

Psychoanalytische behandeling van ernstig getraumatiseerden (door vervolging en verzet)¹

Voordat in het begin van deze eeuw de psychoanalyse tot ontwikkeling kwam, werd in de psychopathologie nauwelijks rekening gehouden met milieu-omstandigheden. De boosdoeners waren 'degeneratie', 'erfelijke belasting' en allerlei vormen van lichamelijke ziekten, in het bijzonder hersenaandoeningen, maar de rol die de boze wereld speelde werd niet onderkend. Een van de grote verworvenheden van de psychoanalyse is het inzicht in de betekenis van de innerlijke rijpingsprocessen in het driftleven en in het Ik - alsook de rol die micro- en macromilieu in de ontwikkeling spelen. Reeds in de allereerste ziektegeschiedenissen van Freud zien we hoe de neurotisering duidelijk als reactie op de levenssituatie - in het bijzonder de oedipale gezinsverhoudingen - ontstaat. Toch wordt nog al te vaak niet gezien dat de analyse in wezen een sociale psychologie is; dat er feitelijk nooit een sociale psychologie en een systeemtheorie tot stand hadden kunnen komen zonder de bovenvermelde ontdekkingen. En al is de werkelijkheid van dat infantiele milieu vaak moeilijk te reconstrueren - de herinneringen zijn vaag en blijken veelal slechts fantasieën te zijn - het ouderlijk gezin is en blijft de plaats waar de persoonlijkheid van het kind gestructureerd wordt als een afspiegeling van de maatschappij waar de ouders in leven of waarvan ze dromen. De theorie van de traumatische neurose (voor zover mij bekend het eerst zo aangeduid door Oppenheim in 1892) stoelde tientallen jaren op een verklaring vanuit microstructurele beschadigingen van het centraal zenuwstelsel. Pas in de Eerste Wereldoorlog ontstond hierover van psychoanalytische zijde twijfel en op het vijfde Internationale Psychoanalytische Congres te Boedapest in 1918 werden de oorlogsneurosen, 'aufzugas-

¹ Dit artikel verscheen eerder in: *Tijdschrift voor Psychotherapie* vol. 8 (1982), 3, 143-156.

sen als traumatische Neurosen' (Freud, 1919), expliciet als psychogene ziektebeelden beschreven. Verschillende sprekers putten bovendien uit hun observaties een bewijs dat een neurose tot ontwikkeling zou kunnen komen louter vanuit een conflict in het Ik en zonder dat een infantiel seksueel conflict mede een rol zou spelen. Tegen deze laatste opvatting verzette Freud zich. Hij construeert een voorbeeld: in een soldaat kan een conflict ontstaan 'zwischen dem alten friedlichen und dem neuen kriegerischen Ich'. Het lijkt hem dan echter aannemelijk dat er pas een neurose ontstaat - als een compromisoplossing - wanneer het oude Ik in gevaar komt door de waagstukken waarin zijn 'parasitischer Doppelgänger' zich dreigt te begeven.

Het probleem van de genese van de traumatische neurose en zeker van zijn moderne variant, het concentratiekampsyndroom (KZS), is nog altijd niet tot oplossing gebracht. Ook na de Tweede Wereldoorlog wordt door sommigen gemeend dat het syndroom afhankelijk is van gedissemineerde hersenbeschadigingen (Leo Eitinger, Oslo 1961). Tegen deze opvatting pleit wel dat er nergens - ook in de actuele involutieperiode van de vroegere slachtoffers - een correlatie te vinden is tussen enerzijds de mate van ondervoeding respectievelijk lichamelijk lijden ten tijde van de traumatisering en anderzijds het latere psychische lijden. Bovendien treft men bij de tweede generatie een geestelijke problematiek aan die een afspiegeling vormt van die van hun ouders, terwijl hier toch slechts sprake kan zijn van de invloed die zij van hun ouders hebben ondergaan en niet van enige organische traumatisering. Onder meer teneinde meer inzicht te krijgen in de samenhang tussen de betekenis van de infantiele neurose respectievelijk van de latere traumatisering in de genese van het KZS ('Konzentrationslagersyndrom'), heb ik in 1968 een enquête gehouden onder vele therapeuten die ervaring met de onderhavige materie hadden (De Wind, 1972).

Het bleek dat in de gevallen waarin een neurotische symptomatologie prevaleerde een duidelijke samenhang tussen de infantiele en de latere traumatisering kon worden vastgesteld. Dit vormt - gerekend de geselecteerde populatie - geen bewijs dat het in alle gevallen van KZS zo behoeft te zijn. Het KZS behelst vaak heel wat meer dan een neurotisch syndroom, het gaat 'beyond the traumatic neurosis' (Rappaport, 1968). Het impliceert vaak een evidente psychotische symptomatologie, die intramuraal behandeling behoeft.²

Waar in dit artikel gesproken wordt over 'getraumatiseerden' is vooral

de volgende categorie bedoeld: patiënten die - eventueel na een latente periode - getraumatiseerd blijken te zijn door een sociale catastrofe (in het algemeen gezegd dus: alle vormen van uit sociale conflicten voortspuitend geweld en vervolging), waarbij gemeenlijk een neurotische symptomatologie op de voorgrond staat en waarbij de toepassing van enige psychoanalytische methode niet op grond van hun persoonlijkheid is gecontraïndiceerd. Als sociale catastrofe zijn in dit artikel relevant: de Tweede Wereldoorlog, verzet, jodenvervolging en internering door de Japanners. De therapie van Patiënten na 'Social inflicted Traumatization' zal in het navolgende worden aangeduid als PST.

Relevantie van het onderwerp PST

Als in enig verband gesproken wordt over de Tweede Wereldoorlog hoort men vaak snel een opmerking als 'hou daar nou maar eens over op, haal niet altijd oude koeien uit de sloot.' Het commentaar dat dit berust op afweer, loochening, is onvoldoende; de relevantie van het verleden moet en kan worden aangetoond. De slachtoffers uit concentratiekampen zijn nu vaak al op leeftijd. De motivatie tot en de mogelijkheid van een therapie op analytische basis zal vaak niet - meer - aanwezig zijn. Maar de langs analytische weg verkregen inzichten in de psychodynamiek van allerlei stoornissen kan ook niet gemist worden bij de ondersteunende of directieve aanpak van oudere mensen. De langs deze weg verkregen inzichten kunnen - mutatis mutandis - op allerlei verhoudingen tussen mensen worden toegepast. Dit geldt zeker ook ten behoeve van de, nu oude, oorlogsslachtoffers. Velen zijn in de laatste jaren gedecompenseerd, door 'gewone' factoren, die in het presenium als bedreigend worden ervaren, maar die bij hen extra hard aankomen. Als ze als oude mensen in een nieuw milieu

² Op de sociologie van de verschillende vormen van vervolging respectievelijk daarmee samenhangende vormen van traumatisering, kan hier niet nader worden ingegaan. Men leze te dien aanzien het rapport van het Psychoanalytisch Instituut (1981) of de verkorte vorm hiervan verzorgd door het ICODO (1981), alsook het boekje van mevrouw Jacobs-Stam (1981). Ook aan de uitgebreide symptomatologie van het KZS moet hier voorbijgegaan worden. Men bestudere hiertoe de verschillende publikaties van Bastiaans (in het bijzonder Bastiaans 1970).

komen, bejaardentehuis of dergelijke, vertonen ze soms ernstige aanpassingsmoeilijkheden. Het verplegend personeel, dat vaak op school meer over de Tachtigjarige Oorlog dan over de Tweede Wereldoorlog geleerd heeft, begrijpt er soms niets van. Het ICODO is nu doende de in het PAI-rapport vastgelegde kennis toegankelijk te maken en onder de aandacht te brengen van brede kringen van hulpverleners.

Terwijl men enige jaren na de oorlog meende dat het om een kleine groep 'getraumatiseerden' ging - de overlevenden uit de vernietigingskampen en sommige van de oud-verzetslieden - bleek allengs dat het om veel meer en grotere groepen van getraumatiseerden ging.

Numeriek het grootst is op heden de groep van oud-gevangenen uit de Jappenkampen. Er zijn er omstreeks 60.000 gerepatriëerd. Velen van hen waren nog maar kinderen toen ze geïnterneerd werden.

De honger, de vernederingen en de totaal verwrongen relatie tot hun ouders, hebben vaak een onuitwisbare (dus traumatiserende) indruk op hen achtergelaten.

Bovendien gaat het recentelijk niet alleen meer om de generatie die - oud of jong - zelf in de kampen vertoefde. Alle genoemde categorieën hebben inmiddels zelf kinderen voortgebracht - de tweede generatie. De kinderen zijn vaak onder zeer slechte pedagogische verhoudingen opgegroeid en meer nog dan door bewuste opvoedkundige maatregelen hebben ze de angsten, de depressie en de agressiviteit van hun ouders overgenomen door de identificatie met wat bij de ouders verdrongen was.

Daarbij komt nog de tweede generatie van NSB'ers en andere subversieven. Pas nu komt men enig materiaal over hen op het spoor. Ze zijn niet alleen getraumatiseerd door factoren vergelijkbaar met het bovenbeschrevene, maar lijden bovendien vaak onder een rigoureuze familiegeheim. Ze zijn zeer moeilijk behandelbaar door hun ernstige loyaliteitsconflicten. Het onderzoek in deze materie is nog slechts in de aanvang.

De therapeut

Vroeger heette het ook wel dat iedere therapeut in staat moest zijn iedere patiënt te behandelen. Als de patiënt hem 'niet lag', kwam dat bijvoorbeeld doordat hij onvoldoende in staat was zijn negatieve

tegenoverdrachtsgevoelens te analyseren. Zeker ten aanzien van ernstig getraumatiseerde patiënten gaat dit niet op. Niet iedere therapeut kan het aan door de patiënt meegenomen te worden naar het gebied van de diepliggende regressieve onlustgevoelens die in de patiënt door de traumata zijn gereactiveerd, en ook zijn er zeker vele therapeuten die te kort schieten in empathie met hypochondrische, kleverige patiënten.

Menigeen vermag niet naar hen te luisteren zonder dit zelf als een traumatisering te ondergaan. Bram de Swaan heeft dit op zijn eigen - sociologische - vakgebied beschreven: de gemeenschap waarin de getraumatiseerde repatrieerde had een 'onvermogen om te luisteren' (De Swaan, 1980). Ook - en misschien juist - de Hollanders die in de oorlogstijd zeer duidelijk de goede kant hadden gekozen, wilden niet graag aan de zwartste bladzijden in de geschiedenis herinnerd worden en weerden het geklaag af. Om deze, en verschillende andere gronden, zijn de gevangenen - aanvankelijk opzettelijk - begonnen over hun ervaringen te zwijgen en de erbij horende gevoelens te loochenen. Getraumatiseerde patiënten melden zich gemeenlijk niet op grond van hun pijnlijke herinneringen. Ze zoeken hulp voor hun actuele klachten en het verband met vroeger is hun vaak in het geheel niet duidelijk. Ook als het jeugdtrauma niet verdrongen is en als het in een uitvoerige anamnese zeer wel ter sprake zou kunnen komen, verkiest de patiënt vaak zich bewust van traumatische herinneringen te distantiëren. Pas na het overwinnen van veel weerstanden in de analyse en als de 'working alliance' genoeg draagkrachtig is, zal de patiënt in staat zijn zijn traumatische belevenissen in hun volle omvang te beschrijven en de eraan verbonden affecten weer ten volle te beleven. Dit geldt zoveel te meer voor traumata die in de adolescentie en in de volwassenheid ervaren zijn. De patiënt schrikt terug voor de emoties die hem bij het verbaliseren te veel zouden kunnen worden; hij schaamt zich er voor deze niet alleen de baas te kunnen blijven.

Het meest evident kan dit worden als de patiënt vermoedt dat de therapeut analoge ervaringen heeft. In de psychiatrische polikliniek heb ik zeer veel patiënten leren kennen die juist bij mij gekomen zijn omdat ze wisten dat ook ik ernstige zaken in de oorlog beleefd had. De meeste van deze patiënten hebben dan iets gezegd als: 'Och dokter, u weet toch hoe dat allemaal gegaan is, ik hoef u daarover niets te vertellen.' Ze schrokken ervan terug op de details in te gaan, laat staan

dat ze het aangedurfd hebben hun emoties de vrije loop te laten gaan. Enerzijds zijn ze bij mij gekomen in de mening dat ik ze beter kon begrijpen dan een andere arts, anderzijds hebben zij angst gehad dat ze mij pijn zouden doen. Pas als de patiënt in een langerdurende en diepergaande samenwerking zich ervan heeft kunnen overtuigen dat hij door het oproepen van het verleden de therapeut niet zou schaden, laat staan dat hij hem zou vernietigen, heeft hij het aangedurfd zijn herinneringen de vrije loop te laten.

Overdracht is een fenomeen dat niet pas in een langdurige analyse optreedt, de overdracht ligt al klaar voor het begin van de behandeling, ja zelfs bij de eerste afspraak door de telefoon is het verwachtingspatroon gekleurd door emotionele, in het bijzonder overdrachtsfactoren. Maar als de patiënt geremd is doordat hij wordt beheerst door zijn niet te verwerken verleden, zou dan niet iets dergelijks plaats kunnen vinden bij de therapeut? Dit kan toch in het bijzonder optreden als beiden een analoog trauma ervaren hebben. Een trauma dat in tegenstelling tot de meeste infantiele traumata niet slechts in de fantasie is ondergaan, maar dat een harde realiteit was. Zulk een trauma is slechts in zoverre ongedaan te maken dat zijn pathogene werking beperkt wordt. Reeds in 1898 beschreef Freud het doel van de analyse met de woorden: '... dat er reeds veel gewonnen is als het ons gelukt uw hysterische ellende in gewoon ongeluk te veranderen.' (Freud, 1898) Deze bescheidenheid past ons therapeuten zoveel te meer in de gevallen waar het om de beschreven traumatisering gaat. Noch de patiënt, noch de analyticus mag ooit hopen het verleden ongedaan te kunnen maken.

Wij vragen ons nu af of het niet in tegenspraak met de analytische theorie is om aan te nemen dat ook traumata die men zich - in tegenstelling tot de infantiele traumata - heel goed kan herinneren, pathogeen kunnen zijn. Dat is heel wel mogelijk. De manifeste inhoud is weliswaar bewust, maar de emoties zijn verschoven naar de verdrongen infantiele traumata en dienen weer aan het vervolgingstrauma te worden gerelateerd.

Het is u misschien opgevallen dat ik niet slechts spreek van getraumatiseerde patiënten maar ook over getraumatiseerde therapeuten.

Vooraf voor Hollandse verhoudingen is dit vaak het geval: de vroegere gevangenen bezochten vaak therapeuten die ook in de oorlog afschuwelijke belevissen hadden meegemaakt. Ze verwachtten dan het

beste begrepen te worden en op die manier hun weerstand te kunnen overwinnen. Ze rekenden niet met de schroom die zij tegenover een getraumatiseerde therapeut zouden kunnen ontwikkelen. In analytische bewoording: ze vreesden aanvankelijk nog niet dat ze een negatieve tegenoverdracht zouden kunnen provoceren.

Betekent dit alles dat een getraumatiseerde patiënt beter 'ondergebracht' kan worden bij een therapeut die zelf niet getraumatiseerd is, zodat een betere, 'neutralere' working alliance tot ontwikkeling kan komen? Zeker niet bij voorbaat; de combinatie zal van geval tot geval bij de indicatie bekeken moeten worden en zowel ten aanzien van de patiënt als ten aanzien van de therapeut. Ik heb menig therapeut zien 'afknappen' doordat hij uit medegevoel met zijn vroegere lotgenoten te veel PST had aangenomen. De therapeut van getraumatiseerden moet dank zij zijn eigen opleiding (respectievelijk opleidingsanalyse) extra goed in staat zijn de traumatisering in de PST te verwerken en zich eventueel numeriek tijdig te beperken. De zelf getraumatiseerde therapeut dient vooral buiten de beroepssfeer niet te worden overheerst door zijn belangstelling voor de sociale en de psychodynamische aspecten van de traumatisering.

Enkele beschouwingen over overdracht en tegenoverdracht

1. Enige praktijkvoorbeelden

De problematiek wordt nog ingewikkelder als het niet om vervolgdgen gaat maar om de vervolgers en vooral om hun tweede generatie. Zij durven zich niet te uiten over hun verleden en zijn vooral geremd door het familiegeheim respectievelijk de loyaliteit tegenover hun 'foute' ouders.

Men kan verwachten dat hier een bron bestaat voor veel verdringen en loochenen.

Persoonlijk heb ik éénmaal een dergelijke loochening ervaren. Zij het niet door een vervolger maar door iemand die in de oorlog zeker 'goed' is geweest: omstreeks 1965 sprak ik met een vooraanstaand Duits clinicus, die mogelijk niet vrij was van het 'collectieve schuldgevoel'. Hij vertelde me dat hij zijn studies had gefundeerd op onderzoeken bij 700 voormalige vervolgdgen. Toen ik hem vroeg wat zijn ervaring met oorlogsmisdadigers was trad een lange pauze op, waarna hij antwoordde dat hij zo iemand nog nooit had ontmoet. We kunnen

echter aan de problemen die vroegere oorlogsmisdadigers in de behandeling zullen bieden, niet voorbijgaan. Er is in Duitsland enig materiaal over maar dit is moeilijk toegankelijk.

Voor zoverre de vervolgd werden zich voor therapie hebben gemeld, was dit in het algemeen niet primair op grond van het getraumatiseerd zijn. De therapeuten zijn vaak blij geweest als de patiënt niet te veel over de calamiteiten heeft gesproken. In Holland waren zeker kort na de oorlog de therapeuten frequent joden die reeds voor de oorlog uit Duitsland en uit Wenen waren geëmigreerd. Ze hadden zich gedurende de bezetting door onderduiken weten te redden en voelden zich niet op hun gemak, zelfs schuldig, als ze door de patiënt gedwongen werden de ellende van het concentratiekamp mee te beleven. Uit deze situatie ontstond de 'conspiracy of silence'.

Ik heb daarvan veel voorbeelden gehoord: een oudere Duitstalige analyticus behandelde een jongeman die twee jaar in Auschwitz was geweest. Zodra de patiënt iets over het kamp ging vertellen, zei de analyticus dat zoiets vreselijks buiten de mogelijkheden van de analyse viel. Een voorbeeld van loochening uit mijn eigen ervaring. Ik heb kort geleden de aantekeningen uit mijn eerste controle-analyse eens doorgekeken: het was een 25-jarige vrouw die in de oorlog haar ouders en acht broers en zusters in de kampen had verloren. Ik heb me er nu over verwonderd hoe weinig in de aantekeningen daarover terug te vinden is en realiseerde me dat daar ook een 'conspiracy of silence' moet hebben bestaan. Dit moet in het midden van de vijftiger jaren zijn geweest. Ik geloof dat dezer dagen geen analytische vereniging een eerste patiënt zou toevertrouwen aan een therapeut die een analoge traumatisering heeft doorgemaakt.

De therapeut moet vrijelijk kunnen werken met het materiaal dat uit de traumatisering voortkomt: omstreeks 1968 heb ik een 'korte' therapie gedaan bij een student in de psychologie. Hij werd er zeer door gehinderd dat hem regelmatig allerlei woorden niet te binnen wilden schieten. Toen ik hem consequent bij deze leemten vroeg welke associaties hij daarbij had, bleek het dat deze woorden typisch tot het vocabulair van zijn omgekomen ouders behoorden. Langs deze weg konden zijn affecten tegenover zijn ouders geëxploreerd worden. De behandeling had een goed succes, actueel maakt de patiënt carrière als klinisch psycholoog.

Na de voorafgaande beschouwing over de toestand en het tijdstip dat

ze met de behandeling beginnen, zou ik enige voorbeelden willen geven van de wijze waarop de traumatisering van een van beiden - therapeut en patiënt - de overdrachts-tegenoverdrachtsverhouding kan belemmeren en hoe de analyse van de tegenoverdracht het proces weer op gang kan brengen.

Een 31-jarige man is sinds twee jaar in analyse. In zijn puberteit is hij begonnen zich met vrouwenattributen op te smukken en dan zichzelf voor de spiegel te bewonderen. De travestie is langzamerhand uitgebreid en is zijn hele leven gaan beheersen. Zo is het hem bijvoorbeeld onmogelijk te studeren als hij niet een vrouwelijk attribuut ter beschikking heeft.

Onder de coïtus beeldt hij zich graag in een vrouw te zijn. Hij geeft er de voorkeur aan dat de vrouw boven ligt en speelt dan alsof hij gecohabiteerd wordt en de passieve partij is. De lust wordt zeer bevorderd als hij durante coitu een b.h. aangetrokken heeft en als de vrouw hem Louise noemt in plaats van Louis. Hij is weliswaar bang in wezen homoseksueel te zijn, maar hij voelt helemaal geen erotische liefde tegenover mannen. Ook is hij zeker geen transseksueel, hij heeft een mannelijke geslachtsidentiteit en zou tot geen prijs zijn penis willen verliezen door een geslachtsoperatie. Wat hij wèl is: een passieve man, die zijn mannelijkheid en zijn gehele mannelijke attitude poogt te beschermen achter het spel een vrouw te zijn.

Zoals zoveel passieve en masochistische persoonlijkheden heeft hij duidelijk paranoïde trekken. Passieve en pijnlijke situaties verdraagt hij slechts als hij ze zelf heeft geprovoceerd. Als hij zich bedreigd voelt, wordt hij daarentegen uiterst afwerend.

Zo ook in de analyse, hij is vaak zeer sarcastisch, eisend en grof agressief en als hij zich aangevallen voelt mag ik zeker niet proberen hem rationeel aan te tonen dat ik hem geen onrecht aandoe, dat zou slechts vruchteloze discussies, ruzie en agressiviteit ten gevolge hebben.

Ik kan dan slechts heel voorzichtig zijn narcistische kwetsbaarheid aantonen en dan komt soms verder materiaal waaruit blijkt hoe achter het paranoïde gevoel en de geprikkeldheid een meer genuïene, niet-pathologische passiviteit schuilgaat met daarbij een symbiotische behoefte.

De passieve vrouwelijke rol en de mooie vrouwenkleren, de lange nagels en de zorgvuldige make-up waar hij urenlang mee bezig kan

zijn, zijn slechts een rookgordijn waarachter hij zijn penis verbergt. Zo verbergt hij ook zijn hunkering naar tedere liefde en symbiotisch geborgen zijn.

De dag na het televisiespektakel 'Holocaust' zegt hij in de analyse: 'De Duitsers, dat is niet veel bijzonders. Ze hebben niet alleen alle joden uitgemoord, maar ze hebben de Hollanders ook verslagen in de finale van het voetbalwereldkampioenschap.' Ik had aan deze opmerking, die een soort mop schijnt, glimlachend voorbij kunnen gaan, maar ik voelde een duidelijke ergernis dat hij de schuld van de nazi's zo minimaliseerde. Vanzelfsprekend heb ik me niet in een discussie met de patiënt begeven, maar heb ik me afgevraagd waar mijn tegenoverdracht uit voortkwam en ik bemerkte dat ik naast de ergernis ook een duidelijk verdrietig gevoel had.

Op die manier realiseerde ik me dat de patiënt zich niet specifiek als antisemiet met de nazi's had geïdentificeerd, maar dat hij zijn eigen intolerantie en zijn neiging tot generaliseren had gedemonstreerd. Niet alleen tegenover de nazi's maar ook tegenover de vreedzame overwinnaars in het voetbalspel. Toen ik hem vroeg of hij ook niet een medegevoel met de oorlogsslachtoffers had, werd hij allereerst uiterst agressief en kritiseerde van alles in mijn kamer. Toen zei hij: 'Ik ben eigenlijk zwart/wit, ik heb geen gevoel, ik ben zelf een fascist.' Maar een paar minuten later erkende hij: 'Diep in me zit eigenlijk een diep ellendig gevoel, ik zal direct als ik naar huis ga mijn vrouwenkleden aan moeten trekken en dan masturberen.'

Een tweede voorbeeld van de analyse van de tegenoverdracht:

Een 27-jarige bioloog komt in de analyse wegens een uitgebreid angstneurotisch en fobisch syndroom. Hoewel hij op zijn instituut als heel begaafd bekendstaat, durft hij nog niet de kleinste opmerking tijdens een vergadering te maken. Hij is bang om auto te rijden, kan geen grote warenhuizen binnengaan en vaak schrikt hij voor de meest futiele opgaven terug. Als hij toch doorzet voelt hij zich uiterst nerveus en doodmoe. Als hij bijvoorbeeld onverwachts een van zijn kinderen weg moet brengen, bestaat de mogelijkheid dat hij zo'n hoofdpijn krijgt dat hij de hele dag niet meer werken kan.

Uit zijn voorgeschiedenis zij het volgende vermeld: zijn vader is een half-jood, getrouwd met een katholieke vrouw. Vader heeft altijd geweigerd ook maar het geringste woord over zijn afkomst of oorlogservaringen te bespreken. Op een kast in het ouderlijk huis stond de

foto van een man, waarschijnlijk een omgekomen broer van vader. Dit is maar waarschijnlijk, want de patiënt heeft het nooit gewaagd te vragen wie die persoon was. Zo weet hij ook niet op welke wijze zijn joodse grootvader zich uit de handen van de nazi's heeft weten te redden.

Hij heeft wel eens aan vader iets gevraagd als 'Vader, heb jij in de oorlog je werk verder kunnen doen?', maar hij kreeg geen antwoord en moeder gaf hem dan onder tafel een trap omdat hij de woede van vader opwekte. Na twee jaar analyse heeft de patiënt het nog nooit gewaagd iets over mijn identiteit te vragen of te fantaseren. Terwijl hij in het algemeen zijn invallen zeer open meedeelde, valt het aan te nemen dat hij dit gebied helemaal uit zijn bewustzijn had verdrongen. Ondanks deze blinde vlek waren toch al enige resultaten bereikt. Niet alleen waren de fobieën wat verbleekt, ook structureel was een duidelijke verandering opgetreden.

In het voorjaar van 1979 werd in Holland een vroegere SS-arts gearresteerd, die zich aan veel misdaden had schuldig gemaakt. De patiënt sprak daarover, wond zich op en zei plotseling: 'Van u weet ik eigenlijk niks, misschien was u als jonge arts ook wel bij de SS en hebt u van allerlei uitgehaald.'

Toen hij dit zei voelde ik me verstarren, maar ik was eigenlijk helemaal niet boos. Ik voelde veel meer de neiging hém te troosten en hem iets over de realiteit van mijn persoon te vertellen, maar ik heb dit - althans aanvankelijk - niet gedaan. Ik begreep dat de patiënt langs allerlei omwegen probeerde dichterbij me te komen. Hier was het in de overdracht niet zoals bij de eerste patiënt, die mij in zijn woede wilde krenken, maar patiënt nummer 2 wilde mij door een uiterst onwaarschijnlijke provocatie uit mijn tent lokken. Ik heb hem geduid hoezeer hij er naar verlangde door mij in vertrouwen te worden genomen en na korte tijd bleek dat ik het bij het juiste eind had.

Ik ervoer dat de patiënt, die door een joodse huisarts naar me toe gestuurd was, bij de eerste blik gedacht had 'dit is wel een joodse psychiater.' Hij had echter sindsdien de analytische abstinentie als een afwijzing beleefd en had net als tegenover zijn vader het niet gewaagd mij iets persoonlijks te vragen, totdat het verlangen naar troost hem tot zijn noodsprong bracht.

2. Tegenoverdracht

De beschouwingen over de overdracht en tegenoverdracht zijn in de laatste decennia sterk veranderd. Aanvankelijk heeft men de tegenoverdracht opgevat als een specifiek signaal: er is iets aan de hand, de patiënt verbergt iets wat hij niet kan of wil verbaliseren of hij wordt beheerst door iets wat helemaal niet in het bewustzijn tevoorschijn mag komen. Later zijn de analytici begonnen in de aard van de tegenoverdrachtsgevoelens - dus specifiek - iets te zoeken wat wezenlijk aansluit bij de geloochende gevoelens van de patiënt, dat er om het zo te noemen een afgietsel van was. Steeds meer proberen we door de verfijning van de analyse van de tegenoverdracht te begrijpen welke motivaties bij de patiënt verborgen blijven. In het geval dat een therapeut wordt aangeklaagd dat hij wel een SS-man zou zijn geweest, of soortgelijke onaangename opmerkingen krijgt toegevoegd, is het niet voldoende dat hij zijn ergernis onderdrukt, maar hij moet empathisch blijven en dubbel goed luisteren. Hij moet zich realiseren dat zijn ergernis, om het zo te noemen, automatisch is, maar dat zijn ergernis, hoewel kwalitatief adequaat, te groot of te klein kan zijn. Bovendien is ergernis een te globaal begrip. Men kan ergernis voelen met daarbij een coloriet van geringschatting, van wantrouwen of van verachting, er kunnen allerlei dieperliggende affecten in schuilgaan. In het geval dat de patiënt bij de analyticus een gevoel van onmacht induceert is het aan te nemen dat hij een neiging heeft de analytische situatie te beheersen en niet - zoals in het eerste geval - een specifieke neiging, bijvoorbeeld antisemitisme, tot uiting te brengen. Het zijn vaak de subtiele verschillen in de aard van het tegenoverdrachtsaffect die het mogelijk maken tot een juiste duiding van het beleven van de patiënt te komen. Meer nog dan in de zogenaamde 'normale' analyse geldt hier dat de analyticus zijn eigen affecten moet kennen. Anders dreigt het gevaar dat de overgevoeligheid van de therapeut hem tot niet-adequate duidingen drijft. Meer nog dan anders moet hij met de getraumatiseerde (en traumatiserende!) patiënt wachten tot hij het geprovoceerde tegenoverdrachtsaffect doorgewerkt heeft en hij zich realiseren kan wat in de dialectiek van prikkel en reactie het aandeel van de patiënt is, respectievelijk wat op het ressentiment van de therapeut teruggebracht kan worden. Op deze wijze kan het doorwerken van het samenspel tussen overdracht en tegenoverdracht voor de behandeling van getraumatiseerden een machtig hulpmiddel worden.

In het algemeen zal de analyse van de overdracht en daarmee de voortgang van de behandeling slechts mogelijk zijn als de therapeut in staat is en blijft zijn tegenoverdracht te analyseren en het resultaat van dit proces in de vorm van duidingen aan de patiënt voor te leggen.

In de neurose-analyse zal het overwegend gaan om tegenoverdrachtsgevoelens waarvan de affecten stammen uit de infantiele, vooral oedipale belevenissfeer van de patiënt en reactief ook van de therapeut. In de analyse van de getraumatiseerden gaat het - evenals in de psychoanalyse en in de behandeling van seksuele perversies - om gevoelens die stammen uit een veel dieperliggende, vroeg-infantiele fase.

Immers, traumatisering impliceert dat het slachtoffer de belevenissen niet kan verwerken met de 'normale' afweermechanismen. De 'Reitschutz' wordt doorbroken en desintegratie kan slechts voorkomen worden met behulp van regressie naar diepliggende afweervormen. Dysfore, depressieve belevenissen beheersen het stemmingsbeeld, de relatie tot de realiteit wordt magisch, paranoïde gekleurd en ook de therapeut zal in deze magisch-paranoïde belevingswereld getrokken worden. Vooral bij hen die lange tijd in een vernietigingskamp met de dood zijn geconfronteerd, kan een masochistische attitude het dominerende gedragspatroon gaan vormen.

De gevangene (later de patiënt) hoopt slechts te kunnen bestaan als elk geluk vermeden wordt in een geresigneerde, dysfore stemming. Om fysiek nog te durven functioneren moet de patiënt voortdurend vervuld zijn van hypochondrische dwanggedachten en de grootste paradox is dat hij om te kunnen leven zich voortdurend met de dood moet blijven confronteren. Het steeds weer ophalen van oude, gruwelijke herinneringen, het doorleven van de oude angsten en steeds weer de nachtmerries is niet zomaar een 'Wiederholungszwang', het is de enige - masochistische - attitude waarmee de getraumatiseerde meent zich te kunnen handhaven. Als hij poogt - bijvoorbeeld als hij in therapie is - eens wat sthenischer op te treden recidiveert hij bij de geringste tegenslag. Dat maakt de therapie zo moeizaam.

In de dysfoor-regressieve perioden valt hij terug naar de belevingswereld van het zeer jonge kind, dat slechts een ongedifferentieerd, preverbaal, psychosomatisch affect kent, zoals dat beschreven is door Henry Krystal (1978). Ook in de belletrie kunnen we deze belevingswereld aantreffen, bijvoorbeeld in 'De geverfde vogel' van Kosinsky

(1965) alsook in publikaties van vele psychoanalytische antropologen, zoals Morgenthaler (1974).

Het vereist werkelijk moed van de therapeut zijn patiënt naar deze wereld te volgen en de overdrachts/tegenoverdrachtsrelatie niet af te weren uit angst zich na het eind van het uur niet te zullen kunnen herstellen van de in hem geïnduceerde dysforie.

Anna Freud poneert dat één analyse-uur met een borderline even belastend is voor de therapeut als vijf uren neurose-analyse. Iets dergelijks geldt voor het werken met getraumatiseerden. Men moet oppassen er niet te veel van op zich te nemen en zeker de therapeut die zelf het nodige heeft doorgemaakt en mede daardoor veel vraag naar hulp van getraumatiseerden krijgt, moet indien nodig 'nee' kunnen zeggen.

Overdracht

In zijn vroegste werken onderscheidde Freud de 'Übertragungsneurosen' - die wél psychoanalytisch behandelbaar waren - van andere ziektebeelden, waar geen overdracht tot stand kon worden gebracht. Hij doelde daarmee op psychotische toestanden, in het bijzonder op wat later als 'schizofrenie' werd aangeduid. Het is echter gebleken dat ook die beelden in principe analyseerbaar zijn, hoewel daar de overdracht veel moeilijker tot stand komt en een geheel ander karakter vertoont dan in de neurose-analyse. Men spreekt in deze gevallen wel van een 'overdrachtspsychose'.

Margaret Little, leerlinge van Winnicott, beschrijft deze overdracht als 'delusional transference'. Hetgeen de analyticus wordt toegeschreven is niet langer een 'als ob' maar geldt voor de patiënt als een realiteit, die past in zijn waansysteem (Little, 1981). Iets soortgelijks kunnen we aantreffen in de behandeling van getraumatiseerden. Welhaast iedere auteur op dit gebied beschrijft situaties waarin hij door de patiënt als vervolger wordt beleefd. Waar een neurotische patiënt zal zeggen: 'U bent net zo gemeen als een SS-man', zegt de getraumatiseerde iets als: 'U bent een SS-man.' De realiteitswaarde van de waan houdt op dat ogenblik het midden tussen de gealterneerde belevens van de neuroticus en het gefixeerde waansysteem van de psychoticus.³

³ Wezenlijk voor het masochisme is dat het lijden in belangrijke mate een spel is. Het lijden wordt gespeeld en eventueel geprovoceerd in de verwachting op magische wijze een 'echt', niet beheersbaar lijden te anticiperen. (Halberstadt-Freud, 1977)

Soortgelijke fenomenen zijn beschreven ten aanzien van de analyse van ernstige perversies en borderline-achtige beelden, die immers ook een sterke mate van Ik-splijting vertonen. Etchegoyen wijdt een artikel aan de 'transference perversion', die een welhaast even moeilijk hanteerbaar fenomeen is als de 'delusional transference'.

Enkele opmerkingen over de techniek

De eisen die aan de therapeut en zijn techniek in de PST gesteld worden, zijn geen essentieel andere dan de eisen die aan iedere behandeling gesteld kunnen worden, alleen ze doen zich meer dwingend voor. Op enkele aspecten willen we hier nader ingaan.

1. Een duiding kan slechts 'mutative' zijn (dat wil zeggen iets in een mens veranderen in de zin van Strachey) als hij wordt doorgewerkt in alle relevante betrekkingssystemen. Zo zal het zinloos zijn een patiënt die een sterk honend, cynisch en negativistisch gedrag vertoont, dit te duiden in zijn betekenis als infantiele afweer, zonder te bespreken dat dit een typisch puberale houding is en met hem te onderzoeken hoe hij dit gedrag in zijn puberteit ontwikkelde en gebruikte.

Iets analoogs geldt ten aanzien van de getraumatiseerde: als hij de analyticus bejegt als een vervolger en men zou dit terugbrengen op het beeld van de straffende, castrerende vader uit de oedipale fase, zonder de betekenis van deze emotie te bespreken tegen de achtergrond van de kampervaringen, zou men zijn doel voorbijschieten.

2. De therapeut zal voortdurend zijn eigen emotionele reacties moeten observeren, onderkennen en als tegenoverdracht moeten analyseren. Hoppe wijst vooral op het schuldgevoel dat zich in de therapeut kan ontwikkelen. De meeste patiënten lijden na een sociale catastrofe onder sterke schuldgevoelens, de 'survivor guilt' (Niederland, 1964), dat zij het overleefd hebben waar duizenden van hun lotgenoten omkwamen.

In de therapeut kan een analoog fenomeen ontstaan, ook een schuldgevoel. Wat voor recht van spreken tegen de patiënt heeft de therapeut die zelf niets heeft meegemaakt, terwijl de patiënt zo heeft moeten lijden? En voor de therapeut die zelf ook veel heeft moeten doorstaan geldt soms: hoe schuldig ben ik, die het verleden heb weten te

integreren en mijn leven weer vrij goed op poten heb kunnen zetten, tegenover mijn patiënt, die zo is geïnvaleideerd? Of een variant: hoe kan ik optreden als 'overdrachtsvader' terwijl de echte vader en alle andere leden van de clan zijn omgekomen? Hoppe beschrijft hoe hij zelf - als niet-vervolgde Duitser en pas na de oorlog naar Amerika gemigreerd - wel in een gevorderde behandeling terecht het verwijt heeft gekregen dat hij in het begin - uit schuldgevoel - bespreking van de oorlogsperiode had proberen te vermijden.

3. Het smalle pad tussen de klassieke analytische abstinente en een tegemoetkomende gratificatie is vaak heel moeilijk te volgen. Dit temeer omdat de geregredieerde, infantielklagerige patiënt voortdurend bemoedering tracht te provoceren. In de sadomasochistische relatie ligt een aanklacht opgesloten, die uiteraard berust op overdracht van de als vervolger beleefde betrekkingpersoon uit de vroege jeugd, van de subjectieve en van de feitelijke vervolger uit de traumatische periode. De therapeut kan onder de druk van dit gedrag op verschillende wijzen foutief reageren. Hij kan - uit zelfverdediging - de abstinenteregel zo consequent toepassen dat hij niet meer in het proces betrokken is, of hij kan de patiënt een maximum aan bevrediging bieden, waardoor evenzeer het proces stagneert. De therapeut wordt dan de zachte heemeester die stinkende wonden maakt.

4. Het zal in dit type behandeling vaak nodig zijn parameters in te lassen. De diepgaande regressie kan tot gevolg hebben dat de patiënt zich nog slechts met de beschreven archaische afweervormen tegenover de buitenwereld opstelt en dat van een confrontatie met de omgeving nauwelijks meer sprake is. De masochistische attitude was in een vernietigingskamp de enige houding die niet a priori de kans tot overleven tot nul reduceerde. Deze submissieve attitude biedt ook na de bevrijding een te gemakkelijke kans tot een schijnoplossing voor welhaast alle problemen. Het is alsof beklagenswaardig zijn de enige mogelijkheid vormt nog enige eigenwaarde te hebben. Het kan dan noodzakelijk worden de patiënt letterlijk bij de hand te nemen, opdat hij zich met de werkelijkheid confronteert en aan deze confrontatie verdere analyse kan plaatsvinden. Hoppe (1965) geeft hiervan een zeer frappant voorbeeld.

Rosalie A., die uiterst traumatische ervaringen in Auschwitz heeft doorgemaakt, lijdt in de zestiger jaren aan een duidelijk chronische

reactieve depressie. Ze is zeer rusteloos, angstig, heeft heftige hoofdpijnen en een extreme slapeloosheid. Ze piekert voortdurend over de dood van haar verwanten, droomt regelmatig met heftige angst over het kamp en over verkrachting. Ze heeft een heftige afkeer van lichamelijke contact en de geringste aanraking wekt gevoelens van walging op, met duizeligheid, waarbij ze verschillende malen is flauwgevallen. Ook ten aanzien van de therapeut treden soortgelijke belevenissen op. Patiënte moet naar de tandarts, maar dit lijkt onmogelijk. Een bezoek aan de tandarts wordt gearrangeerd waarbij de therapeut haar begeleidt - een parameter die gewoonlijk als een ernstige verstoring van het analytische proces zou worden gezien. Nadat ze vriendelijk door de oudere kaalhoofdige joodse tandarts is begroet, fluistert ze de therapeut toe: 'Hebt u het gezien? Hij heeft rood haar, ik laat me nooit door hem aanraken.' De therapeut antwoordt haar: 'Dat is niet de SS-man die u de tanden uitsloeg, maar de tandarts die u wil helpen.' Ze laat zich daarna gewillig helpen. Tijdens het volgende behandelingsuur blijkt dat patiënte 's avonds met een heftige depressieve stemming heeft gereageerd en vooral hevige angst heeft gehad dat een man haar woning zou binnendringen. Maar terwijl ze bij vorige bezoeken aan een tandarts vaak was flauwgevallen en een sterke amnesie vertoonde, stond haar nu alles helder voor de geest, wat ze als een grote overwinning voor zichzelf en voor de therapeut beleefde.

Reversibiliteit en prognose van de posttraumatische ziektebeelden

Gedurende zijn gehele leven ondervindt een mens - welhaast dagelijks - allerlei schokkende en onaangename gebeurtenissen vanuit de buitenwereld en dreigt van binnenuit verstoring van het evenwicht door de eisen van het driftleven. Hij bouwt hiertegen een uitgebreid systeem van afweervormen op. Deze gebruikelijke afweervormen kunnen in dit kader bekend worden verondersteld; ik vat ze gemakshalve samen met de oude term 'Reitschutz' (Freud, 1919).

Als een beleving niet met behulp van de Reitschutz is te integreren, wordt de beschermende muur doorbroken en moet van 'traumatisering' worden gesproken. Ook dan is echter de psyche niet zonder meer aan de bedreiging overgeleverd en behoeft geen totale chaos te ontstaan. Als de gebruikelijke afweervormen doorbroken worden, valt

het individu terug op dieperliggende, primitieve afweervormen (Meningering, Silbermann, 1970).

De Duitse vernietigingskampen, in het bijzonder Auschwitz, bieden wel de duidelijkste voorbeelden van een traumatisering die slechts met archaische afweervormen in toom te houden is. Van de drie miljoen mensen die tussen 1942 en 1945 in Auschwitz zijn aangekomen, heeft slechts omstreeks anderhalf procent het kamp uiteindelijk overleefd. Deze overlevenden zijn gedurende enkele maanden tot enkele jaren iedere dag, ieder uur, met de dood geconfronteerd. Hier was geen verdringing of loochening meer mogelijk. Hier was het waanzin nog in een overlevingskans te geloven. Bij deze 'Confrontatie met de dood' (De Wind, 1968) kon de chaos slechts voorkomen worden door zich in verregaande mate aan de dood over te geven en niet te vechten tegen de bierkaai. De paradox ontstond dat slechts wie bereid was te sterven en een passief-masochistische attitude kon ontwikkelen tegenover de sadistische vervolger, een kansje had te overleven (De Wind, 1972).

De affectieve toestand waarin de vervolgte dan geraakt, wordt onder meer beschreven door Henry Krystal (1978). Hij beschrijft allereerst de structuur van de affecten van volwassenen; deze zijn gekenmerkt door:

- a. Een verregaande differentiatie (bijvoorbeeld boosheid, woede en haat zijn duidelijk verschillende belevingsvormen);
- b. verbalisatie (de volwassene kan de gevoelens verwoorden en ze zodoende onder controle brengen);
- c. desomatisatie (geestelijke en lichaamsgevoelens kunnen van elkaar worden onderscheiden).

Onder invloed van niet te integreren traumata ('social-inflicted trauma', 'massive psychic trauma', 'catastrophic trauma') treedt een regressie op naar het vroeg-kinderlijke pre-affect, waar slechts gevoelens van ellende en welbevinden vagelijk kunnen worden onderscheiden. De relatie tot de buitenwereld wordt dan gekenmerkt door afkapseling en katatonieforme beelden tot aan 'psychic closing off'; dit is de toestand die vooral algemeen schijnt te hebben bestaan na de niet te bevatten schok van de atoombom op Hiroshima (Lifton, 1969). In extremo kunnen deze toestanden leiden tot een 'psychische dood', zoals die in de 'Voodoo' en andere transculturele fenomenen beschreven is.

Na het massive psychic trauma kunnen we allerlei tussenvormen waar-

nemen die de gemeenschappelijke kenmerken hebben van 'surrender' en 'masochism'. Bastiaans beschrijft dit 'closing off' als een algemeen kenmerk van het KZ-syndroom. Welhaast alle auteurs over de ernstige traumatische beelden beschrijven de regressieve en masochistische componenten, zij het veelal in zeer uiteenlopende terminologie. Gemeenlijk beschrijven ze ook de narcistische grootheid- en verlossingsfantasieën van de slachtoffers, het lijden loutert, je wordt er een beter mens door en wie het lijden braaf ondergaat zal de verlossing vinden. Boven het urnengraf op de oude joodse begraafplaats in Ouderkerk aan de Amstel, waar de as bewaard wordt uit het kleine crematorium te Westerbork, prijkt als motto: *olie van olijven, zuivere gestotene, gestoten en geslagen om leed als licht te dragen* (vrij naar Exodus 27.20).

Na de oorlog waren de meeste getraumatiseerden in de 'stijgende levenslijn' (Rumke). Ook de wereld om hen heen herstelde zich en bood hun nieuwe kansen. De herinneringen aan de oorlog werden op de achtergrond gedrongen, soms zelfs zover verdrongen dat bij de ex-vervolgden grote lacunes in hun geheugen ontstonden. En als hij al aan de oorlog herinnerd werd, werden de daaraan verbonden emoties geloochend, of naar andere inhouden verschoven.

Dit alles lijkt veel op de neurosevorming zoals die vanouds in de analyse bekend is: daar worden vroeg-infantiele traumata verdrongen en de emoties van de oedipale conflicten worden geloochend. Het schoolkind wordt in beslag genomen door het leren en door de ik-ontwikkeling, de getraumatiseerde door het heroveren van zijn plaats in de maatschappij en het vormen van nieuwe persoonlijke relaties.

In beide gevallen is er een duidelijke latente periode.

Dan komt er een kink in de kabel: bij de 'gewone' neuroticus worden de verdringing en de loochening doorbroken door de puberteit - de tweede aanzet van de sensualiteit. De getraumatiseerde komt onder invloed van de involutie, de vermindering van de vitaliteit en allerlei bijna fysiologische kwaaltjes van het naderende senium. De confrontatie met de onvermijdelijke eigen dood reactiveert de confrontatie met de dood in de oorlog. Actueel wordt dit alles versterkt door de economische achteruitgang en de politieke malaise. In de latente perioden leefden vele oud-gevangenen in de ban van hun narcistische grootheidsfantasieën, maar als de loochening faalt resteert nog slechts de narcistische krenking. Wederom wordt de Reitzschutz doorbroken

en de pathogene herinneringen komen levendig terug. Sommigen reageren heftig, met manisch paranoid gekleurde woedeaanvallen, anderen leggen er het bijltje bij neer en er manifesteert zich een dysfoor-depressief beeld: kortom heel de uitgebreide symptomatologie van het KZS is te onderkennen in deze late gevolgen. De regressief-masochistische afweer, die eenmaal een voorwaarde vormde om te overleven, bepaalt weer het beeld.

Bij de tweede generatie - zij die niet in directe confrontatie werden getraumatiseerd, maar 'slechts' door ex-slachtoffers werden opgevoed - zien we iets analoogs. Hun ouders waren vaak onmachtig hun een 'basic security' mee te geven. Zij lijden aan een geringe frustratietolerantie en een slechte agressieregulatie en een labiele object-constancy. Als student of juist beginnend met hun beroepsuitvoering worden ze geconfronteerd met een maatschappij die geen uitzicht biedt. Zoals hun ouders zich geconfronteerd zagen met de dood, zien zij zich geconfronteerd met een uitzichtloze leegte.

Over de prognose

Als het tot de break-down komt zoekt de patiënt therapie, eventueel onder druk van de omgeving, want de ex-slachtoffers zijn vaak erg prikkelbaar en vol verwijten tegenover hun omgeving.

Hoe staat het dan met de prognose? Wat is het nut van de veel bediscussieerde reversibiliteit? Ook hierover bezitten we geen systematisch verworven gegevens, maar uit allerlei bronnen blijkt wel dat restitutie heel moeilijk is te bereiken.

De volgende factoren kunnen daarvoor verantwoordelijk worden geacht.

1. Op oudere leeftijd spelen infantiele conflicten nog altijd een belangrijke rol. In de symptoomformatie zijn ze analytisch vaak zeer moeilijk te bereiken doordat ze levenslang zijn overdekt door allerlei vormen van pseudo-volwassen reactieformaties.

Dit geldt vooral voor masochistische vormen van afweer. Het kinderlijk masochisme is vaak duidelijk lustvol. (Denk bijvoorbeeld aan de lust waarmee een kind zich pijnlijk kapot kan krabben.) Al is de lust van het masochistisch gedrag van de volwassenen gemeenlijk niet zo duidelijk te onderkennen, het biedt toch vaak een gemakkelijke uitwijkmogelijkheid.

2. Het masochistische gedrag betekent een maar al te gemakkelijke schijnaanpassing. Het is voor de omgeving al moeilijk om vast in de schoenen te blijven staan tegenover een 'gewone' masochist en als het masochisme dan nog gerechtvaardigd wordt met het lijden in het concentratiekamp, wie durft daar dan tegenin te gaan? Hoe kan de therapeut emphatisch blijven zonder mee te ageren in een vruchteloos medelijden? Als de patiënt dan - in de loop van de therapie en eventueel onder invloed van een parameter - het gaat aandurven zich eens sthenisch tegenover zijn wereld op te stellen, beleeft hij uiteraard wel teleurstellingen en er dreigt snel een recidief, een terugval naar de schijnveiligheid van het masochistisch gedrag.

Dit alles dreigt bevorderd te worden door:

3. Vooral bij langdurige traumatisering is vaak een sterke atrofie van Ik-functies opgetreden. Wie jarenlang in gevangenschap zijn capaciteiten heeft moeten onderdrukken en heeft moeten leven in een soms plantaardige passiviteit, verliest vele van zijn mogelijkheden, zoals de spieren atrofiëren van een arm die heel lang in het gips heeft gezeten. In deze atrofie schuilt trouwens mogelijk een van de verschillen tussen het passieve 'oorlogsslachtoffer' en de verzetsdeelnemer, die ook ernstige traumatiserende situaties doorstond maar die zijn actieve functies juist hard nodig had, en ook een verschil met de gegijzelde, die te kort in een passieve toestand was dan dat atrofie zou kunnen zijn gaan optreden.

4. Een laatste factor dient te worden opgemerkt, hoewel hij veeleer sociaal-psychologisch van aard is dan psychotherapeutisch. In tegenstelling tot in vele andere landen bestaat er in Nederland voor de gedupeerden uit de oorlog geen pensioen, wél een ondersteuning indien ze niet langer in staat zijn het maatschappelijk niveau te handhaven waarop ze tot voor hun invaliditeit leefden. Evenals in de WAO en de AAW staat de 'door de oorlog getroffen' bloot aan medische controles en beoordelingen. Naast alle in dit artikel beschreven primaire pathogene factoren komt nu de secundaire ziekte winst en ook waar van simulatie of renteneurose - in de dekwalificerende zin - geen sprake is, werkt het moeten aantonen van het eigen ziek-zijn als een gevaarlijke vorm van autosuggestie.

In Frankrijk ontvangen alle voormalige slachtoffers een pensioen. Dit wordt gezien als een ereplicht en staat los van de vraag of het slacht-

offer arbeidsongeschikt is of niet. In Nederland daarentegen, moet de getraumatiseerde patiënt, om in aanmerking te komen voor compensatie, altijd bewijzen dat hij arbeidsongeschikt is. Men hoeft geen simulant te zijn om te lijden onder de pathogene autosuggestie van de eindeloze stress die voortkomt uit de strijd tegen medische functionarissen en ambtenaren. In het geval van moreel masochisme is er altijd de primaire winst van de ziekte, hoewel vaak zeer diep verborgen. Respect en medelijden krijgen van de omgeving is al een soort secundaire winst. Helaas is dit niet te vermijden bij zuinige wetgeving in landen zoals het onze. Het is duidelijk dat een desastreuze versterking kan optreden als we te maken hebben met de combinatie van, *ten eerste*, de bijna dwangmatige herhaling van concentratiekampmasochisme, *ten tweede*, de zojuist beschreven masochistische tendensen in samenhang met secundaire winst en, *ten derde*, de negatieve therapeutische reactie die gebruikelijk is in bijna elke behandeling die ten einde loopt. Het kan noodzakelijk zijn deze factoren scherp te onderscheiden en te analyseren om een vruchteloze en eindeloze analyse met onze getraumatiseerde patiënt te voorkomen. Vaak blijkt het ook nodig de analyse te stoppen in een schijnbaar onbevredigende situatie, in de hoop dat de patiënt, als hij zijn gevoelens van in de steek gelaten worden doorwerkt, zal gaan inzien dat masochisme niet loont.⁴

Resumerend kan gesteld worden dat het getraumatiseerd zijn als zodanig noch een indicatie voor noch een indicatie tegen een explorerende psychotherapie is. De indicatie dient zoals alle therapie-indicaties bepaald te worden door de ernst van het lijden en door de beoordeling van de verschillende persoonlijkheidskwaliteiten, die bepalen of de lijder al dan niet toegankelijk is voor psychotherapie met behulp van psychoanalytische concepten (Beenen et al, 1980).

⁴ De alinea, beginnend met: 'In Frankrijk ontvangen' is een door de redactie ingevoegd citaat uit: E. de Wind. Some implications of the former massive traumatization upon the actual analytic process. In: *Int.J.Psycho-Anal.* vol. 65 (1984) 273-281.

Literatuur

- Bastiaans, J., Over de specificiteit en de behandeling van het KZ-syndroom.
In: *Ned. Militair Geneesk. Tijdschrift* vol. 23 (1970), 364-371.
- Beenen, F., B. de Blécourt, J. Hommes, Over psychoanalyse-indicatie, empirische herwaardering van klinische overwegingen.
In: *Tijdschrift voor Psychotherapie* vol. 3 (1980), 123-139.
- Eitinger L., *Concentration camp survivors in Norway and Israel*.
London: Allen & Unwin, 1964.
- Freud, S., A case of hysteria. In: *Standard Edition* vol. VII, 1901-1905,
London: Hogarth Press (1953), 3-122.
- Freud, S., Introduction to psychoanalysis and the war neuroses.
In: *Standard Edition* vol. XVII, 1917-1919, London: Hogarth Press (1955), 206-216.
- Halberstadt-Freud, H.C., *Het sadomasochisme: Proust en Freud*.
Amsterdam: De Arbeiderspers, 1977.
- Hoppe, K., Psychotherapie bei Konzentrationslager Opfer.
In: *Psyche* (1965/66), 296.
- Jacobs-Stam, C.M., *Oorlog, een breuk in het bestaan, achtergrond en problemen van door de oorlog getroffen*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.
- Kosinsky, J., *De geveerde vogel*, Amsterdam: De Bezige Bij, 1965.
- Krystal, H., Trauma and affects.
In: *Psychoanalytic Study of the Child* vol. 33 (1978), 81.
- Lifton, R.J., *Death in life, survivors of Hiroshima*. New York: Vintage, 1969.
- Little, M.I., *Transference neurosis and transference psychosis; toward a basic unity*.
New York and London: Jason Aronson, 1981.
- Morgenthaler, F., Die Stellung der Perversionen in Metapsychologie und Technik.
In: *Psyche* vol. 28 (1974), 12.
- Niederland, W.G., Psychiatric disorders among persecution victims: a contribution to the understanding of concentration camp pathology and its after-effects.
In: *The Journal of Nervous and Mental Disease* vol. 139 (1964), 458-474.
- Rappaport, E.A., Beyond traumatic neurosis: a psychoanalytic study of late reactions to the concentration camp trauma.
In: *Int. J. Psycho-Anal.* vol. 49 (1968), 719-731.
- Rapport, *Psychoanalyse en psychotherapie op psychoanalytische basis aan oorlogsslachtoffers, verzetsdeelnemers en hun kinderen*. Amsterdam: PAI, 1981.

Silbermann, R.M., *Cham; Een systeem voor de classificatie van psychiatrische toestandsbeelden (diss)*. Amsterdam: Excerpta Medica, 1970.

Swaan, A. de, Het onvermogen om te luisteren.
In: *NRC-Handelsblad*, 3-5-1980.

Wind, E. de, The confrontation with death.
In: *Int. J. Psycho-Anal.* vol. 49 (1968), 302.

Wind E. de, Persecution, aggression and therapy.
In: *Int. J. Psycho-Anal.* vol. 53 (1972), 173.