

Parentificatie in wisselende gedaante

Als het kind te snel ouder wordt

Uit: Mark Kinet (Red.) *Parentificatie. Als het kind te snel ouder wordt.* Antwerpen/Apeldoorn, Garant, 2010 p 197-208.

*‘...Mama en ik, we zijn vier handen op één buik.
Ik zie haar doodgraag!’*

Mark Kinet

1. Inleiding

Parentificatie is in belangrijke mate een ‘normaal’ verschijnsel. Welk kind wil niet groot en/of ouder worden, (als) papa of mama zijn? Het betreft hier in belangrijke mate universele verlangens, waarbij het kind liefdevol ‘op zijn plaats’ moet gezet of gehouden worden teneinde een *rechte* driehoek te installeren¹. Ouders zullen dan wel bepaalde taken of functies (tijdelijk) naar hun kinderen delegeren. Zij doen dit echter met voldoende *realistische inschatting* en *affektieve afstemming* opdat het kind deze zorg ook effectief kan dragen. Het kind krijgt bovendien expliciet *mandaat* en *erkenning* voor geleverde prestaties. Onder deze ‘gesuperviseerde’ voorwaarden betreft het voor het kind een *leerervaring* die met recht en reden *constructieve parentificatie* mag genoemd worden. Het kind *oefent* immers bepaalde vaardigheden en/of verantwoordelijkheden in. Het wordt langzaam en stap voor stap *ouder*. Het ontleent hieraan gevoel van zelfwaarde en het wint aan *betekenis*. Als zorgen op die manier oordeelkundig over de gezinsleden kunnen worden verdeeld, ontstaat er bovendien meer *speelruimte* voor eenieder. Als resultaat kan zo een heuse *win-win* situatie ontstaan.

Maar parentificatie kan ook *destructief* zijn. De belasting op het kind weegt bijvoorbeeld te zwaar of past niet bij het ontwikkelingsniveau. Het fenomeen wordt ontkend of geloochend en reële noden van het kind raken eronder bedolven. In deze destructieve variant speelt parentificatie vaak een *oorzakelijke* rol in psychopathologie bij de volwassene. Ze heeft dan gezorgd voor *scheefgroei* in de persoonlijkheidsontwikkeling die een *blijvende stempel* drukt op de manier van in relatie treden en in de wereld staan. Het kind is te snel en/of sprongsgewijs *ouder* geworden. Het mobiliseerde daartoe de nodige krachten en talenten. Maar later is dit zich op de een of de andere manier en in meer of mindere mate gaan *wreken*.

¹ Een poging tot vertaling in alledaags taalgebruik van heel wat uitgebreider en ingewikkelder te formuleren beschouwingen over castratie en het Oedipuscomplex.

In de inleidende bijdrage heb ik diverse *contextuele* en *psychodynamische* mechanismen van parentificatie toegelicht. Kort samengevat beschouwde ik er parentificatie als een uiterst *relevant* en *prevalent* verschijnsel dat zich bij uitstek op het snijvlak van het *intrapsychische* en het *interpersoonlijke* situeert. Psychoanalytisch ging ik vooral in op het *Vals Zelf* en de *valse idylle*. Beide zijn dan welteverstaan geheel *oprechte* verschijnselen. In alle gevallen van parentificatie zal bovendien ook ergens het *falen van de derde* zijn terug te vinden. De vaderlijke functie die het kind tegen het wezenlijk *incestueus* karakter van emotioneel misbruik zou moeten beschermen *schiet tekort*. Het kind blijft daardoor overgeleverd aan *een rotte roeping*: het genieten van een eerste grote Ander². Er is geen *derde* die *bij wijze van spreken* voldoende een stokje (de fallus) steekt voor de dodelijke combinatie van lust en onlust die dit de betrokkenen oplevert³. Het was de meer *structurele oorzakelijke configuratie* van een *scheve oedipale driehoek*. Volgens de lacanianen speelt hij in processen van parentificatie steeds mee een bepalende rol.

In deze bijdrage zal ik verder vooral bepaalde psychoanalytische uitgangspunten nader expliciteren die aan het *Vals Zelf* en de *valse idylle* ten grondslag liggen. Ook zal ik de therapeutische noodzaak van een *holding environment* toelichten. Ze laat de patiënt alsnog toe *echt* kind te zijn en bepaalde ontwikkelingssporen (terug) op te nemen. Vervolgens zal ik een aantal patiënten ten tonele voeren uit de eigen praktijk bij wie parentificatie in wisselende gedaante verschijnt.

2. Klein vs Winnicott

Na Freud hebben de meeste auteurs (met als 'grote' uitzondering Lacan) hun aandacht verlegd naar de *preoedipale moeder-kind* relatie en naar psychopathologie die in die eerste levensfase haar wortels vindt. Vaak leggen ze *technisch* meer de nadruk op het belang van een aandachtige, zorgende en steunende aanwezigheid *op zich*. Bijvoorbeeld Sandor Ferenczi en Michael Balint theoretiseerden als eersten de meer moederlijke (ondersteunende en/of empathische) componenten die het analytisch werk bij de 'vroege' stoornissen volgens hen dient te bevatten. Inspiratie is dan de archaische moeder-muze, van wie het *infans* in zekere zin voldoende moet *ontvangen* om te kunnen *groeien* (Kinet, 2005). Dit gedachtegoed ligt ten grondslag aan de *correctief-emotionele*⁴ *ervaring* die in veel ondersteunende psychotherapievormen wordt nagestreefd.⁵ In zoverre psychoanalyse wezenlijk gericht blijft op het ontdekken van soms pijnlijke waarheden blijft ze *nota bene* erg *sceptisch* tegenover dergelijke benadering. Door een mis begrepen toepassing van deze technieken zou deze 'waarheid' immers riskeren onder een soort mantel der liefde *bedekt* of *toegedekt* te worden. Klinisch-psychotherapeutische ervaring leert ons dat dit echter helemaal niet het geval hoeft te zijn (cf Kinet, 2006).

² Die voor alle duidelijkheid om het even welke significante ouderfiguur kan zijn.

³ Dit pijnlijk 'genieten' noemt Lacan de '*jouissance*', wat letterlijk 'vruchtgebruik' betekent. We volstaan hier te verwijzen naar Verhaeghe, 2009 p 15 deze *jouissance* in een voetnoot 'een moeilijk begrip' noemt: 'Het is wat we ervaren in het grensgebied tussen lustvolle, controleerbare spanning en wat daar *voorbij* ligt, met als gevolg dat we 'onszelf' (lees: ons identiteitsgevoel) verliezen. Voor Lacan is die ervaring bovendien niet verwoordbaar, wat een definitie er niet gemakkelijker op maakt'.

⁴ Als de patiënt als kind nooit een woord van waardering of bevestiging heeft gekregen levert een volgehouden steunende, bemoedigende houding van de therapeut een correctief-emotionele ervaring op: deze nieuwe 'objectrelatie' wordt verinnerlijkt en sterkt het (zelf)vertrouwen. Op zijn beurt kan dit echter leiden tot afhankelijkheid: de nood moet uiteindelijk vooral *geanalyseerd* i.p.v. bevredigd worden.

⁵ Cf. Rockland (1989), Derksen & Marx (2003)

Want het kind wordt zich *zowel* voor Klein als voor Winnicott pas *in tweede instantie* van een *innerlijk kwaad* bewust. Het komt ook pas in een *latere fase* tot een besef van de *schade* die door dit kwaad werd en kan worden aangericht en probeert het pas vanaf dat moment werkelijk *goed* te doen of te maken tegenover de ander. Aan hun zeer verschillende concepten en taalgebruik ligt dan een *gemeenschappelijke idee* ten grondslag, namelijk dat het kind pas na een voorafgaande periode van almachtig *narcisme* het feit van zijn *afhankelijkheid* erkent. Ook hechten zij elk op hun manier veel belang aan het kind dat probeert te *(re)pareren*. Bij Klein kan dit *(re)pareren* manisch of depressief zijn, al naargelang ze vertrekt vanuit een schizoid-paranoïde dan wel een depressieve positie. Bij Winnicott zien we bovendien hoe zich in eerste instantie een *Vals Zelf* kan ontwikkelen waarbij elke (eigen) *afhankelijkheid* wordt *ontkend*. Ook de hierboven vermelde *technische* tegenstelling tussen hen beiden dient trouwens sterk gerelativeerd te worden. Winnicott's *verbatim* verslag van eigen psychoanalytisch werk kan eenieder van het belang dat hij hecht aan *holding* *en interpretatie* overtuigen⁶.

3. *Holding environment*

Maar Winnicott is ook belangrijk om inzake parentificatie bepaalde *therapeutische imperatieven* te begrijpen. In de eerste levensjaren is het kind eerst *totaal* en later *relatief* van zijn omgeving afhankelijk. Wanneer de psychopathologie in deze periodes wortelt acht Winnicott een diepe *regressie therapeutisch noodzakelijk* zijn om opnieuw in contact te komen met de kern van het Waar Zelf en om geblokkeerde ('frozen'⁷) ontwikkeling weer op gang te brengen. Hiervoor is een *holding environment*⁸ nodig die dan de noodzakelijke zorg en ondersteuning kan bieden en het kind in de patiënt alsnog toelaat *kind te zijn*. Bij de geparentificeerde patiënt blijkt inderdaad vaak dat inzicht en mentalisatie niet volstaan. Er is een sterke neiging tot (in dit geval therapeutisch verantwoorde) *regressie* waarbij de geleden schade als het ware enigszins moet kunnen worden 'ingeaald'.

In feite geldt voor *alle* patiënten die *residentieel* behandeld (moeten) worden dat zij nood hebben aan dergelijke *zorg* en *ondersteuning*. Zij hebben nood aan de veiligheid, de zorg en bescherming die hen slechts door een continu beschikbare verpleegkundige functie (de omgevingsmoeder) kan geboden worden. We wijzen er in dit verband op dat '*nursing*' en '*nurturing*' als typisch verpleegkundige termen precies *dezelfde* termen zijn als deze waarmee de '*primary maternal preoccupation*' tegenover de baby wordt beschreven.

Bij al deze problemen heeft de patiënt er (zoals ook het *infans*) nood aan dat we tegemoetkomen aan bepaalde *illusions*. Zo bijvoorbeeld aan de illusie dat de hulpverlener over helende eigenschappen en over een weten beschikt⁹, machtig is, bescherming kan bieden en basisbehoeften kan bevredigen. Er ontstaat een *idealiserende overdracht* die we in eerste instantie *intact* laten. We hoeven hem niet te interpreteren, maar te *accepteren* en te *respecteren*. De behoeftige baby in de patiënt heeft nood aan onze min of meer intensieve zorgen. Hij heeft ook nood aan spiegeling en bevestiging, aan houvast en structuur. Door een

⁶ Cf Donald Winnicott, '*Holding and interpretation: Fragment of an Analysis*' (1986)

⁷ Cf Donald Winnicott, '*Metapsychological and clinical aspects of regression*' (1954 p 281)

⁸ Cf Donald Winnicott, (ibidem p 285-286)

⁹ Dit is voor Jacques Lacan het kritisch minimum van de overdracht: de psychoanalyticus wordt door de analysant beschouwd als *sujet supposé savoir*, als subject dat verondersteld wordt (het) te weten .

dergelijke *holding* en *facilitating environment* te bieden kunnen *omgevingstekorten* uit de fase van absolute afhankelijkheid ge(re)medieerd worden. Narcistische kwetsuren kunnen dan in een gecombineerd werk van ‘*panser*’ (verbinden) en ‘*penser*’ (denken)¹⁰ worden hersteld en *steun* is hier een noodzakelijke maar onvoldoende voorwaarde om psychotherapeutisch aan het werk te kunnen gaan. Het proces van verandering komt dan mede tot stand omdat we toelaten dat de patiënt van ons *gebruik*¹¹ maakt.

Hierbij past het ook even te verwijzen naar het denken van Heinz Kohut¹² in verband met de behandeling van narcistische (= pre-oedipale) pathologie bij volwassenen aangezien ze zeer treffende overeenkomsten met de denkbeelden van Winnicott vertoont. Ook hij benadrukt de positieve aspecten van narcisme in verband met creativiteit, gevoel voor humor en wijsheid. Psychische groei is voor hem het resultaat van twee contrasterende processen: empathische spiegeling (*‘mirroring’*) en optimale frustratie. Zijn therapeutische techniek is in belangrijke mate gebaseerd op *empathie*. Pathologie beantwoordt voor hem aan het *defectmodel* en zou het gevolg zijn van empathische tekorten en/of traumatische verbreking van de moeder-kind twee-eenheid met als gevolg *‘nameless preverbal aggression’*.¹³

Winnicott en Kohut krijgen dan vanuit diverse psychoanalytische hoeken begrijpelijke kritiek te incasseren. Er is in hun werk inderdaad enige *veronachtzaming* van het seksuele, van het driftmatige, van het conflictueuze en van het Oedipale. Technisch leggen ze allebei erg de nadruk op *empathie*, *gratificatie* van preoedipale behoeften (veiligheid, warmte, zorg etc.) en *correctief emotionele ervaring*. Maar zij hebben wel een wezenlijke bijdrage geleverd tot de psychoanalytisch geïnspireerde steungevende psychotherapie die bij (semi)residentiële behandeling *willens nillens* een belangrijke rol heeft te spelen.¹⁴

4. Parentificatie bij in-patients

De beschreven achtergronden laten hopelijk toe de *vignetten* die volgen wat beter te situeren. Voornamelijk zal ik immers putten uit mijn klinisch psychotherapeutisch werk met volwassenen in een (semi)residentieel (re)constructief milieu¹⁵. Daarnaast worden slechts enkele ambulante patiënten voorgesteld uit een vrij gevestigde psychoanalytische praktijk. Bedoeling is de meer theoretische beschrijvingen uit mijn eerste bijdrage te *illustreren* en van enkele bijkomende therapeutische en andere kanttekeningen te voorzien.

*Hilde*¹⁶

Hilde is een dertiger die gedurende vele jaren klinisch psychotherapeutisch werd behandeld omwille van recidiverende majeure depressie met zelfmoordpogingen op de achtergrond van

¹⁰ Cf M. Monjauze, *‘La part alcoolique du soi: la prise en charge clinique des patients alcooliques’* (1999)

¹¹ Cf Donald Winnicott, *‘The use of an object and relating through identifications’* (1968)

¹² Cf Heinz Kohut, *‘The analysis of the self’* (1971)

¹³ Voor het werk van Heinz Kohut, cfr bijvoorbeeld Marc Hebbrecht, *‘Zoals een liefdevol sprekende spiegel’* (2005). Hij heeft heel wat publicaties over steungevende psychoanalytische psychotherapie gebaseerd op het werk van Winnicott en Kohut, cfr. Marc Hebbrecht (1997, 1998, 2001, 2004)

¹⁴ Cf bijv. H. Rockland, *‘Supportive therapy: a psychodynamic approach.’* (1989)

¹⁵ Voor diverse beschrijvingen van deze setting cf bijvoorbeeld Kinet, 2003, 2006, 2008, 2009.

¹⁶ De beschreven vignetten werden qua namen en bepaalde elementen uit de geschiedenis geanonimiseerd. Psycho(patho)logische details die niet meteen verband houden met parentificatie werden om deontologische redenen weggelaten.

voor haar en zocht ze door middel van flink en voorbeeldig gedrag vruchteloos zijn aandacht. Wel gaf hij vaak denigrerend commentaar, bijvoorbeeld 's ochtends in de badkamer. Het was een nachtmerrie die haar bij hygiënische en andere lichaamsverzorging tot op heden blijft achtervolgen.

Wanneer ze puberde ontwikkelde hij voor haar anderzijds een buitensporige belangstelling. Ze hield er een vies gevoel aan over omwille van voortdurende opmerkingen over haar uiterlijk alsook voyeuristische grensoverschrijdingen. Moeder wordt beschreven als een egocentrische vrouw, die erg met haar uiterlijk bezig is en van wie Rita het gevoel had dat ze met haar dochters rivaliseerde. Beide ouders hechtten veel belang aan hogere studies en Rita liet zich bij haar keuze voor klassieke humaniora en universitaire opleiding volledig door de ouders leiden. In tegenstelling tot haar zus die openlijk in opstand kwam en daarvoor regelmatig in de kelder werd opgesloten is Rita altijd braaf en onderdanig gebleven. Resultaat is dat zus zich heeft 'vrij gevochten' maar dat Rita emotioneel in de koude duisternis van een kelder is achtergebleven. Als vader kanker kreeg heeft Rita toegewijd het grootste stuk van zijn verzorging op zich genomen. Haar eigen puberteit en sociale ontplooiing heeft ze weggecijferd. Nu voelt ze zich immatuur, sociaal en psychoseksueel achterop in vergelijking met haar leeftijdsgenoten die (pro)creatief zijn, terwijl zijzelf in een soort keurslijf is blijven vastzitten.

Ze ervaart haar werk als een onoverkomelijke karwei en ten gevolge van onverklaarde chronische vermoeidheid gebeurt het vaak dat 'haar lichaam dienst weigert'. Achter haar brave, gewillige en volgzame gedrag zit veel verlatingswoede en –depressie verscholen, die pas na langdurige psychotherapie (periodes (semi)residentieel en ambulante) kon verschijnen. Ze is erg boos dat ze zich altijd sterk heeft moeten houden en zich beter moet voordoen dan ze zich voelt. Haar klachten zijn aanklachten waarbij ze zich in de overdracht nu eens onbegrepen en in de steek gelaten, dan weer mis(be)handeld en lastig gevallen voelt. Ze heeft het gevoel dat niet beseft wordt hoe zwaar ze het heeft en dat mensen zich voortdurend miskijken op haar kranige houding.

Zoals bij Hilde speelt ook bij Rita een factor parentificatie. Met haar orale en narcistische noden heeft ze zich naar de vader gericht. Hij was in haar ouderlijk gezin immers de (zwarte) zoon waaromheen de gezinsleden graviteerden. Om niet vernietigd te worden, collaboreert ze met de vijand. Ze heeft geprobeerd zich met de eigen haren uit het moeras te trekken, maar zij blijft gevangen in een schizoid-paranoïd register. Een zorgende moederomgeving bleek noodzakelijk om te kunnen regresseren naar het 'spookhuis' waarin ze zich gevangen voelde en waaruit ze zich nu met veel soms moeilijk te controleren moordlustige woede probeert te bevrijden.

Marleen

Marleen is achterin de veertig. Ze heeft een succesvolle carrière in de ziekenhuiswereld achter zich en moet worden opgenomen omwille van alcoholmisbruik, fugues, zelfmoordneiging die 'out of the blue' lijken te verschijnen na het vertrek van een collega proximus. Moeder wordt beschreven als een hardwerkende, bezige bij. Ze zou sterk en veeleisend zijn voor zichzelf en voor anderen en veel belang hechten aan uiterlijke schijn. Vader was een zwakke, chronisch depressieve figuur die altijd erg bij Marleen heeft aangeleund en haar in vertrouwen nam rond allerlei hartzeer en hartgeheimen. Anderzijds was hij binnen het gezin erg wispelturig en humeurig, vooral nadat hij getroffen werd door een chronisch en procesmatig verlopende neurologische aandoening. Vader deed vaak over

van haar eerste opnamedag vertrekt ze al tegen advies omdat ze zich gevangen en opgesloten voelt. Nochtans weet ze van zichzelf dat ze de zorg van een opnamesituatie nodig heeft en niet terug kan naar de mishandelende partner met wie ze al vele jaren ongelukkig samenleeft.

In al deze vignetten hangt de factor parentificatie nauw samen met psychopathologie van de ouder(s). Er heeft zich een *Vals Zelf* ontwikkeld, waarbij het kind meer de nood van de Ander tracht te (re)pareren dan omgekeerd. Als de habituele strategie van het zorgende kind of het narcistisch verlengstuk faalt verschijnen rauwe, ongementaliseerde en afgesplitste inhoud. Achter de façade bevindt zich een puinhoop van *borderline* persoonlijkheidsfunctioneren. Een en ander kan vaak maar voldoende be- en doorwerkt worden binnen de *holding* en *facilitating* moederomgeving van een (semi)residentieel psychoanalytisch programma. De beschreven patiënten werden alle binnen het *cluster mentalisatie*¹⁷ behandeld. Er wordt veel belang gehecht aan het bieden van zorg, veiligheid en steun. De psychotherapie wordt grotendeels individueel aangeboden en is eerder constructief in haar gerichtheid op *mentale processen* en op *subjectamplificatie*¹⁸.

Volgen nu enkele vignetten uit het *cluster jongvolwassenen*. Binnen dit cluster vormt psychoanalytische therapie *in de groep* de hoofdmoot¹⁹. Technisch verloopt de psychotherapie wat klassieker in de zin van (re)constructief en interpretatief. Uiteraard bevat dit cluster ook de nodige contextuele elementen²⁰.

Sara

Is negentien en de oudste van vier kinderen, waaronder één broer. Ze studeert voor opvoedster maar in haar stages blijkt dat ze emotioneel moeilijk met de jongeren overweg kan. Vader werkt als arbeider en wordt als een rustige, gesloten en ietwat nonchalante man beschreven. Ze heeft met hem maar een zeer beperkte emotionele communicatie. Moeder is overleden aan borstkanker toen Sara elf jaar oud was. Ze zou voor Sara een zeer begripvolle, steunende, emotioneel betrokken en beschermende moeder geweest zijn. Als kind was ze dan ook erg actief, levenslustig, zorgeloos en speels.

Na de ziekte van moeder voelde ze weinig opvang. Ze moest het huishouden beredderen en voor de jongere kinderen zorgen terwijl vader met zijn nieuwe partner op stap was. Ze werd meer en meer verlegen en teruggetrokken en begon naar eigen zeggen 'te kroppen'. Er was toenemend kerven dat ze voor iedereen verborgen hield. Op school ontwikkelde ze een nauwe band met een door iedereen gepeste boezem(!)vriendin. Ze ontfermde zich over haar maar voelde zich uiteindelijk eens te meer bedrogen en verlaten. Sara heeft zich jaren emotioneel verward en verloren gevoeld. Ze was wel lid van de jeugdbeweging en bleef gitaarles volgen maar op studievak was er een gestage neerwaartse cascade. Vanaf zestien jaar kon ze haar problemen minder en minder wegsteken en na meerdere ambulante therapeuten en korte opnames wordt ze voor klinische psychotherapie verwezen.

¹⁷ Binnen ons klinisch psychotherapeutisch milieu voor angst-, stemming- en persoonlijkheidstoornissen (Kinet, 2003, 2006) krijgen drie clusters van elke twee behandelgroepen gestalte: cluster mentalisatie, cluster klinische psychotherapie en cluster jongvolwassenen.

¹⁸ Een term van Paul Verhaeghe (2002) voor een gewijzigde psychoanalytische techniek die volgens hem bij zogenaamde aktuaalpathologie (Verhaeghe, 2007) of mentale processtoornissen (Bateman & Fonagy, 2004) is aangewezen.

¹⁹ Voor mijn opvattingen over psychoanalyse in de groep verwijs ik naar Kinet (2007) alsook naar de beide bijdragen in het boek 'De groep in psychoanalyse' (2009) dat ik dit jaar redigeerde.

²⁰ Deze worden beschreven in 'Ik weet niet hoe, ik weet niet waarom... we op elkaars systeem werken' (Kinet, 2008)

Moeder en kinderen lagen vaak nachten te waken door de miserie. Ook hebben ze omwille van geweld meerdere malen het huis moeten ontvluchten. Vader zou anderzijds een gedreven 'harde werker' zijn die buitenshuis steeds goed overkwam en populair was. 'Wij maakten zogezegd problemen die er niet waren'. Eigenlijk heeft Johan nooit een vaderfiguur gehad, want naar de opvoeding toe was achteloos en ongeïnteresseerd, nooit heeft hij met de kinderen gespeeld of was hij anderszins met zijn zoons bezig. In de loop van zijn behandeling realiseert Johan zich maar al te goed hoezeer een Vatersuche in zijn homoseksuele geaardheid een rol speelt. Dit naast de narcistische objectkeuze zoals ze door Freud zo treffend in zijn studie over Leonardo da Vinci werd beschreven²¹.

Moeder is onderwijzeres en wordt beschreven als een heel sterke vrouw. Ze gaf les in katholieke school en kon/dierf dus niet scheiden. Alle problemen binnen het gezin moesten bovendien ('Keeping up appearances') angstvallig verborgen blijven. Aanvankelijk zegt Johan geen kwaad woord over zijn heldin/moeder. In de loop van zijn behandeling is er ook naar haar toe veel woede die telkens naar aanleiding van negatieve overdrachten ten aanzien van diverse teamleden kan geanalyseerd worden.

Als kleuter was Johan, vrolijk en speels. Hij zocht wel beduidend meer aansluiting bij (de wereld van) meisjes. In de lagere schoolperiode was er veel onveiligheid. Hij veranderde meermaals van school, werd als 'moederskindje' veel gepest, was continu erg onzeker en beschaamd over zijn thuissituatie. Johan heeft naar eigen zeggen een 'masker' opgezet en ontpopte zich letterlijk en figuurlijk tot 'moeder's mooiste'. In zijn middelbare schoolperiode was hij dan weer erg rebels. Hij was erg oppositioneel, zette de klas op stelten, maar leek zich daarbij nooit van enig kwaad bewust. Op volwassen leeftijd leefde hij een vrijblijvend nomadisch bestaan mede dankzij tewerkstelling in de luchtvaartsector, waardoor hij voortdurend tussen verschillende pleisterplekken pendelde en allerlei 'vluchten' kon nemen. Hij meldt zich aan voor residentiële behandeling omwille van diepe depressie met zelfmoordneiging en stilaan ondraaglijk geworden eenzaamheid.

Linda

Linda is een volle vijftiger en de oudste van drie kinderen. Haar beide ouders waren chronisch drankzuchtige mensen die in hun eigen zaak veel en hard werkten. Binnen het gezin gaven ze emotioneel nagenoeg geheel en al forfait. Linda heeft thuis dan ook nooit liefde of tederheid gekend. Van kindsbeen af moest Linda bovendien mee werken in de winkel tijdens de weekends en gedurende alle schoolvakanties. Ze deed heel erg hard 'haar best', was telkens primus in de klas en was ook thuis constant op flinke en zelfstandige wijze in de weer. Zij was het die voor het wel en wee van haar jongere broer en zuster probeerde in te staan. Ze kon zich opperbest voelen als ze alleen als gerant in de zaak kon staan en soeverein het personeel kon leiden en instrueren.

²¹ In een notendop: de homoseksuele man identificeert zich met zijn moeder en geeft haar liefde (door) aan zijn spiegelbeeld of de ander-gelijke (cf. Freud, 1910).

Vanaf haar adolescentaire leeftijd is ze sterk politiek geëngageerd, ijvert en strijdt voor rechtvaardigheid en vrede, ecologische waarden en voor een andere manier van leven. Ze huwt en krijgt drie kinderen maar is door haar eigen chronisch alcoholmisbruik en politieke strijd jarenlang te weinig beschikbaar voor haar gezin. Hoewel ze er al meerdere jaren in slaagt nuchter te blijven krijgt ze van haar gezinsleden geen enkele steun of waardering. Wrok en bitterheid blijven van hunnentwege domineren en lijken haar te veroordelen tot een

6. Parentificatie ambulante

Ik zal eindigen met enkele klinische impressies uit de ambulante psychoanalytische praktijk. Ze illustreren hoe *verdoken* de problematiek van parentificatie er zijn *pathogeen* effect kan uitoefenen.

Sonja

Sonja is een zeer flamboyante vrouw van in de veertig. Zij heeft echter al vele jaren last van angst en van paniekaanvallen. De laatste treden vooral op in de auto, wanneer ze zich bij wijze van spreken eenzaam en als in een kooi²² voelt opgesloten. Zij is destijds komen consulteren omwille van dwanggedachten van het impulsfobische type²³. Ze was namelijk doodsbang kindjes, puppies, hulpeloze bejaarden e.a. onschuldige en hulpeloze wezens kwaad te doen. Zij uitte aanvankelijk (slechts) zeer positieve gevoelens tegenover haar ouders en zag meer in het algemeen op karikaturale wijze 'la vie en rose'. Bij nader toezien werd ze er zich snel van bewust dat ze bij zichzelf geen enkel negatief gevoel kon verdragen. Ze was altijd al mama's flinke en voorbeeldige meid die zich probleemloos uit alle moeilijkheden (inclusief seksueel trauma) kon (maar eigenlijk wel moest) redden.

Ze beschrijft moeder als iemand die nooit boos wordt. Ze reageert wel voor het minste gekwetst en verdrietig. In de loop van de therapie realiseert Sonja zich: op het kleinzerige en culpabiliserende af. Ze was voor Sonja's geboorte een prachtige, aantrekkelijke vrouw. Na de zwangerschap was ze fysiek veel van haar sex-appeal verloren. Anderzijds was Sonja van haar kant een echt prinsesje dat door vader ('een reus van een vent') op handen werd gedragen. Hij ging vaak met haar op stap en pronkte met haar bij allerlei mannelijke collega's. Ze voelde zich zodoende als kind al een soort Bekende Vlaming avant-la-lettre. Ze 'valt' in haar leven telkens een beetje op dezelfde mannen. In eerste instantie lijken ze aangebrande, 'echte venten'. Wanneer het echter tot een intieme relatie komt blijken het zwakkelingen die nergens tegen kunnen en voor wie zij het altijd stralende zonnetje in huis moet zijn. Achter haar betoverende liefvalligheid zit dan heel wat woede en haat verborgen. Deze komt bijvoorbeeld tot uiting doordat ze achter de rug van haar partner letterlijk en figuurlijk haar 'fuck you' middenvinger opsteekt...

²² Bedoeld wordt de Kooi van Faraday: een kooivormige constructie van elektrisch geleidend materiaal zoals koper of ijzer die er voor zorgt dat electromagnetische straling niet kan doordringen. Ontvangst of uitzenden van radio- (c.q. S.O.S.-) signalen is onmogelijk. Het is maw het automobiel equivalent van de door Freud beschreven *totale hulpeloosheid* die finaal de condition humaine van de baby (in ons) kenmerkt.

²³ Impulsfobie ligt aan veel obsessief-compulsieve verschijnselen ten grondslag: een 'smerige' impuls (agressief of seksueel) dreigt door te breken en moet (magisch) bezworen worden door allerlei mentale en/of praktische rituelen. Dit moet duidelijk onderscheiden worden van bijvoorbeeld (pseudo) obsessief-compulsieve verschijnselen als het (enige) verweer en 'staketsel' tegen de psychotische desintegratie.

Literatuur

- Bateman, A en Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization based treatment*. London: Oxford University Press
- Bion, Wilfred. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 40 (5-6), 308.
- Boerwinkel, A.R., Gomperts, W.J. (2001). *Alleen en met z'n tweeën. One- en two-person psychologie in de psychoanalyse*. Assen: Van Gorcum.
- Cambien, J. (1988). Fantasie in het werk van Melanie Klein. *Tijdschrift voor Psychotherapie*. 14 p 258-268.
- Derksen, J. & Markx, O. (Red.) (2003) *Steungevende psychotherapie op psychoanalytische basis*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A. & Target, M. (1994). The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 15 p 231-257.
- Freud, S. (1910) Een jeugdherinnering van Leonardo da Vinci. In: *Sigmund Freud Werken* 2006, 5 p 201-275.
- Hebbrecht, M. (1997). Behandelen met liefde. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39 p 912-922.
- Hebbrecht, M. (1998). Spelen met grenzen. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 4 p 192-204.
- Hebbrecht, . (2001). Beschouwingen over regressie op afdelingsniveau. *Tijdschrift voor psychoanalyse* 7, p 221-232.
- Hebbrecht, M. (2004). De psychiater als steunfiguur. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46 p 211-222.
- Hebbrecht, M. (2005). Zoals een liefdevol sprekende spiegel. De narcistische patiënt in psychoanalytische psychotherapie. In: Mark Kinet en Luc Moyson (Red.), *Grootse patiënten, kleine therapeuten. Psychotherapie en narcisme*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Kinet, M. (1996). Weerzien met...Melanie Klein. *Tijdschrift voor Psychotherapie*. 22 p 197-211.
- Kinet, M. (2003). Klinische psychotherapie bij angst-, stemming- en persoonlijkheidsstoornissen. Een poging tot integratie tussen psychiatrie en psychoanalyse. In : C. Janzing, A. van den Berg, F. Kruisdijk (Red.) *Handboek Milieutherapie Deel II*. Assen : Van Gorcum.
- Kinet, M. & Vermote, R. (Red.) (2005) *Mentalisatie*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant
- Kinet, M. (2005). Poëzie en psychoanalyse, Muze en mentalisatie. In: Kinet, M. en Vermote, R. (Red.) *Mentalisatie*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant p 111-128.
- Kinet, M. (2006) *Freud & Co in de psychiatrie. Klinisch-psychotherapeutisch perspectief*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Kinet, M. & Vanmechelen, W. (Red.) (2007) *Tussen ruis en storingen. De golflengte vinden in psychoanalytische therapie*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Kinet, M. (2007). De groep bestaat niet. In: *De borderlinepatiënt in dagbehandeling*. M. Hebbrecht & M. Willemsen (Red.). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Kinet, M. (2008) Ik weet niet hoe, ik weet niet waarom...we op elkaars systeem werken. In: Mark Kinet (Red.) *Psychoanalyse en/van het Systeem. Bij jongeren en hun gezin*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Kinet, M. (Red.) (2008) *Psychoanalyse en/van het Systeem. Bij jongeren en hun gezin*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Kinet, M. (2009) Over een kader dat geen passe-partout is. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 39^{ste} jaargang, 2009/2 p 90-98.
- Kinet, M. (Red.) (2009) *De groep in psychoanalyse*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

- Klein, M (1957). Envy and gratitude. In : *The writings of Melanie Klein. (Vol IV)*. London: Hogarth Press (1975)
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Mahler, M., Pine, S. & Bergmann, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Monjauze, M. (1999). *La part alcoolique du soi: la prise en charge clinique des patients alcooliques*. Paris: Dunod.
- Rockland, L.H. (1989). *Supportive therapy. A psychodynamic approach*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (1985), *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Symington, N. (1986). *The analytic experience*. London: Free Association Books.
- Verbruggen, G. (1999). Van doodsdrift naar violence fundamentele. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 2 p 89-101.
- Verhaeghe, P. (2002) *Over normaliteit en andere afwijkingen*. Leuven/Leusden: Acco.
- Verhaeghe, P. (2007) Aktuaalpathologie. Hoe luisteren als het spreken niet dragend is? In: Kinet. M. en Vanmechelen, W. (Red.) *Tussen ruis en storingen. De golflengte vinden in psychoanalytische therapie*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant p 29-46.
- Verhaeghe, P. (2009) *Het einde van de psychotherapie*. Amsterdam: Bezige Bij.
- Winnicott, D.W. (1939). Aggression and its roots. In Clare Winnicott e.a. (Ed.) *Deprivation and delinquency*. London: Tavistock, 1984.
- Winnicott, D.W. (1945). Primitive emotional development. In : *Through paediatrics to psycho-analysis*. London: Karnac Books, 1992.
- Winnicott, D.W. (1954). Metapsychological and clinical aspects of regression. In : *Through paediatrics to psycho-analysis*. London: Karnac Books, 1992.
- Winnicott, D.W. (1956). Primary maternal preoccupation. In : *Through paediatrics to psycho-analysis*. London: Karnac Books, 1992.
- Winnicott, D.W. (1958). The capacity to be alone. In: *The maturational process and the facilitating environment*. London: Karnac Books, 1990.
- Winnicott, D.W. (1960). Theory of the parent-infant relationship. In: *The maturational process and the facilitating environment*. London: Karnac Books, 1990.
- Winnicott, D.W. (1962). Ego integration in child development. In : *Through paediatrics to psycho-analysis*. London: Karnac Books, 1992.
- Winnicott, D.W. (1963). The development of the capacity for concern. In: *The maturational process and the facilitating environment*. London: Karnac Books, 1990.
- Winnicott, D.W. (1968). The use of an object and relating through identifications. In: *Playing and reality*. London: Tavistock, 1971.
- Winnicott, D.W. (1969a). Symposium on envy and jealousy. In Claire Winnicott e.a. (Ed.): *Psycho-analytic explorations*. London: Karnac Books, 1989.
- Winnicott, D.W. (1969b). The mother-infant experience of mutuality. In Claire Winnicott e.a. (Ed.): *Psycho-analytic explorations*. London: Karnac Books, 1989.
- Winnicott, D.W. (1971). Creativity and its origins. In: *Playing and reality*. London: Tavistock, 1971.
- Winnicott, D.W. (1986). *Holding and interpretation: Fragment of an Analysis*. London: Karnac Books, 1989.