



NELLEKE NICOLAI

Scenario's van overdracht en tegenoverdracht

Kennis over vroegkinderlijke traumatisering; reflectie op het therapeutische proces

*(foto Mark Kohn/HH)*

De auteur gaat in dit artikel systematisch na wat de gevolgen zijn van vroegkinderlijke trauma's, welke voetangels en klemmen zich bij de behandeling kunnen voordoen en hoe die soms zijn te benutten. Een aantal van deze 'klemmen' krijgen bijzondere aandacht, zoals grensoverschrijdingen en tegenoverdracht in de therapeutische relatie.

De auteur rondt af met een bondige opsomming van de kwaliteiten die nodig zijn voor de behandeling van vroegkinderlijke traumatisering.

Tijdens supervisie en in het onderwijs merk ik regelmatig dat jonge ggz-professionals geconfronteerd worden met zeer moeilijke patiënten zonder dat zij beschikken over enige ervaring met of kennis over chronische en vroegkinderlijke traumatisering. In de meest ggz-opleidingen wordt weinig aandacht besteed aan overdracht en tegenoverdracht en zeker niet aan het systematisch reflecteren op wat er zich in een therapeutische relatie ontvouwt.

Een jonge psycholoog brengt een casus in van een vrouw die hem was toegewezen voor een korte cognitieve, op traumaverwerking gerichte therapie. Zij zit hele zittingen onaanspreekbaar in de stoel en reageert nauwelijks. Hij meldt dat dit hem mateloos irriteert. Hij vindt dat ze de verantwoordelijkheid voor zichzelf ontloopt en twijfelt aan haar motivatie. Het gaat om een verder redelijk functionerende vrouw die in de intake en de eerste gesprekken een zeer adequate indruk maakte en goed kon onderhandelen over wat ze wilde (een korte cognitieve therapie voor herbelevingen van een verkrachting waar ze zes jaar na dato nog veel last van heeft). De psycholoog wil de behandeling nu stoppen. Hij krijgt echter het advies om de veiligheid van de therapeutische relatie met haar te bespreken. Ze vertelt dan dat ze het moeilijk vindt om met hem in een kamer te zitten. Ze weet niet of ze weg kan. Ze blijkt met haar rug naar de deur te zitten, ziet zijn gezicht tegen het licht van het venster niet goed en merkt tot haar schrik dat zijn gezicht steeds lijkt te vervormen tot het gezicht van haar verkrachter, ook een jonge man.

Ook ervaren psychotherapeuten kunnen soms met de handen in het haar zitten als zij te maken krijgen met volwassen patiënten met een geschiedenis van geweld in de kindertijd. Er ontbreekt vaak kennis over de structurele veranderingen van de persoonlijkheid door vroegkinderlijke traumatisering. Voor ik overga naar de specifieke reënseneringen, zal ik eerst enkele algemene tegenoverdrachtsaspecten bespreken, namelijk onwetendheid over de structurele veranderingen bij vroegkinderlijke traumatisering, onzekerheid, machteloosheid en het niet tot stand brengen van een therapeutisch kader.

Gevolgen van trauma's in de kindertijd

Onder vroegkinderlijke traumatisering worden ervaringen met verlies, geweld, mishandeling, seksueel misbruik, ernstige emotionele en pedagogische verwaarlozing, zo tussen het eerste en zesde levensjaar, verstaan. We onderscheiden vroeg van later omdat juist in die eerste zes levensjaren de persoonlijkheid van een mens gevormd wordt en omdat uit onderzoek blijkt dat ervaringen op die leeftijd de stressbestendigheid, de veerkracht, de intelligentie en de emotionele mogelijkheden ernstig kunnen belemmeren.

Op de langere termijn kunnen zulke heftige, maar ook vaak sluipende ervaringen (denk aan seksueel misbruik, dat gaat vaak heel in het verborgen en sluipend) uiteenlopende effecten hebben. De belangrijkste zijn sprakeloosheid, desorganisatie van de hechting, fragmentatie van het zelfgevoel, verinnerlijking van het ouderschap, en beschadiging van het vermogen tot zelfregulatie.

Vroegkinderlijke traumatisering maakt sprake-

loos. Ze vermindert of vernietigt het vermogen tot symboliseren en mentaliseren. Wat er terugkomt in het hier en nu zijn flarden van lichamelijke en zintuiglijke ervaringen, zoals geuren en smaken en geluiden, flarden van beelden en herinneringen in de vorm van nachtmerries of herbelevingen zonder kop of staart en herhalingsgedrag (Laub & Auerhahn, 1993). Er is vaak geen duidelijke autobiografische herinnering met een verhaalstructuur, laat staan een herinnering waarbij de cognitieve impact de patiënt helder is. Het kan soms jaren duren voordat de verstikkende angst die iemand steeds ervaart als zij iets onderneemt, verhelderd kan worden als de onbewuste gedachte dat elke handeling haar schuldig maakt, omdat ze in essentie uitgaat van de fantasie dat wat er gebeurd is, haar eigen schuld was.

Daarnaast leiden dergelijke ervaringen vaak tot desorganisatie van de hechting. In plaats van één innerlijk werkmodel ontstaan er meerdere, tegenstrijdige representaties van het zelf en de ander. Het zelf wordt gezien als zwak en hulpeloos, de ander bij voorbaat als vijandig en kwaadaardig (Nicolai, 2008).

Het kan ook fragmentatie of splijting van het zelfgevoel geven. Dat is het helderst beschreven in de structurele dissociatietheorie (Van der Hart, Steele & Nijenhuis, 2006). Structurele dissociatie is het gevolg van chronische traumatisering. Elke ervaring van overweldigd worden leidt tot een splijting in een of meer ogenschijnlijk normale persoonlijkheidsdelen, die in staat gesteld worden het leven voort te leven, en een emotioneel persoonlijkheidsdeel, dat geheel in de greep is van niet-geverbaliseerde emoties in

het impliciete geheugensysteem. Het leidt voorts tot dader-verinnerlijking: tot zelfbestraffende sadistische en zelfsaboterende 'innerlijke stemmen'. Fonagy benoemt dit als het alien self. Een stelselmatig, niet-adequaate reageren van de ouder op het kind blokkeert het ontstaan van een tweezijdig regulatiesysteem, waarin het kind als veilig beoordeelde zelfaspecten in de moeder kan projecteren. Integendeel, de negatief beleefde aspecten van de ouder worden uitvergroot en dat leidt weer tot een negatieve reactie van het kind en zo voorts. Dit geeft op den duur hardnekkige opvattingen over het zelf als zwak, defect, schuldig en slecht.

Een trauma leidt tot een beschadiging van het vermogen tot zelfregulatie. Zelfregulatie en interactieve regulatie zijn normaliter in balans. Als we in stress zijn, kunnen we onszelf rustig krijgen door weg te kijken, ons te hernemen tot we voldoende tot rust zijn gekomen om weer contact aan te gaan. Als we teveel in stress zijn, zoeken we de vertrouwdheid van een ander die ons rustig kan krijgen door nabijheid. Als we rustig genoeg zijn, kunnen we weer de wereld gaan verkennen. Dit vermogen ontstaat in de vroege kindertijd. Beebe en Lachman (2002) stellen dat er een voortdurende uitwisseling is tussen zelfregulatie en regulatie door de ander. Als het goed gaat, is er een balans. Bij onvoorspelbare ouders bestaat verhoogde interactieve waakzaamheid, waarbij het kind voortdurend op de ander let, ten koste van het eigen vermogen tot zelfregulatie. We zien dit bij kinderen met een onveilige ambivalent gepreoccupeerde of een gedesorganiseerde hechting.

De patiënten die wij in onze spreekkamers krij-

gen zijn gedesorganiseerd gehecht (80 % van de kinderen die mishandeld zijn blijken een gedesorganiseerde gehechtheidstijl te vertonen). Ze nemen een specifiek patroon van emotieregulatie met zich mee: een hyperwaakzaamheid op wat wij doen en laten. Ze nemen een beeld van de ander als dader mee, ook al fantaseren ze in de therapeut een redder. Vertrouwen in de wereld is hen niet met de paplepel ingegeven. Zij voelen zich verward en machteloos en zijn slecht in staat hun eigen emoties te reguleren. Dat strekt zich vaak uit tot het reguleren van basale biologische behoeftes, zoals eten, slapen, rust en ontspanning.

Missen, gissen en repareren in de therapeutische relatie

Psychotherapie bedrijven met volwassenen met een vroegkinderlijke traumageschiedenis is lopen in een mijnenveld. Het ondergraaft ook de vanzelfsprekende filosofische aannames die we koesteren over goed en kwaad, over verantwoordelijkheid en eigen keuzes. Elke existentialistische notie dat de mens verantwoordelijk is voor zijn eigen lot en bestaan wordt aan het wankelen gebracht in een confrontatie met een patiënt die als kind is opgegroeid in een gezin, waar seksueel misbruik aan de orde van de dag was of kinderen opgesloten werden in kooien of kelders. Ons idee van het subject als actief handelend individu wordt op zijn kop gezet door onze patiënten bij wie de notie van agency nu juist zo beschadigd is.

Een andere bron van onzekerheid is de illusie dat een therapeut precies dient te weten wat er aan de hand is en hoe dat te behandelen. Fouten

maken is uitgesloten. Uit het onderzoek van Dalenberg (2000) blijkt dat empathische misers en breuken, collusies en grensoverschrijdend gedrag echter aan de orde van de dag zijn. Empathische misers ontstaan bij voorbeeld als een patiënte iets wil uitleggen de woorden niet kan vinden en de therapeut, overtuigd van zijn of haar goede bedoeling alvast het maar invult. Een andere empathische misser is het niet aanvoelen hoe belastend en beschamend het is om seksueel misbruikt te zijn, hoe je lichaam je verried door lichaamssensaties te voelen, die je niet wilde en de therapeut je zegt dat je je niet hoeft te schamen. Voor veel volwassenen met een dergelijke voorgeschiedenis is dat een kloof. Dat ze zich niet hoeven te schamen, weten ze ook wel. Dat ze dat doen is juist het pijnlijke. Een empathische breuk is niet zien hoe pijnlijk vakanties of onderbrekingen van de therapie zijn en patiënte kapitelen dat ze niet zo afhankelijk moet zijn. Niet de empathische misser of breuk op zich is erg, maar het niet repareren als de patiënt vertelt dat iets in het verkeerde keelgat is geschoten. Of wat vaker voorkomt als de therapeut niet door het bijna onmerkbaar terugtrekken, stiller worden, afspraken missen, oppervlakkiger verhalen vertellen, hoort dat er iets mis was dat rechtgezet moet worden. We weten nu uit onderzoek bij kleine kinderen dat alle ouders fouten maken, maar dat het er omgaat, dat het kind het recht heeft te protesteren en dat de ouder pogingen doet het kind te begrijpen en de breuk te herstellen. Datzelfde geldt ook voor therapeuten.

In het kort kunnen we stellen: elke traumatherapeut maakt fouten; dat is nu eenmaal de aard van het materiaal. Niet dát er fouten gemaakt zijn, is

het probleem, maar hoe met deze fouten wordt omgegaan. In het regulatiemodel van Beebe en Lachman (2002) gaat het, zoals ik hierboven al schreef, om een evenwicht tussen zelfregulatie en regulatie door de ander. Soms moet je een patiënt zelf even laten uitzoeken hoe hij/zij zich even kan hernemen. Dat is vertrouwen op de zelfregulatie. Soms moet je een interventie doen en steun bieden: dat is interactieve regulatie. Bij deze aanpak en de mentalisatie-bevorderende therapie blijkt een basisopstelling van onbevangenheid en nieuwsgierigheid de beste bron van verandering te zijn. Je kunt als therapeut niet alles weten en snappen. Laat het je uitleggen. Je maakt voortdurend missers. Je kunt immers geen gedachten lezen. Verontschuldigt je als je mis zit en neem de verantwoordelijkheid voor je eigen fouten en misverstanden. Dit model van 'missen, gissen en repareren' blijkt heilzaam te zijn voor het ontwikkelen van een coherenter en meer geïntegreerd zelf.

Afbakening van het therapeutische kader

Een van de meest desastreuze gebeurtenissen is het niet tot stand komen van een consensus in de therapie over wat er dient te gebeuren en hoe dat zal gaan. Patiënten zoeken naar een plek waar ze de voortdurende verwarring van hun leven kunnen ontrafelen. Tegelijk zoeken ze impliciet ook naar de 'ander' die voor hen kan repareren wat er fout is gegaan in hun leven. Maar door hun eigen ervaringen in een gefragmenteerde en niet gementaliseerde wereld, waarin geweld de boventoon voerde, is het besef onderontwikkeld dat dit dient te gebeuren via het uitwisselen van

woorden, gedachten en gedeelde momenten, via een dialoog dus, waarbij het gaat om de uitwisseling van woorden en niet om daden. Veel patiënten hopen op een wonder dat door de therapeut verricht kan worden. Veel patiënten die in het stadium van het equivalente denken verkeren (Bateman & Fonagy, 2004) menen dat alles wat er gebeurt door de therapeut bedoeld is en dat hun eigen gevoel over wat er gebeurt, de 'waarheid' is, zonder te beseffen dat het perspectief van de therapeut wel eens heel anders kan zijn. Dit kan in het begin van een behandeling tot onhoudbare toestanden leiden. De patiënt wil de kamer van de therapeut niet verlaten. Ze belt, raakt in crisis, verwondt zichzelf, dreigt met zelfdoding als de therapeut haar niet aanhoort, kan weekends en vakanties niet verdragen. Ze eist bewijzen van liefde, trouw en betrouwbaarheid van de therapeut en wuift die vervolgens weg als onvoldoende. Ze eist geheimhouding over zaken die haaks staan op de beroepsethiek van de therapeut. Kortom, de acute vorm van een negatieve overdracht treedt op de voorgrond.

Veel therapeuten ervaren deze patiënten als zo dwingend en eisend dat ze hen wegsturen, waarmee een nieuwe traumatische ervaring is toegevoegd. Anderen proberen door toe- en meegeven een therapeutische band te ontwikkelen en belanden zonder dat ze het weten in een regressieve collusie, waarin veel gehandeld (gebeld, gemaaild) wordt, maar weinig behandeld. Hoe begrijpelijk ook: het helpt niet om toe te geven wanneer een patiënt bijvoorbeeld eist dat een therapie frequenter wordt, dat de zittingen langer duren,

dat de patiënt geheimen mag bewaren, of dat hij of zij geen verantwoordelijkheid hoeft te nemen voor zelfzorg.

De beste ingang om de therapie te redden is stel-

Red me, maar kom

niet te dichtbij

selmatig transparant te zijn over de eigen grenzen en de grenzen van wat de therapie wel en niet vermag. De therapeut dient in te zien wat de gehechtheidsbehoefte is die aangesproken wordt in een therapeutisch contact. Stress roept een verhoogde hechtingsbehoefte op en als dat een patiënte met een gedesorganiseerde hechting betreft, begint de behandeling met tegelijkertijd heftige angst voor een relatie en een verhoogde behoefte met de impliciete relationele vraag: 'red me, maar kom niet te dichtbij'. Een eenvoudige opmerking die dit proces uitlegt, die wens en angst onder woorden brengt en uitlegt wat wel kan en wat niet – hoe legitiem de wens ook is – kan al veel rust geven.

Het verdient daarnaast aanbeveling vooraf duidelijk te bespreken wat het veiligheidsnetwerk is, ten aanzien van de bereikbaarheid van de therapeut, de opvang buiten kantooruren en de manieren om crises het hoofd te bieden, mochten deze zich voordoen. De patiënt met een traumatische overdracht test in het begin de houding van de therapeut: wat kan deze aan, is ze te vertrouwen, bij wie legt ze de schuld?

Uit Dalenbergs onderzoek bleek dat patiënten hun therapeut als empathisch en betrokken bleven ervaren, wanneer die duidelijk maakte dat

hij/zij zelf tijd nodig had en niet alles aankon, maar de verantwoordelijkheid bij zichzelf legde en niet bij de patiënt (Dalenberg, 2000).

Een derde hulpmiddel is het klassieke therapeutische kader. Hiermee wordt een vorm van psychotherapie bedoeld met regelmatige

Dissociatie creëert afstand

zittingen, duidelijke grenzen aan tijd en plaats, en een duidelijke afbakening in rollen. De therapie kan meer steunend of meer explorierend zijn, afhankelijk van de draagkracht en motivatie van de cliënt. Alleen als er een baseline is gemarkeerd, kunnen de afwijkingen geregistreerd worden en een bron voor overdenking door de therapeut vormen.

Dissociatie

Zoals ik hierboven al aangaf, is de gehechtheidsbehoefte van een patiënt met een traumatische voorgeschiedenis op zijn minst ambivalent te noemen. ‘Help me, maar kom niet dichtbij’. Meestal is er een grote angst zich te hechten. Zo groot dat ‘er zijn, maar er niet zijn’ tot modus van communicatie wordt, door te dissociëren tijdens de zitting.

Dissociatie in de therapeutische zitting kan bij de therapeut tot verschillende reacties leiden. Ze kunnen een empathische breuk tot gevolg hebben. Dissociatie creëert afstand. Het is immers een extreme vorm van zelfregulatie bij het ontbreken van meer adaptieve vormen van regulatie in een intermenselijk contact. Het is ontsnappen als er eigenlijk niet meer ontsnapt kan worden.

Dissociatieve processen, waarbij de patiënt geen contact maakt, zich niet bloot geeft, op gepersonaliseerde wijze over zichzelf praat leiden tot afstandelijkheid. In structurele termen: er is een ANP (*Apparently Normal Personality*), die een niet gepersonaliseerd verhaal vertelt (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2004).

De effecten kunnen variëren van mee-dissociëren (en hele zittingen vergeten), moe en slaperig worden tot verward raken, hevige gevoelens van machteloosheid en irritatie ervaren omdat men geen greep kan krijgen op wat er gebeurt. Dissociatie van de cliënt wordt ook vaak als een – niet altijd bewuste – krenking ervaren. Meer dan welk ander verdedigingsmechanisme roept dissociatie als incident de behoefte op om iets te doen, zoals ingrijpende therapeutische interventies, of om de dissociatie te duiden als weerstand, passieve agressie of ageergedrag.

Ook het optreden van identiteitwisselingen kan men bekijken vanuit het standpunt van herhalingsgedrag. De persoonlijkheidsdelen dragen traumatisch materiaal en worden opgeroepen door prikkels in en buiten de therapeutische situatie. Kennis van de verschillende EP's (Emotionele Persoonlijkheidsdelen) en hun functie is daarom van groot belang (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2004; Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). Kinddelen komen vaak vanuit aanpassing en onderwerping, om een goede relatie te houden maar vooral om angst te bezweren. Kinddelen worden ook vaak naar voren geschoven om te kijken of de therapeut voorbij bepaalde grenzen te krijgen is (hoe ver zal hij gaan en wanneer draait zorg om in weezin of misbruik).

Andere persoonlijkheidsdelen houden de relatie met de therapeut op afstand of veilig door deze te ontkennen, onmogelijk te maken en te controleren. Deze interne daderdelen (introjecten) hebben meestal de boodschap dat de therapie niet veilig is en niet vertrouwd kan worden. Deze daderintrojecten kunnen beter gezien worden als een poging tot bescherming. Een kind dat gestraft wordt, heeft de neiging zichzelf daarna straffend toe te spreken in een poging de pijnlijke situatie actief te overwinnen. Daderdelen zijn dus ooit ontstaan om pijnlijke situaties in een intersubjectieve wereld te voorkomen. Alleen is dit defensieve proces nu zijn doel voorbij geschoten. Een dergelijke uitleg helpt de patiënte ook om deze delen, waarvoor vaak grote angst bestaat, beter te leren kennen, dus te integreren.

Collusies

Letterlijk betekent collusie een gezamenlijk ‘spel’ waarbij de een de ander zo beïnvloedt dat beide partijen zich gevangen voelen. Het treedt op als de pathologie van de patiënt de therapeut zo beïnvloedt dat deze zich aanpast en niets meer durft te doen, niet meer na kan denken en vanuit het ‘schuttersputje’ van de theorie of het protocol interventies afvuurt. Collusies ontstaan als patiënten op grond van hun traumatische voorgeschiedenis, angsten en geheime fantasieën de therapeut uitnodigen diverse rollen aan te nemen en de therapeut hierop ingaat zonder reflectie op wat er met hem gebeurt. Kenmerkend voor de impasse is dat de therapie blijft steken in een rigide rolverdeling. Het gevolg van een onbewust samenspel kan op den duur tot het verlies van het therapeutische kader leiden.

Meestal blijven frequentie en aanwezigheid bestaan, maar komt de behandeling niet verder. De aanpassingen kunnen op den duur leiden tot het onbespreekbaar blijven van verschillende onderwerpen. Denk hierbij aan de patiënte die de psychotherapeut op subtiele wijze steeds laat merken dat deze geen enkel belang voor haar heeft en de therapeut die steeds meer zijn best gaat doen, steeds actievere interventies doet, maar niet aan de orde stelt dat het therapeutische proces door deze beweging van afwijzing en aanpassing vast is komen te zitten.

Typerend voor traumatische relaties is dat de rollen kunnen wisselen en omkeren. Davies en Frawley (1994) en Gabbard (1995) noemen als meest voorkomende scenario's: het redderslachtoffer-dader-scenario. Het reddersgedrag van therapeuten als reactie op de hulpeloosheid en pijn van hun cliënten is in eerste instantie het gevolg van de primaire empathische respons. De collusie ontstaat als de autonomie, de zelfregulatie en gelijkwaardigheid van de patiënt zich niet ontwikkelt.

Sommige patiënten houden hardnekkig vast aan het beeld van zichzelf als slachtoffer – zwak, hulpeloos en onschuldig – zelfs als daar gezien hun competenties en mate van zelfzorg op andere terreinen geen reden meer voor is. Dit vervult een aantal mogelijke functies. De ervaringen en symptomen van de patiënt roepen zorgend en empathisch gedrag bij anderen op. Voor de cliënt is het benadrukken van de eigen slachtofferpositie en machteloosheid vaak de enige manier om bij de therapeut te zijn en te blijven.

De omkering, het redden van de therapeut, komt overigens even vaak voor. De patiënt gaat dan al

of niet bewust in op de behoeften van de therapeut, bijvoorbeeld aan een 'beste' patiënt of aan het strelende idee een goede therapeut te zijn. Dit uit zich in idealisering. De therapeut voelt zich geveild, maar vervolgens geërgerd omdat er weinig gebeurt in de behandeling. De dynamiek is het scenario tussen het zoete, goede kind en het recht op genoegdoening van de almachtige, goedwillende ander.

Een ander voorbeeld van deze collusie is het 'klein maar dapper' scenario. Dat bestaat uit een oudere hulpverlener (man of vrouw) met een jonge patiënt(e) die in alle aspecten favoriet is. Zij is gemotiveerd en lijkt hard te werken, maar de ingrijpende aspecten van het trauma en de bijbehorende gevoelens van angst, woede, wraak, schaamte en haat komen nauwelijks aan de orde. Ook over seksualiteit wordt niet gesproken. Het overheersende tegenoverdrachtsgevoel is betrokken vertederding. De afgesplitste negatieve gevoelens worden meestal op het zelf gericht en de patiënt houdt wanhopig het beeld op van een ideaal kind met een ideale, goede ouder/therapeut. In extreme zin zien we dat er überhaupt over het trauma niet gesproken wordt. Er worden nog heel wat behandelingen afgesloten waarin in-cerstervaringen nooit aan de orde zijn gekomen.

Het derde aspect, de dader, zien we terug in de irritatie bij therapeuten over vermeend slachtoffergedrag en in het laatdunkende en vaak ongefundeerde gebruik van diagnostische etiketten. Maar therapeuten kunnen ook het object zijn van de aanhoudende boosheid, minachting, venging, ongelijktheid, agressie en eisen van de patiënt. De patiënt herhaalt dan in de daderpositie wat hem is overkomen. Een motief voor de dader-

positie is soms ook dat een agressieve opstelling een effectieve manier is om een intieme (dus bedreigende) relatie te voorkomen. De therapeut kan zich in dergelijke posities net zo gevangen en machteloos voelen als de cliënt. Het gaat dan om het recht op genoegdoening van de almachtige goedwillende ander.

Een psychiater heeft een patiënt die hij beschrijft als 'een spons, een zeur, een klit'. Niet dat hij de negatieve gevoelens heeft is het probleem, maar dat hij ze uit. Hij kan het niet laten om sarcastische opmerkingen te maken waarop de patiënt ineen krimpt en zwijgt en vervolgens door gaat met klagen over lichamelijk ongemak. Daar wordt de therapeut nog meer door geërgerd. Hij zucht, schuift heen en weer (zichtbaar op de video). Hij voelt zich woedend en machteloos. 'Wegsturen' is de eerste fantasie die in hem opkomt als hem gevraagd wordt wat hij zou willen doen. Na enig nadenken volgt dan: 'Ik zou hem wel in elkaar willen slaan'. Pas dan gaat hem het licht op dat deze patiënt als jongen ernstig is mishandeld door zijn stiefvader. Daarover ging het overigens niet in de behandeling, die op de depressieve klachten gericht was.

Grensoverschrijdingen en perverse scenario's

Seksueel contact tussen hulpverleners en patiënt en seksueel misbruik in hulpverleningssituaties is een serieus risico voor mensen die als kind misbruikt zijn. De kans op revictimisatie, dat wil zeggen een herhaling van seksueel misbruik als volwassene, is voor slachtoffers van seksuele

kindermishandeling zeven keer groter (Acierno, Resnick, Kilpatrick, Saunders & Best, 1999). Helaas gebeurt dit ook – en misschien vooral – in de hulpverlening. Wat ook de rationalisaties zijn van de therapeut tijdens en achteraf, het is duidelijk dat het voor de patiënten altijd desastreus afloopt. Uit het onderzoek van Pope, Sonne en Holroyd (1993) blijkt dat veel psychotherapeuten verliefde of erotische gevoelens koesteren,

Trauma's belemmeren mentaliteit

vaak ook als reactie op de erotische gevoelens die de patiënt bekent. Het zal duidelijk zijn dat elk handelen kan leiden tot de slippery slope van een reënsenering van het oorspronkelijke trauma. Wie als therapeut zo handelt, verliest de symbolische ruimte van de therapie uit het oog.

Maar wat te doen als de patiënt hevig verliefd is op de therapeut en aandringt op een reactie? Of als de patiënte vraagt om vastgehouden te worden, een hand te mogen vasthouden of zich om de hals van de therapeut werpt? Dalenberg (2000) en haar collega's onderzochten patiënten met een dergelijke ervaring en ontdekten dat niet-erotische aanrakingen, zoals een hand vasthouden of een schouderklopje krijgen, veel voorkwamen en door de patiënten hogelijk gewaardeerd werden. Wel ervoeren de patiënten het als positief dat deze handeling daarna besproken werd in het licht van de geschiedenis van de patiënt. Dat wil zeggen: het bleef geen beschaamd geheim. Verliefdheid van de patiënt

werd vaak meteen benoemd als 'overdracht'. Dit werd door deze patiëntengroep als bijzonder afwijzend beleefd. Voor hen is hun gevoel immers echt. Trauma's belemmeren mentaliteit: het gevoel van een 'alsof relatie'. Patiënten waardeerden het als therapeuten zeiden dat ze zich geveild voelden of dat ze hieruit begrepen hoe belangrijk ze waren, maar dat het niet tot handelingen zou komen. De meest succesvolle oplossing van een erotische overdracht komt van een mannelijke therapeut die zijn patiënte vertelde dat het vanzelfsprekend was dat beiden warme en intieme gevoelens

ten opzichte van elkaar hadden, in een proces als deze therapie, en dat het een goed teken was dat deze gevoelens zo positief waren. Het enige negatieve zou zijn als deze gevoelens zouden leiden tot een wijziging van de basisdoelen van de therapie (Dalenberg, 2000, p. 213). Op die manier wordt het gevoel en de betekenis erkend, maar zo dat het contract gerespecteerd wordt.

Datzelfde geldt voor vragen over persoonlijke zaken, zoals burgerlijke staat, eigen traumatische ervaringen of seksuele geaardheid. Een therapeut kan ook zeggen dat zij/hij liever deze vragen niet wil beantwoorden, omdat het hem/haar een ongemakkelijk gevoel geeft. Anderen exploreren de betekenis en antwoorden wel als duidelijk is dat het de veiligheid van de patiënt ten goede komt. Een minder vaak genoemde grensoverschrijding is het perverse scenario waarin het geweld als emotioneel geweld herhaald wordt. 'Pervers' duidt hierbij niet op seksuele perversie, maar op het stelselmatig tekort doen of ten eigen bate gebruiken van de patiënt.

Een vrouw is in behandeling bij een hulpverlener die haar extra laat betalen voor lange zittingen waarin hij haar vertelt over de problemen met zijn vrouw. Het blijft bij praten: er is geen seks. Vriendinnen dringen aan op staken van deze 'behandeling', maar zij stelt dat ze niet weg kan, omdat ze om hem geeft en hij dreigt met zelfmoord als ze hem in de steek laat.

Het hanteren van tegenoverdracht

Hierboven heb ik gesteld dat tegenoverdrachtsgevoelens ook belangrijke bronnen van informatie kunnen zijn. Ze geven inzicht in wat de patiënt ervaren zou kunnen hebben via het mechanisme van projectieve identificatie.

Het hanteren en herkennen van deze tegenoverdrachtsreacties als bron van informatie verloopt in drie stappen.

De eerste stap is het zelfonderzoek. Een goede leidraad vormen de vragen die Daniëli (1994) formuleert. Welke beelden roept dit op; is er een verband met mijn eigen leven? Welk gevoel roept het in mij op; wat zegt dit over mij en over de patiënt, en tot welke 'dans' word ik uitgenodigd? De ervaring leert dat nadenken in verbale termen meestal niet voldoende is. Zintuiglijke sensaties en metaforen zijn vaak onmisbaar bij dit zelfonderzoek. Een hulpmiddel is het zich concentreren op beelden (imaginatie). Dat is het mijmeren over wat er in het gesprek is gebeurd. Het is een vorm van denken zonder doel, waarbij je spontaan associaties en beelden kan laten opkomen. Men noemt dit ook wel 'réverie'. In de réverie beschouw je alle elementen van het verhaal dat de patiënt je vertelt. Belangrijk is daarbij te we-

ten dat wat niet verteld kan worden overgebracht wordt ‘tussen de regels’, in de vorm van gedachten en gevoelens bij de toehoorder. Men noemt dat ‘projectieve identificatie’ en het berust op de werking van ons sociale brein dat ‘aanvoelt’ wat er speelt zonder dat iemand dat zegt.

Bij dat mijmeren is ook belangrijk om de eigen fysiologische reacties zoals spierspanning of hartkloppingen te onderkennen en te beseffen dat alle therapeuten effecten ondergaan van het werken met getraumatiseerde patiënten. Verschillende onderzoekers wijzen erop dat angst bij alle door hen onderzochte therapeuten voorkwam (Lindy, Green, Grace, MacLeod & Spitz, 1988). Ook videoregistratie van de zittingen kan helpen.

Zo zag ik op een video dat ik zelf voortdurend zat te friemelen en te bewegen terwijl de patiënt als een zombie aan het vertellen was. Ik was dus bezig met extra zelfregulatie. Kennelijk was ik angstig, zonder dat ik dit bewust waarnam. Pas in de avond schoot een beeld door me heen: Ik voelde me als een konijn in het schijnsel van de koplamp. Pas dan realiseer ik me dat dát is wat de patiënt gevoeld moet hebben toen ze klein was.

Een tweede stap is het bespreken van gevoelens en reflecties met collega’s in de vorm van intervisie of supervisie. De reactie van collega’s kan ons opmerkzaam maken op wat er speelt. Ook een consultatie bij een vertrouwde collega kan helpen, als deze gewoon kan luisteren naar het verhaal en terug kan geven wat er ‘tussen de regels’ te horen is.

Het doel van de exercitie in stap 1 en 2 is het uit elkaar rafelen welk gevoel er speelt dat nooit verwoord kon worden (bij voorbeeld heftige desintegrerende angst). Als door deze twee stappen de gevoelens begrijpelijk zijn en de therapeut het gevoel heeft dat de patiënt deze kan aanhoren zonder overspoeld te raken, dan volgt de derde stap.

Een derde stap is het delen van dit gevoel met de patiënt. Dalenberg houdt een indrukwekkend betoog voor transparantie van de therapeut bij juist deze doelgroep. Transparantie betekent dat de therapeut zijn of haar observaties en gevoelens deelt op een respectvolle wijze en in de context van een behandelingscontract, waarin empathie en veiligheid voorop staan. Zo geeft zij een voorbeeld van een dreigende patiënt die zes eerdere hulpverleners had gehad die hem niet konden behandelen omdat hij zo agressief was. Hij komt scheldend haar kamer binnen, waarop zij gaat zitten en zegt: ‘ik word bang van u en als ik bang ben kan ik niet horen wat u te vertellen heeft’. Zij adviseert dus op basis van tegenoverdracht gedachten en gevoelens te bespreken, maar dat moet voldoen aan zekere voorwaarden. Ten eerste moet duidelijk zijn dat het gaat om het gevoel van de therapeut. Dus: ‘ik word bang’, of ‘ik begrijp niet goed wat er aan de hand is, waarom het gesprek vastloopt; zullen we samen eens kijken waar het mis ging?’ En niet: ‘u maakt me bang’, of ‘u projecteert uw agressie op mij’. Ten tweede moet steeds de tegenoverdracht in het kader van de werkkrelatie besproken worden. Het is belangrijk de nadruk te leggen op de realiteit van een werkcontract, waar beiden evenveel in investeren. Het samenwerkingsaspect houdt ook in dat

de therapeut – als de patiënt de therapeut iets verwijt – deze gevoelens serieus neemt en zich niet meteen verdedigt of verschuilt achter een professionele distantie. Het is de moeite waard eerst te exploreren wat, wanneer en hoe iets gebeurd is, wat de patiënt geprecipieerd heeft, en excuses aan te bieden als er sprake is van een empathische breuk. De mentalisatiebevorderende therapie (MBT) van Bateman en Fonagy beschrijft in heldere termen hoe een dergelijke transparante basishouding in de behandeling het mentaliserend vermogen vergroot.

Welke kwaliteiten heeft een traumatherapeut nodig?

In dit artikel zijn drie pijlers besproken die van belang zijn in de behandeling van patiënten die in hun jeugd getraumatiseerd zijn geraakt. (Pijler vier is een goede zelfzorg¹.)

De eerste pijler is kennis over wat vroegkinderlijke traumatisering voor effecten heeft op affectregulatie, het zelfbeeld van de patiënt en het beeld van de ander, de hechting en de diepgaande gevolgen van machteloosheid en hulpeloosheid. Deze patiënten zijn vaak gedesorganiseerd gehecht. Ze brengen een specifiek patroon van emotieregulatie met zich mee: een hyperwaakzaamheid, een beeld van de ander als dader en fantasieën over de therapeut als redder. Zij

1 De vierde pijler bestaat uit bescherming tegen secundaire posttraumatische stressstoornis en compassion fatigue en goede zelfzorg door ook ander werk te doen, te sporten, een goede relatie te onderhouden, muziek, kunst, vriendschappen, meditatie.

voelen zich verward en machteloos en zijn slecht in staat hun eigen emoties te reguleren. Dat strekt zich vaak uit tot het reguleren van basale biologische behoeftes, zoals eten, slapen, rust en ontspanning.

De *tweede* pijler is het genoemde vermogen te reflecteren op de eigen ervaringen in de therapie, niet alleen verbaal, maar ook via sensorische, beeldende en fysiologische informatie. Wat riep deze zitting bij me op? Als ik er over mijmer, welk beeld komt dan naar boven? Hoe heb ik me lichamelijk gevoeld? Was dat van mij, of heb ik onbewust iets van de patiënt 'opgepikt'. Hoe zat hij/zij erbij? Heb ik deze zitting iets onder woorden kunnen brengen waardoor de patiënt meer kon voelen of nadenken? Of bleven we allebei in onze schuttersputjes. Was ik wazig? Of juist gespannen? Dit is informatie die essentieel is om de binnenwereld te begrijpen van vroeggetraumatiseerde patiënten. Zij lijden aan nog niet te verwoorden gevoelens of hebben de gereedschappen niet om te begrijpen dat emoties potentieel begrijpelijk zijn en niet hen werkelijk kapot maken.

Het is de taak van de therapeut deze heftige emoties te begrijpen en net zo lang vast te houden tot de patiënt ze kan hebben. Dat noemt men mentaliseren. Cruciaal is om deze reflectie vervolgens met de patiënt te bespreken en als er sprake is van missers de empathische breuk te repareren.

Intervisie en supervisie vormen een *derde* belangrijke pijler. Intervisie heeft als belangrijkste functie de therapeut te leren de posttraumatische affecten, beelden en identificaties te 'containen'. Een goede intervisie maakt gebruik van de af-

stand die de groepsleden ten opzichte van een casus hebben en geeft ruimte aan spontane associaties, beelden en gevoelens. Het kan een veilig middel vormen om in samenspraak met collega's tegenoverdrachtsreacties te herkennen. Daarom dient intervisie niet oordelend of competitief te zijn. Datzelfde geldt voor supervisie. Een voordeel ten opzichte van intervisie is dat de parallelprocessen bij supervisie soms beter zichtbaar en bespreekbaar zijn.

Dit artikel is een bewerking van het artikel 'Overdracht en tegenoverdracht bij vroegkinderlijke traumatisering' geschreven door Nelleke Nicolai, verschenen in het *Tijdschrift voor psychotherapie* (2008) 6, pp. 431-449.

Literatuur

- Acierno, R., H. Resnick, D.G. Kilpatrick, B. Saunders & C.L. Best, 'Risk factors for rape, physical assault and posttraumatic stress disorder in women. Examination of differential multivariate relationships', in: *Journal of Anxiety disorders* vol. 23 (1999) pp. 541-563.
- Allen, J., *Traumatic relationships and serious mental disorders*. New York: Wiley, 2001.
- Allen, J. & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization based treatment*. New York: Wiley, 2006.
- Bateman, A. & P. Fonagy, *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- Beebe, B. & F. Lachman, *Infant research and adult treatment. Co-constructing interactions*. New York: The Analytic Press, 2002.
- Chu, J.A., 'Ten traps for therapists in the treatment of trauma survivors', in: *Dissociation* vol. 1 (1988) 4, pp. 24-32.
- Dalenberg, C.J., *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington DC: American Psychological Association, 2000.
- Danieli, Y., 'Countertransference, trauma and training', in: J.P. Wilson & J.D. Lindy (Eds.), *Countertransference in the treatment of PTSD* (pp. 368-388). New York: Guilford Press, 1994.
- Davies, J.M., & M.G. Frawley, *Treating the adult survivor of childhood abuse*. New York: Basic Books, 1994.
- Gabbard, G.O. & S.M. Wilkinson, *Management of countertransference with borderline patients*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994.
- Gabbard, G.O., 'Countertransference: the emerging common ground', in: *International Journal of*

- Psychoanalysis* vol. 67 (1995) pp. 475-485.
- Hart, O. van der (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1991.
- Hart, O. van der, E.R.S. Nijenhuis & K. Steele, *The haunted self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton, 2006.
- Heimann, P., 'On countertransference', in: *International Journal of Psychoanalysis* vol. 31 (1950) pp. 81-84.
- Herman, J.L., *Trauma and recovery*. New York: Basic Books, 1992.
- Janoff-Bulman, R., 'The aftermath of victimization: Rebuilding Shattered assumptions', in: C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake*. Deel 1 (pp. 15-35). New York: Brunner/Mazel, 1983.
- Kernberg, O., 'Acute and chronic countertransference reactions', in: P. Fonagy, A.M. Cooper & R.S. Wallerstein (Eds), *Psychoanalysis on the move: the work of Joseph Sandler* (pp. 171-186). Londen: Routledge, 1999.
- Klein, M., 'Notes on some schizoid mechanism', in: Mitchell, J. (Ed.), *The Selected Melanie Klein* (pp. 176-200). Londen: Peregrine, 1946.
- Laub, D. & N.C. Auerhahn, 'Knowing and not knowing: forms of traumatic memory', in: *International Journal of Psychoanalysis* vol. 74 (1993) pp. 287-302.
- Lindy, J.D., B.L. Green, M.L. Grace, J.A. MacLeod & L. Spitz, *Vietnam: a casebook*. New York: Brunner/Mazel, 1988.
- Lindy, J.D. & D.C. Lindy, 'Countertransference and disaster psychiatry: from Buffalo Creek to 9/11', in: *Psychiatric Clinics N. Am* vol. 27 (2004) pp.571-587.
- Mitchell, S., *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1993.
- Nicolai, N.J., 'Overdracht en tegenoverdracht in traumabehandeling', in: P. Aarts & W. Visser (red.), *Trauma. Diagnostiek en behandeling*. Utrecht: Cogis/Bohn, Stafleu en Van Loghum, 2e dr. 2007).
- Nicolai, N.J. (red.), *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik*. Utrecht: De Tijdstroom, 2e dr. 2008.
- Nijenhuis, E., O. van der Hart & K. Steele, *Traumarelated structural dissociation of the personality*, 2004. www.traumapages-com/nijenhuis-2004.htm
- Pearlman, L.A., & K.W. Saakvitne, *Trauma and the therapist*. New York: Norton, 1995.
- Pope, K., J. Sonne & J. Holroyd, *Sexual feelings in psychotherapy. Explorations for therapists and therapists-in-training*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993.
- Porges, S., 'The Polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system', in: *International Journal of Psychophysiology* vol. 42 (2001) pp. 132-146.
- Porges, S., 'The polyvagal theory: phylogenetic contributions to social behavior', in: *Physiology and Behavior* vol. 79 (2003) pp. 503-513.
- Schore, A.N., *Psychoanalysis and the development of the right brain*. Unpublished address, The First North American International Psychoanalytic Association Regional Research Conference, 'Neuroscience, Development & Psychoanalysis.' New York, December, 1999.
- Schore, A.N., 'The self-organization of the right brain and the neurobiology of emotional development', in: M.D. Lewis & I. Granic (Ed.), *Emotion, development, and self-organization* (pp. 155-185). New York: Cambridge University Press, 2000.
- Schore, A.N., 'Neurobiology, developmental psychology and psychoanalysis: convergent findings on the subject of projective identification', in: J. Edwards (Ed.), *Being Alive*. London: Brunner/Routledge, 2001.
- Wilson, J.P., & J.D. Lindy (Eds.), *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York: Guilford Press, 1994.

NELLEKE NICOLAI is psychiater.