

Franz Ruppert

# Vroegkinderlijk trauma

Zwangerschap, geboorte  
en eerste levensjaren

**Met bijdragen van:**

Birgit Assel, Vivian Broughton,  
Doris Brombach, Annemarie Denk,  
Christina Freund, Gabriele Hoppe,  
Liesel Krüger, Petra Lardschneider,  
Manuela Specht, Andrea Stoffers,  
Dagmar Strauss, Cordula Schulte,  
Alice Schultze-Kraft, Marta Thorsheim  
en Margriet Wentink



Uitgeverij Mens!

# Inhoud

**Voorwoord** 11

**Voorwoord bij de Nederlandse editie** 15

**Voorwoord van de vertalers** 17

- 1 Vroegkinderlijk trauma en het ‘opstellen van het verlangen’**  
(Franz Ruppert) 19
  - 1.1 Meergenerationele psychotraumatologie 22
  - 1.2 Traumatisering door natuurgeweld 25
  - 1.3 Traumatisering door menselijk geweld 26
  - 1.4 Traumatisering van de liefde 30
  - 1.5 Traumatisering van de seksualiteit 38
  - 1.6 Oorzaken van vroegkinderlijk trauma 45
  - 1.7 Getraumatiseerde en traumatiserende moeders 51
  - 1.8 Vaders en vroegkinderlijk trauma 54
  - 1.9 Het traumatiserende potentieel van de verloskunde en  
de medische wetenschap 55
  - 1.10 Kunstmatige bevruchting 57
  - 1.11 Vroege geweldervaringen 58
  - 1.12 Het ‘opstellen van het verlangen’ – een mogelijkheid  
tot traumaverwerking 59
  - 1.13 Wat maakt de methode ‘opstellen van het verlangen’  
betrouwbaar? 62
  - 1.14 Stappen om trauma te verwerken 64
  - 1.15 Trauma-overlevingsstrategieën herkennen 67
  - 1.16 Vroeg bewustzijn 71

- 2 Vroegkindelijk trauma begint bij de conceptie**  
(Marta Thorsheim) 73
  - 2.1 Verwekt worden bij ouders met een gezonde psychische structuur 73
  - 2.2 Verwekt worden bij ouders met traumadelen en overlevingsdelen 73
  - 2.3 De seksuele relatie tussen beide geslachten vroeger en nu 74
  - 2.4 Getraumatiseerde ouders – een historische constante 76
  - 2.5 Verwekking uit verkrachting 78
  - 2.6 Verwekking als vervanging van een ander kind 80
  - 2.7 Verwekking ter vervanging van de eigen ouders 82
  - 2.8 Verwekt worden in een familie van daders en slachtoffers 83
  
- 3 Moederlijke ambivalentie tijdens de zwangerschap**  
(Alice Schultze-Kraft) 87
  - 3.1 De gezichten van moederlijke ambivalentie 89
  - 3.2 De gevolgen van moederlijke ambivalentie 90
  - 3.3 Het symbiosetrauma van de moeder 92
  - 3.4 Gevolgen voor de therapie 95
  
- 4 Onvervulde kinderwens** (Annemarie Denk) 97
  - 4.1 Statistische gegevens 98
  - 4.2 Wat zit er achter een kinderwens? 100
  - 4.3 Blokkades en moeilijkheden bij een kinderwens 101
  - 4.4 Het begin van het voelen en waarnemen 102
  - 4.5 Kunstmatige bevruchting als oorzaak van het ontstaan van trauma 103
  - 4.6 Zaaddonatie/eiceldonatie/draagmoederschap 106
  - 4.7 Gevolgen van kunstmatige bevruchting voor de kinderen 107
  - 4.8 Alternatieven voor kunstmatige bevruchting 110
  
- 5 Abortus en trauma** (Grabriele Hoppe) 113
  - 5.1 Frequentie van abortussen 115
  - 5.2 Wettelijke bepalingen 115
  - 5.3 Abortusmethoden 117
  - 5.4 Gevolgen van een abortus voor vrouwen 118
  - 5.5 De rol van vaders 120
  - 5.6 De sociale situatie van zwangere moeders 121
  - 5.7 Psychische gevolgen en mogelijkheden van verwerking 123
  - 5.8 Kinderen die een abortus hebben overleefd 127

- 5.9 'Opstellen van het verlangen' bij kinderen die een abortus hebben overleefd 130
  
- 6 Traumatische ervaringen in de baarmoeder**  
(Doris Brombach) 139
  - 6.1 De baarmoeder als symbool voor vrouwelijkheid 139
  - 6.2 Opstellingen met kinderen 142
  
- 7 Zwangerschap en bevalling gezien vanuit de meergenerationele psychotraumatologie** (Birgit Assel) 147
  - 7.1 Onderzoeken uit voorzorg veroorzaken zorgen 147
  - 7.2 Prenatale diagnostiek belast hechtingsrelatie tussen moeder en kind 149
  - 7.3 Vrouwen in de slachtofferrol 154
  - 7.4 Medische geboortezorg 156
  - 7.5 De ontwikkeling van de medische verloskunde in een historische context 157
  - 7.6 Bevalling en seksueel geweld 162
  - 7.7 Geweldservaringen van vrouwen tijdens de bevalling 163
  - 7.8 Kinderen baren en de vrouwenbeweging in de jaren tachtig 165
  - 7.9 Bevallingen in de eenentwintigste eeuw 166
  - 7.10 Routinemaatregelen en stress tijdens de 'normale' bevalling 169
  - 7.11 Thuisbevallingen 172
  - 7.12 Bevallen via een keizersnede 172
  - 7.13 De geplande keizersnede 174
  
- 8 Vroeggeboorten als gevolg en oorzaak van traumatisering**  
(Manuela Specht) 181
  - 8.1 Vroeggeboorten vanuit medisch perspectief 181
  - 8.2 De kangoeroemethode als hulp om te overleven 182
  - 8.3 Stress en vroeggeboorte 183
  - 8.4 Trauma en vroeggeboorte 184
  - 8.5 Vroeggeboorte en symbiosetrauma 187
  - 8.6 Persoonlijke ervaringen met de methode 'opstellen van het verlangen' 190

- 9 Het doorknippen van de navelstreng en het proces van opnieuw hechten als laatste fase van de geboorte**  
(Dagmar Strauss) 193
- 9.1 De eerste ontmoeting tussen moeder en kind buiten het lichaam van de moeder 193
  - 9.2 De rol van de vader bij de geboorte en het hechtingsproces 197
  - 9.3 Het succesvol doorknippen van de navelstreng en opnieuw hechten aan de moeder 198
  - 9.4 Traumatisering tijdens de laatste fase van de geboorte 201
  - 9.5 Een traumatische onderbreking van het hechtingsproces 203
  - 9.6 Hulp voor kinderen met een symbiosetrauma 206
- 10 Miskramen en doodgeboren kinderen als trauma**  
(Cordula Schulte) 211
- 10.1 De dood van een kind – een verliestrauma 212
  - 10.2 Getallen – data – feiten 213
  - 10.3 De therapeutische praktijk 214
  - 10.4 Miskramen en doodgeboren kinderen in de familie 216
  - 10.5 Het hechtingsproces tijdens de zwangerschap 218
  - 10.6 De verstoring van de hechtingsbereidheid bij kinderen die volgen op een miskraam of doodgeboren kind 219
  - 10.7 Zogenoemde huilbaby's 223
  - 10.8 Opstellingen bij een verliestrauma 223
  - 10.9 Terug naar het 'buikgevoel' 224
- 11 Psychosen na de bevalling** (Petra Lardschneider) 227
- 12 Moeder zijn tussen carrière, geldnood en tijd voor haar kinderen** (Christina Freund) 239
- 12.1 Hoe lang kunnen kinderen zonder moeder zijn? 240
  - 12.2 Stressonderzoek bij crèches en kinderdagverblijven 243
  - 12.3 Brengen getraumatiseerde moeders hun kinderen gemakkelijker naar crèches en andere kinderopvanginstellingen? 246
  - 12.4 Verdeeldheid als noodzakelijk overlevingsmechanisme van kinderen 249
- 13 Opgroeien bij grootouders als vroegkinderlijk trauma**  
(Andrea Stoffers) 251

- 14 Van het begin af aan geweld in plaats van liefde**  
(Margriet Wentink) 263
  - 14.1 Vroeg geweld 263
  - 14.2 Verborgen geweld 264
  - 14.3 De gevolgen van vroeg geweld voor de  
persoonlijkheidsontwikkeling 267
  - 14.4 Stap voor stap de waarheid toelaten 270
  - 14.5 Expliciet en impliciet geheugen 273
  
- 15 Vroegkinderlijk trauma, adoptie en pleegkinderen**  
(Liesel Krüger) 281
  - 15.1 Eigen statistiek 284
  - 15.2 ‘Werken met het kleiveld<sup>®</sup>’ 285
  - 15.3 ‘Werken met het kleiveld<sup>®</sup>’ met pleeg- en adoptieouders 291
  
- 16 Eetstoornissen als gevolg van vroegkinderlijk trauma**  
(Andrea Stoffers) 295
  
- 17 Magerzucht en vroegkinderlijk trauma** (Franz Ruppert) 303
  
- 18 Symbiosetrauma in individuele therapie**  
(Vivian Broughton) 307
  - 18.1 Trauma en individuele therapie 307
  - 18.2 Het ‘opstellen van het verlangen’ in de individuele  
begeleiding 309
  - 18.3 Uitdagingen en voordelen van individueel werk 310
  
- 19 Heling en preventie van vroegkinderlijk trauma**  
(Franz Ruppert) 319
  - 19.1 Geleidelijke helingsprocessen 319
  - 19.2 Voorkomen is beter dan genezen 321
  
- Verklarende woordenlijst** 327
- Literatuur** 331
- Informatie uit dag- en weekbladen** 343
- Websites** 343
- Overzicht van auteurs** 345
- Adressen** 350

# Voorwoord

Dat we doorgaans al negen maanden oud zijn als we ‘op de wereld’ komen, weten we. Maar dat ons psychische leven al vóór de geboorte begint, is niet algemeen bekend. Want als dat wel zo was, zouden we ons anders hebben opgesteld tegenover het zich ontwikkelende leven – in het partnerschap, binnen het gezin, in de prenatale zorg, in de verloskunde en bij kunstmatige bevruchting.

De ongeborenen zijn wezens die waarnemen, voelen en herkennen. Wat zij ervaren tijdens de zwangerschap en geboorte drukt een stempel op hun fysieke en psychische ontwikkeling. Dat kunnen goede en liefdevolle ervaringen zijn, die een solide basis leggen voor een stabiele en evenwichtige persoonlijkheid. Maar dat kunnen ook stressvolle, zelfs traumatische ervaringen zijn, die een mensenleven negatief kunnen beïnvloeden.

Daarom moet de mogelijkheid om vroegkinderlijk trauma op te lopen een plek krijgen in het kader van de psychotherapeutische behandelingen. Wanneer mensen lijden aan symptomen die men aanduidt als ‘angst’, ‘depressie’, ‘persoonlijkheidsstoornissen’ of zelfs ‘psychose’, kunnen de mogelijke oorzaken al voor de geboorte van een persoon worden gevonden.

‘Vroegkinderlijk trauma’ is de voortzetting van het project waarmee ik beoog een uitgebreide theorie van een meergenerationele psychotraumatologie te ontwikkelen. Het project startte met de publicatie van het boek *Verwirrte Seelen* (2002), dat in 2008 in Nederland werd uitgegeven onder de titel *De verborgen boodschap van psychische stoornissen*. Vervolgens verschenen *Trauma, Bindung und Familienstellen* (2005), *Seelische Spaltung und innere Heilung* (2007) en *Symbiose und Autonomie* (2010) (in Nederland in 2010 verschenen onder de titel *Symbiose en autonomie*, Uitgeverij Mens!). Daarna volgde *Trauma, Angst und Liebe* (2012) (in Nederland in 2012 verschenen onder de titel *Bevrijding van trauma, angst en onmacht*, Uitgeverij Mens!).

Het 'opstellen van het verlangen' op basis van de meergenerationele psychotraumatologie is inmiddels een zelfstandige trauma-therapeutische methode geworden. Deze methode kan voor een breed scala psychische en fysieke symptomen worden aangewend om hun diepere oorzaken te herkennen en om adequate hulp te verlenen. Zoals de talrijke praktijkvoorbeelden in dit boek laten zien, is de methode vooral geschikt om toegang te verkrijgen tot de impliciet opgeslagen herinneringen uit de preverbale fase. Voor de meergenerationele traumatherapie is het belangrijk om niet alleen gericht te zijn op de huidige situatie van conceptie, zwangerschap, geboorte en vroege baby- en kindertijd. Ook mensen die vanaf ongeveer 1930 zijn geboren, zoeken psychotherapeutische hulp, en omdat hun ouders en grootouders eind negentiende eeuw of begin twintigste eeuw leefden, moeten ook deze historische periodes met de toen geldende voorwaarden voor zwangerschap en bevallingen in ogenschouw worden genomen.

Intussen zijn meerdere therapeuten door middel van opleidingen en het werken aan eigen thema's met mijn theorie en methode vertrouwd geraakt. Daarom was het niet moeilijk om auteurs te vinden die op basis van persoonlijke en praktijkervaringen de onderwerpen die voor vroegkinderlijk trauma relevant zijn, konden uitwerken. Hun bijdragen in dit boek zijn voornamelijk vanuit de praktijk geschreven.

Ik dank Birgit Assel, Vivian Broughton, Doris Brombach, Annemarie Denk, Christina Freund, Gabriele Hoppe, Liesel Krüger, Petra Lardschneider, Manuela Specht, Andrea Stoffers, Dagmar Strauss, Cordula Schulte, Alice Schultze-Kraft, Marta Thorsheim en Margriet Wentink voor de spontane bereidheid om hun kennis, gevoelens en therapeutisch engagement toe te voegen in hun bijdragen.

Helaas overleed Doris Brombach op 25 januari 2014 totaal onverwachts. We zijn door deze gebeurtenis diep getroffen en hopen dat de bijdrage van Doris laat zien met welke intensiteit ze zich heeft gewijd aan haar therapeutische werk. Door haar bijdrage in dit boek zal ze op een heel bijzondere manier in onze herinnering blijven.

Ik dank Mechthild Gross voor het zorgvuldig doorlezen van het hele manuscript en de talrijke suggesties die ze daarbij heeft gedaan.



seksuele potenties en mogelijkheden kunnen niet meer met elkaar in overeenstemming worden gebracht. Iemand die seksueel is getraumatiseerd, weet niet meer naar wie hij toe moet met zijn seksuele behoeften: ‘Bij wie kan ik terecht?’ ‘Bij wie voel ik me geborgen met mijn behoeften?’ Iemand die seksueel is getraumatiseerd, weet ook niet hoe hij met zijn seksuele potentie om moet gaan zonder daarbij anderen schade toe te brengen. Zoals zijn eigen seksualiteit is geschaad, zo richt hij vaak ook schade bij anderen aan. Seksualiteit wordt op die manier geen zegen die nieuw leven schept, maar het volgende wapen in de eigen psychische strijd om te overleven.

Seksuele traumatisering kan ook op volwassen leeftijd voorkomen. Vooral in oorlogsgebieden worden beide geslachten vaak ongeremd seksueel misbruikt. Soldaten verkrachten elkaar wederzijds en ze verkrachten vrouwen waar ze maar kunnen. Vooral de vrouwen van de vijand worden massaal slachtoffer van verkrachtingen. Vaak is een seksueel trauma het gevolg van een liefdestrauma. Dat is meestal het geval bij seksueel misbruik in een gezin. Het kind dat geen liefde van zijn moeder krijgt, lijkt bijna aangeschoten wild voor alle familieleden, die ofwel hun seksuele driften op hem willen botvieren ofwel hem voor hun eigen overlevingsstrategieën gebruiken om hun eigen liefdestrauma te compenseren.

## 1.6 Oorzaken van vroegkinderlijk trauma

Tot voor kort baseerde ik de ontwikkeling van mijn theorie vooral op de kennis en inzichten van het hechtings- en traumaonderzoek dat betrekking had op de periode na de geboorte. Maar de laatste jaren kwamen ook steeds meer de kennis en ervaring van de pre- en perinatale psychologie in mijn blikveld. Auteurs die zich vooral met de psychologische aspecten van prenatale ervaringen en de geboorte hebben beziggehouden, zijn onder anderen Chamberlain (2010), De Jong (2004), Emerson (2012), Janov (2012), Janus en Häsing (1997), Krüll (2009), Levend en Janus (2011), Meissner (2011), Schindler (2011) en Renggli (2013).

Uit de bevindingen van de pre- en perinatale psychologie blijkt duidelijk dat het menselijke organisme van begin af aan niet slechts

een verzameling biologische celstructuren is, maar een levend wezen met psychische kwaliteiten die eveneens van het begin af aan aanwezig zijn. Ze ontwikkelen zich voortdurend mee met de lichamelijke structuur van een kind. Waarnemen, voelen, denken, willen, herinneren, zich bewust worden van zichzelf zijn psychische functies die niet pas na de geboorte tot ontwikkeling komen. Ze ontstaan bij het zich ontwikkelende kind al in de eerste weken van de zwangerschap en nemen pijlsnel in omvang en kwaliteit toe, tot aan het moment van de geboorte. Daarbij moet men zich realiseren dat ‘psyche’ en ‘bewustzijn’ niet aan elkaar kunnen worden gelijkgesteld. Het grootste deel van de psychische processen verloopt op het niveau van het onbewuste. Slechts een klein percentage van onze waarneming, ons voelen en ons denken komt in ons bewustzijn en kan later bewust worden herinnerd en in taal worden uitgedrukt. Dat geldt voor ons gehele leven. Maar ook het ‘bewustzijn’ mag niet gelijk worden gesteld aan ‘taal’. Er bestaan namelijk ook een preverbaal bewustzijn en een bewustzijn dat het uitdrukkingsvermogen in taal te boven gaat.

Vanuit dit punt bekeken kan de psyche van een kind al voor de geboorte reageren op traumatiserende invloeden uit zijn omgeving. En dat is nodig om het kind niet vroegtijdig aan psychische overprikkeling te laten overlijden. Er kan dus al voor de geboorte een psychische opdeling of afsplitsing als reactie op een traumavererving ontstaan (bijvoorbeeld bij een poging tot abortus, bij onvoldoende verzorging in de baarmoeder of bij het klem zitten in het geboortekanaal). Ik heb inmiddels in vele opstellingen meegemaakt dat representanten voor het nog niet geboren kind in eerste instantie met veel elan en levendigheid in de opstelling komen en dan plotseling instorten, omdat ze geen respons op hun vitaliteit ervaren. Ze trekken zich terug en verstarren.

Met betrekking tot mogelijke vroege traumatiseringen zijn de volgende vragen fundamenteel:

- Is de verwekking van een mens een daad van liefde of van geweld?
- Is de tijd in de baarmoeder een ‘paradijselijke toestand’ waarin het kind zich geborgen en veilig voelt? Of is deze tijd een soort van ‘hel’ waarbinnen zich een existentieel en verliestrauma afspeelt waarin een liefdestrauma begint te ontstaan of waarin een bindingssysteemtrauma zijn dader-slachtofferdynamiek op het nieuw ontstane leven overdraagt?

- Is de geboorte een zacht vloeiende overgang naar het leven buiten het lichaam van de moeder? Of wordt een mens onder grote angst en met veel weerstand en tegen zijn zin dit leven in gesleurd, erin gestoten, over een grens getrokken?
- Vormen de eerste levensuren een ervaring van verwelkoming, krijg je van het begin af aan het gevoel dat je behoeften worden waargenomen en vervuld? Of begint al meteen de frustratie van elementaire behoeftebevrediging die mogelijk een leven lang zal duren?
- En hoe ziet het er na de geboorte met de verzorging van een kind uit – krijgt het voldoende lichamelijke voeding en emotioneel contact, of dreigt het al meteen te verhongeren en uit eenzaamheid te sterven?

Velen van mijn cliënten kwamen na enkele therapie sessies steeds dichterbij hun traumatiserende prenatale en geboorte-ervaringen. De informatie over hun ontstaansgeschiedenis, hun ontwikkeling in de baarmoeder, de omstandigheden tijdens hun geboorte en hun eerste levensweken zijn vaak zeer ingrijpend:

- Sommigen zijn ontstaan uit een verkrachting van hun moeder door hun vader.
- Hun moeder werd vervolgens ook nog tijdens de zwangerschap verkracht.
- Als ongeboren kinderen moesten ze gedurende de zwangerschap de strijd tussen hun ouders meemaken en ervaren hoe hun moeder door hun vader werd geslagen. Zelf werden ze soms door de buik van de moeder heen op schoppen getrakteerd.
- Hun moeder wenste hen niet, sloeg op haar zwangere buik en probeerde hen te (laten) aborteren.
- Hun zwangere moeder zat met hen in een schuilkelder om zich te beschermen tegen de aanvallen van bommenwerpers.
- Hun moeder at tijdens de zwangerschap slecht, dronk alcohol, rookte of nam nog sterkere drugs.
- Hun geboorte duurde vele uren, ze werden met geweld in de 'juiste' geboortepositie gedraaid.
- Er waren complicaties tijdens de geboorte, omdat hun moeder bij hun geboorte niet met hen samenwerkte, omdat ze het kind niet wilde krijgen.

- Er moest een keizersnede worden uitgevoerd en ze werden zonder hun medewerking en zonder dat zij dat wilden uit het moederlichaam gehaald.
- Hoewel ze volledig gezond waren, werden ze in de geboortekliniek van hun moeder gescheiden, omdat ze zuiver rekenkundig te vroeg werden geboren.
- Toen ze als gevolg van de abrupte scheiding van hun moeder als zuigeling na de geboorte ziek werden, was dit nog een reden om hen nog langer van hun moeder te scheiden en hen naar een speciaal ziekenhuis of aparte afdeling te vervoeren.

Wij mensen zijn ogenschijnlijk ware overlevingskunstenaars. We zijn al voor onze geboorte in staat om op trauma's te reageren door middel van psychische opdeling en afsplitsing. We kunnen dus al psychisch afgesplitst ter wereld komen. Onze gezonde delen staan dan op de achtergrond geparkeerd en we proberen met behulp van onze overlevingsstrategieën de tijd tot aan onze geboorte, en zo mogelijk ons hele verdere leven, te doorstaan. Dat is echter geen succesvolle start in het leven! Al heel vroeg kunnen we het contact met onze behoeften verliezen. Groei en herstel, de behoefte aan activiteiten en aan rust staan op deze manier vanaf het begin niet in een goede verhouding tot elkaar. In plaats daarvan zijn we afgestemd op stress, aanpassing en doorzettingsvermogen.

### **Wolfgang**

Wolfgang kwam vanwege zijn galstenen in therapie. Hoewel hij wist dat zijn geboorte zowel voor hem als voor zijn moeder levensbedreigend was geweest en hij het eerste jaar van zijn kindertijd bij zijn grootouders van vaderskant had doorgebracht, had hij aanvankelijk een beeld van een harmonisch en probleemloos verlopen jeugd. Zijn opstellingen lieten echter zien hoe traumatiserend zijn geboorte en eerste levensjaren voor hem waren verlopen. Hij moest zijn angst, vertwijfeling en boosheid wegdrücken om zich te kunnen aanpassen aan een situatie waarin zijn moeder hem geen veilige hechting kon bieden en hem daarbij voorspiegelde dat hij een gelukkige jeugd had gehad.

## 1.11 Vroege geweldervaringen

Het concept van vroegkinderlijk trauma omvat behalve de zwangerschap en bevalling ook de zuigelingenperiode. Om die reden is het belangrijk alle vormen van geweld in ogenschouw te nemen waaraan pasgeboren kinderen en zuigelingen tot aan hun eerste of tweede levensjaar zijn blootgesteld. Daarbij is er een scala aan mogelijkheden:

- Er worden bij zuigelingen medisch ingrepen verricht die medisch gezien niet noodzakelijk zijn, zoals het afsnijden van ‘te lange’ schaamlippen en het weghalen van geslachtsorganen om het geslacht duidelijk te maken.
- Van zuigelingen worden vanwege religieuze en mythologische ideeën geslachtsorganen besneden, zoals het verwijderen van de voorhuid bij jongetjes of de schaamlippen en clitoris bij meisjes.
- Om vermeende hygiënische en gezondheidsoverwegingen worden er pijnlijke operaties en behandelingen uitgevoerd op zuigelingen, zoals de verwijding van het urinekanaal en het inbrengen van klyasma’s.
- Kinderen die onrustig zijn en veel huilen, worden door elkaar geschud en geslagen om ze tot rust te brengen.
- Ouders geven hun baby’s niet genoeg eten en drinken en laten hen liggen in vuile luiers.
- Zuigelingen worden in het gezin oraal seksueel misbruikt.
- Zuigelingen wordt soms ook in pleeggezinnen, tehuizen en ziekenhuizen seksueel geweld aangedaan.
- Al als zuigelingen worden ze voor pornografische doelen gebruikt door in het geheim opererende daderorganisaties.

Mogelijk heeft ook in de welvarende landen op aarde een op de tien kinderen ernstig geweld meegemaakt (Streeck-Fischer, 2011). Wie therapeutisch werk verricht met mensen, moet alert zijn op alle vormen van geweld, onvoorzichtigheid en verwaarlozing. De symptomen die bij volwassenen zichtbaar worden, zoals nagelbijten, te veel maagzuur hebben, nerveuze bewegingen van de ogen, hebben misschien op het eerste gezicht niets met vroeg geweld te maken, maar hierachter kunnen diepe ervaringen van geweld op zeer jonge leeftijd schuilgaan.

Vroege geweldervaringen hebben vooral een uiterst vernietigend effect als degene die het geweld uitoefent ook degene is op wie het kind is aangewezen voor zorg en liefde. Uit het therapeutische werk met cliënten die dergelijke geweldervaringen hebben meegemaakt, maak ik op dat de idealisering van gewelddadige ouders des te hardnekkiger is wanneer de ouders meer geweld hebben gebruikt ten opzichte van hun kind. Kinderen die door geweld zijn getraumatiseerd, ontwikkelen als overlevingsstrategie een extreme afhankelijkheid ten opzichte van hun martelaars, die niet ophoudt bij hun dood.

### 1.12 Het 'opstellen van het verlangen' - een mogelijkheid tot traumaverwerking

In principe kan men zich afvragen of het wel nodig is zich bezig te houden met geboorte-ervaringen of zelfs met ervaringen tijdens de zwangerschap. Is dat allemaal niet te lang geleden? Kunnen we überhaupt toegang tot die informatie krijgen als we ons daarvan niets meer bewust kunnen herinneren? Omdat de vroege levenservaringen het fundament vormen van onze psyche, is het omgekeerde eigenlijk het geval: wie zich bezighoudt met alle mogelijke problemen uit zijn kindertijd en latere jeugd, met de conflicten in zijn partner- en werkrelatie, maar daarbij zijn pre- en perinatale ervaringen niet betreft, staat mogelijk nog iets wezenlijks te wachten. Hij heeft zich in deze omstandigheden eerst beziggehouden met de gevolgen van de symptomen die hem belasten. Juist als het om lichamelijke ziektesymptomen gaat die hardnekkig blijven bestaan of op latere leeftijd als degeneratieve symptomen zichtbaar worden, kan het raadzaam zijn om de oorsprong ervan te zoeken in een vroegkinderlijk trauma.

Als verwekking, zwangerschap, geboorte en eerste levensdagen blijikbaar een bron kunnen vormen van fundamentele en frequente traumatisering, moet dit feit een juiste plaats in de psycho- en traumatherapie krijgen. Er bestaan methoden die zich al langere tijd bezighouden met prenatale en perinatale ervaringen, zoals de primair therapie, lichaamstherapie, rebirthing, Pesso-therapie, bondingtherapie en holotropisch ademwerk. Uit wat ik hiervoor heb geschreven, moge duidelijk zijn dat het goed is om de gemeenschappelijke situatie van moeder en kind te onderzoeken. Als kinderen onafhankelijk van de moeder therapie krijgen, zit men

ingevoerd. Doorgaans worden kinderen routinematig meteen na de bevalling van hun moeder gescheiden. De aandacht gaat naar onderzoek, wegen, meten enzovoort, en de planning staat daarbij geen vertraging toe.

Een technisch goed geoutilleerde verloskamer is meestal ingericht met felle lampen en wordt gedomineerd door het komen en gaan van medisch personeel. Bedrijvigheid en lawaaierigheid scheppen een onrustige atmosfeer. Het hernieuwde hechtingsproces tussen moeder en kind is een uiterst sensibel en storingsgevoelig proces, dat rust en veiligheid verlangt. Harde geluiden, fel licht, hectiek, tijdsdruk, een steriele omgeving en een gebrek aan intimiteit irriteren moeder en kind en hun aandacht wordt steeds afgeleid door wat er in hun omgeving gebeurt. Daardoor is het niet mogelijk om zich volledig over te geven aan het geluk van hun eerste ontmoeting. Ze vinden elkaar niet en slagen er niet in de hernieuwde hechting tot stand te brengen die bij deze fase van het geboorteproces hoort. Een unieke kans is verkeken. Juist voor het kind brengt dat enorm veel stress met zich mee en in het ongunstigste geval raakt het erdoor getraumatiseerd.

## 9.5 Een traumatische onderbreking van het hechtingsproces

Nadat we ons zojuist een geslaagd hechtingsproces van moeder en kind hebben voorgesteld, wil ik je nu meenemen naar een geboortescenario dat sinds de jaren vijftig een miljoen keer is voorgekomen. Het laat zien welke traumatisering moeder en kind in het ongunstigste geval kunnen oplopen tijdens deze laatste fase van het geboorteproces. We zullen dat wat zich afspeelt opnieuw volgen vanuit het perspectief van het zojuist geboren kind.

We zijn het geboortekanaal gepasseerd en worden door krachtige handen in latex handschoenen ontvangen in deze wereld. Zonder aarzeling wordt onze navelstreng doorgeknipt, waardoor de betrouwbare bloedsomloop van de placenta en de verbinding met onze tot nu toe enige voedingsbron worden afgekapt. We weten niet wat er met ons gebeurt. We worden bij onze voeten gepakt en ondersteboven in de lucht gehouden. Ter begroeting krijgen we een

klap op onze billen. De schrik is enorm en we raken op slag totaal gespannen. Een golf van paniek stroomt door ons hele lijf. Onze buik verkrampst en we dreigen te stikken. In ons lijf wordt op slag een noodprogramma actief. Onze adrenalinespiegel schiet omhoog. Reflexmatig schieten onze armen wijd uit elkaar, waardoor onze longen opgeblazen worden en de binnenstromende lucht als vuur in onze borst brandt. Met een schreeuw stoten we onze eerste adem uit. Ons kleine lichaam spant zich van schrik en in shock samen in afweer tegen deze pijn. In ons gehuil zijn al onze spanning, angst en woede te horen.

Niets van dat alles komt aan bij de aanwezigen, integendeel, zij feliciteren de moeder met een kind met luide stem. Elk aanknopingspunt om ons te oriënteren ontbreekt. Het felle licht, de harde geluiden, de hectiek en de vele onbekende mensen om ons heen brengen ons in de war en maken ons aan het schrikken. Overweldigd door angst zijn we hulpeloos aan dit alles overgeleverd. We kijken in gemaskerde gezichten en weinig betrokken ogen. Men stelt vast tot welk geslacht we behoren en we worden gezond verklaard... of misschien ook niet. We kunnen geen enkele blik wisselen met onze moeder en voelen geen enkel contact met haar. We worden weggedragen, onderzocht door een onbekende persoon, gemeten, gewogen, gebaad en aangekleed. In plaats van liefdevol aangekeken te worden door onze moeder, worden onze oogleden opgetild en druppelt men een brandende, bijtende en koude vloeistof in onze ogen (een zilvernitraatoplossing, ook wel aangeduid met 'helse steen', ter voorkoming van bacteriële oogontsteking). De schrik slaat ons om het hart. Onze voetjes zijn ijskoud, we verstarren en ons lichaam is totaal gespannen. Een oneindig lange tijd zonder oriëntatie begint, misschien moeten we zelfs de hele nacht alleen in een vreemde omgeving doorbrengen. Geen wonder dat we het opgeven en als verdoofd in onszelf verzinken.

Ergens aan het eind van deze eeuwig durende periode worden we naar onze moeder gebracht. Eindelijk kan zij ons voor het eerst in haar armen nemen. Ze is heel onzeker en weet niet zo goed hoe ze ons moet vasthouden. Ze zoekt onze blik. De ogen waarmee ze ons aankijkt, kijken eerder verdrietig, geschrokken en angstig en dat maakt ons ook verdrietig. Nu krijgen we een flesje, of misschien met veel geluk de borst. Maar dat is niet vanzelfsprekend. De klassieke medische zorg gaf in die tijd de voorkeur aan flesvoeding. Sinds we op de wereld zijn, hebben we geen rust meer gevonden. Nu we



# 14 Van het begin af aan geweld in plaats van liefde

**Margriet Wentink**

## 14.1 Vroeg geweld

Onder vroeg geweld versta ik fysieke, psychische en emotionele handelingen en nalatigheden (waaronder verwaarlozing), uitgevoerd door ouders, familieleden, verzorgers en anderen die een ongeborn, pasgeboren of jong kind fysiek, emotioneel en psychisch verwonden en de lichamelijke, psychische en emotionele ontwikkeling schaden op de korte en lange(re) termijn. Die definitie stelt ons meteen voor de volgende vraag: hoe kunnen we bij verwondingen van jonge kinderen en ontwikkelingschade die op latere leeftijd bij wat oudere kinderen wordt aangetroffen, vaststellen dat we te maken hebben met vroeg geweld?

Als het om lichamelijk letsel gaat, laten verwondingen zich relatief gemakkelijk en objectief vaststellen. Daarentegen is het aantonen van een direct verband tussen bepaald gedrag van een ouder of verzorger en de verwonding van een kind niet altijd zo eenvoudig. Ook al is de verwonding overduidelijk aanwezig, wie zal de ware toedracht ervan vertellen? Het jonge kind zelf kan dat niet. De betreffende volwassene doet het doorgaans niet, uit schrik of verbijstering over zijn eigen handelen of uit angst voor beschuldigingen en straf. Een getuige is lang niet altijd aanwezig, dus wie kan dan aantonen of een jong kind per ongeluk van een commode is gevallen of door toedoen van zijn ouders blauwe plekken heeft opgelopen?

Als er voor het lichamelijke letsel van een baby niet onmiddellijk hulp wordt gezocht en als niet in een medisch dossier wordt opgetekend welke verwonding zijn ontstaan door welke ongevallen of door welk geweld, blijft er niets anders over dan een litteken, een gevoelige plek, een trekkend been, een rare kromme teen die niet meer kan buigen. Mocht iemand zich later in zijn leven afvragen hoe hij toch aan bepaalde littekens of lichamelijke ongemakken komt, of

dit soms het gevolg is van een breuk die niet behandeld werd, dan roept dat hooguit vragen op, maar dikwijls komen er geen antwoorden. Bij blijvende schade voor de fysieke gezondheid of de ontwikkeling van een kind is na verloop van tijd steeds moeilijker overtuigend vast te stellen of de schade verband houdt met geweld in de vroegste jeugd.

Wanneer het kind als baby is verwaarloosd, onvoldoende is gevoed, bijna is overleden aan ondervoeding of niet werd verschoond, verzorgd, gekoesterd en getroost, blijven daar vaak geen uiterlijk waarneembare sporen van achter. Deze informatie blijft alleen bestaan in het impliciete (onbewuste) geheugen van het kind.

Ook bij psychisch en emotioneel geweld, waarbij ouders zich bijvoorbeeld langdurig negatief hebben uitgelaten tegenover een kind, tegen het kind hebben geschreeuwd, het verbaal hebben vernederd, is het moeilijk aan te tonen dat het kind geweld heeft ervaren. Datzelfde geldt als een van de ouders heeft ontkend dat het kind een eigen kind is, of als de ouders geweld tegen elkaar hebben gebruikt en hun kind alle uitingen van liefde, waardering en erkenning hebben onthouden, als ze het kind hebben genegeerd en doodgezwegen. In al deze situaties is het geweld op zich al moeilijk te bewijzen – tenzij er een getuige opstaat – laat staan dat er een verband aangetoond kan worden tussen het gedrag van de ouders en de psychische en emotionele toestand waarin een kind zich op een bepaalde leeftijd bevindt.

Voor volwassenen die zich in een therapeutisch proces, bijvoorbeeld door middel van de opstellingsmethode, bewust worden van vroege geweldservaringen, is dat naast het verwerken van wat ze hebben ervaren een van de moeilijkheden die ze moeten overwinnen: hoe weet ik of het waar is en wie zal mij geloven?

## 14.2 Verborgен geweld

Er bestaat een vorm van geweld tegenover ongeboren, pasgeboren en jonge kinderen dat achter gesloten deuren plaatsvindt, waarbij door omstanders wordt weggekeken en dat geheim wordt gehouden. Er bestaat echter ook een vorm van geweld dat niet als zodanig wordt

herkend en erkend. Ik noem dat 'verborgen geweld'. Dat verborgen geweld niet wordt herkend of door een samenleving als legaal wordt gezien, heeft te maken met overlevingsstrategieën van volwassenen, die hun verhinderen te zien wat er werkelijk aan de hand is. Zijn bepaalde gewelddadige handelingen zelfs legaal, dan komt daarin de collectieve blindheid van een samenleving voor de oorzaken en gevolgen van traumatisering tot uitdrukking. Dit zal ik met enkele voorbeelden illustreren:

- Er zijn subtiele vormen van verwaarlozing waarbij kinderen ogenschijnlijk en materieel gezien niets tekortkomen in een gezin dat goed lijkt te functioneren. In werkelijkheid gaat achter deze façade van het perfecte welvarende gezin soms ernstige affectieve verwaarlozing schuil, waarbij kinderen stelselmatig liefde, aandacht, geborgenheid en warmte wordt onthouden.
- Ouders die door psychische of lichamelijke aandoeningen niet goed in staat zijn om de zorg en verantwoordelijkheid voor een kind of een heel gezin te dragen, en daarvoor geen hulp durven vragen of geen passende hulp ontvangen, brengen hun gezin soms in een situatie waarin zij hun kinderen geweld aandoen. Dit kan bestaan uit het verwaarlozen van zuigelingen, het belasten van jonge kinderen met zorgtaken en verantwoordelijkheden die te zwaar voor hen zijn, of het blootstellen van kinderen aan de door machteloosheid gekenmerkte onberekenbare emotionele uitbarstingen van ouders. Dit kan voor het kind overmatig veel stress veroorzaken, die traumatiserend werkt.
- In veel publicaties over veilige hechtingsrelaties wordt benadrukt dat voor een veilige hechtingsrelatie sensitieve, op de behoeften van het individuele kind afgestemde volwassenen nodig zijn. Desondanks worden kinderen, soms al enkele weken na de geboorte, naar kinderopvangcentra gebracht waar enkele soms zeer jonge werknemers een hele dag zorg dragen voor een soms grote groep kinderen. Het is in dat opzicht niet heel verwonderlijk wanneer uit een landelijk onderzoek blijkt: 'Een moeilijker temperament van het kind, een relatief vroege start van de kinderopvang en relatief veel gebruik van de kinderopvang blijken in combinatie met minder goede kinderopvangkwaliteit risicofactoren te kunnen zijn voor de ontwikkeling van het kind.' (NCKO, 2011)

# 19 Heling en preventie van vroegkinderlijk trauma

**Franz Ruppert**

## 19.1 Geleidelijke helingsprocessen

Kinderen kunnen al vroeg zijn getraumatiseerd door de omstandigheden waaronder ze zijn verwekt, door de manier waarop ze vanaf het begin zijn behandeld en door de wijze waarop hun behoeften en kwetsbaarheid zijn *genegeerd* door hun ouders, een destructief familiesysteem of maatschappelijke instituties die weinig empathisch met hen zijn omgegaan.

Vroegkinderlijke traumatisering veroorzaakt een vroeg verlies van het contact met zichzelf. Het gehele leven wordt een overleven in plaats van een leven vol eigen potentie en vaardigheden. Vroegkinderlijke traumatisering leidt tot isolatie en eenzaamheid en daardoor blijven we mogelijk ons hele leven vreemden voor onszelf. De ontbrekende relatie met onze moeder en vader heeft tot gevolg dat we ons ook in andere intieme relaties gedistantieerd gedragen, ons terugtrekken of wantrouwend zijn. Zelfs met eigen kinderen kan daardoor geen diepgaande emotionele band worden opgebouwd. Het helen van vroegkinderlijk trauma kan daarom het totale leven van iemand aanzienlijk veranderen en verbeteren.

Na een jaar therapie schrijft Monika: 'Het laatste jaar heeft me veel gebracht; ik kon meer en meer mijn eigen kern vinden. Ik vind het indrukwekkend om te merken dat mijn gezin meteen reageert als er bij me iets is veranderd. Dat was nog nooit zo duidelijk als nu. Mijn zoon was een kind dat bij de geboorte de navelstreng om zijn hals had. Nu is het verband met mijn eigen geschiedenis me duidelijk. Ik had daar weliswaar altijd al een vermoeden van, maar kon het nooit precies duiden en begrijpen. Ik zie nu heel duidelijk dat de verstrikking al voor de geboorte in de buik begint en dat het kind dan de oriëntatie kwijt is en zich om en om draait en bezig is met de vraag of het wel of niet kan en wil blijven. Daarom vond ik de reactie

van mijn zoon op mijn opstelling, waarin ik me heb bevrijd uit de verstrikking met mijn vader, ook volkomen logisch. Mijn zoon was in een existentiële crisis terechtgekomen, het was een bodemloze put, en zijn gevoel van eigenwaarde was enorm aangetast. Omdat ik nu zelf helder ben geworden kan ik ophouden mij te verstrikken met mijn zoon. Hij kan nu op zichzelf staan en zichzelf voelen en daaraan uitdrukking geven. Ik voel me nu innerlijk vrij en niet verplicht mijn zieke vader verder te ondersteunen of verantwoordelijkheid voor hem te dragen. Ik erken nu dat ik als kind het slachtoffer was en niet hij. Dat ontroert me en maakt me verdrietig, maar het geeft me tevens grote vrijheid.’

Wij mensen dragen het potentieel in ons om zowel destructief als constructief te zijn. Een goed begeleide traumatherapie is een rijke bron van diep ingrijpende gevoelens en diepgaande inzichten. Men kan duidelijk voelen en goed begrijpen welke gevoelens tussen mensen destructief zijn en mensen psychisch ziek maken. Zoals de vele praktijkvoorbeelden in dit boek duidelijk maken, kunnen zelfs mensen die al vroeg en vaak extreme traumatische ervaringen hebben opgedaan, goed geholpen worden met de methode ‘opstellen van het verlangen’ en met de meergenerationele psychotraumatologie. Ook vroegkinderlijk trauma kan met deze methode aan het licht worden gebracht en psychisch opgelost.

Het is een geleidelijk proces om het eigen ‘trauma van de liefde’ te erkennen en zich te bevrijden uit de symbiotische verstrikking aan moeders- en vaderskant en zich los te maken van zowel mannelijke als vrouwelijke daders. Zo komt men steeds meer in contact met de eigen existentiële traumagevoelens, die vaak al tijdens de zwangerschap zijn ontstaan. Zo hoeven wij mensen op den duur niet langer psychisch of lichamelijk ‘ziek’ te worden als gevolg van symptomen die veroorzaakt worden door traumatische ervaringen. Wij kunnen ons, als we dat willen, ontdoen van traumatiserende dader-slachtofferrelaties; we kunnen deskundige therapeutische begeleiding vinden en ons aansluiten bij sociale netwerken die voor ons behulpzaam zijn.

Noch met wraak, noch met verzoenen en vergeven kunnen we op den duur de innerlijke verdeeldheid helen die door trauma is ontstaan. Slechts in uitzonderlijke gevallen zien daders in wat ze hun slachtoffers hebben aangedaan. Veel vaker rechtvaardigen ze zichzelf wanneer ze met hun daden en de gevolgen daarvan