

# Psychiatrie en psychoanalyse

## Toetsing van een egestelling<sup>1</sup>

H. VAN HOORDE

**SAMENVATTING** Vertrekkend van de hem ooit gestelde vraag of psychiatrie wel bestond, poot de auteur, uitgaande van de ambachtelijke omschrijving van de psychiatrie in de moderne medische praktijk, tot een definitie van haar klinische veld te komen. Hierbij worden de inzichten van de psychoanalyse als onontbeerlijk voor de definitie aangevoerd. Subjectwording en historiciteit zijn uit het klinische veld van de psychiatrie niet weg te denken.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 9, 685-692]

**TREFWOORDEN** historiciteit, psychiatrie, psychoanalyse, subject

Het is de bedoeling in dit artikel in te gaan op een aantal vragen met betrekking tot de wetenschappelijke status van de psychiatrie, de verhouding tussen psychiatrie en psychoanalyse en de wijze waarop de psychoanalyse een onmisbare bijdrage levert in de fundering van dat wetenschappelijke belang. Daarom ga ik in eerste instantie over tot de bespreking van de psychiatrie in een poging haar te definiëren om nadien de inbreng van de psychoanalyse in deze definitie aan te reiken.

### GESCHIEDENIS EN 'HYSTORIE'

De vraag naar de ontologische status van de psychiatrie is niet nieuw. Dit betekent daarom niet dat men haar zonder meer terzijde kan schuiven. Merkwaaardig genoeg ontbreekt in vele handboeken echter een definitie van de psychiatrie en van haar werkveld.

Is de psychiatrie als zodanig wel te definiëren? De vraag dringt zich op en is een vervolg op een vroegere vraag die een oudere collega mij ooit toevoegde op de hem eigen, schertsende wijze: 'Van Hoorde, psychiatrie, bestaat dat eigenlijk wel?' Mijn eerste reactie was toen achteraf bekeken gefundeerd in de latente idee van het ambacht. Men kon, zo was het antwoord, moeilijk ontkennen waar men mee bezig was. Maar

daarenboven leefde bij mij de latente overtuiging dat deze ambachtelijke benadering geschraagd werd door een theoretisch kader waarvan de volledigheid toen nog ontdekt moest en zou worden naarmate de opleiding ter zake vorderde. Wat toen werd gevraagd, was helemaal niet zo grappig als het klonk. Wellicht was het zelfs de verzuchting van iemand die de verbrokkeling van zijn werkveld aanvoelde. De noodzakelijke elementen om de psychiatrie te omschrijven zijn niet alle van strikt medische aard, ook al miskent de medische professie dit wel vaker.

In een nog steeds noodzakelijk blijvende poging de psychiatrie als theoretisch corpus en als praxis wetenschappelijk te funderen, kan men niet om de geschiedenis van deze discipline heen. De hedendaagse tendens is de geschiedenis te vergeten, de ontstaansvoorwaarden en prille evolutie van een gevestigde wetenschap te verdringen. Daarbij vergeet men eveneens welke rol de groepsvorming speelt voor het vestigen van een wetenschappelijke discipline (Stengers 1992). Deze tendens geeft aanleiding tot het opstellen van een overtrokken roze beeld waarin zowel de noodzaak van de ontdekking als de subjectieve implicatie van de ontdekker onder de breuklijn van de verdringing valt en als onbelangrijk of zelfs niet-bestaand wordt afgedaan. De al te roze

tint ligt precies in de ontkenning van het voorafgaand weten en de verheerlijking van het actuele als alleen geldig. Vooruitgang op wetenschappelijk gebied lijkt in deze ideologische voorstelling een lineair proces waarin radicale breuklijnen een lijn van stijgende trappen gestalte geven. Dat men nieuwe antwoorden vindt of construeert, staat buiten kijf. De noodzaak is evenwel eerder nog de juiste vragen te stellen bij gevonden antwoorden. Hoe kwam men ertoe juist die terreinen te onderzoeken, en dus te vinden wat men (soms niet) zocht? De subjectieve implicatie is nog complexer: in een meesterpositie kan men ontwerpen, ontdekken en een theorie opbouwen om nadien het verworven weten mee te delen. Wanneer de initiële meester verdwijnt en anderen het opgebouwde weten verder doorgeven, ontstaat een andere verhouding tot het weten en de wijze waarop het ter sprake wordt gebracht.

Deze misschien al te kernachtig geformuleerde uitspraken kan men adstrueren met de discoursstheorie zoals Jacques Lacan (1991 [1969-1970]) deze heeft ontworpen en met de theoretische inzichten in de ontwikkeling van de psychiatrie die zij mogelijk maakt. De ruimte ontbreekt hier echter om dit voldoende uitgebreid te doen, zodat moet worden volstaan met het geven van een Nederlandstalige referentie: het artikel ter zake van Quackelbeen & Verhaeghe (1984). In zijn ontstaansgeschiedenis neemt het subject in zijn oorspronkelijke discours de hysterische positie in: vandaar de metaforische verknoping in 'hystorie'.

Een eerste stelling is nu dat de psychiatrie steeds een praxis van het woord is geweest. Zij blijft dit ook, zelfs met de ontwikkelingen die zich in haar werkveld aftekenen en waarvan men op het eerste gezicht meent te kunnen aannemen dat zij zich buiten het woord situeren (Van Hoorde 1992).

#### DE PRAXIS VAN HET WOORD EN HAAR THEORETISCHE GRONDEN

Uitgaande van de stelling dat de psychiatrie altijd en overal *een praxis van het woord* is geweest,

moet ik verder ingaan op de vraag welke waarde dit woord is toebedeeld. Als praktijk van het woord is de psychiatrie een klinische wetenschap die totstandkwam in chronologisch en in ideologisch verband met het ontstaan van de moderne geneeskunde. Foucault heeft deze evolutie en de epistemologische sprong die in de tweede helft van de achttiende eeuw plaatsgreep, op indringende wijze beschreven (1963; Nederlandse vertaling: 1986).

Als klinische discipline heeft de psychiatrie zich tegen de achtergrond van de moderne medische benadering met haar particulariteit gevestigd. Daarbij heeft zij een erfenis van haar antecedenten in filosofie, religie en magie meegedragen om deze in haar praxis te versmelten tot een min of meer gedoseerd amalgaam met de in toenemende mate verworven natuurwetenschappelijk gefundeerde kennis van de anatomische structuur en de fysiologische processen van het cerebrum. Dit amalgaam levert echter nooit een voldoende geïntegreerde legering op en blijft de kenmerken van zijn oorsprong in zich dragen in de vorm van scheidingslijnen in de theoretische beschouwing en breukvlakken in de klinische praktijk. De inbedding van de psychiatrie in de moderne medische benadering, die in essentie een klinische beschouwing door de blik is, levert een rest op: het verhaal van het subject, dat op diverse manieren aan bod komt, maar dat veelal het voorwerp is van objectiverende reducties. Op grond van deze reducties blijft het verhaal als rest door het subject aangeboden in een constante verschuiving op zoek naar de 'luisterende genezer' (Jackson 1992). Dit aanbod heeft op zijn beurt geleid tot de ontdekking van het onbewuste en de ontwikkeling van de psychoanalyse. Deze ontwikkeling is in die zin onontkoombaar dat zij zich steeds voor iedere particuliere casus herhaalt, zij het dat de individuele lotgevallen uiteraard hun eigen beloop kennen.

Bij deze stelling acht ik de diagnostische categorie van ondergeschikt belang: men moet niet denken dat dit enkel opgaat voor het neurotische subject. Wie met de praktijk vertrouwd is,

weet dat ook psychotici dezelfde zoektocht maken, hoezeer dit ook in wetenschappelijke kring soms wordt ontkend. Dit is overigens een belangrijk argument om de praktijkervaring te staven dat een psychoticus meer dan medicijnen nodig heeft. Waar dit voor neurotische klachten als evident wordt aangenomen, lijkt het er in de actuele maatschappelijke ontwikkeling nochtans vaak op dat men deze wetenschap liever verdringt op grond van de hypothese dat een biologische stoornis niet alleen de noodzakelijke, maar meteen ook de voldoende voorwaarde voor een psychose is. Daarbij bewijst men enige lippendienst aan het zogenaamd 'biopsychosociaal model' zonder dat dit praktische gevolgen heeft. Het correlaat is de overtuiging dat de farmaceutische aanpak niet alleen vaak noodzakelijk is – wat ik niet betwist! – maar ook meestal een voldoende antwoord oplevert. Met dit laatste kan ik het zeker niet eens zijn, zowel op theoretische gronden als op grond van klinische ervaring.

Daarbij wil ik ook een lans breken voor de heden ten dage onderschatte waarde van de gevalstudie in de psychiatrie aan de hand van het feit dat een casus, de zogenaamde studie 'casus n = 1', ons in staat stelt een kennisveld te ordenen en algemene wetmatigheden van structurele aard te formuleren die verder onderzoek mogelijk maken (Platteau 1982; Mooij 1988). Deze werkwijze – het bestuderen van samenhangen – is van een andere aard dan die welke zich richt op het kwantitatief onderzoeken van een feit aan de hand van patiëntencohorten, dat op het statistisch onderzoek van de spreiding van een kenmerk is gericht. Beide methodes hebben elk naast elkaar hun waarde en zijn in wezen niet vergelijkbaar aangezien zij op een verschillend kennisveld opereren.

De inzichten in het ontstaan van de moderne medische benadering moet ik aanvullen met de 'betekenaar' als concept en met een nieuwe conceptualisering van de notie van 'discours', die van meer structurele aard is dan die van Foucault, en die Lacan ons heeft aangereikt.

De oude klinische benadering van de essen-

tie der ziekten, van de vooraf gegeven en onwrikbare theorie, van mysterieuze principes en invloeden, is een klinische handeling met de betekenaar: dit wil zeggen dat zij geen klinische benadering van het teken is in de zin van de moderne medische benadering, maar een benadering die werkt met woorden, wat er nog geen klinische benadering van de betekenaar van maakt. Zodoende rijst onmiddellijk een essentieel punt: vóór de intrede van de moderne klinische benadering gaat het om de betekenaar van de theorie, om de betekenaar die de arts op de patiënt aanbrengt, waarmee hij hem zoekt te merken en die als deksel fungeert voor de subjectieve klacht (Van Hoorde 1992). Als voorbeeld geldt de dolkomische en tegelijk bittere beschrijving van het medische corps door Molière. De moderne tegenhanger hiervan zijn bekende 'diagnostische' uitspraken zoals 'het zijn de zenuwen' en het welig tieren van in de mode wisselende diagnoses (hyperventilatie, hyperkinetisch syndroom, chronische-vermoeidheidssyndroom, e tutti quanti) in de medische rubrieken van bepaalde tijdschriften. Het zijn in wezen 'dekselbetekenaars'.

Wanneer de moderne medische benadering haar intrede doet, ontstaat een klinische beschouwing van het teken, van de indices. De hele negentiende eeuw is ervan doordeesemd. Deze ontwikkeling – die zo vruchtbaar is geweest voor de geneeskunde – herinnert er uiteraard aan dat de blik gestuurd moet worden door het onderscheidingsvermogen voor wat men moet zien. Parallel blijft een rest achter die vraagt om herinschakeling in de betekenende keten: de psychiatrie gaat zich daarmee gelasten en een gooi doen naar een klinische benadering van de subjectieve factor en de ziektegeschiedenis. Tot zij echter op haar beurt zelf – bijvoorbeeld met de semiologie van de persoonlijkheidsstoornissen – een klinische beschouwing van het teken, van de blik, en sluipend een praktijk van de sociale norm wordt.

Op dat ogenblik ontstaat weer een rest, zodat de psychoanalyse als het ware noodge-

dwongen ten tonele verschijnt om gestalte te geven aan een theorie die een klinische benadering van de betekenaar schraagt. Het gaat er met name om de sleutelbetekenaars in het verhaal terug te vinden, die de subjectieve positie stutten en de weg naar het grondend fantasma wijzen. De psychoanalyse is de discipline die door Sigmund Freud werd ontworpen en waarin drie niveaus zijn te onderscheiden: de onderzoeksmethode, de behandelingsmethode en het geheel van theorieën omtrent het psychisch functioneren, hetzij op psychologisch hetzij op psychopathologisch vlak. Haar centrale ontdekking is die van het onbewuste en van de overdracht; de drifttheorie en het belang van het object zijn er niet uit weg te denken. Verder bouwend op die grondslagen werkte Jacques Lacan de theorie van het gedeeld subject, van de betekenaar en de discoursstheorie uit, terwijl hij de theorie van het object verder aanscherpte met zijn ontdekking van het object *a* en de formalisering van het fantasma.

Het belang van Jacques Lacan is dat hij sinds de jaren vijftig is doorgestoten naar epistemologische vragen rond de psychoanalyse en per extensie de psychiatrie, onder meer door het invoeren van concepten uit de linguïstiek.

#### VAN SYMPTOOM, SUBSTRAAT EN DE DISCOURSTHEORIE

Het onderscheid tussen de medische opvatting van het symptoom als teken en de psychoanalytische opvatting ervan als symbolische constructie duidt een fundamentele breuk aan in het psychiatrische werkveld. Beide werkwijzen bewegen zich op een verschillend kennisveld. Deze vaststelling leidt tot de invoering van een beschouwing over het substraat en zijn status in de psychiatrie. Het psychische apparaat is ondenkbaar zonder biologisch, somatisch substraat; de stoornissen, zowel anatomisch als fysiologisch, van het somatische substraat worden op psychisch niveau vertaald in psychische stoornissen; niet de gehele psychische stoornis op zich en

niet alle psychische stoornissen zijn evenwel herleidbaar tot dezelfde logica. Waar het gaat om de positie van het subject en zijn lijden, is de betekenaar het substraat *par excellence*. Het benaderen van deze structurele problematiek vereist dat men rekening houde met het onbewuste als correlaat van de inbedding van het subject in de symbolische orde, waarvan de taal de voorwaarde is.

De universalisering van de klinische beschouwing van het teken voor het gehele klinische veld van de psychiatrie getuigt in wezen niet alleen van reductionisme, maar is bovendien een totalitaire werkwijze, terwijl de klinische benadering van de betekenaar de subjectieve particulariteit eerbiedigt, ook al stuit ze zelf op universele structuren (neurose, psychose, perversie). Het belang van de levensloop, van het levensverhaal – als verhaal veeleer dan als een aaneenrijgen van disparate *life events* – voor de psychiatrie als medisch-therapeutische discipline zowel als voor haar wetenschappelijke fundering is derhalve onschatbaar. Het gaat er immers om in dit levensverhaal aan de hand van naar voren tredende betekenaars de symptoomvorming en de constructie van het sturende fantasma op te sporen. Wat van een andere orde is dan het rubriceren en repertoriëren, waarmee onder meer naar het DSM-systeem wordt verwezen. Dit voert meteen tot het aanduiden van het fundamentele verschil met de biologische psychiatrie, die zich tot volkomen legitiem doel heeft gesteld de aard en de wijzigingen van het somatisch-cerebrale substraat te onderzoeken. Zij kan echter in geen dele de gehele psychiatrie bestrijken, evenmin als wat hier gemakshalve de psychodynamische psychiatrie genoemd wordt, een voldoende samenhang kan uitwerken voor de *ganse* psychiatrie. Het somatische substraat is een noodzakelijke voorwaarde voor het psychisch functioneren – daar is iedereen het uiteraard over eens – maar het is geen voldoende voorwaarde om elke psychopathologie in haar beloop te betekenen of te verklaren.

Is de eerste vaststelling dat de psychiatrie een praxis van het woord is, dan moet ik uit wat

voorafgaat de tweede vaststelling afleiden, namelijk dat de psychiater in zijn werk- en observatieveld geïmpliceerd is. Elke ‘wetenschappelijke observatie’ zal in de psychiatrie steeds een onmiskenbare – maar zo vaak miskende! – invloed hebben op het zogenaamd geobserveerde. Het ‘colloque singulier’ tussen patiënt en psychiater is immers een veld van krachtlijnen die door de overdracht gevestigd worden. Het hoeft ons niet te verwonderen dat men krampachtig poogt de psychiatrische bedrijvigheid te objectiveren en te kwantificeren: het is de angst van de wetenschapper voor zijn vermeende object – de andere (mens) – die hem drijft tot het optrekken van een afscherming die in dit geval de vermomming van natuurwetenschap aanneemt. Lacans eerder aangehaalde discours-theorie, waarop ik hier niet kan ingaan, heeft tot doel de plaats van de actoren in het actieveld van de praktijk preciezer uit te tekenen en de implicatie van de onderzoeker in het onderzochte aan te tonen. Het belang van een dergelijke formalisering is dat zij ons in staat stelt te bepalen vanuit welke positie iemand spreekt, het woord neemt en welke gevolgen dit spreken kan hebben. De door Lacan opgestelde discourestypes tekenen in wezen de modulering van de sociale band uit en kunnen de *practicus* van groot nut zijn bij het bepalen van de positie die hij in zijn dagelijks bezigzijn met zijn patiënten inneemt.

Toegepast op het psychotherapeutische luik van de psychiatrie wil ik daarom stellen dat het invoeren van een weten in de therapie zelf voor de patiënt zou betekenen dat een nieuwe betekenaar op zijn lijden wordt geplakt en dat hij zo opnieuw op een objectiverend parcours zou worden gestuwd terwijl hij erkenning van zijn particulariteit zoekt. Een dergelijk mechanisme geldt dus niet alleen voor de biologische, maar ook voor de psychotherapeutische psychiatrie. In de plaats van de medicalisering zou dan sprake zijn van psychologisering van zijn klacht, waarbij het model van de *klinische handeling met de betekenaar* evengoed van kracht zou zijn. De invalshoek van de betekenis levert dus niets op, evenmin als die

van het geconstitueerd weten (Lacan 1991 [1969-1970]). Daarbij mag niet over het hoofd worden gezien dat de posities in het discours de modaliteiten van de onontkoombare overdracht uittekenen: de klinische benadering van de betekenaar is een benadering onder overdracht.

#### IS EEN DEFINITIE VAN DE PSYCHIATRIE MOGELIJK?

Zo rijst de vraag naar een definitie van de psychiatrie als klinische wetenschap. De zoektocht naar deze definitie voert in de eerste plaats tot de vaststelling dat een verborgen paradigma heerst: het vakgebied blijkt veelal als bekend en omlind te worden beschouwd zonder dat men duidelijk de *epistemologische eisen* stelt, die het beoefenen en de theorievorming van de psychiatrie sturen. Naast het medische vertoog in de zin die Foucault hieraan gaf, wordt voor de psychiatrie als klinische en grotendeels ambachtelijk verworven wetenschap de psychoanalyse als onmisbaar referentiepunt aangevoerd aan de hand van de gevalsstudies en hun theoretische uitwerking: het bestek van dit artikel laat niet toe casuïstiek te behandelen; daarvoor kan verwezen worden naar een vroegere publicatie (Van Hoorde 1992). Wat ongeacht de voorhanden zijnde diagnostische categorie – of het nu een casus in het register van de neurose, de perversie of de psychose is – met ‘analytisch luisteren en interveniëren’ wordt aangeduid, is in wezen een respectvol beoefenen van de *klinische benadering van de betekenaar en van het object a*. Deze benadering heeft eveneens haar belang voor het veld van wat men tot voor kort de ‘organische stoornissen’ noemde, zij het dat zij daar hand in hand gaat met de medische beschouwing van het teken.

Opvallend bij de lectuur van *Psychiatrie I Inleiding* van Rümke (1969) is dat hij geen afgeronde definitie van ‘de’ psychiatrie opstelt, in tegenstelling tot de psychologie, waarvan hij zegt: ‘Psychologie is de leer van het verhoudingsleven.’ Zijn driedelige handboek is als het ware een doorlopende omschrijving van de psychiatrie

vanuit zijn klinische ervaring. De theoretische achtergronden haalt Rümke – die ik een belangrijke referentie blijf vinden door zijn aanzien als groot clinicus en zijn brede visie als theoreticus – niet alleen uit de neurofysiologie, de biologie en de algemene geneeskunde, maar ook uit de psychologie, de psychoanalyse en de filosofie.

Ey (1974) geeft een definitie in zijn handboek: ‘La Psychiatrie est une branche de la Médecine qui a pour objet la pathologie de la “vie de relation” au niveau de l’intégration qui assure l’autonomie et l’adaptation de l’homme dans les conditions de son existence’ (p. 66). Waarop hij merkwaardig genoeg onmiddellijk aansluit met te zeggen wat psychiatrie allemaal niet is en te illustreren waarmee men haar zeker niet mag verwarren: psychologie, neurologie, sociologie. Het lijkt wel of Ey vreest vaste grond te verliezen als hij zijn discipline – waarin hij nochtans een zeer vooraanstaande plaats bekleedt – van te dichtbij zou vermengen met wat evenwel inherent met haar verbonden is. Vreemd is dat hij op opvallende wijze de filosofie weglaat. Sim (1974) gaat onmiddellijk van start zonder het terrein te definiëren, terwijl Kaplan & Sadock (1991, p. 836) het houden bij een bondig: ‘Psychiatry is the branch of medicine that deals with the diagnosis, understanding and treatment of mental disorders.’ Dit hoeft niemand te verwonderen: het ontbreken van een definitie zoals bij andere medische specialismen die door hun actieterrein worden gedefinieerd, heeft immers te maken met de verbodskeling van het psychiatrische veld door zijn verschillende substraten.

De eerder geformuleerde overwegingen leiden tot volgende omschrijving van het psychiatrische werkveld, waaraan ethische implicaties zijn verbonden en die een werkdefinitie aanreikt van de psychiatrie als klinische wetenschap.

Psychiatrie is als onderdeel van de geneeskunde een klinische wetenschap die zich bezighoudt met het psychisch lijden, waarin een weten ontwikkeld wordt vanuit en over een particuliere casus, dit in relatie tot algemene wetmatigheden. Zij is een praxis van het woord, ook als

de psychiater zich laat bijstaan door andere technieken, en gaat daarbij te werk volgens de strenge principes van de medische beroepsuitoefening. Deze principes leiden specifiek voor de psychiatrie tot een opdeling van haar klinische veld: naast de klinische beschouwing van het teken, waarvan het substraat somatisch-fysiologisch is, geldt evenzeer de klinische benadering van de betekenaar, waarvan het substraat psychisch is, namelijk de betekenaar zelf. Voor een correct hanteren van beide klinische velden, het eerste zich vaak in en langs het tweede uitend, geldt dat het object van de psychiatrie het levensverhaal is. Het psychisch lijden is immers onontwarbaar verbonden met de ‘condition humaine’ en het menselijk ‘onbehagen’ dat deel uitmaakt van de subjectwording. De asymmetrie tussen beide klinische velden tekent het centrale manco van de psychiatrie uit.

Als klinische wetenschap ontleent de psychiatrie haar bestaan aan haar manco, zoals het subject slechts subject kan zijn door de gedeeldheid die het tekent. Ieder reductionistisch en dus totalitair want desubjectiverend project zal het bestaan van de psychiatrie bedreigen. Dit geldt voor elke poging tot reductionisme, van welke signatuur zij ook mag zijn.

## EN DE PSYCHOANALYSE

Vanuit de bescheidenheid van de klinische werkwijze wordt hier gegrepen naar een project dat gesitueerd is op het vlak van de antropologische roeping van de psychiatrie. Het invoeren van de psychoanalyse in het psychiatrische werkveld betekent immers niet dat een zoveelste hulpwetenschap wordt aangebracht, noch dat een bijkomende epistemologische stut onder het wankel bouwwerk wordt gezet. Het is de bedoeling de precieze architectuur van het gebouw na te trekken en deze terug te vinden door de uiteenzetting over de opdeling in klinische beschouwing van het teken, klinische handeling met de betekenaar en klinische benadering van de betekenaar. Deze nieuwe versnijding van het werk-

veld gaat verder dan de vroegere, nogal vage opdeling in een natuurwetenschappelijk en een hermeneutisch vlak waar zij de verrekening van de overdracht via de discours Theorie invoert in een veld dat hem tevergeefs langs de natuurwetenschap poogt uit te gommen. In wezen gaat het om de epistemologische eisen waaraan het correct beoefenen en theoretiseren van psychiatrie moet voldoen.

Tot slot moet worden verwezen naar Sigmund Freud waar hij het precies over psychiatrie en haar verhouding tot de psychoanalyse heeft. Men zal merken dat die verhouding door een accentverschuiving van aanvullend tot funderend wordt: Freud was niet alleen een uitstekend vakman, maar een wetenschapsmens met een brede visie. Het tweede heeft zonder twijfel tot het eerste bijgedragen: het bracht dat 'iets meer' dat Panhuysen (1990) Freud als dynamisch denker tegenover de systeembouwer Kraepelin liet plaatsen. Beide citaten komen uit twee geschriften van Freud die niet in de Boomvertaling zijn opgenomen.

In 'Psychoanalyse' und 'Libidotheorie' schrijft Freud (1923, p. 227): 'Die Zukunft wird voraussichtlich eine wissenschaftliche Psychiatrie erschaffen, welcher die Psychoanalyse als Einführung gedient hat.' In *Kurzer Abriß der Psychoanalyse* (Freud 1928, pp. 421-422) luidt het: 'Man fängt an zu verstehen (...) daß die Psychoanalyse dazu berufen ist, eine wissenschaftliche Psychiatrie der Zukunft zu ermöglichen, die sich nicht mit der Beschreibung sonderbarer Zustandsbilder, unbegreiflicher Abläufe, und mit der Verfolgung des Einflusses grober anatomischer und toxischer Träumen auf den unserer Kenntnis unzugänglichen seelischen Apparat zu begnügen braucht.'

Freuds verzuchting dat de psychoanalyse een wetenschappelijke psychiatrie zou inleiden, verschuift naar een fundering: deze verzuchting wordt mijns inziens vandaag alsnog bewaarheid als men ernstig neemt wat de klinische benadering ons leert.

## NOOT

1. Een deel van dit artikel verscheen eerder en in gewijzigde vorm in een nummer van *De Uil van Minerva* dat prof. dr. J. De Visscher aan drie artikelen over reductionisme wijdde (Van Hoorde 1996).

## LITERATUUR

- Ey, H. (1974). *Manuel de psychiatrie*. Parijs: Masson.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*. Parijs: Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1923). 'Psychoanalyse' und 'Libidotheorie'. *Gesammelte Werke* XIII (pp. 221-233). Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Freud, S. (1928). *Kurzer Abriß der Psychoanalyse*. *Gesammelte Werke* XIII (pp. 405-427). Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Jackson, S.W. (1992). The listening healer in the history of psychological healing. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 1623-1632.
- Kaplan, H.L., & Sadock, B.J. (1991). *Synopsis of Psychiatry* (sixth edition). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Lacan, J. (1991). *Le séminaire Livre XVII (1969-1970). L'envers de la psychanalyse*. Parijs: Éditions du Seuil.
- Mooij, A.W.M. (1988). *De psychische realiteit - Over psychiatrie als wetenschap*. Meppel/Amsterdam: Boom.
- Panhuysen, G.E.M. (1990). *Het ei van Freud*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Platteau, W. (1982). Een referentiekader voor de gevalsstudies van Freud. *Psychoanalytische Perspektieven*, 2, 11-183.
- Quackelbeen, J., & Verhaeghe, P. (1984). Over alle diskoursopvattingen heen: een formalisatie. De preliminaire vraagstelling door Lacan, en zijn antwoord met de vier diskours. *Psychoanalytische Perspektieven*, 6, 59-81.
- Rümke, H.C. (1969). *Psychiatrie I Inleiding*. Amsterdam: Scheltema.
- Sim, M. (1974). *Guide to Psychiatry*. Edinburgh/Londen: Churchill Livingstone.
- Stengers, I. (1992). *La volonté de faire science*. Parijs: Les Empêcheurs de Penser en Rond. Ulysse Diffusion.
- Van Hoorde, H. (1992). *Psychiatrie en psychoanalyse: scheiding van tafel en bank?* Gent: Idesca.
- Van Hoorde, H. (1996). Psychiatrie: een ambacht ter discussie - historiciteit en subject in de definitie van het psychiatrisch veld. *De Uil van Minerva - Tijdschrift voor Geschiedenis en Wijsbegeerte van de Cultuur*, 13, 29-42.

AUTEUR

H. VAN HOORDE is psychiater-psychoanalyticus te Gent, gasthoogleraar aan de Universiteit Gent (vakgroep Psychoanalyse en raadplegingspsychologie, FPPW), lid van het Gezelschap voor Psychoanalyse en Psychotherapie (Neder-

landstalige Studiegroep van de Europese School voor Psychoanalyse) en van de World Association of Psychoanalysis.

Correspondentieadres: prof. dr. H. Van Hoorde, Vrijheidslaan 4, 9000 Gent. E-mail: vanhoordehubert@glo.be.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-5-2000.

SUMMARY

History and the subject as pertaining to the definition of the psychiatric field – H. Van Hoorde –

*Reviewing the old topic of the fundamental validity of psychiatry, the author seeks to define the psychiatric field from its description in the modern medical practice. Appreciation of the necessity of psychoanalytic theory leads to a definition in which the subject and historicity are essential.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 9, 685-692]

KEYWORDS historicity, psychiatry, psychoanalysis, subject