

# **Elke eeuw zijn eigen wiel. Over trauma en ontwikkelingsmodellen**

N.J. NICOLAI

In 1995 verliet ik na zes jaar de redactie van het Tijdschrift voor Psychotherapie. Dat jaar vormt het midden van de 'jaren negentig', een decennium dat wordt overschaduwd door het komende millennium. Een decennium ook dat gekenmerkt werd door grote veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg.

Een belangrijke ontwikkeling in mijn eigen vak, de psychiatrie, was de opleving van de biologische psychiatrie, de indrukwekkende opkomst van psychofarmaca, de algemene acceptatie van de DSM en het kortzellig wantrouwen in psychotherapeutische methoden. Psychiatrie werd hip en het hersteld zelfvertrouwen van haar beroepsbeoefenaren getuigt daarvan. Psychotherapie raakte uit, tenzij zij kort, wetenschappelijk onderbouwd en cognitief van aard was. Zeker langdurige therapie-methoden, langzame veranderingsprocessen en leren leven met ingebouwde therapeutische onzekerheid werden marginaal. Psychotherapieafdelingen in RIAGG's werden ontmanteld en verdeeld over afdelingen volwassenenzorg.

Al verdween de activiteit 'psychotherapie' niet uit de dagelijkse werkelijkheid van de GGZ, je kon je er op verjaardagsfeestjes maar beter niet meer mee vertonen. Als je dat wel deed, kreeg je meteen een stortvloed van reacties over je heen: over kille therapeuten, die geen begrip toonden voor de emotionele behoeften van hun cliënten, zich regelmatig aan cliënten vergrepen, mensen de voordelen van pillen en een snelle genezing onthielden en nota bene aanhangers bleken te zijn van een man, die zelf aan cocaïne verslaafd was. Meerdere malen heb ik dit verhaal gehoord voor ik uiteindelijk de bron ontdekte: een universitair leerboek over de geschiedenis van de psychologie dat een kort thema wijdde aan Freud en daarin vooral zijn eerste wetenschappelijk werk benadrukte. Nee, psychotherapie was in het geheel niet salonfähig meer in de jaren negentig.

## HERNIEUWDE BELANGSTELLING VOOR TRAUMA

In dit decennium zagen we ook de herleving van de belangstelling voor het traumabegrip en een hernieuwde belangstelling voor primaire oorzaken van psychisch lijden. Psychische trauma's leken een goede kandidaat voor een causaal model van psychopathologie. Na de invoering in 1980 van de classificatie 'posttraumatische stress-stoornis' in de DSM was het immers onmiskenbaar bewezen dat er zoiets bestond als een stoornis die geluxeed - of zelfs misschien wel veroorzaakt - werd door schokkende externe gebeurtenissen. Niet alleen schokkende gebeurtenissen als oorlog, 'man-made' geweld als overvallen en gijzelingen, natuurrampen, maar ook de effecten van huiselijk geweld en misbruik werden onder het traumaparadigma gebracht. Dat leidde tot een verschuiving in het denken over symptomen. Allerlei symptomen konden het gevolg zijn van misbruik en mishandeling: van het *Irritable Bowel*-syndroom (spastisch colon) tot eetstoornissen, van seksuele functiestoornissen tot persoonlijkheidsstoornissen, van verslaving tot depersonalisatie en meervoudigheid.

Er ontstond een heel circuit van congressen, boeken, tijdschriften en traumadeskundigen. Zij ervoeren zichzelf als pioniers en benoemden zich tot baanbrekers op een onbekend terrein, schatplichtig aan pioniers uit de voorgaande eeuw, die lang obscuur waren gebleven, zoals Janet en, in mindere mate, Charcot, en heldhaftig op zoek naar nieuwe theorievorming en nieuwe methoden van behandeling en onderzoek. Freuds trauma-affectmodel, dat dateert uit de 19e eeuw, deed nog een beetje mee, maar omdat hij de pathogene invloeden van reële gebeurtenissen had verworpen ten gunste van de pathogene effecten van fantasieën waren zijn theorieën verdacht geworden. Dit had tevens tot gevolg dat er niet of nauwelijks gebruik werd gemaakt van latere psychoanalytische theorievorming. Misschien nog een beetje van de objectrelatietheorie, omdat deze immers ook ruimte schept voor wat van buiten komt: gedrag van ouders. En er was een beetje aandacht voor het werk van miskende volgelingen zoals Ferenczi. Maar daarmee had je het wel gehad.

Neo-traumatheorieën ontstonden. De behandeling van dissociatieve stoornissen ontvouwde zich. De verbinding werd gelegd met nieuwe theorieën over cognitie, geheugen, neuroanatomie en de neurofysiologische effecten van stress op neurotransmitters en hormonen. Soms werd het wiel opnieuw uitgevonden, maar vaak was het andere perspectief op het wiel wetenschappelijk heel vruchtbaar.

## REACTIES OP DE TRAUMABEWEGING

Natuurlijk ontstond ook een backlash. De meest virulente was de *False Memory*-beweging, die zich met alle middelen teweerstelde tegen het argument dat een mens zich lange tijd schokkende gebeurtenissen niet kan herinneren en tegen de Recovered Memory Therapy, die volgens de aanhangers van deze beweging vele onschuldige gezinnen in het ongeluk stortte. Zij heeft nogal wat repercussies gehad voor de praktijk van de traumabehandeling, zeker als het hierbij ging om mensen met een herinnering aan seksueel misbruik of mishandeling als kind. Het ligt in de aard van deze gebeurtenissen dat daar vaak geen getuigen van zijn of dat ze zich afspelen in gezinnen waar het hele klimaat gekleurd is door onveiligheid en geheimhouding, dus objectieve bewijsvoering is niet mogelijk. In de Verenigde Staten werden therapeuten aangeklaagd die hun patiënten een herinnering hadden 'aangeprent'. Er waren therapeuten die het niet meer aandurften om mensen met een verhaal over misbruik of gezinsgeweld in behandeling te nemen. Het ene na het andere boek en artikel verscheen waarin de vloer werd aangeveegd met 'verdringing' en amnesie (Wakefield & Underwager, 1992; Loftus, 1993; Merkelbach & Wessel, 1994; Wagenaar & Crombag, 1995). Syndromen als de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) werden ter discussie gesteld. Bestonden deze nu of waren zij een gevolg van suggestie van therapeuten? Een gerespecteerde wetenschapper als Elaine Showalter (1997) noemde de aandacht voor syndromen als DIS zelfs een nieuwe vorm van hysterie - in de zin van massahysterie wel te verstaan, opgeklopt door patiënten met iatrogene en nagebootste stoornissen, niet in de psychoanalytische zin van een uiting van neurotische conflicten.

## ONDERZOEK EN THEORIE

Geschrokken begonnen de traumatheoretici zich te verdiepen in modern geheugenonderzoek en zelf onderzoek te doen naar de neurobiologische aspecten van traumatische gebeurtenissen. Aan de andere kant konden geheugenonderzoekers niet meer om de feiten heen. Sommige mensen vertonen na geboekstaafde traumatische gebeurtenissen soms lange tijd amnesie. De zetel van het autobiografisch geheugen, de hippocampus, blijkt beschadigd te raken na chronische stress of trauma's (Ledoux, 1996; Schacter, 1996; Vermetten & Bremner, 1997). Hoge cortisolspiegels, het gevolg van vooral langdurige en chronisch stress, interfereren met allerlei geheugentaken, met name het lange-termijngeheugen. Kortom, er begint aan het eind van het decennium een

genueanceerder beeld te ontstaan van de effecten van ontwikkelingsinterferenties en traumatische situaties op het menselijk brein. De betrouwbaarheid van ons autobiografisch geheugen is matig, hetgeen niet wil zeggen dat verhalen over trauma's niet waar zijn. De verschillende 'werkelijkheden' waarin het debat over fictieve herinneringen verstrikt was, zijn weer wat ontrafeld. De juridische werkelijkheid is niet dezelfde als de psychische realiteit en deze is weer niet dezelfde als de externe werkelijkheid. Want daarover bestond de eerste helft van het decennium ook grote verwarring. In het traumaveld werd gevonden dat veel, vooral vrouwelijke cliënten met een verleden van seksueel misbruik, voldeden aan de criteria van de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS). Een onderzoeker als Judith Herman (Herman, Perry & Van der Kolk, 1989) wees deze diagnose af en stelde dat BPS eigenlijk een vorm van complexe posttraumatische stressstoornis is. Er ontstond een stroom van onderzoek naar de traumatische antecedenten van BPS (zie ook Kroll, 1993, en Paris, 1994). Was de borderline persoonlijkheidsstoornis nu een gevolg van een traumatische stoornis, eerder of later in de ontwikkeling, dus exogeen van oorsprong? Of was de borderline persoonlijkheidsstoornis een gevolg van constitutionele kwetsbaarheid of sterke agressieve driftmatigheid, waardoor latere ervaringen traumatische effecten hebben, zoals Kernberg (1984) stelt? Een zwakker gestructureerde persoonlijkheid zal eerder traumatisch overspoeld raken dan een stevige. Volkan (in Wallerstein, 1994) stelt dat kinderen verschillen in constitutie, net zoals poppen van plastic, hout of staal gemaakt kunnen zijn. Of ligt de oorzaak toch in vroege aspecten van de moeder-kindrelatie, dat wil zeggen de verstoring van de primaire relatie of hechting, waarna latere traumatische ervaringen als het ware hun splijtende en overspoelende effect kunnen hebben? Hoe het ook zij, dit debat was niet louter een academische exercitie, want het had ook therapeutische consequenties. Immers, wanneer je uitgaat van het traumaparadigma, zal je de cliënt aanmoedigen over zijn of haar ervaringen te vertellen. Gaat je uit van een constitutioneel model dan zul je je eerder richten op de conflictueuze fantasieën of de angst voor overspoelende agressie. Uitgaande van een defectmodel zal men, zoals Adler en Buie (1979), lang meegaan in de behoefte aan empathie, steun en structuur. Is men, zoals Linehan (1993), ervan overtuigd dat BPS mede een leertekort is, dan zal men zich eerder op cognities en stabilisatie van symptomen richten, ondanks de erkenning van het posttraumatische aspect van deze klachten.

In 1996 verscheen in dit tijdschrift een artikel dat dit hele debat netjes op een rijtje zette en ook een uitweg

bood uit de patstelling tussen de aanhangers van het traumaparadigma en andere modellen. Dat was het artikel van Myriam van Gael: *Borderline pathologie: post-traumatische stoornis of ontwikkelingsstoornis?* Er zijn van die artikelen die een mijlpaal vormen en die een discussie in een veld en de daaraan ten grondslag liggende aannamen in één klap verhelderen. Haar artikel is daar een voorbeeld van. Ik kende het al wat langer, want de auteur had mij het artikel gestuurd met de vraag of het wellicht wat was voor het Tijdschrift. Ik fungeerde dus als de beoordelaar van de nulde versie, zoals dat heet. Ik was enthousiast en dat verbaasde haar weer: het Tijdschrift voor Psychotherapie had in haar omgeving de naam heel moeilijk en zeer kritisch te zijn met plaatsing. En dat verbaasde mij weer, want kwaliteit van zulke evidentie is waar redacties om zitten te springen. Maar daar gaat het nu niet om. Het gaat om de impact die een dergelijk artikel heeft.

Door het artikel van Myriam van Gael kwamen twee specialistische opvattingen, die daarvoor als prikkelbare egeltjes om elkaar heen gedraaid hadden, onder één noemer. Het maakte bovendien duidelijk dat over theorieën gestreden kan worden in vaktijdschriften en boeken, maar dat de klinische praktijk het laatste woord heeft. De kern van haar artikel betreft de noodzaak van een integratie van het traumaperspectief en het psychodynamische perspectief. Zonder psychodynamische visie op de gebrekkige integratiemogelijkheden kan de behandeling van patiënten met een traumatische voorgeschiedenis ontaarden in een ontredderende herbeleving en desorganisatie. Zonder het traumaperspectief met zijn steunende en erkennende elementen kan de behandeling gefixeerd raken in een afstandelijke neutraliteit die eerder de woede en haat voedt dan ze exploreert en draaglijk maakt. Een evenwichtige combinatie van steun voor ontwikkelings tekorten en inzicht in de versplinterende werking van haat en agressie zou wenselijk zijn.

#### DE KLINISCHE PRAKTIJK

Hoe staat het nu in het veld? Stabilisatie en symptoomreductie is nu *de rigueur* in het veld van de traumabehandeling. Niet het verhaal op zichzelf, maar de gevolgen zijn aangrijpingspunt. Linehans model en andere cognitieve modellen worden op dit moment op verschillende plaatsen gehanteerd en onderzocht. De diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis wordt gezien als de *final common pathway* van verschillende ontwikkelingsstoornissen. Het monomane van een monocausaal model is vervangen door een multidimensioneel model. Er is een toenemende belangstelling voor attachment-onderzoek,

zowel in het traumaveld als op het gebied van de persoonlijkheidsstoornissen. De theorie van *attachment* of hechting als mentaal model van zelf, anderen en relaties wint terrein (Crittenden, 1993). Attachment of hechtingsstijl wordt gezien als mediërende factor tussen ouders en hun kinderen. De hechtingsstijl van de ouders voorspelt voor 70% de hechtingsstijl van hun kinderen (Fonagy, Steele, Steele, Leigh, Kennedy & Target, 1996).

Traumatische gebeurtenissen in het leven van ouders, zoals verlies door de dood, kunnen leiden tot voor kinderen onvoorspelbaar en daarom angstig en bedreigend gedrag, dat op zijn beurt weer kan leiden tot een gedesorganiseerde hechtingsstijl bij hun kinderen (Schuengel, 1997). Vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis blijken qua hechtingsstijl te plaatsen in de categorie 'overspoeld door trauma met een hoge score op onverwerktheid' (Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy, Mattoon, Target & Gerber, 1996). Deze categorie verwijst naar een score in het Gehechtheids-Biografisch Interview, die gekenmerkt wordt door het feit dat er bij alle vragen teruggekomen wordt op traumatische ervaringen - ook als deze vragen op andere zaken gericht zijn - en de aanwezigheid van duidelijke verstoringen in de metacognitieve sturing van het denken en spreken over deze traumatische ervaringen. Men denkt in dat geval bijvoorbeeld dat men zelf schuldig is aan het gebeurde of men erkent en ontkent afwisselend de gebeurtenis. Het vermogen tot reflectie, dat wil zeggen de capaciteit om na te denken over het eigen denken of spreken, is verminderd of zelfs geheel afwezig.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat dit overspoeld zijn therapeutisch bewerkt dient te worden, dus de gevolgen, de verstoorde cognities, de misvatting dat men zelf de schuld is, de psychische 'bezetting' door het beeld van de dader(s). Psychodynamische en cognitieve theorieën zijn daarin naar elkaar toegegroeid. Consensus ontstaat ook over de noodzaak een fasemodel voor traumabehandeling te ontwikkelen (Courtois, 1997; Van der Hart & Nijenhuis, 1999).

Wanneer ik de lijn uit het eerste deel van dit artikel, namelijk de status van het autobiografisch herinneren, erbij haal, blijkt dat er ook consensus is ontstaan over het feit dat therapeuten geen waarheidsvinders kunnen zijn, dat herinneringen niet betrouwbaar zijn en dat deze onderhevig zijn aan reconstructie en bewerking. Wat belangrijker blijkt dan de gebeurtenis op zichzelf is het effect ervan. Pathogenese zit niet in de aard van de dingen, maar komt voort uit de effecten van die dingen op ons brein en op de mentale modellen die we hebben van onszelf en anderen. Fantasie heet nu cognitie. Welke vreselijke dingen er in de ontwikkeling van kinderen ook

gebeuren, hoe zij erop reageren zal afhangen van hun constitutie en innerlijke representaties, die nu beter in kaart te brengen zijn dan voorheen.

De objectrelatietheorie krijgt een wetenschappelijke onderbouwing door de hechtingstheorie en modern geheugenonderzoek: het bestaan van mentale representaties blijkt aantoonbaar. Amnesie blijkt te bestaan. Het autobiografisch geheugen is reconstruerend, maar dit doet niets af aan het feit dat trauma's bestaan. En schokkende gebeurtenissen zijn er onophoudelijk, geweld lijkt endemisch en de posttraumatische stress-stoornissen zullen de geestelijke gezondheidszorg toenemend bezig houden en nog vele generaties blijvend beïnvloeden, ook al bejiveren we ons nog zo om korte, 'evidence based' behandelmethodieken te ontwikkelen.

#### LITERATUUR

- Adler, G., & Buie, D.H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: the possible relevance of child developmental issues. *International Journal of Psychoanalysis*, 50, 83-96.
- Courtois, C.A. (1997). Informed clinical practice and the standard of care. Proposed guidelines for the treatment of adults who report delayed memories of childhood trauma. In J.D. Read, & D. S. Lindsay (ed.), *Recollections of trauma. Scientific evidence and clinical Practice*. (pp 337-361). New York: Plenum Press.
- Crittenden, P. (1996). Attachment and psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir & J.Kerr (ed.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale NJ: The Analytic Press.
- Fisch, V (1998). The delayed memory controversy in an epidemiological framework. *Child Maltreatment Journal of the American Profession Society on the Abuse of Children*, 3, 204-223.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G.S., & Higgitt A. (1991). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health journal*, 13, 200-217.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T, Kennedy, R., & Target, M. (1996) The predictive specificity of Mary Mains Adult Attachment Interview: implications for psychodynamic theories of normal and pathological emotional development. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (ed.), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale NJ: The Analytic Press.
- 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, 22-31.
- Gael, van M. (1996). Borderline pathologie: post-traumatische stoornis of ontwikkelingsstoornis? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 22, 160-178.
- Herman, J., Perry C., & Kolk B.A. van der (1989). Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality Disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kolk, B.A. van der, Mc Farlane, A.C., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress. The effects on overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford.

- Kroll, J. (1993). *PTSD/ Borderline in therapy. Finding the balance*. New York: Norton.
- Ledoux, J. (1996). *The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Touchstone.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitivebehavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Loftus, E.F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48, 720-725.
- Merckelbach, H., & Wessel. 1. (1994). Recovered memories. *De Psycholoog*, 29, 85-90.
- Paris, J.D. (1994). *Borderline personality disorder, a multidimensional approach*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sandler, J., & Fonagy, P. (ed.), (1997). *Recovered memories of abuse. True or false? Psychoanalytic Monograph. 2*. Londen: Karnac Books.
- Schacter, D.L. (1996). *Searching for memory: the brain, the mind and the past*. New York: Basic Books.
- Schuengel, C. (1997). *Attachment, loss and maternal behavior*. Leiden. Academisch Proefschrift.
- Showalter, E. (1997). *Hystories. Hysterical epidemics and modern culture*. New York: Ocador.
- Vermetten, E., & Bremner, D.J. (1997). Dissociative amnesia. In G. Berios, & J. Hodges (ed). *Memory Complaints & Disorders: the neuropsychiatric perspective*. Boston: Cambridge University Press.
- Wagenaar, WA., & Crombag, H.F.M. (1995). Verdrongen herinneringen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 1275-1279.
- Wakefield, H., & Underwager, R. (1992). Recovered memories of alleged sexual abuse: lawsuits against parents. *Behavioral Sciences and the Law*, 10, 483-507.
- Wallerstein, R.S (1994). Borderline disorders: report on the 4th IPA Research Conference. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 763-774.