

Vervolging, agressie en therapie¹

In 1963 zei Kurt Eissler: 'Daar het trauma van het concentratiekamp het vergelijkbare en voorstelbare te boven gaat, ga ik ervan uit dat degenen die vele jaren in de schaduw van het kamp hebben moeten leven, verloren zijn en niet gered kunnen worden.'

Ik ben het eens met het eerste deel van deze uitspraak: afgezien van de lichamelijke marteling, de ondervoeding en de uitputting, beroofde de extreme vernedering waaraan de gevangene onderworpen was hem van het fundamentele gevoel een menselijk wezen te zijn. Hij leefde in een psychotische wereld die in geen enkel opzicht overeenkwam met wat hij op basis van zijn vroegere voorstellingswereld verwachtte; dit had een verlies van identiteit en fundamenteel vertrouwen tot gevolg. Door de langdurige confrontatie met de dood viel het slachtoffer terug naar een primitief niveau van een psychomotorisch ego. Door uitsluitend in het hier en nu te leven en niet na te denken over het verleden of over de toekomst, kon hij zich aanpassen aan de psychotische realiteit. Dit vermogen tot regressie bleek cruciaal om te overleven. Het vermogen om te gaan met de door marteling uitgelokte agressie was eveneens van essentieel belang. Als deze agressie op het zelf werd gericht, zou dat kunnen leiden tot zelfmoord, of tot de extreem passieve 'muzelman-toestand'. De tegenovergestelde reactie, identificatie met de agressor, was slechts voor een minderheid zinvol; bijvoorbeeld voor hen die als kapo's optraden. De beste oplossing voor het slachtoffer was zijn agressie te onderdrukken en zijn energie te gebruiken om zijn vreselijk zware, weerzinwekkende en geestdodende werk vol te houden.

Na de bevrijding moesten deze persoonlijkheidsveranderingen ongedaan gemaakt worden opdat het slachtoffer zich weer zou kunnen aanpassen aan het normale leven. De vele factoren die deze aanpassing stimuleerden of belemmerden buiten beschouwing gelaten, moet ik toegeven dat de meerderheid van de voormalige gevangenen er

¹ Dit artikel is een vertaling van 'Persecution, aggression and therapy', eerder verschenen in *The International Journal of Psycho-Analysis* vol. 53 (1972), 173-177.

slechts gedeeltelijk in slaagde een normaal en gelukkig leven te herwinnen. De traumatisering veroorzaakte de ontwikkeling van een diffuus psychopathologisch patroon: het zogenaamde 'concentratiekampsyndroom'. Tot dit syndroom behoren ook de symptomen die zich pas later manifesteren en die de lezer niet onbekend zullen zijn. De kern van het syndroom wordt zonder twijfel gevormd door een zich emotioneel terugtrekken, waarbij de emotionele energie minder op objecten en meer op dwangmatige repetitieve fantasieën wordt gericht.

Ik ben het niet eens met het tweede deel van Eisslers uitspraak, dat de slachtoffers van de concentratiekampen verloren zouden zijn en niet te redden. Enkele ex-gevangenen zijn zonder hulp hersteld, dankzij hun innerlijke flexibiliteit en zeer gunstige externe levenssituatie. Ik geloof dat velen die verloren leken geholpen hadden kunnen worden met psychoanalyse of met dynamisch georiënteerde therapie. De literatuur hierover is weinig consistent. Dit is betreuenswaardig omdat bestudering van de psychotherapie van getraumatiseerde patiënten wellicht de beste manier is om vast te stellen of bepaalde gebeurtenissen werkelijk traumatogeen zijn voor volwassenen - en zo ja, welke factoren het trauma veroorzaken - en of de posttraumatische veranderingen ontvankelijk zijn voor behandeling en omkeerbaar zijn.

Bovendien kan bestudering van het proces van deze behandelingen ons inzicht geven in de persoonlijkheidskenmerken van het slachtoffer die hem in staat stelden zich eerst aan te passen aan het concentratiekamp en daarna weer aan een normale levenssituatie.

Om informatie te verkrijgen over de aard van deze reacties op een trauma en over wat er in de psychoanalyse met die reacties gebeurt, heb ik een vragenlijst gestuurd naar Nederlandse en buitenlandse psychoanalytici van wie ik verwachtte dat zij psychotherapeutische ervaring zouden hebben met overlevenden van ernstige traumatisering. De respons was gunstig en de hierna volgende informatie is geselecteerd uit rapportages over 23 gevallen van psychoanalyse en een nog groter aantal gevallen van psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie. Hoewel ik bij voorkeur de vragenlijst stap voor stap zou willen behandelen, zou het opsommen van alle vragen en het toelichten van mijn redenen om juist deze vragen te kiezen te veel tijd kosten. Hoewel inzicht slechts gebaseerd kan worden op gevallen die uitgebreid gedocumenteerd waren met klinisch materiaal, bleek de vragenlijst toch een effectieve methode te zijn om veel meer materiaal te achterhalen dan de onderzoeker uit zijn eigen materiaal kon afleiden. U zult

begrijpen dat ik in deze context slechts een paar gevallen uit mijn eigen praktijk en een klein deel van de resultaten van de vragenlijst kan bespreken; mijn weergave van deze gevallen is noodzakelijkerwijs kort, maar ik hoop toch in staat te zijn enkele conclusies aannemelijk te maken.

De volgende gevalsbeschrijving is afkomstig uit de archieven van het 'Treatment Center of the New York Psychoanalytic Institute' en is ter beschikking gesteld door dr. Martin Gerson.

De patiënte begon de analyse in 1949, toen zij 32 jaar was. Vanaf haar vijftiende jaar vertoonde ze obsessieve symptomen. Deze waren echter niet ernstig of invaliderend, tot na haar bevrijding uit het concentratiekamp. Voordat de patiënte, haar man en haar moeder naar een concentratiekamp werden gestuurd, was haar vader door de Duitsers vermoord. De moeder was een overheersende, agressieve vrouw, die openlijk haar haat tegen haar man uitte en die de patiënte, vanwege haar ongewenste geboorte, de schuld gaf van het feit dat ze hem niet kon verlaten.

Een van haar vroegste herinneringen was dat zij gestraft werd omdat ze de vloer vuil maakte door met kolen te spelen. Bij wijze van straf werd zij opgesloten in een kast en werd haar verteld dat 'de zwarte man' haar zou komen halen. Ze werd uitzonderlijk net en ordelijk. Hierdoor verwierf ze haar moeders lof. De dwangneurose die zich ontwikkelde omvatte ook een reactievorming tegen onderdrukte anaal-sadistische impulsen jegens haar moeder. In de verschillende concentratiekampen waar de patiënte en haar moeder verbleven, bleek de dochter vaak in staat het leven van haar moeder te redden. Tijdens de overdracht ervoer zij de therapeut als een vervolger; zij was bang dat hij haar zou verraden en aan de autoriteiten zou melden dat zij haar neurose verborgen had gehouden. Zij was wantrouwig en verwachtte afwijzing en vernedering.

De vervolgingsoverdracht bleek echter niet alleen een herhaling van de ervaring van de holocaust te zijn, maar was ook geworteld in een verleiding door een 'oudere man met een baard', een vriend van de familie, die haar herhaaldelijk masturbeerde toen zij zes, zeven jaar oud was (de zwarte man). Nadat zij zich dit had herinnerd, begon zij haar haatgevoelens jegens haar moeder vrijelijk te uiten. In het concentratiekamp was het een enorme prestatie geweest om haar moeder te beschermen tegen gevaar. In het kamp kon zij actief uiting geven

aan de ontkenning van agressieve wensen jegens de moeder, waarbij ze de symptomen verving door een houding van continue waakzaamheid en alertheid als beschermer van de moeder.

Het begon beter te gaan met de patiënte en zij werd optimistischer; ze meldde dat de behoefte om handelingen te herhalen was afgenomen en dat ze weer genoot van het leven.

Het werd duidelijk dat er een continuïteit bestond met betrekking tot de objectrelaties in de kinderjaren, tijdens de vervolging en in de overdracht. Deze continuïteit was eveneens duidelijk in de gevoelens van almacht. Het magische geloof van de patiënte in de almacht van haar eigen vijandige woorden verhinderde haar, zeer typerend, haar gevoelens van boosheid te uiten. Niet één keer had zij zich kritisch uitgelaten over haar therapeut. In het kamp was haar vermogen om te overleven en haar moeder te beschermen een reactie op haar infantiele gevoelens van almacht en agressie. Na de bevrijding ontwikkelde zich een overweldigende symptoomvorming.

In de kampen werden de slachtoffers geconfronteerd met agressors die werkelijk almachtig waren en ook echt iedereen konden vernietigen. In veel gevallen is aangetoond dat infantiele fantasieën van almacht en agressie gereactiveerd waren.

De agressie te scheiden van deze destructief-almachtige kleuring was de primaire taak in veel therapieën. Pas wanneer dit bereikt was werd het mogelijk op een redelijke wijze om te gaan met agressie.

Terugtrekken - een centraal symptoom van het concentratiekampsyndroom - werkt als een beveiliging tegen de fantasieën van de patiënt over zijn eigen almachtige agressie. Het overleven zelf kan worden ervaren als bewijs van almacht. Was de destructie tijdens de kinderjaren slechts imaginair, in de situatie van vervolging werd deze realiteit.

Een van de problemen bij de behandeling van overlevenden van genocide is dat de therapeut niet in staat is te 'bewijzen' dat de almachtige gevoelens van de patiënt niet de daadwerkelijke oorzaak van de vernietiging geweest zijn, noch van het overleven.

Het scheiden van de agressie van haar infantiele destructieve invulling bleek haalbaar wanneer de therapeut het onderlinge verband tussen de reactie van de gevangene op de vervolging en zijn door gebeurtenissen in de vroege jeugd uitgelokte libidineuze, agressieve fantasieën, kon verduidelijken.

Een man begon zijn analyse enkele jaren na zijn bevrijding uit Auschwitz. Zijn vader was gestorven toen hij drie jaar oud was, en vanaf zijn vijfde werd hij opgevoed door een stiefvader die, hoewel hij een goedaardige man was, vaak vreselijke woedeuitbarstingen had. De moeder reageerde op deze uitbarstingen met een houding van berusting. De patiënt identificeerde zich met zijn moeder. Als gevangene in het kamp had hij niet de minste moeite een houding van passieve alertheid te bewaren, hetgeen een grote overlevingswaarde had. Deze houding gaf hem een veel betere kans om te overleven dan identificatie met de agressieve kenmerken van de vervolger. Door de patronen te herhalen die hij jegens zijn vader ontwikkeld had, lukte het hem zich te gedragen als een perfect gehoorzame soldaat, hoewel hij nooit in dienst geweest was.

Tijdens het eerste jaar van zijn analyse kon hij eenvoudigweg niet geloven dat zijn therapeut een aardige en vriendelijke man was. Door zijn overdreven correcte en coöperatieve houding beschermde hij zichzelf tegen de veronderstelling dat de therapeut gevaarlijk was, net zoals zijn stiefvader en de SS'ers. Pas na zo'n drie jaar werd een verandering merkbaar; deze verandering werd overigens onbedoeld teweeggebracht. Op een zondag zag de patiënt zijn therapeut motorrijden, de vrouw van de therapeut zat achterop en hun kleine zoontje zat tussen hen ingeklemd. Dit beeld riep jaloezie op bij de patiënt en was aanleiding tot de volgende associaties: 'Ik herinner me dat ik op mijn vaders schoot zit; hij vertelt me over de avonturen in zijn jeugd. Hij was een wilde jongen, hij kwam zelfs als verstekeling naar Amerika, verborgen in een reddingsboot. In sommige opzichten was mijn vader een bewonderenswaardige vent.'

Met deze en soortgelijke herinneringen begon een periode van bewondering voor de stiefvader en de therapeut. Achter de oedipale haatgevoelens (jegens de strenge stiefvader, de destructieve SS'ers en zijn therapeut gedurende de overdracht) bleek bewondering verborgen te zijn geweest voor de avontuurlijke stiefvader, de machtige vervolgers en voor de therapeut, die bewezen had niet alleen een saaie wetenschapper te zijn, maar ook een motorheld.

De discrepantie tussen deze ambivalente gevoelens stelde hem in staat uiting te geven aan zijn vreselijke haatgevoelens, die hij tot dan toe had onderdrukt. Hij bracht ze tot uiting in aanvallen van razernij. De therapeut slaagde erin deze aanvallen te beperken tot de behandelings-

sies, op die manier bewerkstelligend dat ze hun curatieve functie konden vervullen.

Deze beschrijving illustreert dat een persoon willekeurig welke gebeurtenis in zijn leven ervaart in termen van zijn vroege infantiele relaties. Een interpretatie kan alleen verandering bewerkstelligen wanneer zij drie referentiekaders omvat: de overdracht, de daadwerkelijke situatie van de patiënt en de infantiele relaties. Bovendien kan de interpretatie in het geval van getraumatiseerde patiënten alleen een curatieve betekenis hebben als de onbewuste ervaring van het vervolgingstrauma erbij betrokken wordt.

Degenen die bijgedragen hebben aan mijn onderzoek waren unaniem van mening dat een echte emotionele herbeleving van de traumata uit het kamp alleen mogelijk was na een lange periode - vaak jaren - van voorbereidend analytisch werk. De patiënt durft zijn gevaarlijke agressieve impulsen pas te uiten nadat er enige versterking van zijn ego bereikt is. Zelfs dan zijn vaak andere technieken nodig dan de standaardtechniek om een adequate reactie op te wekken. Een kort voorbeeld.

Dr. X had een vrouw van ongeveer twintig jaar in behandeling, die in totaal zo'n drie jaar in verschillende kampen had gezeten. Gedurende zes jaar van de behandeling waren vele aspecten van haar huidige leven, haar concentratiekampervaringen en ook ervaringen uit haar kindertijd doorgewerkt en met elkaar in verband gebracht. Toch bleef de patiënte passief en in een staat van depersonalisatie en was zij niet in staat een sociale of seksuele relatie aan te gaan. Op een dag raakte zij betrokken in een ongeval op straat maar bleef wonderlijk genoeg ongedeerd. Vanaf dat moment begon zij haar almacht te testen. Zo reed zij bijvoorbeeld in haar auto door de stad terwijl ze wist dat haar remmen niet goed functioneerden, erop vertrouwend dat haar niets zou overkomen.

Ook begon ze haar therapeut lastig te vallen; ze plukte herhaaldelijk aan de bekleding van zijn bank en veroorzaakte nog wat andere schade. Ze betaalde haar rekeningen niet meer, hoewel ze daar financieel uitstekend toe in staat was. Gedurende zes maanden reageerde de therapeut op dit 'acting out' op de klassieke manier. Op een dag vroeg de patiënte: 'Wordt u nooit boos op mij?'. De therapeut liet zich opzettelijk gaan en schreeuwde: 'Ik ben zeker boos!'. Hierop volgde een lange

stilte, maar enkele dagen later riep de vrouw uit: 'U was boos op me en ik leef nog steeds - hoe is dat mogelijk?'

Hierna kon het idee van de patiënte, dat boosheid altijd eindigt in vernietiging, doorgewerkt worden. Een paar weken later had zij haar eerste echte seksuele ervaring en vonden veel andere verbeteringen plaats.

Het doorwerken van agressie heeft niet altijd zulke positieve resultaten. Een dertigjarige man begon zijn analyse ongeveer twaalf jaar na zijn bevrijding uit Bergen-Belsen. Hij voelde zich altijd ongelukkig, angstig en depressief. Zijn contacten met de buitenwereld waren duidelijk sensitief-paranoïde gekleurd en zijn dagelijkse routine werd gekenmerkt door een volledig ontbreken van plezier. Tijdens de behandeling sprak hij op een geïrriteerde, depressieve manier en hij toonde nooit enige hartelijkheid ten opzichte van zijn therapeut.

Uit het behandelrapport wordt duidelijk dat zijn leven in drie fases verdeeld was: (1) vóór de oorlog, (2) adolescentie, samenvallend met de oorlog en (3) na de oorlog. Zijn ervaringen en gedragingen tijdens deze drie fases analyserend, merkten wij op dat er een verband was tussen een aantal fundamentele mechanismen en dat deze zijn gehele leven actief waren geweest, ongeacht de externe situaties.

Het werd duidelijk dat de moeder-kindrelatie zeer ernstig verstoord was geweest; zijn moeder was een vreemde, koude vrouw. We zien hier de bekende volgorde van slecht ontwikkelde object-constantheid, separatieangst en het ontbreken van een stabiele voorstellingswereld en stabiele object-relaties. Dit veroorzaakte de behoefte aan 'emotioneel opladen'. De patiënt werd gedwongen zichzelf te overtuigen van het fysieke bestaan van zijn object. Als klein kind klampte hij zich letterlijk vast aan zijn vader en later in het kamp aan een geliefde, geïdealiseerde mannelijke verpleger.

Na de oorlog belette zijn wantrouwende, paranoïde gevoelens hem zich vast te klampen aan personen die hij mocht, onder wie ook de therapeut. Hij was niet in staat contact te maken met anderen, behalve op een sadomasochistisch niveau. De patiënt was zeer succesvol in zijn studie maar voelde zich alleen gelukkig tijdens vakanties, wanneer hij gewoonlijk het gezin van een oom bezocht. Hij voelde zich echter bij hen slechts een paar dagen op zijn gemak en begon dan rond te zwerven over het platteland. Op deze tochten werd hij depressief, keerde vervolgens terug naar zijn familieleden waar hij zich emotioneel oplaadde, waarna de cyclus opnieuw begon.

De eerste jaren leek de analyse goed te verlopen; echter, de patiënt uitte ten opzichte van de therapeut uitsluitend zijn toorn jegens zijn slechte moeder en toonde nooit de behoefte aan een goede moeder. We mogen aannemen dat hij voortdurend de vernietiging vreesde van iedereen van wie hij hield, zoals de verpleger in het kamp. Toch leek dit 'acting out' een bevrijdend of tenminste compenserend effect te hebben, want gedurende deze jaren voelde hij zich wat beter, vooral in zijn werk. Hij had echter geen succes met affectieve relaties, vooral relaties met vrouwen. Hij zei dat hij 'niemand had', en altijd als hij een relatie met een vrouw had kon hij haar niet alleen laten, zelfs niet voor een half uur, omdat hij de angst haar te verliezen niet kon verdragen. Dit lokte uiteraard het mislukken van een dergelijk contact uit. Zo herhaalde de patiënt dwangmatig het trauma uit zijn vroege jeugd en van het concentratiekamp.

In het zevende jaar van zijn analyse bedroog een vrouw aan wie de patiënt zeer gehecht was, hem met zijn beste vriend; dit resulteerde in een zelfmoordpoging door de patiënt. Vanaf dat moment ging alles bergafwaarts. Nieuwe symptomen dienden zich aan, een indicatie van zijn onvermogen om normale adaptieve ego-functies te gebruiken. Hij werd verward en verstrooid, trok zich meer en meer terug uit het sociale leven, vertoonde soms apraxie en de behandeling werd gekenmerkt door eindeloze, monotone perseveratie.

Omdat de patiënt in het concentratiekamp tyfus had gehad, werd de mogelijkheid van een pre-seniele organische dysfunctie overwogen. De patiënt onderging daarom een psychologisch onderzoek, een EEG en verschillende andere neurologische tests. Er werd geen organische afwijking gevonden. Doorgaan met de analyse bleek onmogelijk en de behandeling moest worden overgenomen door een andere therapeut, die momenteel probeert de patiënt te helpen met een deels ondersteunende, deels medicinale behandeling.

Concluderend mogen wij stellen dat een fundamentele verstoring in de moeder-kindrelatie aanleiding was voor een mislukte ontwikkeling van die ego-functies die de patiënt nodig had om zijn sociale relaties te onderhouden. Toen een vrouw aan wie hij zeer gehecht was een relatie met zijn beste vriend aanging, voelde hij zich zo diep teleurgesteld door zijn beide ouderbeelden, dat hij niet langer in staat was een depressie te vermijden. Hij kon in deze oedipale situatie, evenals in de analyse, niet anders dan persevereren. Hij stond zichzelf niet langer toe zijn agressie te tonen, aangezien hij bang was dat de

destructieve agressie hem zou kunnen overvallen en hem ertoe zou kunnen drijven de therapeut aan te vallen.

Op basis van deze gevallen (en het uitgebreide materiaal dat hier niet aan de orde kon komen), wil ik de volgende conclusies trekken: ernstige traumatisering veroorzaakt regressie naar persistente infantiele structuren (Sandler, 1967). Het slachtoffer heeft specifiek te maken met destructieve, door almachtsgevoelens gekleurde agressie, hetgeen in het 'normale' leven alleen voorkomt bij kinderen en tijdens psychosen. Flexibiliteit, dat wil zeggen het in staat zijn snel van het ene functioneringsniveau naar het andere over te schakelen, heeft grote overlevingswaarde. Deze flexibiliteit blijkt ook een van de voorwaarden om de heradaptatie aan het normale leven te vergemakkelijken. Ditzelfde vermogen is vereist om analyse mogelijk te maken. De precieze betekenis van deze flexibiliteit en de manier waarop deze door het individu waargenomen kan worden, moeten onderzocht worden in de verdere bestudering van traumatisering. De longitudinale observaties van Kris en Solnit (1967) geven aan dat dit vermogen in een kind belemmerd kan worden door het onvermogen van de moeder de verschillende libidineuze behoeften van haar kind te weerspiegelen. Naast de innerlijke kwaliteiten van de overlevenden, is een primaire voorwaarde voor hun rehabilitatie dat de wereld waarin zij leven vrij is van angst, onrecht en gebiedende dwang.

Sommige experts onder de Duitse rehabilitatie-autoriteiten zaten er verschrikkelijk naast toen zij infantiele neurose aanwezen als de oorzaak van de ziekte die zich na de oorlog openbaarde. De meeste gevangenen waren tot aan de oorlog psychisch gezond, de infantiele neurose beïnvloedde alleen de reactiepatronen van de slachtoffers. Het is zeer wel mogelijk dat de ontkenning dat vervolging de oorzaak was van de latere gevolgen, geïnspireerd werd door de wens de enorme schuld van nazi-Duitsland te minimaliseren.

Zo ervoeren de voormalige slachtoffers een, zoals Meerloo (1969) het noemt, 'secundaire vervolging', omdat hun recht op rehabilitatie en therapie niet erkend werd.

Ik zou willen afsluiten met een aantal opmerkingen over de dynamiek van de behandeling. Aangezien de patiënten betrokken waren bij en overlevenden zijn van de massale vernietiging van al hun liefdesobjecten, en aangezien zij hen allen ooit wel eens werkelijk dood gewenst hebben, is het vaak uitzonderlijk moeilijk de patiënten ervan

te overtuigen dat hun wensen geen magische, destructieve kracht hadden.

Het succes van psychoanalyse is grotendeels afhankelijk van het vermogen van de patiënt te rouwen over de verloren liefdesobjecten en aan de realiteit aangepaste non-destructieve agressie te uiten. Dit wordt mogelijk door het op de juiste momenten aanreiken van interpretaties over hoe de schuldgevoelens over zijn overleven verbonden zijn met zijn infantiele schuldgevoelens.

In het algemeen zullen de resultaten van psychotherapie en psychoanalyse tekortkomingen vertonen omdat, gezien de enorme verliezen, noch de rouwarbeid volledig kan worden verricht, noch de traumatisering later volledig kan worden verwerkt. In veel gevallen kunnen echter voldoende van deze gevoelens doorgewerkt worden om een significante verbetering in het functioneren en een verlichting van pijnlijke symptomen te verkrijgen.

Freud zei al in 1893: 'We zullen veel bereikt hebben als we erin slagen uw hysterische lijden in normaal verdriet om te zetten.'

In navolging hiervan geloof ik dat we veel bereikt zullen hebben als we het door vervolging veroorzaakte lijden om kunnen zetten in normale verdrietige herinneringen.

Literatuur

Eissler, K., die Ermordung von wievielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben?

In: *Psyche* vol. 17 (1963), 241-291.

Freud, S., Studies on hysteria.

In: *Standard Edition* vol. II, 1893-1895. London: Hogarth Press, 1953.

Kris, M., A.J. Solnit, Trauma and infantile experiences: a longitudinal perspective.

In: Furst, S.S. (ed), *Psychic trauma*. New York: Basic Books, 1967.

Meerloo, J., Persecution trauma and the recognition of emotional life: a brief survey.

In: *Am. J. Psychiat.* vol. 125 (1964), 1187-1191.

Sandler, J., Trauma strain and development.

In: Furst, S.S. (ed), *Psychic trauma*. New York: Basic Books, 1967.