

Het trauma als zwart gat

Van metastasen tot permanente catastrofe

In: Kinet, M. (2016). Het trauma als zwart gat. Van metastasen tot permanente catastrofe. In: Kinet M. (Eds.), bookseries: Psychoanalytisch Actueel, vol: 22, *Trauma binnenstebuiten. Verbanden bij psychische wonden*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant Uitgevers, 71-94.

L'individu est le produit d'une histoire, dont il cherche à devenir le sujet
Vincent de Gaulejac

Les souvenirs embellissent la vie, l'oubli seul la rend possible
Enrico Cialdini

Mark Kinet

Het zwarte gat

65 miljoen jaar geleden, namelijk met de overgang van het krijt naar het tertiair, trad ingevolge de inslag van een meteoriet en de stofwolk die hierdoor ontstond een drastische klimaatverandering op. Ze zou geleid hebben tot het verdwijnen van de landsauriërs. Of er bij dergelijke meteorietinslag zo'n catastrofe ontstaat hangt voornamelijk van twee factoren af: de grootte van de meteoriet en de dikte/kwaliteit van de dampkring. In de natuur heerst inderdaad een proportionaliteit. Een kleine steen geeft kleine kringen in de vijver, een grote steen grote kringen. Van in het begin wil ik beklemtonen dat deze proportionaliteit door het psychische wordt gedenatureerd. Het gaat niet om de objectief maar om het subjectief gewicht van de steen. Zijn gewicht wordt bepaald door wat hij voor die ene concrete persoon op dat ene specifieke moment in zijn levensgeschiedenis betekent¹.

Paleontoloog Stephen Jay Gould (Kayzer, 1993) noemt de mens 'een schitterend ongeluk'. Volgens hem hebben wij onder andere aan dit kosmisch trauma ons ontstaan te danken. Of de mens een geluk of een ongeluk is (dan wel of hij schittert) laat ik vandaag in het midden maar ik vond het

¹ Voor de verschillen tussen natuurlijke en psychische oorzakelijkheid zie Andre Green (1995)

Hoe anders is het bij psychische en dus onzichtbare of verborgen problemen, waar men zich (bijvoorbeeld uit gebrek aan vertrouwen, maar ook uit schuld- of schaamtegevoelens) vaak niet laat verzorgen, maar probeert te *verbergen*! Nochtans veroorzaakt voor heel wat gepsychotraumatiseerde patiënten het trauma een catastrofe. De schade op de grond mag dan in tijd en ruimte beperkt zijn. Veel groter en permanent is ze voor wat hun beschermende schil betreft. Voor zover hun dampkring het deed is hij nu immers pas goed naar de vaantjes: vol toxische deeltjes en verminderd qua zuurstof laat hij zowel zonnewarmte als zonlicht minder door. Er is een zowel kwantitatieve als kwalitatieve verarming van leven. Sommige levensvormen sterven simpelweg uit.

Binnen het klinisch psychotherapeutisch milieu voor angst-, stemmings- en persoonlijkheidsproblemen waar ik sinds ruim twintig jaar beleidsverantwoordelijke psychiater ben, heeft tegenwoordig ongeveer de helft van de patiënten te maken gehad met trauma in engere zin. In vergelijking met mijn beginjaren betekent dit een zeer forse toename die ongetwijfeld te maken heeft met onze ontgrensde Borderline Times (De Wachter, 2013). In de termen van Verhaeghe (1997) gaat het dan om accidenteel trauma in tegenstelling tot het structureel trauma dat algemeen menselijk is en gevolg van de nooit helemaal of sluitend aan het symbolisch-imaginaire te binden drift, waarover ook verder meer. Het ontwrichtend effect dat van trauma uitgaat maakt van onze afdeling nu en dan een heus rampgebied of oorlogszone. Golven van zwaargewonden spoelen bij tijd en wijle in het veldhospitaal aan. Handen komen dan tekort voor EHBO, laat staan en a fortiori voor de eigenlijke (vaak chirurgische) behandeling. Het is een zone van permanente catastrofe.

En dat terwijl -Freud (1937 p 270) parafraserend- veel traumahulpverlening iets van het volgende heeft. Door een omgevallen petroleumlamp is een huisbrand ontstaan en de brandweer beperkt er zich toe de lamp uit de woning te verwijderen. Ook komt nogal wat traumahulp neer op een soort van medelijden met terugwerkende kracht. Alsof dit zou volstaan! Niet alleen moet minstens alle vuur worden geblust maar ook dient de schade tot in de verste uithoeken van de woning te worden geïnventariseerd en in de mate van het mogelijke te worden hersteld. Vaak is het huis zelfs helemaal onbewoonbaar geworden en dient men binnen de grenzen van het perceel van op of zelfs onder de grond een volledig nieuwe of gerenoveerde woning op te trekken.

Zoals zal blijken vertoont traumaverwerking (zoals overigens ook rouwverwerking) veel gelijkenis met een verteringsproces. Bepaalde pijnlijke ervaringen zijn rauw en onverteerd op de maag blijven liggen en zorgen te pas en te onpas voor zuur en oprispingen. Therapie kan dan vergeleken worden met kauwen en herkauwen. De inhoud wordt in de mond genomen en met behulp van het speeksel dat eraan wordt vuil gemaakt wordt het verteringsproces ondersteund. Het eigen speeksel en welteverstaan dat van de therapeut. Hij draagt immers evenzeer een metaboliserend steentje tot het verteringsproces bij want de rauwe kost gaat tegen heug en meug van mond tot mond. Als deze arbeid voldoende wordt vol gehouden kan een en ander bij wijze van spreken voldoende verteren om naar de darmen zakken. Het zit er nog, maar het komt niet meer naar boven. Door het symbolisch imaginaire is het reële als het ware voldoende '*enteric coated*' om passage en verteerbaarheid te bevorderen. Dit is allemaal veel gemakkelijker en vooral vlugger gezegd dan gedaan. In de regel is dit alles werk van jaren.

In een andere vergelijking gaat het om een complexe en langdurige microchirurgische operatie waarbij alle uitzaaiingen van het kankergezwel minutieus worden opgespoord. Het heeft dan heel

In lacaniaanse bewoordingen blijft het trauma reëel. Puur lichamelijke en zintuiglijke gewaarwordingen (bijv een geur, een vieze smaak in de mond, pijn in de genitaalstreek) liggen dan ten grondslag aan verdediging van het dissociatieve type. Dissociatie is een primitieve en adaptieve respons tegen overstimulatie en pijn. Het is een stoornis in de integratieve functies van identiteit, geheugen en bewustzijn die de mechanismen van verdringing en splitsing verergert. Er is dan geen symbolisatie, geen vergeten, geen verdringing. Het trauma kan niet gedacht noch verwoord worden. Het Ik splitst af en dissocieert de ongesymboliseerde ervaring om vernietiging te vermijden.

Ageren en agressie

Het tegengestelde van mentalisatie is evacuatie. De patiënt sleept een ondraaglijk 'pak' met zich mee en tracht er zich op allerlei mogelijke en onmogelijke manieren van te ontdoen. Zoals wel eens gezegd wordt: 'Ik zou ongelukken doen!'. Ageren, vluchten, middelengebruik, eetstoornissen of zelfverwondend gedrag kunnen alle begrepen worden als telkens weer falende pogingen dergelijke onverwerkte traumatische inhouden te lozen, te evacueren. Al deze fenomenen zijn 'een stomme nooduitgang voor doe het zellers'². Stom want zonder woorden, doe het zellers want de weg naar de grote Ander is door geschaad vertrouwen verloren gegaan. Soms zijn de symptomen echter sprekend. Volgens Dusty Miller (1994) speelt bij veel vrouwelijke automutilanten de factor *enactment* van seksueel misbruik en trauma een hoofdrol. Vrouwen die zichzelf aandoen wat hen door anderen is aangedaan.

Voor de patiënt, zijn omgeving en ook voor vele hulpverleners raadselachtig fenomeen is de soms traumatofie³ lijkende herhalingsdwang als poging tot bemeestering. Hierbij kan een op het eerste gezicht onbegrijpelijke, fatale en schuldbeladen passief-actief omkering optreden waarbij het 'slachtoffer' 'dader' wordt. Een kleinere of jongere sibling of een huisdier moet het dan bijvoorbeeld seksueel en/of agressief ontgelden met een kwadratuur van schaamte- en schuldgevoelens tot gevolg. Uit de psychopathologie van het alledaags leven beschouwt Freud het kinderspel als een poging een pijnlijke passief ondergane ervaring om te buigen tot een actief spel. Door in een '*Fort/Da*' spel het klosje weg te rollen en weer naar zich toe te halen probeert het kind de aan- en afwezigheid van de moeder te verwerken en te bemeesteren. Of een kind dat in de klas werd gestraft, laat in het daaropvolgende spel zijn soldaatjes in de hoek staan. Naar analogie hiermee interpreteert Freud de chronische posttraumatische nachtmerries van soldaten als een onbewuste poging van het Ik overweldigende ervaringen alsnog 'een plaats' te geven. Op die wijze wordt getracht een verloren controle te herwinnen.

Het trauma kan ook omgekeerd worden als een uitlaatklep voor agressie. De ander (de hulpverlener inclusief) wordt dan wraakzuchtig tot recipiënt gemaakt van de onaangename c.q. traumatiserende ervaring. Anna Freud (1946) sprak in dit verband over het verdedigingsmechanisme dat ze 'identificatie met de agressor' noemde. Het gaat hier niet per se om identificatie met de agressor zelf maar bijvoorbeeld met de agressieve act of met de agressieve kracht. De rollen worden

² Ik werkte dit grondig uit in Kinet (2013 p 93-118)

³ Traumatofilie is een term die door Karl Abraham (1907) werd geïntroduceerd. Het lijkt dan wel alsof de betrokkene er op uit is zich telkens weer in traumatische situaties te begeven. Het is een poging tot bewerking/binding/vertering van het reële.

Het accidenteel trauma is het trauma in engere en de daarnet beschreven freudiaanse zin. Het is een onverwachte en intense levensgebeurtenis waarop het subject niet adequaat kan reageren, die ontreddeering teweegbrengt en die min of meer langdurige versturende effecten kan veroorzaken. De angst blijft ongebonden, raakt niet psychisch bewerkt en behoudt daardoor zijn catastrofaal karakter. Klinisch gaat het telkens om iets dat onverwoordbaar is, het subject is met verstomming/verlamming geslagen. Het traumaslachtoffer wordt door de dader of de omgeving bovendien vaak expliciet of impliciet het zwijgen opgelegd.

Bij trauma valt alle betekenis weg net zoals ook het geloof en vertrouwen in de bescherming die uit gaat van goede externe en interne objecten met alle desastreuze gevolgen van dien voor de verdere ontwikkeling van de persoonlijkheid. In plaats van een empathische of containende ander die het kind met alfa functie beantwoordt botst het getraumatiseerde kind vaak op het volstrekte tegendeel van een doodse zoal niet moordende stilte. Taboe en door intimidatie of manipulatie afgedwongen zwijgplicht komt in de plaats van spreken.

Trauma is altijd onlosmakelijk verbonden met (een gevoel van) afwezigheid of verlating. Er is geen hulp nabij. Het subject is passief en weerloos aan prikkeltoename overgeleverd. Het is een moment van pijnlijke scheiding: de innerlijke spanning wordt niet beantwoord door een specifieke actie van de grote Ander (vgl. Freud, 1926 p 224-228). Bij trauma is er altijd ook een falende containment die immers blijkt uit het feit dat het trauma überhaupt kon plaats vinden. Onvermijdelijk zijn problemen op vlak van symbolisering het gevolg. Trauma is tekort aan containment en omgekeerd. Steeds is er het verwijt van een tekort aan zorg vanwege een moeder van wie wordt verwacht dat ze met haar kind een tedere en stimuluswerende band zou aangaan. De meeste moeders doen dit intuïtief maar in therapie is het vaak gemakkelijker gezegd dan gedaan vooral gezien het geweld en de horror die de patiënt heeft doorstaan.

Fantasie versus realiteit

Eind vorige eeuw ontstond in de Verenigde Staten grote controverse rond trauma naar aanleiding van zogenaamde '*false memories*' in verband met seksueel misbruik die patiënten door al te suggestieve traumatherapeuten zouden zijn aan gepraat. Anderzijds hekelden bijvoorbeeld Jeffrey Masson (1984) en Alice Miller (1984) het feit dat de *realiteit* van seksueel misbruik door Freud c.q. de psychoanalyse juist werd miskend. De tegenstelling extern-intern lijkt me psychoanalytisch gezien -en voor alle duidelijkheid- een *valse* tegenstelling want door processen van introjectie en projectie is er een voortdurende wisselwerking en vervlochtenheid tussen binnen en buiten.

Zeker ook inzake trauma stelt zich het probleem van de verhouding tussen fantasie en realiteit. Elk kind wordt wel de grootste theoreticus of uitvinder van de wereld genoemd. Denk maar aan de verbaasde uitroep: 'Waar halen ze het uit!' Fantasieën zijn in eerste instantie pogingen van het kind om het onbegrijpelijke te begrijpen. De fantasie is een poging betekenis te geven aan een realiteitsgegeven dat precies weerstand biedt aan dit proces van betekenisverlening. Het is niet fantasie versus realiteit, maar fantasie als filter van of voor de realiteit.

Vanaf zijn werk over rouw en melancholie (1915) en zijn bijdrage over het Ik en het Es (1923) conceptualiseerde Freud het Ik als begraafplaats van vroegere objectbezettingen. De schaduw van het object valt op het Ik en we zien hoe de innerlijke wereld wordt bevolkt door geïnterioriseerde

Uit research blijkt ook dat stress (bijvoorbeeld ten gevolge van trauma) het hippocampaal geheugen vermindert en dat van de amygdala versterkt. Het laatste behoudt het affect zoals het was en zorgt voor herbelevingen (Ledoux, 1996 p 198-200). Het betreft hier ook een soort van herinneringen, maar dan 'memories in feeling'. Ze zijn indicatoren van een impliciet/proceduraal geheugen dat Melanie Klein reeds *avant-la-lettre* ontdekte en hanteerde (1957 p 180): gevoelens die eigenlijk een vorm van herinnering zijn.

Bij het verlaten van zijn traumatheorie werd het trauma (althans in het ontstaan van de neurose) voor Freud goeddeels fantasmatisch. Voortaan is de neuroticus bij wijze van spreken een '*malade imaginaire*' en wordt een al te simplistisch onderscheid tussen feit en fictie opgeheven. We hebben geen herinneringen aan, maar slechts *in verband met* onze kindertijd. Herinneringen duiken niet op, maar worden gevormd en allerlei motieven uit het hier en nu spelen een rol, zowel in de *vorming* als in de *selectie* van deze herinneringen. We schrijven en herschrijven met andere woorden onafgebroken onze (levens)geschiedenis. Het is een stelling die ook bijv. door Daniel Dennett (1991) met zijn '*multiple drafts model*' wordt onderschreven: de geest als een voortdurende redactie van vorige geestestoestanden.

Herinneringen kunnen inderdaad veranderen bijvoorbeeld ten gevolge van de '*present remembering context*' (Stern, 1995). Schacter (2001) somt wel *zeven* verschillende 'zonden' op die het geheugen tot een onbetrouwbare informant maken. Hij vernoemt afwezigheid, gebrek aan aandacht op het moment van een gebeuren. Er is vergetelheid in engere zin. Er is blockage: we weten dat er een herinnering is maar kunnen ze niet vatten. Misattributie, waarbij we zaken toeschrijven aan de verkeerde persoon, plaats enz. Er is suggestibiliteit: we herinneren ons iets op basis van iets wat gezegd werd. Er is bias ten gevolge van de huidige kennis. Er is abnormale persistentie of hypermnésie. In allerlei situaties kan de balans doorslaan naar de invloed vanuit het heden, zodat dit hier en nu een veel grotere betekenis krijgt dan wat er feitelijk in het verleden gebeurde (Schacter 2001, p 129) We mogen er anderzijds misschien van uit gaan dat het expliciet en autobiografisch geheugen meer dan het impliciet en procedureel geheugen in staat is tot leugens en (zelf)bedrog (zie Ledoux, 1996).

Zo wordt bijvoorbeeld alles wat met gehechtheid te maken heeft neergeslagen in het procedurele, impliciete geheugen. Het behoort tot het terrein van de oerverdringing als datgene wat niet te herinneren valt en zich slechts manifesteert onder vorm van (inter)actie en herhaling. Het komt '*live on stage*' binnen de totale overdrachtssituatie, is er *enactment* van de diep onbewuste en infantiele psychische realiteit. Ervaringen uit onze vroegste ontwikkeling drukken hun stempel op en zetten de toon voor alle latere. Al naargelang de auteur wordt gesproken van modelscènes (Kohut, 1971), innerlijke werkmodellen (Bowlby, 1988), schema's van samenzijn (Stern, 1985), *core conflictual relationship theme* (Luborsky, 1984), *self-other-affect triad* (Kernberg, 1976), ideo-affectieve structuren (Tomkins, 1995) enzovoort. Hoe 'hard' dergelijke software is mag m.i. blijken uit het feit dat zowel de *Strange Situation Test* bij kinderen (Ainsworth e.a., 1978) als het *Adult Attachment Interview* bij volwassenen (Main e.a., 1995) tot identiek dezelfde kwalitatieve en kwantitatieve opdeling van gehechtheid komen.

Er is ook een ander probleem. Hoe tragisch ook kan het trauma voor een stuk door de patiënt worden gebruikt. Bijvoorbeeld om zich te verdedigen tegen jaloezie, verlies of schuldgevoelens of door een rationale of alibi te verschaffen voor diepere gevoelens van verongelijkt zijn, onrecht

grote Ander die verschil en tekort markeert door het gebruik van betekenaren die aanwezig stellen wat afwezig is.

Uit alle onderzoek komt steeds hetzelfde gegeven naar voor: de allerbelangrijkste risicofactor voor het ontwikkelen van nagenoeg alle (psycho)pathologie is een onveilige gehechtheid. Deze al dan niet veilige gehechtheid komt tot stand in wederzijdse samenhang met het vermogen tot mentaliseren en reflectief functioneren (cf Kinet en Vermote, 2005). Ze staat of valt met een aantal aspecten/kwaliteiten van de vroegkinderlijke emotionele zorgen.

Aan de ene kant heb je dan patiënten met beperkte symboliserende en/of mentaliserende mogelijkheden. Al naar gelang de auteurs spreekt men van defectmodel, symbolische hypotrofie, structurele pathologie (De Wolf, 2002), actuaalpathologie (Verhaeghe, 2002), mentale processtoornissen (Fonagy e.a., 2002). Het gaat dan om mensen die habitueel moeilijk kunnen (na)denken/communiceren over ondraaglijke psychische inhouden. Zij hebben de neiging tot somatiseren, evacueren en uitageren, waarbij ze deze inhouden rauw, onmiddellijk en op allerlei mogelijke en onmogelijke manieren lozen (bijv door lichamelijke klachten, automutilatie, eetstoornissen, middelengebruik e.a. impulsief gedrag).

Aan de andere kant heb je patiënten met habitueel voldoende tot buitensporige symboliserende en/of mentaliserende mogelijkheden. Hier wordt gesproken in termen van conflictmodel, symbolische hypertrofie, neurotische pathologie (De Wolf, 2002), psychopathologie (Verhaeghe, 2002), mentale representationele stoornissen (Fonagy e.a., 2002). Hier gaat het om mensen die wel (en soms zelfs teveel) kunnen (na)denken/communiceren maar die door de spreekwoordelijke bomen het bos niet (meer) zien. Zij hebben de neiging allerlei inhouden psychisch te vermalen en/of te raffineren tot psychische/talige (cf Freud rebusachtige) symptomen.

Nog vermelden dat er tussen posttraumatische stress stoornissen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen een overlap van zo'n 70 % bestaat. Naast de aanleg en dysfunctionele gehechtheid speelt trauma in de etiopathogenese van borderline persoonlijkheidsstoornissen immers een belangrijke rol (Fonagy e.a., 2002). Differentieel diagnostisch bevinden ze zich tussen twee polen die alleen op papier in hun zuivere vorm bestaan. Bij de ernstige persoonlijkheidsstoornissen is het gevaar meer *intern* (aanleg en (aan)drift als 'structureel trauma'). De drift veroorzaakt een spanningsverhoging die het Ik overrompelt als er met behulp van de grote Ander onvoldoende psychische bewerking volgt (Freud 1905 p 97). Hier zal dan eerder splitsing (algoed/alslecht) van het *object* en van de relatie tot dit object overheersen. Bij de traumatische neurose is er eerder splitsing van het *zelf* en van het bewustzijn ('dissociatie'). Het gevaar is dan immers in eerste instantie *extern* en roept imaginaire verdedigingsmechanismen in het leven waarmee ook een weerloze prooi zich tegen het roofdier beschermt.

Bij trauma treden vaak imaginaire verdedigingsmechanismen in werking die we gemeenschappelijk hebben met de anderen dieren. Vaak is of voelt het slachtoffer zich niet in staat tot *fight* noch *flight*. Resten dan alleen nog '*freezing*' en '*defeat*'. In het eerste geval houdt de prooi zich voor dood en probeert het zo aan de klauwen te ontsnappen. In het tweede onderwerpt de prooi zich, ze is meegaand en 'collaboreert' als het ware met de vijand. Tragisch voelen veel getraumatiseerde patiënten zich door dergelijke verdedigingsmechanismen schuldig want medeplichtig gemaakt. Ze komen dan in een vicieuze cirkel van onbewuste strafbehoefte terecht.

maakte de patiënt traumatische ervaringen door. Naar de buitenwereld toe leek hij zich 'er over' te kunnen zetten en was er een ogenschijnlijk normaal functioneren. Vaak kwam een façade of superstructuur van Vals Zelf tot ontwikkeling die op het eerste zicht stevig oogt maar dan plots (zoals bepaalde bruggen op televisiebeelden) volledig instort naar aanleiding van deze of gene uiterst specifieke situatie. Eerder toedekkende ('re-cover') pogingen tot hulpverlening hebben beperkt of tijdelijk resultaat en vaak na heel wat omzwervingen (ook doorheen de somatische geneeskunde) komen dergelijke patiënten bij ons terecht. Ik verwijs in dit verband telkens weer naar een uitspraak van Robert Hinshelwood (1987): '*Psychiatric institutions exist for people who cannot contain themselves*'. Ze kunnen zich niet meer (goed/sterk) houden, ze kunnen het/zich niet meer weg steken. Zo lang ze dat nog wel kunnen, proberen ze zo goed en zo kwaad mogelijk 'hun plan' te trekken of komen ze in de ambulante hulpverlening terecht.

Alle patiënten zijn anders en elk trauma is ook anders. Wel kunnen we bepaalde types van trauma onderscheiden. In onze kliniek melden zich zelden slachtoffers van aardbevingen, vloedgolven of vulkaanuitbarstingen aan. Oorlogsvluchtelingen, slachtoffers van criminele feiten zoals woninginbraken, aanrandingen of bankovervallen evenmin. Veelal gaat het om seksueel of ander geweld dat hen door medemensen is aangedaan. Het kan eenmalig of repetitief/chronisch zijn, intra- of extrafamiliaal. Het doet zich voor vanwege daders die ze wel of niet kennen en aan wie ze al dan niet en meer of minder gehecht zijn. Het kan te maken hebben met pure agressie of sadisme of met misbruik van macht of vertrouwen, met *date rape* of *random rape*. Het kan gaan om emotioneel of seksueel misbruik, gewelddadig of eerder manipulatief en verleidend enzovoort⁴. De ernst en impact van het trauma is altijd een uiterst subjectieve aangelegenheid en moet ook als dusdanig begrepen worden, want er zijn totaal geen objectieve criteria om dit te meten.

Nu en dan wordt het trauma verder gecompliceerd doordat het traumaslachtoffer zelf van alles en nog wat gaat mis-doen met een exponentiële toename van schaamte, schuldgevoelens en strafbehoefte tot gevolg. Wanneer het trauma zich in de kinder- en jeugd jaren heeft voorgedaan interfereert het massaal met de verdere psychoseksuele en psychosociale ontwikkeling. Diverse posttraumatische reacties raken dan op storende wijze ingebakken in de persoonlijkheid. Ze zorgen er voor dat het eigen karakter niet alleen voor de omgeving, maar ook voor de betrokkene schuurt in al zijn scharnieren. Het trauma is een ellendig kluwen geworden dat met zijn metastasen tot in de verste uithoeken van het leven van de patiënt is doorgedrongen. Ook aanvankelijk gezond weefsel raakt erdoor aangetast en/of kan kwaadaardig gaan ontaarden.

Vaak komt dit alles pas goed tijdens de psychotherapeutische operatie aan het licht. Duivels komen uit hun kastje, de doos van Pandora gaat open. In chirurgische termen beginnen er overal bloedvaten te spuiten, de hartspier laat het afweten, de ademhaling valt stil en wat als een overzichtelijke ingreep begon evolueert naar een ultrakritieke catastrofe met levensbedreigende toestanden. Begrijpelijkerwijs wordt de remedie wel eens met de kwaal verward. 'We hadden er moeten af blijven! We hadden het boekje gesloten moeten laten!' We vergeten dan dat de patiënt vaak al jaren continu gebukt gaat onder eenzaam en ondraaglijk lijden en de moed der wanhoop heeft bijeen geraapt om zich aan hulpverleners toe te vertrouwen. Hij heeft al lang genoeg

⁴ Zie Declercq (2008) voor een grondige bespreking van de psychopathologie van de daders van seksuele en gewelddelicten.

Geenszins mogen het geweld en de onvrijwillige seksuele reacties die met trauma gepaard gingen geminimaliseerd en nog minder genegeerd worden. Eerst dient de patiënt zich volwaardig als slachtoffer geloofd, aanvaard en erkend te voelen. Logisch en chronologisch pas in een veel latere fase van de therapie kunnen onderliggende noden, verlangens en sympathieën die de patiënt parten hebben gespeeld komen bloot te liggen. Pas dan is de patiënt in staat ze op genuanceerde wijze te assumeren en er voor zichzelf de gepaste conclusies uit te trekken.

Er is altijd grote woede zowel tegenover de dader als tegenover de omgeving die onvermijdelijk als nalatig werd ervaren. Zaak is deze op zo constructief, dit wil zeggen zo mondig mogelijke wijze tot haar recht te laten komen. De libidinale herbezetting van het erogene en relationele lichaam is een delicate en langdurige opdracht, waarmee binnen het beschermde afdelingsleven kan geëxperimenteerd worden. De patiënt zal zich hiertoe opnieuw seksuele, affectieve en afhankelijke tendensen moeten trachten toe te eigenen om het vermogen tot liefhebben te ontwikkelen en/of te herstellen.

Steevast is er de moeilijk te hanteren negatieve overdracht waarbij de therapeut nu eens als emotioneel tekort schietende ouder, dan weer als dader of als perverse misbruiker kan worden ervaren. Vaak voelt de patiënt zich niet begrepen, maar gegrepen, niet opgevangen, maar gevangen. Hij is er als de dood voor (nogmaals!) controle te verliezen. Dankzij groepswerking allerhande kunnen positieve overdrachten van medepatiënten ertoe bijdragen dat vaak hardnekkige overdrachtsdistorties opgemerkt en bewerkt kunnen worden. Deel van traumaverwerking behelst tenslotte steeds een stuk rouwarbeit om het verlies van het pretraumatisch zelf.

Uiteindelijk doel van de behandeling is dat het trauma deel gaat uitmaken van het globalere psychische leven, geïntegreerd raakt in de persoonlijkheid en 'zijn plaats' kan krijgen in de levensgeschiedenis. Het is dan niet langer afgesplitst of ingekapseld als een vreemd voorwerp dat zijn demonische werking blijft uitoefenen bij elke nieuwe onvoorziene of beangstigende ervaring. Het is een nimmer ongedaan te maken akelige ervaring waaraan de patiënt weliswaar allerlei gevoelens en gevoeligheden heeft overgehouden maar die niet langer zijn identiteit of levenswijze dicteert of monopoliseert.

Literatuur

Abraham, K. (1907) The experiencing of sexual traumas as a form of sexual activity. In: *Selected Papers on Psychoanalysis*. London: Karnac, 1988.

Anzieu, D. (1994) *Le penser. Du moi-peau au Moi-pensant*. Paris: Dunod.

Bick, E. (1968) The experience of skin in early object relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49 p 484-486.

Bion, W. (1962) *Learning from experience*. London: Karnac, 1984.

Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

Carpy, D. (1987) *Fantasy versus reality in childhood trauma: who's to blame?* London: Tavistock Clinic Paper N° 645.

De Wachter, D. (2013) *Borderline times*. Tiel: Lannoo Campus.

De Wolf, H.M.H. (2002). *Inleiding in de psychoanalytische psychotherapie*. Bussum: Coutinho.

- Declercq, F. (red.) *Seksuele, geweld- en levensdelicten. Psychopathologie van daders*. Leuven-Voorburg: Acco.
- Dennett, D.C. (1991) *Consciousness explained*. Boston: Little Brown.
- Ferenczi, S. (1933) Confusions of tongues between adults and the child. In: *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis*. London: Hogarth, 1955.
- Fonagy, P., Gergely, G. Jurist, E. & Target, M. (2002) *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Freud, A. (1946) *The Ego and the mechanisms of defence*. London: Hogarth.
- Freud, S. (1895a). *Het ontwerp*. G. Van de Vijver & F. Geerardyn, vertaling en inleiding. Gent: Idesca, 1992.
- Freud, S. (1900). *De droomduiding*. P.D.2/3. Sigmund Freud Nederlandse Editie. Amsterdam/Meppel: Boom p 1-713.
- Freud, S. (1905). *Drie verhandelingen over de theorie van de seksualiteit*. K.B.1. Sigmund Freud Nederlandse Editie. Amsterdam/Meppel: Boom p 49-177.
- Freud, S. (1909). *Analyse van de fobie van een vijfjarige jongen ('kleine Hans')*. Z.G.1. Sigmund Freud Nederlandse Editie. Amsterdam/Meppel: Boom p 17-159.
- Freud, S. (1914). *Herinneren, herhalen en doorwerken*. K.B.4. Sigmund Freud Nederlandse Editie. Amsterdam/Meppel: Boom.
- Freud, S. (1923). *Het Ik en het Es*. P.T.3. Sigmund Freud Nederlandse Editie. Amsterdam/Meppel: Boom p 11-82.
- Freud, S. (1926). *Het vraagstuk van de lekenanalyse*. P.B. 2. Sigmund Freud Nederlandse Editie Amsterdam/Meppel: Boom
- Freud, S. (1937). *De eindige en de oneindige analyse*. K.B.4. Sigmund Freud Nederlandse Editie. Amsterdam/Meppel: Boom.
- Garland, C. (2002) *Understanding trauma. A psychoanalytical approach*. London/New York: Karnac, 2007.
- Green, A. (1995) *La causalité psychique entre nature et culture*. Paris: Odile Jacob.
- Herman, J. (1993) *Trauma en herstel*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Hinshelwood, R.D. (1987). *What happens in groups, psychoanalysis, the individual and the community*. London: Free Association Books.
- Kayzer, W. (red.) (1993) *Een schitterend ongeluk*. Amsterdam: Contact.
- Kinet, M. (1996). Weerzien met...Melanie Klein. *Tijdschrift voor Psychotherapie*. 22 p 197-211.
- Kinet, M. (2003). Klinische psychotherapie bij angst-, stemming- en persoonlijkheidsstoornissen. Een poging tot integratie tussen psychiatrie en psychoanalyse. In : *Handboek Milieutherapie Deel II*. C. Janzing, A. van den Berg, F. Kruisdijk (Red.) Assen : Van Gorcum.
- Kinet, M. (2006). *Freud & Co in de psychiatrie. Klinisch-psychotherapeutisch perspectief*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Kinet, M. (2013) *Psychopathologie van het hedendaags leven. Vier verhandelingen*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Kinet, M. & Vermote, R. (red.) (2005). *Mentalisatie*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Kinet, M. & Baeten, K. (red.) (2015) *Psychoanalyse als seksuologie? Libido van gesel tot gezelschap*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Klein, M. (1946) Notes on some schizoid mechanisms. In: *Envy and gratitude and other works 1946-1963*. London: Hogarth, 1980.
- Klein, M. (1952) Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. In: *Envy and gratitude and other works 1946-1963*. London: Hogarth, 1980.

- Klein, M. (1957) Envy and gratitude. In: *Envy and gratitude and other works 1946-1963*. London: Hogarth, 1980.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Laplanche, J. (1987) *Nouveaux fondements pour la psychanalyse. La séduction originaire*. Paris: PUF.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF, 1997.
- Ledoux, J. (1996) *The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Touchstone.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Masson, J. (1984) *The assault on truth: Freud's suppression of the seduction theory*. New York: Pocket Books, 1998.
- Miller, A. (1984) *Thou shalt not be aware*. New York: Farrar Straus Giroux, 1998.
- Miller, D. (1994) *Women who hurt themselves*. New York: Basic Books;
- Paris, J. (2000) *Predispositions, personality traits and posttraumatic stress disorder*. Harvard Review of Psychiatry, 8 p 175-183.
- Schacter, D.L. (2001) *The seven sins of memory – How the mind forgets and remembers*. Boston/New York: Houghton Mifflin Company.
- Segal, H. (1957) Notes on symbol formation. In: *The work of Hanna Segal: a Kleinian approach to clinical practice*. London/New York: Jason Aronson, 1981.
- Stern, D.N. (1985) *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stern, D.N. (1995) *The motherhood constellation*. New York: Basic Books.
- Tomkins, S. S. & Demos, E. V. (1995) *Exploring affect, selected writings of Silvan S. Tomkins*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tustin, F. (1972) *Autism and childhood psychosis*. London: Hogarth, 1977.
- Verhaeghe, P. (1997). Trauma en hystérie bij Freud en Lacan. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 3, 86-99.
- Verhaeghe, P. (1998). *Liefde in tijden van eenzaamheid*. Leuven: Acco.
- Verhaeghe, P. (2002). *Over normaliteit en andere afwijkingen*. Leuven/Leusden: Acco.
- Verhaeghe, P. (2007). Aktuaalpathologie. Hoe luisteren als het spreken niet dragend is. In : M. Kinet & W. Vanmechelen (red.) *Tussen ruis en storingen. De golflengte vinden in psychoanalytische therapie*. Antwerpen/Apeldoorn : Garant.
- Verhaeghe, P. (2012) *Identiteit*. Amsterdam: Bezige Bij.
- Verhaeghe, P. & Vanheule, S (2005) Actual neurosis and ptsd. The impact of the Other. *Psychoanalytic Psychology* vol 22 n° 4 p 493-507.
- Verhaeghe, P. & Vanheule, S. (2008) Posttraumatic stress disorder (ptsd), actualpathology, and the question of representability. *Psychoanalytic Psychology* vol 25 n° 2 p 386-391.
- Winnicott, D.W. (1952) Psychosis and child care. In: *Through paediatrics to psycho-analysis*. London: Karnac Books, 1992.
- Winnicott, D.W. (1956). Primary maternal preoccupation. In : *Through paediatrics to psycho-analysis*. London: Karnac Books, 1992.
- Winnicott, D.W. (1965) *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Hogarth, 1982.
- Yorke, C. (1986) Reflections on the problem of psychic trauma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 41 p 221.

