GABA, cannabinoid, nicotinic and opioid receptors, for example (Coyle, 2006; Benes et al, 2001).

<sup>55</sup> <http://schizophrenia.com/schizpictures.html>



## PDF Eraser Free

All this leads to the conclusion that a limited look at the working mechanisms behind neuroleptics as an explanatory framework for schizophrenia is flawed at best. We need a broader perspective to place the relevance of the inner workings of dopamine and its link to positive symptoms in a meta-theory of schizophrenia. For this enterprise we need more building blocks and more possible ways to combine them. Crucial within this framework is that the positive symptoms themselves are looked at from another angle.

The positive symptoms may be very bizarre and hard to follow, but perhaps they are not the core of the schizophrenic problem. Yet they are usually the reason why a schizophrenic patient is sent into treatment, because they seem out of their mind. One very important focal point still for most psychiatrists is to eradicate these positive symptoms, which may not be necessary. It can't be or at least it shouldn't be the goal to 'normalize' schizophrenics, unless it is their own goal in life. Most patients are only hampered by their hallucinations and/or delusions if they are threatening or depressive in nature, or if these cause social strife in interpersonal interaction. To me, trying to annihilate them because they are the symptoms par excellence of a sick mind is missing the point at best, unethical at worst.

### 4.2.2 Cognitive Deficits: the Broader Perspective, or is it?

In recent decades a lot of research has gone into the cognitive functioning of schizophrenic patients (Brazo et al, 2002). This has led to the idea that the cognitive deficits in schizophrenia are not immediately linked to the positive and negative symptoms, but that they are a category all by themselves.

The most common cited deficits are in working memory, attention/vigilance, verbal learning and memory, visual learning and memory, reasoning and problem solving, speed of processing and social cognition.<sup>56</sup> All of these seem severely damaged in schizophrenia. Furthermore, research in longitudinal studies and twin research has shown that the illness itself is detrimental to cognitive functioning (Bressler, 2003; Harvey et al, 1997). Schizophrenic patients perform worse -cognitively speaking- after the onset of the disease than before and an affected twin scores lower on cognitive tests than the unaffected twin (Goldberg, 1990). Overall, this has led to the conclusion that schizophrenia is also a cognitive disease, that a psychotic breakdown is neurotoxic even

---

<sup>56</sup> as measured with the Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS), The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS), or as stated in the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia (MATRICS) project: Speed of Processing, Attention/Vigilance, Nonverbal attention, Verbal Learning and Memory, Visual Learning and Memory, Reasoning and Problem Solving and Social Cognition (<http://www.matrics.ucla.edu>).

## PDF Eraser Free

and that schizophrenic subjects are handicapped because of their erroneous psychotic convictions and cognitive decline (Heinrichs et al, 1998). I personally believe this statement is rather blunt, verging on academic and clinical naivety. Two biases greatly influence this debate.

The first, which I would like to call the normative bias, is the view that schizophrenia is a deficit in and of itself. It is only a deficit when compared to 'normal' individuals, and who makes up these norms and for what reason? This approach starts off from the accepted idea that the brain is a normative thing, and that certain differences in cognitive brain processes are transparently linked to mental aberrations or social inadequacies. Anyone truly looking at brain functioning knows that there are a million reasons why a person could be dysfunctional in certain situations. From my own therapeutic experience with these patients, I must say that it seems completely biased, you need a better picture at the interactions between these specific deficits and their importance in certain social or psychological situations, not just in test situations based on some kind of normative benchmark.

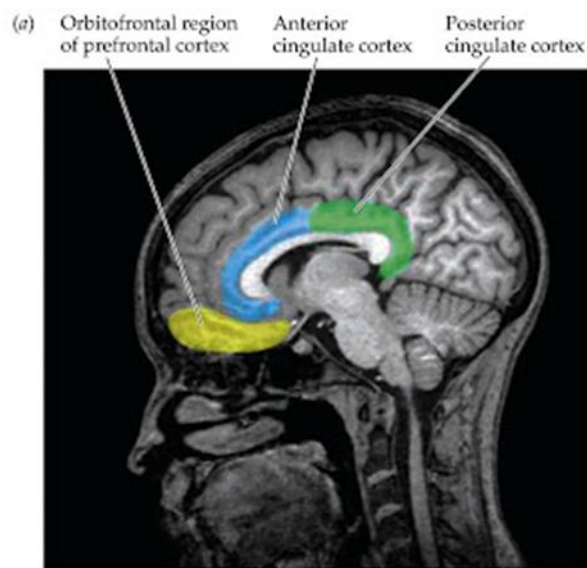
The second bias I call the psychiatric bias, is that the people usually included in this research are patients in institutions, people who have come into trouble because of certain problems in their social and/or mental functioning. This is a very specific subgroup of what is probably a large population of people with a certain psychotic vulnerability. Only those caught up in the psychiatric web are seen as the schizophrenic population, where this is probably not true as is shown in numerous epidemiological studies (Stefanis et al, 2002; Johns et al, 2001). Moreover, what is commonly labeled as the schizophrenic disease is probably not a homogeneous group of patients (Weiser et al, 2005). Again, there are a lot of reasons (social, psychological, neurological) how someone could come to have the positive and/or negative symptoms of schizophrenia and maybe some schizophrenics do not even have these symptoms as such (Myin-Germeys et al, 2003).

Concluding this lengthy introduction to schizophrenia, let's sum up our main pretences and focal points.

Right of the bat, schizophrenia is not a disease. It is a complex structure and anyone truly looking at this problem should feel humbled by the degree of its complexity. Second, schizophrenia is different and should be understood in its own right, according to its own criteria. It is useless to impose some kind of normative approach which might lose track of the problem at hand, trying to understand schizophrenia and schizophrenic patients in particular. Third and last, schizophrenia is not at all a stable or fixed problem. Symptoms change over time as people change and adapt over time. When dealing with schizophrenia, we should always remember that we are talking about people in interaction with their environment, trying to make the best of things. We need a viewpoint which takes change and chaos into account. Complex anticipatory models do just that, as we will try to show in part 4.

## 4.3 The Anterior Cingulate Cortex: Knowing When you're Wrong?

Numerous scientific studies with schizophrenic and other patients have shown the functioning of the Anterior Cingulate Cortex is noteworthy.



Biological Psychology 6e, Figure 15.15 (Part 1)

© 2012 Sinauer Associates, Inc.

Figure 21<sup>57</sup> The Anterior Cingulate Cortex

The ACC (BA 24-32) is a part of our neocortex, on the medial surface of the frontal lobes, right over the corpus callosum. At first it was thought that it was actually not a part of the neocortex at all, but an older subcortical part of our limbic system (Allman, 2002). More recent research has shown that this is not the case.

---

<sup>57</sup> <http://confessionsofaleedsstudent.blogspot.be/2012/06/internal-regulation.html>

Basal Ganglia and Limbic System

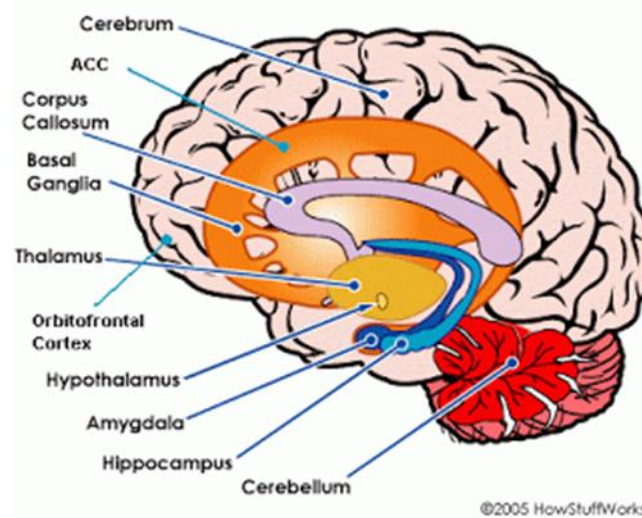


Figure 22<sup>58</sup> The ACC and the limbic system

The ACC is richly interconnected with a lot of other functional areas.<sup>59</sup> The most important are the prefrontal cortex (PFC), notably the dorsolateral prefrontal cortex (DPFC)<sup>60</sup>, the (pre)motor cortex (PMC), the Parietal Cortex (PPC) and subcortically with the thalamus, the amygdala, the hippocampus and the cerebellum (Wang et al, 2004; McDonald et al, 2000).

---

<sup>58</sup> <http://thequantumlobechronicles.blogspot.be/2010/03/impaired-emotional-recognition-during.html>

<sup>59</sup> In the ACC of humans and the great apes spindle neurons were found. These distinct neurons are probably projection neurons, sending and receiving stimuli from a wide array of other brain areas. These spindle neurons are dopamine receptive in nature, are only visible after the first four months after birth and they seem to announce the development of the maturation enhancements of attention. It wouldn't surprise me if in these spindle neurons the clue could be found as to where the developmental differences in schizophrenia could be found (Nimchinsky et al, 1995).

<sup>60</sup> Space limitations force us to leave the link between the ACC and the DPFC in the dark, although I cannot begin to stress the relevance of this enterprise. Combined they provide us with an explanatory framework beyond measure (Mc Donald et al, 2000).

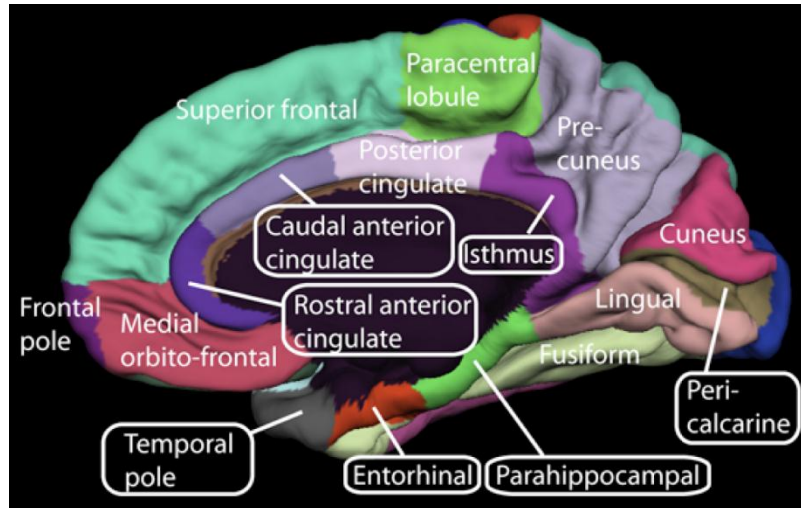


Figure 23<sup>61</sup> The Caudal and Rostral part of the ACC

EEG and fMRI studies have shown that the ACC consists of two distinct functional parts, the Caudal ACC and the Rostral ACC, where the Caudal ACC is more involved in cognitive functions, whereas the Rostral ACC is more involved when it comes down to emotional appraisal as such (Laurens et al, 2003; van Veen et al, 2002, ). Further data suggest that these two parts are richly interconnected, which leads to the hypothesis that the ACC is partly responsible for linking cognition and affect (Fan et al, 2003). Now we know a bit more as to where the ACC is located and what it is linked to, what is its function? In the early '90s both Falkenstein and Gehring, using ERP research, discovered that a certain negative brainwave pattern occurred in the EEG when a subject performs a mistake in an experimental task.

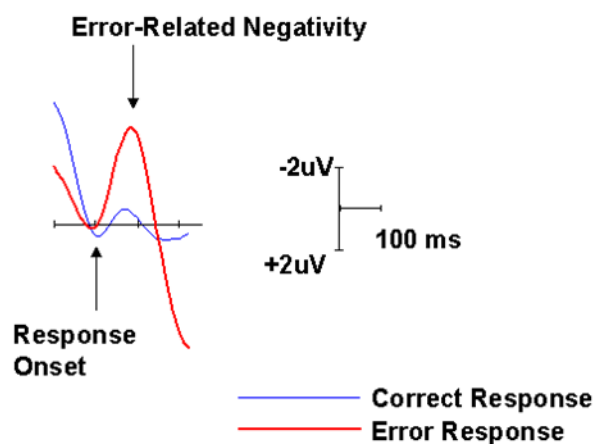


Figure 24<sup>62</sup> The Error Related Negativity (ERN)

<sup>61</sup> [http://en.wikipedia.org/wiki/File:Medial\\_surface\\_of\\_cerebral\\_cortex\\_-\\_gyri.png](http://en.wikipedia.org/wiki/File:Medial_surface_of_cerebral_cortex_-_gyri.png)

<sup>62</sup> <http://www-personal.umich.edu/~wgehring/research.html>

## PDF Eraser Free

This pattern has been dubbed the error negativity (Ne) or Error Related Negativity (ERN). It seems to stem from the frontocentral part of the brain, near the ACC. This has led to the hypothesis that the ACC is involved in action monitoring, more notably when errors have been performed.

From this point on a whole corpus of literature has been established to further extrapolate on this point and to bring some of these rather conflicting data results (from ERN and fMRI results) within a logical framework (van Veen et al, 2002b; Mathalon et al, 2003). Some say that the ACC is an action monitor for errors, providing information to other areas; other see it as a top-down control area in itself (Liddle, 2001; Botvinick et al, 2004; Erickson et al, 2004; Carter et al, 1998; Paulus et al 2002; Luks et al, 2002; Fan et al, 2003). They might just both be right, as we will come to see later on.<sup>63</sup>

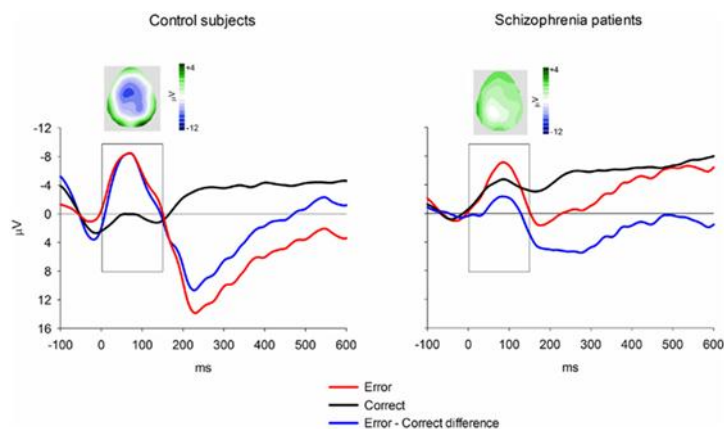


Figure 25<sup>64</sup> Comparison of the ERN between schizophrenic patients and healthy control subjects during a Flanker task (Morris et al, 2011)

From the viewpoint of schizophrenia research, the ERN and the ACC functioning have received a lot of attention too, because the ERN pattern does not occur or is blunted when schizophrenic patients make an error in an experimental task, at least not in the same way as ‘normal’ subjects (Nordhall et al, 2001). This, taken together with the popularisation of the ERN-ACC link as the brain’s ‘Oops’ function has led to the psychiatric cognitive hypothesis that schizophrenics don’t know that they make a mistake, that they don’t feel it as such. In short, schizophrenics are social error prone

---

<sup>63</sup> A very recent study by Fellows and Farah (2005) has even shown that the ACC may not be necessary for cognitive control at all in people with cerebral damage to the ACC itself. Their problems are more linked to motivational problems and reward expectancy. How to explain that from a reductionist viewpoint of the ERN?

<sup>64</sup> [http://www.frontiersin.org/human\\_neuroscience/10.3389/fnhum.2011.00123/full](http://www.frontiersin.org/human_neuroscience/10.3389/fnhum.2011.00123/full)

## PDF Eraser Free

misfits and the ERN-ACC dysfunction explains it. Speaking to any schizophrenic patient will show you that this caricature hypothesis is flawed at best. They don't react on the spot, but the onslaught of their delusional reactions comes later on.

Any delusional story they tell you is a testimony to the fact that they react differently, but that they react nonetheless, albeit not in the way we 'normal' people usually do. At the core of any delusion lies a erroneous conflict within the subject or with its environment, a place where a certain solution was expected, even longed for, but not presented as such, so they invent their own solution.

What is wrong then with the ERN-ACC hypothesis towards schizophrenia?

First, the reductionist interpretational context is flawed. When you look at the brain as a problem solver, you can never look at it as if it is a linear computing machine. Although the ERN in the ACC is a very salient feature of our brain functions and of the difference in brain processing in schizophrenia, it is and remains a complex issue that cannot be understood too simplistically. The ACC is a very complex part of our very complex brain. The ERN not occurring after making a mistake does not lead to the conclusion that schizophrenics are not able to see faults on the spot, the only allowed conclusion according to me is that their brain reacts in another way, as is shown in ERP and fMRI research. In recent years an entire wealth of other features of the ACC have been discovered, most notably its role in mediating between cognition and affect, its role in reward dependent tasks, its role in the inscription of data in long term memory, the distinction in self/not-self in relation to the mirror neurons et cetera. (Arbib et al, 2005; Lane et al, 1997; Wang et al, 2004; van Veen et al, 2002, 2002b) The ERN (dys)function should take these other features and the interrelations between these new discoveries into account, especially when studying schizophrenia. The brain is not a computer and schizophrenics aren't robots, although some of them believe otherwise themselves.

Second, the relativistic temporal context interaction is biased. The ERN seems to occur only after an error has been made, but some data suggest that the ERN also occurs when mistakes are likely to occur, in anticipation (Luks et al, 2002). Furthermore, Error rate and outcome predictability affect neural activation in prefrontal cortex and anterior cingulate during decision-making, which point at the role the context plays for certain specific brain phenomena (Erickson, 2004). You could call this the error prone environment interactions. Furthermore, the N2 pattern –also frontocentral, probably also stemming from the ACC- occurs prior to a correct conflict resolution in a task, where the ERN is usually shown after an error has occurred (van Veen et al, 2002b). The interactions between both are not well understood, nor studied.

To me, it is fascinating that both functions –anticipating success and (anticipatory and posterior) reacting to error- are located in the same part of the brain as processing attention, memory, motivation and emotional appraisal. It makes more sense that our

## PDF Eraser Free

brain should look at upcoming events from a relevant point of view for the system itself, taking into account previous reactions and possible future consequences (see part 4). What are the consequences of my (re)actions for me as a subject, what are my feelings towards this?

We are not built to perform well in relation to irrelevant stimuli, we are built to survive in an error prone environment with dire consequences if we falter or fail. Recent research into pain shows that the expectation of pain (for ourselves or for others) causes massive innervation in the ACC, which goes to show (Buchel et al, 2002; Jackson et al, 2005).

### 4.4 The ACC Anticipation Hypothesis: Doubting That you're Right!

What is wrong with the model up until now? Almost everybody looking at the working of the ACC and the role of ERN in it takes a very matter of fact attitude towards the problem: if the ERN occurs, then we know that we have made an error. In reality, it is not as easy. We need a broader context and a mapping of the subject environment interactions.

My first hypothesis: The ACC and its function is actually that part of the brain which evaluates differences in the constant temporal flux which makes up our subjective awareness. It seems that our brain has the capacity to distinguish between correct and incorrect information and to evaluate its own role in it.

From a psychoanalytical point of view, this function is crucial. In 1925, Freud wrote a very peculiar short text on this subject, and Lacan throughout his work has always hammered on the importance of our capacity to negate information and our own role in it (Freud, 1925h). Alongside the ideas of repression and the discovery of the unconscious complex phenomena, negation is seen as a crucial human capacity, both for subjective development as for our use of language (Ver Eecke, 2006).

My second hypothesis: I personally believe that the ACC is the locus in our brain where the distinction between (pre)conscious affirmation (bejahung) and conscious negation (verneinung) over time is made. According to me, it is all the ACC might be doing, it takes possible error into account, it tells us that we may be right, but we might be wrong. Some have compared the function of the ACC to an exclamation mark, the



## PDF Eraser Free

brain's 'Oops!' or 'Damn!' function. I on the other hand would compare it to a question mark, the 'Huh?' or 'what the...?' function.<sup>65</sup>

How does this relate to what we have discussed so far? In a recent article Quintana et al (2004) investigated the ACC dysfunction in choice anticipation in schizophrenia.

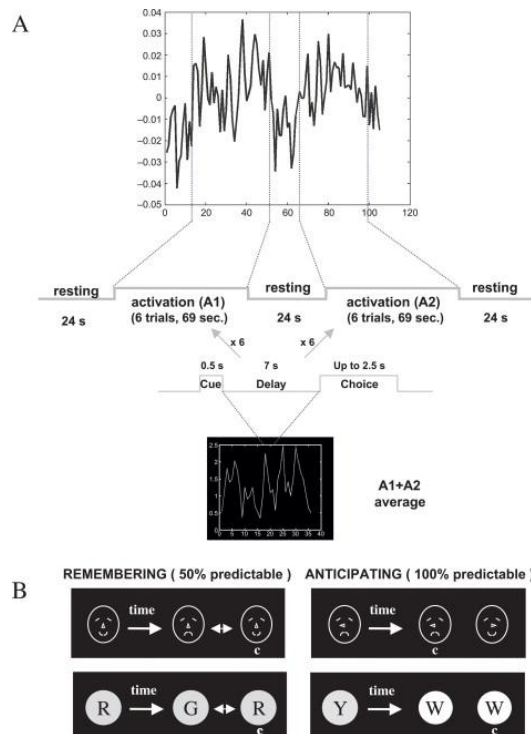


Figure 26<sup>66</sup> Remembering and Anticipating a face expression (Quintana et al, 2004)

They discovered that in 'normal' subjects the ACC activation was high in response anticipation, but not when these subject had to remember a certain percept. While in schizophrenic subjects it was the other way around, no significant ACC activation in anticipation, activation when remembering a percept.

<sup>65</sup> Since the ACC is also the mediator between affect and cognition, the role of distinguishing between right and wrong might have far-reaching consequences if we add these two functions up. Knowing what is right or wrong is also a bodily state, an emotional appraisal.

<sup>66</sup> <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925492704000745>

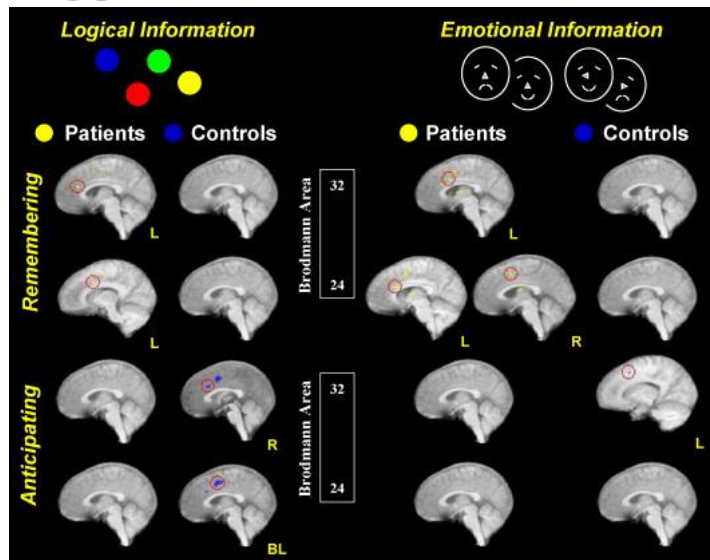


Figure 27<sup>67</sup> The distinction in Brain Activation in Remembering or Anticipating a logical or emotional result between schizophrenic patients and healthy control subjects

They also discovered that there was a significant influence in this process if the anticipated or remembered percept was a colour dot or a face diagram. In anticipation with the normal subjects the colour dots yielded more activation than the faces. In remembering in schizophrenia the facial diagrams resulted in more activation than the dots, which leads to the speculation that the saliency and the relevance of the stimulus is also important (irrelevant colour dots or symbols of expressed emotion in the face diagrams). Because the results from this experiment were obtained with fMRI, it is impossible to tell if this activation was a Ne or an N2 wave pattern. We can only say that there was a distinction in activation as such.<sup>68</sup>

Nevertheless, speculating on the information thus far, I would like to propose a third hypothesis concerning the ACC, negation and anticipation. In the previous chapter, I made a distinction between three forms of anticipation: real, imaginary and symbolic (De Grave, 2004).

Real anticipation is to be seen as the drive, the libido or the state of bodily arousal in expectation. The body prepares itself for a future event. “I feel A, so B must be coming on.” Imaginary anticipation is the expectation of a certain percept following another percept, based on a previously learned link between the two. “If A was first seen and B followed, then you anticipate that after the presentation of A, B will follow.” Imaginary anticipation is usually the one people hint at when using the word anticipation. The hard one to grasp is symbolic anticipation, which is the ambiguous subjective

<sup>67</sup> <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925492704000745>

<sup>68</sup> Throughout almost all ACC investigation, we see a clash between results from fMRI and ERN. Few studies combine the two.

## PDF Eraser Free

interpretation of what happens now, and what possible future states this might lead to without the immediate certainty of what the future is going to be.

“If A is the case, then ...?” Symbolic anticipation starts off from lack of certainty about future states and is based on conventions, beliefs and convictions, derived from social symbolic interactions with others. If A is the case, then we all agree upon the fact that B should follow. Language itself is probably the best example of symbolic anticipation. No signifier or word means anything in and of itself, it only generates its meaning through the context of other signifiers and subjects uttering them. Symbolic anticipation is the anticipation of certainty of meaning over time, with a lack of certainty at this moment in time. To me, it is the true and exclusively human complex form of anticipation. It is symbolic anticipation which makes up our common sense view of reality, which is nothing short of believing that you know what to expect based on social interaction. (Lacan, 1945).

Third hypothesis: The ERN is the feeling (real) that something which a subject sees or does (imaginary) does not lead to the anticipated result (symbolic).

Combining these three forms of anticipation, I speculate that the ACC might be the anticipatory interface where the real, imaginary and symbolic are intertwined to create the whole of existential anticipatory awareness. It entails being a certain way at a specific point in time, in relation to our remembered past and anticipated future. Some have named the ACC the interface between emotion and cognition and I think that this is true if we add that it links emotion and cognition into a meaningful event over time.

Mostly, this is a process we are not aware of, since mostly our beliefs and expectancies are seemingly correct. We only notice its function when it goes wrong, and that is where the ERN in ‘normal’ subjects comes into play. Of course, this hypothesis is overly speculative, but I believe it could result in a few novel avenues of thought, experimental research and clinical applications.

## 4.5 The Collapse of Reality: Schizophrenic Anticipation and Delusion

Experimental research has clearly shown that the brain wave pattern representing the ERN function in the ACC in schizophrenia is mostly blunted. According to me, this doesn't say anything in its own right besides the fact that in schizophrenia, the brain reacts differently when making a mistake than in ‘normal’ individuals. But it is important nonetheless.

## PDF Eraser Free

From a Lacanian diagnostical point of view towards psychosis and schizophrenia, the diagnosis is formed on the basis of certain language disorders, certain peculiar social ties, a special way of experiencing the body and the bodily states (Maleval 2000a,b). All this is tied up in a theorem developed by Lacan named the forclusion of the primordial signifier (Name-of-the-Father) (Lacan, 1957; Maleval 2000a). Although it is a very difficult theorem to understand, for this paper it is only necessary that Lacan stated that for psychotic subjects language works in a different way than in neurosis, based on another existential position towards the Other (De Grave, 2006).

In other words, what is important here is that for psychotic individuals language is not imbedded in the common sense idea we all share that words represent what we believe them to represent. A psychotic subject doesn't accept language as the shared belief system, it is forcluded (Freud named this *verwerfung*, a function next to *verleugnung* and *verneinung* (Maleval, 2000a; Lacan, 1957; Freud, 1911c, 1918b, 1924e, 1940e)). This has far-reaching consequences, since everybody needs to be able to communicate in life to survive, be able to remember past errors to learn from them and to know what to expect from the future so as not to be fixed in a harrowing unpredictable universe.

From a psychoanalytical point of view delusions in schizophrenia function as these ersatz anchor points, ways to distil a certain logic out of the events that happen in and around a psychotic individual (Maleval, 2000b). They are delusional because they are not tightly caught up in the network of symbols we all know as our shared reality. Delusions are a highly personal logical framework where things don't fit in.

To me, schizophrenic delusion should be understood as a form of direct interpretation. You think something and it is true, you feel something and it is true. There is no middle ground for taking the possible erroneous character of your beliefs and convictions into account.

We all know that our common sense reality is a lie or a fantasy up to a certain degree, words don't mean anything as such for example. But it is not strictly speaking our own lie, we didn't invent the words, they are just borrowed. So we play along and pretend that it is true. It seems to work fine. But if your perception of reality is not based on this common sense lie, you have nothing to fall back on. This is exactly the problem in schizophrenia according to me.

If we take the functioning of the ACC and the lack or blunting of ERN into account in this matter, we must say that schizophrenics may not be aware of mistakes as we are, but that is actually very logical if we look at it from the psychoanalytical point of view on delusions. They live in another symbolic universe than we do, with other rules and laws. Although they try to cope with the stresses everyday life imposes on us all, they take a very different approach to this. A lot of the time, they just do what is asked of them, because it is asked. In this, motivation for acts, even in experiments, is almost

## PDF Eraser Free

entirely external. This does not make it impossible to communicate with each other if we accept that sometimes we cannot understand each other.

To me, plain and simple as a psychoanalyst, it is clear that in my everyday work with schizophrenic patients that they are not capable of anticipating a possible future as I am. They long for and they fret a different future which is not my own. They react differently. When they come unto our ward in a state of anxiety they are clearly different. Neuroleptics as dopamine antagonists do their work at stripping away their awkwardness (positive symptoms). I am not against medication, quite the contrary, but in giving medication that alters someone's built-in expectation schemas, we should be very careful, maybe we are taking away someone's own personal even intimate reference manual to understand the world and their own role in it. (Zirnheld et al, 2004) If you know that the ACC's primary neurotransmitter is dopamine, you should think twice when administering a high dose of dopamine antagonists to solve the problem (Suhara et al, 2002; Nordhal et al, 2001). You might just be taking away a person's capacity to anticipate any future, delusional or not.

Clearly, schizophrenics on the whole mostly do not know on a conscious level why they have performed the acts that have brought them into trouble in the first place, they often don't see the problem. But their delusional framework is a testimony to the fact that they do react very sensibly, even on the spot, but differently. They are busy trying to piece together the missing parts, the things other people tell them are out of order, unhinged, unbecoming in that place, at that time.

To the outside world it seems as if time and logic have collapsed into nonsense, to them all forms of understanding have imploded into the magnificent insight which makes up their delusion. In this imploded reality everything is linked with everything, nothing can be seen loose from another fact. In all patients I have had the pleasure to speak to in length, this element of implosion of reality is present as a strange attractor in their delusional framework (Bazan et al, 2003).

In such a collapsed universe it is difficult to see mistakes or error, because there is always a reason why the thought or the action could be right. Schizophrenics are caught up into an self-referential here and now with few possible ways of negating what is going on inside their mind (Ver Eecke, 2006). It is up to us as therapists to stretch this delusional form of all too direct interpretation out into an debatable temporal form of cognition, by standing next to them and placing the punctuation marks in the debate about their delusion. It is not that their delusions are wrong per se, the fact is that they could be wrong, just like any other thought anybody might have. In this we are all equal and in this we can find a middle ground between 'normality' and schizophrenia. The work with my patients heartens me that this is a possible endeavour.

### 4.6 Conclusion: Delusions of Grandeur

In this paper I have argued against a very strict interpretation of the ACC dysfunction in schizophrenia. The ACC clearly does something different in schizophrenia, as is shown in the blunted ERN, but that does not mean it doesn't work, or that its function is abnormal. It all depends on the reference background as to what you expect the ACC to be doing in a certain case.

With my speculations concerning delusional anticipation and the ACC, I may be dead wrong. It remains to be proven that there is actually a link between the two. All I am saying is that it is an interesting avenue of thought and possible experimentation. For this enterprise, you need to respect the delusions for what they might be, not just a symptom of a severely diseased brain, but an alternative reaction to a certain stimulus over time, another form of symbolic anticipation.

As a therapist it is my job to try and better understand my patients, so as to be able to try and help them better. A normative stance doesn't fit into this picture, condemning because of their frame of mind is wrong. In this paper I have tried to show that this mind set of respecting the formations of the mind for what they are, might prove beneficial in other fields of dealing with schizophrenia: psychiatry, neurology, linguistics,... The relatively young branch of science named neuropsychanalysis should take it upon itself to bring the qualities of psychoanalysis to the fore within the field of neuroscience, as a form of critique, but also as a clinical guideline where interesting fields of research are waiting to be discovered. I hope that I have conveyed some of the fervour in this project concerning the ACC and schizophrenic anticipation/delusion.

## Commentary on The Implosion of Reality. Schizophrenia, the Anterior Cingulate Cortex and Anticipation

During his stay on our ward David was tested to evaluate his cognitive functioning. He came out with flying colors in every test except for one, the Wisconsin Card Sorting Test.

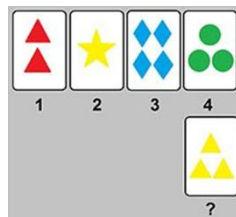


Figure 28<sup>69</sup> The Wisconsin Card Sorting Test

This is a test to investigate cognitive flexibility. Schizophrenic patients tend to score poorly on this test due to deficits in their executive functioning. Patients with frontal lobe damage have the same problems in this test. And lastly, children of all ages and mental capacities score lower than adults. The malfunctioning of the left Dorsolateral Prefrontal Cortex (DLPFC) is the main suspect in explaining the underscoring on the WCST. (Berman et al., 1995)

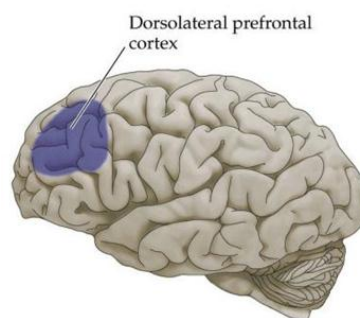


Figure 29<sup>70</sup> The Dorsolateral Prefrontal Cortex (DLPFC)

The reductionist view would take the poor score on the WCST as evidence that David perseverates in set rules and is not flexible when it comes to rule changes. So, after the test had been taken, I asked David about the testing. He mentioned the WCST and explained that he knew what the test administrator was up to. The aim of the test was frustration tolerance. She changed the rules of the test during the test because she

---

<sup>69</sup> [http://en.wikipedia.org/wiki/Cognitive\\_flexibility](http://en.wikipedia.org/wiki/Cognitive_flexibility)

<sup>70</sup> <http://www.lecriduchameau.fr/blog/limprovisation-et-le-cerveau/>

## PDF Eraser Free

wanted to be in control of his mind. The first moment she changed the rules, he knew that something was going on. The second time she did so and stated that his answer was wrong, he felt anxious and quite a bit suspicious. Why was she pestering him? It was as if she wanted to read his mind, look in his skull. By changing the rules, she did not play fair and thus she must have had an ulterior motive. What was she actually testing?

In the following session I explained what the WCST actually measured. He understood it immediately and judged it as a rather devious form of poking and prodding the mind. He said that it was fortunate that he was so well behaved because the red crosses in the test aroused a certain anger in him he did not feel comfortable enough to talk about. He argued that there are no such things as neutral stimuli, every image, every sound, every smell is filled with meaning and purpose. Now, not being in an acute psychotic state anymore, or that is what others judged him to be, he could see that not everything emanates meaning.

He laughed and said that the testing had shown him a relevant point. If the designers of the WCST were such devious creatures then his neighbours turned out to be complete idiots. He had seen through all of their charades and misguidings. They had tried to work with the street light outside of his window, the heating set next to his bed and the radiation from the television playing in their bedroom. If they had been as clever as the designers of the intricate psychological and neuropsychological tests to hide their true purpose, he would never have solved the riddle and be damned for the rest of his existence. The WCST had shown him they were brutes.



## Chapter 5

### From Insufficiency to Anticipation: an Introduction to '*Lichaamskaart*'

### Introduction to From Insufficiency to Anticipation: an Introduction to 'Lichaamskaart'

In this chapter we take up the point of symbolic-imaginary anticipation and we combine it with the mirror stage, worked out by Jacques Lacan in numerous publications. We place the mirror stage within its complex temporal framework and explain how the three topological categories (RSI) follow from this most intimate of subjective experiences in the double mirror set up. All kinds of psychopathological mechanisms are traceable to this period in subjective development. Until recently it was impossible to find direct traces of this defining and unchanging moment. Since the beginning of 1990 a new method of therapy was devised in Duffel, named '*lichaamskaart*', or body map. We point out the likeness and differences between the double mirror stage and the construction of the *lichaamskaart*. In conclusion we illustrate the relationship between anticipatory systems and the therapeutic process involved in *lichaamskaart*.

If psychosis is a disorder of reality, what experience of reality are we talking about? If psychotic subjects inhabit a different place in the mental and social realm we should be able to delineate the boundaries of our field of enquiry. In the third paper we presented for CASYS, we turned our attention to exactly this question.

Psychosis as an altered state of experience of the world can be described as a broken down universe. (Pankow, 1976) As described by the phenomenologically inclined psychiatrists a loss of vital contact with reality or loss of the natural obvious takes place. (Lezy, 2007) Now, if the chaotic world of psychosis only concerns this loss, all meaning and structure would disappear entirely into a state of non sens. As we have shown in our previous chapters this is certainly not the case. Psychotic or schizophrenic subjects for that matter are not demented, mental degenerates in a perpetual state of 'Defekt'. The delusions and hallucinations take witness to a certain logic, with its own peculiar set of rules, paradigms, axioms, do's and don'ts.

One of the main fields of interest in psychodynamic and phenomenological thinking concerning psychosis is both the experience and the perception of the body. For, before we can discuss the disorder of reality perception we should first delineate how the reality is actually experienced. We can now state that the disorder is entwined with the experience of the living and lived body in contact with the inner and outer field of stimuli.

The place of the body and especially body ownership and sense of self is crucial. (Sass and Parnas, 2002) Sass and Parnas make out (p.429)

Jacques Lacan made it clear in his example of the mirror stage that the way in which this ipseitive experience grounds itself in the very core of our subjective experiences is

## PDF Eraser Free

crucial in making a distinction between 'neurotic' and 'psychotic' individuals. Or in the words of Pankow:

“The difference between neurosis and psychosis exists in the fundamental structures of the symbolic order that we find in the heart of language and that contain the primary content of the body. These are destroyed in psychosis, whereas in neurosis they are merely deformed.” (Pankow, 2006: 13, our translation)

In this chapter we will talk about the blind spot of emergence in the psychotic disturbances, the living body experiencing itself and outer reality.

# From Insufficiency to Anticipation: an Introduction to ‘Lichaamskaart’

## 5.1 The Premature Burial: Living in the Face of Death

*“Il n’y a pas en effet d’autre réalité que cette touche de la mort dont il reçoit la marque à sa naissance derrière le prestige nouveau que prend chez l’homme la fonction imaginaire.[...]”*

*A l’homme seulement, cette image révèle sa signification mortelle, et de mort du même temps: qu’il existe.*

*Mais cette image ne lui est donnée que comme image de l’autre, c’est-à-dire lui est ravie.*

*Ainsi le Moi n’est toujours que la moitié du sujet; encore est-ce celle qu’il perd en la trouvant. On comprend donc qu’il y tienne et qu’il cherche à la retenir en tout ce qui paraît la doubler en lui-même ou dans l’autre, et lui en offre, avec l’effigie, la ressemblance.”*

*(Lacan 1955 [1966]: 345-346)*

We are all going to die. It is just a question of time before we shed off this mortal coil and become something else, for better or worse. But until we reach that point we will have to deal with the fact that our mortal coil has something to say. “It would be far more true to say that traces of the past are retained in a way that reflects the course of a life: one might say that the body remembers.” (Hoffmeyer, 1996: 11)

Throughout their work both Freud and Lacan were obsessed with these two subjects: bodily experience of life and experience (or lack thereof) of death. Both subjects are intimately intertwined and these analysts went the mile to explain why these two are so closely matched, without finding any pleasing answers. For Freud it was the abhorrence, strains, anxieties and symptoms of sex itself, symbolised in the functioning of the hysterical woman, which portrayed the struggle he was trying to understand. For Lacan it was the psychotic enjoyment itself of the bodily experience in everyone (the enigmatic *jouissance*) that seemed to escape any form of rationale.

Both Freud and Lacan stressed the prematurity of our birth time as a departing point for three very important issues, namely our helplessness at birth (*Hilflösigkeit*), our total dependency on the Other for our survival and the pleasure he or she finds in taking care of us (*Jouissance de l’Autre*) and our desire to overcome this lack of self

## PDF Eraser Free

sufficiency by brewing a concoction of our own needs, the demands of the other(s) and the desires, which glue these two together (Narcissism). The scene where this Greek drama tends to unfold is found in every household. Unto us a child is born, and in it life has left her mark.

The oedipal scene is the stage or better said the frame wherein the helplessness, the enjoyment of birth and decay and the primary/secondary narcissism find their foothold. And as we know from Sophocles, the story does not turn out too well. Everybody goes through the different stages of the oedipal complex with three classical positions that provide an answer to the three questions of the Sphinx: what does it mean to be alive (life/death drive), what does it take to stay alive (master/slave dialectic towards the self and the other) and how do you know you yourself are alive (narcissistic relation towards the body as an other). Up until now no direct traces could be found emanating from these developmental stages (oral, anal/sadistic, genital) and their end result (neurosis, psychosis, perversion).

As we will come to see in this paper, the true story is still engraved deep within our body and there is a way to bring these traces to the surface using a remarkably simple technique called '*Lichaamskaart*'. Before we can explain the technique a little more theory is required regarding the mirror stage and identity.

### 5.2 The Ego as the Uncanny Double: the Mirror Stage

Ποταμοῖς τοῖς αὐτοῖς ἐμβαίνομέν  
τε καὶ οὐκ ἐμβαίνομεν,  
εἰμὲν τε καὶ οὐκ εἰμεν.

*We both step and do not step  
in the same rivers.  
We are and are not.<sup>71</sup>  
(Herakleitos)*

The text by Lacan on the mirror stage is perhaps so famous to the point of being worn out that it is surprising to find new elements in it to this very day. We start our introduction to *lichaamskaart* here because the *lichaamskaart* itself has a mirroring and an alienating effect, as it was described in the mirror stage by Lacan in 1949 and much earlier by Freud in 1919 in *Das Unheimliche*.

The key citation to opening up this text to *lichaamskaart* goes as follows: “This jubilant assumption of his specular image by the child at the infans level, still sunk in his motor incapacity and nursing dependence, would seem to exhibit in an exemplary situation the symbolic matrix in which the I is precipitated [precipitates itself] in a primordial form, before it is objectified in the dialectic of identification with the other, and before language restores to it, in the universal, its function as subject.[...] The fact is that the total form of the body by which the subject anticipates in a mirage the maturation of his power is given to him only as Gestalt, that is to say, in an exteriority in which it appears to him above all in a contrasting size that fixes it and in a symmetry that inverts it, in contrast with the turbulent movements that the subject feels are animating it.” (Lacan, 1949 [1977], p.2, our corrections between brackets)

In Van de Vijver et al. (2002) this citation and the following are discussed most thoroughly in regards to anticipation and identity and we will not go any further here.

For this text two elements pop out, namely that there is a tendency in the mirror stage from insufficiency of bodily functions to an anticipation of a containment of this frustrating lack of total control. There is a contrast between the total body object, found in the mirror as one overpowering Gestalt, and the *mouvements vermiculaires* (*corps morcelé*) by the subject in front of the mirror. “This development is experienced as a temporal dialectic that decisively project the formation of the individual into history. The mirror stage is a drama whose internal thrust is precipitated from

---

<sup>71</sup> <http://www.heraclitusfragments.com/index.html>

## PDF Eraser Free

insufficiency to anticipation- and which manufactures for the subject, caught up in the lure of spatial identification, the succession of phantasies that extends from a fragmented body-image to a form of its totality that I shall call orthopaedic- and, lastly to the assumption of the armour of an alienating identity, which will mark with its rigid structure the subject's entire mental development. Thus, to break out of the circle of the Innenwelt into the Umwelt generates the inexhaustible quadrature of the ego's verifications." (Lacan, 1949 [1977], p.4)

This is clearly a point where the distinction between the real and the imaginary bodily function can be made. As we are born, we are really helpless, wanting, frustrated pieces of enjoying meat. We have no control of our motor function and we are totally dependent on the other to give us food, shelter, even purpose and meaning. Without these permanent supports to our existence we die, simple enough.

In the specular image in the mirror we find a glimpse of things never to come: a total well-functioning, self-supporting body. One body, one image to sum up everything there is to say or do, everything we feel is there, within this one framework. In the end we can recognize this image and say this is me. But, until the inevitable end, we are never only this image.

We move, that is the problem, we are not living portraits, we are enjoying and enjoyed bodies in an intimate relationship towards this virtual total body image. We are never whole and therefore the image of our self is never whole. Something is always lacking there, namely our own fractured subjectivity, always in want of further meaning but never satisfied. We are never really there, nor are we only virtually there. We are always caught between (real) insufficiency and (imaginary) anticipation (De Grave, 2004). We need a third dimension, namely the symbolic anticipatory register to get out of this deadly and frustrating mess.

### 5.3 Two Mirrors, a Cracked Vase and Withered Flowers: Portraying Decay in the Imaginary Captation

A little less known is the fact that Lacan worked another version of the mirror stage using two mirrors (a concave and a straight one), a box, an inverted vase and some flowers. Throughout the first ten seminars Lacan gave between 1953 and 1963 he worked on this scheme explicitly and implicitly only to abandon it in the tenth seminar on anxiety. The reasons for this abandonment are worked out in Van Heule (2004) and we will not discuss these further. Let us look at the scheme by which we will be able so speak about *lichaamskaart*.

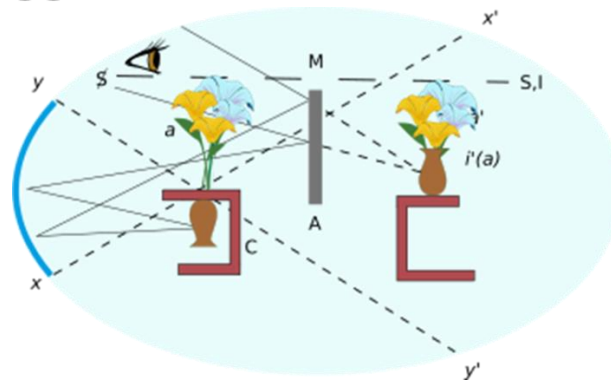


Figure 30<sup>72</sup> The double mirror setup of the mirror stage

The double mirror setup falls apart in two distinct sections, left and right. On the left side we see a box hiding an inverted vase. On the box some flowers are placed. Both of these are mirrored through the concave mirror to present the image on the right. The straight mirror reflects this image back to the left side.

Lacan uses this model to explain a vast array of psychological concepts and problems. For this publication we will limit us to the following. The boxed in vase (C) is a symbol of the body. The flowers (a) are the drives that we feel in our bodies, the oral, anal, scopic, auditive, olfactory, respiratory, urethral, genital drives. As was shown before, ab ovo we do not experience our body itself in combination with the drive pulsions. Due to the prematurity of birth we are condemned, at least initially, for the fulfilment of our needs to pass via the Other (Autre in French). This is where the straight mirror comes into play. The Other (A) as a mirror combines our drives and our body. The other sees us as a whole, as an enjoying substance or subject.

Here comes the tricky part. The Other never experiences our drives first hand or as separate from our bodily functions. All direct access to the feeling of what it is like to be someone, bounces off on the dead epithelium, the vase. We see the other as an image of certain drives, denoted as  $i'(a)$ .

We as subjects on the other hand are capable of feeling our body (C) and our drives (a) as two separate entities. Through the eyes of the Other as a mirroring effect we return to our own state of being, namely  $i'(a)$  (from the position of  $\bar{\sigma}$ , symbol for the divided subject (De Grave, 2004)) and we have found and lost something at the same time.

We have won the fact that we see ourselves through the other as a whole, a body we have for someone or something. The body becomes an apparatus for pleasure. In this movement we lose all claims to self sufficiency, even in our identity. It is through the

<sup>72</sup><http://www.valas.fr/Jacques-Lacan-lettres-reseaux-graphes-topologie-moebienne-mathemes-les-noeuds-borromeens,240>



## PDF Eraser Free

other that we are able to combine drive and bodily function, not on our own accord. Moreover, there is something lacking in the experience of viewing ourselves through the stare of the other.

We as subjects are the only ones who experience our drives from the inside out. All others must deduce our drives, wants and desires by interpreting our bodily expression of these three. Therefore, after the double mirror stage we as subjects are caught in limbo. Never quite ourselves, never the expectation of what the Other would like to see in us. After this mirror stage we are forever caught between the insufficiency of being ourselves and the anticipation of being just what we are, being a subject who transparently conveys his or her thoughts, wants and desires in order to be loved, desired and fulfilled.

The mirror stage leaves traces on our souls. From this point on, we have to make a (albeit unconscious) choice. If we trust the other, we make the leap and transform into the image we see without resorting to it every waking hour. If we deny the other as a mirror of our self, we fall back on de drive-body duality (*corps morcelé*). Other possibilities are open as we will see further on. At the end of the oedipal complex, this defining moment of choice, which Freud named *Neurosenwahl*, remains embossed on our psyche as a mould in which we pour our mental representations, our partial drives and the anchoring words of identity through which we try to convey our innermost feelings to the other. The mould never changes from the moment it is formed, our psychological structure remains the same as an unchangeable anchor.

Before, all this might have seemed like psychoanalytical speculative hogwash, pertaining to a field of expertise along the lines of astrology, karmic and chakra diagnostic and the like. As we will come to see, a technique as simple as *lichaamskaart* will provide the scientific means to point out that the mirror stage indeed leaves certain traces which cannot be altered in and of themselves, but they can be mended up to a certain degree. Let us look at this technique.

### 5.4 *Lichaamskaart*: the Simplest of Techniques With the Most Difficult of Consequences

Before we begin, allow us to make one thing clear. There is nothing mystical about the *lichaamskaart*. It translates as body map and we would like to keep the Flemish name to be sure to set it apart from other possible (past or future) approaches of these body maps. The *lichaamskaart* deals with the technique of mapping the body as it was discovered and elaborated in Duffel, Belgium. It may seem strange to take such a strict

## PDF Eraser Free

interpretation of the *lichaamskaart*, but in the translation of the technique into practice over the years it has become clear that the technique itself should be followed up to the letter or catastrophe looms ahead. Therefore it should have a name, which sets it apart from other forms of body oriented therapy.

*Lichaamskaart* is a form of nonverbal therapy worked out individually in group. It is possible to do it in an individual session, but this is not habitually done. It is very concrete and hands on. To make the first *lichaamskaart* we need only five or so minutes. It is important not to linger on the process, all the different steps in the *lichaamskaart* should be worked through as fluently as possible. There is plenty of time later on to work on the *lichaamskaart*, but the first thrust of work should be done without too much pause. Also the instructions should be followed to the letter.

### Prerequisites:

At least two people.

White paper of good quality, manheight.

Markers in different colours, but especially a red and a black marker.

A quiet space with at least one straight wall.

### The technique:

- Take a large sheet of white paper of good quality, big enough to draw your entire body.
- Hold it up on a blank wall, maybe two other individuals could hold it up, or you can use adhesive tape.
- "Then, with a red marker, draw your contours as you think they look in one fluent line without lifting the marker." Just draw as you think it is. If people ask for more details, just repeat the fact that they should draw the contours of their body as accurately as possible.
- When you have finished, take the drawing from the wall and put it on the floor.
- Go lie on the paper, more or less at the same height as the red *lichaamskaart*.
- Ask someone else to draw around you with a black marker.
- When he or she has finished drawing, stand up and look at the two *lichaamskaarten*. This phase is a very delicate one. Allow the drawer some time to get adjusted to the differences between the red and the black *lichaamskaart*.
- If the *lichaamskaarten* are drawn in group sessions, do not stimulate group interactions during the drawing process. The whole procedure should not take up more than approximately five minutes.
- If the subject or everyone has finished, put yourself somewhere quiet with the rest of the markers and within the black contour, draw what you are experiencing in your body.
- If you are the facilitator in the session, give two examples of experiences: If you have broken your leg in an accident and you can still feel it for example, you can draw your leg that way. If your heart has been broken and you feel that, you can draw it as you experience it.
- If all the *lichaamskaarten* are finished, let everyone decide if they want others to comment on the *lichaamskaart*. If not, let them fold the *lichaamskaart* shut.
- Go around the room and let everyone who wants to, comment on the *lichaamskaarten*.
- It is very important that you do NOT give strict interpretations. The whole idea is to create an atmosphere where the subject can create his or her own interpretations in relation to the comment of the others.
- If the red and black *lichaamskaarten* are already drawn in a previous session, you can start the session by giving everyone their *lichaamskaart* and allow them to continue drawing their bodily experiences within the BLACK *lichaamskaart*.

## PDF Eraser Free

When you read through these instructions and you anticipate what it will be like when you draw your *lichaamskaart*, you will expect both to be more or less the same. This is a clear example of how we expect that others like ourselves will be able to draw our contours more or less correctly. Needless to say, you are dead wrong in your anticipation. If you do not believe us, do try it out yourselves and prepare to be shocked as to what emerges here.

In Duffel over 500 *lichaamskaarten* were drawn over the course of 15 odd years. From these a number of distinctive features were noticed. First of all, people with different diagnoses seem to draw different and very distinctive *lichaamskaarten*. The three psychoanalytical diagnosis, neurosis, psychosis, perversion, are distinguishable most of the time. Furthermore, the diagnosis can often be specified as hysterical, obsessional neurosis, paranoia, schizophrenia, childhood onset schizophrenia, traumatic neurosis (borderline personality disorder), certain neurological disorders, narcissistic neurosis, etc.

Furthermore, it is to no avail whether you know your diagnosis or not. You will draw the same *lichaamskaart*, give or take a few details. The psychological structure, the symbolic matrix as Lacan calls it, remains unchanged. Most shocking of all, give or take a few details, your *lichaamskaart* will remain more or less the same even if you redo it after months or even years.

So, why is this of scientific interest? Well, it is universal, cross cultural, easily testable, repeatable, simple and non intrusive. In Belgium the same preliminary data were found as in The Netherlands, France and India. We do not expect the *lichaamskaarten* to change that much, either intra or intersubjectively, intra or interculturally.

We have bashed our skulls trying to fathom what the *lichaamskaart* actually portrays, what theory could be able to explain the universal properties of this technique. In the end we can only conclude that a *lichaamskaart* mirrors the place of the straight mirror (A) in the double mirror set up. The combination of a drive motor function (the red *lichaamskaart*) and the real and perceived *lichaamskaart* (the black one) creates the chalk lines wherein a subject can come to terms with certain nonverbal or preverbal symptoms within the body. Through *lichaamskaart* it may become possible to discuss certain hidden parts of our psyche. In this way, the *lichaamskaart* as a technique is akin to the classical psychoanalytical method of lying down on a couch and free associating verbally to everything that comes to mind.

In Duffel on the ward De Baken both verbal and nonverbal psychoanalytical therapy are used in conjunction with each other in treating psychotic patients. What doesn't come out verbally is worked out nonverbally and vice versa. We see that patients through verbal and nonverbal therapy come to a better grasp of their bodily functions and control of their libidinal impulses (or lack thereof). Therapy alleviates subjective

## PDF Eraser Free

suffering and this should be the only goal of therapy, no normalisation, disciplining or trying to fit people into a certain mould of sanity. *Lichaamskaart* should be treated with the same respect. There are no good or bad *lichaamskaarten*, there are only *lichaamskaarten*. For some they have a therapeutic effect, for some it remains stale. No one should ever be forced to do a *lichaamskaart*, as no one can be forced to speak.

*Lichaamskaart* is seen as an extension of the psychoanalytical cure, not as a competitor or as a falsifier. In this field of tension between verbalisation and non verbal impulses a wealth of experiences are waiting to be discovered.

### 5.5 3+1 Examples from the clinic of psychosis: corps morcelé, haché, mutilé

We give three example of *lichaamskaarten* from patients from our ward, De Baken, subsection for young schizophrenics and subjects with psychotic problems. As worked out in a previous publication (De Grave, 2006), schizophrenic patients seem to fail to anticipate certain events or future states. This is only half true. They do anticipate, but differently. The psychotic delusion in itself is a way of anticipating. Since *lichaamskaart*, like the mirror stage, goes from insufficiency to anticipation, we should expect to see some remarkable differences.

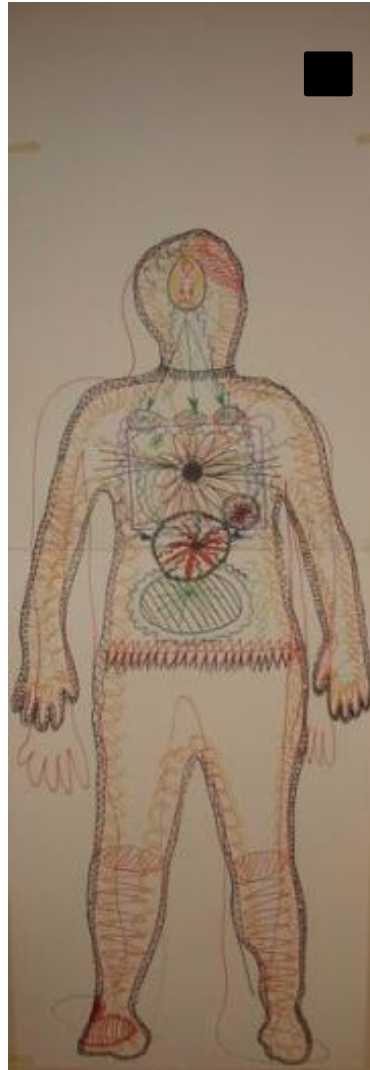


Figure 31<sup>73</sup> *Lichaamskaart* Justine

The first example is one to compare to the others. The young woman who drew this one was not diagnosed as psychotic. Although the content of the drawings in the *lichaamskaart* might seem psychotic (a little man in the brain, three I's,...) everything is drawn neatly in the black *lichaamskaart*. The red *lichaamskaart* is drawn fluently, a little smaller than the black one. Notice the filling up of the *lichaamskaart*. There doesn't seem to be any room left for anything else or new.

---

<sup>73</sup> Copyright Research "*Lichaamskaart*"



Figure 32<sup>74</sup> *Lichaamskaart* Marianne

The second example is of a schizophrenic woman with very clear auditive hallucinations and religious delusions. She doesn't draw in the black *lichaamskaart*, but on the red one. Notice the right arm is mostly missing, the left leg is hanging on by a thread and the heart is drawn between the red and the black *lichaamskaart*.

---

<sup>74</sup> Copyright Research "Lichaamskaart"



Figure 33<sup>75</sup> *Lichaamskaart* Stuart

The third example is of a psychotic young man with anxiety disorders, macrocephalia and an agenesis of the corpus callosum. This means that the left and right hemisphere of the brain have problems coordinating towards each other. Notice the asymmetry in the *lichaamskaart*, the large head, no neck, the long right arm, the fact that the *lichaamskaart* is much smaller than the real image.

---

<sup>75</sup> Copyright Research “Lichaamskaart”

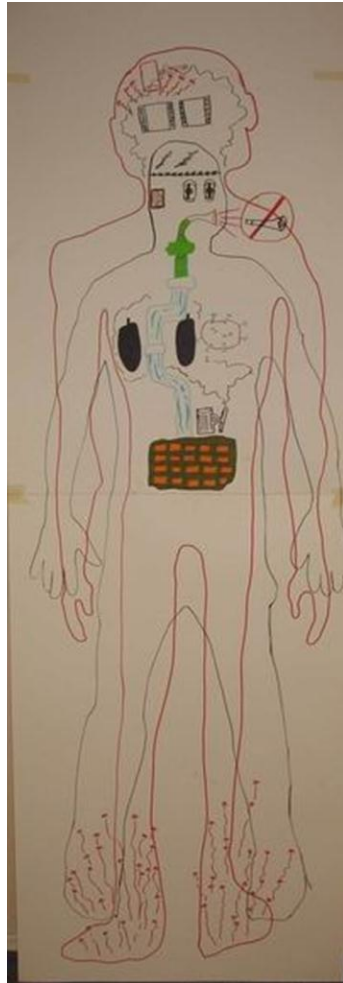


Figure 34<sup>76</sup> *Lichaamskaart Nigel*

The last example is of a schizophrenic young man with strong personality disordered tendencies and poly-toxicomania. Do note that the red one is substantially bigger than the black one. Also the broad shoulders and the left club foot are significant. In the map this patient draws quite a few references to addiction and health issues.

---

<sup>76</sup> Copyright Research “Lichaamskaart”



### 5.6 Anticipation and *lichaamskaart*: therapeutics as the nexus of *lichaamskaart*

If diagnostics would be the only focus on *lichaamskaart*, we think we will not be able to keep up more than a passing interest in this method. The real strength of *lichaamskaart* comes from the therapeutic consequences of this process. This is neatly caught up in the anticipatory process of the mirror stage discussed before.

Man does not see his own body in its entirety except through a mirror(ing other). The same probably goes for the *lichaamskaart*. We draw what we expect to see ourselves, without any predisposed suppositions. This is one of the main reasons why we have chosen to make the *lichaamskaarten* in a group session. Although everyone draws his or her own *lichaamskaart* individually, others besides the facilitating therapist are present as symbols of the fact that there are others in the first place, and these others can or cannot have a view on the subject at hand. In opening the *lichaamskaart* to others, something peculiar happens. We allow others to look directly at details of our bodily lives we often keep hidden even to ourselves. In confronting these images supported by other subjects, new avenues of feeling and thought can emerge to help us to come to terms with certain aspects of our psychological life.

To conclude this introduction to *lichaamskaart*, let us see how the idea of anticipation links up with the construction of the *lichaamskaart*. As Lacan stated, we start off from a moment of insufficiency in front of the white paper. Every one of us more or less anticipates how their *lichaamskaart* is going to be, namely a head, trunk, hips, two arms, two legs, etc. In the anticipatory process of drawing an Ideal *lichaamskaart*, we come to see that certain peculiarities emerge, but most of these only become clear after the black *lichaamskaart* has been drawn by somebody else.

The contrast between the red and the black *lichaamskaart* opens up a void as it were, a field of tension between our own motor production of our body contour and how the other has drawn it surrounding our body. The enigma of the differences between the two *lichaamskaarten* is a great motivator to start working on the content part of the *lichaamskaart*. I experience myself like this, the others see that, but is that all? What more could be drawn to further elaborate on the distinction between the red and the black one. As you will have noticed in the four examples above, all elements in the *lichaamskaart* have a relationship to one another. No part of it explains everything, and so no *lichaamskaart* can be reduced to any of its constituent parts.

It is the whole of the *lichaamskaart* which gives it its true and most potent power. A *lichaamskaart* can be finished at any time the subject deems it finished. Some seem to elaborate further on it through 10 or more sessions, others just come once or twice and never return to the drawing. It cannot be said that the more a *lichaamskaart* is

## PDF Eraser Free

elaborated, the more therapeutic effect will be attained. As long as something emerges through it with which the subject can appropriate his or her body in a new way, the initial goal has been reached. What is anticipated in the construction of *lichaamskaart*? Coming to terms with something which we seem to have “forgotten” most of the time, namely that we do not know how to look at ourselves.

Gertrudis Van De Vijver in a personal communication gave a wonderful metaphor for the distinction between psychoanalysis and psychotherapy. She says that psychotherapy helps you to find answers to certain psychological questions you have, psychoanalysis helps you to find questions to the answers you never realised you already had. *Lichaamskaart* does both. It puts the body into question with the discrepancy between the red and the black one and it allows a subject to work through this paradox by filling in the void with images of an often highly relevant symbolic value to the subject itself. The *lichaamskaart* is there, we anticipate it will have some impact on the whole.

## Commentary on From Insufficiency to Anticipation: an Introduction to ‘*Lichaamskaart*’

This is the first published text about ‘*lichaamskaart*’. As with all new ways to discover parts of our mental, conative and affective experiences, I have experienced some pitfalls. They have brought me to the point of abandoning the entire project or to leave it to other more qualified researchers to work it out.



Figure 35<sup>77</sup> Pitfalls ahead

From the experience of drawing my own first *lichaamskaart* in a workshop session in 2006 to making over a hundred *lichaamskaarten* with my patients in 2013, I have noticed that my approach to the technique has changed. At first I was mesmerized by the spectacular phenomena that occurred in the construction of the *lichaamskaart*. Had we here in our very hands the key to both diagnosis and therapy for patients in psychological distress? As Freud before in his dream analysis as a way of mapping the Unconscious, did we find the *via regia* to the differences in the neurotic, psychotic even the perverse bodily experience of self? So, in this hubris, I too fell into the mind trap of reductionism.

I personally believed that the drawing of the *lichaamskaart* itself would yield certain diagnostical certainties. If a subject drew outside of the black line for example this would mean that he or she was psychotic. If the subject drew too broad and defined shoulders, this would be a sign of a personality disorder and so forth. I had come to this idea because I had started to study the *lichaamskaarten* just by looking at them. And so seeing myself as a young apprentice I tried to work out a background theory for the *lichaamskaarten*. But as I came to realize, a very distinct part of the puzzle was missing.

I was studying *lichaamskaart* from the outside. In 2009 I started to make the *lichaamskaarten* with the patients I saw in individual consultation during their stay on our ward and in my private practice. To this very day I have made 98 *lichaamskaarten*

---

<sup>77</sup><http://www.forbes.com/sites/sundaysteinkirchner/2012/06/21/avoiding-pitfalls-that-can-sink-your-business/>

## PDF Eraser Free

during sessions. When I started using these I found to my amazement that the patterns we had already discussed before were indeed emerging before my very eyes, but they meant absolutely nothing if I did not take their background for drawing certain errors into account. For sure, missing body parts meant something, for sure certain colours meant something, for sure certain contours meant something, but it didn't mean that the same patterns emerging out of different *lichaamskaarten* always pointed in the same direction.

This reminded me of a scene in one of my favorite movies, *Pi* (1998), the debut film of Darren Aronofsky. In this scene the protagonist Max is talking to his erstwhile teacher and friend Sol about the pattern he might have found in the sequence of the number Pi, a number with 216 digits. Sol had found the same pattern a long time ago.

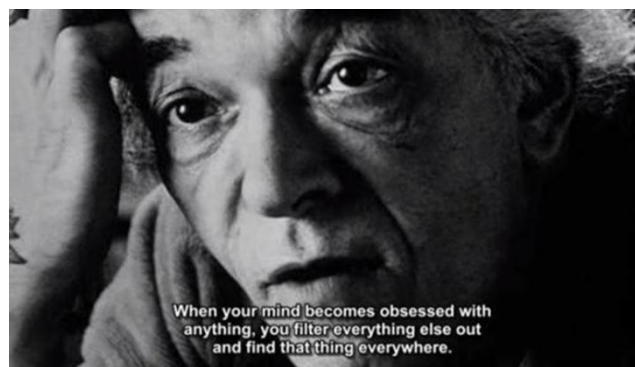


Figure 36<sup>78</sup> Sol (Mark Margolis in the movie *Pi*)

“Max: It's not the number! It's the meaning. It's the syntax. It's what's between the numbers.

Sol: Hold on. You have to slow down. You're losing it. You have to take a breath. Listen to yourself. You're connecting a computer bug I had with a computer bug you might have had and some religious hogwash. You want to find the number 216 in the world, you will be able to find it everywhere. 216 steps from a mere street corner to your front door. 216 seconds you spend riding on the elevator. When your mind becomes obsessed with anything, you will filter everything else out and find that thing everywhere.”

This, in combination with the Peircean sign theory (a sign stands for something to someone in some capacity) lead me to hypothesize that *lichaamskaart* may hold the key to the gate to new insights in the proprioceptive field, but that we should always remain careful as to what we think the signs refer to. And again, the central question should be to whom it may concern.

---

<sup>78</sup> <http://www.tumblr.com/tagged/mark%20margolis>

## PDF Eraser Free

To illustrate this point I will give an example of one *lichaamskaart* session. The patient, Dennis, came to our ward because of a mental breakdown. He had been studying at college level and was now in a state of despair and was unable to continue his studies. He had been hospitalized before and was given numerous diagnoses ranging from Autism Spectrum Disorder, Attention Deficit Hyperkinetic Disorder over Narcissistic Personality Disorder to PolyToxicomania, Major Depression and so forth. It was clear that despite all the diagnostical testing no one up till now had found the right kind of diagnosis to help understand and alleviate his suffering.

So as part of the treatment, we constructed this *lichaamskaart*. He signed the agreement to have his *lichaamskaart* used for research and publication, so I felt free to reprint it here.

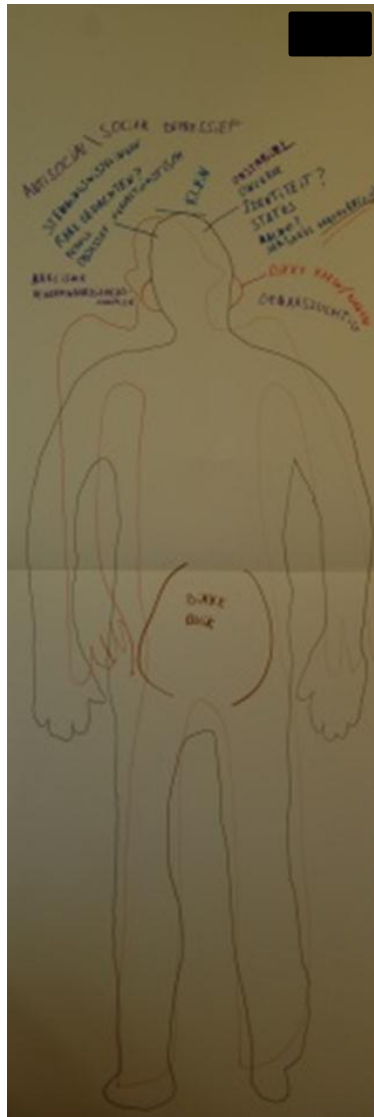


Figure 37<sup>79</sup> Lichaamskaart Dennis

Despite the clear instruction of drawing/writing in the black contours, he drew first his belly inside and his thick cheeks on the black contour, to label them as fat jaws/cheeks on the outside. He continued outside with a different colour marker and wrote “Mood swings, Funny Thoughts?, Obsessive, Perfectionist.” On the other side: “Insecure, Identity?, Status, Macho?, Sexually Attractive” where he stressed attractive in red. Then he took another marker and wrote “Narcissism, Inferiorty Complex, Antisocial/Social, Depressive, Lazy.” At the end of the session he drew a line above his head and wrote “Small” above it.

The *Lichaamskaart* gave him the angle to talk about what was really going on in his life and what bothered him. He was very much troubled with not having a right diagnosis

---

<sup>79</sup> Copyright PC Dul Research ‘Lichaamskaart’

## PDF Eraser Free

for his problems, so he was unsure how he could be treated for an unknown illness. Because of his background in medicine and IT, he had built a rather deterministic and mechanistic world view. Free will did not exist, it was only a ruse. Everything happens because it has to. In his formative years he had been religious, but this had changed into what he called a scientific approach. Man is a biochemical apparatus and this is the explanation for everything.

So I asked Dennis where suffering comes from then? He replied that suffering was inevitable because of faults in the machinerie. Suffering is a disease which must be diagnosed and dealt with by installing a different program. He had changed his studies in medicine to computer because he felt no empathy for the ones he was going to have to treat and he only chose to become a doctor because of the prestige of the title as a way to be more sexually attractive.

When we talked about sex, he stressed he was only interested in how a girl looked. It didn't matter if she was kind, loving or smart, just good looking. He talked about his previous relationships and the way he had dealt with this focus on looks. Then came to the fore that he experienced himself as inferior to the fairer sex. Because of his length amongst other things like his fat belly and cheeks.

One of the next talk sessions Dennis didn't show up. I found him in his room on his bed. He was not responsive to questions and he just lay there. I started to talk to him and said to him what I noticed. Before our encounter the psychiatrist had told him that he was psychotic. I wondered if that was the reason for his stupor. So I started to talk about psychosis. And about the ambiguity of the term. And about free will. He started to cry and said he felt doomed. Because of his psychosis he would never be able to complete his studies, would never father a child, would never be happy.

In the next session he looked at his *lichaamskaart* and said that it is all relative. A diagnosis doesn't mean anything as such. It is what you do with it that counts. Now, several months along the line Dennis is doing much better. He drops in from time to time to talk about his life as diagnosed as psychotic and how relative it remains. He could give himself a myriad of diagnoses and all of them could apply up to a certain degree. Again he stressed, it depends on what you do with it. All this to show that the therapeutic qualities vastly outweigh the diagnostic endeavors. Is the *lichaamskaart* of Dennis a psychotic *lichaamskaart*? What does it mean, but more importantly, what does it matter?

# PDF Eraser Free



## Chapter 6

# Time is of the Essence: the Importance of Anticipation in the Treatment of Schizophrenia

# Introduction to Time is of the Essence: the Importance of Anticipation in the Treatment of Schizophrenia

This is the fourth paper I presented at CASYS, first as a stand alone in 2009 and in combination with The readiness is all (chapter 7) in 2011. The abstract read:

In the treatment of schizophrenia we can observe a certain inclination towards anticipatory theories and methods. Especially in the areas of prevention and early detection we see this development taking shape. What is mostly lacking in this novel approach is the idea that anticipation is deeply nested in every living system, even a pathological one. The dynamics of the process change during the course of observation and make meaningful predictions more difficult. So it is of the utmost importance to analyze the field of emergence which is schizophrenia as a plain of divisions, schisms and faulty recombinations, embedded from the start. The time(observer) approach in the therapeutic setting from a subjective point of view offers a way to approach and understand the tension that exists in the developmental lines within schizophrenia. We demonstrate this problem using the technique of *lichaamskaart* in the therapeutic time perspective.

The psychiatric world is changing. In the form of the DSM 5 a new form of diagnosis pops up, psychosis risk syndrome or attenuated psychosis. (Yung et al., 2012) Fortunately it did not make the definitive version and was placed in section III, which is the part under further investigation. Although no clear and overt symptoms of psychosis are present, some young individuals are assumed to be psychosis prone. This may seem as a new idea, but Bleuler already states that the brunt of psychotic patients had symptoms barely noticeable. (Leader, 2011) Moreover, in epidemiological research we find that the subjects in the general public experience psychotic symptoms in as many as 7 to 37 % of the population. (Johns, van Os, 2001)

Two things stand out if we take these findings into consideration:

1. In most cases of a vulnerability to psychosis, patients do not show positive symptoms all the time

and

2. where the symptoms are not present, they could always become present in a psychotically vulnerable patient.

Time is of the essence here because we have to make up our mind if and how we are going to treat what has not yet come to be and how we are going to treat what has not stepped into the clear light of day and remains in the darkness of shadow?

## PDF Eraser Free

There are definite advantages and threats to these questions. If we can use our knowledge for prevention and early detection/intervention, we may be able to treat psychotic individuals before the actual breakdown actually occurs. But, if we choose to give all subjects we think might be psychosis prone medication, we are both outstepping our insights in what psychosis actually is and how it unfolds as in giving them drugs that may lead to diabetes, EPS, weight gain,... lowering life expectancy with about 20 years. (Uçok en Gaebel, 2008)

How can we ever be sure that a psychotic breakdown will occur, as to the hows, whens, wheres,...? Can anybody get mad when pushed the right buttons or are some individuals more likely to have a psychosis happen to them? (Leader, 2011) Is there a (genetic, serologic, developmental, psychological, social) disposition in psychosis prone individuals and how can we measure this? This is the subject of our next chapter.

Before we go in to this chapter a caveat has to be introduced. As we have proposed in our previous chapter, some '*Lichaamskaarten*' may lead us to suppose that a psychotic structure is present. In our work with psychotic individuals we have found that a pre psychotic *lichaamskaart* might be present. Does this finding lead us to the proposition that we might actually find proof that a prepsychotic current is already noticeable in certain individuals? That it remains obscure to those not experienced in the nonverbal process of constructing and analysing *lichaamskaarten*? We will return to these questions in the commentary.

# Time is of the Essence: the Importance of Anticipation in the Treatment of Schizophrenia

## 6.1 Introduction

*Time is of the essence:  
“Contractual provision that requires prompt and timely fulfillment of obligations under the contract; failure to complete performance under time constraints set forth in the document may constitute a breach.”<sup>80</sup>*

Schizophrenia and psychosis deserve attention from a complex anticipatory point of view, but time is of the essence concerning diagnosis and therapy in this matter. Schizophrenia is usually seen as the global functional brain disease with vast economic, medical and social implications, both for the sufferer as for his or her environment.

All the papers we have presented for this audience thus far are infused with a certain inclination: to critique the reductionist view of mental functioning and to demonstrate that complex non reductionist views offer better alternatives to approach the problem of psychosis. (De Grave, 2004; 2006; 2009)The main problem we will try to tackle in this contribution concerns treatment: knowing when to intervene and how to intervene? In 2011, a lot of attention is put in early detection and prevention of psychosis and schizophrenia, both on a national and an international level. We mention three: Genetics research, the construction of the DSM 5<sup>81</sup> as a new diagnostic tool and the

---

<sup>80</sup> <http://law.yourdictionary.com/time-is-of-the-essence>

<sup>81</sup> <http://www.dsm5.org>

## PDF Eraser Free

VDIP<sup>82</sup> (Early Detection and Intervention in Psychosis) initiative. But the questions remain: How are we going to treat what has not yet come to be? Is psychosis embedded in the personal system from the start? Does it lie there like a slumbering inner demon, waiting for the wake up call to wreak its havoc? And if so, how are we going to prove this and if possible prevent this dire outcome? Understanding schizophrenia as a mental disease or as a form of complex organisation means looking at what holds and what divides. (De Grave, 2013; see chapter 7) Time is of the essence because a certain direction in the inquiries has to be found now that new opportunities and fallacies move to the frontline.

From the philosophical point of view we gather three fields where a dividing line runs through the history of our Western thinking since Plato: Time and Space (Plato), Form and Content (Aristotle), Body and Mind (Descartes).

Of course you can state that we as postmodern creatures have moved beyond this reductionist dualism. A clear and realistic view at our current scientific mainstream shows that this is not the case. (Holmes et al, 2006) The reductionist dividing perspective remains the core of our limited observer view point. Notwithstanding the valiant phenomenological, hermeneutical and psychoanalytical efforts the reductionist approach is overpowering and all encompassing in the scientific approach to the psychotic problem. (seen chapter 7)

We will focus on three main problems in the treatment of psychosis:

- Heredity of schizophrenia (anticipation)
- Implicit theoretical and therapeutical undercurrents (theoretical background)
- Application of these in the technique called *lichaamskaart* (psychodynamics)

## 6.2 Heredity and Anticipation: Objective Symptoms and Degeneration

Past and current research in schizophrenia shows that it is 50% heritable 50% environmental. (Tsuang et al, 2001) Some researchers go as far as 70 to 90% heritability. (Maletic, 2011) These studies focused first on monozygotic and dizygotic twin studies, family studies and later on they tried to study core genetic molecular research. (Green,

---

<sup>82</sup> <http://www.vdip.be>

## PDF Eraser Free

2001) Seven or more genes are identified as possible markers of the schizophrenic vulnerability. (neuregulin, dysbindin, COMT, DISC1, RGS4, GRM3 and G72) It is important to mention that these genes and other suspect genes are also identified in a myriad number of other mental and neurological illnesses: major depression, bipolar disease, autism and Huntington's disease to name but a few.<sup>83</sup>

### 6.2.1 History and Current Views

The idea that insanity is hereditary is not new, it predates the use of the diagnosis schizophrenia itself. (Shorter, 1997: 105) In 1857 Morel wrote a monograph about this degeneracy "démence précoce". He found in that in families where psychiatric symptoms are rampant, the symptoms worsen through the generations, and that the moment of onset takes hold earlier in subsequent generations. Example: where the grandmother suffered from depression and the grandfather from alcoholism, the father suffered manic episodes, the mother from hysteria, then the children were afflicted with mental debility and full blown incurable psychosis. These ideas in the second half of the 19th century found their culmination in the work of the first scientifically oriented psychiatrist, Emil Kraepelin.

"The doctor's first task at the bedside is being able to form a judgment about the probable further course of the case. People always ask him this. The value of a diagnosis for the practical activity of the psychiatrist consists of letting him give a reliable look at the future."

(Kraepelin, 1899, cited in Shorter, 1997: 106- 107).

Investigating the idea of psychosis in a familial framework, he popularised a term for these degenerates, namely dementia praecox. Bluntly stated, these patients became demented early on in their life and as such could never prove fruitful contributors to society (Verblödung, Schwachsinn or Defekt). Although Kraepelin himself had clear Nationalistic tendencies, we cannot blame him for the way the nazis picked up his ideas for the prohibition on procreation, forced sterilization and eradication of mental

---

<sup>83</sup> "A recent study by molecular biologists at UC Irvine isolated a gene, hSKCa3 located on 22q, which leads to an increased risk to schizophrenia. Previous studies have shown this region to be a likely candidate for genes involved with schizophrenia. hSKCa3 codes for an potassium ion channel and acts to dampen the electrical activity and as an "off switch" to signals that are triggered by the NMDA receptors. In addition, the isolated gene also contains a characteristic CAG repeat like the defective huntingin gene that leads to Huntingtons disease. Similar to Huntingtons disease, this poly tri-nucleotide repeat may also lead to anticipation, in which subsequent generations accumulate CAG repeats; this increased poly-glutamine stretch is correlated to earlier onset and worsened states of the disease." (<http://www.schizophrenia.com/research/hereditygen.htm>)

## PDF Eraser Free

patients. (Shepherd, 1995; Bentall, 2004; Hoff, 2012) He died in 1926. But it stands out as a warning sign that ideas about the hereditary aspects of schizophrenia should be treated with the utmost care given the political, scientific and cultural climate in which they are put forward. Eugen Bleuler, the namegiver of the diagnosis schizophrenia, critiqued his mentor on exactly these two points. (Kaplan, 2008) In *Die prognose der Dementia Praecox (Schizophreniegruppe)* (1908) he stated that the psychotic patients he saw did not all progressively worsen throughout their life span and the disease did not always strike at an early age. (Blom, 2007) He did hold fast to the idea that psychotic patients were handicapped more or less (the two central symptoms according to him were *Assoziationslockerung* and *Benommenheitszustände*), but he considered that psychological and social treatment with these patients would prove fruitful. (Bleuler, 1911) The ambivalent influence of psychoanalysis through his pupil Jung and his correspondence with Freud is clear in this matter. (Jung and Bleuler, 1908; Falzeder, 2007) He proposed to use the term *Divided Mind* (schizophrenia) because he thought that the psychotic problem was one of the problems in the relational context. He saw that psychotic patients had internal problems with combining diverse faculties in their global functioning. (Association) Moreover, for him as a psychiatrist it was very difficult to come into contact with the inner world of these patients. It was as if schisms were to be noticed, both within the patient and between the patient and the outer world.

Sit Mott, an English psychiatrist, is responsible for what is now known as the law of anticipation in schizophrenia (1910). Almost invariably in the case of insane parents and offspring, the offspring is affected earlier than the parents. The law of anticipation states: "Increasingly severe onset at earlier ages within multigenerational affected families" (Gorwood et al, 1996). The severity means space as more of the brain regions and mental social functioning are affected, the moment of onset means time as insane offspring are debilitated earlier on in life. Now we could consider these ideas as pertaining to the precursors of one of the blackest pages in the history of Western civilization. (Shepherd, 1995) We could say that these approaches are a thing of the past and should not concern us any longer. Unfortunately, we are naive in this optimistic viewpoint.

The Kraepelian idea of *dementia praecox* survived the Second World War and the Holocaust and is now a dominant mainstream in scientific research. In the guise of the DSM III (1980) constructed by Robert Spitzer the idea of *dementia praecox* came back with a vengeance. (Havenaar, 2005) Neo Kraepelinism (Klerman, 1978) combined with the underlying ideas of Evidence Based Medicine/Psychiatry (EBM/P) (Sackett et al., 2000) make up the core of the reductionist viewpoint which is militantly in vogue these days. Of the Bleulerian approach only the name schizophrenia remains. (Blom, 2007)

Why is this relevant in the current debate concerning schizophrenia research? Because the construction of the new version of the psychiatric bible, the DSM 5, might include the proposition of a very risky new diagnosis, namely psychosis risk syndrome

## PDF Eraser Free

or attenuated psychosis syndrome.<sup>84</sup> In 2013, we may be able to label certain young individuals as at risk of becoming psychotic.<sup>85</sup> These subjects do not have psychotic symptoms yet, but from our research we think that they should be treated before things worsen. Giving patients possible harmful neuroleptic medication or other intrusive therapy as prevention opens up an deontological debate of the utmost importance and urgency.

### 6.2.2 Critique

L. S. Penrose delineated a number of potential ascertainment biases that could lead to spurious conclusions of anticipation in affected parent-offspring pairs, the most frequently studied sample type (Penrose, 1948). One bias was the preferential selection of parents with a later AAO<sup>86</sup> of illness, because reduced reproductive fitness in individuals with severe, early- AAO illness led to their exclusion from study. A second bias was the preferential sampling of offspring with earlier AAO and more severe illness, who are more likely to be treated and therefore identified for study than are those with later AAO and/or less severe illness. A third bias related to the recruitment of affected pairs over a limited time frame, favoring the selection of pairs with later-AAO parents and earlier-AAO offspring.

How can we diagnose objectively? Only on the basis of what is already present and obvious. Doing away with this symptomatic assessment is dangerous when applied to this perspective because it opens the door to ludicrous suppositions and harmful therapies.

---

<sup>84</sup> “Nevertheless, we speculate that the genes may all converge functionally upon schizophrenia risk via an influence upon synaptic plasticity and the development and stabilization of cortical microcircuitry. NMDA receptor-mediated glutamate transmission may be especially implicated, though there are also direct and indirect links to dopamine and GABA signalling. Hence, there is a correspondence between the putative roles of the genes at the molecular and synaptic levels and the existing understanding of the disorder at the neural systems level. Characterization of a core molecular pathway and a 'genetic cytoarchitecture' would be a profound advance in understanding schizophrenia, and may have equally significant therapeutic implications.” (Harisson et al, 2005)

<sup>85</sup> As we mentioned in the introduction tot his chapter this is not the case. The attenuated psychosis syndrome is placed in the section III as a diagnosis under further scrutiny

<sup>86</sup> Age At Onset



### 6.3 Implicit Suppositions and Explicit Proof: Time Perspective and Subjectivity

#### 6.3.1 Philosophy

If, how and when are we going to treat what has not yet come to be? In the pitch-black darkness of this question we turn to the Age of Enlightenment for illumination on the idea of anticipation.

In the words of Immanuel Kant:

“All knowledge, by means of which I am enabled to know and determine a priori what belongs to empirical knowledge, may be called an anticipation.[...] but as there is in appearances something which is not known a priori, which on this account constitutes the proper difference between pure and empirical knowledge, that is to say, sensation (as the matter of perception) it follows that sensation is just that element in knowledge which cannot be at all anticipated.”

(Kant, 1781[1998]: 159)

It is the level of sensation which proves difficult. The difference between pure and empirical knowledge is a subjective level. (De Grave, 2004; 2006) Reductionists of all orientation do away with this problem by stating that well grounded empirical findings equal pure knowledge. If you have a certain genetic make up plus the necessary gene environmental interactions, you will become insane. This can be known a priori. The whole of Kant's work makes it clear as day that this stance towards scientific knowledge is dangerously naïve. Doing away with the subjective variance means doing away with the experiential level of relevance, the essence of the question. Thomas Aquinas gave it a religious turn in *De ente et essentia* without coming to a satisfactory conclusion. (1252-1256 [1965])

Following and commenting Kant, Georg Hegel wrote:

“But it is just this word that indicates what is posited is not a being [i.e. something that merely is], or essence, or a universal in general, but rather something that is reflected into itself, a subject. But at the same time this is only anticipated. The Subject is assumed as a fixed point to which, as their support, the predicates are affixed by a movement belonging to the knower of this Subject, and which is not regarded as belonging to the fixed system itself; yet it is only through this movement that the content could be represented as Subject. The way in which this movement has been brought about is such that it cannot belong to the fixed point; yet, after this point has been presupposed, the nature of the movement

## PDF Eraser Free

cannot really be other than what it is, it can only be external. Hence, the mere anticipation that the absolute is subject is not only not the actuality of this notion, but it even makes the actuality impossible; for the anticipation posits the subject as an inert point, whereas the actuality is self-movement.”

(Hegel, 1807 [1977]: 13)

From a dialectical or hyper-dialectical perspective the Truth of any matter of enquiry is not to be found as a solid point of reference, but as a moment in the ongoing process of self discovery and explanation. Time is of the essence in this department because we have to take the decisive moment of coming to a conclusion seriously, because it is an ethical choice that the perceived knowledge obtained so far is both possible and sufficient to support the anticipated conclusion we choose to stand by.

### 6.3.2 Psychoanalysis

Now the impression could arise that only the objectivist tradition struggles with these issues of anticipation. Using current psychoanalytical insights in the debate on psychosis, we will demonstrate that they also encounter difficulties in this field. (see chapter 7)

Freud did not have that much clinical experience with psychotic subjects. In the process of working out the psychoanalytical theory he did take up the question of psychosis at two important junctures. In his comment on the work of Daniel Paul Schreber, he proposed an etiological theory of psychosis. Psychotic patients struggle with their homosexuality and have problems coming to terms with their bisexual orientation. (1911 [2001]: 59-63) In 1911 he considered psychosis to be a sexual problem and for this reason more or less within the confines of his psychosexual theory at that time. Although Freud realized that psychotic disorders did not fit in to his sexual meta theory at that time, in the discussions with Jung, Ferenczi, Bleuler and Kraepelin he held fast to his erroneous ideas.

“Paranoia is precisely a disorder in which a sexual aetiology is by no means obvious; far from this, the strikingly prominent features in the causation of paranoia, especially among males, are social humiliations and slights. [...] So long as the individual is functioning normally and it is consequently impossible to see into the depths of his mental life, we may doubt whether his emotional relations to his neighbours in society have anything to do with sexuality, either actually or in their genesis. But delusions never fail to uncover these relations and to trace back the social feelings to their roots in a directly sensual erotic wish.”

(Ibid.: 60)

## PDF Eraser Free

In 1924 he overtly changed his thinking and stated that in pondering over the genesis and prevention of psychosis:

“Neurosis is the result of a conflict between the ego and its id, whereas psychosis is the analogous outcome of a similar disturbance in the relations between the ego and the external world.”

(Freud, 1924 [2001]: 149)

“On the other side, it is equally easy, from the knowledge we have gained so far of the mechanisms of psychoses, to adduce examples which point to a disturbance in the relationship between the ego and the external world. [...] Normally, the external world governs the ego in two ways: firstly, by current, present perceptions which are always renewable, and secondly, by the store of memories to earlier perception which, in the shape of an ‘internal world’, form a possession of the ego and a constituent part of it. In amentia, not only is the acceptance of new perceptions refused, but the internal world, too, which, as a copy of the external world, has up till now represented it, loses its significance (its cathexis). The ego creates, autocratically, a new external and internal world; and there can be no doubt of two facts –that this new world is constructed in accordance with the id’s wishful impulses, and that the motive for this dissociation from the external world is some very serious frustration by reality of a wish –a frustration which seems intolerable. [...] The pathogenic effect depends on whether, in a conflictual tension of this kind, the ego remains true to its dependence on the external world and attempt to silence the id, or whether it lets itself be overcome by the id and thus torn away from reality.”

(ibid.: 150-151)

After Freud, two threads uncoil in the approach of the psychotic problem: the Anglo-saxon tradition, embodied by Melanie Klein and the Continental tradition, with Jacques Lacan as its staunchest representatives.

We will not discuss the Anglo Saxon tradition here in detail and content ourselves by stating that their thinking is one originating from a ‘primal split’ (Grotstein, 1981) followed by a continuous development and oscillation between the psychotic (Sch-P) and neurotic (D) phases in life. (Klein, 1952) A psychotic subject is stuck in a certain phase (paranoid- schizoid) in his mental development or regresses to this phase during a psychotic episode. Lacan on the other hand took up the old tradition of distinguishing between a neurotic, psychotic and psychopathic (perverse) structure of the subject. (Verhaeghe, 2008; De Grave, 2013) There are clear boundaries between these three structures and the distinction is made on the basis of a different bodily position of the subject to the Other. In the oedipal constellation a different existential ‘choice’ (Neurosenwahl) is made by the subject itself in relation to reality. The neurotic represses reality, the pervert disavows reality where for the psychotic, reality is forecluded.

## PDF Eraser Free

This point of forclusion was the main diagnostic criterium for making the distinction. (Maleval, 2000) Lacan saw this distinction as a necessary evaluation to come to a possible treatment of the disorder. (Lacan, 1959 [2002]) The motivation was clinical, because in treatment it is of the utmost importance to understand how the subject is more or less in contact with reality and where the specific problems might occur. These problems are noticed during treatment in certain language phenomena<sup>87</sup>, peculiar problems in the specular image<sup>88</sup> and in the libidinal energy maintenance<sup>89</sup>. (Leader, 2011)

A subject (neurotic, psychotic, perverse) comes into treatment because of a subjective suffering and asks for aid, anticipates it even in the therapeutical relation. Depending on the diagnosis we as therapists provide different curative responses to this request. This is important because certain interventions and interpretations may prove to alleviate the suffering in neurosis where in psychosis the same intervention actually worsens the problem.

In the last part of his teaching Lacan, like Freud, proposed another way of looking at psychosis. In working on the oeuvre of James Joyce he came to the idea that neurosis, psychosis and perversion are all dependent on a different way of knotting three existential fields together, the Real, the Imaginary and the Symbolic. (Lacan, 1975-1976 [2005]) His famous Borromean knot was his way of symbolizing this knotting.

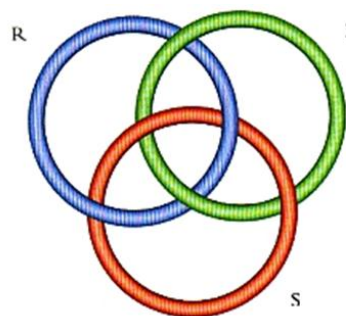


Figure 38<sup>90</sup> The Borromean Knot (RSI)

In psychosis the three existential fields are not tied together as firmly.

---

<sup>87</sup> Relation to the signifier, The field of the symbolic

<sup>88</sup> Relation to the (body) image, The field of the imaginary

<sup>89</sup> Relation to the drive, The field of the real

<sup>90</sup> [http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id\\_article=300](http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id_article=300)

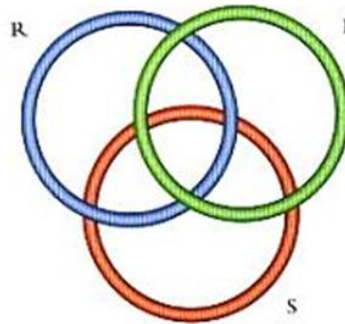


Figure 39<sup>91</sup> The Borremean Knot of psychosis, loose rings

When a certain phenomenon occurs on one level, it is possible that the knot uncoils and this leads to the typical psychotic phenomena (language problems, body problems, delusions, hallucinations). Treatment then means accommodating the psychotic subject to reknit RSI if needed based on his or her own terms, capabilities and life history. We cannot provide an answer, but we can help a patient to find their own individual answers. (see chapter 7)

What ties these two approaches together is the idea of triggering off (déclenchement). In the case of a full blown psychosis we can speak of a before and after the crisis. Was the subject psychotic even before the actual psychotic breakdown? Was he or she pre-psychotic? And if a psychotic episode never occurred, can we then state that the subject does not have a psychotic structure? The psychoanalytical diagnosis is in other words not based anymore on overt psychotic symptoms but on peculiarities, which hint at the possibility of a psychotic structure. After Lacan's death, his son in law and heir Jacques-Alain Miller, took up this point in stressing the idea of the ordinary psychosis. (1999; Maleval, 2003) The ordinary psychosis means that we could be confronted with patients without delusions, hallucinations or melancholic symptoms, which are still considered psychotic. (Stevens, 2002)

From this approach onward, diagnosis becomes solely based on the therapeutic contact, without the footholds in the terrain gained thus far. In this, the post Lacanian thinkers fall into the same trap as their Anglo Saxon brethren concerning the diagnosis of borderline, as being in between neurosis and psychosis. (Stern, 1938; Aronson, 1985) The characteristics of psychosis typical and atypical become so much mashed up that the diagnosis signifies nothing of any sort. All symptoms can hint at the existence of an underlying psychotic structure and there is no way to make any kind of distinction between neurosis, psychosis or perversion. Diagnosis becomes once again a matter in the expert eye of the beholder, not taking the subject seriously.

---

<sup>91</sup> [http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id\\_article=300](http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id_article=300)

### 6.4 *Lichaamskaart*: Diagnosis and Therapy

With the technique of *lichaamskaart* we have discovered a new plain of research in mapping out all the problems already stated. (De Grave, Van Den Eede, 2009; see previous chapter) *Lichaamskaart* as a therapeutical tool makes room for diagnostic interpretations.<sup>92</sup> It is of the utmost importance that we make clear beforehand that we can never state that a *lichaamskaart* offers the diagnostic proof that somebody is psychotic, neurotic or perverse. There is no such thing as the “...” *lichaamskaart* that demonstrates this diagnostic differentiation. They should always be handled with care because of this reason. *Lichaamskaarten* are always constructed in a therapeutic relation and this has to be kept in mind in all interpretations, lest we fall into the objectivistic trap of making a final diagnosis.

Lucia Van Den Eede came up with the idea behind *lichaamskaart* 18 years ago in the process of making nonverbal therapy more concrete and accessible to psychotic patients. Starting from the drawing of mandalas (Sanskrit for Circle shaped form) in sessions and their possible uses in nonverbal therapy, she found them too abstract and looked for a way to make the idea of drawing form and content of the bodily experience more hands on, closer to the actual shape and size of the body. In this way, *lichaamskaart* came to light. To her amazement, patients seemed to continuously draw the same distinctive patterns in their *lichaamskaart*. Over time, these patterns more or less remained. This may mean that we now might have a possible way of distinguishing grand categories of psychic structure and the ability to further refine them, depending on the shape, content and size of the *lichaamskaart*.

Of course, *lichaamskaart* should never be seen as a stand alone technique for making diagnostic differentiation. Especially in the case of suspected psychosis all relevant information should be taken into account. A *lichaamskaart* which hints at psychotic, neurotic or perverse structure is not proof of the underlying psychological make up, only a hypothesis to be placed in the context. In all other cases, *lichaamskaart* runs the risk as to fall into the same reductionist trap as the psychosis risk syndrome.<sup>93</sup>

The set up should be double blind from the onset, the therapist not knowing the diagnosis of the patient and the patient not being told his or her diagnosis beforehand. We are well aware of the fact that the hypotheses we put forward in this heading are speculative and deserve a lot more research. As in all truthful experiments and therapeutic instruments, we put our data forward to achieve some kind of synergy in

---

<sup>92</sup> For the technical aspects concerning *Lichaamskaart*, see chapter 5.

<sup>93</sup> <http://www.nature.com/news/psychosis-risk-syndrome-excluded-from-dsm-5-1.10610>

## PDF Eraser Free

working out the understanding of *lichaamskaart*. We have seen over the years that *lichaamskaart* as a nonverbal therapy is at least clinically effective and could yield diagnostic benefits if handled with care.

### 6.4.1 Pankow (The Dasein of the Schizophrenic)

One female analyst was very well aware of the problem of anticipation and body disorders in psychosis :

“There are two ways of accessing the understanding of psychosis: the outsider view, that founders on the nosographic psychiatric classification, and the insider route, or the path traversed with the patient, the “descent into hell”, that opens the psychotic world in all its plenitude. How to find access to the psychotic experience? [...] Without the knowledge of the structure of the unconscious that Freud developed as an instrument in the treatment of neurosis the analytical conquest of psychosis would have been impossible. Because there is but one unconscious. We better avoid the usage of the theory of neurosis when we want to come to terms with the analytical therapy with psychotics. The phenomenon of psychosis cannot be reduced to concepts like repression and the neurotic defense mechanisms. Twenty years ago I proposed the following formula: The difference between neurosis and psychosis exists in the fundamental structures of the symbolic order that we find in the heart of language and that contain the primary content of the body. These are destroyed in psychosis, whereas in neurosis they are merely deformed.”

(Pankow, 2006: 13, our translation)

To understand the differences in neurosis and psychosis we have to look at the body and linguistic phenomena. But, in neurosis we have a theory to explain what is going on, whereas in psychosis this meta-theory is still lacking. She continues:

“It is in this perspective that my work is situated. I do not want to discuss the chances of healing of one psychosis or other through psychoanalysis. Neither is it my intention to work out some kind of genetic theory regarding psychosis. I am now in the internal world of the psychosis and I describe what happens in this threatened inner world. Besides everything, this enables both the patient and the doctor to find an island on sure ground here. This way the universe of the psychotic appears to us as a broken down universe, where every part is at a lesser or greater distance from the next. These distances can differ if some unforeseen gap opens up. Why? I do not know. I just see it happen. We can gain terrain, we can close up these gaps. Maybe the secret of psychotherapy with psychotics lies in this summary: a certain intuition in observation where we take notice of the slightest gap that closes. In most cases we do not know if the terrain gained will hold or if another void will open in the same place. Important in this measure:

## PDF Eraser Free

often we see in this ‘terrain of debris’ a ‘geological layer’ that looks like another layer, observed in other fragments. These are what I try to come in contact with, to unify similar fragments on different spaces. I call this process dynamic structuring with the connection of seemingly lost unity between dispersed psychic layers as a goal. It is through this dynamic structuring we gain terrain. The first terrain that needs structuring, even in part, is the unity of layers through which the recognition of a body image becomes possible. Working on this fragile image haunts us through our interventions up to the acceptance of a unisexual body. It is in this respect that we can introduce the notion of time to continue in a classical analysis.”

(Ibid.: 14-15, our translation)

### 6.4.2 Two examples: the limit function of psychotic distress

In *lichaamskaart* we have a diagnostic and therapeutic instrument to work out the ideas set forth by Pankow. We will give two examples from our ongoing research:

#### 1. Endra

The first patient was initially diagnosed as borderline personality disorder (BPD). She had a lot of problems in coming to terms with her feelings of anxiety, professional problems and relation problems. When she came into treatment, she was confronted with rather psychotic symptoms, but because of the grounding diagnosis all these symptoms were seen within the borderline frame work. From the hetero anamnesis we found that she has no family history of psychosis, only problems of anxiety and depression.



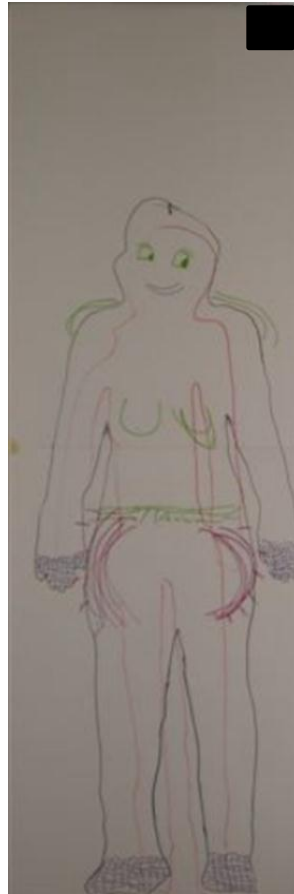


Figure 40<sup>94</sup> *Lichaamskaart* Endra 1

Her first *lichaamskaart* took witness to a seemingly prepsychotic current. She was on the verge of a new psychotic breakdown. For this reason, we directed treatment to psychosis prevention and a resocialisation as soon as possible. Working on her *lichaamskaart*, she stressed the boundaries of her bodily experience and the exchanges between the inner and outer world.

---

<sup>94</sup> Copyright Research 'Lichaamskaart'

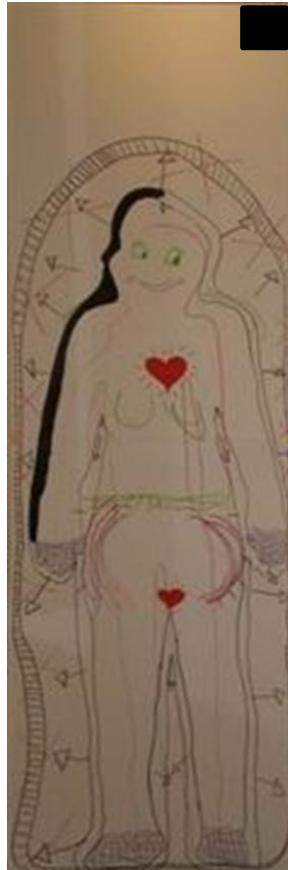


Figure 41<sup>95</sup> *Lichaamskaart* of Endra 1b

Through drawing and talking about this boundary phenomena she was able to keep the psychotic elements at bay and pick up life outside psychiatry, though with great difficulty. We have no recent *lichaamskaart* for this patient, so we cannot know how it may have changed over time.

### 1. Aisha

The second patient was also diagnosed as borderline (BPD) but with a seemingly more overt psychotic strain (possible schizophrenia). She was confronted with clear psychotic symptoms from a psychiatric point of view (voices, visual, tactile and olfactory hallucinations, loss of self, panic attacks) besides Post Traumatic Stress Disorder, attachment disorders, educational disorders and existential problems. From the hetero anamnesis we found a prevalence of more severe psychiatric dysfunctions in the family like alcoholism, psychosis, psychosomatic illnesses, severe depressions and dementia.

---

<sup>95</sup> Copyright Research 'Lichaamskaart'

Figure 42<sup>96</sup> *Lichaamskaart Aïsha 1*

In the first *lichaamskaart* we found a more unhinged *lichaamskaart* (arm missing, leg hanging on the body etc.) with traumatic elements.

---

<sup>96</sup> Copyright Research 'Lichaamskaart'

Figure 43<sup>97</sup> Further elaboration on the first *lichaamskaart* Aïsha 1

Working on the *lichaamskaart* the experience of trauma and working through trauma came to the fore in the content.

---

<sup>97</sup> Copyright Research 'Lichaamskaart'

Figure 44<sup>98</sup> The three following *lichaamskaarten* of Aïsha 2, 3, 4

Further on in the treatment she made 3 new *lichaamskaarten*. These were better structured. She added the elements she struggled with, dealing with sexual inhibitions, auditory and tactile hallucinations and anxieties. In all sessions the effects of this personal structuring were noticeable.

---

<sup>98</sup> Copyright Research 'Lichaamskaart'

Figure 45<sup>99</sup> The last *lichaamskaart* of Aïsha (5) during residential treatment

At the closure of her residential treatment she constructed a final *lichaamskaart*. In this the stability was still present, but the effects of the long enduring residential treatment (7+ years) are present in the shape and content of the *lichaamskaart*, akin to personality disorders.

Considering these examples we find that the psychotic vulnerability might actually be a disposition. In the first example no genetic clues were noted, whilst in the second example a lot of genetic elements hinted at a disposition. In both cases it is important to note that to our experience and the anamneses none of the siblings were overtly psychotic. They were the only 'exceptions' in the 'normal' family life. The psychotic disposition may be inherited and not a matter of choice or mishaps in the walk of life. As all current research agrees upon, psychosis is not strictly a genetic disease, you need certain triggers (gene environment interactions) that make it run amok. This finding opens up another dimension. If we are able to treat patients at the right time we may be

---

<sup>99</sup> Copyright Research 'Lichaamskaart'

## PDF Eraser Free

able to help them to organize and structure their psychotic/traumatic experiences so they do not lead to the painful breakdown which we all can recognize as psychotic (perplexity, stupor, catatonia, amentia, melancholia, mania,...). And even if the chaotic breakdown did occur, we are left with ample opportunities to augment the living condition and feeling of wellness through therapeutic support. The decline is not a necessity, even in the case of a substantiated psychosis. Wither dementia praecox! In the first example treatment was oriented to early detection and prevention of a new psychotic breakdown. We anticipated a breakdown and were able to keep these chaotic disturbing elements at bay. This was partially successful and the patient is able to work out her life outside of the Psychiatric Center. In the second example we tried to reconstruct the body in relation to the image of self and towards the others. She now has the tools and the prowess to work out her personal problems in psychotherapy. In both cases it is important to put the work in the *lichaamskaart* next to the other avenues of care, which enabled both to put the diagnosis of psychosis between brackets.

Both examples show that time is of the essence in diagnosis and treatment. We can change certain aspects of the bodily experience of self, staying true to the suffering of the specific patient. This is a work of many, as each therapist during treatment tries to alleviate the suffering from his or her expertise angle in the therapeutic contact. Good communication around the suffering and the diagnosis is of the utmost importance in communicating with all partners involved (psychotherapy, nonverbal therapy, family therapy, socio-therapy, social work, psychiatry,...) *Lichaamskaart* should never be seen as a diagnostic or as a therapeutic instrument. The two are intimately interwoven in the process of mapping the terra incognita of the unconscious. Each of the 400+ number of lichaamskaarten drawn up to this day lay evidence to the fact that in neurotic disorders the body image is deformed in some way, where in psychosis it is destroyed up to a certain degree. This does not mean that we now have a new evidence based form of diagnosing or treating psychotic patients if that were to entail that a reductionist view point is the condition sine qua non. In essence, *lichaamskaart* has the capacity to open up a discussion field of diagnosis and therapy if it can remain true to the complex framework that lies in its core. *Lichaamskaart* as a synergic tool can bring us to new insights and ways to work together with the patient from our different and limited perspectives as to better help our psychotic patients.

## 6.5 Conclusion

Is time of the essence? It boils down to two distinct questions. Concerning anticipation in the patient we have to understand that a subject comes into treatment because of a

## PDF Eraser Free

certain ailment, and is not asking for a diagnosis. He or she hopes that another 'professional' subject will be able to alleviate the level of suffering. They turn to health care because they anticipate that support may be given. Sooner or later, they will come to realise that no therapist or diagnostician is able to solve their problems in their stead. As human beings we are only able to cure ourselves, albeit with the right kind of guidance and support. The first question is in essence: can you help me? Regarding the anticipation in the therapist this question is answered from his or her background of expertise. Understanding the cry for help depends on an interpretation of this utterance. Depending on our diagnostic vantage point we try to understand what it is that ails the patient. Not listening to our patient because we already know what, how and why they are going to say what they will say is reductionism in its ugliest form. The second question should in essence be: how can I be of help?

The respectful exchanges in between these two anticipatory tensions are the essence of diagnosis and therapy. Knowing what to treat, when to treat and how to treat come after. How to treat what has not yet come to be is an ethical question and should always and everywhere be patient centered.



## Commentary on Time is of the Essence: the Importance of Anticipation in the Treatment of Schizophrenia

The two case studies mentioned in our text we named Endra (first mentioned) and Aisha (second mentioned). I encountered Endra 8 years ago and Aisha 10 years ago. They were both sent to our ward in the psychiatric center because it was not clear what they were suffering from, but it seemed as though a psychotic vulnerability might/may be present. Both were initially diagnosed as borderline patients.

### Diagnostic criteria for 301.83 Borderline Personality Disorder DSM IV - TR<sup>100</sup>

A pervasive pattern of instability of interpersonal relationships, self-image, and affects, and marked impulsivity beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by five (or more) of the following:

(1) Frantic efforts to avoid real or imagined abandonment.

Note: Do not include suicidal or self-mutilating behavior covered in Criterion 5.

(2) A pattern of unstable and intense interpersonal relationships characterized by alternating between extremes of idealization and devaluation

(3) Identity disturbance: markedly and persistently unstable self-image or sense of self

(4) Impulsivity in at least two areas that are potentially self-damaging (e.g., spending, sex, Substance Abuse, reckless driving, binge eating).

Note: Do not include suicidal or self-mutilating behavior covered in Criterion 5.

(5) Recurrent suicidal behavior, gestures, or threats, or self-mutilating behavior

(6) Affective instability due to a marked reactivity of mood (e.g., intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days)

(7) Chronic feelings of emptiness

(8) Inappropriate, intense anger or difficulty controlling anger (e.g., frequent displays of temper, constant anger, recurrent physical fights)

(9) Transient, stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms

Concerning the diagnosis of borderline disorder it is crucial that it expresses the incapability to make a distinct diagnosis. The borderline patient is always in between: neurosis and psychosis, anxiety and depression, ADHD and ASD, Bipolar and Schizophrenia,... These patients are in what we might call the waste basket of diagnoses. (Aronson, 1985) They just don't fit in and are therefore always on the threshold or on

---

<sup>100</sup> <http://www.behavenet.com/node/21651>

## PDF Eraser Free

the fringes of the diagnostic field. Some blame the disappearance of the diagnosis hysteria for this (Ohshima, 2001; Cauchon, 2001), some say it is due to the changing cultural and social dilemmas in our current times. (De Wachter, 2012) On a personal note, I think this borderline diagnosis is faulty at best, life threatening at worst.

In the case of both our patients we tried to investigate what was really going on. We put the diagnosis of borderline condition between brackets and tried to analyze what was wrong with them, based on the conversations they undertook with the different members of our team. Both were suffering from what we might call objective signs of psychosis. They both had to deal with hallucinations and delusions, they both had affective troubles, they both had negative symptoms and both had problems in the social sphere. But as Chaudhuri (2010) makes clear 29,2% of the borderline patients experience hallucinations.

In my encounter with both, I just tried to listen what was going on. In their discourse both were very much aware of psychiatric diagnoses and knew the jargon first hand. The two of them were both for and against the borderline diagnosis, because it was either a way of not taking their suffering seriously or on the same grain giving them some measure to seek help.

In the case of Endra, the problems she brought into therapy dealt with sexuality, death, family, work and identity. She stated that she was “out of this world”. She didn’t belong here and so should return to the place she originated from. The place she referred to was the field of Not being. She was born from Nothing and should return to Nothing. Her psychotic breakdown had occurred after one of her friends living in the same Therapeutic Community had committed suicide. Afterwards she was sure her father was stalking her and trying to kill her.

Besides the Christian connotation (*Ashes to ashes, dust to dust*) she was actually investigating her place in the familial context. Why was she born, from what desire? In pushing through on these questions, she came to the family secret that had remained unuttered during her entire development. She was a wanted child, but her parents had had a lot of problems in procreation. This question “*Where do babies come from?*” had taken a wrong turn in her upbringing.

When her sister gave birth to a baby and she became an aunt, she was on the verge of another ‘psychotic breakdown’. When she broke up with her rather abusive boyfriend and he committed suicide, again the psychotic state was very close at hand. When a psychiatrist told her mother in an email she discovered, that she was schizophrenic and that she would do best not to have relationships and never have children, she went out of bounds.

I mention these coping phenomena to stress that the so called psychotic phenomena are never to be understood outside of their context, as pure disorders of reality. If you just evaluate Endra in a state of (psychotic) anxiety, you will diagnose her as a psychotic individual. If you listen more carefully, you will come to understand that she might have

## PDF Eraser Free

a certain psychotic vulnerability, but this should never be an excuse not to listen to her actual and factual ailments and suffering. Providing the right care means listening very carefully as to what the patient is really suffering from. Now, outside of psychiatric care for more than five years we could say that she is still struggling, but doing fine given the demands reality imposes on us all.

In the case of Aisha, matters were not so clear. We saw that in the interpersonal contacts with certain members of our team, she exhibited what we might call borderline styles of interaction. Black and white thinking, love and hate feelings and both subvenient and dominant behavior were noticed. It was clear that Aisha had a very good insight in the interpersonal relationships and her own place in the social network. She had a natural knack for the human to and fro. Although bestowed with a keen intelligence and an aptitude to understand human interaction, she had come into psychiatric care at a very young age, which misled her into thinking she lacked the capabilities to be able to live in the hodge podge of our society. To her it seemed her place was and would remain within the confinement of the psychiatric walls.

Moreover, from the very start of her treatment she gave witness to clear psychotic symptoms. She heard voices, she saw 'things', she had paranoid and megalomaniac delusions, she had the wild gaze in her eyes so common in psychotic individuals.

In working with Aisha we came to see that her psychotic symptoms gave witness to an underlying current again hinting at her familial background. In her case, we can speak of a psychotic like breakdown, due to contextual, drive and toxicological influences. In contrast to Endra, she probably has a psychotic vulnerability that runs deeper in the complexity of being Aisha. Notwithstanding this supposition, we were able to support Aisha to work through her sufferings and ailments, to get a more clear grip of what was going on both inside and outside of her being and to quit psychiatric care, now for more than three years.

So, coming to a conclusion in this commentary, I would like to state that both Endra and Aisha have shown me how relative an objective diagnosis of psychosis/schizophrenia actually is. The relativity should be understood as the signifier states, it is a question of relation, the contextual features both inner and outer. Even if we would discover the genes that are involved in the psychotic vulnerability, even if we discover the familial context where a psychotic breakdown is bound to take place, we will never be able to use these findings to explain psychosis as a certain disorder of reality without taking our own point of view into account.

Knowing what to treat, when to treat and how to treat what has not yet come to be or is befuddled, will not enlighten us to bring better, swifter or more efficient care in the treatment of 'psychotic' patients if it remains derived from our sterile diagnostic utensils. Understanding and treating patients suffering from a seemingly psychotic breakdown entails a different epistemological stance. We will explore these epistemological approaches in the following chapter.

# PDF Eraser Free

## Chapter 7

# The Readiness is all ? Closure Remarks on the Psychotic Anticipatory Experience of Time and Space

# Introduction to The Readiness is all ? Closure Remarks on the Psychotic Anticipatory Experience of Time and Space

In this roundup paper presented at CASYS 2011, we give an overview of the research we have done so far regarding the idea of anticipation and psychotic experience. The abstract read:

Starting off from the status quaestionis in psychiatry, psychotherapy and philosophy regarding the psychotic experience as a disorder of reality we bring together three different viewpoints: the objectivist, the subjectivist and the existentialist. We illustrate how all three perspectives are unable to provide with a definite description of what psychosis really is, let alone prove fruitful for a causal model towards explaining psychosis. We show how the anticipatory model we have worked out (boundary, context, organisation, hierarchy) brings all three fields of enquiry together in a synergetic model with clinical, ethical and theoretical benefits.

In this final chapter we investigate the different approaches discussed so far to put them in a synergic model of interaction. We explain how all the different forms of ‘-ism’s are reductionist in their epistemological view points.

In this it is very important to stress that there is nothing wrong with reducing a problem to an explanatory model. If we can find a workable theorem that allows us to bring together all the different data collected in an explanatory model, it leads to better questioning even solutions to the field under interrogation. The mistake is that all the ‘ism’s we will discuss either see their model as the only view point worth undertaking or they leave it up to the individual to make up their own mind as no explanatory system could be described. The first form of reductionism we would call dogmatic, the second relativistic. We show that if we apply the theory of complexity –briefly described in our general introduction and in chapter 1- we can open up a different way of enquiring what psychosis might actually be like and to build workable therapeutic models as to provide better care for subjects in a state of psychotic distress.

Psychosis is not merely a disorder/disease/sickness, it is all of them combined. As we have described in our introduction only a (clinically) engaged epistemology will succeed in combining all of these approaches.

The main anchoring point for this enquiry is the state of reality perception. All too often the critical appraisal of the intricate interplay of different parts of the disordered reality testing plays second fiddle to the rather naïve statement that everybody within the same field knows what reality perception actually means. Delusions and hallucinations of one part are not really evaluated on their status of being reality disorders. Everybody knows what it is like to hear voices, everybody knows what a paranoid delusion might be and so forth.

## PDF Eraser Free

The truth of the matter is that everybody who has worked with psychotic individuals for a longer period of time realizes that it is virtually impossible to explain what might be going on in a psychotic subject. But, on the other hand, every therapist and scientist has a certain explicit or implicit background referential framework which provides him or her with the faculties and constraints with which to look at psychosis.

*'The readiness is all'* puts this attitude into question. We use the tension field between the diagnosis and the therapy as the benchmark on which we put these background theories into question.

## The Readiness is all ? Closure Remarks on the Psychotic Experience of Time and Space

*“There’s a special providence in the fall of a sparrow.*

*If it be now,  
't is not to come,  
if 't be not to come,  
it will be now;  
If it be not now,  
yet it will come:*

*the readiness is all.*

*Since no man has aught of what he leaves,  
what is 't to leave betimes”<sup>101</sup>*

*(Hamlet, act V, scene 2)*

### 7.1 Introduction

In 1897 Freud wrote a letter to his erstwhile friend Fliess.

"I vary Hamlet's words: 'To be in readiness' to be merry in everything. I could feel disconcerted about all this. The expectation of eternal glory en the accompanying wealth, the complete independence was such a great foresight, the travelling, to be able to liberate my children from the worries that have robbed me of my youth.

---

<sup>101</sup> <http://www.playsakespeare.com/hamlet/scenes/146-act-v-scene-2>



## PDF Eraser Free

All this depended on the question if [the theory of] hysteria was valid. Now I can remain still and modest, worry, save, and in this I come to a little story in my mind: 'Rebekka, take off your robe, you are not a bride anymore.'  
(Freud, 1985c: 127; our translation)

In this letter he readily admitted defeat. In this letter he stated that he could no longer believe his patients because of the continuing frustration of not achieving closure in the analytic cure, the fact that he could no longer assume that in the case of hysteria the father had always and factually abused their daughters, that in the unconscious no sign of reality is present which would allow to discern fact from fiction and lastly that in the case of psychosis no clue is to be found which undoubtedly hints at infantile trauma. (Geerardyn, 2002) Freud seemingly abandoned his first psychological meta theory (seduction theory) because he came to realize that his model of thinking got in the way of truly listening to his patients. (Ahbel-Rappe, 2006) So he started anew, not from scratch, but rising from the ashes of his first exercise in making sense of the undercurrents in the human condition.

Now 115 years later along the road, we are still stuck in the same rut as Freud. We do not have a consensus model that allows us to explain mental pathology. All efforts towards a causal model that is able to carry the load have shown to be in vain. Vanitas, vanitatum, omnia vanitas.

Especially in the case of psychosis this void stands out. The famous psychiatrist/philosopher Karl Jaspers considered the problem irrevocably unsolvable. (1913) We can understand psychosis (Verstehen), but we will never be able to explain it (Erklären) because we will never be able to know what it is like to be psychotic. (Ehrlich, 2008) A rift opens whenever we try to empathise with the psychotic patient in front of us. We will never be in readiness to overcome the schism in the contact.

Now what is psychosis according to Jaspers? It is as a false judgement, held with extraordinary conviction, impervious to other experiences and compelling counter-arguments, and with an impossible content. This basic definition holds to this very day. Gipps and Fulford (2004) demonstrate point for point that Jaspers held fast to a misleading definition of psychosis, which they name as an estranged epistemology. They propagate a different approach, an engaged epistemology where we take up an inner view of what it must be like to be psychotic. In focusing on the common ground of subjective suffering (complaint) the schism can be overcome. (Bentall, 2006) All it takes is a certain engaged anticipating readiness, a stance and approach which respects the psychotic subject as a person and not as a conglomerate of symptoms. The readiness means listening and receiving first, interpreting second.

To our opinion, this valiant effort is also misleading. Because the key issue of psychosis is the estrangement itself, the loss of contact with a common sense idea/presentation/attitude towards reality, it is impossible to understand it as it

## PDF Eraser Free

unfolds. Even the psychotic subject is not capable of doing this in the acute phase of their psychotic episode. (Lezy, 2007) Only afterwards are they able to make sense of what they went through. They seem to be stuck in an endless and timeless experience of here and now without possible or at least stable reference to an experienced past or anticipated future. (De Grave, 2004; 2006; Parnas and Sass, 2002) For this reason, Wilfred Bion, a famous Anglo Indian analyst states that we should approach mental pathology without memory, desire or understanding, being in O. (1967; 1970) To be in readiness of treating psychosis, we should allow ourselves to open up the inner void each of us carries in the core of our being. To be ready to receive and treat is to loosen our own connection with the idea of this virtual reality.

In this enterprise the difference between psychosis, therapy and mysticism dissolves. We are no longer able to diagnose pathology from health, let alone make distinctions in different forms of psychopathology. The tension field between diagnosis and therapy pops up as poignantly as it disappeared in the mouth of madness. Who is mad and why? And who are we to judge? *Tout le monde délire*. Both the therapist as the patient are crazy, the only difference is that the patient was less fortunate in his or her walk of life.

Now we could say that this issue is merely philosophical/psychoanalytical and has no bearing on true scientific research and profound therapy. In this paper we will show that this is not the case. Our starting point will be the tension field between diagnosis and therapy, with three possible answers to seemingly do away with this pesky hindrance: objectivism, subjectivism and existentialism. These three -isms are extreme vantage points from where a myriad of problems have been dealt with throughout the history of human thinking. (Husserl, 1954) We could present them as points on a pendulum. In the case of questioning psychosis, the pivot and point of reference is reality.

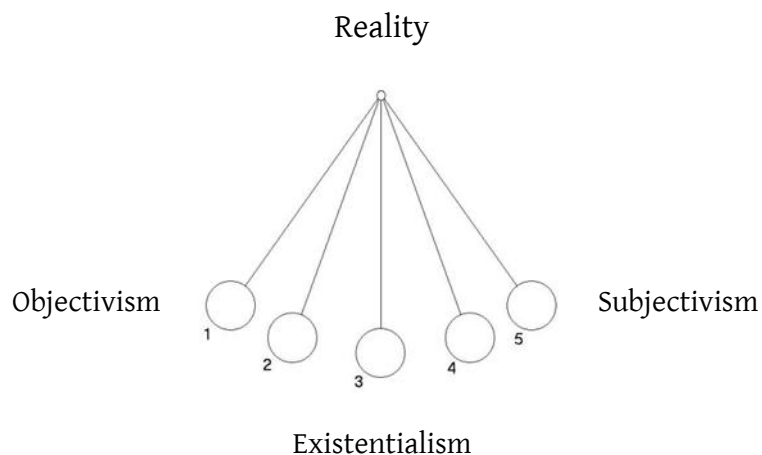


Figure 46: The -ism sling of reality

### 7.2 Three Vantage Points: Objectivism, Subjectivism, Existentialism

The three -isms can be considered as avenues of thought and conduct to try and understand psychosis. They are three forms of diagnosis. “Thus, diagnosis is the epistemological science of finding -or constructing- truth by distinguishing phenomena according to various categories and dimensions.” (Wehowsky, 2000: 241) The base of an -ism is that the dividing line between truth (ontology) and knowledge (epistemology) becomes befuddled. What is portrayed, is seen as the truth and therefore puts this truthful knowledge on a par with other forms of untruthful knowledge. -Isms put up division and discord. As there can be ever so many forms of knowledge as there are researchers, there can be only one truth, which is mine or ours. The question of right and wrong shifts into the zenith. (Gane, 2002) We are right, you are dead wrong. Enter the polemics. Let us break the different vantage points apart to get a clearer view.

#### 7.2.1 Objectivism

Central to the objectivistic approach in psychiatry is the idea concerning realism. (Hoff, 2008) Finding the object which supports our scientific claims within a verified experimental set up proves that our knowledge is true. (Porter, 2002; Bentall, 2004) Truth and well managed knowledge run parallel, the trick is to find the bridges connecting the two. Objectivism is the story of the neutral outside observer looking in on the object to be studied.

### Diagnosis → Therapy

Some people equal objectivism and reductionism. (Szasz, 1974) This is a claim which does not hold. As we will come to see, both subjectivism and existentialism have reductionist properties. In objectivism, the reductionism only starts when the collection of raw data is processed and then presented as self evident in explaining the studied phenomenon. Objectivist reductionism using quantification for example is a powerful instrument, but fails as a means to build complex explanatory models.

Within psychiatry, Emil Kraepelin is the exemplum of objectivism and a portrayal of the benefits and dangers of this approach. (Bentall, 2004; deVries et al., 2008) He popularised the diagnosis dementia praecox for chronically psychotic vulnerable patients. (1899) They become demented early on in life because of the sickness process.

## PDF Eraser Free

(De Grave, 2013; see chapter 6) The symptoms of the sickness are self evident in their explanatory nature:

“Judging from our experience in internal medicine it is a fair assumption that similar disease processes will produce identical symptom pictures, identical pathological anatomy and an identical aetiology. If, therefore, we possessed a comprehensive knowledge of any of these three fields –pathological anatomy, symptomatology, or aetiology- we would at once have a uniform and standard classification of mental diseases. A similar comprehensive knowledge of either of the other two fields would give us not just as uniform and standard classifications, but all of these classifications would exactly coincide;”

(Kraepelin, cited in: Bentall, 2004: 12)

Kraepelin’s research as a technical objective set up was beyond reproach, only his conclusions were fatally misled. Encountering these symptoms in the standardised psychiatric research we are sure we can anticipate a mental and social decline in the patient’s comport. (De Grave, 2013; see chapter 6) We need no longer listen to the woes and the wants of the individual, our population findings prove that we are right in our claims. Moreover, if we really care for the specific needs of the subject, our neutral scientific vision gets clouded, so we would not advocate the best possible treatment as it was proven by scientific research. (Shorter, 1997) To help a sick patient, we have to distance ourselves from him and his chaotic mind and use our expert knowledge to cure him (prognosis and normalisation). Diagnosis in other words goes *linea recta* from the expert diagnostician into the heart and soul of the observed patient. No matter what the patient says or does, our diagnostic assessment will bring the truth to the fore.

The most recent version of this objectivism in psychiatry is called Evidence Based Psychiatry (EBP), a subsection of Evidence Based Medicine (EBM). (Sackett, 1996; Sehon and Stanley, 2003) In the wake of the neo-positivistic tradition, supporters of this form of diagnosis proclaim that their evidence based approach, mediated by randomised control trials (RCT), prove that their form of advocated diagnoses and therapies are more effective and efficient than others. Their double blind research proves that the data found is self evident.

Central to this objectivist model is to do away with all subjective influences and biases, both in the therapist as in the patient. Diagnosis and therapy are value free, personal free, population based and symptom oriented. They describe and proscribe the best ways of diagnosing and therapy. The key issue is to be as objective as possible in the research, because subjective factors only mess things up. Although this model might work for other forms of treatment, in psychiatry it is beyond question that this method is biased, sometimes leading up to very dangerous conclusions. (Vandenberghe, 2008; Levine and Fink, 2008) For, when we anticipate certain insights stemming from our

## PDF Eraser Free

basic assumptions, we become blind to everything which does not fit in. We statistically do away with everything not fitting the model.

Stating that this kind of research is the only kind of noteworthy research and that all the other forms are inferior, as propagated by the apostles of the Cochrane Collaboration, is opening the door to a very dangerous reductionism. (Holmes et al., 2006) Psychotic patients are seen as deviant, handicapped or abnormal and they have to be cured from this abnormality. Objectivists are not as objective as they proclaim, because they do not seem to notice their own subjective elements that motivate them in coming to their so called objective conclusions.

### 7.2.2 Subjectivism

Going against the grain of the objectivistic seemingly uncaring stance, we find the subjectivist response. These researchers for the most part claim that the source of mental pathology is not to be found on the inside of the subject, but that the disordering factors are for the main part outside the subject. A person is wholesome or at least true in and of itself and the problems lie outside (be it the family, society, psychiatry or the burdensome qualities of being in the societal world). Central to their idea is the idea of socialism. It is because of the social factors that the subject in question becomes ill and to treat the individual, we have to treat its environment, because we know that taking the subject seriously, we have to understand from the start that the subject is subjugated. Liberating the subject from the shackles of normality is the Leitmotiv.

## Diagnosis ← Therapy

Foucault, Basaglia, Laing and Ssasz are the main exponents of this installation, under the umbrella term of anti psychiatry. (Rissmiller and Rissmiller, 2006) Foucault stated that:

“In the serene world of mental illness, modern man no longer communicates with the madman: on one hand, the man of reason delegates the physician to madness, thereby authorizing a relation only through the abstract universality of disease; on the other, the man of madness communicates with society only by the intermediary of an equally abstract reason which is order, physical and moral constraint, the anonymous pressure of the group, the requirements of conformity. As for a common language, there is no such thing; or rather, there is no such thing any longer; the constitution of madness as a mental illness, at the end of the eighteenth century, affords the evidence of a broken dialogue, posits the separation as already effected, and thrusts into oblivion all those stammered, imperfect words without fixed syntax in which the exchange between madness

## PDF Eraser Free

and reason was made. The language of psychiatry, which is a monologue of reason about madness, has been established only on the basis of such a silence.” (Foucault, 1961 [2001]:xii)

Taking the mad seriously means offering him or her enough leeway to manoeuvre their lives to their own satisfaction. This led to two distinct translations in the emancipatory movement: de-institutionalisation and institutional therapy. The de-institutional approach is embodied by Basaglia (1964), the institutional therapeutic by Oury (Polack and Sabourin, 1976). Common ground for both is that the key problem lies outside the subject and treatment should be environmental. To cure the patient is to cure his or her surroundings, being society or the institution.

The main problem for the subjectivist stance is that we are no longer able or even allowed to come to a diagnosis. Laing, in his first work ‘The divided self’ (1960), stated that he had never met a psychotic individual because he did not consider them to be mad, judging from his own point of view. So, if we cannot identify any objectifiable criteria for psychosis, all stress twirls down to the subjective appraisal. Mad is he of she, I consider mad. Therapy becomes ubiquitous, diagnosis also. We anticipate not to be objective, so our judgment is militantly based on our own personal world view, delusional or not. Needless to say that this -ism does not respect the individual characteristics of the psychotic individual in and of itself. The right to be mad as an insurgence quickly transforms into a reductionist obligation to be mad. Seen as a (inter)subjective disorder (chaos or anarchy) rather than a sickness (abnormality or aberration), the subjectivist reductionism revolts against all forms of objective tendencies. Psychotics are seen as noble savages, true to the core of the chaotic nucleus that lives in everyman. Needless to say that this also is a way of not listening to the subject at hand, not being in readiness to receive his or her specific question.

### 7.2.3 Existentialism

The middle ground between the aforementioned extremes, we call existentialism. Going against Jaspers and his claim of un-understandability of psychosis and the psychotic experience, we find Binswanger (1965), Minkowski (1953), Blankenburg (1971), Conrad (1958) and Klosterkötter (1988), to name but a few. Coming from a phenomenological and hermeneutical background, these psychiatrists wanted to take the question of psychosis seriously. Their basic assumptions boil down to taking the psychotic experience seriously as it is experienced by the psychotic individual him/herself. The intentional description of what is must or might be like to be psychotic, in close contact with the psychotic subject, provides us with the most accurate information of what psychosis might actually be like. (Lezy, 2007) The basis on which exchange happens within this approach is engagement.

### Diagnosis ↔ Therapy

Between diagnosis and therapy, both the therapist and the patient intertwine in the process of communication. The patient is bent on the therapist, the therapist cares for the patient. In this mutual communication both subjects are enriched by the experience. Existentialists are on a quest to find the essential rather than the incidental features regarding psychosis.

The aforementioned phenomenological psychiatrists state that psychosis is a loss of the vital contact with reality, or as a loss of the natural obvious. (Blankenburg, 1971) This may come across as a mere combination of the objectivist and subjectivist approach. This is not the case:

“Philosophical hard work is needed to avoid such abstract yet prevalent conceptions of our lived experience and to bring us back to the actual character of our everyday pre-reflective engagement with the world. (This conception of both the nature of philosophy and the nature of the mind is owed to the existential phenomenologists -especially Merleau-Ponty (1962).) In doing so we come to see how our understanding, manifest in our spontaneous interaction with the world itself, is not normally restricted to an inner realm but is only relegated there by an estranged epistemology. On the engaged perspective my having a mind is not in itself a matter of my possessing an inner realm with inner states and processes, although of course my capacity to think and feel and understand are underpinned by, amongst other things, the brain and neurological states and processes (cf. Bennett & Hacker, 2003, for a critical investigation of the ways in which a construal of the mind as ‘inner’ confounds neuropsychological theorising). Nor is it the best model of our comprehending engagement with the world provided by that of the detached contemplator. Rather, our mindedness is a matter of our being in certain relations with the world, and our understanding is first and foremost manifest not in reflection but in our experience itself. Perception is not a matter of sensory ‘input’ to an inner mind; rather it is a natural comprehending relation of people (and not of minds) to the world around them. Experience on this view is not typically a precursor of understanding, but itself one of the media of our comprehension.”

(Gipps and Fulford, 2004: 230)

The modern guise under which existentialism comes to the fore is called Value Based Practice, VBP. (Fulford, 2008)

“(1) What kind of values or evaluations do we have to rely on to identify the class of mental disorder? For example, if mental disorders are by definition bad, then in

## PDF Eraser Free

what way are they bad? This question, which can be considered the central question of this paper, is based on the observation that there are many different types of evaluative considerations, e.g., that there are several ways in which a thing (event, or state of affairs) can be good or bad, e.g., morally, aesthetically, or prudentially (cf. von Wright 1963; Thomson 1992, 1994, 1996). (2) If attributions of mental disorder essentially involve values, is there any implicit reference to some specific evaluative standard? If so, whose standard? For example, if mental disorders are by definition bad, then according to whom are they bad? (3) If we assume that we somehow have to rely on value judgments to specify the class of mental disorder, how exactly do these indispensable value judgments enter the picture? In what way is the concept of mental disorder (and the judgments that contain this concept) value laden? Or more specifically, is the concept value laden “in the ontological or definitional sense” or “in the epistemic sense” (cf. Wakefield 2000b, p. 254)?”

(Brülde, 2007: 94)<sup>102</sup>

The existentialist conundrum leaves us with an unexpected cumbrance. Based on our truthful epistemic enquiry of the psychotic being in the world, how can we anticipate any ontological claims as to where these experiences stem from? The answer is that we cannot. We cannot judge if, when or why a certain intervention, attitude or criterium is or should be better than another intervention regarding psychosis. (Jackson and Fulford, 2003) The existentialist vantage point leaves us no measure to gain ground in solving the psychotic riddle, none more as the objectivist or the subjectivist inclination. Whether we choose one, two or three of these -isms seems to be a matter of taste. Or is it?

---

<sup>102</sup> “That the concept of mental disorder is value laden in the ontological or definitional sense means that it is an evaluative concept, i.e. that it has evaluative content in a literal sense, that the “correct definition” of the concept contains an explicit value-component. If the concept of mental disorder is evaluative in this sense, then judgments about mental disorder are proper value judgments, and the truth or falsity of these judgments are (conceptually) “dependent of the values that influenced them” (cf. Wakefield 2000b, p. 265). That the concept of mental disorder is value laden in the epistemic sense simply means that the recognition of mental disorders relies on value judgments, i.e. that we cannot pick out the class of mental disorders without recourse to values. Once this distinction is made, it is rather obvious that a concept can be value laden in the epistemic sense without being value laden in the definitional sense. Suppose that we define “mental disorder” in terms of distress and disability, and that our reason for doing so is that we regard distress and disability as bad for the individual. If we assume that “distress” and “disability” are both descriptive terms, then the concept of mental disorder is not value laden in the definitional sense, i.e. it has no evaluative content. This would suggest that our disorder judgments are in principle factual, and that the truth or falsity of these judgments are really logically independent of the values that influenced them, i.e. the idea that distress and disability are bad for us. So the third question is really whether the concept of mental disorder is value laden in the ontological or definitional sense, or whether it is “merely” value laden in the epistemic sense.” (Ibid.: 94-95)



## PDF Eraser Free

Central to the existentialist reductionism is the idea of dis-ease. Not to be at ease in the readiness of being in the world does not allow us to make judgments or differentiations in the mental dis-eases. Gestalt therapy as a precursor to the current therapeutic existentialism makes this clear by stating that diagnoses are of lesser worth because they hamper the process of coming to the wholesome Gestalt. (Perls, 1947) Looking honestly at psychotic suffering means to forcibly remain blind to certain key issues of the psychotic problem. Stating that we have to look for the values underlying mental disease leaves us no measure to make any state of the reasons for these ethical divergences. From an existentialist point of view, psychosis seems to be a matter of taste in our postmodern world of value free virtual consumption. (De Grave, 2009)

### 7.2.4 What Defies Definition: Reality

In constructing a new version of the psychiatric bible, the DSM 5 in 2013, the Dutch epidemiologist van Os, following Kapur, propagates eradicating the diagnosis schizophrenia altogether and replacing it with salience syndrome. (Kapur, 2003; van Os, 2009) This means that the psychotic intention to the world is not that different from normal human mentation, a salient variation of sorts. Furthermore, psychotic individuals are differently motivated to pick up the saliency of the inner and outer stimuli, which means they might be moderately eccentric in their being in the world, but not alien to it altogether. And lastly we could make a difference in this syndrome by identifying three subcategories: with a affective expression, with developmental expression and not otherwise specified.

We expect that the name change will not materialise in the DSM 5, because it means a radical change in approach.<sup>103</sup> To stress the qualitative differences in saliency regarding the psychotic experiences is to make a statement about the readiness to take in new relevant information within a theoretical framework. In the paradigm shift of a new name and definition we hope to find a novel motivation which takes the psychotic experience and the person experiencing them seriously. In this endeavour, the differentiating and combining factors in psychosis as a sickness (biological) disease (psychological) and disorder (sociological) could be found. The question remains: what is the reality of psychosis? This hints at the question in full orchestration: what is reality? And why are certain aspects of this reality more succulent or appalling than others? And why are certain dull parts I consider of no appeal so salient to others whilst

---

<sup>103</sup> Although salience syndrome is by far the better term, the change of name taking place would cost the pharmaceutical industry a stack of money. For, if a certain drug works for schizophrenia, nobody has proven that it works for salience syndrome. So, all research would have to be done anew to prove this point.

## PDF Eraser Free

my fetishes and obsessions seem arbitrary to the outsiders? A very personal and intimate questioning, not for the faint of heart.

### 7.3 Psychosis as a Structured Form of Organisation : A Matter of Life and Death

In 1924 Freud published two peculiar texts in the wake of his book 'The Ego and the Id', presenting his second topology (Id-Ego-Superego). In 'Neurosis and psychosis' and 'Loss of reality in Neurosis and Psychosis' he demonstrated in just 12 pages that the difference between neurosis (normality) and psychosis is not based on hallucinations or delusions, but on saliency. (De Grave, 2013; see chapter 6) Neurotic and psychotic subjects are differently nested in the experience of reality. (De Grave, 2006; 2008; 2009; 2013) In continental psychoanalysis we speak of three kinds of human mental organisation: the neurotic, the psychotic and the perverse structure. (Verhaeghe, 2008) These three are ever so many ways of approaching reality. In neurosis the painful elements of reality are suppressed (Verdrängung), in perversion they are disavowed (Verleugnung) and in psychosis they are rejected (Verwerfung). These three defense mechanisms are three modes of coming to grips with the (albeit wonderful, dull or painful) saliency of reality.

Now what are the salient features of reality par excellence? Four years before Freud had written his most controversial and convoluted text, 'Beyond the Pleasure Principle' (1920g). In this he discovered that human kind is motivated by two drives in juxtaposition, a life drive (eros) and a death drive (thanatos). We will not delve in the intricacies and fallacies of this discussion as it will lead us too far off track. (De Grave, 2001a; 2001b) We will only mention the work of the Ghentian philosopher Boullart in this matter. He suggested the conditions of detriivialisation.

"Everything that is, that is thinkable, has to be finite and the basic conditions of this finiteness are the only possible, necessary and sufficient conditions under which all nonsensicality can de iure and de facto be defended against or warded off. Every one who does not allow the necessity of these 'conditions of detriivialisation', wherein our finiteness is uniquely and canonically affirmed and acknowledged, that person has devoted himself to madness and its presumptions. [...] The one who is aware that he is born, that he lives and that he will die, does not have to outspoken pessimistic or over enthusiastic to acknowledge that the world we live in can be described as stated."

(Boullart, 1999: 224-225; our translation)

You are born, you live, you are going to die. Nothing more than these three matters of fact can be made out on an existential level. The Conatus as an inclination of a thing to continue or enhance itself (Traupman, 1966: 51) is omnipresent in all conscious and unconscious levels of human existence. And, as far as we can gather, we as human beings are the only creatures consciously aware of this necessary demise. (De Grave, 2004) Although a lot of therapists recognise that the bulk of the delusions deal with exactly this existential puzzle, few have been inclined to work out a solid theory based on these foundations. (Matte Blanco, 2005)

### 7.4 The Psychotic Problem According to Lacan: Forclusion and RSI

In reworking the Freudian theory, the French analyst Jacques Lacan took up the glove. He had a lot more clinical experience than Freud in the field of psychosis and in holding fast to the guiding principle of reworking the theory based on clinical journeys, he constructed 4 new models by which to interpret the psychotic process. (Fellahian, 2005):

- The personality model (1932)
- The family complex model (1938)
- The foreclosure model (1955-1958)
- The borromean model (1974-1976)

Due to space limitations we will only pick up the last two.

Foreclosure is a legal term referring to the process of recompensation where the lender is allowed recompensation of a mortgage if the borrower cannot meet the agreed upon arrangements. Usually the foreclosure is dealt with in a court room. Lacan picked up this idea of foreclosure when he wanted to discuss the preliminary question to any possible form of treatment regarding psychosis. (1959 [2002]) He selected the Freudian idea of Verwerfung and translated it in the familial context. (Maleval, 2000)

The foreclosure focused mainly on The Name of The Father. By this theoretical excursion based on the case report of judge Daniel Paul Schreber he wanted to demonstrate how a psychotic subject becomes disconnected to reality. He did acknowledge that a certain psychotic disposition may be present, even necessary to come to the psychotic form of organisation. (1955-1956 [1993]; De Grave, 2013; see

## PDF Eraser Free

chapter 6) The key issue he stressed that this form of organisation could be differentiated from the neurotic and the perverse, based on a solid point of comparison. In the speech and the comport of the patient during treatment, these signs are noticeable and point in the direction of the underlying structure. To make this distinction is relevant because what works in the therapeutic contact in one structure (interpretation, confrontation, therapeutic abstinence, free association,...) may be harmful even damaging in another. Diagnosis can be seen as a warning sign for the transference aspects in both the patient and the therapist, a supporting measure for receiving and treating the patient. In this way, Lacan and Bion come very close together as the approach in the therapeutic readiness is seen as the key to transformation. (Bion, 1970; Lacan, 1959 [2002])

20 years further along the line Lacan in his seminar transformed his forclusion model to the borromean RSI model. (1975-1976 [2005])

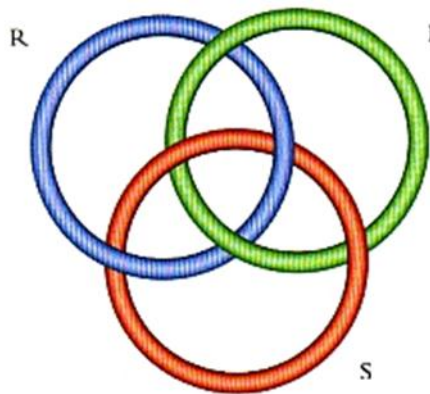


Figure 47<sup>104</sup> The Borromean Knot (RSI)

In psychosis the three existential fields are not tied together as firmly.

---

<sup>104</sup> [http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id\\_article=300](http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id_article=300)

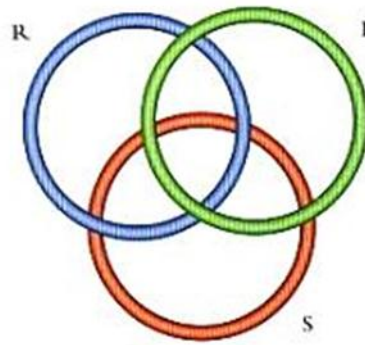


Figure 48<sup>105</sup> The Borromean Knot of Psychosis, loose rings

Working on the oeuvre of James Joyce and asking the question if he was mad, he tried to understand the possible psychotic undercurrents in Joyce's writings and wondered if and how his writing had worked to stabilise the psychotic elements.

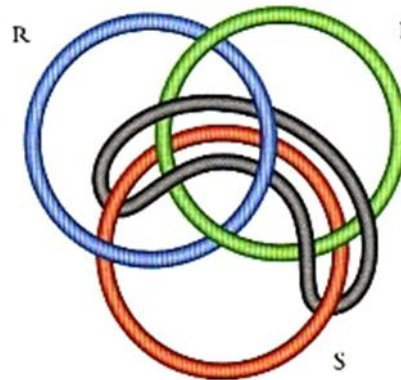


Figure 49<sup>106</sup> the Fourth Ring (sinthome)

Through his work as an artist, Joyce was able to be in another kind of readiness to keep the anticipated chaos of psychosis at bay (sinthome).

This led to a novel approach of looking at reality. To Lacan the fabric of reality exists on three levels (Real-Imaginary-Symbolic) which are knotted together to form the whole of existential experience. (Lacan, 1974-1975) In this knotting and unknotting of RSI, the Freudian metapsychology Eros Thanatos was included in the model. (Lacan, 1973-1974; De Grave, 2001a) This construction allowed both Lacan and his followers to rethink both diagnosis and treatment for psychosis, paving the way towards a new form of psychoanalytical therapy Freud had dreamt off in 1924.

---

<sup>105</sup> [http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id\\_article=300](http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id_article=300)

<sup>106</sup> [http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id\\_article=300](http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id_article=300)

## PDF Eraser Free

Central in this approach is that the real, the imaginary and the symbolic are not so tightly intertwined in psychosis, so they can break apart when confronted with a breach in the drive economics (Physical, mental, social, sexual trauma). This triggering off (déclenchement) is akin to the idea of aforementioned foreclosure. (Stevens, 2002) To reknit RSI the patient and the therapist jointly search for a supplement to reknit.

This is called suppletion, the installation of a fourth ring (a sinthome) which binds together.<sup>107</sup> It is in the therapeutical contact that this suppletion takes shape. Both partners have to be in readiness for this process in order to have any chance of success. This meeting ground is called transfert where the transformations in O become intertwined. (Bion, 1970)

### 7.5 The way Forward: Eclecticism and Synergy

And so we come to the round up, mustering all the strengths and weaknesses out of what we have discussed so far. Approaching the problem of psychosis we found four perspectives, each with its benefits and shortcomings. The difficulty lies in the fact that each perspective clings to their objective for dear life and vehemently tries to convince us that only their perspective is true to the cause. Needless to say, this reductionist train of thinking is pointless and even derails dangerously when put to the extreme. It is not in the interest of the patient if they wrestle over their problems just to prove they are right and the others are wrong. Fighting and bickering means not listening to the patient, means leaving the readiness to receive behind. We do not have to listen to the patient anymore, because we already know what they will say.

The alternative to this splintering reductionism is non reductionism or complexity. (De Grave, 2008) Non reductionism does not equal holism as in solving or pacifying the tension between the extremes of the system. As a conflict model, non reductionism makes use of the differences and tensions to reach a higher level of complex interpretation and possibilities just like any other complex system. (De Grave, 2001b) Without the tensions, the system is dead, rigid and stale. It means that none of the

---

<sup>107</sup> "In linguistics and etymology, suppletion is traditionally understood as the use of one word as the inflected form (modification) of another word when the two words are not cognate (do not have the same etymological origin). For those learning a language, suppletive forms will be seen as "irregular" or even "highly irregular". The term "suppletion" implies that a gap in the paradigm was filled by a form "supplied" by a different paradigm." (<http://en.wikipedia.org/wiki/Suppletion>)

## PDF Eraser Free

reductionist views holds the key in itself, only through a complex interaction of the tensions between the four fields can we achieve success.

Abandoning reductionist eclecticism would be a step in the right direction.

The current domain of looking at psychosis is nevertheless rife with this eclecticism. Taking up bits and pieces of different theoretical models, throwing them in a big stew without a good cook book is unpalatable to at least our taste. One problem is that reductionist models cannot simply be mixed with other reductionist models in the hopes of making it less reductionist. This just calls for bad reductionism. Because of this blind spot or pitfall we advocate xenogamy as a form of complex synergy, where the different components of a system working together obtain a result not independently achievable. For this synergy to work, we need a different kind of readiness as a fertile ground of (de)constructive collaboration.

In other publications and lectures we have put a model forward that is applicable to synergy. It is based on four fundamental concepts to any possible theory of complexity: Boundary, Context, Organisation and Dynamic hierarchy.(De Grave, 2001b; 2008) Using these four concepts as possible, necessary and sufficient components of a complex model to come closer to the psychotic problem, we hope to build a consensus idiom where the -isms can come home to roost. The common ground for this model are the conditions of detrialisation, meaning that our research object, the psychotic subject, is as mortal as we are and struggling with this awareness without the possibility of ever overcoming it. Questioning the vestiges of psychosis means questioning ourselves, our very own fears, frustrations, doubts, wants and woes.

## 7.6 Conclusion and in Closure: a New Beginning

So, the main problem of psychosis according to us points in the direction of the main question of philosophy: what is it like to be a mortal human being? And therefore we will make a bold gesture and define psychosis: Psychosis is a different form of directness. What form? What direction? What difference? It pertains to mortality and coming to grips with the reality of being born, living and certainty of death. The existential questions we as human beings can have are related to the experience of *Sein zum Tode*, being for death (Heidegger, 1927). To be in readiness to earnestly study psychosis is to allow ourselves the problematic leisure of not knowing what is going on but to share our limited perspectives to come to a deeper, more profound questioning of the truth. Psychotic subjects are not merely diseased, sick or disordered. They are different and respectfully studying, explaining and supporting these likenesses and

## PDF Eraser Free

differences should be the main goal. To be in readiness means not knowing but wanting to understand, time and again.

*“To be, or not to be: that is the question:  
Whether 'tis nobler in the mind to suffer  
The slings and arrows of outrageous fortune,  
Or to take arms against a sea of troubles,  
And by opposing end them? To die: to sleep;  
No more; and by a sleep to say we end  
The heart-ache and the thousand natural shocks  
That flesh is heir to, 'tis a consummation  
Devoutly to be wish'd. To die, to sleep;  
To sleep: perchance to dream: ay, there's the rub;  
For in that sleep of death what dreams may come”<sup>108</sup>  
(Hamlet Act III, scene 1)*

---

<sup>108</sup> <http://www.playshakespeare.com/hamlet/scenes/134-act-iii-scene-1>



## Commentary on The Readiness is all ? Closure Remarks on the Psychotic Anticipatory Experience of Time and Space

In 2003 I was given the opportunity to work with psychotic patients on the then called section 'De Baken A' in the Psychiatric Centre Duffel. My approach was and still is the *psychoanalytic* framework. Other therapists on our ward have worked from different angles being Cognitive Behavioral Therapy, Cognitive Remediation Therapy, System/Family Therapy, Nonverbal Therapy, Medical Psychiatry, Environmental Therapy, Psycho education and so forth. All these approaches come together in the Stress Vulnerability Coping Model. First put forward by Zubin and Spring in 1977, it is still the dominant model in uniting theories about psychosis.

It is a very simple model where a person who may or might experience psychosis has a certain vulnerability to stress. I put the model forward as we have worked it out in the Psychiatric Center Duffel, section De Baken (A)/Fase 1.



Figure 50 The beam metaphor

We start with the beam metaphor. Every one has a certain strength to cope with stress. This is symbolised with the support beam, like on a construction site. For some it is a strong support beam, meaning they are more resilient to deal with stress.

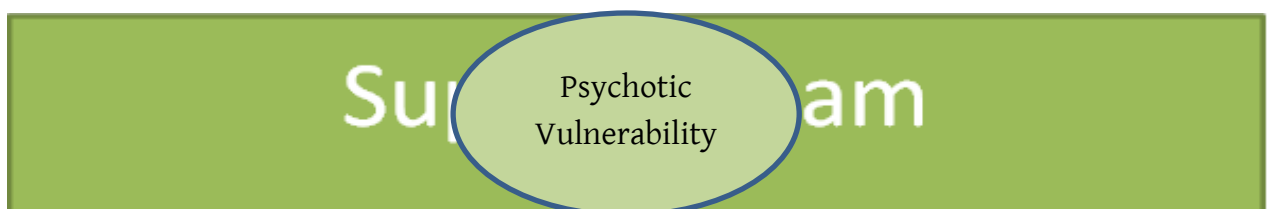


Figure 51 The Psychotic Vulnerability

In psychosis we notice that some individuals have a weakness in their resilience. Due to genetic factors, environmental factors and contextual factors a soft spot in their coping abilities is present. The psychotic vulnerability is there from the start, but it goes unnoticed until too much weight is placed on the coping abilities.

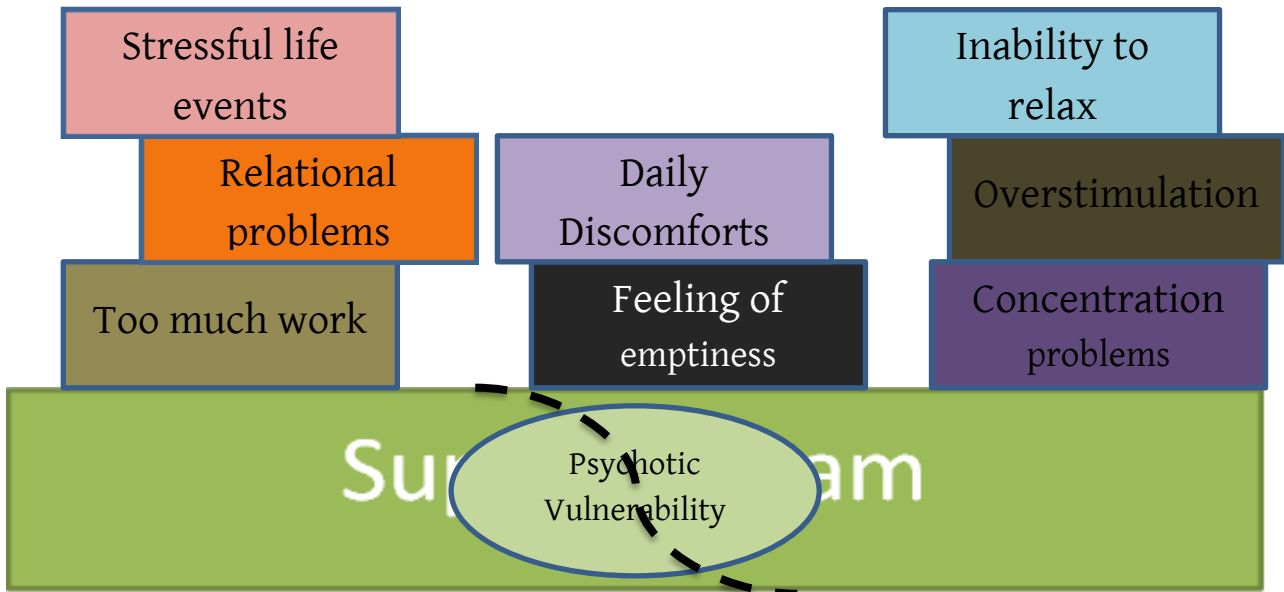


Figure 52 The stress on the coping strength (prodromal phase)

When too much stress is placed on the coping ability of a psychotic subject, *cracks* seem to appear in the day by day conduct of the individual. Certain alterations in the behaviour are noticed such as sleeping problems, concentration failures, social withdrawal, drug intake and so forth. In the prodromal phase we see changes in perception, beliefs, cognition, mood, affect and behavior. About 80 to 90% of patients with the psychotic vulnerability will report these premorbid symptoms before the actual psychotic breakdown. (Addington, 2003) In this phase of the psychotic process it is important to evaluate the risk of these '*cracks*' growing out to a full blown psychosis. We discussed both the strengths and the weaknesses of Early Detection and Intervention in chapter 6, so we will not go further here.

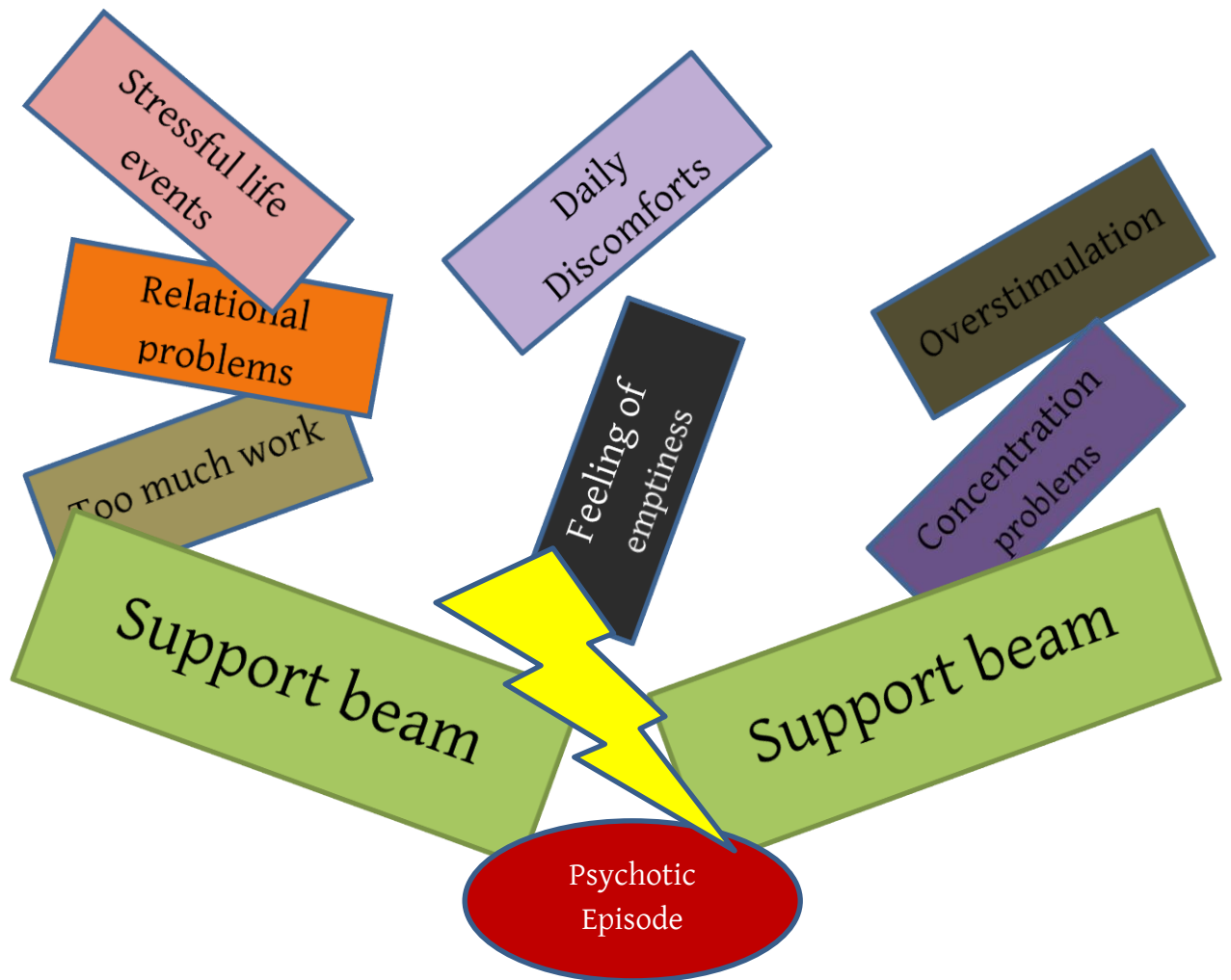


Figure 53 The Psychotic Breakdown

When the actual psychotic breakdown occurs, it is clear to every one that the subject is in a state of psychotic distress. Delusions and hallucinations are rampant, the subject is no longer able to function in an adequate manner and is diagnosed as psychotic. In making the diagnosis of schizophrenia, we have to evaluate the precursors to this phase, albeit in retrospect. It is often only after the actual psychotic breakdown that the prodromal symptoms can be appraised as psychotic symptoms. For example, only after a psychotic delusion we can evaluate the reversal of the day and night rhythm as a sign of a prepsychotic state.

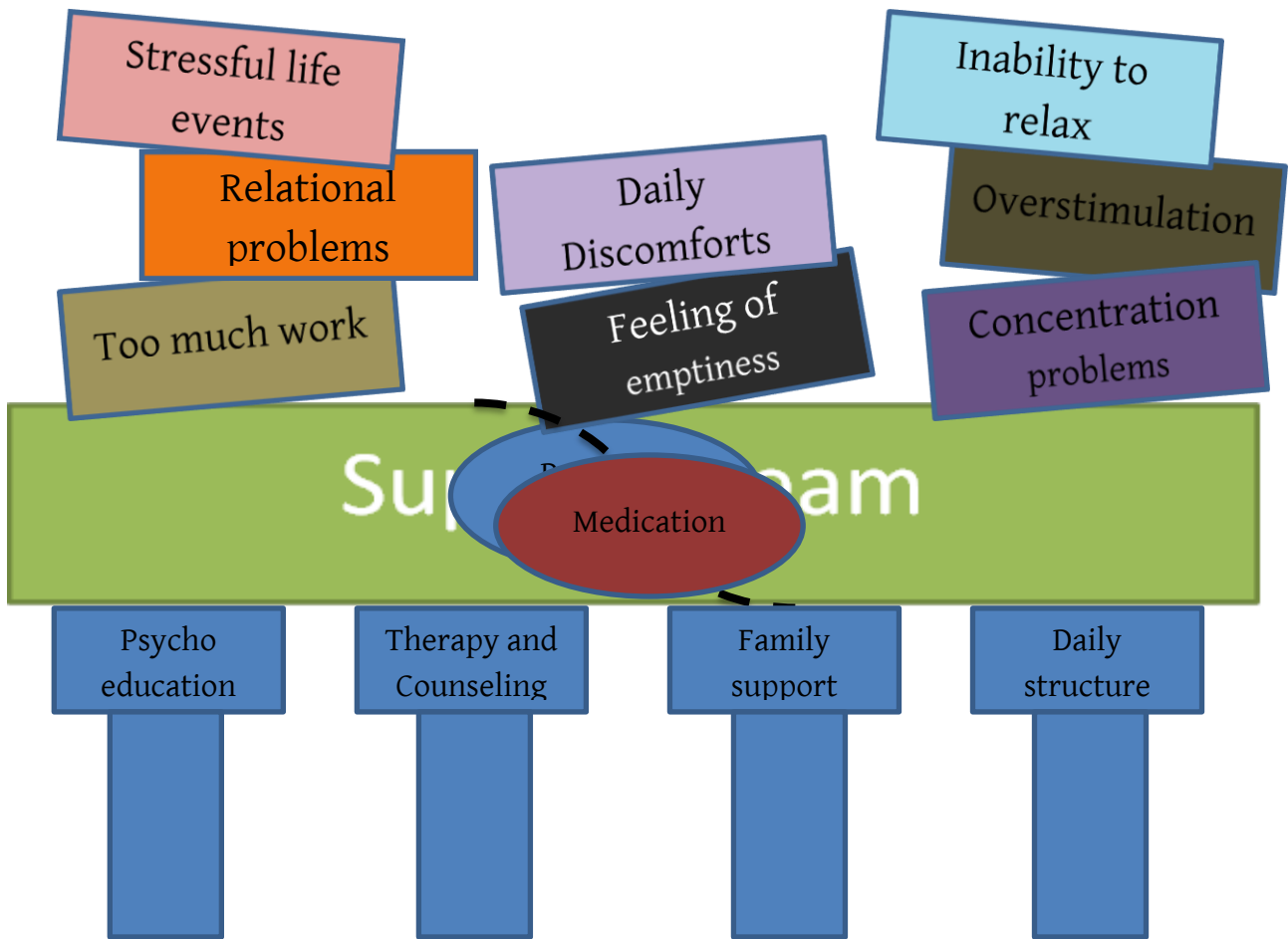


Figure 54 The coping mechanisms (medication and support)

Therapy for psychosis means giving anti-psychotic medication in the first place. Medication is necessary to be able to offer the other forms of support necessary to augment the patient’s capacities to deal with life’s circumstances. Support means giving the patient the relevant information about psychosis, based on psycho-education. In this psycho-education, the beam metaphor is central. Besides the psycho-education, therapy and counseling are a must. Because the life story of every patient is different, as are his or her strengths and weaknesses, we have to go into detail about the relevant stressors and resiliences of the individual. Also, family support is very important because in most cases the members of the family were the first witnesses of the psychotic breakdown and they can provide the right kind of support to their child, sibling or partner, because they know the individual better than most. Here also psycho education plays a big part in the therapeutic process. Last, the day to day structure is seen as paramount in recovery. Getting out of bed in time and going to sleep on time are

## PDF Eraser Free

crucial. Eating well on a regular basis, physical exercise, relaxation, quitting smoking and so forth.

The model is *exceedingly simple*, can be applied to *most psychotherapeutical backgrounds*, is *interdisciplinary*, goes *against stigmatisation* in talking about a psychotic vulnerability and is oriented towards *empowerment* of the individual strengths, not only focusing on the weaknesses. Besides these qualities a few disadvantages can be put forward.

The first is that the model is *too simple*. It says nothing about the nature of psychosis or about the phenomenological aspects of being psychotic. The second is that too much stress is placed on the *necessity of medication*. In the model it is described as the glue that holds the beam in place after a psychotic episode occurred. Of course, pharmaceutical companies are avid fans of the model because they can stress the importance of their wares in recovery from psychosis. Third, psychosis is seen as a *deficit*, a weakness. Despite all the disclaimers that the subject or his family are not to blame for the vulnerability, all the positive aspects of psychosis are blotted out. As if a warning sign is placed near certain avenues of thought, feeling and behaviour. “*Warning, psychosis ahead, go no further here.*” As if psychotic individuals remain handicapped for the rest of their lives and should be warned against any or all “dangerous” enterprises that make life colourful. Fourth, recovery of psychosis meant being *normalised*. In maintaining medication intake, strict daily routine and seeing therapists/psychiatrists on a regular basis a psychotic patient is able to maintain stability. Last, the model is to me the epitome of *eclecticism* if used as a stand alone in therapy for psychotic patients. It says nothing about how we should work together, with the patient, the patient group, their families and others in their life context. Also, it says nothing as to how we as therapists should work together towards recovery. Only a dynamic complex metatheory will be able to provide the background as to how *synergy* (working together) can be accomplished.

In my experience on working with the patients that suffer from psychosis, they don't seem to understand that much about the model as it is put forward in psycho-education. Of course, they know about the stressors we offer them in the model as possible causes regarding psychosis. Yes, of course, drugs are bad for me, yes of course it is due to too much stress from my studies or work, yes of course I should keep a healthy life style and sleep well, and most importantly, yes of course I should take my medication... or else?

Yes indeed, or else what? My experience with psychotic patients is that they learn very little from all this psycho babble (including my own). They have their own stories, their own understanding. Notwithstanding all our valiant efforts of knocking some sense into them, they are always much more in the know about psychosis than we could possibly be.

# PDF Eraser Free

## **In Conclusion**

# PDF Eraser Free



## In Conclusion

It is now ten years since I first started to work in *the Psychiatric Center St Norbertushuis Duffel* with patients in psychotic distress. From all I have learned in encountering more than a thousand 'psychotic' patients is that I seem to know less about the psychotic state than I imagined myself to know over a decade ago.

All the psychotherapeutic work with these patients has been a joint venture, where they know more about the psychotic state than I do because they are experiencing it first-hand. I am merely guessing, hinting, wondering what it is like to be in a psychotic state of mind and body. The 'thing' that stands in the middle of every encounter is the take both of us have on reality and how we can find a common solid ground to build the foundation for the therapeutic work that lies ahead.

In discussions with my colleagues I find that we are *all* merely guessing what is going on. We imagine this or that symptom, utterance, comport is a sign of psychosis. And we provide a diagnosis based on our clinical observation, psychological testing, brain scans, anamneses and other diagnostic tools. But what are we actually doing when making a diagnosis of psychosis and of schizophrenia? We are saying that the patient is disordered in his contact with reality and this disorder is situated within a certain context. This context is subjective on the one hand (coupled to the developmental, familial, social, personal layers of existence) and has certain more universal traits we can describe as common to the psychotic state of mind. Through these common features of psychosis we can come to setting a boundary to what is within the field of psychosis or what is beyond. Making a diagnosis pertains analyzing the common ground with which to compare the current state of the patient in regards to the state of mind we have found in patients struggling with seemingly concordant troubles. These common features can be described as *delusions* and *hallucinations*.

Delusions and hallucinations occur often in psychosis. They can be seen as traits of the psychotic frame of mind as they are occurring, not merely hidden in the psychotic system, but on the surface where they can be noticed. We could say that they are boundary phenomena of the psychotic system. Thus, they set limits to our epistemological enquiry regarding psychosis as a disorder of reality. When speaking of

## PDF Eraser Free

psychosis, we talk about patients that have delusions and/or hallucinations, these are of a specific kind (meaning that they have a certain logical structure to them and are not merely to be understood as aberrations or defects in the system) and they can be adequately described as belonging to the field of *psychotic* delusions and hallucinations.

If we want to understand psychosis, we have to look at these defining features to state our explanatory hypotheses regarding these phenomena. In our general introduction we made four hypotheses regarding psychosis as a disorder of reality.

1. **Psychosis is a complex disorder of reality:** Although interpretations of the psychotic states diverge on many terrains, the common ground for them lies in the place reality perception and appraisal takes in the interpretation. Reality perception is nested in a complex context we should take into account when evaluating the place and the function of the psychotic symptom.
2. **Objectivism subjectivism equal reductionism:** Both objectivism and the subjectivism follow from a certain supposition in relation to defining psychosis. Psychosis is seen as a disorder of reality but the metatheory to explain this disorder of reality remains in the dark. The underlying reductionism of both objectivism and subjectivism hampers a more encompassing view on the psychotic experience.
3. **Estranged engaged epistemology:** Concerning psychosis as a disorder of reality, we can make a distinction between an estranged and an engaged epistemology. The latter is receptive to the objectivist and subjectivist viewpoints, but it proposes to critically overcome them within a complex framework that does justice to the psychotic experience itself as it is experienced by and meaningful for the psychotic individual.
4. **Psychosis is a form of direct(ed)ness among many others:** To come to a clear differential diagnosis we have to delineate both the form and the content of the psychotic organisation as it is experienced by the subject in interaction with the different intrasubjective components of the phenomenological experience of reality perception and in relation to the intersubjective social field of interaction

Throughout all the chapters in this Ph D, I held fast to one main idea, that the only common ground that holds for *all* approaches and interpretations of psychosis pertains reality in a more or less disordered state. In the different chapters we found that a psychotic symptom is a sign of something for someone in some respect or capacity. Concerning reality I have tried to show what the relevancy could be of an altered experience of reality, both for the one experiencing this alteration as for the observer evaluating this alterity. But it is the state of reality that is under investigation.

## PDF Eraser Free

My clinical background is clearly the field of (neuro)psychoanalysis. As psychoanalysis is the *science of the particular* according to Lacan (Verhaeghe, 2002) we will not be able to make causal statements regarding psychosis as a reality disorder in general terms. But there is a clear danger to being a science depending on n=1 research. In my clinical practice I have seen many patients who were diagnosed as psychotic, simply based on certain hypotheses that came from the interpretation of the analyst in question. As I have illustrated in chapter 6, the whole idea of “Ordinary Psychosis” is a very tricky supposition. Psychotic is he or she I suppose to be psychotic, even without clear signs of psychotic symptoms.

If we want to investigate what unites all these particularities of psychotic distress, we should focus on a science able to combine all these peculiar phenomena in a complex scientific framework. Here the common ground of neuroscience and psychoanalysis can be found as I have shown in my previous work *Theory of Complexity and Psychoanalysis* (2002) For, the psychoanalytical clinic of listening to the patient can inform the neuroscientists as to what they may or might be looking at when they evaluate the brain scans of patients experiencing delusions and hallucinations. And, psychoanalysis can be informed about certain aspects of their hypotheses as they are occurring in the brain. This makes room for relevant neuropsychanalytical questioning and research into psychosis.

It is not merely a question of pure theoretical science with no impact on the *clinic* of psychosis. Needless to say, the influence of *neuroleptics* in the treatment of psychosis is virtually everywhere. I know of very few patients under my care that are not on medication. The reason behind this can be found in the discovery of chlorpromazine and the dopamine hypothesis that followed from it. Psychosis and schizophrenia in particular is seen as a deregulation of dopamine in the brain and neuroleptics ‘fix’ the problem and ‘cures’ the delusions and hallucinations.

But almost nobody poses the question of what dopamine really is and what its function is in the brain. (Chapter 4) There is a very clear answer to the lack of questioning in this matter. *Nobody* knows what dopamine actually does, how it is influenced by a myriad of factors and influences a myriad others. I feel at liberty to say that dopamine is, as are all neurotransmitters in the central nervous system, mysterious up to a certain degree. We know dopamine is involved in cognition, motivation, drive, memory etc. but there is no blue print that is self-explanatory for what dopamine does in the brain. Saying that dopamine is the cause of psychosis is a faulty statement at best.

The same goes for every other reductionist cause of psychosis and psychosis in schizophrenia. Be it the schizophrenogenic mother (Harrington, 2012), the demise of the father in the familial context (Lidz et al, 1956), social problems (Van Os and McGuffin, 2003), viral infection (Fatemi et al, 2012) or other causes. From an outsider’s perspective it is alluring to just look at the symptoms and explain this or that

## PDF Eraser Free

phenomenon as a clear sign of a disorder. The true answer can only be a synergic one, where every finding is placed in the broader context. (Chapter 7) The reductionist views are ever so many ways of not listening to the patient. In the words of Jacques Lacan: “L’inconsient se ferme en effet pour autant que l’analyste ne <<porte plus la parole>>, parce qu’il sait déjà ou croit savoir ce qu’elle a à dire.” (Lacan, 1966: 359).

The context is and should always be the patient and his or her experience of being in the life world as it is experienced. Objectivism and Subjectivism go toe to toe in these matters as to finding the smoking gun of the psychotic disorder. (Chapters 2 and 7) If psychosis is the result of faulty genes, faulty neurons, faulty society, faulty family,... all these avenues are missing the point. The only thing of relevance is to look for a reason that is of importance to the subject experiencing a psychotic state as to better understand what is going on. As I have shown in chapter 4 the blunting of the ERN does not explain delusions. It is or may be an important piece of the puzzle but not the whole explanation.

As I made clear in chapter 7 I am very much against eclecticism and a promotor of synergy. Not knowing what is going on in the life of a psychotic individual but wanting to understand is key to better diagnosis and therapy. Working *with* the patient far exceeds working *for* and sometimes working *against* the patient for a greater good. And this demands a different stance towards the subjective qualities, wants and desires of the patient in question.

The reason to reckon with these subjective aspects of schizophrenia and psychosis besides the obvious ethical reasons is that psychosis as a disorder of reality is not merely a disorder but a *motivated* disorder. There are reasons why a certain psychotic patient believes they are kings of the universe, under constant siege of the CIA, in a relationship with a movie star and so forth. When I say that psychosis is a *form of directness*, I state nothing more than the fact that almost every psychotic symptom has a reason and is motivated. We could even say that the compelling nature of the psychotic phenomenon is the main problem to work with in therapy. If therapy would only involve showing psychotic patients the error of their ways, conduct, thinking and feeling, it would be ridiculously easy to provide the right psycho-educational information and send them on their way. In reality, things are never that simple.

The directness of a psychotic symptom should be understood as to why this particular delusional idea is more on the foreground than other ideas, even blotting out other ways of thinking, feeling and behaving. Why this idea and not another? This leads us to question the peculiarities or oddities in psychotic thinking on the whole and as relevant to the individual patient in treatment. In short, what pushes psychosis in a certain direction? Why *that* direction and not another? Why is the delusion so all encompassing, urgent and immediate? And most importantly, what is it like for the psychotic individual to experience the directive quality of a delusional idea?

## PDF Eraser Free

In defining psychosis as a form of direct(ed)ness, I went out on a limb, literally. In chapters 5 and 6 I introduced 'lichaamskaart' as a way of mapping the directive qualities of the 'psychotic' drive in the drawing process of the body contours. Psychotic patients draw different kinds of 'lichaamskaarten'. Does this mean that we have a new marker now for diagnosing psychosis? No, the heart of the matter lies in the experience and the content of the 'lichaamskaart'. "The structure of a system are the actual components and the actual relations which realize a particular system as a system of a particular kind." (Maturana, 1986: 5, cited in Van De Vijver, 1991: 187) An engaged way of approaching psychosis in 'lichaamskaart' is working through what comes to the fore in the technique. If a subject stresses the lack of boundaries between him/herself and the outer world, we focus on that problem if it is a problem in the first place or becomes a problem in the dynamics of the therapeutic contact. If the subject draws circles around the ankles and states that they are weak we try to explore the reasons why they feel them to be weak, to place them within the experiential field of what it is like to be them and feeling the way they feel. And of course, up to this very day not one of the participants in our research has drawn the perfect 'lichaamskaart' without any error and in the correct proportions. The question is to look for the meaning of these 'errors' if and how they are relevant to them, not to the detached outside observer. Taking the 'lichaamskaart' seriously is evaluating if it makes a difference to the (psychotic) subject towards the feelings, thoughts and excitations they experience in their bodies. Understanding what comes to the fore in 'lichaamskaart' means looking at the broader picture from an engaged angle.

To this very day, I have not heard a single delusional idea of my patients that didn't make sense up to a certain degree. In contrast even, they seem to make more sense of reality than I do sometimes, more in tune with what is really going on in the world surrounding them. Because they are glued to reality sensation and perception due to the direct nature of their being in the world, they sometimes have uncanny insights in the human to and fro's on a psychiatric ward, looking through the illusions we 'normal' people cling to.

I often get the question what direction I give to therapy with psychotic patients. If I do not believe that schizophrenia as a psychotic structure is a global brain disease, my aim could not possibly be an effort at curing schizophrenia or psychosis at large in various mental pathologies. If being psychotic means being in the world in a different manner than the majority of normal or 'healthy' individuals, what good could treatment offer psychotic patients?

My main focus has remained the same the last ten years. I strive to achieve a *maximum of subjective difference* with the patient *in the social bond* that is therapy. It is not the intention that I teach patients to think, feel and behave in the same way as I do, it is

## PDF Eraser Free

not the intention that I learn to think, feel and behave as they do in an effort to better understand their way of being in the world. The main focus I would call a dual aspect therapy of the disorder of reality. I readily admit that my guess to what reality is really about is as good as any. I can only speak from my personal perspective. And the same goes for the patients. If they say they have an intimate relationship with a superstar, I ask them to explain this to me. How did this happen, how long has it been going on, what has happened during? I never say I am sure that they are or aren't romantically entangled with said superstar. I put the reality of their statement between brackets and ask them to elaborate more on this idea. The same goes for my patients. When I say that they are diagnosed as schizophrenic, they often ask me why I have come to this delusional idea that they have a mental illness. They ask me about my role as a therapist. They ask me about almost everything in a very direct manner. And when we can reach a point in the treatment where we both can agree that our synergic take on reality may be right and might be false, we are on the verge of coming to an epistemology of reality that is objectively viable, subjectively interpreted and existentially relevant.

We could both be right, we might both be wrong. It always leaves room for speaking further on the subject of reality, our own and the other's.

## References

- Abi-Dargham, A. (2004) "Do we still believe in the dopamine hypothesis? New data bring new evidence." *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 3:7, pp. S1-5.
- Addington, J. Mancuso, E. (2009) "Cognitive-behavioral therapy for individuals at high risk of developing psychosis." *Journal of Clinical Psychology*, 65, pp. 879-890.
- Adriaensen, M. (1992) *Over de subjectwording Een aantal representaties uit het onderwijs van Lacan*. Idesça, Gent.
- Ahbel-Rappe, K. (2006) " "I no longer believe:" Did Freud abandon the seduction theory?" *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 54, pp. 171-199.
- Allman, J. Hakeem, A. Watson, K. (2002) "Two phylogenetic specializations in the human brain." *Neuroscientist*, 8:4, pp. 335-346.
- Amador, X. ; Johanson, A.L. (2000) *I am not Sick, I don't Need Help!* Vida press, New York.
- American Psychiatric Association (APA). (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1st ed.)*. American Psychiatric Association, Washington, DC
- American Psychiatric Association (APA). (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.)*. American Psychiatric Association, Washington, DC
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text Revision)*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association. Washington, DC.
- Andreasen, N.C. Flaum M. Swayze, VW. Tyrell, G. Amdt, S. (1990) "Positive and negative symptoms in schizophrenia: A critical reappraisal." *Archives General Psychiatry*, 47, pp. 615--621.
- Andreasen, N.C., and Olsen, S. (1982) "Negative and positive schizophrenia." *Archives of General Psychiatry*, 39, pp. 789-794.
- Aquinas, T. (1252-1256 [1965]) *De Ente et Essentia*.  
<http://dhspriority.org/thomas/DeEnte&Essentia.htm>
- Arbib, A. Mundhenk, TH. (2005) "Schizophrenia and the mirror system: an essay" *Neuropsychologia* 43, pp. 268-280.
- Aronson, T. (1985) "Historical perspectives on the borderline concept: A review and critique." *Journal for the Study of Interpersonal Processes*, Vol 48(3), pp. 209-222.
- Ashby, WR. (1947) "Principles of the Self-Organizing Dynamic System" *Journal of General Psychology*, 37, pp. 125-128.
- Basaglia, F. (1964) "The Destruction of the Mental Hospital as a Place of Institutionalisation: Thoughts Caused by Personal Experience with the Open Door System and Part Time Service." *First international congress of social Psychiatry*, London.

## PDF Eraser Free

- Bazan, A. De Grave, D. (2003) "Phonemes as organizing strange attractors" *unpublished*, pp. 1-25.
- Blakemore, S-J. Frith, C. (2005) "The role of motor contagion in the prediction of action." *Neuropsychologia*, 43, pp. 260-267.
- Beer, M.D. (1996). "Psychosis: A history of the concept". *Comprehensive Psychiatry*, 37 4, pp. 273–91.
- Benes, FM. Berretta, S. (2001) "GABAergic interneurons: implications for understanding schizophrenia and bipolar disorder." *Neuropsychopharmacology*, 25:1, pp. 1-27.
- Bentall, R. (2004) *Madness explained, psychosis and human nature*. Penguin Books, London.
- Bentall, R. (2006) "Madness explained: Why we must reject the Kraepelinian paradigm and replace it with a complaint orientated approach to understanding mental illness." *Medical Hypotheses*, 66, pp. 220-233.
- Berman, KF. Ostrem, JL. Randolph, C. Gold, J. Goldberg, TE. Coppola, R. Carson, RE. Herscovitch, P. Weinberger, DR. (1995) "Physiological activation of a cortical network during performance of the Wisconsin Card Sorting Test: a positron emission tomography study." *Neuropsychologia*, 33 8, pp. 1027-46.
- Berrios, G.E. (1985) "Positive and Negative Symptoms and Jackson: A Conceptual History." *Archives General Psychiatry*, 42, pp. 95-97.
- Berrios, G.E. (1992) "Positive and negative signals. A conceptual history." In Marneros, A. et al (eds) *Negative versus positive schizophrenia*. Springer, Heidelberg.
- Berrios, G.E. (2001) "Jackson and his "The Factors of Insanities"." *History of Psychiatry*, 12, pp. 353-373.
- Binswanger, L. (1965) *Wahn*. Pfullingen, Neske.
- Bion, W. (1967) "Second thoughts." Selected papers on psycho-analysis., Heinemann Medical, London.
- Bion, W. (1970) *Attention and Interpretation*. Tavistock Publications, London.
- Blankenburg, W. (1971) *Der Verlust der natuerlichen Selbstvertaendlichkeit: Ein Beitrag zur Psychopathologie Symptomarmer Schizophrenien.*, Stuttgart, Enke.
- Bleuler, E. (1908) "Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe)." *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychischgerichtliche Medizin*, 65, pp. 436–464.
- Bleuler, E. Jung, CG. (1908) "Komplexe und Krankheitsursachen bei Dementia Praecox." *Zentrallblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 31, pp. 220-227.
- Bleuler, E. (1911 [1950]) *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. International Universities Press, New York.
- Blom J (2007) A hundred years of schizophrenia: from Bleuler to DSM-V, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49 12, pp. 887-95.
- Blomme, D. Hoens, D. (2002) "Subject en collectiviteit Een interpretatie van Lacans "Le temps logique"." *Psychoanalytische Perspectieven*, 20 1, pp.47-65.
- Boeree, G. (2002) "A Bio Social Theory of Neurosis." <http://webpace.ship.edu/cgboer/genpsyneurosis.html>
- Bosch, X. Molas, S. (2003) "Archie Cochrane: Back to the Front." Barcelona: Special edition for the XI Cochrane Colloquium, Spain.
- Botvinick, MM. Cohen, JD. Carter, CS. (2004) "Conflict monitoring and anterior cingulate cortex: an update." *Trends in cognitive science*, 8 12, pp. 539-546.
- Boullart, K. (1999) *Vanuit Andromeda gezien. Het bereikbare en het ontoegankelijke. Een wijsgerig essay*. Universiteit Gent-VUB-Press, Brussel.
- Bramness, G. Øystein, H. Gundersen, J. Guterstam, E. Rognli, M. Konstenius, E.M. Løberg, S. Medhus, L. Tanum L. Johan F. (2012) "Amphetamine-induced psychosis - a separate diagnostic entity or primary psychosis triggered in the vulnerable?" *BMC Psychiatry*, pp. 315-339.



- Brazo, P. Marie, RM. Halbecq, I. Benali, K. Segard, L. Delamillieure, P. Langlois-Thery, S. Van Der Elst, A. Thibaut, F. Petit, M. Dollfus, S. (2002) "Cognitive patterns in subtypes of schizophrenia." *European Psychiatry*, 17 3, pp. 155-62.
- Bressler, SL. (2003) "Cortical coordination dynamics and the disorganisation syndrome in schizophrenia." *Neuropsychopharmacology*, 28, pp. S35-S39.
- Brülde, B. (2007) "Mental disorder and values" *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 14 2, pp. 94-102.
- Buchel, C. Bornhovd, K. Quante, M. Glauche C. Bromm, B. Weiller, C. (2002) "Dissociable neural responses related to pain intensity, stimulus intensity, and stimulus awareness within the anterior cingulate cortex: a parametric single-trial laser functional magnetic resonance imaging study." *Neuroscience*, 22 3, pp. 970-976.
- Carter, CS. Braver, TS. Barch, DM. Botvinick, MM. Noll, D. Cohen, JD. (1998) "Anterior cingulate cortex, error detection, and the online monitoring of performance." *Science*, 280 53 64, pp. 747-749.
- Cassiel, (1990) *Encyclopedia of Forbidden Knowledge*. Hamlyn, New York.
- Chaudury, S. (2010) "Hallucinations: Clinical aspects and management." *Industrial Psychiatry Journal*, 19 1, pp.5-12.
- Chalmers, I. (2006) "Archie Cochrane (1909-1988)." *JLL Bulletin Commentaries on the history of treatment evaluation*
- Cilliers, P. (1998) *Complexity and Postmodernism*. Routledge, London.
- Cochrane, A.L. (1934) "Elie Metschinkoff and his theory of an 'Instinct de la Mort'." *International Journal of Psychoanalysis*, 15, pp. 265- 70.
- Cochrane, A.L. (1972 [1989]) "Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services (2nd ed.)" London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.
- Cochrane, A. L. Blythe, M. (1989 [2007]) *One Man's Medicine: An autobiography of Professor Archie Cochrane*. Cardiff University Press, Cardiff..
- Conrad, K. (1957 [1958]) *Die beginnende Schizophrenic. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*. Enke, Stuttgart.
- Coyle, JT. (2006) "Glutamate and Schizophrenia: Beyond the Dopamine Hypothesis." *Cellular and Molecular Neurobiology*, 26 4-6, pp. 365-384.
- Darwin, C. (1982 [1871]) *The Descent of Man*. Modern Library, New York.
- Deacon, TW. (1997) *The Symbolic Species*, Norton and Company, New York.
- Degenhardt, L. (2003) "The link between cannabis use and psychosis: furthering the debate." *Psychological Medicine*, 33 01, pp 3-6.
- Derrida, J. (1981) *Dissemination*. University of Chicago Press, Chicago.
- Descartes, R. (1641) *Meditations on First Philosophy in which are demonstrated the existence of God and the distinction between the human soul and body*.  
<http://www.earlymoderntexts.com/pdf/descmedi.pdf>
- deVries, M. Müller, N. Möller, HJ. Saugstad, H. (2008) "Emil Kraepelin's legacy: systematic clinical observation and the categorical classification of psychiatric diseases." *European Archives Psychiatry Clinical Neurosciences*, 258 2, pp.1-2.
- De Grave, D. (1999) *De doodsdrift ten aanzien van het Reële The death drive regarding the Real*, Master's dissertation Psychology
- De Grave, D. (2001a) "De doodsdrift ten aanzien van het Reële." *Psychoanalytische Perspectieven*, 43/44, pp. 33-61.
- De Grave, D. (2001b; 2002) *Complexiteitstheorie en Psychoanalyse Theory of Complexity and Psychoanalysis*. Master's Dissertation Philosophy, unpublished.
- De Grave, D. (2004) "Time to Separate the Men From the Beasts: Symbolic Anticipation as the Typically Human Subjective Dimension." *COMPUTING ANTICIPATORY SYSTEMS: CASYS'03 - Sixth International Conference. American Institute of Physics (AIP)*

## PDF Eraser Free

- Conference Proceedings*, 718, pp. 435-444.
- De Grave, D. (2006) "The Implosion of Reality: Schizophrenia, the Anterior Cingulate Cortex and Anticipation." *CASYS'05 Proceedings, International Journal Computing Anticipatory Systems*, 18, pp. 298-314.
- De Grave, D. (2006) "Het therapeutisch belang van diagnose: vier posities in de overdracht." *Conference on schizophrenia, paranoia and hallucination*. Idessa, Vesalius Hogeschool West-Vlaanderen, Oostende, unpublished.
- De Grave, D. (2008) "Chapter 16: Circumcising the Void: (De)contextualising in Complex Lacanian Psychoanalysis" in *Simultaneity: Temporal structures and Observer Perspectives*. World Scientific: Singapore, pp. 260-269.
- De Grave, D. Van Den Eede, L. (2009) "From Insufficiency to Anticipation, an introduction to 'Lichaamskaart'" *CASYS'07 Proceedings, International Journal of Computing Anticipatory Systems*, 21, pp. 145-155.
- De Grave, D. (2013) "Time is of the essence: the Importance of Anticipation in the Treatment of Schizophrenia" To be published in *CASYS'11 Proceedings, International Journal of Computing Anticipatory Systems*.
- De Grave, D. (2013) "The Readiness is all? Closure Remarks on the Psychotic Anticipatory Experience of Time and Space". To be published in *CASYS'11 Proceedings, International Journal of Computing Anticipatory Systems*.
- De Kroon, J. (2004) *Zachte landing*, Garant, Leuven.
- Dolan, R.J. Fletcher, P. Frith, CD. Friston, KJ. Frackowiak, RS. Grasby, PM. (1995) "Dopaminergic modulation of impaired cognitive activation in the anterior cingulate cortex in schizophrenia." *Nature*, 378 6553, pp. 180-182.
- Dongier, M. (2001) "Evidence-Based Psychiatry: The Pros and Cons" *Canadian Journal of Psychiatry*, 46 5, pp.394-395.
- Doyle, D. (2005) "Ritual male circumcision: a brief history." *The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 35 3, pp.279-285.
- Ehrlich, L. (2007) "Jaspers on the intersection of philosophy and psychiatry." *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 14 1, pp.75-78.
- Engels, H. (2009). "Emil Kraepelin's Traumsprache: erklären und verstehen." In: von Engelhardt, D. Gerigk, H.J. (ed.) *Karl Jaspers im Schnittpunkt von Zeitgeschichte, Psychopathologie, Literatur und Film*. Mattes Verlag, Heidelberg, pp.331-43.
- Engstrom, E. J., Weber, M. M. (2007) "Introduction to Special Issue. Making kraepelin history - a great instauration?" *History of Psychiatry*, 18 3, pp.267-273.
- Erickson, KI. Milham, MP. Colcombe, SJ. Kramer, AF. Banich, MT. Webb, A. Cohen, NJ. (2004) "Behavioral conflict, anterior cingulate cortex, and experimental duration: implications of diverging data." *Human brain mapping*, 21 02, pp. 98-117.
- Falzedo, E. (2007) "The Story of an Ambivalent Relationship: Sigmund Freud and Eugen Bleuler." *Journal of Analytical Psychology*, 52, pp. 343-368.
- Fan, J. Flombaum, JI. McCandliss, BD. Thomas, KM. Posner, MI. (2003) "Cognitive and brain consequences of conflict." *Neuroimage*, 18 01, pp. 42-57.
- Feighner, J.P. Robins, E. Guze, S.B. Woodruff, R.A. Winokur, G. Munoz, R. (1972) "Diagnostic criteria for use in psychiatric research." *Archives of General Psychiatry*, 26, pp. 57-63.
- Fellahian, C. (2005) *La psychose selon Lacan : évolution d'un concept*. L'Harmattan, Paris.
- Fellows, LK. Farrah, MJ. (2005) "Is anterior cingulate cortex necessary for cognitive control?" *Brain*, 128 04, pp. 788-796.
- Fink, B. (1996) "Logical Times and the Precipitation of Subjectivity", in *Reading Seminars I and II: Lacan's Return to Freud*, State University of New York, Albany, pp.356-386.
- Foucault, M. (1961 [1995; 2001]) *Madness and Civilization: A History of Insanity*, Routledge

## PDF Eraser Free

Publishing, London.

- Frances, A. (2009) "A Warning Sign on the Road to DSM-V: Beware of Its Unintended Consequences"  
<http://www.psychiatrictimes.com/articles/warning-sign-road-dsm-v-beware-its-unintended-consequences#sthash.3bRtxLd5.dpuf>  
<http://www.psychiatrictimes.com/articles/warning-sign-road-dsm-v-beware-its-unintended-consequences>
- Frances, A. (2013) *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. Harpercollins, New York.
- Freud, S. (1910i) "Die psychogene Sehstörung in psychoanalytischer Auffassung." *Gesammelte Werke*, 8, Imago, London, pp. 93-102.
- Freud, S. (1911c [1910]) "Psychoanalytische Bemerkungen über ein autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia Paranoides)." *Gesammelte Werke*, 8, Imago, London, pp. 239-320.
- Freud, S. (1911 [2001]) "Psycho-analytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (dementia paranoides)." *Complete Psychological Works Of Sigmund Freud*, 12, Vintage, London, pp. 3-84.
- Freud, S. (1915c) "Triebe und Tribschicksale." *Gesammelte Werke*, 10, Imago, London, pp. 209-232.
- Freud, S. (1918b [1914]) *Aus der Geschichte einer infantilen Neurose*. *Gesammelte Werke*, 12, Imago, London, pp. 27-158.
- Freud, S. (1919h). "Das Unheimliche." *Gesammelte Werke*, 12 London: Imago, pp.227-268.
- Freud, S. (1920g [2001]) *Beyond the pleasure principle*. *Complete Psychological Works Of Sigmund Freud*, 18, Vintage, London, pp. 1-64.
- Freud, S. (1920g) *Jenseits Des Lustprinzips*. *Gesammelte Werke*, 13. Imago, London, pp. 1-70.
- Freud, S. (1923b) *Das Ich und das Es*, *Gesammelte Werke*, 13, Imago, London, pp. 235-290.
- Freud, S. (1924 [2001]) "Neurosis and Psychosis." *Complete Psychological Works Of Sigmund Freud*, 19, Vintage, London, pp.149-156.
- Freud, S. (1924e) "Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose." *Gesammelte Werke*, 13, Imago, London, pp.361-368.
- Freud, S. (1925h) "Die Verneinung." *Gesammelte Werke*, 14, Imago, London, pp. 9-16.
- Freud, S. (1937c) *Die endliche und die unendliche Analyse*. *Gesammelte Werke*, 16, Imago, London.
- Freud, S. (1940e [1938]) "Die Ichspaltung im Abwehrvorgang." *Gesammelte Werke*, 17, Imago, London, pp.59-62.
- Freud, S. (1985c [1887-1904]) *Briefe an Wilhelm Fließ, Ungekürzte Ausgabe*, Fischer Verlag, Frankfurt am Main.
- Fulford, B. (2008) "Values and Psychiatry.", *Psychiatric Ethics*, Oxford University Press, Oxford.
- Gallup, C.G. jr. (1970) "Chimpanzees: self-recognition." *Science*, 169, pp.86-89.
- Gallup, C.G. jr. (1977) "Self-recognition in primates: A comparative approach to the bidirectional properties of consciousness." *American Psychologist*, 32, pp.329-337.
- Geerardyn, F. (2002) "The readiness is all!" Of hoe Shakespeare Freud las." *Psychoanalytische perspectieven*, 20 3, pp. 415-423.
- Gane, M. (2002) "Normativity and Pathology" *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 9 4, pp. 313-316.
- Gipps, R. Fulford, B. (2004) "Understanding the clinical concept of delusion: from an estranged to an engaged epistemology" *International Review of Psychiatry*, 16 3, pp. 225-235.

## PDF Eraser Free

- Goldberg, TE. Ragland, JD. Torrey, EF. (1990) "Neuropsychological assessment of monozygotic twins discordant for schizophrenia." *Archives General Psychiatry*, 47 11, pp. 1066-1072.
- Gorwood, P. Leboyer, M. Falissard, B. (1996) "Anticipation in schizophrenia: new light on a controversial problem." *American Journal of Psychiatry*, 153 9, pp. 1173-1777.
- Green, M. (2001) *Schizophrenia Revealed: From Neurons to Social Interactions*, Norton, London.
- Grob, G. (1991) *From asylum to community: Mental health policy in modern America*. Princeton University Press, Princeton.
- Grotstein, J. (1981) *Splitting and Projective Identification*. Jason Aronson, New York.
- Guyatt G. Cook D. Haynes B. (2004) "Evidence based medicine has come a long way." *British Medical Journal*, 329, pp.990-991.
- Hackett, T. (1977) "The psychiatrist: In the mainstream or on the banks of medicine?" *American Journal of Psychiatry*, 134, pp. 432-435.
- Harrison, P. Weinberger, D. (2005) "Schizophrenia genes, gene expression, and neuropathology: on the matter of their convergence." *Molecular Psychiatry*, 10 1, pp. 40-68.
- Harvey, PD. Keefe, RS. (1997) "Cognitive impairment in schizophrenia and implications of atypical neuroleptic treatment." *CNS Spectrum*, 2, pp. 1-11.
- Havenaar, J. (2005) "Waarom een diagnose schizofrenie?" *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47 3, pp. 149 – 155.
- Healy, D. Harris, M. Farquhar, F. Tschinkel, S. Le Noury, J. (2008) "Historical overview: Kraepelin's impact on psychiatry." *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258 2, pp. 18-24.
- Hegel, G. (1807 [1977]) *The Phenomenology of Spirit*. Oxford Press, Oxford.
- Heidegger M (1927) *Sein und Zeit*, Niemayer, Tübingen.
- Heinrichs, RW. Zakzanis, KK. (1998) "Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence." *Neuropsychology*, 12 3, pp. 426-445.
- Hippius, H. Muller, N. (2008) "The work of Emil Kraepelin and his research group in München." *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258 2, pp.3-11.
- Hoff, P. (2008) "Kraepelin and degeneration theory" *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 258 2, pp.12-17.
- Hoff, P. (2012) "Eugen Bleuler's Concept of Schizophrenia and Its Relevance to Present-Day Psychiatry" *Neuropsychobiology*, 66, pp. 6-13.
- Hoffman (2001) <http://www.digitalpeirce.fee.unicamp.br/hoffmann/p-sighof.htm>
- Hoffmeyer, J. (1996), *Signs of Meaning in the Universe*. Indiana University Press, Bloomington.
- Holmes, D. Murray, S. Perron, A. Rail, G. (2006) "Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism." *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 4, pp. 180-186.
- Houts, A. C. (2000). "Fifty years of psychiatric nomenclature: Reflections on the 1943 War Department Technical Bulletin, Medical 203." *Journal of Clinical Psychology*, 56, pp. 935-967.
- Horwitz, A.V. (2002) *Creating mental illness*. Chicago University Press, Chicago.
- Husserl, E. (1970 [1954]) *Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology*. Northwestern University Press, Evanston.
- Jackson, M. Fulford, B. (2003) "Psychosis good and bad: Value-based practice and the distinction between pathological and nonpathological forms of psychotic experience." *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 9 4, pp. 387-394.
- Jackson, PL. Meltzoff, AN. Decety, J. (2005) "How do we perceive the pain of others? A

## PDF Eraser Free

- window into the neural processes involved in empathy." *Neuroimage*, 24 3, pp.771- 779.
- Jaspers, K. (1997 [1913]) *General psychopathology, vol. 1*. Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Johns, LC. van Os, J. (2001) "The continuity of psychotic experiences in the general population." *Clinical Psychology Review*, 21 8, pp. 1125-41.
- Johnstone, E.C. Frith, C.D. (1996) "Validation of three dimensions of schizophrenic symptoms in a large unselected sample of patients." *Psychological Medicine*, 26, pp. 669-679.
- Kant, I. (1781 [1998]) *Critique of Pure Reason*. Everyman, London.
- Kaplan, R. (2008) "Being Bleuler: the second century of schizophrenia." *Australasian Psychiatry*, 16 5, pp. 305-11.
- Kapur, S. (2003) "Psychosis as a State of Aberrant Saliency: A Framework Linking Biology, Phenomenology, and Pharmacology in Schizophrenia." *American Journal of Psychiatry*, 160, pp.13-23.
- Kim, A. (2006). "Wilhelm Maximilian Wundt", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2008 Edition)*, Zalta, E.N. (ed.) <http://plato.stanford.edu/entries/wilhelm-wundt/>
- Kutchins, H. Kirk, S. (1997) *Making us crazy: DSM: The psychiatric bible and the creation of mental disorders*. The Free Press, New York.
- Kitcher, P. (1993) *Kant's Transcendental Psychology*. Oxford University Press, Oxford.
- Klein, M. (1952) "The mutual influences in the development of ego and id." *Psychoanalytical Study Child*, 7, pp.51-53.
- Klein, M. (1957 [2001]) *Envy and Gratitude: A Study of Unconscious Sources*. Routledge Press, London.
- Klerman, G. (1978) "The evolution of a scientific nosology." *Schizophrenia: Science and Practice*, Harvard University Press, Cambridge.
- Klerman, G. (1986) "Historical perspectives on contemporary schools of psychopathology." In T. Millon and G. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV*. Guilford, New York, pp. 3-28.
- Klosterkötter, W. (1988) *Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenie: eine empirische Untersuchung der psychopathologischen Übergangsreihen zwischen defizitären und produktiven Schizophreniesymptomen*, Springer Verlag, Frankfurt am Main.
- Kraepelin, E. (1883) *Compendium der Psychiatrie. Zum Gebrauche für Studierende und Aerzte*. A. Abel, Leipzig.
- Kraepelin, E. (1886) "Bespreking van Th. Meynert, Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns, begründet auf dessen Bau, Leistungen und Ernährung. Erste Hälfte (Bogen 1-18)." *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 42, pp.162-168.
- Kraepelin, E. (1887). "Die Richtungen der psychiatrischen Forschung. Vortrag, gehalten bei Uebernahme des Lehramtes an der Kaiserlichen Universität Dorpat." F.C.W. Vogel, Leipzig.
- Kraepelin, E. (1896) *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Fünfte, vollständig umgearbeitete Auflage*. J.A. Barth, Leipzig.
- Kraepelin, E. (1913) *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. II. Band: Klinische Psychiatrie. II. Teil. Achte, vollständig umgearbeitete Auflage*. J.A. Barth, Leipzig.
- Kraepelin, E. (1920). "Die Erscheinungsformen des Irreseins." *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 62, pp. 1-29.
- Kraepelin, E. (1983) *Lebenserinnerungen*. Herausgegeben von H. Hippus, H. Peters, G. Ploog, D. Springer, Berlin..
- Kraepelin, E. (1899) *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Aertze (6th ed)*. Barth Verlag, Leipzig.
- Lacan, J. (1966) *Écrits, du Seuil*, Paris.

## PDF Eraser Free

- Lacan, J. (1977 [1966]) *Écrits: a Selection*. Routledge, London.
- Lacan, J. (1945 [1966]) "Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée. Un nouveau sophisme." *Écrits*, du Seuil, Paris, pp.197-213.
- Lacan, J. (1949 [1966]). "Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je." *Écrits*, du Seuil, Paris, pp.93-100.
- Lacan, J. (1949 [1977]) "The Mirror Stage as Formative of the Function of the I." *Écrits: a Selection*, Routledge, London, pp. 1-7.
- Lacan, J. (1952-1954-1956 [1979]) "Le mythe individuel du névrosé ou Poésie et Vérité dans la névrose." *Ornicar?*, 11.
- Lacan, J. (1953 [1966]) "Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse." *Écrits*, du Seuil, Paris, pp. 237-322.
- Lacan, J. (1953 [1977]) "Function and field of speech and language in psychoanalysis." *Écrits: a Selection*, Routledge, London.
- Lacan, J. (1954-1955 [1988]) *The Seminar of Jacques Lacan II : The Ego in Freud's Theory and in the Technique of Psychoanalysis, 1954-1955*, Norton, New York.
- Lacan, J. (1955-1956 [1997]) *The Seminar of Jacques Lacan: book III The Psychoses, 1955-1956*, Norton, New York.
- Lacan, J. (1958 [1966]) "D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose." *Écrits*, du Seuil, Paris, pp.531-584.
- Lacan, J. (1958 [1977]) "On a question prior to any possible treatment of psychosis." *Écrits: A Selection*, Norton, New York, pp. 169-214
- Lacan, J. (1958 [1977]) "The signification of the phallus" *Écrits: a Selection* Routledge, London.
- Lacan, J. (1960 [1966]) "Remarque sur le rapport de Daniel Lagache: <<Psychanalyse et structure de la personnalité>>" *Écrits*, du Seuil, Paris, pp.647-684.
- Lacan, J. (1964 [1977]) *The seminar of Jacques Lacan: Book XI The Four Fundamental Concepts of Psychoanalysis*, Routledge, London, 1977.
- Lacan, J. (1964 [1974]) *Le Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. du Seuil, Paris.
- Lacan, J. 1973-1974 Sem XXI, Les Non Dupes Errent: les van 12 maart 1974, my translation.
- Lacan, J. (1975-1976 [2005]). *Le Séminaire, livre XXIII, Le sinthome*, du Seuil, Paris.
- Laing, R. (1970) *The Self and Others*. Pantheon, New York.
- Laloue,R. (2000) *La Psychose selon Freud*. L'Harmattan, Paris.
- Lane, RD. Fink, GR. Chau, PM. Dolan, RJ. (1997) "Neural activation during selective attention to subjective emotional responses." *Neuroreport*, 8 18, pp. 3969-3972.
- Laroi F. Woodward, T.S. (2007) "Hallucinations from a cognitive perspective." *Harvard Review of Psychiatry*, 15 3, pp.109-117.
- Laurens, KR. Ngan, ETC. Bates, AT. Kiehl, KA. Liddle, PF. (2003) "Rorstral anterior cingulate cortex dysfunction during error processing in schizophrenia." *Brain*, 126, pp. 610-622.
- Leader, D. (2011) *What is Madness?* Penguion Books, London.
- Leff, D. (1977) "Word associative production in affective versus schizophrenic psychoses." in <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kansa/vk/suvisaari/introduction.html>
- Levine, J. Schild, K. Kimhi, R. Schreiber, G. (1996) *Psychopathology*, 29 1, pp. 7-13.
- Lezy, J. (2007) *Psychose Verschijning beleving structuur*. Boom, Meppel.
- Liddle, PL. Kiehl, KA. Smith, AM. (2001) "Event-related fMRI study of response inhibition." *Human brain mapping*, 12 2, pp. 100-109.
- Liester, M.B. (1998) "Towards a new definition of hallucination." *American Journal of Orthopsychiatry*, 68 2, pp. 305-312.
- Luborsky, L. Rosenthal, R. Diguer, L. Andrusyna, T.P. Berman, J.S. Levitt, J.T. Seligman,

## PDF Eraser Free

- D.A. Krause, E.D. (2002) "The Dodo bird verdict is alive and well-mostly." *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 1, pp.2-12.
- Luks, TL. Simpson, GV. Feiwell, RJ. Miller, WL. (2002) "Evidence for anterior cingulate cortex involvement in monitoring preparatory attentional set." *Neuroimage*, 17 2, pp. 792-802.
- Lunbeck, E. (1994) *The Psychiatric Persuasion: Knowledge, gender and power in Modern America*. Princeton University Press, New Jersey.
- Luyten, P. Van Haute, P. De Block, A. (2007) *Psychoanalyse, cognitive psychologie en evidence-based medicine*. LannooCampus. Leuven.
- Magree, V. (2002), "Normal and abnormal: Georges Canguilhem and the question of mental pathology" *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 9 4, pp. 299-312.
- Maletic (2011)  
<http://www.cmellc.com/Home/TreatingtheWholePatient/articleType/ArticleView/articleId/4787/Schizophrenia-and-MDD/>
- Maleval, JC. (2000a), *La Forclusion Du Nom-Du-Pere. Le concept et sa Clinique*. du Seuil, Paris.
- Maleval, JC. (2000b) *Logique Du Delire 2eme Edition*. Masson, Paris.
- Maleval JC (2003) "Elements pour une apprehension Clinique de la psychose ordinaire." *Séminaire de la Découverte Freudienne*, 18-19 janvier 2003, Rennes.
- Mathalon, DH. Whitfield, SL. Ford, JM. (2003) "Anatomy of an error: ERP and fMRI." *Biological Psychology*, 64 1-2, pp. 119-141.
- Matte Blanco, I. (2005) "The four antinomies of the death instinct." *International Journal of Psychoanalysis*, 86 5, pp.1463-1476.
- Maturana, H.R. (1986), *Humberto Maturana live at the university of Brussels*, Satie, V.U.B., pp.1-32.
- Mayes, R. Horwits, A.V. (2005) "DSM-III and the revolution in the classification of mental illness." *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 41 3, pp. 249–267
- Maziade, M. Roy, M.A. Martinez, M. Cliche, D. Fournier, J.P. Garneau, Y. Nicole, L. Montgrain, N. Dion, C Ponton, A.M. (1995) "Negative, psychoticism and disorganized dimensions in patients with familial schizophrenia or bipolar disorder: Continuity and discontinuity between the major psychoses." *American Journal of Psychiatry*, 152, pp.1458-1463.
- McDonald, AW. Cohen, JD. Stenger, VA. Carter, CS. (2000) "Dissociating the role of the dorsolateral prefrontal and anterior cingulate cortex in cognitive control." *Science*, 288, pp.1835-1838.
- Milders, C.F.A. (2007) "Psychiatrie op de kop?" *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, pp. 873-876.
- Miller, JA. (1999) *La Convention d'Antibes, La psychose ordinaire*, Seuil, Paris.
- Minkowski, E. (1953) *La schizophrénie - Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes (Nouvelle édition revue et augmentée)*, Bibliothèque Neuro-Psychiatrique De Langue Française, Paris.
- Mott, F. (1910) "Hereditary aspects of nervous and mental diseases." *British Medical Journal*, 2, pp.1013–1020.
- Myin-Germeys, I. Krabbendam, L. Delespaul, PA. (2003) "Do life events have their effect on psychosis by influencing the emotional reactivity to daily life stress?" *Psychological Medicine*, 33, pp. 327 -333.
- Nadin, M. (1991) *Mind-Anticipation and Chaos*. Belser Press, Stuttgart.
- Nimchinsky, EA. Vogt, BA. Morrison, JH. Hof, PR. (1995) "Spindle neurons of the human anterior cingulate cortex." *Journal of Comparative Neurology*, 19 01, pp. 27-37.
- Nordahl, TE. Carter, CS. Salo, RE. Kraft, L. Baldo, J. Salamat, S. Robertson, L. Kusubov, N. (2001) "Anterior cingulate metabolism correlates with stroop errors in paranoid

## PDF Eraser Free

- schizophrenia patients.” *Neuropsychopharmacology*, 25 01, pp. 139-148.
- Ohshima, T. (2001) “Borderline personality traits in hysterical neurosis.” *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 55 2, pp.131-136.
- Pankow G (1976 [2006]) *L'Étre-là du Schizophrène Contribution à la méthode de structuration dynamique dans les psychoses*. Aubier-Montaigne, Paris.
- Parnas, L. Sass, J. (2002) “Self, solipsism and schizophrenic delusions.” *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 8 2–3, pp.101-120.
- Paulus, MP. Hozack, N. Frank, L. Brown, GG. (2002) “Error rate and outcome predictability affect neural activation in prefrontal cortex and anterior cingulate during decision-making.” *Neuroimage*, 15 4, pp. 836-846.
- Paus, T. (2001) “Primate anterior cingulate cortex: where motor control, drive and cognition interface.” *Nature reviews neuroscience*, 2 6, pp. 417-424.
- Penrose, L. (1948) “The problem of anticipation in schizophrenia genetics.” *Modern Perspectives in World Psychiatry*, Oliver and Boyd, Edinburgh, pp 3–19.
- Perls F (1947) “Ego Hunger and Aggression: A revision of Freud's theory and Method.” *Excitement and Growth in Human Personality*, Julian Press; New York.
- Pia, L. Tamietto, M. (2006) “Unawareness in schizophrenia: Neuropsychological and neuroanatomical findings” *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60 5, pp. 531–537.
- Polack, J. Sabourin, D. (1976) *La Borde ou le Droit à la Folie*. Calmann-Lévy, Paris.
- Porter, R. (2002) *Madness a brief history*. Oxford University press, Oxford.
- Povinelli, DJ. Bering, JM. (2002) “The Mentality of Apes Revisited.” *Current Directions in Psychological Science*, 11 4, pp.115-119.
- Quintana, J. Wong, T. Ortiz-Portillo, E. Marder, SR. Mazziotta, JC. (2004) “Anterior cingulate dysfunction during choice anticipation in schizophrenia.” *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 132, pp. 117-130.
- Ramachandran, V.S. (1999) “Mirror Neurons and imitation learning as the driving force behind “the great leap forward” in human evolution”,  
[http://www.anticipation.info/texte/ramachandran/mirror\\_neurons\\_rama.html](http://www.anticipation.info/texte/ramachandran/mirror_neurons_rama.html).
- Reaume, G. (2002) "Lunatic to patient to person: nomenclature in psychiatric history and the influence of patients' activism in North America". *International Journal Law and Psychiatry*, 25 4, pp. 405–426.
- Regier, D.A. (2007) “Time for a Fresh Start? Rethinking Psychosis in DSM-V” *Schizophrenia Bulletin*, 33 4, pp. 843–845.
- Rismiller, D. Rismiller, J. (2006) “Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism.” *Psychiatric Services*. 57 6, pp. 863-866.
- Rotakonda, S. Gorman, J.M. Yale, S.A. Amador, X.F. (1998) “Characterization of psychotic conditions. Use of the domains of psychopathology model.” *Archives of General Psychiatry*, 55, pp. 75–78.
- Sackett, D. (1996) “Evidence based medicine: what it is and what it isn't.” *British Medical Journal*, 312, pp.7-16.
- Sackett, D. Straus, S. Richardson, W. Rosenberg, W. Haynes, R. (2000) *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Samuels, R. (1990) “Logical Times and Jouissance.” *Newsletter of the Freudian Field*, 4 1-2, 69-77.
- Sato, M. (2006) “Renaming schizophrenia: a Japanese perspective.” *World Psychiatry*, 5 1, pp. 53–55.
- Salthe, S.N. (1985) *Evolving Hierarchical Systems*. Columbia University Press, New York.
- Savage-Rumbaugh, E.S. (1986) *Ape Language: From Conditioned Response to Symbol*, Columbia University Press, New York.



## PDF Eraser Free

- Scarone, S. Manzone, M.L. Gambini, O. Kantzas, I. Limosani, I. D'Agostino, A. Hobson, J.A. (2008) "The dream as a model for psychosis an experimental approach using bizarreness as a cognitive marker." *Schizophrenia Bulletin*, 34 3, pp. 515-522.
- Schatzberg, A.F. James H. Scully J.H. Kupfer, D.J. Regier, D.A. (2009) "Setting the record straight: a response to Allen Frances." <http://www.psychiatrytimes.com/articles/setting-record-straight-response-frances-commentary-dsm-v>
- Schneider, K. (1959) *Clinical Psychopathology*. Grune and Stratton, New York.
- Schultz, D.P. Schultz, S.E. (1975 [2000]) *The history of modern psychology. Seventh edition*. Harcourt College Publishers, San Diego.
- Sehon, S. Stanley, D. (2003) "A philosophical analysis of the evidence-based medicine debate." *BMC Health Services Research*, 3, pp.14-32.
- Shepherd, M. (1995) "Two faces of Kraepelin." *British Journal of Psychiatry*, 167, pp.174-183.
- Shorter, P. (1997) *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, Wiley Press, New York.
- Spiegel, A. (2005) "The Dictionary of Disorder How one man revolutionized psychiatry." [http://www.newyorker.com/archive/2005/01/03/050103fa\\_fact](http://www.newyorker.com/archive/2005/01/03/050103fa_fact)
- Spitzer, R. (1980) *DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)*. American Psychiatric Association, Washington DC.
- Stefanis, NC. Hanssen, M. Smirnis, NK. (2002) "Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population." *Psychological Medicine*, 32, pp. 347–358.
- Stern, A. (1938) "Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses" *Psychoanalytic Quarterly*, 7, pp.467–489.
- Stevens, AL. (2002) "What One Calls «Untriggered» Psychoses." *Courtil Papers* <http://www.ch-freudien-be.org/Papers/Txt/lysy-fc12.pdf>
- Suhara, T. Okubo, Y. Yasuno, F. Sudo, Y. Inoue, M. Ichimiya, T. Nakashima, Y. Nakayama, K. Tanada, S. Suzuki, K. Halldin, C. Farde, L. (2002) "Decreased dopamine D2 receptor binding in the anterior cingulate cortex in schizophrenia." *Archives of general psychiatry*, 59, pp. 25-30.
- Suvisaari, 2005 <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kansa/vk/suvisaari/introduction.html>
- Swinkels J.A. Van Everdingen, J.J.E. (2008) "De geschiedenis van evidence-based psychiatrie en richtlijnontwikkeling" *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50 6, pp. 317-322.
- Szasz, T. (1974) *The myth of mental illness Foundation of a theory of personal conduct*. Harper and Row, College dept., Illinois.
- Traupman, J. (1966) *The New Collegiate Latin & English Dictionary*. Bantam Books, New York.
- Trede, K. (2007) "150 years of Freud-Kraepelin dualism." *Psychiatric Quarterly*, 78 3, pp. 237-240.
- Tsuang, M. Stone, W. Faraone, S. (2001) "Genes, environment and schizophrenia." *The British Journal of Psychiatry*, 178, pp. 18-24.
- Umiltà, MA. Kohler, E. Gallese, V. Fogassi, L. Fadiga, L. Keysers, C. Rizzolatti, G. (2001) "I Know What You Are Doing: A Neurophysiological Study.", *Neuron*, 31, pp.155-165.
- Vandenberghe, J. (2008) "Grenzen aan evidence-b(i)ased psychiatrie?" *Tijdschrift voor psychiatrie*, 50 6, pp.377-385.
- van Bakel, A. (1998), "Een psychologie van de endogenie Over de theoretische pijlers van de Kraepeliniaanse nosologie", *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 12, pp. 752-764.
- Van De Vijver, G. (2000) "Identification and Psychic Closure A Dynamic Structuralist Approach of the Psyche." in *Closure: Emergent organizations and their dynamics*, Chandler, G. Van De Vijver, G. (eds.), *Annals of the New York Academy of Sciences*, 901, pp.1-13.

## PDF Eraser Free

- Van de Vijver, G. (1991) *Van Cybernetica naar Connectionisme Een epistemologische studie van doelgerichtheid*. Academia Press, Gent.
- Van De Vijver, G. Knockaert, V. Van Bunder, D., Bazan, A., Geerardyn, F. (2002) "Anticipation and Identification : A Comment on Lacan's « Mirror Stage »." *International Journal of Computing Anticipatory Systems*, 12, pp.301-311.
- Van Hecke, J. De Bruyne, S. Sabbe, B. (2002), "Pre-DSM-denken in een post-DSM-tijdperk Epistemologie: de blinde vlek van de huidige psychiatrische classificaties", *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44 7, pp.427-436.
- Van Heule, S. (2004) "Lacan's constructie en deconstructie van de dubbele spiegelopstelling" <http://www.psychoanalysis.ugent.be/vanheule1.pdf>
- van Os, J. (2009) "'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century?" *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, pp. 363-372.
- Van Os, J. Kenis, G. Rutten, B. (2010) "Environment and Schizophrenia." *Nature*, 468, pp. 203–212.
- van Praag, H.M. (2008) "Kraepelin, biological psychiatry, and beyond." *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258 2, pp. 29-32.
- van Veen, V. Carter, CS. (2002) "The anterior cingulate as a conflict monitor: fMRI and ERP studies." *Physiology and behavior*, 77, pp. 477-482.
- van Veen, V. Carter, CS. (2002b) "The timing of action-monitoring processes in the Anterior Cingulate Cortex." *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14 04, pp. 593-602.
- Verbrugghe, A. Nys, H. Vandenberghe, J. (2008) "Wanneer is een psychose gevaarlijk? Ethische, professionele en juridische afwegingen inzake psychose en gedwongen opname in België." *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50 3, pp. 149 – 158.
- Vereecke, W. De Waelhens, A. (2001) *Phenomenology and Lacan on schizophrenia : after the decade of the brain* Leuven University Press, Leuven.
- Ver Eecke, W. (2006) *Denial, Negation, And The Forces Of The Negative (Freud, Hegel, Lacan, Spitz, And Sophocles)*. State University of New York Press, New York.
- Verhaeghe, P. (2008) *On being normal and other disorders: a manual for clinical psychodiagnosics*. Karnac Books, London.
- Vinck, J. Rijniere, P. (1993) "Van paranoia tot waanstoornis." *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35 8.
- Vos, A.M. Holslag, I.M. Snelleman, W. Hoek, H.W. (2003) "Acute porfyrie: een intrigerende imitator." *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45 5, pp. 277-286.
- Wang, H. Ulbert, I. Schomer, DL. Marinkovic, K. Halgren, E. (2004) "Responses of Human Anterior Cingulate Cortex Microdomains to Error Detection, Conflict Monitoring, Stimulus-Response Mapping, Familiarity, and Orienting." *The Journal of Neuroscience*, 25 3, pp. 604-613.
- Wehowsky, A. (2000) "Diagnosis as care diagnosis as politics" *International journal of psychotherapy*, 5, pp.241-255.
- Weiser, M. van Os, J. Davidson, M. (2005) "Time for a shift in focus in schizophrenia: from narrow phenotypes to broad endophenotypes." *British Journal of Psychiatry*, 187, pp. 203-205.
- Yung, A.R. Woods, S.W. Ruhrmann, S. Addington, J. Schultze-Lutter, F. Cornblatt, B.A. Amminger, G.P. Bechdolf, A. Birchwood, M. Borgwardt, S. Cannon, T.D. de Haan, L. French, P. Fusar-Poli, P. Keshavan, M. Klosterkötter, J. Kwon, J.S. McGorry, P.D. McGuire, P. Mizuno, M. Morrison, A.P. Riecher-Rössler, A. Salokangas, R.K.R. Seidman, L.J. Suzuki, M. Valmaggia, L. van der Gaag, M. Wood, S.J. McGlashan (2012) "Whither the Attenuated Psychosis Syndrome?" *Schizophrenia Bulletin*, 38 6, pp. 1130-1134.
- Zimmerman, M. Jill, I. Mattia, J.I. Posternak, M.A. (2002) "Are Subjects in Pharmacological

## PDF Eraser Free

Treatment Trials of Depression Representative of Patients in Routine Clinical Practice?”  
*American Journal of Psychiatry*, 159, pp. 469–473.

Zirnheld, P.J. Carroll, C.A. Kieffaber, P.D. O'Donnell, B.F. Shekhar, A. Hetrick, W.P. (2004)  
“Haloperidol impairs learning and error-related negativity in humans.” *Journal of Cognitive Neuroscience*, 16 6, pp. 109-112.

# PDF Eraser Free

## References Figures

**Figure 1** A portrait of Albrecht De Grave by Gloria Mejia (1974)

Copyright Gloria Mejia

**Figure 2** Eros en Thanatos

Copyright Dieter De Grave (1990)

**Figure 3** A scene from “Clean, Shaven”

<http://the-tarpeian-rock.blogspot.be/2012/10/25-horror-films-13-and-12-double-feature.html>

**Figure 4** The triadic structure of a sign according to Pierce

<http://www.digitalpeirce.fee.unicamp.br/hoffmann/p-sighof.htm>

**Figure 5** The Word Association Test as devised by C. G. Jung

[http://auriol.free.fr/parapsychologie/champion\\_eng.htm](http://auriol.free.fr/parapsychologie/champion_eng.htm)

**Figure 6** Falling apples

[http://www.123rf.com/photo\\_11020801\\_ripe-red-apple-falling-down-isolated-over-white-background.html](http://www.123rf.com/photo_11020801_ripe-red-apple-falling-down-isolated-over-white-background.html)

**Figure 7** The Szondi test

<http://yoshizen.wordpress.com/2012/10/22/intuition-face-reading-in-the-szondi-test/>

**Figure 8** Philosopher in Meditation 1632 Rembrandt van Rijn

<http://paintingdb.com/view/41/>

**Figure 9** Gauss Curve

<http://mathforeurope.digibel.be/gauss2.htm>

**Figure 10** Kraepelin’s Big Idea in Bentall (2004)

Bentall 2004 p. 13

**Figure 11** De vier dimensies inzake psychose

[http://www.nature.com/nature/journal/v468/n7321/fig\\_tab/nature09563\\_F1.html](http://www.nature.com/nature/journal/v468/n7321/fig_tab/nature09563_F1.html)

**Figure 12** The RSI model

## PDF Eraser Free

<http://aquileana.wordpress.com/2008/04/27/psicoanalisis-jacques-lacan-lo-real-lo-imaginario-y-lo-simbolico-lo-imaginario-y-el-concepto-del-otro/>

**Figure 13 The real situation for prisoner A**

No Copyright

**Figure 14 The imagined perfect situation for prisoner A.**

No Copyright

**Figure 15 If A were black, B could also imagine himself black**

No Copyright

**Figure 16 If B were black and A too, then C would know he is white for sure and leave**

No Copyright

**Figure 17 C doesn't leave, so B should know he is white and leave**

No Copyright

**Figure 18 B doesn't leave, so he doesn't see A as black, so A concludes that he is white**

No Copyright

**Figure 19 The four dopamine pathways**

<http://phonomuseum.at/daytwo/blog/wp-content/dopamine-pathway>

**Figure 20 The brain in Schizophrenia**

<http://schizophrenia.com/schizpictures.html>

**Figure 21 The Anterior Cingulate Cortex**

<http://confessionsofaleedsstudent.blogspot.be/2012/06/internal-regulation.html>

**Figure 22 The ACC and the limbic system**

<http://thequantumlobechronicles.blogspot.be/2010/03/impaired-emotional-recognition-during.html>

**Figure 23 The Caudal and Rostral part of the ACC**

[http://en.wikipedia.org/wiki/File:Medial\\_surface\\_of\\_cerebral\\_cortex\\_-\\_gyri.png](http://en.wikipedia.org/wiki/File:Medial_surface_of_cerebral_cortex_-_gyri.png)

**Figure 24 The Error Related Negativity (ERN)**

<http://www-personal.umich.edu/~wgehring/research.html>

**Figure 25 Comparison of the ERN between schizophrenic patients and healthy control**

[http://www.frontiersin.org/human\\_neuroscience/10.3389/fnhum.2011.00123/full](http://www.frontiersin.org/human_neuroscience/10.3389/fnhum.2011.00123/full)

**Figure 26 Remembering and Anticipating a face expression**

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925492704000745>

# PDF Eraser Free

**Figure 27 The distinction in Brain Activation in Remembering or Anticipating**

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925492704000745>

**Figure 28 The Wisconsin Card Sorting Test**

[http://en.wikipedia.org/wiki/Cognitive\\_flexibility](http://en.wikipedia.org/wiki/Cognitive_flexibility)

**Figure 29 The Dorsolateral Prefrontal Cortex (DLPFC)**

<http://www.lecriduchameau.fr/blog/limprovisation-et-le-cerveau/>

**Figure 30 The double mirror setup of the mirror stage**

<http://www.valas.fr/Jacques-Lacan-lettres-reseaux-graphes-topologie-moebienne-mathemes-les-noeuds-borromeens,240>

**Figure 31 Lichaamskaart Justine**

Copyright Research 'Lichaamskaart'

**Figure 32 Lichaamskaart Marianne**

Copyright Research 'Lichaamskaart'

**Figure 33 Lichaamskaart Stuart**

Copyright Research 'Lichaamskaart'

**Figure 34 Lichaamskaart Nigel**

Copyright Research 'Lichaamskaart'

**Figure 35 Pitfalls ahead**

<http://www.forbes.com/sites/sundaysteinkirchner/2012/06/21/avoiding-pitfalls-that-can-sink-your-business/>

**Figure 36 Sol (Mark Margolis in the movie Pi)**

<http://www.tumblr.com/tagged/mark%20margolis>

**Figure 37 Lichaamskaart Dennis**

Copyright Research 'Lichaamskaart'

**Figure 38 The Borremean Knot (RSI)**

[http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id\\_article=300](http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id_article=300)

**Figure 39 The Borremean Knot of psychosis, loose rings**

[http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id\\_article=300](http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id_article=300)

**Figure 40 Lichaamskaart Endra 1**

Copyright Research 'Lichaamskaart'

# PDF Eraser Free

**Figure 41 Lichaamskaart of Endra 1b**

Copyright Research 'Lichaamskaart'

**Figure 42 Lichaamskaart Aïsha 1**

Copyright Research 'Lichaamskaart'

**Figure 43 Further elaboration on the first lichaamskaart Aïsha 1**

Copyright Research 'Lichaamskaart'

**Figure 44 The three following lichaamskaarten of Aïsha 2, 3, 4**

Copyright Research 'Lichaamskaart'

**Figure 45 The last lichaamskaart of Aïsha (5) residential treatment**

Copyright Research 'Lichaamskaart'

**Figure 46: The -ism sling of reality**

No Copyright

**Figure 47 The Borromean Knot (RSI)**

[http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id\\_article=300](http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id_article=300)

**Figure 48 The Borromean Knot of Psychosis, loose rings**

[http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id\\_article=300](http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id_article=300)

**Figure 49 the Fourth Ring (sinthome)**

[http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id\\_article=300](http://www.apjl.org/spip.php?page=archivesPages&id_article=300)

**Figure 50 The beam metaphor**

No Copyright

**Figure 51 The Psychotic Vulnerability**

No Copyright

**Figure 52 The stress on the coping strength (prodomal phase)**

No Copyright

**Figure 53 The Psychotic Breakdown**

No Copyright

**Figure 54 The coping mechanisms (medication and support)**



## Appendix: publications, lectures and others

### Artikels met leescomité

1. De Grave, D. (2001), "De doodsdrift ten aanzien van het Reële", *Psychoanalytische Perspectieven*, 43/44, pp. 33-61.
2. De Grave, D. (2004), "Time to Separate the Men From the Beasts: Symbolic Anticipation as the Typically Human Subjective Dimension", *COMPUTING ANTICIPATORY SYSTEMS: CASYS'03 - Sixth International Conference. AIP Conference Proceedings, Volume 718*, pp. 435-444.
3. De Grave, D. (2006), "The Implosion of Reality: Schizophrenia, the Anterior Cingular Cortex and Anticipation", *IJCAS, Volume 18*, pp. 298-314.
4. De Grave, D. (2008), "Chapter 16: Circumcising the Void: (De)contextualising in Complex Lacanian Psychoanalysis", in *Simultaneity: Temporal structures and Observer Perspectives* (Vrobel, S., Rössler O. E., Marks-Tarlow, T., Editors), World Scientific: Singapore, pp. 260-269.
5. De Grave, D. (2009), "From Insufficiency to Anticipation, an introduction to 'Lichaamskaart'", *IJCAS, volume 21*, pp.145-154.
6. De Grave, D. (2007 [2009]), "Μη φυναι: zo vader, zo dochter? Tragische kanttekeningen bij het mythisch doodsverlangen", *Psychoanalytische Perspectieven* 25,3-4.
7. De Grave, D. (2013), "Time is of the Essence: the Importance of Anticipation in the Treatment of Schizophrenia.", *IJCAS*, in print.
8. De Grave, D. (2013), "The Readiness is all ? Closure Remarks on the Psychotic Anticipatory Experience of Time and Space.", *IJCAS*, in print.

### Artikels zonder leescomité

9. De Grave, D. (2006), "Zien is geloven! Een mogelijk gebruik van films in familiebegeleiding bij psychotische stoornissen", *Psychiatrie en Verpleging*, 82<sup>ste</sup> jaargang, 5, september/oktober, pp. 348-356.
10. De Grave, D. (2010), "Eros, thanatos en stilte", in *Stilte gestoord: catalogus*.

## PDF Eraser Free

### Vulgariserende artikels

11. De Grave, D. (2006), "Psychose op het witte doek", *Eclips*, 1, pp. 23-26.
12. Peeters, J., De Grave, D. (2007) "Psychose en film 2007, Psychose en verslaving: Requiem for a dream" *Psychiatrie en Verpleging*, 83<sup>ste</sup> jaargang, 2, maart/april, pp.160-163.
13. Cruyt, M. , De Grave, D. (2008) "Psychose en film 2007, Psychose en verslaving: Van de Koele Meren des Doods" *Psychiatrie en Verpleging*, 84<sup>ste</sup> jaargang, 1, januari/februari, pp.54-60.

### Recensies

14. De Grave, D. (2001c), "De doodsdrift: retour à Freud of in memoriam", *Psychoanalytische Perspectieven*, 45, pp. 131-134.
15. De Grave, D. (2008), "Triadische bruggen van betekenis", *Tijdschrift voor psychoanalyse*, 14, 4, pp. 273-274.
16. De Grave, D. (2009), "Het autistische kind, de baby en de semiotiek", *Psychoanalytische Perspectieven*, te perse.

### Vertalingen

17. Spielrein, S. (1912 [2001b]), "De destructie als oorzaak van het worden" (De Grave, D. and Van Neygen, A., Vertaling), *Psychoanalytische Perspectieven*, 43/44, pp. 151-188.

### Niet gepubliceerde artikels en boeken

18. De Grave, D. (1999), *De doodsdrift ten aanzien van het reële*. Psychology Dissertation, University Ghent, not published.
19. De Grave, D. (2000), "De fixatie op de Eros: psychoanalytische bedenkingen bij dit klassiek struikelblok" not published.

## PDF Eraser Free

20. De Grave, D. (2001), "Dolto en Lacan: een aanzet tot vergelijking I (op basis van de doodsdrijf)", not published.
21. De Grave, D. (2001), "De twijfelachtige verleiding van de dialectiek: de noodzakelijk onvoldoende fundering" not published.
22. De Grave, D. (2001), "Eros, Thanatos en de condities van detrivialisering" not published.
23. De Grave, D. (2001), "Geriatric en Psychoanalyse: een ontkenning van de onvermijdelijkheid", not published.
24. De Grave, D. (2002), "De woekerende Eros in de pre-oedipale neurosen: angst en narcisme, Borderline als neurose", not published.
25. De Grave, D. (2002), "Père version, norme mâle en sinthome: Les non dupes n'errent plus I Het ethisch belang van diagnose bij de perversie." not published.
26. De Grave, D. (2002), *Complexiteitstheorie en psychoanalyse*. Philosophy Dissertation, University Ghent, not published.
27. De Grave, D. (2002), "L'Autre est mort, vive l'autre !" not published.
28. Bazan, A., De Grave, D. (2003), "Phonemes as Organizing Strange Attractors", not published.

## Lezingen en workshops

- A. De Grave, D. (1999), "De doodsdrijf ten aanzien van het Reële", Studiedag De doodsdrijf, Het Pand, Idesça, Gent.

Waar vinden we het verband tussen de Freudiaanse doodsdrijf en het Lacaniaanse Reële? In deze theoretische studie overlopen we de geboorteperikelen van de doodsdrijf en het Reële bij Freud en Lacan en de relaties tussen beide. Bij Freud gaan we na waar deze doodsdrijf theoretisch gekaderd kan worden. Deze zoektocht leidt onvermijdelijk naar het statuut van de lustbeleving die in relatie tot de doodsdrijf moeilijk te begrijpen valt. We monden uit op het trauma, wat de lustvolle confrontatie is met het Reële. In een tweede beweging blijven we uitgebreid stilstaan bij de Lacaniaanse uitwerking van de doodsdrijf in de subjectwording. Doorheen deze verwerking komen we steeds op het Reële uit als de enigmatische categorie die aan elke elaboratie ontsnapt. Dit Reële wordt dan aan de doodsdrijf getoetst in een poging deze twee concepten in een begrijpbare relatie tot elkaar te formuleren. De Borromeaanse verknoping van Reële, Symbolische en Imaginaire in het masochisme vormt het sluitstuk.

- B. De Grave, D. (2000), "Henri De Keyzer, een geval van institutionele psychose", Permanente Vorming Sleidinge, Sleidinge.

In deze lezing staat een uitgebreide gevallenstudie centraal van een chronisch psychiatrische patiënt die al 25 jaar opgenomen is. Voornaamste aandachtspunten tijdens de presentatie zijn de diagnose en de evolutie over tijd, de waanstructuur, de therapeutische interventies en de effecten, de ethische benadering doorheen de tijd. Hiertoe worden de elementen uit oude dossiers vergeleken met de huidige situatie en de therapeutische setting.

- C. De Grave, D. (2001), "Iedereen heeft altijd gelijk: over de tragiek van argumentatie en de kracht van geloof", Universiteit Gent, opleidingsonderdeel Algemene Metafysica, Gent.

## PDF Eraser Free

Hoe is het mogelijk dat er in onze wereld een dusdanige diversiteit aan meningen aanwezig kunnen zijn die gevolgd worden door een veelvoud aan mensen die hun waarheid altijd als de waarheid beschouwen? Mijn doel is het om het gelijk aan een onderzoek te onderwerpen omdat het belang heeft. Het speelt een cruciale rol in argumentatie en, wat misschien nog belangrijker is, in wereldvisie en overtuiging waar de kennis tekort schiet. Hier komt het dus voor mij in de metafysica en het gelijk op aan. Vooreerst geef ik een introductie op het thema door kort stil te staan bij het begin van de subjectwording. Hierbij zou ik dan graag de predisposities geven die aanleiding geven tot het toetreden in de taal. Vervolgens gaan we deze disposities invullen op die specifiek menselijke manier van spreken. Op dit punt valt iets te zeggen over de eerste overtuiging die een kind ervaart bij het spreken. Het centrale punt hierbij zal de breuk zijn tussen woorden die iets aanduiden en het spreken op zich dat iets anders beoogt. Als we al dit materiaal hebben verzameld, zijn we in staat een tipje van de sluier op te lichten van het onoverkomelijke euvel van het overal altijd gelijk hebben en altijd de waarheid spreken. Het gelijk hebben is voor mij altijd mijn gelijk en dit is tragisch. Het is door deze tragiek dat ik weet dat we allemaal steeds in ons persoonlijk gelijk staan en dat het gelijk van ieder gelijkwaardig is. Als we ons gelijk willen veranderen dan is dit steeds een persoonlijk bijsturen van onze kennis en ik denk dat voor iedereen die verlangend is naar ware kennis uitermate belangrijk is om zijn eigen gelijk en dan vooral de omranding van dit gelijk in het niet weten zoveel mogelijk leren uitdiepen. Geloof in je eigen gelijk en laat ruimte voor de plaats waar je gelijk begrensd is. Daar ligt de mogelijkheid en de interesse voor toenadering tot de ander, niet de grote ander maar de reële die ons kan beroeren.

### D. De Grave, D. (2003), "Pleidooi voor het Imaginaire: ego versus narcisme", Studiedag Het Imaginaire, het Reële, het Symbolische, Sint-Vesalius Hogeschool Gent, Idesca, Gent.

Deze lezing is gegroeid vanuit een gevoel van onvrede, een Unheimliche sensatie. De manier waarop Lacan tot ons komt via zijn bewerkers en vertalers zet meestal één cruciaal aspect van het werk van Lacan buiten beschouwing. Het is het gebrek aan inzicht of zelfs het gebrek aan erkenning van het Imaginaire als topologische categorie die naast de twee anderen staat. De manier waarop in het postlacaniaanse onderwijs over het algemeen het Imaginaire eigenlijk niet echt aan bod komt, is voor mij steeds verontrustend gebleken. Mijn vraag hierbij is dan of deze minachting voor het Imaginaire inderdaad teruggaat op Lacan zelf of een artefact is van een zich ontvouwende Postlacanisme. Het gaat erom Lacan tot op een bepaalde hoogte te verstaan en hem vertaalbaar te maken naar de kliniek. Het is treffend dat het dus inderdaad nachträglich beschouwd specifiek het Imaginaire is dat we vergeten, want dit is specifiek de locus van het Ego, het Ego dat zoals we weten van bij Freud instaat voor de verdringing. Alles wat samenhangt met dit Ego wordt geminacht door de postlacanianen, het is zelfs dit punt dat hen tot postlacanianen maakt zoals de verheerlijking ervan de egoanalysten tot postfreudianen maakt. Dit ego-verlies bij Lacan en de postlacanianen illustreer ik op drie terreinen: theorie, praxis en ethiek.

### E. De Grave, D. (2003), "Pre-Therapie: Herstel van contact (bij o.a. psychose, dissociatie, ernstige depressie, dementie, mentale handicap)"(Moderator), Namiddagcolloquium met dr. Garry Prouty, Emmaüs, Duffel.

Hoe kun je mensen bereiken met wie in een toestand van contactverlies geen gewone communicatie en geen gesprekstherapie mogelijk is? De Amerikaanse psycholoog Garry Prouty heeft een methode ontwikkeld die dit mogelijk maakt. Pre-Therapie richt zich op het herstel en het verstevigen van contact met de buitenwereld, met andere mensen en met zichzelf. Dit kan een gunstig effect hebben op het gedrag en het kan de toegankelijkheid bevorderen voor verdere therapeutische tussenkomsten. Pre-Therapie kan zowel toegepast worden in individuele hulpverlening, ambulante en residentiële, als in het verpleegkundig, sociotherapeutisch, en verbaal of non-verbaal therapeutisch werk in een instelling.

### F. De Grave, D. (2003), "Time to Separate the Men from the Beasts : Anticipation as the Typically Human Subjective Dimension", CASYS 2003, HEC, ULG, Liège.

In this presentation it is argued that the dividing line that runs between the human psyche as opposed to any other complex system is made up by symbolic anticipation. The functionality of the human mind as an anticipatory system is entirely caught up in the crucial role that finiteness, shortage or lack plays for human beings. Anticipation for us is the way by which this negative finiteness or lack is translated into a positive longing, want or desire. We take a look at the three dimensional view of Jacques Lacan regarding these matters in a sophisticated example and we illustrate how anticipation as a Symbolic phenomenon is distinct from the Imaginary or the Real register. As Lacan points out anticipation creates a symbolic social link which binds two or more interacting humans together in an anticipatory relationship. Beliefs, expectations and convictions are the typically human social links which ground human interaction and set it apart from other forms of social interaction we can observe in other complex biological entities.

### G. De Grave, D. (2004), "Kroniek van een onaangekondigde dood: de impact van twee zelfmoorden op een afdeling voor psychosenzorg." 14de Symposium Milieutherapie, Duffel.

Toen Freud zijn kroniek van de menselijke zielenroerselen aanvatte, moest hij vanuit zijn morbide fascinaties al snel vaststellen dat hij zich van bij het begin vergist had. De mens is misschien een genietend, levensdriftig en seksueel wezen, daartegenover staat de neiging om het allemaal op te geven, terug te keren naar het anorganische. De mens is van bij zijn geboorte veroordeeld tot de dood en hij of zij doet er op onbewaakte momenten veel moeite voor om er zo snel mogelijk te geraken. Het leven zelf is een verdediging om niet aan deze impulsen toe te geven, om ze vast te houden en ermee aan de slag te gaan. Buiten Freud zelf zag niemand vanuit therapeutisch oogpunt de noodzaak om de traumatische dood en de neiging tot de dood een plaats toe te kennen in het hele psychoanalytische bouwsel. De praktijk van de kliniek wijst echter wel in een

andere richting. Niks beweegt de mensen zo als de dood, het gevecht met deze ultieme meester. Eerst en vooral is het belangrijk om op te merken dat de impact van de dood volledig afhangt van het milieu waarin zij ingrijpt. Na een schets van de achtergrond van de afdeling en een situering van het therapeutisch milieu, neem ik jullie mee in een bijzonder tragische kroniek van een (on)aangekondigde dood. We kijken hoe de zelfmoord van twee vrouwelijke schizoaffectieve patiënten snel na elkaar de afdeling op zijn kop zet. Naast de onmiddellijke reacties van het traumatische moment kijken we op langere termijn ook naar de impact in de maanden die erop volgen. Hoe circuleren deze zelfmoorden in het spreken en handelen van het team, in de gesprekken en handelingen van patiënten?

### H. De Grave, D. (2004), "Psychose en structuur, aanzet tot een neuropsychoanalytische benadering", Intern seminarie, Emmaüs, Duffel.

In deze lezing zou ik graag een bespreking geven van wat ik doorheen mijn parcours in de psychologie, filosofie en psychoanalyse al ben tegengekomen wat betreft de psychose als een aparte structuur, naast neurose en perversie. Het punt waar ik graag zou uitkomen met jullie is simpel, psychose is anders, het vraagt een ander denken, een ander therapeutische handelen en vooral een andere manier van ethisch bezig zijn met psychotische patiënten. Veel van het denken en handelen omtrent psychose doorheen de geschiedenis stamt volgens mij voort uit een onbegrip van wat psychose nu feitelijk is, wat het wezen uitmaakt van de psychose. Wat ik echter beweert, is dat ik een bepaald soort benadering van de psychose aanhang die de psychotische patiënt als lijdend subject respecteert, die hem tegemoet komt in zijn andersheid. Elk onderzoek of denken rond psychose zou dit in acht moeten nemen, ook en misschien wel in het bijzonder het wetenschappelijk onderzoek. Psychotische mensen zijn anders, niet beter of slechter, gewoon een ander slag. Of dit een slag van de molen is, zal later moeten blijken. Er zijn drie pijlers waarop mijn denken omtrent psychose steunt: (neuro)psychoanalyse, complexiteitstheorie en de psychiatrisch geïoriënteerde neurowetenschappen omtrent schizofrenie. Omdat ik er mij van bewust ben dat niet iedereen in deze materie thuis is, mijzelf inclusief, geef ik een nogal uitvoerige introductie op deze drie pijlers. Uitgangspunten: Psychose is anders en vraagt een specifieke aanpak (diagnostiek) De werking van de afdeling is steeds gericht naar buiten (resocialisatie) Het centrale probleem van de psychotische patiënt is de chaos en de verstoring (structurering) Achterliggend werkmodel: Stresskwetsbaarheidsmodel. Achterliggende ethiek: Psychoanalyse als ethiek van het cultiveren van het maximale verschil tussen subjecten binnen de sociale band.

### I. De Grave, D. (2004), "Psychotische structuur en neurotische structurering: klinische bemerkingen omtrent (tegen)overdracht." Studiedag Psychose, Hogeschool West Vlaanderen HIEPSO, Idesça, Kortrijk.

Psychose is geen ziekte, maar een structuur, zowel op het neurofysiologisch vlak, als op het terrein van het psychisch beeld als in de wereld van de sociale band. De waan is een genezings-poging, met de nadruk op de twee delen van de samenstelling. De waan heeft een stabiliserende functie in het therapeutisch proces, maar deze is niet zaligmakend. Psychose en het psychotisch subject hebben een plaats in onze neurotische maatschappij, aan ons om die te ontdekken, te bepleiten en te verdedigen. Deze principes worden vertaald in vijf gevallenstudies.

### J. Bulens, R., De Grave, D., Fockaert, X. (2005), "Psychosenzorg, cognitieve therapie, resocialisatie", Intern seminarie, Emmaüs, Duffel.

In deze uiteenzetting bekijken we de cognitieve interventies zoals deze plaats vinden op De Baken A. Vanuit sociotherapeutisch, psychotherapeutisch en nonverbale therapeutische invalshoek plaatsen we deze interventies binnen de tijd- en ruimteaspecten van de behandeling. Doorheen de gefaseerde behandeling en gekoppeld aan het stress kwetsbaarheidsmodel werken we naar resocialisatie toe waarbij structurerende handvaten nodig zijn om de slaagkansen van dit proces te vergroten.

### K. De Grave, D. (2005), "Drift & Psychose, Eros & Thanatos", Intern seminarie, Emmaüs, Duffel.

Met deze lezing keer ik terug naar één van mijn oude liefdes, nog voor ik door de psychose gebeten ben. Het was trouwens de reden waarom ik eigenlijk in de eerste plaats voor de psychoanalyse heb gekozen, namelijk de theorie omtrent de levensdrift en de doodsdrijf zoals die door Freud ontwikkeld is. Vandaag zal ik proberen deze oude liefde omtrent de drift aan mijn nieuwe passie, de psychose, te koppelen. U kan zich afvragen waarom deze koppeling, drift en psychose? Wel, naar mijn mening wordt het stuk van de drift en de rol die ze speelt in de etiologie van de psychose naar mijn mening ook binnen de psychoanalyse zwaar onderschat heden ten dage. Nog altijd blijft de strijd liggen op het differentiaal-diagnostische hete hangijzer van de psychose als een structuur. Dit levert dan misschien wel bepaalde invalshoeken op die naar de kliniek bruikbaar kunnen zijn, ze gaan voorbij aan wat een patiënt in therapie brengt, waar een patiënt last van heeft. Want volgens mij zijn de meeste problemen waar een psychotisch subject last van heeft terug te voeren tot driftproblemen, gebrek aan lust, teveel of tekort aan lust, agitatie, angst, goesting, inzet, motivatie en dergelijke. Als we een psychotische persoon verder willen helpen, moeten we begrijpen waar hij of zij last van heeft, ten einde hiermee in de sessie aan de slag te gaan. Het seminarie valt vandaag in drie delen uiteen: ik bespreek Freuds benadering van drift en psychose, dan Lacans benadering van genot en psychose om af te sluiten met twee klinische voorbeelden van het schizofrene proces met een wel zeer verschillende uitkomst en verloop in therapie.

## PDF Eraser Free

L. De Grave, D. (2005), "The Implosion of Reality: Schizophrenia, the Anterior Cingular Cortex and Anticipation", CASYS 2005, HEC, ULG, Liège.

In contemporary neuroscientific and psychiatric research into schizophrenia, we can observe a shift in focus from the clinical dysfunctions (positive and negative symptoms) towards a mapping of the cognitive function. In this paper we look at a specific cognitive problem area in schizophrenic brain functioning, the Anterior Cingulate Cortex (ACC). We show what the ACC is, what it probably does and how this is relevant in research concerning certain psychiatric disorders. Then we explain the role of the ACC in choice anticipation. In this we underline the possible link between choice anticipation and the lack of 'Error Related Negativity' (ERN) in this specific area. Lastly we incorporate this approach to the problem of schizophrenic anticipation within the neuropsychanalytical framework and the role it might play in the formation of hallucinations and delusion.

M. De Grave, D. (2005), "Psychose overleg Gevallenstudie gevolgd door discussie", Intern seminarie, Emmaüs, Duffel.

We brengen een uitgebreide gevallenstudie van een patiënt die op de afdeling verbleef. Iedereen (sociotherapeuten, nonverbale therapeuten, psychologen, psychiaters, ...) die geïnteresseerd is in de psychose en de psychosewerking in het St. Norbertushuis, Duffel, is welkom. De gevallenstudies zullen praktisch gericht en laagdrempelig zijn.

N. De Grave, D. (2005), "Klinische implicaties en complicaties in het herstel en terugval bij jonge schizofrene patiënten: het stress kwetsbaarheidsmodel in praktijk", 15de Symposium Milieutherapie, Duffel.

Van bij de invoering van het stress-kwetsbaarheidsmodel door Zubin en Spring in 1977 heeft het zich gemanifesteerd als een enorme succes story. Nu zijn er vanuit psychotherapeutisch oogpunt wel enkele voor- en nadelen te ontwaren aan het Stress Kwetsbaarheids Model. Aangezien een theoretische discussie van het Stress Kwetsbaarheids Model ons zo goed als niets zou opleveren omdat we dan gewoon in het ijlle aan het praten zijn, koppelen we deze aan het behandelmodel op de Baken A, afdeling voor psychosenzorg, structurerende therapie en resocialisatie. De achterliggende filosofie van de afdeling is steeds gericht op het functioneren van het psychotisch subject buiten de afdeling. We doen een poging gedurende de hele behandeling om de patiënt naar het einde toe op een zo goed mogelijke manier buiten de psychiatrie te brengen, op eigen benen te staan en de kans op herval zoveel mogelijk te verkleinen. Tegenover dit lijden en deze klacht stellen wij binnen een beveiligende, ondersteunende context voor om op een zeer doorgedreven manier een externe structuur aan te bieden en daarmee aan de slag te gaan. Therapeutisch gezien doen we dit om de psychotische patiënt bewust te maken van welke problemen nu specifiek aanleiding hebben gegeven voor de psychotische decompensatie. Het centrale probleem in de werking van Baken A is dat door de focus op de externe structuur de eigen interne waanstructuur van de patiënt niet altijd op een therapeutische manier kan aangewend worden. Om een interioriseren mogelijk te maken van de door ons aangeboden externe structuur, is het van belang dat de patiënt in staat en bereid is afstand te doen van de meest afwijkende delen van zijn waanstructuur. De waan wordt met andere woorden in banen geleid in plaats van gestimuleerd en uitgebouwd. We werken wel met de waan, maar vooral op die plaatsen waar deze botst met de externe structuur. Op die plaatsen wordt dan gekeken wat de alternatieven kunnen zijn voor de waanachtige oplossing van het probleem en welke oplossing dan wel beter zou kunnen zijn naar verandering toe. De maatstaf voor het kiezen uit de alternatieven, is en blijft de patiënt in dialoog met het team en de andere patiënten. Er wordt gezocht naar die oplossing die in de huidige situatie en naar de toekomst toe de meest comfortabele is voor subject en omgeving. We proberen dus de waan niet te genezen, we proberen de mogelijkheden tot kanaliseren van de waan zo flexibel en aanpasbaar mogelijk te laten worden. Door de rigide externe structuur aan te bieden, hopen we dat de interne psychotische structuur zich daar tegenover leert positioneren op een neurofysiologisch draagbare, psychisch doorleefde en sociaal aanvaardbare manier.

O. De Grave, D. (2006), "Het therapeutisch belang van diagnose: 4 posities in de overdracht", Studiedag Hallucinaties, Schizofrenie en Paranoia, Hogeschool West-Vlaanderen, Vesalius-HISS, Idesça, Oostende.

In deze lezing gaan we dieper in op het verband tussen de structurele differentiaaldiagnostiek en de klinische relevantie van deze binnen de psychoanalytische therapie. We spitsen ons toe op de psychotische stoornissen zoals deze binnen het psychoanalytische denken van Sigmund Freud en Jacques Lacan zijn uitgewerkt. Deze lezing bestaat uit: een Inleiding met een afbakening van het terrein en schets van de doelstellingen van het doctoraat. Situering van de onderzoeksproblematiek binnen het huidige psychoanalytische veld enerzijds en het neurowetenschappelijke psychiatrische veld anderzijds. Forclusie/verwerping Hier stellen we duidelijk het onderscheid tussen neurose en psychose zoals Freud en Lacan dit maken op basis van specifieke familiale banden en verhoudingen tot de taal. Drift en psychose Hier maken we de relatie tussen de twee principes van het psychisch gebeuren (lustprincipe en realiteitsprincipe) en neurose dan wel psychose helder. De twee varianten van libidinale bezetting (Ik-libido en object-libido) bespreken we in relatie tot de psychose. De dualiteit van de driften (eros en thanatos) in relatie tot neurose en psychose wordt uitgewerkt. Het Ik en het Es In aanvulling op het theorema van de forclusie brengen we het begrippenkader van het Es, Ik en Boven-Ik, gekoppeld aan de differentiaaldiagnostiek neurose/psychose en het specifieke statuut van de realiteitstoetsing binnen deze. 4 posities in de psychotische verhouding tot de Ander We brengen de verworven inzichten samen in een eenvoudig schema dat we verder uitwerken aan de hand van de gevalbespreking rond president Schreber zoals beschreven door Freud. We bespreken binnen dit schema volgende velden: lichaamsbeeld, taal en betekenis(geving), oedipale verhouding en verwerping, (bi)seksualiteit (identiteit en verhouding),

## PDF Eraser Free

religie en existentiële dimensie (leven en dood). We besluiten dit deel met de therapeutische mogelijkheden op dit punt aan te stippen. Suppletie onder overdracht: van mee-ander-en tot ver-ander-en We gaan dieper in op de therapeutische mogelijkheden van de differentiaalagnostiek en de verfijning uit het vorige deel. We maken duidelijk welke stabilisatiemogelijkheden er zijn voor een psychotische patiënt in de therapeutische relatie met de psycholoog. We werken de idee van suppletie uit zoals deze werd aangegeven door Lacan en spitsen deze toe binnen de verbale therapie binnen de sociale therapeutische band van het individuele gesprek. Sinthomatologie en identificatie: van ver-ander-en tot ont-moet-en In dit afrondend gedeelte bespreken we hoe naar het einde van een therapeutische kuur toe met psychotische patiënten er een identificatoir proces kan optreden met de stabilisatie op zich. We bespreken de therapeutische mogelijkheden met deze doelgroep vanuit de theorie van Lacan omtrent verknoppingen en de theorie van het sinthoom. We passen deze theorie in binnen het uitgewerkte kader en illustreren hoe deze uitwerking zowel in het verlengde ligt van de vorige theoretisering als dat ze deze overstijgt. Conclusie: synthese van diagnostiek en therapie We besluiten met te stellen dat diagnostiek en therapie deel uitmaken van eenzelfde proces binnen de behandeling. We tonen aan dat een integratieve benadering van diagnose en therapie voordelen oplevert naar stabilisatie van de psychose toe. Afsluitend stellen we dat deze synthetische benadering alleen kan plaats vinden binnen een specifiek analytisch ethisch kader. Binnen dit kader wordt er gestreefd naar een maximaal subjectief verschil binnen de sociale band van de therapeutische relatie met de psychotische patiënt.

### P. De Grave, D. (2007), "Neuropsychanalyse: Complexe zoektocht naar een referentieel kader", 2de congres Mind and Brain, Duffel.

Iedereen heeft wel een voorstelling van wat psychoanalyse is. Het is die theorie over het onbewuste, de seksualiteit, de driftmatige kanten van de mens enzovoort. De kritieken draaien dus meestal rond hetzelfde punt; de psychoanalyse heeft geen algemeen aanvaard wetenschappelijk statuut, ze valt niet in cijfers en statistieken te bevatten en erkent als enige relevant criterium de eigen obscure kliniek. Wat weinig mensen weten (ook psychoanalytici) is dat de psychoanalyse van bij het begin een theorie was die zijn oorsprong vond in de wetenschap van de neurologie. De menselijke geest is een organisme, geen mechanisme en dit blijkt uit de interactionele processen die we hierbij kunnen onderscheiden. De menselijke geest moet opgevat worden als een systeem, een complex. De impliciete neurologische fundering van de psychoanalyse geldt ook voor die andere grote denker in de psychoanalyse, Jacques Lacan. De hedendaagse explicitering van de band tussen neurologie en psychoanalyse valt toe aan Mark Solms, een Zuid-Afrikaanse neuropsycholoog en tevens de officiële oprichter van de neuropsychanalyse. Deze neuropsychanalyse wil voornamelijk in twee richtingen werken: enerzijds de psychoanalyse een solide onderbouw geven in de reeds verworven neurologische inzichten, anderzijds de neurologie vanuit de psychoanalyse verrijken en inspireren door verbanden te leggen, ideeën naar voor te schuiven voor vernieuwend onderzoek en reeds verworven inzichten vanuit een ander oogpunt te bekijken. De neurologie is een tak van de geneeskunde die over het algemeen zeer reductionistisch werkt. Het spreekt voor zich dat de psychoanalyse de neurologie in deze benadering onmogelijk kan volgen. Zoals we in deze presentatie willen aantonen, leent de complexiteitstheorie als wetenschappelijk benadering zich uitstekend om de neuropsychanalyse vanuit een evaluerend meta-theoretisch standpunt te benaderen. Complexiteitstheorie als achterliggende benadering zou steeds als niet reductionistisch referentieel kader moeten optreden, als basis waarbinnen de neurologie en de psychoanalyse elkaar tegemoet kunnen komen. Geen van beide velden in het vendiagram zou volgens mij leeg mogen zijn. Uit de veelheid van termen en begrippen heb ik er vier gedistilleerd uit de complexiteitstheorie die als kapstok kunnen dienen voor de synthese van neurowetenschappen en psychoanalyse. Deze zijn de *grens fenomenen*, de *contextualiteit*, de *dynamische organisatie* en de *structurele hiërarchie*. Ik licht ze toe vanuit de neurowetenschappen en de psychoanalyse om ze toe te passen binnen het veld van het schizofrenie-onderzoek. Hierbij illustreer ik hoe de synergie van inzichten in mind en brain bij schizofrenie een klinisch eenheidsmodel opleveren. We spitsen ons dus toe op de reductionistische dopamine hypothese en tonen hierbij aan wat een eenheidsmodel naar neuropsychanalyse toe oplevert. Daarbij gaan we dieper in op de daadwerkelijke synergetische behandeling van de psychotische patiënt zoals deze op De Baken (afdeling psychosenzorg PC Duffel) plaatsvindt.

### Q. De Grave, D. (2007), "From Insufficiency to Anticipation, an introduction to 'Lichaamskaart'", CASYS 2007, HEC, ULG, Liège.

In this presentation we take up the point of symbolic-imaginary anticipation and we combine it with the mirror stage, worked out by Jacques Lacan in numerous publications. We place the mirror stage within its complex temporal framework and explain how the three topological categories (RSI) follow from this most intimate of subjective experiences in the double mirror set up. All kinds of psychopathological mechanisms are traceable to this period in subjective development. Until recently it was impossible to find direct traces of this defining and unchanging moment. Since the beginning of 1990 a new method of therapy was devised in Duffel, named 'lichaamskaart', or body map. We point out the likeness and differences between the double mirror stage and the construction of the *lichaamskaart*. In conclusion we illustrate the relationship between anticipatory systems and the therapeutic process involved in *lichaamskaart*.

### R. De Grave, D. (2007), "Bloc Note, klinische improvisatie", Studiedag Psychoanalytisch werken met mensen met een neurologische aandoening, Idessa, Sleidinge.

Het unieke van de Freudiaans-Lacaniaanse metapsychologie is dat het én klinisch generatief is én een exhaustief model van de psyche uittekent. Deze metapsychologie heeft in de vroege werken van Freud (Over Afasie, Het Ontwerp) bovendien wortels in de vooraanstaande fysiologische school van Von Helmholtz en Brücke van het eind van de 19<sup>e</sup> eeuw. Het is o.a. op basis van het model van Von Helmholtz over de anticipatie van oogbewegingen dat recent het 'efference copy' model werd voorgesteld (Wolpert, Blakemore). Dit model toont hoe de intentie tot beweging leidt tot anticipatie, representatie en onderdrukking van de perceptuele gevolgen van die beweging. Het 'efference copy' model brengt m.a.w. dat wat stuwt tot handelen (de pulsie?) in verband met de dimensie van het representatieve. De interpretatieve neuropsychanalyse is zoals de psychose: waar je betekenis zoekt, zal je er vinden en die zal meestal bijzonder steekhoudend zijn – alleen word je er na een tijdje gek van. Dat

## PDF Eraser Free

wat een dergelijke neuro-psychoanalytische denkoefening drijft is m.i. dan in de eerste plaats een verlangen naar zingeving, i.h.b. naar zingeving van het fysiologisch substraat. Of deze oefening bij terugslag generatieve effecten heeft (voor metapsychologie en kliniek), hangt wellicht af of die zingeving ook al dan niet bepaalde waarheden kan duiden. (Ariane Bazan)

### S. De Grave, D. (2007), "Psychose en humor: Zoals de gek uit het grapje", 17de Symposium Milieutherapie, Duffel.

Op het einde van een uiteenzetting over psychose en therapeutische mogelijkheden enkele jaren geleden meldde iemand vanuit het publiek dat psychotici geen humor hebben. Ik zou gelachen hebben met deze opmerking als de tranen me niet na stonden. Hoe kan nu eender wie menen dat psychotici geen humor hebben? Ben ik psychotisch omdat ik lach in individuele sessies als sommige van de ervaringsdeskundigen me telkens opnieuw tot tranen toe doen lachen of juist niet? In 1905 publiceert Freud een boek over de grap. Van alle werken die Freud geschreven heeft, staat alleen nog De Grap als een kritiekloos meesterwerk boven de anderen uit. Het is zelfs zo dat begin deze eeuw in een internationaal onderzoek naar grappen alleen de Freudiaanse theorie bekrachtigd kon worden. Het zijn nu net de grappen die de link maken tussen het onbewuste en de bewustmaking, met een komisch dus gevoelsmatig effect. Het onbewuste is gestructureerd als een taal. Grappen verschillen van slapstick, poetsen en dergelijke doordat ze over het algemeen met woorden te maken hebben. Grappen hebben dus te maken met onze driften en de verdringing ervan. We werken vier stellingen uit: 1. Kinderen hebben veel humor maar nog geen echte grappen. 2. Humor is therapeutisch, je moet alleen weten hoe er mee om te gaan. 3. Psychotici hebben geen humor en humor heeft geen plaats binnen hun behandeling. 4. Je mag niet lachen met de psychose, met je onmacht, met de miserie want dat getuigt van weinig respect naar jezelf en naar je patiënten. Apart lachen in teamverband is helemaal uit den boze.

### T. De Grave, D. (2008) "Als de eerste indruk telt: Diagnostische scenario's bij intake." (moderator), Symposium Psychodiagnostiek, Duffel.

Eerste indrukken doen er toe, of we dat nu willen of niet. Ook binnen een hulpverleningskader is dit zo. Helaas zijn onze eerste indrukken niet steeds correct. Binnen de hulpverlening kan dit belangrijke implicaties hebben. Vanuit een eerste gesprek kan iemand immers geïndiceerd worden voor een behandeling die mogelijk niet de meest gepaste is voor die persoon. Een inschatting zal beter zijn naargelang de kennis van de clinicus groter is. Vaak is men gespecialiseerd in een bepaald deelgebied. Daarom willen wij tijdens dit symposium experts vanuit verschillende deelgebieden in dialoog met elkaar aan het woord laten. Op die manier willen we de complementariteit van de verschillende expertsystemen laten aanvoelen. Na een lezing waarin het concept van diagnostische scenario's wordt toegelicht, volgen er casusbeschrijvingen via videomateriaal waarin iedere expert een aantal belangrijke markers naar voor brengt. Na de voorstelling van de casus kan het panel reacties en aanvullingen plaatsen vanuit zijn of haar invalshoek.

### U. De Grave, D. (2008), "Psychose is anders: een neuropsychanalytische benadering van schizofrenie", 4de Congres Geestelijke Gezondheidszorg, UA, Antwerpen.

In deze bijdrage gaan we dieper in op de klinische benadering van schizofrenie (volgens DSM IV) of psychose (volgens Jacques Lacan) als een complexe biopsychosociale structuur. Doorheen een synergetische aanpak van deze problematiek belichten we twee specifieke punten van het huidig neurowetenschappelijk onderzoek in schizofrenie. We spitsen ons toe op de dopamine-hypothese en meer specifiek op het gebrek aan Error Related Negativity in het foutdetectie onderzoek. Hierbij maken we duidelijk dat de brug tussen kliniek en wetenschap vruchtbare paden oplevert naar een betere behandeling van schizofrene subjecten op biologisch psychiatrisch, psychotherapeutisch en sociaal dynamisch vlak. Verder verrijkt een klinische psychoanalytische benadering de wetenschappelijke hypothesevorming door de informatie uit de onderzoeksresultaten en klinische observaties binnen een synergetisch eenheidsmodel te plaatsen.

### V<sub>1</sub>. Bulens, R., De Grave, D., Dierckx, A., Jansen, W., Van Den Eede, L. (2008), "Van eclecticisme tot synergie: De complexiteit van multidisciplinaire psychosenzorg", 4de Congres Geestelijke Gezondheidszorg, UA, Antwerpen.

De geestelijke gezondheidsbenadering naar psychotische stoornissen toe wordt gekenmerkt door een uitgesproken evidence based eclecticisme. Binnen dit eclecticisch kader wordt er afhankelijk van het moment en de problematiek voorhanden een best mogelijke oplossing uitgewerkt. Een dergelijke beweging werkt echter versplintering in de hand en mist dikwijls een achterliggende behandelfilosofie. Binnen dit symposium willen we vanuit het dynamisch stress-kwetsbaarheidsmodel (DSKM) een alternatief voorstellen voor het blind eclecticisme. We schetsen in uitgebreide zin dit kader en de achterliggende stromingen die eraan ten grondslag liggen. Hierbij maken we duidelijk dat samenwerking (synergie) een meerwaarde oplevert die binnen het louter evidence based eclecticisch kader beduidend minder aanwezig is. Vervolgens passen we dit kader klinisch toe binnen een multidisciplinaire werking zoals deze plaatsvindt op De Baken (CKPD-PC Duffel). Vanuit de verschillende achtergronden brengen een aantal leden van dit behandelteam hoe het DSKM toepasbaar is binnen het eigen veld. Verder gaan we na wat de relevantie is van synergie in het werken met psychotische patiënten. We gaan dieper in op de mogelijkheden en beperkingen die deze synergie geeft in het multidisciplinaire samenwerken zowel met de patiënt, de patiëntengroep als binnen het team en andere betrokkenen in de zorg (doorverwijzers, andere hulpverleners, familie, partners, maatschappelijke instanties,...) We sluiten elk deel af met te onderzoeken in welke mate deze synergetische aanpak de mogelijkheden tot structurering en resocialisatie verbetert in complexe en langdurige samenwerkingsverbanden.



V<sub>2</sub>. De Grave, D. (2008), "Psychotherapeutische integratie in het dynamisch stress-kwetsbaarheidsmodel.", 4de Congres Geestelijke Gezondheidszorg, UA, Antwerpen.

De psychoanalytische benadering van de psychotische stoornissen bevindt zich momenteel op een kantelmoment. Hierbinnen kunnen we drie duidelijk onderscheiden assen waarnemen: de egoanalytische interpretatie van psychose als een ontwikkelingsstoornis, de Lacaniaanse en institutioneel psychotherapeutische benadering van de psychose als een existentiële psychische structuur in relatie tot de Ander en de neuropsychoanalytische benadering van psychose als een specifieke neurologische ontregeling. Binnen deze lezing illustreren we hoe deze drie assen alleen schijnbaar in juxtapositie staan en binnen een dynamisch stress-kwetsbaarheidsmodel kunnen geïntegreerd worden. Aan de hand van twee klinische vignettes illustreren we de voordelen en nadelen van deze synergetische benadering in de zorg naar psychotische patiënten toe.

W. De Grave, D. (2008), "Hoe gidzen we het jonge evidence beast veilig door ons milieu: toepassing van de neuropsychoanalyse in het dagdagelijks therapeutisch werken" 18de Symposium Milieutherapie Duffel.

In deze lezing gaan we dieper in op de synergie tussen Evidence Based Medicine, Value Based Practice en de (neuro)wetenschappen. De benadering van deze is de kliniek van elke dag, onze omgang met de patiënt vanuit milieutherapeutische invalshoek. Om deze situatie in kaart te brengen staan we eerst stil bij de definitie en de ontstaansgeschiedenis van deze EBM. We bespreken hoe deze afglijdt naar een ideologie in de praktijk van de gezondheidszorg. Vervolgens bespreken we de psychoanalyse zoals ze heden ten dage in beeld komt. Beide benaderingen worden toegepast op de behandeling van psychose waarbij de neurowetenschappelijke bevindingen als criterium gebruikt worden om de gelijkernissen en verschillen tussen psychoanalyse en EBM te illustreren.

X. De Grave, D. (2008), "Van verbrokkeld onvermogen tot anticipatie: een introductie tot *lichaamskaart*", Studiedag Het lichaam in de psychose, Sleidinge.

In deze presentatie gaan we dieper in op de symbolisch-imaginaire anticipatie en combineren deze met het spiegelstadium zoals dit door Jacques Lacan werd uitgewerkt. We situeren dit spiegelstadium in zijn tijdsgeboden context en tonen hierbij aan hoe de drie topologische categorieën (RSI) volgen uit deze spiegelervaring. Tot hier toe was het onmogelijk om sporen van deze geschiedenis terug te vinden. Sinds 1990 is er echter een techniek ontwikkeld die deze leemte opvult. '*Lichaamskaart*' ligt in de lijn van de theoretische inzichten en bouwt hierop verder. We tonen de gelijkenissen en de verschillen aan tussen *lichaamskaart* en de dubbele spiegelopstelling. Afrondend tonen we de ethische implicaties aan van dit werk met *lichaamskaarten* in de dagelijkse praktijk. *lichaamskaart*.

Y. De Grave, D., Van den Eede, L. (2008), "Het lichaamsevenement: voorbeelden uit de praktijk", Studiedag Het lichaam in de psychose, Sleidinge.

In aansluiting op de vorige lezing presenteren we het therapeutisch proces zoals dit gekoppeld is aan de constructie van de *lichaamskaart*. We bespreken achtereenvolgend de volgende psychotische posities: paranoia, erotomanie, toxicomanie, schizofrenie, COS. Bij elke *lichaamskaart* volgt een korte toelichting vanuit de nonverbale en de psychotherapeutische invalshoek.

Z. De Grave, D. (2009), "Μη φωνάι: zo vader, zo dochter? Tragische kanttekeningen bij het mythisch doodsverlangen", Studiedag Psychoanalyse en mythologie, Gent.

De menselijke seksualiteit manifesteert zich in een ontubbeling van universele voortplanting en individueel genot. In deze ontubbeling ontwaren we de verknoping van twee driften in schijnbare juxtapositie: Eros en doodsdrijf. Doorheen de drie tragedies van de Thebaanse cyclus van Sophokles bekijken we hoe deze driftver/ontmenging uitloopt op het (doods)verlangen in zijn meest pure vorm. Zowel Oedipus als zijn dochter Antigone bieden hierbij een eigen antwoord op dit meest intieme subjectieve probleem. De thema's die hierbij naar voor komen (subjectief doodsverlangen, verblindende onwetendheid, onbewuste overtreding van de Wet, dodelijk genot, onmogelijke vrouwelijkheid, onvermogen vaderschap, onbrekbare bloedbanden,...), brengen we in verband met de hantering van dit verlangen binnen de ethiek van de psychoanalytische kuur, meer bepaald naar het einde van de kuur toe (durcharbeiten). Vanuit de impasse die dit einde met zich meebrengt in het hedendaagse psychoanalytische denken bekijken we in het onderwijs van Jacques Lacan de verschuiving de antwoorden in het subjectiveren van de dood in de kuur ('55), over het doorkruisen van het fantasma ('64), naar de laatste benadering van de pisse ('67) en de creatie van het sinthoom ('75). In deze tijden van pluralisatie van de Namen-des-Vaders tonen we hoe de tragiek in de Griekse Oudheid ons nog altijd mythische grond onder de voeten geeft, nu het object a in het zenit schuift.

A1. De Grave, D. (2009), "Van eclecticisme tot synergie: het dynamisch stress-kwetsbaarheidsmodel binnen en buiten de psychiatrische setting", seminarie voor professionele partners, OPZ Geel.

## PDF Eraser Free

Vanuit het dynamisch stress-kwetsbaarheidsmodel (DSKM) willen we een alternatief voorstellen voor het blind eclecticisme dat vaak de evidence based behandeling van psychotische stoornissen kenmerkt. Hierbij maken we duidelijk dat samenwerking (synergie) een meerwaarde oplevert die binnen het louter evidencebased eclecticisch kader (EBM) beduidend minder aanwezig is. Vervolgens passen we dit kader klinisch toe binnen een multidisciplinaire werking binnen en buiten de psychiatrie. Centraal in de behandeling van personen met een psychotische stoornis stellen we de herintegratie in de maatschappij als voornaamste doelstelling. We gaan dieper in op de mogelijkheden en beperkingen die deze synergie geeft in het multidisciplinaire samenwerken, zowel met de patiënt, de patiëntengroep als binnen het team en met andere betrokkenen in de zorg binnen en buiten de klinische setting (doorverwijzers, andere hulpverleners, familie, partners, maatschappelijke instanties,...) We besluiten met te onderzoeken in welke mate deze synergetische aanpak de mogelijkheden tot structurering en resocialisatie verbetert in complexe en langdurige samenwerkingsverbanden (zorgnetwerken).

### B1. De Grave, D. (2009), "Time is of the essence: the Importance of Anticipation in the Treatment of Schizophrenia", CASYS 2009, HEC, ULG, Liège.

In the treatment of schizophrenia we can observe a certain inclination towards anticipatory theories and methods. Especially in the areas of prevention and early detection we see this development taking shape. What is mostly lacking in this novel approach is the idea that anticipation is deeply nested in every living system, even a pathological one. The dynamics of the process change during the course of observation and make meaningful predictions more difficult. So it is of the utmost importance to analyze the field of emergence which is schizophrenia as a plain of divisions, schisms and faulty recombinations, embedded from the start. The time(observer) approach in the therapeutic setting from a subjective point of view offers a way to approach and understand the tension that exists in the developmental lines within schizophrenia (pathological, ordinal, original, transcendental). We demonstrate this problem using the technique of *lichaamskaart* in the therapeutic time perspective.

### D1. De Grave, D. (2010), " De WonderWijdeWereld van de Gevaarlijk Schizofrene Mens: Psychose 2.0? " 20ste Symposium Milieutherapie, Duffel.

We bekijken in deze lezing de impact van de nieuwe informatie technologie (GSM en internet) op de vorm en inhoud van de psychose. Hierbij staan we uitgebreid stil bij de invloed die het internet op ons allen heeft. Hiernaast schetsen we de evolutie van het denken omtrent de diagnose schizofrenie. Aan de hand van vier klinische vignettes (paranoia, erotomanie, megalomanie, melancholie) tonen we aan dat het internet weliswaar de aard van de psychosen mee kleurt, maar dat ze naar de kern van de zaak nog altijd hetzelfde blijft.

### E1. De Grave, D. (2011), "Opvallende inzichten in de behandeling van psychose: Zorg voor velen", Similes, Mechelen.

Doorheen een parcours omtrent de historische en huidige inzichten naar psychose bespreken we achtereenvolgens de biologische, psychische en sociale factoren die een rol spelen inzake psychose. Hierbij leggen we de nadruk op de samenwerking (synergie) als doelstelling van zowel de diagnostiek als de therapie. Ook familie dient nauwgezet aangesproken te worden binnen het proces. We maken duidelijk dat 'opvallendheidssyndroom' een betere term is om psychose aan te duiden en gaan dieper in op deze veranderingen in het jargon en welke impact deze zou hebben op de zorg naar naasten die kampen met psychotische problemen.

### F1. De Grave, D. (2011), "Time is of the essence: the Importance of Anticipation in the Treatment of Schizophrenia", CASYS 2011, HEC, ULG, Liège.

In the treatment of schizophrenia we can observe a certain inclination towards anticipatory theories and methods. Especially in the areas of prevention and early detection we see this development taking shape. What is mostly lacking in this novel approach is the idea that anticipation is deeply nested in every living system, even a pathological one. The dynamics of the process change during the course of observation and make meaningful predictions more difficult. So it is of the utmost importance to analyze the field of emergence which is schizophrenia as a plain of divisions, schisms and faulty recombinations, embedded from the start. The time(observer) approach in the therapeutic setting from a subjective point of view offers a way to approach and understand the tension that exists in the developmental lines within schizophrenia. We demonstrate this problem using the technique of *lichaamskaart* in the therapeutic time perspective.

### G1. De Grave, D. (2011), "The Readiness is all ? Closure Remarks on the Psychotic Anticipatory Experience of Time and Space.", CASYS 2011, HEC, ULG, Liège.

Starting off from the status quaestionis in psychiatry, psychotherapy and philosophy regarding the psychotic experience as a disorder of reality we bring together three different viewpoints: the objectivist, the subjectivist and the existentialist. We illustrate how all three perspectives are unable to provide with a definite description of what psychosis really is, let alone prove fruitful for a causal model towards explaining psychosis. We show how the anticipatory model we have worked out (boundary, context, organisation, hierarchy) brings all three fields of enquiry together in a synergetic model with clinical, ethical and theoretical benefits.

## PDF Eraser Free

# Psychose en film

De Grave, D. (2005),	<b>"Psychose &amp; Film: botsing subject en omgeving"</b> <i>Clean, Shaven</i> Inleiding en discussie
De Grave, D. (2006),	<b>"Psychose &amp; Film: logica van de waan"</b> <i>Pi</i> Inleiding en discussie
De Grave, D. (2007),	<b>"Psychose &amp; Film: psychose en verslaving"</b> <i>Keane</i> Inleiding en discussie
De Grave, D. (2008),	<b>"Psychose &amp; Film: psychose en liefde"</b> <i>The Driver's seat</i> Inleiding en discussie
De Grave, D. (2009),	<b>"Psychose &amp; Film: aan gene zijde van de psychose"</b> <i>The Wall</i> Inleiding en discussie

# PDF Eraser Free

*Eros doodt, maar ze doodt slechts diegene sterfelijk genoeg om te leven.*