

Overdracht en tegenoverdracht bij traumabehandelingen

N.J. NICOLAI

INLEIDING

Bij de opkomst van de moderne traumatheorieën in de jaren tachtig stond de therapeutische relatie in de eerste jaren niet centraal. De nadruk lag op de herdefiniëring van het begrip trauma en op nieuwe behandelmodellen. Deze nieuwe behandelmodellen waren doorgaans kort en directief, gericht op een snelle symptoomreductie. Begrippen als overdracht en tegenoverdracht pasten daar niet goed in. Zo kreeg in een klassiek werk als dat van Horowitz (1976) overdracht een summierere behandeling en ontbrak het begrip tegenoverdracht. Bij Brom, Kleber en Defares (1986) ontbreekt het begrip geheel. Alleen bij de behandeling van oorlogsgetroffenen was altijd aandacht voor specifieke overdrachts- en tegenoverdrachts-mechanismen (Danieli, 1988). Dit kwam vooral door het feit dat de gevolgen van de Holocaust voor het eerst door psycho-analytische auteurs werden beschreven (zie hoofdstuk 1 van dit boek). Sinds kort groeit de aandacht voor het verschijnsel (tegen)overdracht. In de praktijk bleek namelijk dat behandelingen van mensen met een gecompliceerde traumatische voorgeschiedenis regelmatig vastliepen in moeilijk hanteerbare spiralen van machteloosheid en negatieve interventies. De effecten op de persoonlijkheidsontwikkeling van complexe traumatisering maakten de aandacht hiervoor noodzakelijk. Ook nu is een deel van de groeiende aandacht te danken aan psychoanalytisch geschoolde auteurs zoals Chu (1988), Davies en Frawley (1994) en Gabbard en Wilkinson (1994). Tegelijkertijd ontstond steeds meer belangstelling voor het effect van therapieën op de therapeuten: secundaire traumatisering en *burn-out* (zie hoofdstuk 31 van dit boek).

In dit hoofdstuk wordt eerst een overzicht van klassieke en nieuwe definities van overdracht en tegenoverdracht gegeven. Daarna is er aandacht voor specifieke effecten van trauma op de overdracht en tegen-

overdracht: de traumatische tegenover-dracht. Deze hangt vaak samen met het gruwelijke of ont-hutsende verhaal van wat de cliënt vertelt. Ook de dissociatieve tegenoverdracht die kan ontstaan bij ernstig getraumatiseerde cliënten, krijgt aandacht. Het begrip refereert aan de verschillende vormen van dissociatieve vervreemding, bewustzijnsdaling en identiteitsproblemen. Vervolgens worden specifieke patronen behandeld die voorkomen bij traumabehandelingen zoals de redder-, dader-, en slachtofferposities. Inzicht in de herhalings-scenario's waarin getraumatiseerde cliënten ons uitnodigen, evenals supervisie en intervisie zijn belangrijke voorwaarden voor het slagen van traumabehandelingen. Tegenoverdrachtsgevoelens zijn niet persé negatieve verschijnselen. Zij kunnen de behandelaar belangrijke informatie verschaffen die de behandeling juist ten goede komt.

Overdracht en tegenoverdracht in moderne traumatheorieën.

De jongste ontwikkelingen in de interpretatie van de begrippen overdracht en tegenoverdracht vertonen een opvallende parallel met de hantering van deze begrippen in de geschiedenis van de psychoanalyse. In het vroege trauma-affectmodel dat Freud eind vorige eeuw ontwikkelde, was overdracht een onvermijdelijk gegeven dat de therapie kon verstoren. In de literatuur van de jaren tachtig werd vooral gebruikgemaakt van de klassieke, 'smalle' psychoanalytische definities. Daarin wordt overdracht beschouwd als de (onbewuste) herhaling van gevoelens, fantasieën en gedragingen ten opzichte van de therapeut, die oorspronkelijk gericht waren op de vroegste objecten, de ouders.

Tegenoverdracht werd zowel 'breed' als 'smal' gedefinieerd. De smalle definitie slaat op het gevoel dat de therapeut krijgt door de overdracht van de cliënt, dus letterlijk 'tegenover de overdracht'. Als de cliënt bijvoorbeeld de therapeut beleefde als zijn vader, induceerde dit vaderlijke gevoelens bij de therapeut. Tegenoverdracht werd in deze definitie gezien als een verschijnsel dat in principe het therapeutische proces kon belemmeren. Men beschouwt *alle* gevoelens die door de cliënt in de therapeut worden opgeroepen als tegenoverdracht. Twee door Racker (1968) geïntroduceerde begrippen zijn hierbij van belang: complementaire en concordante identificatie. Concordante identificatie is het zich inleven in de positie van de cliënt, dus vanuit de cognitieve leefwereld van de cliënt. Complementaire identificatie is het zich vooral in-

leven in de anderen die in het (be)leven van de cliënt een rol spelen. Een voorbeeld hiervan is als een cliënte vertelt dat ze haar kinderen regelmatig slaat omdat ze zo ongehoorzaam zijn en de therapeut bij zichzelf waarneemt dat hij met de kinderen meevoelt. De brede definitie gaf tegenoverdracht ook een andere plaats: van hinderpaal tot waardevol instrument. Gevoelens die de patiënt opriep werden niet gezien als onverwerkte restanten van een eigen neurotisch verleden, maar als belangrijk materiaal voor de behandeling. Er is nog steeds geen consensus over hoe tegenoverdracht gedefinieerd moet worden. In de praktijk blijkt dat therapeuten die werken met cliënten met persoonlijkheidsstoornissen over het algemeen eerder de brede definitie hanteren dan therapeuten met een meer neurotische cliëntengroep.

Onder invloed van Klein nam de belangstelling voor 'vroege' afweervormen zoals projectieve identificatie, splitsing en loochening toe. Projectieve identificatie wordt gezien als het 'uitlenen' van bepaalde onhanteerbare gevoelens aan de ander, in dit geval de therapeut, met de bedoeling deze gevoelens buiten zichzelf te houden en eventueel te bestrijden en on-schadelijk te maken. Anders dan bij projectie vereist projectieve identificatie bepaald gedrag: de cliënt gedraagt zich zodanig dat de therapeut zich in zijn reactie complementair opstelt. Dat wil zeggen dat hij als het ware uitgenodigd wordt te voelen of ervaren wat de cliënt niet kan verdragen.

Naarmate de belangstelling voor vroege stoornissen en stoornissen in de persoonlijkheidsontwikkeling toenam, werd duidelijk dat projectieve identificatie tot ander gedrag bij de therapeut diende te leiden. Hij dient als het ware de afgesplitste en geprojecteerde gevoelens te herkennen bij zichzelf, vast te houden, tot hij begrijpt waar deze uit voortkomen om ze vervolgens in afgezwakte en ongevaarlijke vorm terug te geven aan de cliënt. Met andere woorden, de therapeut moet de on-draaglijke gevoelens *containen* en ontgiften (Bion, 1962).

De laatste jaren heeft het begrip projectieve identificatie een verschuiving ondergaan (Tansey & Burke, 1989). Het wordt steeds meer opgevat als een wijze van communiceren. Als andere communicatiemiddelen ontbreken of onmogelijk zijn, wordt dit communicatiemiddel des te meer toegepast. Zo is bijvoorbeeld elk contact tussen moeder en kind een kwestie van projectieve identificatie, dat wil zeggen de moeder handelt op basis van wat het kind bij haar oproept: zij troost het kind als het huilt op de ene manier, zij geeft het een fles als het huilt op een andere manier.

Er is in dit verband nog sprake van een andere ontwikkeling, die nauw verbonden is met de projectieve

identificatie. Het eenpersoonsmodel in de klassieke psychoanalyse, waarbij subject I iets uit zijn geschiedenis overdraagt op het (neutrale) subject II, verschuift steeds meer naar een interactief, intersubjectief, tweepersoonsmodel (Mitchell, 1993; Gabbard, 1995). Het duo in therapie - therapeut en cliënt - maakt samen een overdracht-tegenoverdracht *re-enactment*. Zij creëren als het ware samen een nieuwe situatie, waarin oude patronen een nieuwe uitvoering krijgen door de zeer persoonlijke reacties van de therapeut. Deze re-enactment vindt plaats in een virtuele 'transitionele ruimte'.

De opkomst van begrippen als projectieve identificatie, tweepersoonsmodel en *enactment* - de heropvoering van oude scenario's - heeft ook repercussies voor het gebruik van de begrippen overdracht en tegenoverdracht in de traumatherapie. Met deze begrippen kunnen we de groei en de obstakels in de therapeutische relatie, maar ook verschijnselen als secundaire traumatisering op een andere manier bekijken (zie hoofdstuk 31 van dit boek). In dit hoofdstuk wordt de brede definitie van tegenoverdracht gebruikt: alle gevoelens die de therapeut in samenspraak met de cliënt ervaart, geven informatie over de behandeling en de cliënt. De nadruk zal liggen op het gebruik van tegenoverdrachtsreacties bij de behandeling van op jonge leeftijd getraumatiseerde cliënten. Anders dan bij getraumatiseerde volwassenen, zijn bij kinderen de hechting en veiligheid beïnvloed door mishandeling, misbruik of verwaarlozing.

STRUCTURELE EFFECTEN VAN TRAUMATISERING OP JONGE LEEFTIJD

Trauma's hebben invloed op vele niveaus en functies, zoals de prikkelregulatie, het (autobiografisch) geheugen, de cognities, het zelfbeeld en de objectrelaties. Traumatisering kan ook leiden tot problemen bij de hechting van het kind, wat zich uit in specifieke verstoringen in het denken en het gedrag (Fonagy e.a., 1996; Main & Hesse, 1990; 1992).

Bij kleine kinderen herkennen wij dit in het 'bevrozen' tussen toenadering en vermijding van de ouder die angst inboezemt. Bij volwassenen zien wij verwarring over tijd en plaats van het trauma en onvermogen het eigen denken te controleren op consistentie en coherentie wanneer het over de traumatische ervaringen gaat. Main en Hesse noemen dit 'lapses in the monitoring of discourse and reasoning'. Seksueel misbruik lijkt vaker dan fysieke mishandeling te leiden tot een extreem

kwaadaardig beleven van objecten (Baker e.a., 1992). In de praktijk komen wij dit tegen in de vorm van dader-introjecten of een zelfbestraffend sadistisch superego, maar het kan zich ook uiten in een diepgeworteld wantrouwen jegens anderen of de therapeut. Ten slotte maken trauma's sprakeloos. Ze tasten het vermogen tot symboliseren en verbaliseren aan (Krystal, 1988). In plaats van woorden zijn er daden, soms in de vorm van automutilatie en suïcidaliteit en van somatische sensaties en klachten. Dit onvermogen heeft grote invloed op de therapie. Wie niet kan vertellen wat er aan de hand is, moet dat laten voelen door middel van projectieve identificatie, *acting-out* en herhaling (Laub & Auerhahn, 1993).

Overdracht en tegenoverdracht bij trauma's

In het boek *Countertransference in the treatment of Post-traumatic stress disorder* pogen Wilson en Lindy (1994) de verschillende soorten overdrachts- en tegenoverdrachtsreacties te definiëren en te ordenen. In hun opvatting staat empathie centraal, dat zij beschouwen als een psychobiologisch gebonden reactie. Empathie ligt dicht tegen het vermogen tot identificatie aan, het is het je kunnen inleven in de ander vanuit de behoefte hulp en steun te bieden. Het doel van elke traumabehandeling is een veilige omgeving te creëren voor de cliënt waarin diens verhaal met alle gevoelens, gedachten, angsten en over--wegingen aan de orde kan komen. Dit geldt voor elk soort trauma, in welke setting dan ook - *debriefing*, psychoanalytisch georiënteerde behandelingen, groeps-therapie, cognitieve gedragstherapieën of korte directieve behandelvormen. De primaire relatie en de werkrelatie staan dus centraal en het hoofddoel is veiligheid, zeker als de therapie van start gaat.

Wilson en Lindy beschouwen tegenoverdrachtsreacties bij de therapeut als onvermijdelijk en alom aanwezig. Zij geven ook aan dat er reacties op angst en spanning bij de hulpverlener kunnen optreden wanneer de cliënt vertelt over een gruwelijke en ingrijpende gebeurtenis. Dit noemen zij '*empathic strain*'. Het zijn vaak specifieke fysiologische reacties zoals hart-kloppingen, spanning in hoofd, nek of rug, slaapstoornissen, vergeetachtigheid en overweldigd worden (bijv. door beelden). Behalve deze fysiologische reacties zijn er ook emotionele reacties zoals schaamte, schuld, woede en walging. Deze worden wel aangeduid met de term '*vicarious traumatization*' (zie hoofdstuk 31 van dit boek). De belangrijkste psychologische reactie bij de therapeut ten slotte is

volgens Wilson en Lindy empathie, het zich kunnen inleven in de cliënt.

Indien deze tegenoverdrachtsreacties onvoldoende onderkend worden kunnen zij leiden tot grensoverschrijdingen, waarbij er in het ergste geval geen sprake meer is van therapie. De relatie kan er een worden van misbruik en exploitatie.

Ook de therapeut die veronderstelt dat eindeloze liefde en aandacht alle wonden kan helen, raakt gevangen: therapeuten zijn geen betere ouders. Men overschrijdt grenzen door het in stand houden van een illusie van almacht en genezing. Minder opvallend en herkenbaar is de tegenoverdrachtsreactie waarin sprake is van verwaarlozing en ontkenning. In dergelijke gevallen heeft de therapeut vaak geen behandelplan en ziet hij de cliënt weinig en onregelmatig. Dit kan worden veroorzaakt door de herhalingsdwang van de cliënt die een oud scenario van verwaarlozing en ontkenning oproept. Het kan echter ook een niet-herkende tegenoverdrachtsreactie zijn van de therapeut op de gruwelijkheid van het verhaal van de cliënt. Uitgaande van het eerder genoemde begrip projectieve identificatie kunnen we stellen dat zowel de therapeut als de cliënt de verschillende rollen in handeling en daden hebben omgedraaid. Er is dan geen sprake meer van containing en ontgiftiging. Meestal spelen overdrachts- en tegenoverdrachtsherhalingen zich af *binnen* de grenzen van de therapie en kunnen ze leiden tot therapeutische impasses. Er hoeft weliswaar geen sprake te zijn van grove grensoverschrijdingen, maar toch stagneert de therapie.

VAN EMPATHISCHE RESPONS NAAR TEGENOVERDRACHT

Tegenoverdrachtsreacties beginnen dus met onvermijdelijke fysiologische en psychologische reacties. Voor de behandeling is het uiteraard cruciaal hoe de therapeut reageert op deze prikkels en emoties. Er kan sprake zijn van afweer. Die afweer heeft zijn wortels in de achtergrond en persoonlijkheid van de therapeut en kan bovendien gekleurd zijn door leeftijd, gender, de instituties waarin hij werkt, opleiding en eerdere ervaringen met traumaslachtoffers. De tegenoverdrachtsreacties kunnen het empathisch vermogen van de therapeut beïnvloeden. Zonder empathie gaat de therapeutische 'ruimte' verloren. Empathie wordt hier opgevat in de klassieke zin, als een tijdelijke vorm van identificatie, aanvankelijk voornamelijk gebaseerd op het affect en later meer op de onderliggende angsten en conflicten. De identificatie dient

dus tijdelijk te zijn en niet volledig, gericht op de ander en met behoud van het observerend vermogen. Zodra dat niet meer het geval is kunnen twee uiteenlopende reacties ontstaan: een tekort aan empathie of een teveel. Het tekort uit zich onder meer in ontkenning, vermijding, ongeloof, bagatellisering en schaamte. Het teveel kan de nodige afstand om na te denken over de eigen reacties blokkeren en kan uiteindelijk leiden tot grensoverschrijdingen zoals idealisering van de cliënt, het overwaarderen van het traumaverhaal ten koste van andere aspecten in iemands levensgeschiedenis, de gebruikelijke tijd overschrijden, iemand in huis nemen en over cliënten gaan dromen. Het tekort aan empathie kan leiden tot afstandelijkheid en bagatellisering (z.o. Op den Velde, Koerselman & Aarts, 1994). Op basis van deze overwegingen formuleren Wilson en Lindy vier patronen.

- Reacties die bij iedereen voorkomen. Normatieve reacties zijn algemeen menselijke reacties op kwetsbaarheid, hulpeloosheid en geweld, waarschijnlijk voortkomend uit de empathische reactie 'dit kan mij ook overkomen en dat wil ik niet weten'.
 1. Empathisch uit evenwicht zijn, bestaande uit onzekerheid, kwetsbaarheid en ongerichte angstige of geschokte gevoelens.
 2. Empathische terugtrekking: niets laten merken, intellectualiseren, onvoldoende waarnemen wat er in de therapie gebeurt. Hierbij hoort ook ongeloof, afstandelijkheid of onverschilligheid.
- Subjectieve idiosyncratische reacties, die meer bepaald zijn door de eigen geschiedenis en copingstijlen.
 3. Empathische overbetrokkenheid: verlies van grenzen, wederkerige afhankelijkheid.
 4. Empathische repressie: terugtrekken, loochening, afstand nemen. Hierbij wordt meestal niet gesproken over specifieke gebeurtenissen of gevoelens, omdat deze de therapeut te pijnlijk raken. Ze worden collusies of zwarte gaten genoemd.

Overbetrokkenheid

Een maatschappelijk werkster vraagt om een consult. In een kleine plattelands-gemeente begeleidt zij een vrouw die een publieke functie uitoefent en daarom niet wil dat de huisarts wordt ingelicht. De vrouw heeft een voorgeschiedenis van mishandeling en seksueel misbruik door een ouder. De maatschappelijk werkster is een ervaren, professionele, nuchtere vrouw zonder al te veel pijnlijke zaken in haar eigen voorgeschiedenis. Zij kan zich bij benadering voorstellen wat de reactie

van het dorp zou zijn als bekend zou worden hoe haar cliënte óók kan zijn.

De cliënte kan de afwezigheid van de maatschappelijk werkster in de weekeinden en vakanties nauwelijks verdragen en staat regelmatig op zaterdagavond op de stoep. Zij ontvangt de cliënte vanuit een gevoel van medelijden met haar eenzaamheid. Ze stuurt haar cliënte een kaartje als zij op vakantie gaat en houdt zich ook beschikbaar op feestdagen. Het aandachtvragende en claimende gedrag van haar cliënte neemt echter voortdurend toe. Na verloop van tijd begint de maatschappelijk werkster zich tot haar schaamte te ergeren en belast te voelen. Dit is voor haar reden om cliënte te verwijzen. De cliënte ervaart dit als een afwijzing: haar gelijk - namelijk dat in wezen niemand te vertrouwen is - is hier mee bewezen. Ze weigert naar de andere hulpverlener te gaan.

Afstand en bagatellisering

Een jonge psychologe behandelt een vrouw die zich heeft aangemeld met een weerzin tegen seksualiteit. Het is de eerste behandeling van deze vrouw, die net met een vriend is gaan samenwonen. De vrouw is van haar vierde tot zestiende jaar seksueel misbruikt door haar vader. De behandeling bestaat uit het oefenen met aanrakingen (successieve approximatie) en kijken. De cliënte had hier zelf om gevraagd: ze wilde zelf het verleden laten rusten. Bij het oefenen thuis voor de spiegel krijgt cliënte last van herbelevingen, waarbij zij soms zo angstig is dat ze als verstijfd op de grond zit en haar vriend niet meer herkent. De verschijnselen maken de behandelaar bang en bezorgd, maar ze houdt vast aan het oorspronkelijke behandelprogramma. Ze zegt tegen de cliënte: 'Dat was onze afspraak, dit wilde je toch', en duidt de problemen van de cliënte als weerstand en gebrek aan motivatie. Ten slotte zegt ze in een supervisie: 'Maar het is toch ook een overdreven reactie. Zo erg kan het toch nooit geweest zijn, haar vader heeft nooit echt seksueel contact met haar gehad: hij deed het alleen met zijn vingers.

Collusie

Tijdens een intervisie vertelt een vrouwelijke therapeut over een cliënte bij wie de behandeling stagneert. Het gaat om een vrouw die door haar

vroge hulpverlener is verkracht en mede daardoor krampachtig probeert controle over haar leven, emoties en lichaam te behouden. Dit verklaart mogelijk ook de spanningshoofdpijnen, rugklachten en buikpijn waar zij last van heeft. De traumaverwerking komt niet op gang, hoezeer dat ook door beiden gewenst wordt. De therapeute beschrijft het kerngezin van haar cliënte en meldt terloops dat de moeder overleed toen cliënte vijftien jaar was. Desgevraagd zegt de therapeute dat cliënte daar niet onder gebukt ging omdat ze nooit zo'n goed contact had gehad met haar voortdurend ziekelijke moeder. Terwijl ze dit vertelt, valt ze stil en zegt na enig nadenken: 'Ik heb er nooit bij stilgestaan. Het is toch raar dat we het daar nooit over hadden. Ik heb zelf ook als puber mijn moeder verloren.

TRAUMATISCHE TEGENOVERDRACHT

Bij tegenoverdrachtsreacties is het van belang een onderscheid te maken tussen reacties op het verhaal van de cliënt en reacties op diens persoon, oftewel tussen inhouds- en betrekkingaspect. Sommige verhalen roepen naast verdriet en inleving ook schaamte, schrik, en walging op. In deze verhalen zitten ook elementen van een filmscenario: er zijn slachtoffers, daders en redders, maar ook overheden of 'anderen' die schuldig zijn. Het verhaal heeft een begin en een verloop, hoe fragmentarisch soms ook en er zijn keuzen, dilemma's, emoties en gedachten. Hierdoor ontstaan bij de luisteraar identificaties. De therapeut vraagt zich af wat hijzelf gedaan of gevoeld zou hebben als hij in de schoenen van de cliënt had gestaan of in die van de dader, de redder of de ander. De potentiële heftigheid van de reacties op de inhoud van het verhaal van een trauma-getroffene is de reden dat hier van een traumatische tegenoverdracht wordt gesproken. In de loop van de therapie komt er in de interactie tussen therapeut en cliënt dat wat McCann en Colletti (1994) de 'dans van de empathie' noemen. Wilson en Lindy noemen dit het 'dual unfolding process'. Er ontstaat in de therapie geleidelijk een re-enactment van de traumatische belevingen van de cliënt. Bovendien ontstaat bij sommige cliënten nog de 'gewone' overdracht, alsof de therapeut de ouder is. Dit geldt zeker voor volwassenen bij wie in de vroege ontwikkeling wel enige

veiligheid is geweest in de relatie met een of beide ouders. Bij als kind misbruikte en mishandelde personen zijn behalve de rollen van ouder en dader, ook die van de zwijgend-toestemmende en onverschillige ouder, verweven. In deze 'uitnodiging' tot deelname aan de innerlijke beleving van de cliënt krijgt de therapeut de neiging rollen op zich te nemen of juist daar tegenin te gaan. De uitnodiging leidt tot een uniek overdracht-tegenoverdrachts-scenario, de re-enactment van het traumatische verleden.

In de meeste recente beschrijvingen van overdracht en tegenoverdracht (Wilson & Lindy, 1994; McCann & Colletti, 1994; Pearlman & Saakvitne, 1995) wordt impliciet uitgegaan van een eenpersoonsmodel, waarbij de norm empathie is en alle inbreuken op die empathie als onwenselijk gezien worden. Vanuit het tweepersoonsmodel van overdracht en tegenoverdracht kunnen we de uitnodigingen tot re-enactment ook in positieve zin gebruiken. Het zijn niet alleen lastige bijverschijnselen die kunnen leiden tot secundaire traumatisering. De uitnodiging tot de heropvoering van een oud scenario is dus niet alleen onvermijdelijk, maar kan ook belangrijke informatie opleveren mits de therapeut zich bewust is van de 'dans'. Hij dient dus steeds vanuit twee perspectieven te luisteren: vanuit het perspectief van de medespeler die bepaalde rollen toebe-deeld krijgt en vanuit het perspectief van de observator die kan bezien welke heropvoering er plaatsvindt. Zonder het laatste geen behandeling, zonder het eerste geen contact.

TRAUMATISCHE TEGENOVERDRACHT OP SPECIFIEKE AFWEERSTIJLEN

Traumatische overdracht en tegenoverdrachtsreacties worden soms veroorzaakt door een specifieke afweer die bij trauma's veel voorkomt: het dissociëren. Dissociëren kan onderscheiden worden in incidenten, wanneer de cliënt bijvoorbeeld tijdens een zitting wegraakt, en processen. Als proces sluit het aan bij empathische repressie. Hiervan is sprake wanneer bepaalde zaken, bepaalde gevoelens en bepaalde persoonlijkheidsaspecten langdurig of volledig wegblijven uit de therapie. Dissociatieve incidenten in de therapeutische zitting uiten zich in interactie en leiden bij de therapeut tot verschillende reacties en kunnen een empathische breuk tot gevolg hebben. De effecten kunnen variëren van meedissociëren (en hele zittingen vergeten) of moe en slaperig worden tot verward raken in hevige gevoelens van

machteloosheid en irritatie omdat men geen greep kan krijgen op wat er gebeurt.

Pearlman en Saakvitne (1995) benadrukken hoe dissociatie als afweer, ontsnappings- en overlevingsstrategie bij uitstek door de therapeutische situatie wordt opgeroepen. Voor een persoon die door menselijk geweld is beschadigd, is de therapeutische relatie een paradox: je moet helen door datgene - een nabije persoonlijke relatie - wat de meeste angst oproept. Dissociatie dient dan ook om afstand te creëren. Dissociatie van de cliënt roept bij de therapeut machteloosheid op en 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. Wanneer het beschouwd kan worden als datgene wat het in feite is, namelijk een poging om afstand en nabijheid te regelen, krijgt het een andere betekenis.

Een jonge psycholoog brengt een casus in van een vrouw die hem was toegewezen voor een korte cognitieve, op trauma-verwerking gerichte therapie. Zij zit hele zittingen onaan-sprekbaar in de stoel en reageert nauwelijks. Hij meldt dat dit hem mate-loos irriteert. Hij vindt dat ze de verantwoorde-lijkheid voor zichzelf ontloopt en twijfelt aan haar motivatie. Het gaat om een verder redelijk functio-nerende vrouw die in de intake en de eerste gesprekken en zeer adequate indruk maakte en goed kon onderhandelen over wat ze wilde (een korte cognitieve therapie voor de herbe-levingen waar ze, na een verkrachting zes jaar geleden, nog veel last van heeft). De psycholoog wil voorstellen nu te stoppen. Hij krijgt echter het advies om met haar de veilig-heid van de therapeutische relatie 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. 'Bevriezen' is haar enige reactie, overigens net als toen, en dat geeft een tweede achtergrond aan haar angst: zij is ervan overtuigd dat de therapeut zal vinden dat zij onvoldoende verzet heeft geboden en dat de verkrachting dus haar eigen schuld is.

Het dissociatieve proces dient onderscheiden te worden in het vergeten van delen van zittingen of bepaalde onderwerpen en de meer spectaculaire aanwezigheid of het wisselen van *alters*. Het dissociatieve proces gaat niet alleen over het afweren van pijnlijke herinneringen en belevingen, maar vooral ook over het beleven van pijnlijke ervaringen in het contact met de therapeut. Ook het optreden van alterwisselingen kan op twee niveaus gezien worden. De alters dragen traumatisch materiaal en worden opgeroepen door prikkels in en buiten de therapeutische situaties; ze zijn relatief onafhankelijk van de therapeut. Maar even vaak is er sprake van alters die tot doel hebben de relatie met de therapeut op afstand of veilig te houden door deze te ontkennen, onmogelijk te maken, te controleren of te testen. Daderalters worden zeer actief verborgen. Deze interne daderdelen (introjecten) hebben meestal de boodschap dat de therapie niet veilig is en niet vertrouwd kan worden. Het meegaan in de opvatting dat het hier gaat om 'vreemde' elementen door te benadrukken dat het innerlijke daders zijn, kan op den duur een valkuil vormen. De cliënt wordt bekrachtigd in een splitsing en krijgt tegelijkertijd de boodschap dat hij niet helemaal deugt en dat woede, haat en agressie niet aan de orde zijn in de therapie. Kindalters worden vaak naar voren geschoven om te proberen of de therapeut voorbij bepaalde grenzen te krijgen is (hoeveel zorg kan ik krijgen, hoe ver zal hij gaan en wanneer draait zorg om in weerzin of misbruik). Nieuwe alters met nieuwe herinneringen kunnen het teken zijn van een toenemend vermogen om beladen materiaal te exploreren, maar even vaak worden extreem machteloos makende flarden en fragmenten, als symptoom van onbesproken zaken, in de therapeutische relatie ingebracht. Het verdient dus aanbeveling om bij het optreden van dissociatieve incidenten en processen altijd de vraag te stellen: wat gebeurde er in de therapeutische relatie, in welke fase was de therapie, is er iets in de vorige zitting dat verklaart waarom de cliënt zich nu genoodzaakt voelt een daderalter of nieuwe informatie naar voren te brengen?

Therapeutisch kader

De centrale betekenis van empathie en het reële risico van het falen van de empathie betekent voor traumatherapeuten dat zij extra alert dienen te zijn. Een hulpmiddel is het therapeutisch kader. Hiermee wordt een klassieke vorm van psychotherapie bedoeld met regelmatige zittingen, duidelijke grenzen aan tijd en

plaats en een duidelijke afbakening in rollen. De therapie kan meer steunend of meer explorerend zijn, afhankelijk van de draagkracht en motivatie van de cliënt. De therapie is er om de cliënt met praten te helpen en heeft geen andere relatie op het oog dan een therapeutische. Onbewerkte en onbewuste tegenoverdrachtsreacties kunnen leiden tot doorbrekingen van het therapeutisch kader. Juist de afwijkingen van de regel en de norm brengt een therapeut op het spoor van de tegenoverdracht. Dit betekent dat het hoe dan ook zinnig is vast te houden aan een vaste therapeutische structuur. Pas door een *baseline* te hebben kunnen de afwijkingen geregistreerd worden en zijn ze een bron voor overdenking van de therapeut.

Er vindt in de therapie altijd herhaling plaats van oude relaties, waaronder de relaties waarin het trauma plaatsvond, maar ook de vroege hechttingsrelaties komen aan de orde. Dit oude scenario moet herhaald kunnen worden in een veilige en begrensde omgeving zowel in ruimte, tijd, beschikbaarheid en rolverdeling. Dit betekent niet dat men star vast dient te houden aan een karikaturale opvatting van neutraliteit maar wel aan duidelijke afspraken en grenzen, die moeten bij wijze van spreken als een contract vastgelegd zijn.

THERAPEUTISCHE VALKUILEN

Therapeuten dienen zich bewust te zijn van een aantal illusies en valkuilen die hen kwetsbaar maken voor grensoverschrijding. Dit zijn vaak onbewerkte en ongereflecteerde tegenoverdrachtsreacties die zich uiten in vermijdende of overbetrokken fantasieën. De grootste valkuil is een collectieve, inheerent aan de professie en de keuze voor dit beroep, namelijk de verborgen almachtfantasie in de behoefte om te helpen. Alsof de therapie alle effecten van traumatisering ongedaan zou kunnen maken.

In de psychotherapie zien we vele restanten terug van de oude artsenethiek, waarin de goede behandelaar altijd beschikbaar dient te zijn en de verantwoordelijkheid voor de behandeling vooral bij de behandelaar berust. Er bestaan in de psychotherapie inmiddels ook andere, meer op het existentiële gebaseerde overtuigingen over de principiële verantwoordelijkheid van elk mens voor zijn eigen keuzes en bestaan. De ontredde en hulpeloosheid van getraumatiseerde cliënten kunnen iemand sterken in empathische *overreacties* en het overnemen van de verantwoordelijkheid. Vanuit een empathische *onderreactie* daarentegen steunt men te veel op het

axioma van de principiële autonomie en keuzevrijheid van de cliënt.

THERAPEUTISCHE IMPASSES

Therapeutische impasses zijn het gevolg van empathische breuken in de relatie, door de interactie van overdracht en tegenoverdrachtsreacties. Therapeutische impasses ontstaan als cliënten op grond van hun cognities, 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 therapeutisch kader leiden. Meestal blijven frequentie en aanwezigheid bestaan, maar komt de behandeling niet verder. Soms blijven impasses beperkt tot een aantal aspecten van de persoonlijkheid of gevoelens, zoals beschreven door Wilson en Lindy (1994). In dit geval is er sprake van een relatieve ontkenning van bepaalde feiten of symptomen en wordt een behandeling 'praten zonder te praten'.

Typend voor traumatische problematiek is dat de rollen kunnen wisselen en omkeren. Davies en Frawley (1994), twee psychoanalytici die veel ervaring hebben met de behandeling van ernstig getraumatiseerde vrouwen (incest, fysieke en emotionele mishandeling) noemen vier veel voorkomende scenario's. Een van deze traumatische scenario's is door Gabbard (1995) beschreven als het redder-slachtoffer-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 cliënt heeft zeker in het begin helderheid nodig over het verloop van de therapie en soms moet de verantwoordelijkheid voor veiligheid tijdelijk overgenomen worden. Te vroeg afzien van zorg of bezorgdheid is eveneens te beschouwen als een vastlopende tegenoverdrachtsreactie. De impasse ontstaat als de autonomie en gelijkwaardigheid van de cliënt zich niet ontwikkelt.

Een aantal aspecten aan de slachtofferpositie is van belang. Ten eerste is er sprake van een reëel slachtofferschap dat niet ontkend of gebagatelliseerd dient te worden. Aan de andere kant zoeken sommige cliënten een slachtofferpositie. Deze vervult een aantal mogelijke functies in de behandeling. De ervaringen en symptomen van de cliënt roepen zorgend en empathisch gedrag bij anderen op. Dit dient niet alleen het contact, maar ook

het in stand houden van een beeld van zichzelf als goed en onschuldig en een beeld van de ander als kwaadaardig en bedreigend. Wat op één front dus een poging is tot verbinding, houdt op een ander front een innerlijke splitsing en een star wereldbeeld in stand. Voor de cliënt is het benadrukken van de eigen slachtofferpositie en machteloosheid vaak de enige manier om de therapeut te controleren. Als hij maar blijft redden, wordt er geen afscheid genomen en wordt de therapeut ook geen dader. Verder hoeft er niet gesproken te worden over zaken die de cliënt niet aankan. In de praktijk zien wij soms ook het tegenovergestelde: sommige cliënten beschikken over een pseudo-competentie, waardoor ze als te autonoom en zelfstandig worden ingeschat. De aan de cliënt gestelde eisen of doelstellingen blijken dan vaak niet haalbaar.

Het vasthouden aan de slachtofferpositie kan het gevolg zijn van wat Wilson en Lindy (1994) een collusie noemen: het gezamenlijk verzwijgen van daderaspecten in het trauma. Dit gevaar dreigt minder wanneer de trauma's zich in de kindertijd hebben voorgedaan. Maar voor trauma's zoals vervolging en marteling door repressieve regimes, bij seksueel misbruik door vroeger zelf misbruikte cliënten of mishandeling van kinderen door ouders die zelf misbruikt of mishandeld zijn, geldt dat het slachtoffer ook dader (geweest) kan zijn.

De omkering, als de cliënt de therapeut gaat redden, komt even vaak voor, maar krijgt minder aandacht. De cliënt 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. Deze instelling kan aanleiding geven tot de ontwikkeling van een 'false self', zoals Winnicott (1960) dat beschreef.

Het derde aspect, de dader, zien we terug in de irritatie bij therapeuten over vermeend slachtoffergedrag en in het laat-dunkende en vaak ongefundeerde gebruik van diagnostische etiketten. Maar ook therapeuten kunnen het object zijn van de aanhoudende boosheid, verongelijkheid, agressie en eisen van de cliënt, waardoor het therapeutische kader gemakkelijk doorbroken kan worden. De cliënt herhaalt dan in de daderpositie wat hem is overkomen. De cliënt test daarmee ook het incasseringsvermogen van de therapeut, om enige zekerheid te krijgen dat de therapeut in staat is zijn hevige affecten te verdragen. Een motief voor de daderpositie 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.

Davies en Frawley (1994) beschrijven vier andere, in de behandeling van getraumatiseerde cliënten eveneens zeer her-kenbare scenario's.

- *Het recht op genoegdoening van de almachtige goed-willende ander.*

Dit scenario is de voedingsbodem van grensvervagingen zoals overschrijdingen van de tijd, aanvragingen, knuffelen, extra afspraken en dergelijke. Een voorbeeld van de goed-willende ander is dat van de oudere hulpverlener met een jonge cliënte 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 woede, wraak, schaamte en haat komen niet of slechts mondjesmaat aan de orde in de therapie. Ook over seksualiteit wordt niet gesproken. Het overheersende tegenoverdrachtsgevoel is betrokken vertedering. Hoewel de therapie op het eerste gezicht goed loopt en er ook een zeker succes geboekt wordt, blijven te veel aspecten buiten de behandeling. Ook hier kan *false self*-problematiek aanwezig zijn. De afgesplitste negatieve gevoelens worden meestal op het zelf gericht en de cliënt houdt wanhopig het beeld op van een ideaal kind met een ideale, goede ouder/therapeut.

- *Het niet-gehoorde kind versus de ontkennende verwaarlozende ander.*

Een dergelijke constellatie kan zich uiten in het vergeten van cliënten, van afspraken of van de inhoud van vorige sessies en saillante details uit de voor-geschiedenis. Het bagatelliseren van de traumatische gebeurtenissen of de gevoelens van de cliënt komt eveneens voor. Ook het ontkennen van het bestaan van door de cliënt als zodanig beleefde 'delen' of alters en het stelselmatig alleen maar willen werken aan zaken in het hier en nu, onder de noemer van een toedekkende therapie, kunnen vormen van deze collusie zijn. Andersom werkt deze impasse wanneer de therapeut het gevoel krijgt niet te bestaan voor deze cliënt, als elk gesprek ongeveer hetzelfde verloop heeft en de therapeut het gevoel krijgt elke keer opnieuw te moeten beginnen.

- *De verleider versus de verleide.*

Ook bij dit scenario kan de therapeut zowel de rol van de verleider als die van de verleide hebben. Het is gebruikelijk hierbij vooral aan seksuele verleiding en erotische grensoverschrijdingen te denken, maar 'verleiding' kan ook over andere zaken gaan. De therapeut kan verleid worden tot fascinatie voor de levens-geschiedenis van de cliënt of tot het belonen van de behoefte aan steeds nieuwe alters of steeds gruwelijker

'herinneringen', terwijl de situatie van de cliënt zien-derogen achteruitgaat.

- *Het hulpeloze slachtoffer versus de sadistische dader.*
Ook bij deze constellatie is de rolverdeling flexibel. Zoals beschreven bij de daderpositie, is het van belang dat de therapeut in staat is de betekenis van woede, haat en wraakfantasieën een plaats in de behandeling te geven. Deze configuratie kan voor therapeuten zeer onthutsend zijn. Het komt voor dat therapeuten zelf seksuele en sadistische beelden en fantasieën krijgen die dermate beangstigend zijn, dat de empathie opgeheven wordt.

Het hanteren en herkennen van tegenoverdrachtsreacties als bron van informatie verloopt in drie stappen. De eerste stap is het zelfonderzoek. Een goede leidraad vormen de vragen die Danieli (1994) formuleert: wat is mijn relatie met dit trauma in het algemeen, 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 cliënt, en tot welke 'dans' ben 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 concentreren op beelden (imaginatie). Het is ook belangrijk om de eigen fysiologische reacties zoals spierspanning of hart-kloppingen te onderkennen en te beseffen dat alle therapeuten effecten ondergaan van het werken met getraumatiseerde cliënten. Lindy c.s. (1988) beschrijven dat angst, woede en verdriet, schuld en schaamtegevoelens, afkeer, minachting en afschuw bij alle door hen onderzochte therapeuten voorkwamen. Intervisie en supervisie vormen een tweede stap. Intervisie heeft als belangrijkste functie de therapeut te leren de posttraumatische affecten, beelden en identificaties te containen. Een goede intervisie maakt gebruik van de afstand die andere groepsleden van een casus hebben, door ruimte te geven aan spontane associaties, beelden en gevoelens. Intervisie is een veilig middel om in samenspraak met collega's tegenoverdrachtsreacties te herkennen. Supervisie, die ook leidt tot een oordeel over het functioneren, kan wel eens te onveilig zijn om heel persoonlijke reacties op getraumatiseerde cliënten in te brengen. Voor supervisie over traumabehandeling is net als bij de behandeling van deze cliënten meer aandacht voor veiligheid en zelfzorg noodzakelijk.

De derde stap bestaat uit bescherming tegen secundaire posttraumatische stress-stoornis en *compassion fatigue* (zie hoofdstuk 31 van dit boek).

Tot slot

In navolging van Wilson en Lindy (1994) is er in dit hoofdstuk van uitgegaan dat tegenoverdrachtsreacties bij getraumatiseerde cliënten onvermijdelijk zijn en aanleiding kunnen geven tot twee verschillende uitkomsten. Tegenoverdrachts-reacties kunnen leiden tot een vergroting van het vermogen zich in te leven en te begrijpen wat de cliënt heeft meegemaakt, maar ook tot een verstoring van de empathische respons. Ongereflecteerde tegenoverdrachtsreacties zijn reacties waarbij de therapeut de angst en afweer niet op zijn betekenis en functie voor de behandeling onderzoekt. Dit kan aanleiding geven tot het verbreken van de therapeutische relatie, het verloren gaan van het therapeutisch kader of tot collusies en impasses. Deze impasses zijn gedefinieerd als stereotype herhalingen; de heropvoering van traumatische scenario's waarin de oorspronkelijke traumatische situaties worden herhaald met hetzelfde plot, maar met andere spelers. Er is hier sprake van een paradox: enerzijds moet de therapeut zich tot deze 'dans' laten noden omdat anders het traumatisch materiaal toegedekt blijft, anderzijds moet ervoor gewaakt worden om niet in collusies, grensoverschrijdingen en slachtoffer-dader-redder-constellaties te verzanden. De herkenning van impasses of herhalingsscenario's zijn een bron van informatie, mits de therapeut in staat is als een regisseur te kijken naar wat zich op het toneel afspeelt en erin slaagt dat te analyseren.

Literatuur

- Baker, L., Silk, K.R., Westen, D., Niggs, J.T., & Lohr, N.E. (1992). Malevolence, Splitting and parental ratings by borderlines. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 180, 258-264.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann.
- Brom, D., Kleber R.J. & Defares, P.B. (1986). *Traumatische ervaringen en psychotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Chu, J.A. (1988). Ten traps for therapists in the treatment of trauma-survivors. *Dissociation*, 1,4,24-32.
- Danieli, Y. (1994). 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.
- Danieli, Y. (1988). Confronting the unimaginable. Psychotherapists' reactions to the victims of the Nazi Holocaust. In: J.P. Wilson, Z. Harel & B. Kahana (Eds.), *Human adaptation to extreme stress* (pp. 219-237). New York: Plenum Press.
- Davies, J.M., & Frawley, M.G. (1994). *Treating the adult survivor of childhood abuse*. New York: Basic Books.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64,1,22-31.
- Gabbard, G.O. (1995). Countertransference: the emerging common ground. *International Journal of Psychoanalysis*, 67,475-485.
- Gabbard, G.O., & Wilkinson, S.M. (1994). *Management of countertransference with borderline patients*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Hart, O. van der (red.) (1991). *Trauma, dissociatie en hypnose*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Horowitz, P.M. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson.
- Janoff-Bulman, R. (1983). The aftermath of victimization: Rebuilding Shattered assumptions. In: C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake*. Vol.1 (pp. 15-35). New York: Brunner/Mazel.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing: affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Laub, D. & Auerhahn, N.C. (1993). Knowing and not knowing: forms of traumatic memory. *International Journal of Psychoanalysis*, 74, 287-302.
- Lindy, J.D., Green, B.L., Grace, M.L., MacLeod, J.A., & Spitz, L. (1988). *Vietnam: a casebook*. New York: Brunner/Mazel.
- Loewenstein, R.J., & Ross, D.R. (1992). Multiple Personality and Psycho-analysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 12,13-49.
- Main, M., & Hesse, F. (1992). Disorganized/disoriented infant behavior in the Strange Situation: lapses of monitoring of reasoning and discourse during the parent's Adult Attachment Interview and dissociative states. In: M. Ammaniti & D. Stern (Eds.), *Attachment and Psychoanalysis*. Rome: Laterza and Figli.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Lack of resolution of mourning in adulthood and its relationship to infant disorganization: some speculations regarding causal mechanisms. In: M. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings. *Attachment in the pre-school years* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.
- McCann, L., & Colletti, J. (1994). The dance of empathy: a hermeneutic formulation of countertransference, empathy and understanding in the treatment of individuals who have experienced early childhood trauma. In: J.P. Wilson & J. D. Lindy, *Countertransference in the treatment of PTSD* (pp. 87-121). New York: Guilford Press.

- Mitchell, S. (1993). Hope and dread in psychoanalysis. New York: Basic Books.
- Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W (1995). Trauma and the therapist. New York: Norton.
- Racker, H. (1968). Transference and counter-transference. Madison: International Universities Press.
- Tansey, M.J., & Burke, W F (1989). Understanding Counter-transference. Hillsdale NJ: Analytic Press.
- Velde, W op den, Koerselman, G.F, & Aarts, P.G.H. (1994). Countertransference and World War II resistance fighters: issues in diagnosis and assessment. In: J.P Wilson & J.D. Lindy, Counter-transference in the treatment of PTSD (pp. 308-328). New York: Guilford Press.
- Wilson, J.P, & Lindy, J.D. (Eds.) (1994). Countertransference in the treatment of PTSD. New York: Guilford Press.
- Winnicott, D.W (1960). Ego distortion in terms of true and false self. New York: International Universities Press.