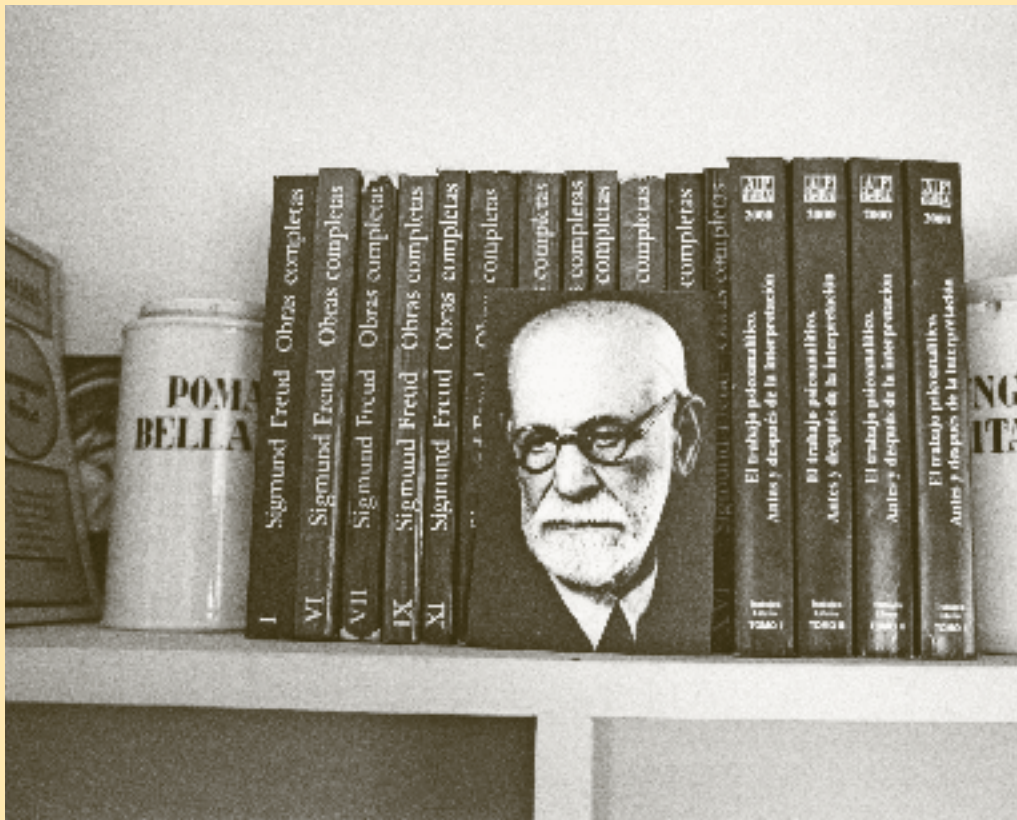


WOUTER GOMPERTS

# De binnenkant van het trauma

## *Psychoanalytische opmerkingen over trauma en therapie*



Portret van Freud (foto Grazia Neri /HH)

Het repertoire aan behandelingen voor PTSS die de Richtlijn Posttraumatische stressstoornis vermeldt, is toereikend bij eenmalige trauma's, maar niet indien er ernstige persoonlijkheidsproblematiek is ontstaan.

Huiselijk geweld, maatschappelijk geweld, natuurgeweld, verkeersongelukken, verkrachting, ernstige ziekte, de onverwachte dood van een geliefde hebben met elkaar gemeen dat het te veel en te erg kan zijn. Trauma's echter uitsluitend bezien vanuit postraumatische stress-stoornis (PTSS) en uitsluitend behandelen met Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), imaginaire exposure of

cognitieve gedragstherapie (eventueel in combinatie met medicatie)<sup>1</sup> getuigt van onvoldoende inzicht in traumatisering en in wat in bepaalde gevallen therapeutisch gewenst kan zijn.

Trauma's hebben de psychoanalyse van oudsher beziggehouden. Freud introduceerde het psycho-economische overweldigingsmodel, waarin overmatige sensorische prikkeling de psyche overspoelt. Recenter is het objectrelationele perspectief waarin het trauma de steunende innerlijke voorstelling van zelf en anderen doet ineensinken. De actuele psychoanalytische bijdrage lijkt vooral gelegen in het begrijpen en behandelen van complexe aan trauma gerelateerde persoonlijkheidsproblematiek.

### Freud en het psycho-economische model van trauma

Freud had een ambivalente benadering van het trauma, die samenhang met het veranderende belang dat hij in de loop van zijn werkend leven toekende aan de reële buitenwereld dan wel de subjectieve binnenwereld. Aanvankelijk benadrukte hij de traumatische buitenwereld. Als

## Het is persoonsgebonden of traumatisering ontstaat

oorzaak van hysterische (wij zeggen nu: dissociatieve, somatoforme, conversie-, theatrale of borderline-) verschijnselen zag hij misbruik in de kindertijd. Vanaf 1897 stelde hij echter dat bepaalde, aan psychoseksuele ontwikkelingsfasen gebonden vroegkinderlijke driftuitingen, fantasieën, angsten en conflicten dezelfde ge-

volgen kunnen hebben als externe traumatische gebeurtenissen. Deze stap in Freuds denken was belangrijk omdat hiermee de psychische binnenwereld het voornaamste aandachtsgebied van de psychoanalyse werd. De Eerste Wereldoorlog bracht Freud er opnieuw toe aandacht te geven aan de traumatische externe werkelijkheid. Hij introduceerde het model van de prikkelbarrière (*Reizschutz*), die dient als natuurlijke bescherming van het psychisch apparaat tegen overweldiging door prikkels vanuit de buiten- of binnenwereld. Door traumatische overprikkeling wordt de prikkelbarrière doorbroken. De intensiteit van de prikkeling is dan niet meer te verdragen, de aan het trauma gerelateerde gedachten en gevoelens zijn niet meer te integreren, en de betrokkene valt radicaal terug op primitieve niveaus van functioneren. In 1926 leidde deze zienswijze tot de formulering dat het Ik, dat in normale gevaarsituaties reageert met 'signaalangst' (dat wil zeggen angst die aanzet tot het nemen van veiligheidsmaatregelen), door excessieve innerlijke driftaan- spraken of schokkende externe gebeurtenissen

wordt overspoeld door 'automatische angst' (dat wil zeggen hulpeloze paniek die het probleemoplossend denken en handelen verloren doet gaan). Hoe kwetsbaarder (door constitutionele of psychische factoren) het Ik is, hoe hulpelozer het staat tegenover overprikkeling vanuit de binnen- of buitenwereld. Het is dus persoonsgebonden of overprikkeling tot traumatisering leidt.

Dit oude psychoanalytische overweldigingsmodel klinkt door in de moderne neuropsychologische bevinding dat traumatische stress (via verhoging van cortisolspiegels) neurochemische veranderingen teweegbrengt in de hippocampus, amygdala en andere bij het geheugen betrokken delen van de hersenen, waardoor stoornissen in de herinnering en ontregelde *arousal*-, schrik- en gevoelsreacties ontstaan. Het paradigmatische voorbeeld is het eenmalige overweldigingstrauma, waarop de Richtlijn Posttraumatische stressstoornis dan ook het meest (of in eerste instantie) van toepassing is. Later kan indien nodig langdurige therapie van (aan trauma gerelateerde) persoonlijkheidsproblematiek volgen, zoals in het volgende voorbeeld.<sup>2</sup> Een vluchteling uit het Midden-Oosten zegt:

*Zestien jaar geleden, bij aankomst in Nederland, was ik fysiek en mentaal een wrak en toen heb ik zes maanden bij een gespecialiseerde instelling traumatherapie gehad. Dat was goed, maar het kwam toen niet tot echt vertrouwen.*

- 
- Ik doel op de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen, met daarin vervat de richtlijn Posttraumatische stressstoornis. Voor een kritische bespreking van het wetenschappelijk onderzoek waarop dergelijke richtlijnen worden gebaseerd, zie Gomperts 1999.
  - Ik heb informatie die de patiënten herkenbaar zou kunnen maken veranderd, maar de strekking zoveel mogelijk hetzelfde gehouden.

Tien jaar later kwam hij bij het Nederlands Psychoanalytisch Instituut in therapie wegens depressies en relatieproblemen.<sup>3</sup> Na afloop van anderhalf jaar psychoanalytische therapie vertelt hij:

*We kwamen natuurlijk regelmatig terug op de periode van de gevangenis, maar we hebben ook heel veel gepraat over de periode daarvoor, want dat was heel ver weg doordat ik in de gevangenis geweest was en daarna ben gevlucht. Maar ook vroeger thuis was er heel veel gebeurd. Voor een klein foutje kon mijn vader je al in elkaar slaan. Hij sloeg mijn moeder ook; zij was heel erg in zichzelf gekeerd. Toen we het daarover hadden, merkte ik: daar heb ik in mijn relaties en zelfvertrouwen ook ontzettende last van.*

### Objectrelationele benaderingen van trauma

In de huidige psychoanalytische benadering wordt traumatisering niet alleen bepaald door overweldigende stress, maar weegt de innerlijke omgang met anderen, dat wil zeggen een objectrelationeel perspectief, zwaar mee. Traumatisering vernietigt de intrapsychische structuur van zelf- en objectrepresentaties die op meevoelende en begripvolle wijze betekenis kunnen geven aan de traumatische situatie, en in plaats daarvan bevolken de ouders de innerlijke wereld ('kwaadaardige introjecten'). Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn bij maatschappelijk geweld. Als traumatisering plaatsvindt binnen familiale afhankelijkheidsrelaties komen beschermende innerlijke voorstellingen van zelf en anderen niet tot stand of houden

niet stand. Onder grote en voortdurende stress gaan het vermogen te denken over psychische processen en het vermogen tot symboliseren verloren. Het betekenisnetwerk gaat kapot en de steun die betekenis kunnen geven bestaat dus niet meer. Niet geïntegreerde traumatische herinneringsfragmenten breken door het bewustzijn heen. Kwaadaardige zelf- en objectrepresentaties kunnen in de eigen persoon worden uitgeleefd, waardoor ernstige zelfproblematiek ontstaat, en/of worden in de buitenwereld geprojecteerd met grote relationele problemen als gevolg. Bovendien tenderen in het impliciete geheugen verankerde 'ways of being with the self and the other' (Stern e.a. 1998, p. 903) ertoe transgeneratieel te worden overgedragen.

Traumatische, vaak cumulatieve ontwikkelingsinterferenties kunnen de antecedenten zijn van ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Het trauma op zich leidt echter niet altijd tot persoonlijkheidsproblematiek of symptoomstoornissen. Er zijn tussenliggende factoren die bescherming kunnen geven. Het quasi-biologische en passieve Freudiaanse model van de prikkelbarrière is in de huidige psychoanalyse vervangen door relationele intrapsychische concepten als gehechtheidsveiligheid (Bowlby 1969), *holding environment* (Winnicott 1971) en mentaliserend vermogen (Fonagy e.a. 2002).

De moderne psychoanalyse benadrukt dat dergelijke interactie in de kindertijd met een primaire verzorger die 'good enough' mentaliseert, de innerlijke basis legt om negatieve ervaringen te kunnen hanteren; er ontstaat mentaliserend vermogen in het kind. Mentaliseren

is jezelf en anderen waarnemen en begrijpen vanuit 'mental states', dat wil zeggen vanuit impulsen, gevoelens, verlangens, behoeftes. De ontwikkeling van mentaliserend vermogen raakt geblokkeerd door de desorganiserende werking van trauma's of als door cumulatieve ontwikkelingsinterferenties de primaire gehechtheidsveiligheid duurzaam wordt verstoord. Er ontstaat dan onvoldoende psychische ruimte om tot innerlijke voorstellingen van psychische processen (in jezelf en anderen) te komen. Dit vergroot de psychische kwetsbaarheid voor persoonlijkheidsproblematiek, die zich vaak manifesteert in een gebrekkige impuls- en affectregulatie, een weinig stabiel en coherent zelfgevoel, ernstige identiteitsproblemen en relationele problemen.

Een voorbeeld van een patiënt met persoonlijkheidsproblematiek en een geschiedenis van cumulatieve traumatische ontwikkelingsinterferenties is een 36-jarige Marokkaanse vrouw, geboren in een arm dorp in het Rifgebergte. Toen ze vier was, is haar broertje (drie maanden oud) gestikt. Patiënte vertelt:

*Als moeder word je erop aangekeken als je geen zoon hebt, en het wordt je zwaar aangerekend als je zoiets overkomt. Ik weet niet of mijn vader het haar in stilte verwijt. Er werd nooit over gepraat.*

<sup>3</sup> Het NPI heeft een projectgroep die zich bezighoudt met de transculturele psychoanalytische behandeling van aan migratie gerelateerde identiteitsproblematiek. Zie Gomperts en Veen 2006 en [www.psychoanalytisch-instituut.nl/behandeling/migranten](http://www.psychoanalytisch-instituut.nl/behandeling/migranten).

Kort na de dood van het broertje kwam patiënte met haar moeder en zusje in het kader

## Voldoende intensiteit, continuïteit en duur

van gezinshereniging naar Nederland. Op de basisschool in Amsterdam-Noord werd ze erg gepest. Om haar isolement te doorbreken, verplichtte de juf de andere kinderen om de beurt met haar te spelen, wat wel prettig was maar tegelijk ook een vernedering. Op straat werd het gezin nagekeken en uitgejouwd: 'ga terug naar je eigen land.' Moeder kwam de eerste vijf jaar de deur bijna niet uit. Patiënte vertelt: *'Ik had een enorm schuldgevoel ten opzichte van mijn moeder omdat ze zo ongelukkig was. Ze had van die Marokkaanse gezegdes: Jij bent de schaamte op mijn wangen.'*

Vader was aanhalig en knuffelde patiënte veel, maar hij sloeg haar ook vaak en bedreigde haar.

*Van dat je te laat thuiskwam op je achtste, tot: 'ik heb je met een man zien lopen' toen ik 20 was. Hij sloeg je in je gezicht en bedreigde je: 'Waar ben je geweest, waarom droeg je geen hoofddoek, waarom stond je met die of die te praten?' Hij deed voor hoe hij je keel zou doorsnijden, hij zei dat hij je in stukjes in een plastic zak zou stoppen en tegen de buitenwereld zou zeggen dat je getrouwd was in Marokko.*

Om van de bedreigingen af te zijn, ging ze niet meer naar haar ouders. Het gevoel van dreiging

werd er echter niet minder op, want ze dacht dat haar vader haar met een mes zou vermoorden als hij haar tegenkwam. Na enige tijd zocht ze weer contact en is de verhouding verbeterd:

*'We hebben met elkaar gepraat en vader heeft gezegd dat het hem spijt.'*

Patiënte noemde indertijd als reden voor haar komst naar het NPI:

*Als ik zo doorga, krijg ik een burn-out. Ik heb heel veel stress, ik loop mezelf voorbij. Mensen hebben een beeld van mij: jij bent succesvol, jij bent intelligent, je heb het gemaakt, maar als ze eens wisten. Ik heb constant het gevoel dat ik me groot moet houden. Constant on the edge. Ik ben doodmoe.*

Ze zag erg tegen de therapie op omdat ze bang was voor alle verdriet en pijn in zichzelf. Ze zegt:

*Er is altijd tegen mij aangekeken als dat Marokkaanse meisje en als iemand uit de maatschappelijke onderlaag. Er was zoveel geweld thuis en ik voel zoveel pijn om mijn ouders. Ik wil het graag verwerken, maar kun je zoiets verwerken? Trouwens: wat betekent verwerken eigenlijk?*

In de psychoanalytische therapie is niet haar gedrag het focus, maar haar innerlijke wereld, waarop ik onze gezamenlijke aandacht dan ook steeds weer probeer te richten. Soms doe ik dat naar aanleiding van haar doen en laten buiten de therapiekamer en soms naar aanlei-

ding van wat er tussen haar en mij in de kamer gebeurt.<sup>4</sup> Ik probeer haar innerlijke beeld van zichzelf, van anderen en van mij te exploreren, te construeren en te reconstrueren om haar te helpen te herkennen en te ervaren wat zij voelt en denkt. Ook als zij de therapie en mij tot tegenstander maakt, probeer ik contact te maken tussen wat zij voelt en denkt en wat ik voel en denk, en verschillen daartussen expliciet op te merken en te accepteren. In mijn therapeutische houding probeer ik onderzoekend, actief en empathisch te zijn, zonder het beter te weten dan zij of te kiezen in de dilemma's waarin zij leeft. Op die manier probeer ik in de intersubjectieve relatie van de therapeutische setting het mentaliseren te bevorderen, zodat zij emotioneel en cognitief de cumulatieve traumatisering in zichzelf ruimte en een plaats kan geven (de vroegkinderlijke relatie met haar ontheemde en depressieve moeder, het lichamelijke geweld van haar aan gezinsmacht inboetende vader, de steeds terugkerende discriminatoire achterstelling van zichzelf en vooral haar ouders in Nederland). Een dergelijk proces vraagt om een therapeutische relatie met voldoende intensiteit, continuïteit en duur, al was het alleen maar om een voldoende veilig klimaat te scheppen. In deze therapie is dat tweemaal in de week met een voorlopig niet afgegrensde duur.

Resumerend: voor het paradigmatische eenmalige overweldigingstrauma is de Richtlijn

<sup>4</sup> Deze werkwijze is ontleend aan Bateman en Fonagy 2006.

Posttraumatische stressstoornis van toepassing. Bij aan trauma gerelateerde multiple ontwikkelingsinterferenties kan sprake zijn van complexe persoonlijkheidsproblematiek. Dan is langdurige intensieve (psychoanalytische) psychotherapie gewenst.

Dit artikel is een bewerking van een voordracht, gehouden op het symposium 'Trauma: dilemma's in kennis en toepassing', georganiseerd door de Stichting Kennis en Toepassing Psychotraumatologie en de Universiteit Utrecht, 9 februari 2007.

## Literatuur

- A. Bateman en P. Fonagy, *Mentalization-based treatment for Borderline Personality Disorder. A practical guide*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- J. Bowlby, *Attachment and loss. Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books, 1969.
- P. Fonagy e.a., *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press, 2002.
- W.J. Gomperts, 'De kortzichtige eenvoud van het depressieprotocol. Een kritisch commentaar vanuit het Nederlands Psychoanalytisch Instituut', *Tijdschrift voor Psychotherapie* 25 (1999) 2, p. 87-103.
- W.J. Gomperts en G.I.E. Veen (red.), *Migratie in psychoanalyse. Over psychoanalytische behandelingen van migranten en vluchtelingen*. Assen: Van Gorcum, 2006.
- D.N. Stern e.a., 'Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. The "something more" than interpretation', *International Journal of Psychoanalysis* 79 (1998), p. 903-921.
- D. Winnicott, *Playing and reality*. New York: Basic Books, 1971.

DR. W.J. GOMPERTS is klinisch psycholoog/psychoanalyticus. Hij is staflid van het Nederlands Psychoanalytisch Instituut en werkzaam bij de afdeling Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.  
(w.j.gomperts@uva.nl)