

Inhoud

Voorwoord	IX
DEEL 1 DEFINITIE EN BEHANDELMODELLEN	1
1 Wat is complex trauma?	3
1.1 Ontwrichtende ervaringen	4
1.2 Geschiedenis van complex trauma	7
1.3 Verschillende modellen	14
1.4 Werkdefinitie van complex trauma	16
2 Behandelmodellen	19
2.1 Algemene traumatheorieën	20
2.2 Methodieken voor behandeling	27
2.3 Ordeningsprincipes bij de behandeling van complex trauma	30
DEEL 2 DIAGNOSTIEK EN INDICATIESTELLING	33
3 Psychodiagnostiek	35
3.1 De keuze voor instrumenten	36
3.2 Psychodiagnostisch onderzoek bij anderstaligen/ andere culturen	44
4 De opzet van de behandeling	47
4.1 Intake	47
4.2 Overzicht verkrijgen: casusconceptualisatie	51
4.3 Indicatie voor behandeling	52
4.4 Opstellen behandelplan	56
4.5 Context van behandeling	58

DEEL 3 BEHANDELING	63
5 Fase 1 – Algemene aspecten van de stabilisatiefase	65
5.1 Doelen van fase 1	65
5.2 Driefasenmodel en het gelaagde model van complex trauma	66
5.3 Window of tolerance	66
5.4 Comorbide problemen	67
5.5 Therapeutische relatie	68
5.6 Overzicht stabilisatietechnieken	71
5.7 Waar beginnen?	72
5.8 Combinatievormen van stabilisatietechnieken	72
5.9 Medicatie	73
5.10 Van stabiliseren naar verwerken	74
6 Fase 1 – Psycho-educatie	79
6.1 Aspecten van traumatisering	80
6.2 Metaforen	81
6.3 Retraumatiseringsdriehoek	84
7 Fase 1 – Controletechnieken	91
7.1 Verbeteren zelfzorg	92
7.2 Crisisplan	93
7.3 Slaaphygiëne	94
7.4 Omgang met middelengebruik	96
7.5 Dissociatie en grounding	97
7.6 Het bewuste nu: mindfulnessstechnieken	101
7.7 Rationele rehabilitatie bij PTSS	102
8 Fase 1 – Relaxatietechnieken	105
8.1 Ontspanningsoefeningen	106
8.2 Ademhalingstechnieken	106
8.3 Ontspanningseffect generaliseren	108
8.4 Ontspannende activiteiten	108
9 Fase 1 – Reguleren van traumasymptomen	111
9.1 Triggers inventariseren	112
9.2 Stopmechanisme	113
9.3 ‘Veilige’ voorwerpen	114
9.4 Spanning en agressie reguleren	115
9.5 Controle over herbelevingen	116
9.6 Nachtmerries	118
9.7 Piekerverzamelplek	119
9.8 Natuurlijke processen: gezonde versterking	120
9.9 Cognities bewerken	123

10	Fase 2 – Algemene aspecten van verwerking	125
10.1	Vrijheid om te stoppen	127
10.2	Wanneer beginnen met verwerken: welk risico neem je?	127
10.3	Beslisboom voor het bewerken van traumatische ervaringen	129
10.4	Ontregeling in fase 2: schakelen met fase 1	129
10.5	Afsluiting van het trauma	130
11	Fase 2 – Globale traumaverwerkingstechnieken	131
11.1	Getuigenistherapie	131
11.2	Andere narratieve technieken	134
11.3	Narratieve exposuretherapie	134
12	Fase 2 – Specifieke traumaverwerkingstechnieken	137
12.1	Exposure	139
12.2	EMDR	141
12.3	Korte Eclectische Psychotherapie (KEP)	149
12.4	Imaginaire confrontatie en rescripting	149
12.5	Vaktherapieën: creatieve therapie, psychomotorische therapie, drama- en muziektherapie	151
12.6	Cognitieve interventies	152
13	Fase 3 – Integratie	161
13.1	Chronologisch: van stabilisatie (fase 1) naar verwerking (fase 2) naar integratie (fase 3)	162
13.2	Sprongsgewijs: van stabilisatie (fase 1) naar integratie (fase 3)	163
13.3	Zingeving	164
13.4	Activiteiteninvulling	165
13.5	Posttraumatische groei	166
13.6	Posttraumatische teruggang	167
13.7	Chronische problematiek: balanceren tussen fase 1 en fase 3	168
13.8	Nazorg	169
13.9	Afsluiten behandeling en afscheid nemen	172
DEEL 4 CLIËNT EN BEHANDELAAR		173
14	Verschillende cliëntengroepen met complex trauma	175
14.1	Door de Tweede Wereldoorlog getroffen	177
14.2	Vluchtelingen	179
14.3	Nederlandse veteranen	189
14.4	Beroepsgerelateerde traumatisering	195
14.5	De naoorlogse of tweede generatie	197
14.6	Mensen met vroegkinderlijke traumatisering	202

15	Gevolgen voor de behandelaar	207
15.1	Overdracht en tegenoverdracht	207
15.2	Toehoorder zijn van vreselijke verhalen	209
15.3	Besmetting door de problematiek van de cliënt	212
15.4	Schaamte voor eigen welvaart en geluk	214
15.5	Gevoelens delen	215
15.6	De uitdaging van het werken met getraumatiseerde cliënten	216
	Literatuur	219
	Organisaties en websites	231
	In complex trauma, bij volwassenen, gespecialiseerde landelijke GGZ-instellingen	231
	In complex trauma, bij volwassenen, gespecialiseerde regionale instellingen	231
	In (oorlogs)trauma gespecialiseerde instellingen voor maatschappelijk werk	232
	Kenniscentra rondom trauma	233
	Traumaverenigingen voor professionals	233
	Beroepsgerelateerde traumatisering	234
	Veteranen	234
	Vluchtelingen	235
	Tweede generatie	236
	Bijlage 1 Criteria voor Posttraumatische Stressstoornis in de DSM-IV	237
	Bijlage 2 Criteria voor Acute Stressstoornis in de DSM-IV	239
	Bijlage 3 Criteria voor Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS)	241
	Bijlage 4 Criteria voor Developmental Trauma Disorder (DTD)	243
	Bijlage 5 Criteria voor Duurzame persoonlijkheidsverandering na catastrofale ervaringen	245
	Over de auteurs	247

6.1	Aspecten van traumatisering	80
6.1.1	Kwetsbaarheid	80
6.1.2	Toen en nu	80
6.1.3	Sleutelwoord: controle	80
6.1.4	Trauma: gedrag, emotie en veranderde cognities	81
6.2	Metaforen	81
6.2.1	Metafoor voor trauma: de bruiloft	82
6.2.2	Metafoor ter verklaring van uitstel van traumareacties: de kettingbotsing	83
6.3	Retraumatiseringsdriehoek	84
6.3.1	Analysemodel bij traumagerelateerde reacties	84
6.3.2	Aangrijpingspunt voor interventie	87

In de behandeling van complexe traumaproblematiek is het belangrijk om de cliënt (een gevoel van) controle over zijn situatie te geven. Een wezenlijk onderdeel van traumaproblematiek is immers dat de getroffene tijdens de ingrijpende gebeurtenis(sen) geen controle over de situatie had (Allen, 2001). Een manier daartoe is het geven van informatie over de klachten en problematiek waar de cliënt onder lijdt. Psycho-educatie kan het best aan het begin van een traumabehandeling gegeven worden. Het is daarbij van belang om de cliënt op symptoomniveau te informeren over zijn klachten. De meeste cliënten zijn niet bekend met de PTSS en de verschijnselen die erbij horen. Zij hebben doorgaans nog nooit gehoord van de term PTSS, hoewel er ook cliënten zijn die, bijvoorbeeld na eerdere behandeling, alles weten over PTSS. Het is te allen tijde zinvol om over de symptomen van complex trauma uitleg te geven. Mensen zijn vaak verrast dat hun verschijnselen ‘gewoon’ beschreven zijn. Dit biedt geruststelling, het gevoel erkend te worden en een idee van controle: ‘het is niet zo vreemd wat ik heb’, ‘het past bij wat ik heb meegemaakt’ en ‘ik ben niet de enige’. Hierna geven we een aantal voorbeelden van hoe traumakenmerken op psycho-educatieve wijze aan de cliënt kunnen worden uitgelegd.

6.1 Aspecten van traumatisering

Enkele centrale aspecten van traumatisering kunnen de cliënt inzicht geven in zijn eigen symptomen en reacties: kwetsbaarheid, het verschil tussen toen en nu, controle en veranderde cognities.

6.1.1 Kwetsbaarheid

Een belangrijk doel van de psycho-educatie is de cliënt inzicht geven in en door welke situaties hij kwetsbaar is voor ontregeling door spanning en stress. Hierdoor kan de cliënt dergelijke situaties actief gaan vermijden. Dit is te vergelijken met de fase ‘besef van kwetsbaarheid’ in de VERS-training (Heesterman et al., 2004). Ook is het goed om belangrijke anderen, met name partner(s), in deze fase van de behandeling te betrekken. Zij realiseren zich nogal eens niet hoe kwetsbaar hun getraumatiseerde partner eigenlijk is.

6.1.2 Toen en nu

Een eenvoudige manier om de cliënt een handvat te geven om zijn reacties op gebeurtenissen te ordenen en beter te begrijpen, is het introduceren van de termen ‘toen’ en ‘nu’. Mensen die last hebben van traumagerelateerde problematiek, reageren vaak heftig op situaties in het ‘nu’ die lijken op een situatie van ‘toen’. Dat is veelal verwarrend voor cliënten en nog veel meer voor hun omgeving. Vaak kan het helpen om cliënten aan te leren hun eigen reacties te ordenen met behulp van de vraag: Is hoe ik nu reageer passend en in verhouding met de aanleiding? Indien de reactie te heftig is, spelen er aspecten van ‘toen’ mee. Ook de volgende vraag kan behulpzaam zijn: Zoals ik nu reageer, is dat van ‘toen’ of van ‘nu’?

6.1.3 Sleutelwoord: controle

De reacties van mensen na complex trauma kunnen ook worden gezien als een krampachtig trachten controle te krijgen. Die controle is bedoeld om te voorkomen opnieuw in een vergelijkbare traumatiserende situatie terecht te komen. Dat verklaart de verschijnselen van alertheid en de heftige reacties op traumagerelateerde prikkels (zoals overmatig agressief of angstig reageren). Helaas zijn dit soort systemen soms te scherp afgesteld en komen ze in actie wanneer daar eigenlijk geen objectieve aanleiding voor is. Er wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen situaties die werkelijk bedreigend zijn en situaties die slechts een beetje lijken op ingrijpende omstandigheden in het verleden. Het is belangrijk om uit te leggen dat het brein buitensporig reageert op traumagerelateerde prikkels, ook al vertonen ze maar een geringe gelijkenis met het oorspronkelijke trauma (MacLean, 1990). Situaties die niet goed te overzien zijn, worden vaak als bedreigend ingeschat. In het begin van de behandeling is het zinvol om dat soort situaties niet op te zoeken. De cliënt zal moeten leren onderscheid te maken tussen traumagerelateerde prikkels die objectief bedreigend zijn en traumagerelateerde prikkels die in het

hier-en-nu niet bedreigend zijn, maar hun bedreigende betekenis ontleenen aan ervaringen uit het verleden.

Een vrouw die door geüniformeerde soldaten is mishandeld, reageert met paniek bij het zien van uniformen en legerkleuren in het veilige land waar ze heen gevlucht is.

Een veteraan die zijn administratie had verwaarloosd, kreeg steeds meer aanmaningen en zijn telefoon en het gas werden afgesloten. Zijn situatie werd steeds chaotischer; hij raakte het overzicht kwijt en werd steeds alerter en gespannener. Hierdoor kon hij de actuele chaos niet adequaat oplossen en kwam hij in een vicieuze cirkel van controleverlies terecht. Zijn traumaherinneringen werden door dit controleverlies geluxeed. Zijn situatie deed hem steeds meer denken aan de chaos en wanorde in het land waarheen hij was uitgezonden en waar hij vele traumatische ervaringen had opgedaan.

6.1.4 Trauma: gedrag, emotie en veranderde cognities

Uit de cognitieve theorieën is bekend dat gedrag, emotie en cognitie nauw samenhangen (Bögels & Van Oppen, 1999). Het kan goed zijn om de cliënt ook te informeren over de veranderende cognities ten gevolge van het trauma, die de basis zijn van gedrag en emoties. Vaak zal het overigens nog niet goed haalbaar zijn om dat in het beginstadium van een traumabehandeling te doen, omdat dan vooral de verstorende emoties en gedragingen op de voorgrond staan. In een later stadium kan echter wel door middel van cognities ingegrepen worden op het trauma, al dan niet in combinatie met verder nog te bespreken technieken uit fase 1 of fase 2.

6.2 Metaforen

Voor veel cliënten is het onbegrijpelijk en soms ook beangstigend dat ze zich in een actuele situatie net zo angstig of verdrietig kunnen voelen als in de traumasituatie van ‘toen’. Het kan voor cliënten verhelderend zijn om aan de hand van een metafoor uit te leggen wat de impact van een trauma op de psychische gesteldheid kan zijn. Metaforen kunnen een handig hulpmiddel zijn om psychologische mechanismen uit te leggen. Een metafoor verschaft wat afstand tussen de persoonlijke klachten en de theorie over de samenhang tussen klachten en gebeurtenissen. Voor cliënten die soms erg vastzitten in hun eigen situatie kan dit zeer behulpzaam zijn. Klachten worden nogal eens als egosyntoon ervaren en dit maakt het extra moeilijk om te beseffen dat

sommige reacties op een gebeurtenis niet passend zijn bij de hedendaagse omstandigheden.

Een in Bosnië getraumatiseerde militair maakte veelvuldige agressieve incidenten mee. Hij vond het vervelend om telkens in dat soort situaties verzeild te raken, maar had een soort voorbestemd idee daarover: 'Dat hoort blijkbaar bij mij.' Voor hem was de metafoor van de bruiloft (zie hierna) een eyeopener: hij realiseerde zich toen pas dat zijn agressieve gevoelens niet bij hem hoorden, maar een link hadden met zijn oorlogservaringen in Bosnië.

Metaforen maken gebruik van beelden. Kennisoverdracht met gebruik van beelden is voor de meeste mensen aan te bevelen. De uitleg over bepaalde klachten wordt dan gekoppeld aan een beeld of een verhaaltje en die informatie wordt doorgaans makkelijker onthouden dan uitleg in woorden. Verder geeft het een anker om de uitleg uit de herinnering op te roepen.

6.2.1 Metafoor voor trauma: de bruiloft

De metafoor van de bruiloft is in meer dan één opzicht een handige metafoor. Deze metafoor is ook voor mensen uit niet-Nederlandse culturen begrijpelijk, omdat een bruiloft in alle culturen eenzelfde soort verloop kent. De verschillen hebben te maken met de duur en de vorm van de ceremonies. Maar in alle culturen bestaat een trouwerij uit een officieel moment van inzegening, in combinatie met bijeenkomsten met familieleden en vrienden: meestal een maaltijd, een feest en/of een receptie.

▼ De bruiloftsmetafoor

Een bruiloftsdag is altijd druk en intens, en er gebeurt veel: de bruid wordt opgehaald, ritueel op gemeentehuis, lunch, kerkelijke inzegening, receptie, diner met toespraken en feest met toneelstukjes. Aan het einde van de drukke bruiloftsdag gaat het kersverse echtpaar de 'donkere huwelijksnacht' in. Vanaf dat moment verschijnen er in het hoofd fragmenten van gebeurtenissen die zich die dag hebben afgespeeld, als een soort korte filmpjes. Doordat de dag te intensief is geweest om alle gebeurtenissen direct te verwerken, gebeurt dat achteraf. Bij het kersverse echtpaar zullen de filmpjes na een paar dagen in frequentie zijn afgenomen, en na een week of twee geheel verdwenen. Zij hebben de bruiloftsdag 'verwerkt'.

Bij een traumatische gebeurtenis gebeurt in essentie precies hetzelfde. Het grote verschil is dat bij een trauma de kleine filmpjes in het hoofd (herbelevingen) nare filmpjes zijn en nare gevoelens veroorzaken. Nare gevoelens worden liever vermeden en daarom worden die filmpjes voortijdig gestopt. Dat belemmert de natuur-

lijke verwerking. Behandeling van traumatische gebeurtenissen is dan in de termen van deze metafoor het in een veilige omgeving op een gestructureerde wijze afspelen van deze ‘nare’ filmpjes.

6.2.2 Metafoor ter verklaring van uitstel van traumareacties: de kettingbotsing

Soms is het voor mensen niet goed te begrijpen hoe het kan dat na een paar weken, maanden of jaren de herbelevingen van het trauma ineens naar boven komen. De volgende metafoor kan gebruikt worden om het optreden van reacties na schokkende gebeurtenissen uit te leggen.

- ▼ **De metafoor van de kettingbotsing**
 Stel je voor dat je in je auto rijdt (dit voorbeeld verdient natuurlijk geen aanbeveling bij mensen die nog last hebben van de gevolgen van een auto-ongeluk). De auto voor je remt onverwacht heel hard en je kunt een botsing niet meer voorkomen. Daarna merk je dat jij van achteren ook bent aangereden: een kettingbotsing. In eerste instantie ben je nog een paar seconden een beetje verdoofd van de onverwachte gebeurtenis. Daarna ruik je benzine en word je je bewust van het risico op een ontploffing. Je grist snel je tas van de stoel naast je en zorgt dat je snel uit je auto bent. De eerste tien meter ren je. Dan kijk je aan de kant van de weg vanaf een veilige plek naar de ravage en word je je bewust van wat er gebeurd is. En pas na een minuut of vijf merk je dat je knieën beginnen te knikken en dat je een steen in je maag voelt of je verdrietig voelt. Dat is eigenlijk raar. Immers, de aanleiding voor die emotionele reacties was er al op het moment van de botsing. Blijkbaar is er in de menselijke hersenen een mechanisme waardoor lichamelijk overleven (en dus vluchten) voorrang heeft boven psychische verwerking. In dit voorbeeld leidt dat tot uitstel van de emotionele reactie van 5 minuten, maar dit kan ook een dag, een jaar of dertig jaar zijn.

Lichamelijk overleven gaat voor psychische beleving

Het natuurlijke mechanisme dat lichamelijk overleven voorrang geeft boven psychische beleving, betekent dat in ernstige traumatische situaties de psychische beleving van het trauma wordt uitgesteld. Dit is een toepassing van het principe *flight, fight or freeze*: het menselijk brein is erop ingesteld dat bij de confrontatie met een nare gebeurtenis de eerste, instinctieve optie is om te vluchten. Als dat niet direct mogelijk is, zijn we bereid om te vechten voor een uitweg. Maar als je door een of meer daders of door een situatie overweldigd wordt, zul je als het ware bevriezen. (Bij verkrachtingen leidt dit achteraf nogal eens tot schuldgevoel: waarom heb ik me niet verzet?) Zich overgeven aan de situatie biedt dan de beste kansen op zo min mogelijk beschadiging en vergroot de overlevingskansen.

Een voorbeeld van dit principe is het gedrag van ‘nieuwkomers’ in een concentratiekamp: de meesten zullen binnen 10 seconden aanvoelen dat klagen over de behandeling (een vorm van vechten) alleen maar tot een nog slechtere behandeling zal leiden. In een dergelijke situatie leren mensen snel om reacties van – op zichzelf gezonde en assertieve – boosheid en verontwaardiging te onderdrukken. Hoe langer zo’n bedreigende situatie duurt, hoe langer deze reacties onderdrukt worden en hoe beter iemand uiteindelijk heeft geleerd de bijbehorende emoties weg te drukken en te vermijden. Indien de omgeving weinig aandacht heeft voor de belevingskant van de slachtoffers, wat zeker in post-oorlogssituaties het geval is, versterkt dit de vermijding. Het slachtoffer kan hierdoor op ‘natuurlijke’ wijze de vermijding van de traumagerelateerde emoties voortzetten.

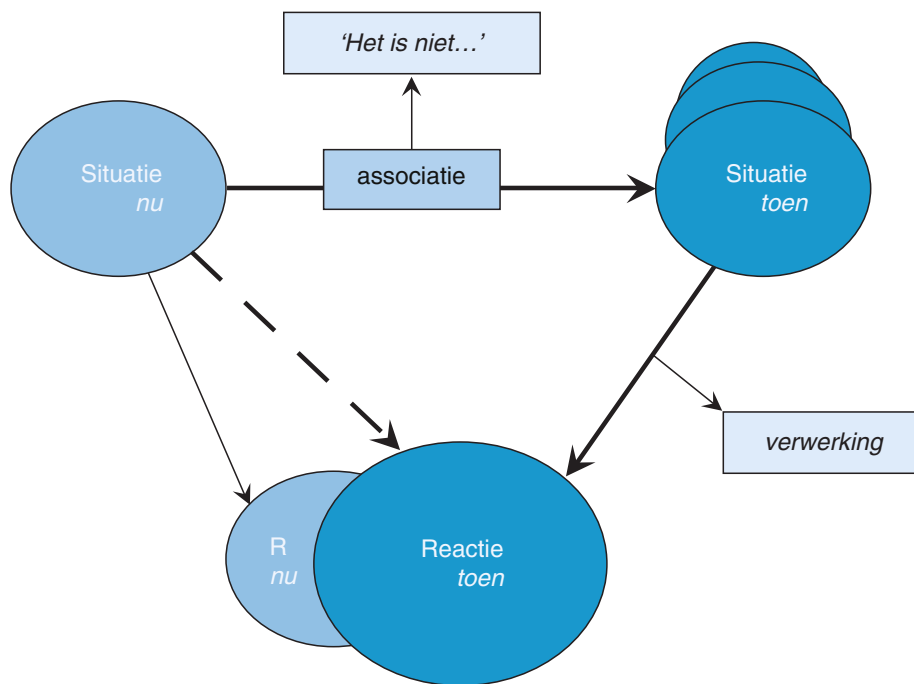
Dit mechanisme heeft ertoe geleid dat de meeste ernstig getraumatiseerde mensen na de Tweede Wereldoorlog voor een vermijdingsstrategie blijken te hebben gekozen (Bramsen, 1995). Dit komt ook overeen met het beeld van de eerstegeneratieslachtoffers die van oudsher behandeld worden in het Sinai Centrum of Centrum ’45. Dat waren meestal geen mensen die jarenlang ernstig belastende PTSS-klachten hadden gehad. Zij hadden veelal een relatief stabiel leven geleid, met hoogstens wat emotionele vervlakking, maar waren door externe luxerende factoren – vaak in de leeftijd tussen 50 en 60 jaar – in de problemen geraakt. Luxerende factoren zijn bijvoorbeeld kinderen die het ouderlijk huis verlaten, het verlies van werk of daar op een zijspoor geraakt zijn, spanningen met de echtgenoot en, lichamelijke ongemakken. Traumatische herinneringen die lange tijd succesvol vermeden waren, dienen zich dan nadrukkelijk aan.

6.3 Retraumatiseringsdriehoek

In het begin van de behandeling is het goed om uit te leggen dat de heftigheid van gevoelens niet altijd samenhangt met de directe aanleiding. Hiervoor is de ‘retraumatiseringsdriehoek’ te gebruiken, zie figuur 6.1. Dit model is direct afgeleid van het klassieke conditioneringmodel uit de gedragstherapie (Hermans et al., 2007). Het kan gebruikt worden als analysemodel (om inzicht te geven in het ontstaan van de klachten) en als aangrijpingspunt voor interventie (dus als handvat om de klachten te hanteren). Daarmee draagt het bij aan het herstel van controle over de eigen reacties.

6.3.1 Analysemodel bij traumagerelateerde reacties

Veel cliënten met complexe traumaproblemen lijden onder heftige PTSS-klachten. Belangrijk kenmerk daarvan is dat zij door relatief kleine aanleidingen in het hier-en-nu buitensporige angst- of agressiereacties kunnen vertonen. Dit is natuurlijk problematisch voor de cliënt en zeker voor zijn naaste omgeving. Het kan tot gevolg hebben dat iemand bepaalde situaties gaat vermijden, zich sociaal onmogelijk maakt of in een sociaal isolement terecht komt. Voorbeelden:



Figuur 6.1

Retraumatiseringsdriehoek.

- iemand die heel agressieve gevoelens krijgt jegens mensen die kleine verkeersovertredingen maken;
- iemand die panisch reageert bij het zien van uniformen;
- iemand die van het brommend geluid van een laag overvliegend vliegtuig in elkaar krimpt van angst.

Het ontstaan van deze reacties is goed uit te leggen aan de hand van de retraumatiseringsdriehoek, bijvoorbeeld op een whiteboard of flap-over. Het startpunt is dat de cliënt in een bepaalde (neutrale) situatie door heftige gevoelens wordt overvallen. De retraumatiseringsdriehoek wordt dan opgebouwd met een stippellijn van 'situatie' linksboven ('nu' wordt later toegevoegd) naar 'reactie' ('toen' wordt later toegevoegd). Het heeft de voorkeur om dit te illustreren met een recente ervaring van de cliënt.

Een keurige en aan wellevendheid hechtende Iraanse man staat netjes te wachten, met zijn mandje in de rij voor de kassa bij de supermarkt. Plotseling dringt een Nederlandse jongen met zijn mandje vóór, in het kleine gat tussen de Iraanse man en zijn voorganger. De Iraanse man trekt wit weg, wordt woedend, begint te schelden in het Farsi, smijt zijn mandje met boodschappen op de grond en beent met grote passen de winkel uit. Buiten neemt zijn woede al snel af en ontstaat er bij hem grote schaamte over zijn gedrag.

De ‘situatie’ (trigger) lijkt de ‘reactie’ uit te lokken; dit is aangegeven met de stippellijn. Indien de ‘reactie’ op een bepaalde gebeurtenis heftiger is dan de aanleiding rechtvaardigt, is er blijkbaar nog een andere bron die de heftigheid van de ‘reactie’ bepaalt. In de ‘situatie’ ligt blijkbaar iets besloten waardoor er een associatie ontstaat met een andere ‘situatie’. In de tekening wordt dit aangegeven door een lijn te trekken van ‘situatie’ (linksboven), waar ‘nu’ bij gezet wordt, naar ‘situatie’ (rechtsboven) van vroeger, waar ‘toen’ bij wordt gezet. De ‘situatie-toen’ (dit kunnen ook meer situaties zijn) veroorzaakt de niet vanuit het ‘nu’ verklaarbare heftigheid van de ‘reactie’. Vervolgens kan gezocht worden naar de associatie tussen de ‘situatie-nu’ en de ‘situatie(s)-toen’. ‘Toen’ kan daarbij overigens vijf minuten geleden zijn, maar ook vijf-tig jaar geleden. Soms weten cliënten direct welke situaties van ‘toen’ zijn aangeraakt. Soms kun je daar samen met de cliënt naar zoeken, door vragen zoals: Wat is het ergst aan de ‘situatie-nu’? Heb je wel eens een situatie meegemaakt die leek op deze situatie? Of: Wat was de eerste keer dat je een dergelijke ingrijpende situatie meemaakte? Hierbij zoek je een cognitief thema dat meestal in de sfeer van onmacht, onrechtvaardigheid of gevaar ligt. Dit thema is vaak direct herleidbaar naar een (of meer) diep ingrijpende incidenten uit het verleden, die de ‘situatie(s)-toen’ uit het schema vormen.

Voor de Iraanse man bleek de onrechtvaardigheid dat er zomaar iemand voor-drong in de rij een associatie te veroorzaken met zijn traumatische ervaringen in de gevangenis van Iran. Achteraf realiseerde hij zich dat de enorme woede die op een niet te stoppen manier bij hem naar boven kwam, eigenlijk gericht was op de beulen die hem toentertijd hadden gemarteld.

De ‘situatie-nu’ is in het ‘nu’ meestal een enigszins beladen situatie, waar ook een passende ‘reactie-nu’ bij hoort. Dit kan worden aangegeven door aan de heftige ‘reactie-toen’, een klein uitstulping te tekenen met ‘reactie-nu’. Gevoelsmatig zal de cliënt het verschil tussen de ‘reactie-nu’ en de ‘reactie-toen’ niet kunnen ervaren. Op het bord kan de uitleg ondersteund worden door alle ‘toen’-gedeelten in een andere kleur weer te geven dan de ‘nu’-gedeelten!

Cliënten herkennen hun reacties meestal direct in dit model. De waarde van het model is dat op een simpele en schematische wijze verklaard wordt hoe heel heftige reacties kunnen ontstaan. Vooral voor partners of anderen die nauw samenleven met de cliënt biedt dit model een prettige verklaring voor het soms heftige gedrag van de cliënt.

In het begin van de behandeling kwam de vrouw van de Indische oorlogsge-troffen cliënt ter kennismaking een keer mee. Tijdens het gesprek noemde zij het in haar ogen onnodige agressieve gedrag van haar man jegens puberjongens, die over de galerijen van hun flat renden. Dit was alleen maar uit kattenkwaad en ze maakte zich zorgen over dit gedrag van haar man.

Toen de behandelaar deze situatie aan de hand van de retraumatiseringsdriehoek uitlegde, bleek er – ook tot verbazing van de cliënt – een heel duidelijke link te zijn met de zeer traumatische ervaringen van de cliënt tijdens de Bersiap-periode, direct na de Japanse capitulatie in Nederlands-Indië. In die tijd liepen er inlandse jongens, in dezelfde leeftijd als de jongens op de galerij, met speren bewapend. Zij hadden de cliënt met de dood bedreigd en voor zijn ogen mensen doodgestoken. Voor zijn vrouw werd zijn gedrag hiermee ineens verklaarbaar en vanaf dat moment kon zij er ook veel beter mee omgaan.

Voor de gedragstherapeutisch geschoolde lezer zal duidelijk zijn dat dit model niets anders is dan het model van de klassieke conditionering, zoals door Pavlov beschreven en zoals door Korrelboom en Ten Broeke (2004) uitgewerkt in het model van de betekenisanalyse.

6.3.2 Aangrijpingspunt voor interventie

De retraumatiseringsdriehoek kan ook gebruikt worden om uit te leggen hoe traumaproblematiek te behandelen is. Immers, als een van de zijden van de driehoek doorbroken zal worden, zal de heftige ‘reactie-toen’ niet meer optreden.

Verbinding tussen ‘situatie-nu’ en ‘reactie-nu’ De verbinding tussen de situatie-nu en de reactie-ny hoeft niet doorbroken te worden. Dat is immers de gezonde en passende reactie.

Verbinding tussen ‘situatie(s)-toen’ en ‘reactie-toen’ Het doorbreken van de verbinding tussen de situatie(s)-toen en de reactie-toen betekent dat wanneer iemand terugdenkt aan de traumatische situatie(s) van ‘toen’, er geen heftige reactie meer – in het ‘nu’ – optreedt. Dat kan wanneer iemand de klachten gerelateerd aan de herinneringen aan de ‘situatie-toen’ gaat verwerken zoals in fase 2 van het driefasenmodel aan bod komt. Op deze plek de driehoek doorbreken is de meest grondige en effectieve interventie, maar deze interventie is niet bij iedereen mogelijk, bijvoorbeeld als er te weinig psychische stabiliteit is. Een ander nadeel is dat deze interventie veel tijd kost.

Associatieve verbinding tussen ‘situatie-nu’ en ‘situatie(s)-toen’ De essentie van deze verbinding is een cognitieve ‘fusie’ tussen de ‘situatie-nu’ en de ‘situatie(s)-toen’, waardoor beide situaties als hetzelfde worden beleefd. De cognitie overheerst dat de situatie van nu net zo bedreigend of beangstigend is als de situatie van toen. Op zich is dat functioneel: op deze manier waakt

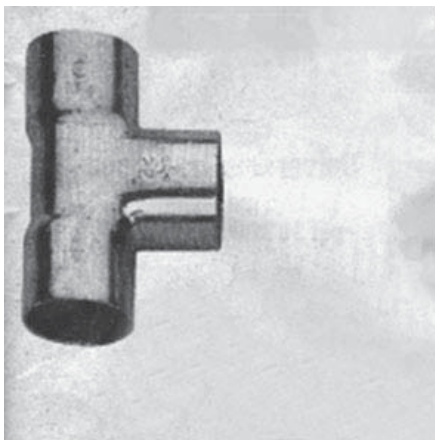
onze geest erover dat we niet zonder meer in een situatie kunnen terechtkomen die lijkt op een situatie waarin we eerder getraumatiseerd zijn geraakt. Dit alertheidssysteem is echter te gevoelig afgesteld en ook al bij kleine – vaak niet-relevante – overeenkomsten gaat het alarm af alsof de desbetreffende situatie de ernst heeft van de oorspronkelijke traumatische situatie. Deze overgevoeligheid voor traumagerelateerde prikkels die maar voor een heel klein gedeelte overeenkomen met het trauma, kan – theoretisch – ongedaan gemaakt worden door de cognitieve fusie te bestrijden met een meer correcte rationele gedachte. Dit kunnen rationele gedachten zijn waardoor het verschil in tijd tussen beide gebeurtenissen benoemd wordt ('het is nu 2009 en niet 1947') of het geografische verschil ('dit is Nederland en niet Liberia'). Het best is om een rationele alternatieve gedachte te vinden die persoonlijk en passend is. Indien de cliënt dan merkt dat hij heftig gaat reageren, zou hij, theoretisch, de 'reactie-toen' kunnen stoppen door zich heel bewust te worden van deze alternatieve gedachte.

Razendsnelle associaties Het probleem bij deze cognitieve aanpak is dat de kracht van de alternatieve rationele gedachte in het niet valt bij de kracht van de emotie van de 'reactie-toen'. De neurologische verbinding tussen de cognitieve representatie van de 'situatie-nu' en de 'reactie-toen' komt in millisecondes tot stand. In ieder geval verloopt de verbinding te snel en te krachtig om de associatie door middel van de cognitieve verandering te kunnen doorbreken. Het gevolg daarvan is dat iemand die in de heftige 'toen-reactie' terechtkomt, emotioneel zeer alert en gespannen is als gevolg van een op psychoneurologische niveau actieve amygdala (MacLean, 1990). De alternatieve gedachte in de neocortex krijgt, vanuit basale overlevingsfuncties, weinig prioriteit in vergelijking met de hormonaal aangestuurde alarmfuncties van het lichaam. Ze zijn simpelweg niet krachtig genoeg om sturend te kunnen zijn.

Aandacht van de eerste traumareactie wegleiden door middel van pijnprikkel Een techniek om de cognitieve boodschap van de hersenen toch over het voetlicht te krijgen, is de traumasystemen in de hersenen opnieuw te activeren en zo de aandacht van de eerste traumareactie af te leiden. Hiervoor is een krachtig signaal nodig en het meest bruikbaar lijkt daartoe een pijnprikkel. Er wordt dan – op een gecontroleerde en constructieve manier – gebruikgemaakt van een van de betekenissen die automutilatie kan hebben: het afleiden van de traumatische pijn door het toedienen van een andere pijnprikkel. De bedoeling is dat een cliënt als gevolg van de pijnprikkel 'wakker' schrikt uit de herbeleving en de afgesproken alternatieve gedachte kan oproepen: 'Het is niet ..., maar ...'

Hoe kan een cliënt zich nu veilig een pijnprikkel toedienen? De hand is daarvoor de handigste en makkelijkst toegankelijke plek. Een geschikt voorwerp moet makkelijk mee te nemen zijn, niet al te opvallend zijn en een beheersbare pijnprikkel kunnen toedienen. Welbekend is het gebruik van een simpel elastiekje om de pols, dat de cliënt tegen zijn pols kan laten 'spatten'. Het nadeel is echter dat dit ook een wat bestraffend bijeffect heeft. Na veel experimenteren lijkt het zogenaamde T-stukje van zo'n 4 cm dat drie

waterleidingbuizen met elkaar kan verbinden (figuur 6.2) het best te voldoen aan de genoemde eisen. Als je erin knijpt levert het vrijwel altijd een lichte pijnsensatie in de hand op. Het is makkelijk mee te nemen, bijvoorbeeld in een broekzak, en zelfs toe te passen terwijl je het in je broekzak houdt. Er zijn zeer goede ervaringen met het T-stukje opgedaan. Overigens zou ook goed een ander voorwerp gebruikt kunnen worden, dat aan dezelfde functionele (wel pijnprikkel, geen risico op misbruik in de vorm van automutilatie, makkelijk mee te nemen en overal verkrijgbaar) eisen voldoet. We zijn echter nog geen voorwerp tegengekomen dat daaraan beter voldoet dan het T-stukje. Bij sommige cliënten werkt het direct, bij anderen werkt het meer symbolisch, als een positieve *selffulfilling prophecy*: ze weten dat ze een middel hebben om zichzelf te beheersen en alleen al daardoor beheersen ze zichzelf beter. Maar bij sommige cliënten werkt het in het geheel niet.



Figuur 6.2

T-stuk om een milde pijnprikkel toe te dienen.

Linking object Het T-stukje kan overigens ook als een *linking object* met de behandelaar en de therapiesituatie gaan fungeren. Het bij zich dragen van een voorwerp dat verbonden is met de veilige therapiesituatie, kan zijn gevoel van veiligheid al wat vergroten. Dit zal ertoe leiden dat het gevoel van veiligheid in het ‘nu’ groter is en associaties met traumatische gebeurtenissen minder snel gelegd zullen worden.

▼ Retraumatiseringsdriehoek

- Stel vast welke situatie een trigger is voor het optreden van heftige (traumagerelateerde) reacties.
- Vraag na wat het ergste is aan de trigger en vraag vervolgens wanneer de cliënt dat eerder in zijn leven in ernstige mate heeft meegemaakt. Zo wordt het trauma (of cluster van traumatische situaties) dat de heftige reactie veroorzaakt geïdentificeerd.
- Illustreer dit op een bord of flap-over in de vorm van de retraumatiseringsdriehoek.

- Leg uit dat de heftige reactie eigenlijk verkeerd geadresseerd is en vooral behoort bij het oorspronkelijke trauma (of cluster van traumatische situaties).
- Bedenk samen met de cliënt een zin om de verbinding tussen de trigger en het trauma, die qua betekenis in elkaar lijken over te gaan, weer uit elkaar te trekken. Dit moet een zin zijn met de globale betekenis 'het is nu nu en niet toen'.
- Introduceer het T-stuk als een voorwerp dat de cliënt met een milde pijnprikkel wakker laat schrikken uit de traumarespons, waarna de cliënt het van tevoren afgesproken zinnetje kan oproepen en herhalen.
- Laat de cliënt hiermee een aantal malen oefenen voor de volgende sessie.
- Evalueer het effect.