

Cliënt, therapeut en therapie

Verwaarlozing, fysiek geweld, seksueel jeugdtrauma, mentaliseren, conflict driehoek, emoties, gehechtheid, dyades, behandelprocessen, interventies en het polyvagale systeem.



Voorwoord - Inleiding

Opleidingen, webinars, cursussen, congressen, supervisies, intervisies, artikelen, boeken en werkervaring hebben ons geholpen om meer inzicht te krijgen in onderliggende processen die plaatsvinden in het therapeutische proces. Dit is helpend geweest om de informatie die uitgewisseld wordt tussen client-therapeut beter te begrijpen. Een voorbeeld hiervan is, 'Is een client gemotiveerd voor therapie?'. Soms lijkt het alsof een client niet gemotiveerd is voor therapie. Als je verder kijkt dan heeft 'het niet gemotiveerd overkomen' mogelijk niets te maken met motivatie maar met angst voor verandering, angst voor het contact, schaamte of angst om je kwetsbaar op te stellen. Kwetsbaar opstellen is wat je in therapie moet doen om de ander (therapeut) de mogelijkheid te geven om er voor je te zijn, je te horen en te zien. Maar als je verwaarloosd bent of misbruikt? Het beeld van een ander is dan gekleurd door deze geschiedenis. Het vertrouwen in dat je door een ander wordt begrepen, gehoord of gezien, is door deze geschiedenis geschaad. Kan je dit begrijpen als therapeut? Kan je begrijpen waarom een ander moeite heeft om zichzelf te laten zien? Kun je het opmerken? Ben je zelf als therapeut in (leer)therapie geweest? Alleen al het thema 'gemotiveerd overkomen' heeft dus verschillende lagen en wordt beïnvloed door ervaringen die iemand in zijn geschiedenis heeft opgedaan. We zullen motivatie niet apart bespreken omdat wij vinden dat dit de uitkomst is van veel onderliggende processen bij zowel de client als de therapeut.

De opgedane kennis door opleidingen, webinars, cursussen, congressen, supervisies, intervisies, artikelen, boeken en werkervaring willen we graag delen met zowel cliënten als therapeuten. Dit 'boekwerk' is bedoeld om bepaalde thema's en theorieën te introduceren die kunnen helpen om (behandel)processen beter te begrijpen. Je zult merken dat onderwerpen beperkt worden uitgediept en dat de uitleg zeker niet allesomvattend is. Feedback of aanvullende informatie is dus altijd welkom. We willen graag het gesprek openhouden om met elkaar verklaringen, ervaringen en kennis te blijven delen. Belangrijke thema's, theoretische verklaringen en interventies hebben we zo overzichtelijk mogelijk proberen neer te zetten. Zo wordt er gestart met een verklaring voor het ontstaan van psychische klachten en problemen. Aansluitend geven we informatie over een basis voor behandeling (hoofdstuk 2). In het laatste hoofdstuk beschrijven we een aantal interventie mogelijkheden (hoofdstuk 9). Bij een interventie gaat het om een doelbewuste, actieve handeling of bemoeienis om een probleem op te lossen. Het is natuurlijk belangrijk dat je samen onderzoekt wat passend is want iedereen is uniek met een eigen unieke geschiedenis. In de tussenliggende hoofdstukken beschrijven we een aantal thema's die wij regelmatig in de behandelkamer hebben terug zien komen (hoofdstuk 3, 4, 5, 6 en 7). Een extra hoofdstuk hebben we gewijd aan complex psychotrauma en vroegkinderlijke chronische traumatisering omdat bij deze problematiek soms net een wat andere aanpak nodig is.

Onze visie is dat psychotherapie een complex proces is en de dynamiek in de behandelkamer een grote rol speelt in het veranderproces van de cliënt. Omdat de complexiteit groot kan zijn, kan feedback helpen om (nog) meer scherp te stellen. Dus heb je feedback of aanvullende informatie mail dit dan naar kennisdelen2023@gmail.com

Inhoud

Hoofdstuk 1.....	5
Impact van emotionele verwaarlozing, fysieke mishandeling en seksueel jeugdtrauma	5
1.1 De gevolgen van fysieke mishandeling, emotionele verwaarlozing en seksueel (jeugd)trauma	6
1.2 Verwaarlozing: wat betekent dit?.....	7
1.3 Beschermingsmechanisme afweer.....	8
1.4 Aandachtspunten bij seksueel jeugdtrauma	8
Hoofdstuk 2.....	10
Mentaliseren en een conflict driehoek	10
2.1 Mentaliseren.....	10
2.2 Psychodynamische georiënteerde therapie	12
Hoofdstuk 3.....	17
Gehechtheid en onveiligheid.....	17
3.1 Gehechtheid	17
3.2 Autonomie	20
3.3 De impact van onveiligheid op identiteitsbeleving: alexithymie, schaamte, schuld, boosheid, spijt en aanrakingen	22
Hoofdstuk 4.....	29
Dyades in therapie en de dramadriehoek	29
4.1 De therapeutische relatie	29
4.2 Dyades in de therapie.....	32
4.3 Projectieve identificatie.....	34
4.4 De dramadriehoek	36
Hoofdstuk 5.....	38
De rol van het lichaam en het polyvagale systeem.....	38
5.1 Het polyvagale systeem en een model	39
Hoofdstuk 6.....	43
Drie thema's: geheugen, slaap en emoties.....	43
6.1 Het geheugen	43
6.2 Slaap	44
6.3 De 7 oer-emoties van Panksepp.....	45
Hoofdstuk 7.....	47
De behandeling vorm geven.....	47
7. 1 Vier processen in therapie: erkennen, realisatie, synthese en integratie	48

7.2 Regulatie, stagnatie en differentiatie	50
Hoofdstuk 8.....	53
Trauma en (Chronische) vroegkinderlijke traumatisering	53
8.1 Ontstaan van psychotrauma en afsplitsing	53
8.2 Complex psychotrauma en dissociatieve identiteitsstoornis (DIS)	55
8.3 Hoe werk je aan herstel?	56
8.4 Gefaseerde behandeling bij complex psychotrauma en DIS.....	57
Hoofdstuk 9.....	61
Een viertal interventies: NET, sensorimotor therapie, IFS en exposure	61
9.1 NET (Narratieve Exposure Therapie).....	61
9.2 Lichaamsgerichte interventie	63
9.2.1 Sensorimotor therapie	63
9.2.2 Bokstherapie.....	67
9.2.3 Yoga.....	67
9.3 Het Internal Family System (IFS)	68
9.4 Exposure en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	73
Discussie.....	78
Bijlage 1: Verschillende targets voor exploratie.....	80
Literatuur	84

Hoofdstuk 1

Impact van emotionele verwaarlozing, fysieke mishandeling en seksueel jeugdtrauma

Iedereen is uniek en iedereen heeft een eigen, unieke levensgeschiedenis. Iedereen vormt eigen gedachten, gedragingen en gevoelens over zichzelf, anderen en de wereld door deze uniciteit. Het geheugen speelt hierbij een grote rol (zie 6.1, geheugen). Hoe je anderen en jezelf ziet wordt mede gevormd door wat je meekrijgt van ouders of opvoeder(s). Het opgroeien in een stimulerende en veilige omgeving of een remmende en onveilige omgeving heeft invloed op hoe je anderen ziet, hoe je jezelf ziet en wat je verwacht van een partner of wat je verwacht in vriendschappen (hoofdstuk 3). In een stimulerende en veilige omgeving zul je meer ruimte hebben om op eigen wijze sociale contacten aan te gaan en te leren hoe jij je voelt. Je kunt op eigen wijze dingen ontdekken en uitvinden. Daarentegen heeft het opgroeien in een remmende en onveilige omgeving juist een negatief effect op hoe vrij jij je voelt en wordt je beperkt in het 'op eigen wijze ontdekken'. Als kind ben je namelijk afhankelijk van je omgeving en je bent nog niet bij machte om het anders te doen dan je wordt aangeboden. Als je als kind niet gestimuleerd wordt doordat je niet gezien, gehoord of begrepen wordt in wat je nodig hebt, dan kan dit negatieve gevolgen hebben voor je zelfbeeld (zie 3.2, identiteit), het aangaan van relaties (zie 3.1, hechting), je mentaliserend vermogen (zie 2.1, mentaliseren) en je emotionele en cognitieve ontwikkeling. De gevoelens die kunnen samengaan met een remmende en onveilige omgeving zijn onder andere hulpeloosheid, onmacht, frustratie, pijn, verdriet, angst, schaamte, gekrenkte trots en boosheid (zie 3.3).

Iedereen is uniek en iedereen zal dan ook op eigen wijze klachten en problemen ontwikkelen. Een voorbeeld hiervan is dat als gevolg van langdurige emotionele verwaarlozing, de ene persoon een patroon ontwikkelt van sociaal isoleren terwijl een ander op een dwangmatige wijze alles gaat ordenen. Deze aangeleerde gedragspatronen worden afweer (of coping) genoemd (zie hieronder 1.2 en 2.2). Deze afweer helpt om wat niet gevoeld kan of mag worden af te kunnen weren. Dit afweren heeft dus een beschermende functie. Hieruit mag je concluderen dat het ontwikkelen van afweermechanismen (lees 'beschermingsmechanismen') helpt om door te kunnen gaan in een omgeving waar je grenzen niet werden gerespecteerd, waar je niet werd gehoord of gezien en waar je intern de pijn, frustratie, angst, gekrenkte trots, schaamte en boosheid intern moest verdragen. De , duur van verwaarlozing of mishandeling de frequentie en of dat er stabiele personen waren in de directe omgeving, hebben allemaal invloed op de 'hoeveelheid' en ingewikkeldheid van de *zelf*beschermingsmechanismen. Het gevolg is in ieder geval dat gedachten, emoties en waarnemingen over jezelf, anderen en de wereld worden gekleurd.

Kortom, opgroeien in een onveilige, remmende omgeving heeft invloed op je zelfbeeld (zie 3.2, identiteit), hoe je de wereld ziet en heeft invloed op het aangaan van relatie en vriendschappen (zie 3.1, hechting). Daarnaast heeft onveiligheid invloed op intern beleefde spanning (zie hoofdstuk 5, polyvagaal systeem) en je vermogen om te mentaliseren (zie 2.1).

Hieronder beschrijven we wat de gevolgen kunnen zijn van verwaarlozing, wat verwaarlozing betekent en hoe afweer helpt om jezelf te beschermen. Aan het eind geven we seksueel jeugdtrauma nog extra aandacht.

1.1 De gevolgen van fysieke mishandeling, emotionele verwaarlozing en seksueel (jeugd)trauma

Klachten en problemen die ontstaan door mishandeling, verwaarlozing of trauma kunnen je dagelijkse leven (ernstig) verstoren. Naast slaapproblemen, prikkelbaarheid, concentratieproblemen, overdreven waakzaamheid en schrikreacties zijn er meestal ook problemen in het aangaan of vasthouden van relaties of vriendschappen. Ook kun je een negatief zelfbeeld ontwikkelen. Een negatief zelfbeeld is het gevolg van de gedachten: 'Geen liefde waard zijn' of 'Het niet waard zijn'. Deze gedachten waren noodzakelijk om bij een mishandelende of verwaarlozende opvoeder te blijven, gewoon omdat je niet anders wist of kon. De schuld neerleggen bij jezelf en het verdragen van de mishandeling of verwaarlozing waren manieren om door te kunnen gaan en de controle te behouden over de omgeving en jezelf. Bij verwaarlozing word je niet gezien en gehoord in wat jouw grenzen zijn en dit kan gepaard gaan met woede en schaamte (zie ook 3.2). Woede ontstaat na afwijzing, aangevallen worden, gekwetst worden of vanuit gekrenkte trots. Woede kan helpen om jezelf te verdedigen en te beschermen. Maar als de onveilige ander te sterk is dan moet de woede in jezelf worden vastgehouden omdat je niet tegen de ander op kan. Deze ervaren woede gaat dan vaak gepaard met een gevoel van machteloosheid of onmacht.

Je moet de woede intern vasthouden waarbij er dus een koppeling wordt gelegd met machteloosheid of onmacht. Dit kan tot gevolg hebben dat bij het weer ervaren van woede of machteloosheid, de intern opgeslagen woede alsnog uitgeleefd wordt op een ander die jou bijvoorbeeld als 'een zwakkere' ervaart. Ook kan het weg moeten houden van woede tot gevolg hebben dat alle gevoelens weg moeten blijven omdat iets voelen al een trigger kan zijn voor deze vastgehouden woede. Als gevolg hiervan kan er een chronisch gevoel van leegte, vlakheid, vervlakking of terughoudendheid ontstaan. Trots is het tegenovergestelde van schaamte. Je wilt gezien en bewonderd worden terwijl je bij schaamte juist jezelf wilt weghouden. Gekwetste trots kan uit zijn op wraakbehoefte. Je kunt vanuit nieuwsgierigheid gaan onderzoeken wat de oorzaak is van je gekrenkte trots. Onderzoeken waardoor de gekrenkte trots is ontstaan geef je de mogelijkheid om onderliggende woede los te laten. Een voorbeeld van schaamte is bestaansschaamte en dit is de ergste vorm van schaamte. De ervaren schaamte is er als gevolg van onderwerping aan de machtige ander. Schaamte kan ook ontstaan vanwege dat je jezelf wijs gemaakt hebt dat je verantwoordelijk bent wat jou overkomen is. Schaamte zorgt er in ieder geval voor dat je niet durft te praten en dat jij jezelf wilt weghouden van de blik van een ander.

Andere problemen die zich bij verwaarlozing voor kunnen doen zijn: intrusies (plotseling opkomende nare herinneringen, zie figuur 8.2) en een verhoogd arousalstelsel (het stressstelsel, zie hoofdstuk 5). Tijdens een intrusie kan het lijken alsof de fysieke mishandeling of het misbruik opnieuw plaatsvindt. Deze plotselinge herinnering is zo beangstigend dat het lichaam (opnieuw) reageert met bijvoorbeeld trillen, zweten, versnelde ademhaling en hoge hartslag (stressstelsel). Om 'te overleven' en jezelf te beschermen, ontwikkel je met behulp van gedachten (cognities), gedragingen of dissociatie beschermingsreacties. Dissociatie is een toestand van een verlaagd bewustzijn waarin bepaalde gedachten, emoties, waarnemingen of herinneringen buiten het bewustzijn worden geplaatst of minder samenhang vertonen. Hieronder worden nog een aantal zelfbeschermingsstrategieën beschreven:

- Door *verloochening, ontkenning of afsplitsing* ben je in staat om heftige gebeurtenissen te 'verstoppen' en te 'vergeten'. Hierdoor lukt het ook om de toen gevoelde woede, haat, pijn, verlies of wanhoop te onderdrukken en buiten het bewustzijn te houden (zie 2.2 en hoofdstuk 5). Het buiten het bewustzijn houden van pijnlijke situaties helpt ook om onafhankelijkheid en waardigheid te bewaren en te bewaken.
- Door bepaalde *gedragingen* te ontwikkelen worden verloochening, ontkenning en afsplitsing verder uitgebreid. Deze gedragingen zorgen voor afleiding. Voorbeelden hiervan zijn dwangen, sociale angst, obsessies, succesvol willen zijn (onkwetsbaarheid), kritische stem, onveilig gedrag, sociaal isolement, zelfverwaarlozing en schaamte.

- Als de dreiging of onveiligheid 'te groot' wordt dan kunnen emoties, sensaties, bewegingen of gevoel van de eigen identiteit nog verder worden weggehouden door *dissociatie*. Dissociatie is een geestesgesteldheid waarin bepaalde gedachten, emoties, waarnemingen of herinneringen buiten het bewustzijn worden geplaatst, tijdelijk niet 'oproepbaar' zijn of minder samenhang vertonen. Voorbeelden hiervan zijn depersonalisatie en een gevoel van leegte. Dissociatie kan als noodrem werken en zelfs in stand worden gehouden als de ervaren onmacht nog groter wordt omdat de relatie met verwaarlozende, ambivalente, machtige opvoeders moet worden onderhouden (zie hoofdstuk 8).
- Door chronische of herhalende breukpunten in de relatie met de ambivalente, machtige en verwaarlozende opvoeders kan het integratief vermogen worden overstegen. Bij integratie kunnen gevoelens, gedachten, behoeften worden gecombineerd zodat deze elkaar aanvullen of een geheel vormen (zie ook hoofdstuk 8). Als het integratieve vermogen wordt overstegen dan worden de gedachten, gevoelens, behoeften over een gebeurtenis versplintert (gefragmenteerd) opgeslagen met als gevolg dat je geen betekenis meer kunt geven aan de gebeurtenis in zijn geheel omdat je geen verhaallijn meer hebt over de gebeurtenis. Het mentaliseren of vertellen over een gebeurtenis lukt dan niet meer (zie 2.1 en hoofdstuk 8).

1.2 Verwaarlozing: wat betekent dit?

Bij zowel fysieke mishandeling, seksueel misbruik en emotionele verwaarlozing is er sprake van verwaarlozing van de behoeften, verlangens en gevoelens van het kind. In tegenstelling tot fysieke mishandeling is emotionele verwaarlozing niet direct zichtbaar. Er zijn bijvoorbeeld geen blauwe plekken maar in de psyche van degene die met deze vorm van verwaarlozing te maken heeft, worden wel degelijk diepe wonden gecreëerd. Wonden die vaak ook door het kind of volwassene zelf vaak niet als dusdanig herkend worden.

Verwaarlozing treedt doorgaans op in de kindertijd en kan onbewust herhaald worden op volwassen leeftijd omdat je niet anders kent. Bij verwaarlozing is er dus een gebrek aan aandacht voor de behoeften, verlangen of gevoelens van het kind. Voorbeelden zijn: geen of onvoldoende aandacht, geen of weinig genegenheid of geen steun in tijden van nood. Ook kunnen opvoeders vijandigheid uitstralen, fysiek geweld gebruiken, een kind bang maken, seksueel misbruiken, denigrerende uitspraken doen, onrealistisch hoge verwachtingen stellen of emotionele ervaringen negeren of ontkrachten. Bij al deze voorbeelden is er sprake van verwaarlozing en is er geen ruimte om jezelf te laten zien vanwege het ervaren van onveiligheid in een omgeving die juist veilig zou moeten zijn en geborgenheid moet bieden. Door deze verwaarlozing raak je als kind langzaam afgesneden van je eigen verlangen, behoeften en gevoelens. Als kind voel je weliswaar dat er iets ontbreekt maar je kunt niet definiëren wat dit precies is omdat je de vaardigheden en woorden nog niet hebt ontwikkeld of geleerd (zie 2.1, mentaliseren). Kinderen worden hierdoor in hun eigenwaarde aangetast of zonder eigenwaarde opgevoed doordat ze niet worden gespiegeld in wie ze zijn of mogen zijn door de eisen en krenkingen vanuit de omgeving. Hieronder benoemen we een aantal voorbeelden van de gevolgen van verwaarlozing:

- De talenten van een kind komen veel minder tot ontwikkeling en vaak wordt er een overcompensatie gevormd door het kind. Voorbeelden van overcompensatie zijn: schuld op je nemen, verantwoordelijk voelen, perfectionisme of een interne kritische stem. Deze overcompensatie wordt in de psychotherapie afweer genoemd (zie 2.2).
- Er ontstaat een gevoeligheid voor afwijzing gevoed door angst voor een herhaling van wat er bij de opvoeders heeft plaatsgevonden.
- Verwaarlozing kan al vanaf de geboorte plaatsvinden en heeft invloed op het basisvertrouwen, ook wel hechting genoemd (zie hoofdstuk 3). Als de hechtingsfase met de opvoeders niet naar behoren verloopt omdat afstemming ontbreekt, programmeert dit al gevoelens van angst en eenzaamheid in de hersenen van een kind. Dit heeft dan weer zijn invloed op de verdere

emotionele ontwikkeling en de wijze van afstemming op de buitenwereld (zie hoofdstuk 3, hechting).

- Kinderen op jonge leeftijd kunnen hun emoties nog niet benoemen of begrijpen en als de opvoeder hier niet (voldoende) op afstemt dan is het kind op jonge leeftijd al op zichzelf aangewezen. Dit terwijl een kind de verbinding met anderen zo hard nodig heeft voor een gezonde ontwikkeling van de innerlijke beleving (zie 9.3, IFS). Is er sprake van een gebrek aan liefde, warmte en aandacht? Een kind zal het gevoel ontwikkelen van 'verkeerd' te zijn of 'niet goed genoeg zijn'. Anders gezegd: het kind voelt dat het de liefde van de ander niet verdient.

Kortom, verwaarlozing leidt tot gevoelens van eenzaamheid, onzekerheid, schuldgevoel, schaamte en tot sterke zelfkritiek. De identiteitsontwikkeling wordt hierdoor beïnvloed met als mogelijk gevolg een laag zelfbeeld of identiteitsprobleem met de centrale vragen: 'Wie mag ik zijn?' of 'Wie ben ik?'. Verder kan het zorgen voor het ontwikkelen van een angststoornis, depressie, persoonlijkheidsproblematiek en/of complex psychotrauma. Het constateren bij jezelf dat er sprake is geweest van verwaarlozing is vaak net zo'n ingewikkeld proces als het terugvinden van jezelf. Het moeten vaststellen van verwaarlozing komt voor de meeste mensen als een schok maar doet ook veel puzzelstukjes op zijn plaats vallen. De terughoudendheid in het aangaan van sociale contacten, problemen in de emotie regulatie of het moeilijk aan kunnen gaan van romantische relaties blijken ineens een oorzaak te hebben.

1.3 Beschermingsmechanisme afweer

Afweer ontwikkel je om te voorkomen dat je naar jezelf kunt kijken en kunt ervaren hoe groot de impact is of is geweest van de emotionele verwaarlozing, het fysieke geweld of van het seksueel jeugdtrauma. Afweer helpt dus om niet meer te hoeven kijken naar een situatie waar geen oplossing voor handen was en waarbij de ander over jouw grenzen ging. Als gevolg hiervan kun je moeite hebben om op een flexibele/passende manier te reageren in het hier en nu. Het vernauwen van aandacht en non-realisatie (zie 7.1, realisatie) kunnen dan helpen. Bij non-realisatie ervaart je de wereld om je heen als onwerkelijk, alsof prikkels niet binnenkomen waarbij anderen of voorwerpen als onecht, een droom of als wazig worden ervaren. Het niet zien of het denken en doen in rigide patronen kan helpen om de angst voor het wéér voelen van de pijn, eenzaamheid en verdriet te bedwingen. Ondraaglijke emoties bij verwaarlozing worden dus gereguleerd met behulp van verschillende strategieën. Het vermijden van triggers (gebeurtenis-opstarter) zoals activiteiten, contacten, situaties, gevoelens of gedachten helpt om zo min mogelijk in aanraking te komen met een nare herinnering. Een nadeel van het vermijden is dat je gevoelens, verlangens, behoeften of gedachten blokkeert en dat je anderen op afstand houdt (zie ook 2.2).

In therapie kun je in een veilig context opnieuw gaan kijken naar belastende, nare herinneringen. Je kunt beschouwend gaan kijken naar je geschiedenis zodat je kunt gaan ervaren dat emoties verdragen kunnen worden en dat jouw verlangens en behoeften er nu mogen zijn. Door naar jezelf te kijken kun je zien waar en waarom je klachten en problemen hebt ontwikkeld en kun je ruimte voor jezelf maken om te gaan realiseren wat er is geweest en wat je nu nodig hebt (hoofdstuk 7). In therapie gaat het om het doorwerken van pijnlijke herinneringen en om het rouwen van wat er niet was namelijk, een veilige, beschermende omgeving.

1.4 Aandachtspunten bij seksueel jeugdtrauma

Nieuwsgierigheid naar jezelf helpt bij het ontdekken van jezelf. Hierbij horen de vragen: 'Wie ben ik?' en 'Wat wil ik in dit leven?'. Dit geldt ook voor het ontdekken van de eigen seksualiteit. Maar als je het lichaam als gevolg van seksueel jeugdtrauma('s) als vreemd ervaart, kan eigen seksualiteit ook als overlevingsstrategie fungeren. Een trauma houdt in dat er iets heeft plaatsgevonden waar je niet op voorbereid was en waartegen jij je niet kunt verdedigen (zie ook hoofdstuk 9). Je ervaart een passief

overgeleverd zijn en er is geen hulp van buitenaf te verwachten. Je hebt een diep gevoel van hulpeloosheid, onmacht en je kunt het gevoel hebben dat het leven voorbij is. Overlevingsstrategieën zijn dan dus nodig om door te kunnen gaan. Zo kunnen opwinding en super-orgasmes tijdelijk dienen om eenzaamheid en innerlijke leegte te verdoezelen. Of bij het ervaren van onveiligheid kan een hoge spanning in de bekkenregio ontstaan. Het afsluiten van de bekkenregio staat dan voor behoud van autonomie, 'tot hier en niet verder'. Het lichaam geeft letterlijk aan dat wat niet als oké ervaren wordt buiten jezelf moet blijven (zie 3.2, autonomie). Extreme, met geweld en pijn gebonden seks, kan een herhaling zijn van dader-slachtofferrelaties uit de vroege jeugd (hoofdstuk 4). De thema's die naast woede, trots en schaamte (zie 1.1) nauw verbonden zijn met seksueel misbruik bij kinderen zijn seksualiteitstrauma en walging.

Bij een seksualiteitstrauma is je lichaam een object voor de seksuele behoeftebevrediging van iemand anders. De ander neemt dus bezit van een lichaam zonder overeenstemming met de eigenaar. Dit gaat gepaard met pijn, angst, verdriet, woede, walging, schaamte, schuld en minderwaardigheid. Seks kan dan later ingewikkeld worden omdat je uit angst voor herhaling van het seksueel trauma, kunt vluchten in een dissociatieve toestand (zie ook hoofdstuk 9). Helaas is het ook zo dat angst of dissociatie ervoor zorgt dat het verbinden met een ander bemoeilijk wordt (zie hoofdstuk 3, hechting). Een ander gevolg van seksualiteitstrauma is dat een orgasme zonder tederheid en intermenselijke liefde, vaak een nog leger gevoel geeft dan daarvoor omdat je dan de eenzaamheid pas echt kan gaan voelen. Ook seksverslaving kan ontstaan na seksualiteitstrauma vanuit herhalingsdrang. Seksverslaving is dan een herhaling van het voelen van schaamte en walging zoals je deze eerder hebt ervaren. En seks kan een illusie zijn om een relatie staande te houden zoals dit ook was tijdens het seksualiteitstrauma in je jeugd.

Walging: walging is een waarschuwing om iets niet in de mond te nemen of aan te raken. Misselijkheid, het gevoel van kokhalzen en braken, zijn reacties van walging. Menselijke lichamelijke uitscheidingen triggeren sneller en vaak walging. Als je wordt gedwongen om je gevoelens van walging te negeren, bijvoorbeeld bij orale seks, dan moet je ze afsplitsen zodat je ze niet meer hoeft te voelen. Bij triggering kan de walging plotseling weer worden ervaren zonder dat er betekenis aan gegeven kan worden omdat het gevoel van walging gefragmenteerd is opgeslagen. Door deze fragmentatie kun je dus geen woorden en betekenis geven aan het gevoel dat zich plotseling opdringt. Dit kan voor verwarring zorgen en om jezelf te beschermen kan je bepaalde situaties en handelingen gaan vermijden. Het vermijden helpt dan om jezelf te beschermen tegen de walging, verwarring en de pijn van het onderliggende trauma. In therapie kan je gaan kijken naar: wanneer je walging ervaart, wat eraan vooraf ging en of er overeenkomsten zijn met eerdere situaties in je leven.

Chronische traumatisatie is de ergste vorm van trauma. Bij chronische traumatisering is er sprake van constante dreiging en dus constante onveiligheid. Deze constante dreiging leidt tot rigide en ingewikkelde patronen om het vol te kunnen houden. De rigiditeit komt onder andere doordat het 'superego' gericht is op het onderuit halen van veranderingsprocessen, zoals een opvoeder je ook onderuit haalde (zie 2.2). Ook de controle houden over hoe het nu is, is beter dan de hoop op verandering weer verliezen. Schuld, schaamte, zelf gerichte woede of zelfhaat en spijt kunnen helpen om intern gevoelde pijn af te weren maar beïnvloeden je zelfwaardering wel op een negatieve manier (zie hoofdstuk 2 en 3). Dit heeft dan weer een negatieve uitkomst voor 'trots' omdat iets positiefs bij een lage zelfwaardering niet binnen gelaten kan worden.

Bovenstaande dynamieken maken het niet makkelijk om verandering te bewerkstelligen. Geduld, tijd, compassie, herhaling, psycho-educatie, begrip, doorvragen en nieuwsgierigheid kunnen helpen om de bovenstaande dynamieken te gaan begrijpen en door te werken.

Hoofdstuk 2

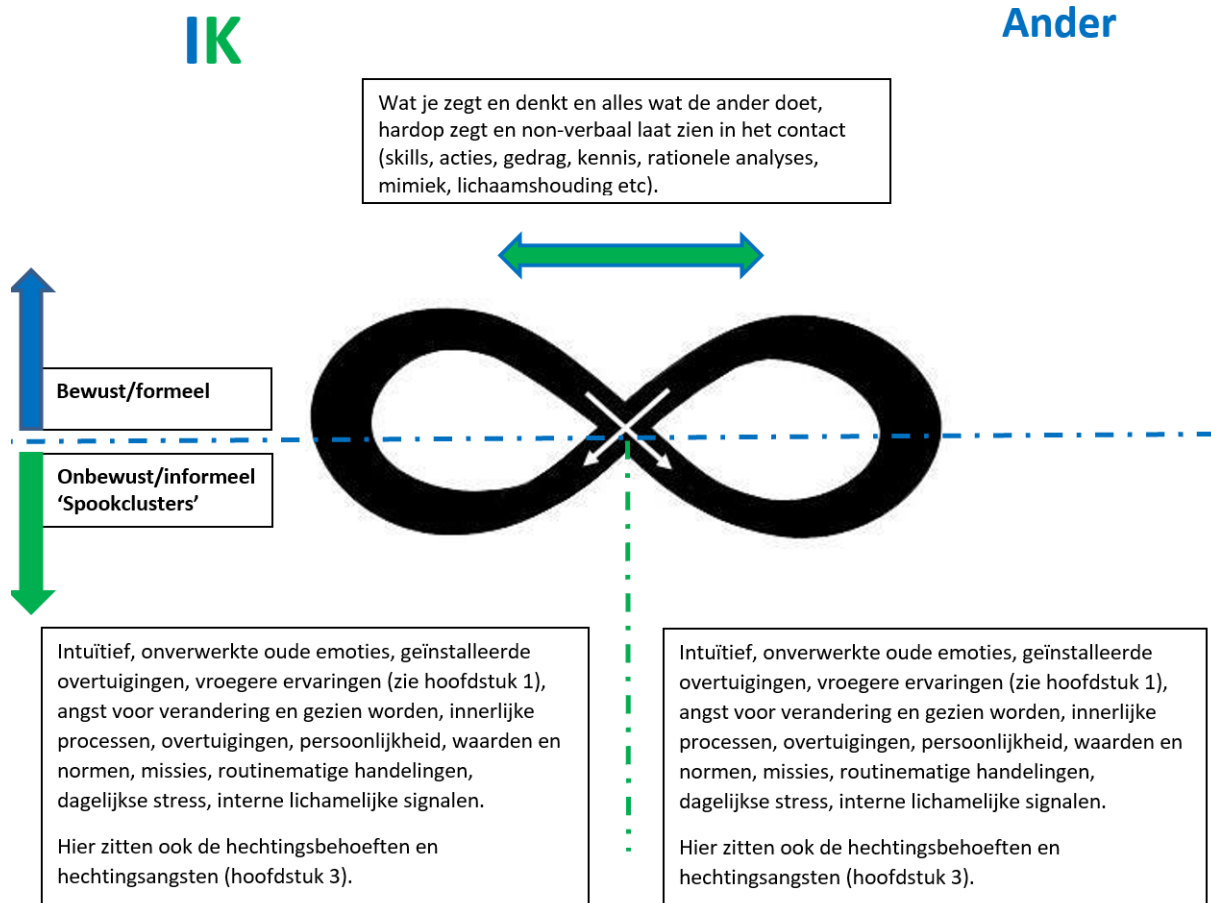
Mentaliseren en een conflict driehoek

Het belangrijkste in psychotherapie is dat er ruimte komt om naar je behoeften, gevoelens en verlangens te gaan kijken (zie hoofdstuk 1). Hierbij staan wat ons betreft twee kernelementen centraal namelijk mentaliseren en het psychodynamisch werken. Hierbij is het kunnen mentaliseren of het vergroten van het mentaliserend vermogen een voorwaarde in behandeling. Het stilstaan bij jezelf in het hier en nu in combinatie met het kijken naar je geschiedenis, kan op een psychodynamische en dus verdiepende wijze uitgewerkt worden. Leren mentaliseren en het psychodynamische werken hebben als doel dat de balans in denken, doen en voelen wordt hersteld zodat er weer ruimte komt voor je eigen verlangen en behoeften. Mentaliseren en het werken vanuit een psychodynamisch kader worden hieronder verder toegelicht.

2.1 Mentaliseren

Mentaliseren is de vaardigheid van het zien van het eigen gedrag en andermans gedrag in termen van interne, mentale toestanden. Het gaat om: 'Wat zie ik bij mezelf (zelfreflectie) en kan ik de ander begrijpen?'. Met interne, mentale toestanden wordt bedoeld de overtuigingen, wensen, gedachten en gevoelens die er zijn bij jezelf en bij de ander. Mentaliseren betekent dus dat je het gedrag van jezelf en van anderen kan begrijpen door ze te koppelen aan mentale toestanden (overtuigingen, wensen, gevoelens en gedachten). Problemen in het mentaliserend vermogen spelen een belangrijke rol bij het in stand houden van psychische klachten en problemen. Door te mentaliseren over je eigen gedrag (bewust) kun je onderzoeken welke gedachten en gevoelens achter je gedrag schuilgaan (onbewust). Dus de vraag die je jezelf kunt stellen is: 'Welke onbewuste intenties liggen ten grondslag aan mijn gedrag, gedachten, gevoelens of klachten en problemen?'. Dit betekent dat je stil moet staan bij wat jij denkt en wat er bij jezelf plaatsvindt. Zodoende kun je bij jezelf gaan observeren vanuit welke gedachten, gevoelens en bijkomende overtuigingen en wensen je handelt. Door bewust te worden wat er onderliggend, onbewust speelt kun je jezelf gaan begrijpen. Om te kunnen mentaliseren over anderen moet je je kunnen voorstellen wat andere mensen zouden kunnen denken of voelen. Woorden geven aan je eigen bewust geworden gedachtes/gevoelens/overtuigingen/wensen kan zorgen voor dat de ander je kan gaan begrijpen.

Het gaat bij mentaliseren om een wederzijds en gelijkwaardig proces waarbij je woorden geeft aan wat er bij jezelf plaatsvindt zodat de ander je kan horen. Gelijktijdig heb je ook aandacht voor de ander. Bovenstaande wordt in onderstaand figuur 2.1 weergegeven.



Figuur 2.1: Een interactie model tussen ik' en 'ander'.

Het hierboven genoemde *niveau Bewust/formeel* (boven de stippel lijn) is merkbaar, hoorbaar en zichtbaar voor jezelf en de ander. Dit is 'live' aanwezig in een gesprek en daar kun je dus gelijk invloed op uitoefenen. Het gaat hierbij om wat je hoort en ziet zoals lichaamshouding, intonaties en mimiek. Het niveau *Onbewust/informeel*, ook wel '*spookclusters*' genoemd, speelt zich af in de persoon zelf en is niet direct zichtbaar. Dit spookcluster heeft wel invloed op jezelf, invloed op de interactie met een ander en heeft dus ook invloed op die ander. Een voorbeeld hiervan is dat je geleerd hebt dat iemand boos is als diegene hard praat. Maar dit hoeft natuurlijk niet want een hardere stem kan ook betekenen dat iemand enthousiast is of haast heeft.

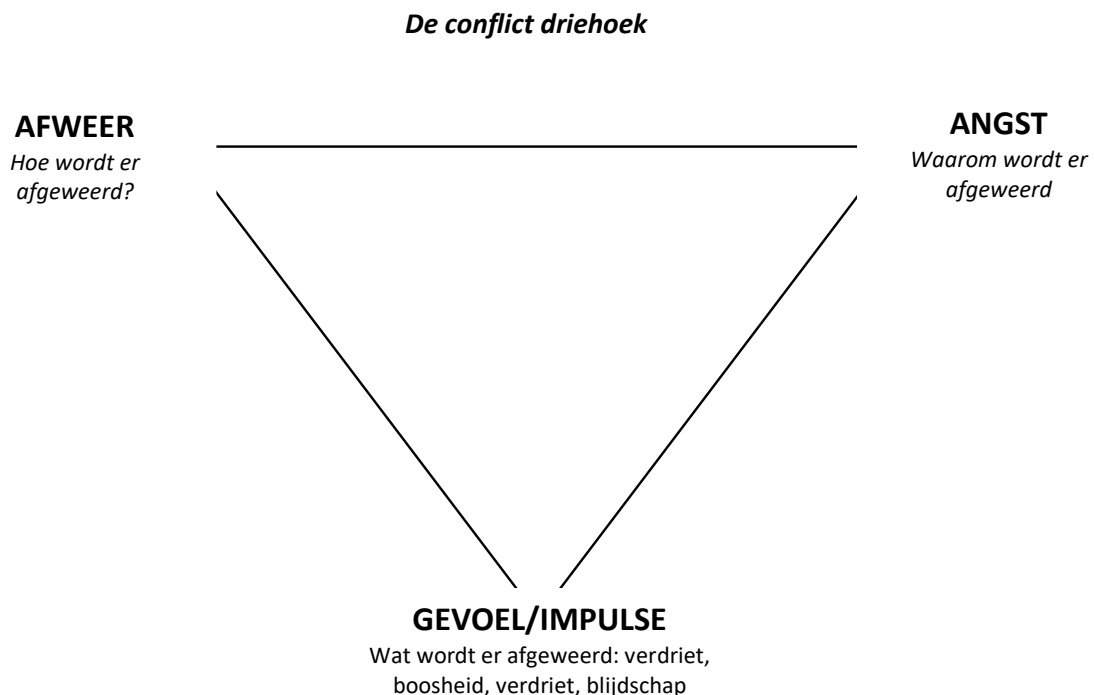
Bij mentaliseren gaat het er om dat je kijkt naar wat er plaatsvindt bij jezelf op bewust en onbewust niveau. Daarnaast gaat het bij mentaliseren er ook om dat je kijkt naar de ander en dat je kunt waarnemen en benoemen wat er tussen jou en de ander plaatsvindt. Dit kan op een veilige manier geleerd worden in therapie, in groepstherapie of in je eigen sociale omgeving. Innerlijke processen, automatische patronen, gedragingen of dyades (hoofdstuk 4) kunnen dan woorden krijgen en opnieuw bekeken en heroverwogen worden. Iedereen heeft vanuit zijn eigen geschiedenis ervaringen opgedaan die van invloed zijn geweest op je basisvertrouwen en je hechtingstijl (zie hoofdstuk 1 en 3). Je eigen geschiedenis heeft dus invloed op hoe je reageert op een ander en dit geldt natuurlijk visa versa.

2.2 Psychodynamische georiënteerde therapie

Er zijn grofweg twee verschillende manieren om klachten of problemen te verminderen. De eerste manier is controle krijgen over je gedrag, problemen en je klachten. De tweede manier is de oorzaak van je klachten en problemen achterhalen. In psychodynamische georiënteerde therapie wordt uitgegaan van de tweede manier: *door de oorzaak van je klachten en problemen te onderzoeken en te begrijpen, heb je de klachten niet meer nodig*. Het psychodynamisch werken zie je terug bij ISDTP (Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy) en AFT (Affect Fobie Therapie) maar ook in andere therapieën.

Binnen psychodynamische georiënteerde therapieën wordt er gewerkt met conflictmodellen. In deze modellen gaat het om hoe je omgaat met belangentegenstellingen. Deze tegenstellingen vinden zowel plaats in jezelf (intra-persoonlijke conflicten, conflicterende innerlijke motieven) als tussen jezelf en de (sociale) wereld (interpersoonlijke conflicten). Hoe je omgaat met de intra- en interpersoonlijke conflicten heeft effect op hoe je omgaat met je klachten en problemen. Deze psychische kernconflicten zijn meestal onbewust (zie figuur 2.1, 'spookclusters'). Psychodynamische georiënteerde therapie gaat over het in kaart brengen van de intra- en interpersoonlijke kernconflicten én gaat over de ontstaansgeschiedenis van de kernconflicten én gaat over hoe deze conflicten worden herhaald in het hier en nu. Deze herhalingen kunnen plaatsvinden in de relatie met jezelf, een partner, vrienden, familieleden en ook in de relatie met een psychotherapeut. Hieronder wordt verder uitleg gegeven over hoe de conflicterende krachten elkaar kunnen beïnvloeden.

Onderliggend zijn er bij het psychodynamisch werken altijd twee conflicterende krachten actief: de **wens** om in contact te komen met je gevoelens, verlangens en behoeften (de activerende gevoelens) en aan de andere kant is er de **angst** om deze toe te laten. Als de angst (het remmende gevoel) te groot wordt dan moet deze angst worden weggehouden met behulp van het onbewust dan wel bewust inzetten van afweer. Hierdoor wordt de angst dus afgeweerd dat dan wel ten koste gaat van de **wens** om in contact te komen met je gevoelens, verlangens en behoeften. De drie elementen **afweer**, **het remmende gevoel angst** en de **activerende gevoelens, verlangens, behoeften** interacteren met elkaar. Dit wordt de conflictdriehoek genoemd, figuur 2.2.



Figuur 2.2: een conflict driehoek

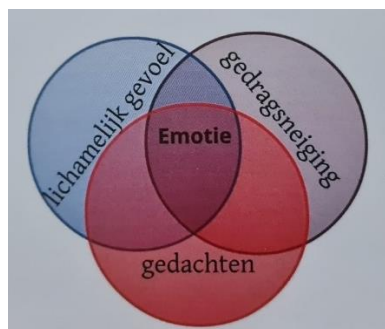
Gevoel/impulse: Wat wordt er afgeweerd?

Hieronder leggen we kort uit wat 'gevoel/impulse' inhoudt in de conflict driehoek en wat er moet gebeuren om ze bewust te maken.

Om de onderliggende activerende gevoelens (impulse) te kunnen voelen of anders gezegd 'bewust te worden van je verlangens, gevoelens en behoeften', heb je drie elementen nodig (zie figuur 2.3):

- Element 'het lichamelijke gevoel': er is een bewustzijn nodig van de fysiologische signalen zoals het ervaren van zwaarte in de borst, opkomende tranen of dichtgeknepen keel.
- Element 'de gedachten': er is een cognitief label of gedachte nodig die gekoppeld is aan de lichamenlijk ervaren gevoelens, de gedragsneigingen of de intern beleefde gedachten. Voorbeelden zijn: "Ik ben verdrietig" of "ik ben boos" of "ik wil dit niet meer doen".
- Element 'de gedragsneiging': dit betreft de motorische impuls oftewel een 'handeling' zoals het huilen bij verdriet of onmacht en het stampvoeten bij boosheid of ongeduld.

Pas wanneer alle drie de elementen in het hier en nu kunnen worden ervaren en benoemd kunnen worden, dan komt er ruimte voor bewustwording van de eigen onderliggende gevoelens, behoeftes en verlangens. Hieronder een afbeelding van het lichamenlijk gevoel, de gedachten en de gedragsneiging waarbij ze in het midden samenkomen. In deze 'overlap' is er sprake van integratie van deze 3 elementen en volledige bewustwording.



Figuur 2.3: In het midden de drie elementen die samenkomen waardoor bewust een emotie kan worden waargenomen op niveau van lichamenlijk gevoel, gedragsneiging en bijhorende gedachten.

Afweer(mechanismen): Hoe wordt er afgeweerd?

Hieronder leggen we kort uit wat afweermechanismen doen, waarom ze worden ingezet en wat dit betekent voor therapie.

Afweermechanismen werden gevormd en ingezet op het moment dat je werd gekwetst door bijvoorbeeld ouders, vrienden of klasgenoten. Afweer wordt onder andere gevormd bij emotionele verwaarlozing, fysiek geweld, pesten of seksueel misbruik (zie hoofdstuk 1). De aangeleerde afweer helpt dan om jezelf te beschermen in een situatie waar jij je niet veilig voelt. Om jezelf te beschermen tegen onveiligheid ontwikkel je dus afweermechanismen. Deze afweermechanismen helpen om jezelf te beschermen tegen dreiging van buitenaf en de angst hiervoor van binnenuit. Met afweer reguleer je dus de ervaren dreiging vanuit de ander en de angst die je intern voelt. Afweer kan dus twee richtingen op:

1. Afweer tegen intimiteit **tussen** jou en de omgeving. Ook wel 'voet op de **voordeur**' genoemd omdat alles buiten jezelf moet worden gehouden.
2. Afweer tegen gevoelens **in** jou. Ook wel 'voet op de **kelderdeur**' genoemd om zodoende wat er in jezelf (af)speelt niet te voelen.

Voorbeelden van afweermechanismen zijn perfectionisme, dwangmatig ordenen, sociale isolatie, rationaliseren, verloochening en jezelf kritiek geven. Dit alles helpt bij het voorkomen van dat iemand je opnieuw pijn doet of het helpt je in ieder geval om je minder angstig of minder kwetsbaar te voelen in situaties die jij als onveilig ervaart. Omdat de afweermechanismen ontstaan zijn in onveiligheid of in dreigende sociale interacties, worden deze afweermechanismen automatisch weer ingezet in huidige sociale contacten. In jezelf is er namelijk nog steeds een angst dat je opnieuw gekwetst wordt of pijn wordt gedaan. Ook therapie nodigt uit tot het aangaan van een sociaal contact. Hierdoor wordt de angst en de afweer ook in therapie geactiveerd. Therapie is dus ook een vorm van exposure die zorgt voor activering van allerlei afweermechanismen. Een voordeel hiervan is dat de afweermechanismen gelijk aanwezig zijn in de gesprekken. Hiervan kan dus gelijk gebruik worden gemaakt in de therapiesessie.

Afweer kan dus twee richtingen op gaan namelijk tussen jou en een ander en in jezelf. Deze dynamiek leggen we verder uit met behulp van het superego, het ego en intern onderdrukte gevoelens (zie plaatje 2.1).

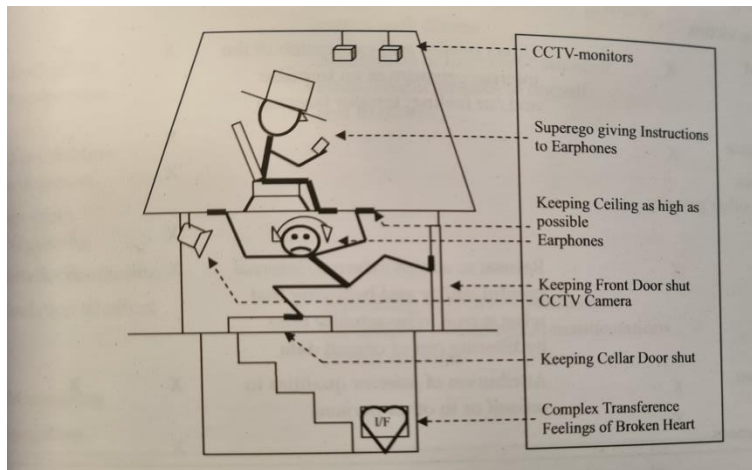
Als er voldoende veiligheid is dan ontwikkelen het ego en superego zich zonder een 'pathologisch' superego en kan het ego zich bezighouden met rationeel en realistisch denken (zie ook 7.1). Het ego is dan gericht op het oplossen van problemen en het aangaan van gezonde relaties met jezelf en anderen. Het ego zorgt dat er aan je gezonde verlangens, gevoelens, behoeften gehoor wordt gegeven. Dit wordt gedaan doordat het ego balanceert tussen activerende gevoelens en het superego.



Plaatje 2.1: het ego balanceert tussen het activerende gevoelens (ID) en het superego (normen, waarden, idealen)

De taak van het ego zonder pathologisch superego is om op een veilige en sociaal aanvaardbare manier te voldoen aan de eisen die gesteld worden door jezelf en de omgeving. Het ego weegt de kosten en baten van een actie af voordat wordt besloten om te handelen of deze te laten varen. Het ego is gericht op het oplossen van problemen en houdt hierbij rekening met sociale realiteiten, normen, etiketten en regels. Als een plan van aanpak niet werkt dan wordt er opnieuw nagedacht om tot een oplossing te komen. Dit staat bekend als een realiteitstest en het stelt je in staat om impulsen te controleren en zelfcontrole te behouden. Het superego omvat je normen, waarden en idealen. Je superego wordt in kindertijd grotendeels bepaald door je ouders en de manier waarop je bent opgevoed (zie hoofdstuk 1 en 3.1). Het superego kan onderverdeeld worden in het geweten en het ideale Zelf. Het geweten bevat informatie over gedragingen of gedachten die als slecht worden ervaren. Het ideale Zelf is een denkbeeldig beeld van hoe je zou moeten zijn, hoe je andere mensen moet behandelen en hoe je je moet gedragen als lid van de samenleving. Het omvat dus de regels en normen voor goed gedrag. Het gehoorzamen aan deze regels leidt tot een gevoel van trots, waarde en prestatie. Gedrag dat niet voldoet aan je ideale Zelf kan bestraft worden door het superego door bijvoorbeeld schuldgevoel of zelfbekritisering.

Maar als er onvoldoende veiligheid is dan ontwikkelen het ego en superego zich met een 'pathologisch' superego, zie hieronder plaatje 2.2.



Het Pathologische superego dat via de koptelefoon het ego instrueert om de 'voor deur' en 'kelderdeur' dicht te houden.

Het Ego wordt via de koptelefoon door het pathologische superego geïnstrueerd om de 'kelderdeur' en 'voor deur' dicht te houden.

Onderdrukte gevoelens die weggehouden worden en onder de 'kelderdeur' zitten.

Plaatje 2.2: superego, ego en de gevoelens die gevaarlijk zijn. Bron: J. Ten Have-de Labije & R. J. Neborsky: *Mastering Intensive Short Term Dynamic psychotherapy, a Roadmap to the unconscious.*

Uitleg van bovenstaand plaatje 2.2

Bovenin zie je het superego dat alles in de gaten houdt en instructies geeft aan het ego. Het 'pathologische' superego spoort het ego aan de 'voor deur' (alles buiten jezelf houden) en 'kelderdeur' (alles in jezelf weghouden) dicht te houden (zie koptelefoon waarmee het superego opdrachten geeft aan het ego). Het 'pathologische' superego ontwikkelt zich bij onveiligheid (zie hoofdstuk 1). Een 'pathologisch' superego stuurt het ego aan met afweermechanismen waardoor er nog weinig ruimte is voor eigen verlangens, gevoelens, behoeften (de onderdrukte gevoelens). Een 'pathologisch' superego helpt om jezelf te beschermen tegen dreiging van buitenaf en de angst van binnenuit. Het 'pathologisch' superego reguleert dus de ervaren onveiligheid, dreiging en angst. Als het 'pathologisch' superego niet bewust wordt van dat op volwassen leeftijd de onveiligheid gestopt is of dat je op volwassen leeftijd de regie over jezelf kunt terugpakken, dan kan het ego zijn werk nog steeds niet doen (zie koptelefoon voor aansturing). Problemen en klachten blijven dan bestaan omdat eigen ideeën, gevoelens en verlangens nog steeds worden ondermijnt. Het aangaan van gezonde relatie met jezelf of met anderen wordt dan ondermijnt door het 'pathologische' superego met zijn afweermechanismen.

Een voorbeeld

In de aanloop van een burn-out zie je dat het ego aangestuurd wordt door het 'pathologisch' superego doordat alleen perfectie en prestatie als belangrijk worden gezien. De keuzes die worden gemaakt zijn: harder werken, je verantwoordelijk voelen voor te veel taken, je schuldig voelen als iets niet perfect is en jezelf bekritisieren als het 'niet goed genoeg' is. Als je niet perfect werk levert of niet presteert dan faal je als persoon. Dit blokkeert het kunnen zien en horen van realistisch, haalbare en passende doelen. Het lukt het ego dan niet meer te balanceren tussen adaptieve, passende gevoelens die helpen om een grens/behoefte aan te geven ('kelderdeur-afweer') en het pathologisch superego dat enkel streeft naar nog meer perfectie uit angst om te falen in het zicht van anderen ('voor deur-afweer').

Het doel van psychodynamische therapie is om je gevoelens, behoeften en verlangens onder ogen te zien en te voelen (onder de 'kelderdeur') zodat je niet meer hoeft te lijden onder de angst en de symptomen/klachten/problemen. Door het gaan zien en begrijpen van de afweermechanismen en de onderliggende/interne angst is het mogelijk om de 'angst voor wat er eerder niet mocht zijn' te kanaliseren. De afweermechanismen kunnen dan gereguleerd worden en worden ingezet als je daar alsnog behoefte aan hebt.

Therapie gaat over dat je inzicht krijgt in de conflictdriehoek, begrijpt hoe je afweermechanismen werken en waarom je ze nodig had. Met concrete voorbeelden in het heden kan je opnieuw gaan ontdekken wat jij nu wil. Hierbij is wel van belang dat er een duidelijke interne focus is zoals een negatief zelfbeeld en gevoelens van verdriet, boosheid of plezier. Door het exploreren (onderzoeken) wat er in jezelf plaatsvindt krijgt je inzicht in en zicht op:

- 1) De afweer die de huidige problemen en symptomen veroorzaken en in stand houden.
- 2) Wat jou nu nog angstig maakt.
- 3) Wat er onderliggend verstopt moest worden in onveilige situaties.

Hoofdstuk 3

Gehechtheid en onveiligheid

Een veilige omgeving zorgt voor een duurzame, affectieve band tussen kind of jeugdige met zijn verzorgers waardoor het kind of de jeugdige zich (emotioneel) veilig voelt. Met affectief bedoelen we het tonen van genegenheid, betrokkenheid, liefde aan een ander maar ook aan jezelf. Soms kan er sprake zijn van dat je geleerd hebt om een ander niet te vertrouwen of juist het tegenovergestelde; je vertrouwt de ander zelfs meer dan jij jezelf vertrouwt. Door dit wantrouwen heb je geleerd om afstand te houden van jezelf en/of van anderen. In therapie kun je onderzoeken hoe je gehecht bent en als je onveilig gehecht bent, wat is er nodig om meer op een gelijkwaardige manier met jezelf en met elkaar om te gaan (zie ook 2.1, mentaliseren)? We leggen in dit hoofdstuk uit wat gehechtheid is, wat de gevolgen zijn van een onveilige context/omgeving (zie ook hoofdstuk 1) en wat voor effect dit heeft op je hechting en autonomie. De thema's alexithymie, schaamte, schuld, boosheid, spijt en 'aanrakingen' in het kader van onveilige hechting, worden kort nog extra uitgelegd.

3.1 Gehechtheid

Je kunt op verschillende manieren 'gehecht zijn' en welke gehechtheidstijl je hebt ontwikkeld is afhankelijk van je achtergrond en je geschiedenis. In een 'gezonde/veilige-hechtingsomgeving' word je gestimuleerd om te gaan ontdekken, **vrij in jezelf te zijn (autonoom)** terwijl je kunt **rekenen op de ander (verbonden)** die je steunt en helpt gevoelens en gedachten te begrijpen (mentaliseren, zie ook 2.1, 3.2 en figuur 4.2). Verschillen mogen er zijn en je eigenwaarde is niet afhankelijk van de ander. Jij mag het oneens zijn, je kunt even afstand nemen, de ander mag het oneens zijn en mag even afstand nemen zonder dat dit verlies van steun betekent. Er is vertrouwen in de ander maar ook in jezelf en er is respect voor anderen en je voor jezelf.

In een 'onveilige/ongezonde-hechtingsomgeving' ontwikkel je angstgevoelens. Deze angstgevoelens beïnvloeden het contact met anderen omdat je de ander kunt zien als bedreiging, zoals je geleerd hebt in de onveilige situatie met je opvoeders (zie figuur 3.1 en 3.2). Het gevolg hiervan is dat er sprake kan zijn van hyperactivatie van je gehechtheidssysteem (klagen, claimen en hulp zoeken) of het tegenovergestelde, hypo-activatie van je gehechtheidssysteem (afkoelen, onderdrukken, afsluiten). Dit laatste zie je vaak bij een geschiedenis waarin er sprake geweest is van meerdere intrusieve momenten (privacy schendende handelingen) en/of langdurige verwaarlozing (zie hoofdstuk 1). Bij een hechtingssysteem met hypo-activatie kan het wederom doormaken van spanning of stress leiden tot uitdoving van alle lichaamssignalen, ook wel shut-down genoemd (zie hoofdstuk 5, polyvagale systeem).

Als je de omgeving bekijkt waarin een kind of jeugdige opgroeit kan er dus sprake zijn van een gezonde hechtingsomgeving waarin het mogelijk is om je autonoom te ontwikkelen met steun en hulp van de opvoeders. In een gezonde hechtingsomgeving is het mogelijk de vaardigheid te ontwikkelen om de balans te vinden tussen de behoefte aan verbondenheid enerzijds en de behoefte aan begrenzing, eigen identiteit en onafhankelijkheid (autonomie), anderzijds. In een onveilige omgeving kan er sprake zijn van een 'symbiotische' relatie of een 'tegenafhankelijke' relatie met een opvoeder. Bij symbiose (te veel verbonden met de opvoeder) word je *niet* gestimuleerd om te gaan ontdekken, er wordt *niet* opgemerkt wat jij wilt als individu. Je bent alleen bezig met wat de ander wilt. Je wordt bij een symbiotische relatie met een opvoeder bang de goedkeuring/steun van de ander te verliezen als je niet aan het plaatje van die ander voldoet. Bij tegenafhankelijkheid/schijnautonomie (te weinig

verbonden met de opvoeder) merk je dat je niet vertrouwt dat er iemand is waarop je kunt leunen en dat de behoefte aan steun van een ander willen krijgen alleen op frustratie uitloopt. Je kunt je dus alleen op jezelf richten.

Hieronder staan twee plaatjes van vier verschillende hechtingsstrategieën. Het bovenste figuur geeft weer wat het effect is van een type hechting op het angstniveau en welk beeld je ontwikkelt van jezelf en de ander. Het onderste figuur laat zien wat het effect van de type hechting op het contact (gedrag) met een (belangrijke) ander is. Onder figuur 3.2 geven we verdere uitleg. wewwewewe

	Model zelf positief	Model zelf negatief
Model ander Positief	1. VEILIG <i>weinig angst</i>	2. AANKLAMPEND AMBIVALENT <i>angst voor verwerping</i>
Model ander Negatief	4. AFWIJZEND ONVERSCHILLIG GERESERVEERD <i>angst voor onderwerping</i>	3. ANGSTIG- VERMIJDEND <i>angst voor verwerping en onderwerping</i>

Figuur 3.1: Hechting en angst, 1-2-4 zijn vormen van georganiseerde hechting. Alleen 3 is een gedesorganiseerde vorm van hechting omdat het om angst voor verwerping én onderwerping gaat. Bij de andere vormen gaat het om weinig angst (1) óf angst voor verwerping (2) óf angst voor onderwerping (4).

		Angst laag	Angst hoog	
	Vermijding laag	1. VEILIG <i>activatie</i>	2..AANKLAMPEND AMBIVALENT <i>hyperactivering</i>	CLAIMEN
AFHAKEN	Vermijding hoog	4. AFWIJZEND ONVERSCHILLIG GERESERVEERD <i>deactivering</i>	3. ANGSTIG- VERMIJDEND <i>hyperactivering</i>	

Figuur 3.2: Type Hechting en welk gedrag dit oproept in de interactie met anderen: de-activering of anders gezegd, hypo-activering van je hechtingssysteem met als gevolg 'afhaken'. Of hyperactivering van je hechtingssysteem met als gevolg 'claimen' of 'verlammen'.

Uitleg over de 4 hechtingsstrategieën op volwassen leeftijd: veilig, aanklampend ambivalent, gereserveerd vermijdend en ambivalent gepreoccupeerd.

- *Veilig, weinig angst, activatie (georganiseerd):*

Bij veilig en georganiseerde hechting wordt de ander als beschikbaar ervaren en je kunt zelf de ander steun bieden als dit nodig is. Er is dus een balans tussen hulp kunnen vragen en hulp kunnen geven. Daarnaast is er een evenwichtige manier om te balanceren tussen exploreren en nabijheid. Je bent dan in staat om afstand te nemen van iemand waarmee je verbonden voelt om op onderzoek uit te gaan en je zoekt het contact op als je daar behoefte aan hebt. Kenmerkend hierin is flexibiliteit. Daarnaast is er sprake van het vermogen om geruststellende gedachten op te roepen bij stress en je kunt je problemen (vrij) zelfstandig oplossen.

Vaak is er sprake van een laag cortisolniveau, een trage polsslag en een rustige ademhaling (zie ook hoofdstuk 5, polyvagale systeem). Je bent in staat om veiligheid te handhaven via een mentaliserend vermogen (zie 2.1) waardoor het lukt om zowel de omgeving als jezelf waar te nemen.

- *Aanklampend ambivalent, angst voor verwerping, hyperactivatie (georganiseerd):*

Bij aanklampende ambivalente hechting is er sprake van hyperactivatie waardoor er ook sprake is van een hoog cortisolniveau (stresshormoon). Je bent op gedragsniveau niet in staat om de aandacht flexibel te hanteren. Je focus is enkel op de ander. Je explorerende gedrag verdwijnt hierdoor en je aanklampende en nabijheid zoekende gedrag neemt toe. Emoties overheersen en vaak is er sprake van veel (onderliggende) boosheid. Je welbevinden is té afhankelijk van de ander, je hebt veel vertrouwen in de ander en weinig in jezelf. De ambivalentie (tegenstrijdigheid) zit in dat je de genegenheid zoekt maar ook intern de boosheid kunt ervaren. Andere voorbeelden van ambivalentie zijn: toekeer en afkeer, liefde en haat, verdriet en opgelucht. Je zoekt dus toenadering maar je bent ook boos vanwege de verwerping die er is geweest en weer gevoeld kan worden. De ambivalente gevoelens worden een bron van heel wat psychische pijn. In gedrag zie je eerder het vastklampen aan afhankelijkheid en je durft niet te kiezen voor een autonomie (zie hoofdstuk 5, voorkeur voor sympathische activiteit waardoor je aanstaat op 'vechten' of 'vluchten'). Je bent continu alert op de buitenwereld om je zo veilig mogelijk te voelen).

- *Gereserveerd-vermijdend gehecht/afwijzend, angst voor onderwerping, hypo-activatie (georganiseerd):*

Bij gereserveerde vermijdende hechting wordt de input uit je lichaam onderdrukt waardoor je uiterlijk geen tekenen van verzet of stress zal tonen. Troost ken je niet en je legt de nadruk op zelfredzaamheid en autonomie. Er is een leegte in de relatie tot je mentale wereld: 'Ik weet het niet', 'Gewoon', 'Ik herinner het mij niet'.

Bij deze vorm van gehechtheid zie je dat er voldaan moet worden aan de externe eisen en er dus geen ruimte wordt gemaakt voor wat je zelf nodig hebt. Kenmerken van afweer zijn: dwangmatigheid, perfectionisme, piekeren, over-verantwoordelijkheid (zie hoofdstuk 2). Bij deze vorm van gehechtheid is er een risico op decompenseren in burn-out of lichamelijke klachten omdat je weinig of niet in contact staat met er wat er bij jezelf afspeelt (zie hoofdstuk 5, voorkeur voor parasympatisch dorsale tak). Bij decompensatie is het evenwicht tussen draagkracht en draaglast verstoord geraakt en deze disbalans kan zich manifesteren in overspannenheid, depressie, angstaanvallen of burn-out. Je kunt je chronisch somber, vervlakt voelen, geen energie hebben en gevoel van leegte ervaren.

- *Ambivalente-gepreoccupeerd, angst voor verwerping en onderwerping, hyperactivatie (gedesorganiseerde gehechtheid):*

Bij gedesorganiseerde gehechtheid scoor je hoog op 'onverwerktheid' ten aanzien van verlies of trauma. Bij gedesorganiseerde gehechtheid staan angst en vermijding (gas geven met de rem erop)

voorop. Er is geen onderliggende stabiele organisatie waardoor je door alles overspoeld kunt worden. Dit kan zichtbaar worden door plotselinge verschuivingen van hyper-arousal, hoge spanning, naar hypo-arousal, te lage spanning (zie hoofdstuk 5, polyvagaal systeem). Dit wordt gekenmerkt door plotselinge veranderingen in een gesprek doordat er stiltes vallen (hypo-arousal) of er is verwarring (hyper-arousal). Verwarring kun je merken aan dat de rode draad in het gesprek kwijt is. De inhoud van het gesprek is niet meer helder en er is sprake van verlies van de metacognitieve controle op wat je doet of zegt. Metacognitieve controle is de vaardigheid om je eigen leergedrag te monitoren, te evalueren en bij te sturen, als dat nodig is. Het verlies van metacognitieve controle zorgt er dus voor dat je niet meer in staat bent om je eigen gedrag te monitoren, te evalueren en bij te sturen als dit nodig is. Ook het contact op impliciet niveau van affectieve en non-verbale uitwisseling wordt moeilijker. Je bent dus niet meer in staat om op non-verbaal niveau een ander te observeren waardoor je alles letterlijk neemt in wat er gezegd wordt.

Door de afwisseling van 'verwerping' en 'onderwerping' heb je geleerd dat een ander niet op jou is ingesteld en je verliest ook het vertrouwen in zelfregulatie of zelfcontingentie. Zelfregulatie is het vermogen om te reguleren door bijvoorbeeld jezelf aan te raken of weg te kijken van een ander of weg te lopen. Zelfcontingentie betekent dat je over de tijd heen jezelf stabiel kunt houden. In therapie kan dit leiden tot verwarring, verstarring, heftige angst en ontregeling bij zowel de cliënt als de therapeut die op impliciet niveau mee resoneert. Het is daarnaast bekend dat gedesorgeriseerd gehechte kinderen in hun ontwikkeling op gedragsniveau reorganiseren met behulp van extreem dwingend gedrag of zeer zorgzaam, geparentificeerd gedrag (zie 1.3 en 2.2, afweer). Hierbij is de dwang en zorg voor de ander (parentificatie) dus de afweer die ontwikkeld wordt om de omgeving zo veilig en controleerbaar mogelijk te houden.

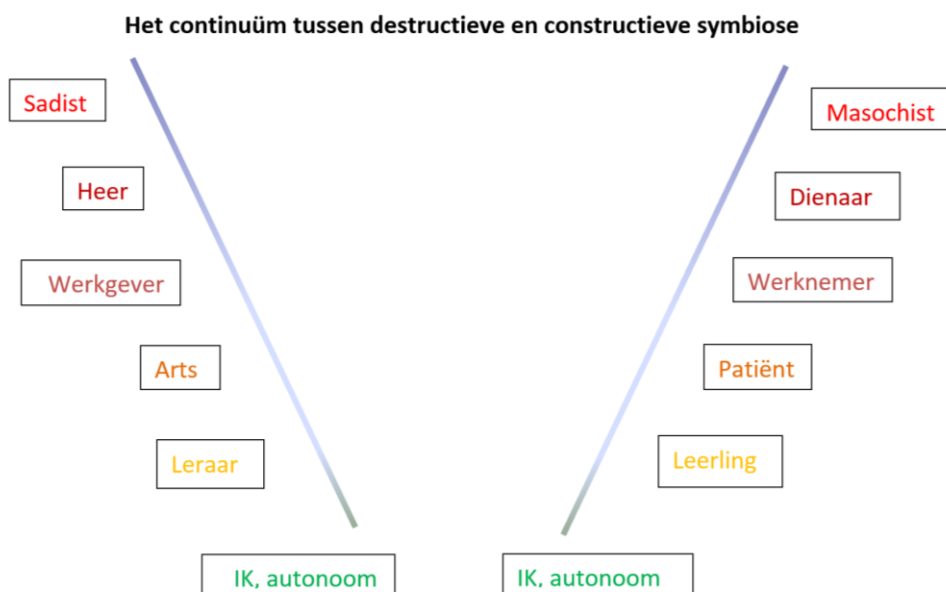
3.2 Autonomie

Met autonomie doelen we hier op het ervaren van jezelf in: 'Zo ben ik', 'Zo is het voor mij', 'Ik mag zelf keuzes maken' en dat je zelf kan bedenken en bepalen hoe jij je wilt verhouden ten opzichte van een ander (zie ook 4.1). Autonomie houdt in dat je het recht hebt om zelf te bepalen wat je doet of anders gezegd, je hebt zelfbeschikkingsrecht. Hoe vrij jij je in jezelf kunt ontwikkelen is afhankelijk van de afstemming van een opvoeder op jouw behoeften, verlangen en gevoelens (zie ook 2.2). Hiermee wordt bedoeld: krijg je erkenning in wie je bent en wat je wil? Word je voldoende gezien, gehoord of verstaan? Is er ruimte om jezelf te zien in je behoeften en verlangens? Mogen deze behoeften en verlangens er ook zijn van de ander? Is er voldoende ruimte om te leren van een ander waarbij jij jezelf kan blijven waarnemen?

Je leert **nieuwe vaardigheden** in eerste instantie door middel van imitatie. Je bootst handelingen na zoals gezichtsuitdrukkingen, praten en eten. In kindertijd ben je nog niet in staat om je los te koppelen van de emoties en gedragingen van de ander. Je bent nog niet autonoom en je moet nog leren van een opvoeder. Je bent dan dus ook afhankelijk van óf de ouder op jou is afgestemd en hóe deze ouder op jou is afgestemd. Als er sprake is van juiste afstemming dan leer je steeds beter het onderscheid maken tussen jezelf (autonoom), de ander en wat je verbindt met die ander (samen). Bij voldoende 'samen' met een veilige, afgestemde ouder leer je jezelf waar te nemen en leer je dat je keuzes mag maken in hoe jij je wilt verhouden ten opzichte van een ander (zie ook 4.1). Een voorbeeld hiervan is dat je andermans gedrag na kan doen waarmee je onopvallend aangeeft dat je bij die ander betrokken bent. Of andersom: door het gedrag niet te spiegelen neem je (on)bewust afstand van de ander.

Bij niet gepaste afstemming of onveiligheid vanuit een opvoeder worden de rollen omgekeerd: het kind moet afstemmen op de opvoeder (zie ook hoofdstuk 1). Dit heeft grote gevolgen voor hoe je later sociale contacten aangaat (hechting, 3.1) en hoe je jezelf ervaart en ziet (identiteit, 3.2). Hieronder geven we voorbeelden van gevolgen die er kunnen zijn als gevolg van onaangepaste afstemming en onveiligheid door een opvoeder in kindertijd.

- *Schijnautonomie* kan ontstaan door angst voor uitlevering aan een ander. Je wilt je onafhankelijk opstellen, liever geen van steun of hulp vragen (zie ook hoofdstuk 3) omdat menselijk nabijheid onaangenaam was in kindertijd. Daar staat wel tegenover dat er een verlangen en behoefte is om geliefd te willen worden. Er is dus sprake van afstand-nabijheidproblematiek: wel gezien, gehoord en verstaan willen worden (behoefte nu) maar de ander wordt op afstand gehouden omdat je niet de ervaring hebt dat dit ook werkelijk zal gebeuren (verleden). Je kan dus autonoom gedragen maar intern ben je steeds met de ander bezig om de afstand tussen jezelf en de ander te reguleren.
- *Symbiotische verstikkingen*: er kan onderscheid worden gemaakt tussen constructieve en destructieve symbiose (zie figuur 4.4). Bij *constructieve symbiose* gaat het over dat het besef er is dat je wederzijds van elkaar afhankelijk bent en dat ieder tegelijkertijd ook op eigen benen staat. Bij constructieve symbiose is er dus sprake van dat je samen met iemand kan zijn zonder je autonomie op te geven. Beiden behouden dus een 'ik' en de daarbij horende verlangens en behoeften hoeven niet weggemaakt te worden. Symbiotische verstikkingen zie je bij *destructieve symbiose*. Destructieve symbiose is een gevolg van doorgemaakte trauma's of emotionele verwaarlozing (hoofdstuk 1). Elk kind heeft verlangens naar de liefde van een opvoeder maar tegelijkertijd kan er ook een diepe oerangst zijn om deze liefde te verliezen. Vanuit de oerangst zal een kind er alles aan doen om de verlangens naar de liefde van opvoeder(s) te vervullen. Door het interne conflict in het kind (oerangst-verlangens, zie ook 2.2) en tussen het kind en de opvoeder (verlangens kind – uitblijven van de liefde opvoeder), kan een kind belanden in de dramadriehoek (redder-slachtoffer-dader/aanklager, zie figuur 4.3). Het kind kan de daderrol op zich neemt, de dader-slachtoffer dynamiek internaliseren (zie 4.4) of zich gedragen als redder van de opvoeder. De realiteit dat de opvoeder een dader is, wordt hiermee weggemaakt. Voorbeelden van gedragingen zijn: bagatelliseren van het gedrag van de opvoeder, de schuld op zich nemen, moeder verontschuldigen, zichzelf vernederen of bestraffen. De achter liggende gedachte is: 'Op een dag zal het zijn dat mijn opvoeders van mij houden!'. De gevolgen voor het kind kunnen zijn: gebrek aan autonomie, identiteit en verlatingsangst. Op volwassen leeftijd kan dit zorgen voor een onophoudelijke strijd van vastklampen, afwijzen, weer toenadering zoeken, ander aanklagen en strijd voeren en weer goed maken. Idealiseren en walging, pijn en angst kunnen elkaar afwisselen. Dit gedrag kan zorgen voor diep angsten, grenzeloze woede, haatgevoelens, overweldigende schaamte, schuldgevoelens of buiten proportionele gevoelens van stille toewijding en liefde.



Figuur 3.3: Hiërarchisch overzicht van de dynamieken die tussen personen kunnen ontstaan: van constructieve symbiose (ik-autonoom) naar destructief-verstikkende symbiose sadist – masochist.

3.3 De impact van onveiligheid op identiteitsbeleving: alexithymie, schaamte, schuld, boosheid, spijt en aanrakingen

Zoals ook hierboven al aangegeven is, zijn de gevolgen van een onveilige hechtingsomgeving breed en diffuus én variërend van mild tot ernstig. Zo kan bij chronisch of langdurig blootgesteld worden aan onveiligheid (zie hoofdstuk 1) een tekort ontstaan aan het kunnen verwoorden van eigen belevingen. Dit 'te kort' heeft tot gevolg dat het mentaliserend vermogen tekortschiet op latere leeftijd (zie hoofdstuk 2). Daarnaast vinden er intern aanpassingen plaats om je zo veilig mogelijk te voelen in een omgeving die niet veilig genoeg is om je kwetsbaar op te stellen. Deze aanpassingen (afweer, zie 2.2) waren destijds functioneel maar kunnen op latere leeftijd disfunctioneel worden en in de weg staan om op een autonome en 'gezonde manier' voor jezelf te zorgen.

Ook kunnen er problemen of klachten ontstaan in de identiteitsbeleving als gevolg van (langdurige) blootstelling aan onveiligheid. Met identiteitsbeleving bedoelen we hier: 'Hoe beleef jij je identiteit en hoe ervaar je de bindingen met anderen?'. Hieronder beschrijven we zes thema's die je identiteitsbeleving kunnen beïnvloeden namelijk alexithymie, schaamte, schuld, spijt, boosheid en aanrakingen. Bij alexithymie heb je niet geleerd waar te nemen wat er intern leeft. Je hebt dus ook geen (passende) woorden voor intern gevoelde behoeften, verlangens en gevoelens. Schaamte tast je identiteit aan omdat schaamte gaat over de evaluatie van je identiteit: 'Wat denken ze over mij omdat ik dit heb gedaan, gedacht of gefantaseerd?'. Schuld gaat over de evaluatie van (on)uitgevoerde handelingen: 'Wie ben ik dat ik dit heb gedaan, gedacht of gefantaseerd?'. Boosheid ontstaat na afwijzing, aangevallen en gekwetst of vernederd worden (zie hoofdstuk 1). Spijt gaat over 'Wat heb ik niet gedaan voor mezelf of een ander? Wat heb ik gemist?'. Door terug te kijken naar je geschiedenis kan je zien dat je bepaalde mogelijkheden niet hebt benut. Aanrakingen door jezelf en door anderen, met toestemming en binnen jouw grenzen, zorgen voor een gevoel van eigenaarschap over je lichaam. Je voelt je lichaam, je herkent je lichaam en je kunt erkennen dat je lichaam van jezelf is. Je lichaam wordt door jou bewoond en is van jou. Als er over jouw grenzen is gegaan dan heeft dit gevolgen voor hoe jij je lichaam ervaart.

Deze zes thema's zijn zeker niet alles omvattend maar kunnen misschien wel een bijdrage leveren aan het verkrijgen van inzicht in en acceptatie van de gevolgen van een onveilige hechtingsomgeving.

Alexithymie en identiteitsbeleving

Als er voldoende ruimte is voor het kind om 'vrij in zichzelf te zijn' (autonoom) terwijl het ook kan rekenen op de ander (verbonden), dan zal het kind voldoende gespiegeld worden in zijn behoeften, verlangen en gevoelens. Als deze ruimte ontbreekt heeft dit gevolgen voor het kunnen ervaren en benoemen van de interne beleving, ook wel interoceptie genoemd. Interoceptie wordt gedefinieerd als het vermogen om signalen uit het eigen lichaam (hart, longen, andere ingewanden of lichaamsdelen) waar te nemen, te verwerken en te representeren. Bij alexithymie kun je 'niet goed lezen' of 'niet lezen' wat er in je interne wereld leeft (emotieblindheid).

De volgende problemen en klachten kunnen zich voordoen bij alexithymie:

- Problemen met het identificeren, beschrijven en omgaan met de eigen of andermans gevoelens.
- Moeilijk het onderscheid kunnen maken tussen een gevoel en de bijbehorende lichamelijke gewaarwordingen.
- Verwarring door fysieke gewaarwordingen die gekoppeld zijn aan gevoelens.
- Emoties zien als dromen of fantasieën, emoties zijn geen realiteit.
- Concreet en realistisch denken in plaats van met gevoel denken.
- Mensen met alexithymie dromen vaak ook dagelijkse en realistische dingen zoals het eten van een maaltijd of een winkelbezoek.
- Verminderd vermogen tot fantaseren. Door dit verminderd vermogen worden in therapie de visualisatie oefeningen bemoeilijkt.

Bij alexithymie heb je dus niet geleerd waar te nemen wat er intern leeft. Je hebt ook geen (passende) woorden voor intern gevoelde behoeften, verlangens en gevoelens (zie hoofdstuk 2 'mentaliseren'). Je kan niet begrijpen en aangeven wat je voelt door een interne verdoving of omdat je het niet snapt wat er intern plaatsvindt. Het blijven wegduwen of vermijden van intern beleefde gevoelens, verlangens of behoeften kan dan helpen om er niet bij stil te hoeven staan. Het kan ook zijn dat er wel bewustzijn is voor interne signalen maar omdat je niet hebt geleerd om er betekenis of woorden aan te geven, weet je niet hoe je deze interne signalen moet interpreteren. Een voorbeeld hiervan is dat angst verward wordt met honger. Of misselijkheid kan worden geïnterpreteerd als zijnde maagproblemen in plaats van een signaal van spanning (zie hoofdstuk 5). De interne verdoving of 'het niet snappen' heeft helaas ook effect op positieve zintuiglijke prikkels zoals muziek, licht, aanrakingen. Deze positieve prikkels worden namelijk ook gedempt of niet waargenomen.

Er kan een onderscheid gemaakt worden in *primaire en secundaire alexithymie*. *Primaire alexithymie* is een persoonsgebonden onvermogen of karaktertrek dat ontstaan is door onveilige gehechtheid. *Secundaire alexithymie* kan een gevolg zijn van stress, trauma, lichamelijke ziekten, hersenaandoeningen en eetstoornissen, bijvoorbeeld anorexia nervosa. Er is dan sprake van een vermindering van het vermogen tot belichaamd mentaliseren. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er door de continue informatie van een uitgeput lichaam een regressie plaats vindt van symbolisch of affectief mentaliserend denken naar een meer concrete vorm.

In therapie is er dus veel ruimte nodig om woorden te leren geven aan een ervaren interne beleving (zie 2.2, mentaliseren). Een valkuil bij alexithymie is dat een therapeut te veel gaat sturen vanuit een gevoelde 'leegte'. Tegelijkertijd is er wel sturing nodig zodat er geleerd kan worden aandacht te hebben voor de ervaren beleving. Dit is dus een wankel evenwicht voor zowel de behandelaar als de cliënt. Door erkenning te geven aan dit wankel evenwicht komt er meer ruimte voor zowel de therapeut als de cliënt om samen woorden te leren geven aan 'iets' wat er nooit mocht zijn.

Waar kan je binnen de therapeutische setting op letten:

- Kan er onderscheid worden gemaakt tussen 'zelf', de ander en de omgeving? Bij versmelting is dit niet mogelijk want dan val je samen met een ander.
- Kan er opgemerkt worden welke lichaamshouding of lichaamsbewegingen er plaatsvinden? Hierbij gaat het om het kunnen waarnemen waar het lichaam zich in de ruimte bevindt.

- Kan er opgemerkt worden wat er intern plaatsvindt? Zoals spierspanning, onrustige benen, rustige ademhaling. Hierbij gaat het om of er lichamenlijk waargenomen kan worden of er sprake is van vluchten, vechten of ontspanning in het contact met een ander.
- Kan er intern genot, vitaliteit, levenskracht, spanning en energie ervaren worden?
- Kunnen er beelden, dromen, herinneringen of fantasieën ervaren worden? Hierbij gaat het over of er toegang is tot gevoelsbeelden, emoties.
- Is het mogelijk om via taal uit te drukken wat ervaren wordt? Is er iemand in staat om te mentaliseren over wat er plaatsvindt in het lichaam?
- Is het mogelijk om af te stemmen op een ander? Zoals juiste afstand en lijfelijke afstemming?
- Is iemand in staat om te mentaliseren over zichzelf, de ander en de sociale interactie?

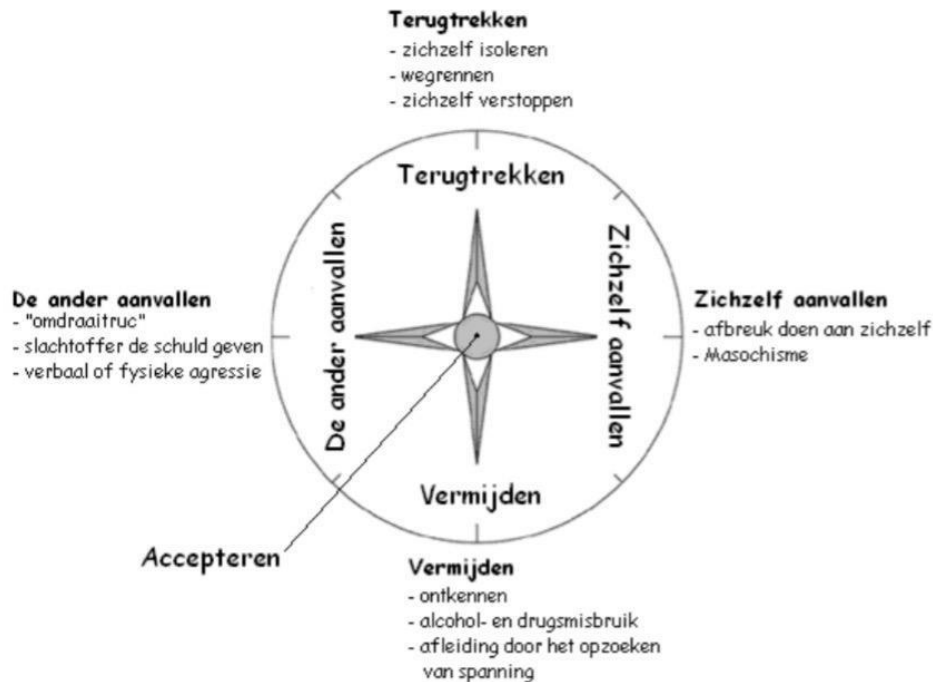
Schaamte en identiteitsbeleving

Schaamte kan een gevolg zijn van aantasting van eergevoel of trots. Schaamte is een sterk cultureel bepaald fenomeen en kan ook een positieve emotie zijn. Schaamte is ook een reactie op afwijzing en vernedering en daarom zie je schaamte vaak terug bij emotionele verwaarlozing, fysiek geweld of seksueel misbruik (zie hoofdstuk 1). Het ervaren van verwerping en onderwerping speelt hierbij een grote rol spelen. Schaamte speelt vaak een onderschatte rol, ook in therapie. Schaamte houdt in dat je jezelf negatief beoordeeld door de ogen van de ander. Je anticipeert hierdoor op een verwachte negatieve reactie van die ander. Je anticipeert op een veroordeling van jezelf vanuit het perspectief van een kritisch, afwijzende ander gericht op jezelf en door jezelf. Kortom, je kijkt door de ogen van een ander, je ziet jezelf door de ogen van de ander en bepaalt dus wat die ander ziet. Je maakt jezelf 'de negatieve blik van de ander' eigen. Een voorbeeld is dat je jezelf nog steeds kan zien zoals een opvoeder naar jou keek en geleerd heeft hoe je naar jezelf moest kijken: 'Ik zie mezelf als een onmachtig voorwerp want mijn ouder keek altijd naar mij met een minachtende en afkeurende blik'.

Er zijn vier verdedigingsmechanisme om deze schaamte niet te hoeven voelen: het 'Zelf' aanvallen, de 'Ander' aanvallen, isoleren/terugtrekken of innerlijke ervaringen vermijden (zie figuur 3.3, Schaamtewindroos). De eerste twee, het 'Zelf' en de 'Ander' aanvallen, gaan over de schaamte aansturen via 'vechten' (*primaire reactie*). Zelfs doormiddel van 'bestaansschaamte' kan het 'Zelf' worden aangevallen. De laatste twee, isoleren en vermijden, gaan over de schaamte aansturen via 'vluchten' (*secundaire reactie*). Beiden, primair en secundair, hebben als doel om onderliggende kwetsbaarheid te beschermen en de gevoelde schaamte te controleren. Hierbij gaat de onderliggende kwetsbaarheid over het weer moeten ondergaan, voelen en ervaren van verwerping, onderwerping, gevoel van nooit genoeg te zijn, er niet mogen zijn, het niet waard zijn of een loser zijn.

In therapie is het belangrijk om na te gaan of er schaamte speelt en zo ja, wat is de context en waar gaat deze schaamte. In therapie kan dan de vraag zijn: 'Veroordeelt de cliënt zichzelf via de ogen van de therapeut?'. En zo ja, 'Waar gaat de onderliggende kwetsbaarheid dan over?'.

Hieronder de Schaamtewindroos. De Roos geeft aan hoe er met schaamte omgegaan kan worden.



Figuur 3.3: Schaamtewindroos

Kortom: hoe een opvoeder vroeger naar je keek heeft grote invloed op hoeveel schaamte er kan zijn op latere leeftijd. Aangeleerde schaamte heeft grote gevolgen voor hoe je jezelf beleeft, hoe je de bindingen met anderen kunt ervaren en hoe vrij je je in het contact voelt om jezelf te laten zien. En schaamte kan van grote invloed zijn op het verloop van de therapie dus onderschat schaamte niet!

Schuld en identiteitsbeleving

Hoewel schuld vaak in één adem genoemd wordt met schaamte is schuld toch iets anders. Het gaat meer over iemands 'daden' in de ruimste zin en schaamte meer over iemands 'zijn'. Schuld veronderstelt een 'verantwoordelijkheid' en het is een relationeel begrip: je kunt je schuldig voelen tegenover iemand die je tekort hebt gedaan. Het is de spanning tussen het ego en het superego, waarbij het superego gewetensangst kan veroorzaken (zie 2.2). Door boete te doen, je verontschuldigen of door te bekennen, kan de schuld worden ingelost en daarmee wordt de schuld opgeheven ('voorkeur-afweer', afweer tussen jou en de omgeving). Het contact met de ander wordt daarmee hersteld. Daarnaast kan schuldgevoel ook sterke gevoelens van schaamte, machteloosheid, vernedering of woede afdekken ('kelderdeur-afweer', afweer tegen gevoelens in jou). Schuldig voelen helpt dan om de aandacht te verplaatsen naar de ander zodat de gevoelens in jou geen aandacht krijgen en dus niet worden gevoeld.

Schuld kan zorgen voor een té groot gevoel van verantwoordelijkheid met als gevolg dat je steeds voor anderen moet klaarstaan en er geen ruimte meer overblijft voor jezelf. Als gevolg van het ontwikkelen van een té groot gevoel van verantwoordelijkheid kunnen er ook irrationele overtuigingen ontstaan. Deze overtuigingen waarschuwen je, als je probeert je eigen ontwikkelingsdoelen na te streven, dat je daarmee jezelf of iemand van wie je houdt zal beschadigen. Dit kan dan weer leiden tot irrationele schuldgevoelens. Irrationele schuldgevoelens zijn vaak onbewust en onder te verdelen in drie groepen namelijk basisschuld, separatieschuld en trauma gerelateerde schuld.

- *Basisschuldgevoel*: dit ontstaat als gevolg van dat het bestaan van het kind niet gewenst is of de opvoeder wil wel een kind maar dit kind is niet het goede kind. Of het 'vervang kind' dat de plaats van het overleden kind moet overnemen. Of het kind dat moet voldoen aan het ideale, perfecte plaatje waar nooit aan voldaan kan worden. Basisschuldgevoel zie je ook terug bij schijnautonomie. Bij schijnautonomie is er sprake van te weinig verbondenheid met een opvoeder en het kind zal zich dus dan nooit echt gezien voelen. De schuld legt het kind bij zichzelf en zal nog meer zijn best doen om alsnog gezien te worden en het contact met de opvoeder te herstellen ('voorkeur-afweer', zie 2.2).
- *Separatieschuldgevoel*: bij dit schuldgevoel gelooft het kind dat het geen recht heeft op een eigen, zelfbepalend, afgescheiden leven. Intern kan er een conflict ontstaan tussen enerzijds autonomie wensen en anderzijds de bindingswens. Separatieschuld zie je terug bij een symbiotische relatie met een opvoeder waarbij er sprake is van té verbonden en geen ruimte voor het ontwikkelen van eigen autonomie. Het kind krijgt dus geen ruimte om vrij te zijn in zichzelf omdat de opvoeder alle aandacht opeist.
- *Trauma gerelateerd schuldgevoel*: bij dit schuldgevoel wil het kind aan het beeld van de 'goede' opvoeder(s) kunnen vasthouden. Het is immers afhankelijk van de opvoeder(s) en alleen zij kunnen hem of haar redden. De onderliggende overweldigende angst is die van het in de steek gelaten worden, alleen komen te staan, wat dan uiteindelijk de dood zal betekenen. Trauma gerelateerd schuldgevoel kan ook ontstaan na een seksueel trauma: 'Als ik mij anders had gedragen had ik kunnen voorkomen wat er is gebeurd of was de geschiedenis anders verlopen'. Hiermee zegt het kind dat het de veroorzaker is van het seksueel misbruik, dit om de verbinding te behouden met een opvoeder ('voorkeur-afweer').

In therapie zijn er drie stappen voor verwerking van pathologisch schuldgevoel: erkenning voor het schuldgevoel, exploratie van de relatie waaruit het schuldgevoel is ontstaan en corrigerende ervaringen in de relatie met de therapeut of een veilige, belangrijke ander in het hier en nu.

Boosheid en identiteitsbeleving

Boosheid ontstaat na afwijzing, aangevallen worden en gekwetst of vernederd worden. Een definitie van vernedering is: 'Het diepe dysforische gevoel (ongelukkig voelen, ontevredenheid of frustratie) dat je onterecht bent bespot of gekleineerd en in het bijzonder dat je identiteit omlaag is gehaald'. Boosheid kan op een *constructieve* wijze ingezet worden doordat boosheid activeert en helpt om jezelf te verdedigen en te beschermen. De boosheid zorgt dan voor beweging doordat het wordt omgezet in gedrag of een actietendens. Het helpt om een gevoelde machteloosheid ongedaan te maken, sociale status in de groep te beschermen, een bedreiging te stoppen of het helpt bij het beschermen van wat je niet kwijt wil. Boosheid geeft dan een gevoel van competentie en is belonend.

Van *destructieve boosheid* kan je spreken als er permanente boosheid is zoals vijandigheid, wrok of haat. Hierbij kan haat ook verborgen zijn in obsessieve wraakfantasieën. Destructieve boosheid kan gezien worden als een persoonlijkheidstrek die permanent aanwezig is. Boosheid is dan niet meer een tijdelijke toestand die komt en gaat maar het is een bevroren emotie die snel te activeren is en negatieve invloed heeft op een gezond emotioneel leven. Het negatieve zit hierbij in dat bevroren woede vast zit en emotionele beweging bemoeilijkt. Omdat gestolde boosheid intern wordt vastgehouden, woekert het van binnen met als gevolg dat het groei en flexibiliteit ontnemt. Gestolde boosheid houdt iemand gegijzeld in het verleden, het verleden waarin er sprake was van aangevallen worden, gekwetst of vernederd worden en er geen mogelijkheid was om jezelf te verdedigen. Om de intern opgeslagen woede te kunnen verdragen, kan woede onder ander omgezet worden in afweer (zie 2.2). Voorbeelden zijn: het waakzame narcisme die eist dat er genoegdoening komt, een langdurige depressie om onderliggende woede weg te houden maar wat ook zorgt voor verlies van sturing in je leven, een negatief zelfbeeld, de interne criticus of perfectionisme. Ook kan bevroren woede omgezet worden in passieve agressie of reactieve agressie. Passieve agressie zie je terug in

sarcasme, ironie, roddelen, saboteren, manipuleren, schuld schuiven op anderen, niet leveren zoals ja-zeggen en niet-doen en kritiek leveren op anderen. Reactieve agressie zie je terug in relaties met plotselinge uitbarstingen of in emotieregulatie problematiek.

De gevolgen van het vasthouden van de woede is dat er vaak sprake is van schaamte en schuld. Ook kan er, als je uiting geeft aan de interne beleefde woede, paniek ontstaan. Je kunt bang worden voor de ervaren innerlijke woede en je bereidheid tot geweld (triggering van de interne dader-slachtoffer dynamiek, zie hoofdstuk 4). Wraak fantasieën kunnen al een trigger zijn voor paniek. Het weg moeten houden van intense boosheid, woede of razernij kan tot gevolg hebben dat alle gevoelens weg moeten blijven omdat iets voelen al een trigger kan zijn van de interne beleefde intense gestolde woede. Als gevolg hiervan kan dan een chronisch gevoel van leegte, vlakheid, vervlakking of terughoudendheid ontstaan ('kelderdeur-afweer', 2.2).

Er zijn verschillende uitingsvormen van boosheid: wrok, haat, drift, razernij en wraak. Bij afwijzend-vermijdende hechtingsstijl zie je de afstand scheppende en koude boosheid en bij aanklampende-angstige hechtingsstijl met contact-zoekende en warme variant. Warm en koud worden bij angstig-vermijdend dan weer afgewisseld (zie hoofdstuk 3, hechting).

Spijt en identiteitsbeleving

Spijt is een evaluatie van je zelfgevoel en gaat ook over een ander. Het gaat over iets wat je gedaan hebt en achteraf niet oké vindt. Spijt gaat over 'Wat heb ik niet gedaan voor mezelf waardoor ik veel heb gemist?'. Spijt kan over het verleden, heden en de toekomst gaan. Spijt kan je ook zien als 'kiezen is gelijk aan iets verliezen'. Je hebt iets gedaan waar je spijt van hebt of je hebt iets nagelaten of niet gekregen. Spijt beïnvloedt je beslissingen omdat je spijt in de toekomst probeert te voorkomen. In de reclames wordt het gevoel spijt in de toekomst vaak gebruikt. Een voorbeeld hiervan is de postcodeloterij: doe nu mee anders winnen je burens en jij niet. Spijt kan toegedekt worden door jezelf op te blazen en te zeggen 'toch knap dat ik zover ben gekomen' of 'het was zo makkelijk dat ik er eigenlijk geen zin in had'. Spijt kan ook geïnternaliseerd worden met de gedachte 'ik ben zo dom, ik maak altijd de verkeerde beslissing'.

Er zijn wisselwerkingen tussen spijt en woede en tussen spijt en schuld. Als spijt opgesloten zit in je binnenwereld, het internaliseren van spijt, dan kan zelfhaat een oplossing geven om spijt niet te hoeven ervaren. Spijt kan ook afgeweerd worden door de schuld op je te nemen van de zelfverwaarlozing of tekorten van vroeger. Door de schuld op je te nemen hoef je niet te ervaren dat je spijt hebt dat je niet voor jezelf bent opgekomen of weg bent gegaan uit de onveilige situatie. Een streng geweten of kritische stem kan deze afweer verstevigen (zie 2.2, afweer en super ego).

Het verwerken van spijt gaat over of je compassie kunt hebben voor jezelf over waarom je iets dacht, gedaan hebt, zei of fantaseerde. Door terug te kijken naar je geschiedenis kan je zien dat je bepaalde mogelijkheden niet hebt benut. De vraag is dan of je ondanks je verleden toch in het hier en nu andere keuzes wil en kan maken. Helpend hierbij is te onderzoeken of je binnen de context van toen de mogelijkheid had om een andere keuze te maken. Wat heb je dan laten liggen? Welke belemmeringen waren er toen? Kan je er met mildheid naar kijken? Onderzoek wat wel is gelukt is en hoe heb je dat bereikt? En wat wil je in de nabije toekomst? Interne reparatie kan plaatsvinden door te leren leven met vroege verwaarlozing en door jezelf erkenning te geven aan dat je vroeger iets niet kon verdragen doordat het je macht te boven ging waardoor je 'tekort' schoot (erkenning, zie 7.1).

Aanrakingen en identiteitsbeleving

Huid-op-huid-contact zorgt voor een opbouw van een hechte band tussen kind en opvoeder. Aanrakingen gebruik je van nature al zonder dat je daar meestal bewust van bent. Bijvoorbeeld een hand op iemands rug leggen als iemand het moeilijk heeft. Dit kan veel steun geven. Of als iemand helemaal vast zit in boosheid dan kan flink bewegen (stoeien) of schreeuwen behoorlijk opluchten en de boel weer laten stromen. Aanrakingen door jezelf en door anderen, met toestemming en binnen jouw grenzen, zorgen voor een gevoel van eigenaarschap over je lichaam. Je voelt je lichaam, je

herkent je lichaam en je kunt erkennen dat je lichaam van jezelf is. Je lichaam wordt door jou bewoond en is van jou. Daarnaast zorgen aanrakingen voor verhogingen van je oxytocinespiegel. Oxytocine wordt ook wel het knuffelhormoon of gelukshormoon genoemd en het speelt een belangrijke rol bij het verbinden van sociale contacten met gevoelens van plezier. Oxytocine draagt bij aan het scheppen van een band tussen twee mensen. Het kan helpen om een vriendschap op te bouwen en in de liefde zorgt het bijvoorbeeld voor de seksuele aantrekkingskracht. Door aanrakingen kun je leren wat fijn is en wat niet. Een liefkozende aanraking of een zachte knuffel zorgen ervoor dat je lichaam zich ontspant. Het ontspannen heeft weer een positief effect op het herstel van je lichaam.

Je ziet bij fysieke mishandeling en seksueel jeugdtrauma (zie hoofdstuk 1) dat aanrakingen pijnlijk waren. Bij emotionele verwaarlozing kan het zijn dat je juist weinig aangeraakt werd of zelfs helemaal niet. Beiden hebben effect op hoe jij je lichaam ervaart. Het lichaam kan dan als instrument of als vreemd (depersonalisatie) gezien worden. Het gevolg daarvan is dat aanrakingen op latere leeftijd sensaties op kunnen roepen die je niet kunt plaatsen (alexithymie, zie hierboven). Of je kunt een aanraking als (zeer) onprettig ervaren. Om de negatieve, pijnlijke ervaringen niet steeds opnieuw te hoeven ervaren, kun je een ander letterlijk op afstand houden ('voorkeur-afweer') of je kunt jezelf afsluiten van je lichaam door het bijvoorbeeld te negeren ('kelderdeur-afweer', 2.2).

Hieronder nog een indeling hoe je je lichaam kan ervaren en wat het kan doen met je lichaamsbeleving (zie ook hoofdstuk 5).

- True self: het ware zelf ontstaat al in de eerste maanden van het leven. Het kind wordt zich bewust van bewegen en aanrakingen. De omgeving houdt rekening met de grenzen van het kind waardoor het kind aan de aanrakingen en het bewegen plezier kan ontlene. Als het kind vrij in jezelf (autonoom) kan zijn terwijl het kan rekenen op de ander (verbonden), dan kan een kind een realistisch en positief beeld van zijn lichaam gaan vormen.
- False self: het lichaam wil weg van angstige voorspellingen. Het lichaam heeft geleerd zich terug te trekken uit angstige, schaamtevolle, controlerende of verleidende acties van de omgeving. Het lichaam is dan een harnas van spierspanning en continu op zijn hoede om gevaar te voorkomen.
- Geen lichaamseigenaarschap: zeggenschap over je eigen lichaam is belemmerd doordat het lichaam als een object gebruikt is voor lust van een ander waaruit je niet kon of kunt ontsnappen. Het is dan levensgevaarlijk om iemand te worden, je lichaam 'te bewonen' en hierdoor is er geen lichaamseigenaarschap mogelijk. Het contact met je eigen lichaam is verbroken en je kan dan je lichaam ervaren als een robot of instrument.

Hoofdstuk 4

Dyades in therapie en de dramadriehoek

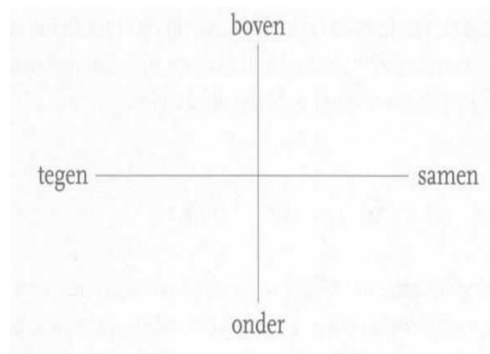
In het contact tussen cliënt en therapeut is er sprake van een interactie tussen twee mensen. Deze interactie wordt ook wel een dyade genoemd en is de kleinst mogelijke sociale eenheid. In een dyade neemt iedereen een eigen aangeleerde manier aan van omgang met jezelf en omgang met de ander. Hoe jij je in een dyade ten opzichte van een ander verhoudt, is vaak onbewust. In een therapeutische omgeving is het doel dat je wordt gestimuleerd om te gaan ontdekken (autonoom) terwijl je kunt rekenen op de therapeut die je steunt en helpt gevoelens, gedrag en gedachten te begrijpen (verbonden).

In dit hoofdstuk wordt verder ingegaan op de therapeutische relatie, veel voorkomende dyades, de dramadriehoek met de dyade 'slachtoffer-dader' en projectieve identificatie. Projectieve identificatie is een vorm van projectie en wordt in paragraaf 4.3 verder uitgelegd.

4.1 De therapeutische relatie

Iedereen heeft een voorkeurspositie in de communicatie of interactie met een ander. Welke positie je inneemt in de dyade heeft ook direct invloed op de positie die de ander kan innemen. Leary beschrijft in zijn zogenaamde Roos hoe de voorkeurspositie van de één de ander beïnvloedt en welke interactiepatronen kunnen ontstaan (Leary, 1957).

De vereenvoudigde Roos bestaat uit twee onafhankelijke dimensies: 'boven–onder' en 'tegen–samen'.



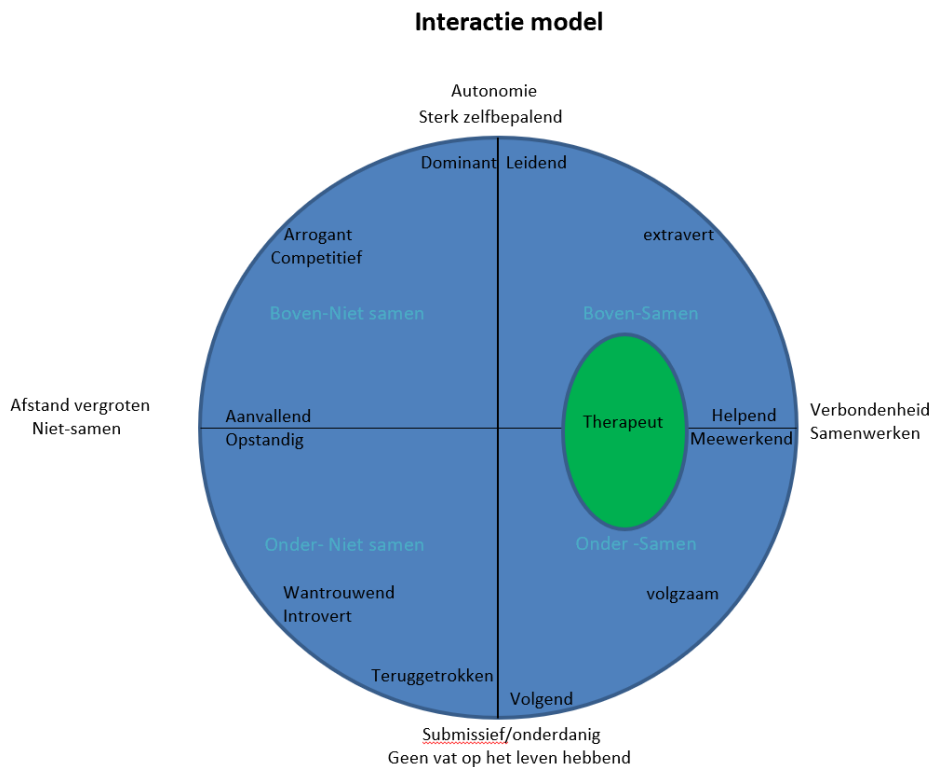
Figuur 4.1: Bij de Roos van Leary

Bij de Roos van Leary gelden de volgende twee regels:

1. De posities 'boven' en 'onder' zijn complementair. Dit houdt in dat wanneer één de boven positie inneemt dan wordt de ander gestimuleerd om de onder positie te kiezen. De verticale-as is de 'Dominantie dimensie' en loopt van 'Sterk bepalend' (boven) naar 'Onderdanig' (onder).
2. De posities 'tegen' en 'samen' zijn symmetrisch. Dit houdt in dat wanneer één van beiden de tegenpositie of samen-positie inneemt de ander wordt gestimuleerd dezelfde positie te

kiezen. De horizontale-as wordt de 'Affiliatiedimensie' genoemd, met 'Afstand vergroten' (tegen) aan de ene pool en 'Afstand verkleinen' (samen) aan de andere pool.

Er zijn twee basisbehoeften in relaties: enerzijds de nood om je verbonden te voelen en anderzijds de behoefte om je als individu autonoom te ontwikkelen (zie ook hoofdstuk 3, hechting). De termen 'Autonomie' (Boven–Onder) en 'Verbondenheid' (Samen–Tegen) worden gebruikt om deze dimensies aan te duiden (zie figuur 4.2). Hierbij verwijst 'Boven' naar een dominante opstelling. In deze positie neem je initiatief en ben je geneigd om je onafhankelijk (leidend) op te stellen ten opzichte van de ander. 'Onder' verwijst naar een submissieve positie. In deze positie ben je volgzaam (submissief) en ben je geneigd om je afhankelijk van de ander op te stellen. 'Tegen' verwijst naar oppositie. In deze positie zet je je af om de afstand tot een ander te vergroten. 'Samen' verwijst naar een op samenwerkingsgerichte opstelling. In deze positie bestaat er een voorkeur om met de ander samen te werken en de afstand tot een ander te verkleinen. Hieronder hebben we de Roos van Leary verder uitgewerkt met dynamieken die je terugziet in een psychotherapeutische setting. Het blauwe vlak geeft de posities weer waarin een client zich kan bewegen. Het groene vlak is de positie waarin de therapeut consistent en voorspelbaar aanwezig is voor de client en bereidheid toont om samen met de client te onderzoeken wat er nodig is.



Figuur 4.2: een therapeutische interactie cirkel.

Therapie kan enerzijds verlichting geven van klachten en problemen maar tegelijkertijd kan er ook angst zijn voor deze verandering. Er ontstaat dus een ambivalent gevoel van 'in therapie willen maar ook de angst om therapie aan te gaan'. De angst om therapie aan te gaan kan op verschillende manieren in de therapiesessie zichtbaar worden via de 'Voordeur-afweer', ook wel 'voet op de voordeur' genoemd (zie 2.2). Deze vorm van afweer zorgt ervoor dat alles buiten jezelf wordt gehouden en de focus niet op jezelf ligt. Het echte contact met jezelf is dan niet mogelijk omdat de

focus ligt op het beheersbaar houden van het contact met de therapeut. Twee voorbeelden hiervan zijn, ontwijken van het contact en het aangaan van de confrontatie.

- Voorbeelden van *ontwijken* zijn: ontkennen van gevoelens, intellectualiseren, rationaliseren, spreken over anderen en veranderen van onderwerp als de spanning oploopt (vluchten, zie hoofdstuk 5). In het contact blijven gaat dan ten koste van de behoefte aan 'zelfbeschikking' omdat er een focus ligt op anderen buiten de dyade of de aandacht ligt op het overtuigen van de therapeut. Hierbij neem de cliënt de positie 'Alleen-Onder' in.
- Voorbeelden van het aangaan van de *confrontatie* (vechten, zie hoofdstuk 5) zijn: geïrriteerd raken door de therapeut en twijfels over therapie en de inhoud van de behandeling. Het vechten of verzetten gaat ten koste van verbondenheid en hierbij neemt de cliënt de positie 'Alleen-Boven' in.

Als therapeut probeer je tijdens de sessies in de groene cirkel (figuur 4.2) te blijven maar dit zal zeker niet altijd mogelijk zijn. Als je als therapeut uit de groene cirkel stapt is de kans op relatie- of behandelbreuken aanwezig. In de therapeutische relatie is het dus belangrijk dat er aandacht is voor:

- Individuele signalen bij de cliënt en de therapeut: *Ontwijkende* of *confronterende* signalen, waarbij je op verbaal en non-verbaal (bijvoorbeeld hard of zacht praten, gesloten lichaamshouding of groot en open) niveau inzoomt.
- En de therapeutische interactie: welke positie wordt er door wie ingenomen? Samen, alleen, sterk bepalend of onderdanig?

Het is dus noodzaak dat je als behandelaar flexibel om kunt gaan met 'Afstand'-'Samen'-'Autonomie' posities omdat de therapeutische relatie een dynamisch proces is. Een ander belangrijk element dat in het psychodynamisch proces een rol speelt is *containment*. Containment houdt in dat de reacties die in de dyade vrijkomen of door de dyade worden 'uitgelokt', tijdelijk worden geborgen/vastgehouden door de therapeut (zie 2.2, 'Voordeur-afweer'). In therapie kunnen verborgen, onverwerkte emoties of herinneringen 'ontwaken'. De vrijkomende herinneringen, schaamte, woede, pijn, verdriet of angst kunnen ervoor zorgen dat de cliënt een andere positie in gaat nemen ten opzichte van de therapeut. Zo kan het ervaren van woede zorgen voor dat de 'boven-positie' ingenomen wordt door de cliënt. Als deze woede wordt uitgeleefd dan is het aan de therapeut om niet te ageren op deze woede maar de woede te containen om aansluitend samen te bespreken wat deze woede heeft getriggert, wat de betekenis is van deze woede en hoe aan deze woede uiting gegeven kan worden.

Kortom: welke gedachten, gedrag intenties, gevoelens en herinneringen horen bij deze woede die in de dyade met de therapeut ervaren worden (zie 2.2, activerende behoeften)? En waar in het lijf wordt dit gevoeld? Een ander voorbeeld is het ervaren van schaamte of angst. De reactie op schaamte of angst kan zijn dat de cliënt de 'onder-positie' inneemt. De neiging bij de therapeut om hulp of zorg aan te bieden is dan groot (boven-positie). Het onderdrukken van de gedragsintentie en ruimte te maken voor het bespreken van de gevoelde schaamte en angst, zorgt ervoor dat de regie weer bij de cliënt komt te liggen en de cliënt zelf (autonoom) kan onderzoeken wat er bij zichzelf plaatsvindt.

Let op: gevoelens en gedragsintenties worden in de therapeutische dyade regelmatig uitgeleefd en herhaald. Het is aan therapeut om samen met de cliënt te kijken naar de verborgen, onverwerkte emoties of herinneringen die in de dyade 'ontwaken'.

Naast bovenstaande dynamieken komen er in het psychodynamische proces ook *projecties* voor. Met behulp van projecties tracht je eigenschappen of emoties van jezelf te ontkennen, te verbergen of te verdringen. Dit ontkennen, verbergen of verdringen doe je door eigenschappen of emoties die té beladen, onverwerkt of onbewust zijn, toe te schrijven aan iets of iemand anders (afweer, zie 2.2). Een voorbeeld is dat je zelf nadenkt over ontrouw zijn en dan bang bent dat je partner ontrouw is. Iets waarvoor je zelf schaamte of schuld voelt, besteed je dan met behulp van projectie uit aan de ander. In de dyade met de therapeut kunnen deze projectie ook voorkomen. Als de projecties in therapie niet herkent en erkent worden door de therapeut of cliënt dan kunnen deze projecties voor spanning zorgen in de behandelrelatie zonder dat dit woorden krijgt. Het doel in therapie is dat de behandelaar

de projecties en bijkomende spanningen kan herkennen en containen. Iets wat nog onbekend, onbewust of té beladen is, wordt dan tijdelijk vastgehouden door de therapeut zodat de cliënt aan het werk kan. Dus de combinatie 'holding from outside (containing door therapeut) and reworking the inside (bewerken door cliënt)' is nodig om verandering te kunnen bewerkstelligen.

Een voorbeeld van projectie en containment in therapie

Een cliënt schaamt zich omdat hij in therapie is, hulp nodig heeft en hij wil door deze gevoelde schaamte eigenlijk liever niet gezien worden. Het 'niet gezien willen worden' vanuit de schaamte kan in de dyade met de therapeut uitgeleefd worden. Cliënt komt steeds te laat of zegt zijn afspraken af. Dit roept bij de therapeut irritatie op en mogelijk trekt de therapeut de conclusie dat de cliënt niet gemotiveerd is. Er zijn nu twee opties voor de therapeut:

- *Irritatie uitleven en de cliënt wegsturen omdat hij niet gemotiveerd is (passend bij 'schaamte voor hulpvragen en niet gezien willen worden').*
- *Of het gevoel van 'wegsturen' containen (actie borgen/vasthouden en niet uitvoeren) en ruimte maken om met cliënt te bespreken wat hij nodig heeft om op tijd te komen, hoe het voor hem is dat hij te laat komt, wat therapie voor hem betekent, hoe het voor hem is dat hij hulp nodig heeft etc. De cliënt wordt hierdoor wel gezien en kan zichzelf ook steeds meer gaan zien in wat hij doet, denkt en zegt.*

Door optie twee samen uit te werken komt er ruimte voor de verborgen, onverwerkte emoties en herinneringen en kunnen deze betekenis krijgen. Hulpvragen voor jezelf en gezien worden door de ander is bij fysiek geweld of seksueel misbruik een belangrijk thema omdat gezien worden grote consequenties kan hebben.

Ook *consistentie* bij de therapeut is belangrijk omdat consistentie je voorspelbaarder maakt in wat je doet en zegt. Wees je dus als behandelaar bewust welke positie je inneemt en wat dit oproept bij de cliënt. Welke dyades kunnen ontstaan in de behandelkamer werken we hieronder verder uit.

4.2 Dyades in de therapie

Een dyade in therapie is dus een relationele eenheid waarin therapeut en client op een bepaalde manier met elkaar verbonden zijn. In deze dyade kunnen onbewuste interne conflicten die zich afspelen in de client onbewust worden uitgeleefd in het contact met de therapeut. Een voorbeeld is dat bij een cliënt met een geschiedenis van langdurige, herhalende emotionele verwaarlozing (zie hoofdstuk 1) enerzijds een verlangen is naar 'gezien worden' en anderzijds is er ook een groot wantrouwen. Er speelt in de cliënt dan het conflict: het verlangen naar nabijheid en tegelijkertijd de angst voor deze nabijheid (echt gezien worden kan consequenties hebben).

In de dyade kan er dan een appèl zijn op steunende hulp van de therapeut maar tegelijkertijd kan de client wantrouwen ervaren omdat hij het gevoel heeft dat hij opnieuw opgezaald wordt met een verwaarlozende, mishandelende ander (therapeut). Samengevat: er is een verlangen naar steun maar ook een angst voor herhaling van pijn en teleurstelling in het krijgen van steun. De dyade tussen cliënt en therapeut is dan: *het aanbieden van hulp door de therapeut (nabijheid) versus wantrouwen in de therapeut (afstand bewaren)*. Wanneer je als therapeut deze dyade herkent en erkent dan is het mogelijk om signalen op te vangen bij jezelf en bij de client. Aansluitend kan je ruimte maken om dit samen te bespreken, zie ook hierboven. Hieronder gaan we verder in op 'dader-introjecten'.

Als er sprake is van een zeer belastende geschiedenis met stelselmatig, niet-adequaat of 'niet-passend bij de situatie' reageren van de opvoeder op het kind, dan kan het kind in de war raken en geen onderscheid meer maken tussen wat van zichzelf is en wat van de opvoeder. Als gevolg hiervan kan de stem van de opvoeder blijvend opgeslagen worden in het hoofd van het kind. Deze stem wordt uiteindelijk ervaren als 'een eigen stem' en vormt opvattingen over het 'Zelf'. Deze opvattingen, ook wel 'dader-introjecten' genoemd, gaan vaak over het beleven van zichzelf als zwak, defect, schuldig en

slecht. Deze introjecten zorgen voor zelf-bestrafing, zijn zelf-saboterend en worden ook wel 'alien self' genoemd. Deze 'dader-introjecten' kunnen in het contact cliënt-therapeut uitgeleefd worden en resulteren in een PUSH en PULL in de behandelrelatie. Een voorbeeld hiervan is dat de behulpzame therapeut niet behulpzaam kan zijn omdat de cliënt in zijn beleving er altijd alleen voor staat dus in therapie ook, hoe goed de therapeut ook zijn best doet. Doordat de therapeut de 'opvoeder-rol' toebedeeld krijgt van de cliënt, kunnen de 'dader-introjecten' (interne conflicten) dus in therapie 'uitgeleefd' of herhaald worden. Het doel in therapie is dan dat deze innerlijke conflicten van de cliënt worden geanalyseerd in de context van zijn ontstaansgeschiedenis, erkent en herkent kunnen worden en woorden krijgen in het hier en nu. Containment, consistentie (voorspelbaarheid) en spiegelen door de therapeut biedt de client een mogelijkheid om alsnog woorden te leren geven aan wat er vroeger niet mocht zijn (zie 2.1, mentaliseren).

Er zijn cliënten die niet profiteren van behandeling of voortijdig behandelingen afbreken door stagnaties in de therapeutische relatie, oftewel er zijn relatie- of behandelbreuken. Het signaleren en repareren van deze breuken is dus noodzakelijk en levert een bijdrage aan de effectiviteit van de behandeling. Door het exploreren in de therapeutische relatie worden gelijktijdig ook relationele kernthema's die hun oorsprong hebben in eerder opgedane onveilige relaties, verder uitgewerkt. Kortom, bewustwording van een dyade en het bespreken hiervan is dus belangrijk om stagnaties of voortijdige afbreken van de behandeling te voorkomen en is helpend om in het hier en nu andere ervaringen op te doen. Hieronder geven we nog vier voorbeelden van dynamieken (dyades) die kunnen plaatsvinden tussen cliënt en therapeut.

- *Het ongeziene, verwaarloosde kind – De ouder die niets ziet en niet bij het kind betrokken is*

Hierbij gaat het om dat er in de omgeving van het kind de ogen werden gesloten voor wat er plaatsvond. De ouder was kil en afstandelijk en liet het kind in de steek.

In het contact met de therapeut kan de cliënt zich identificeren met het ongeziene kind van vroeger. Je merkt als therapeut dan dat de cliënt niet stilstaat bij zijn eigen behoeften en vooral wil zorgen voor therapeut (herhaling van wat vroeger noodzakelijk was). Het lijkt alsof de cliënt zich meegaand en meewerkend gedraagt maar de cliënt is de therapeut aan het beschermen tegen onderliggende boosheid en pijn die intern in de client herbeleefd wordt.

De cliënt houdt dus de pijn en boosheid weg bij therapeut. Deze boosheid en pijn kan dan niet gevoeld worden in therapie zoals deze ook vroeger niet gevoeld kon worden omdat het kind niet bij machte was (machteloosheid of onmacht) om tegen de ouder in te gaan. Door het erkennen en bespreekbaar maken van deze dyade kan er ook ruimte voor de onderliggende, opgeborgen woede.

De ander kant is dat in het contact met de therapeut de cliënt zich kan identificeren met het ouder-deel. Je merkt als therapeut dan een koude, afwezige en afwijzende cliënt. Hierdoor krijg je als therapeut de neiging om de andere kant te voelen zoals de cliënt zich ook kindertijd voelde namelijk, afgewezen en minderwaardigheid. Er kan dan bij de therapeut de neiging zijn om hard te gaan werken. Als dit harder werken niet werkt dan kan de therapeut juist weer onverschillig worden omdat de therapeut zich dan niet gezien voelt. Dit laatste is ook een herhaling van wat er vroeger plaatsvond maar met rolomkering: de cliënt neemt de ouderrol in en de therapeut krijgt de andere kant in de dyade toebedeeld krijgt en kan zich ongezien en verwaarloosd voelen door de cliënt.

- *Hulpeloos, onmachtig en razend slachtoffer – De sadistische dader*

In deze dyade zie je de hebzuchtige, agressieve 'ouder' tegenover het machteloze en boze 'kind'. Als cliënt zich identificeert met de ouder dan merk je grensoverschrijdend gedrag, zoals dingen opeisen of de cliënt deelt informatie die de grenzen van de therapeut overschrijden (provoceren). Maar de cliënt kan ook meer aandacht vragen, meer sessies vragen of tussendoor bellen/mailen. Een andere en meer subtiele manier is de hoop op verandering steeds kapot maken door niet meer te komen of meer klachten en problemen te ontwikkelen. Het doel van dit gedrag is om therapeut te controleren en in zijn of haar macht te hebben zoals vroeger de dader dit deed. De therapeut kan dit als intrusief (privacy schendende handelingen) ervaren omdat de persoonlijke ruimte wordt ingenomen. Dit kan zorgen voor angst en vermijding bij de therapeut dat merkbaar is in zijn of haar gedrag. Voorbeelden

hiervan zijn: de cliënt niet meer aankijken, lichamelijke onrust, afspraken worden door de therapeut sneller afgezegd of cliënt wordt overgedragen aan een collega. Het doel is dat de therapeut blijft mentaliseren (zie 2.1) over wat er in de dyade gebeurt en de woede en machteloosheid in de overdracht tijdelijk kan verdragen. Hierna kan samen met cliënt gekeken worden naar de context waarin deze dynamiek is ontstaan en wat er nodig is om het nu anders te mogen doen.

- *Het bevoorrechte, speciale kind - De geïdealiseerde, machtige redder*

Deze dyade wordt makkelijk getriggerd omdat therapeuten vanuit hun hulpverleners rol sneller in de reddersrol kunnen vervallen. Vanuit het verhaal van de cliënt kun je als therapeut steeds het gevoel hebben dat de eisen van cliënt oké zijn, passend zijn en hierdoor wordt de grens steeds meer uitgetrokken. Je kan als therapeut een schuldgevoel ervaren als je een grens trekt. De veeleisendheid vanuit de cliënt komt vaak vanuit behoeften die vroeger niet zijn vervuld en waar nu voor gecorrigeerd moet worden. Grenzen stellen is helpend maar zorgt voor verzet vanuit de client omdat de client wil dat het 'grenzenstellen' ongedaan wordt gemaakt. Dit kan gepaard gaan met boosheid waaraan ook grenzen gesteld moeten worden. Containen en consistent worden dan flink op de proef gesteld (zie ook 4.1, de therapeutische relatie).

- *Het verleide kind – De verleider*

In deze dyade merk je bijvoorbeeld flirtgedrag of wordt er informatie gedeeld die niet gepast is of de cliënt is gekleed in kleding die niet helemaal gepast is. Als therapeut kun je merken meer over de cliënt na te denken op een seksuele manier of mogelijk krijg je gevoelens voor de cliënt. Deze dyade wordt in supervisie of intervisie niet snel ingebracht vanwege ervaren schaamte door de therapeut. De therapeut is dan dus vermijdend/ontwijkend en dit is niet helpend in het proces van de cliënt en stopt het psychodynamisch denken. Een veilige intervisie groep of een veilige supervisie kan dan helpend zijn om de schaamte voorbij te gaan en deze dyade in te brengen en te bespreken zodat de dyade alsnog besproken kan worden met de client.

4.3 Projectieve identificatie

Projectieve identificatie is in wezen hetzelfde als projectie maar er ligt een complementaire splitsing aan ten grondslag, namelijk de splitsing tussen goed en slecht. Met behulp van projecties tracht je eigenschappen of emoties van jezelf te ontkennen, te verbergen of te verdringen. Dit ontkennen, verbergen of verdringen doe je door eigenschappen of emoties die té beladen, onverwerkt en onbewust zijn, toe te schrijven aan iets of iemand anders. Bij projectieve identificatie probeer je je vrij te maken van iets dat veel angst of pijn oproept en je doet dit door het af te splitsen en in de ander te plaatsen. Zowel de goede als de slechte kant kan geprojecteerd worden op een ander (therapeut). Zo kan de therapeut een angstige depressieve stemming aan het eind van de sessie ervaren waarin de client zich in het begin van de sessie bevond en aan het eind van sessie van bevrijd lijkt. Een ander voorbeeld: een client die zichzelf waardeloos voelt, weet dat gevoel weg te maken door het onder te brengen bij de therapeut. De therapeut denkt, ten onrechte, aan het eind van de sessie dat hij slecht of waardeloos werk levert aan deze client.

Als therapeut kun je dus een rol toebedeeld krijgen die je niet wilt hebben en tegelijkertijd kun je ook ervaren dat je er niet of nauwelijks over kunt nadenken. Dit zijn kenmerken van projectieve identificatie. Projectieve identificatie wordt dus gezien als het 'uitlenen' van bepaalde onhanteerbare gevoelens aan de ander. Dit wordt gedaan om bepaalde gevoelens buiten jezelf te houden om zodoende deze gevoelens te bestrijden. Projectieve identificatie heeft dus als doel dat onhanteerbare gevoelens of innerlijke conflicten af te weren en ze onschadelijk te maken door het gevoel of eigenschap aan een ander te geven. Anders dan bij projectie vereist projectieve identificatie bepaald gedrag: de cliënt gedraagt zich zodanig dat de therapeut zich in zijn reactie complementair opstelt (zie Roos van Leary), goed en slecht, comfortabel en benauwd, macht en onmacht, afhankelijk en leidend etc. Dat wil zeggen dat de therapeut als het ware 'uitgenodigd' wordt te voelen of te ervaren wat de

client niet kan verdragen met als gevolg dat je een complementaire rolwisseling krijgt tussen client en therapeut (zie de 4 voorbeelden hierboven). Een ander voorbeeld: in de client vraagt de dyade 'dader-slachtoffer' aandacht (zie ook hieronder). Door de 'daderrol' uit te besteden aan de therapeut zal de client zich intern veiliger voelen. Daarentegen zal de therapeut zich een 'dader' voelen ten opzichte van de client. Door bewustwording en het tijdelijk containen (borgen/vasthouden) van de 'daderrol' door de therapeut, komt er ruimte om deze interne dynamiek met de client te bespreken. Zeker bij projectieve identificatie is supervisie of intervisie een voorwaarde en wel om twee redenen: voor het herkennen van processen in de therapeutische relatie maar ook voor goede zelfzorg voor de therapeut. Het moeten (ver)dragen van bijvoorbeeld de daderrol vraagt veel van een therapeut en stel je voor dat je de daderrol niet herkent als projectieve identificatie, wat zou dit met je doen?

Overdracht is dus een emotionele reactie en een dynamiek die ontstaat tussen cliënt en therapeut tijdens de therapeutische relatie. Het is een onbewuste herhaling van een dynamiek die zijn oorsprong heeft met personen van vroeger (in het bijzonder sleutelpersonen uit de kinderjaren). De therapeut kan dan lijken op een 'sleutelfiguur' uit het verleden. Aansluitend beschrijven we nog de herhalingsdwang, de somatische tegenoverdracht en de collusie en de bijbehorende reactie die deze dynamieken met zich meedragen.

- *Herhalingsdwang*

Bij overdracht gaat het om dat wat er vroeger was in het hier en nu onbewust herhaald wordt in de relatie met een ander. Hierbij kan er sprake zijn van overdrachts-enactment en tegenoverdrachts-enactment. Bij overdrachts-enactment gaat het om dat de client in het hier en nu een interactie van vroeger opnieuw in 'scène' zet zonder dat hij of zij deze interactie bewust herinnert.

Bij tegenoverdrachts-enactment doet, voelt, denk de therapeut iets in de therapie dat voor hem ongewoon of vreemd is. De therapeut vereenzelvigd zich onbewust met hetgeen de client in hem projecteert en kan hiernaar handelen. Zo kan de therapeut zich ineens voelen als een dader. De therapeut identificeert zich dan met een dader die er vroeger geweest is. Als deze identificatie tot gedrag leidt vanuit de therapeut naar de cliënt, bijvoorbeeld veroordelend, kritisch en streng worden naar de cliënt of een hekel krijgen aan de cliënt of zelfs de cliënt gaan haten, dan is de therapeut in de dyade gezogen. De rollen tussen cliënt en therapeut kunnen verwisselen zodat ook de therapeut kan zich een slachtoffer voelen.

- *Somatische tegenoverdracht*

Slaperigheid bij de therapeut kan een reactie zijn op de hypo-arousal of dissociatie bij de cliënt. Of een verhoogde spierspanning kan een overdracht zijn als gevolg van angst die gevoeld wordt door de client. De zithouding verandert hierbij ook zoals voorover- of achterover hangen in de stoel of op het puntje van je stoel gaan zitten. Onrustige benen en spreekdrang zijn vaak ook signalen van overdracht. Verder kan de therapeut de volgende lichamelijke sensaties ervaren: benauwdheid, sensaties in de ingewanden (GUT-reacties), misselijkheid, zweterigheid, je grieperig voelen, koud en warm worden, een veranderd waarnemen van je eigen lichaam en het ervaren van gevoelens van woede. Bij cliënten met een misbruikgeschiedenis kunnen daar nog de reacties van weerzin, schrik en walging bijkomen. Bij seksueel misbruik spelen naast de somatische tegenoverdracht ook fantasieën, al of niet bewust, over het lichaam een rol. Bijvoorbeeld een erotische fantasie dat een cliënt aantrekkelijk of verleidend is, maar ook in fantasieën over het lichaam van de cliënt als weerzinwekkend of afstotend. Vaak worden beide vormen van fantasie door de therapeut als bijzonder beschamend ervaren.

- *Collusie*

Collusie betreft een complementaire relatie waarin de een de ander bevestigt in zijn gedrag. Het is een combinatie van overdracht en tegenoverdracht. In therapie moet de collusie worden vermeden omdat dit het therapeutische proces ernstig belemmert. Een voorbeeld is de narcistische therapeut die bewonderd (geïdealiseerd) wordt door de client en de therapeut ziet dit als werkelijkheid. Of de therapeut wordt de verwaarlozende ouder en moet nóg meer zijn/haar best doen om dit teniet te

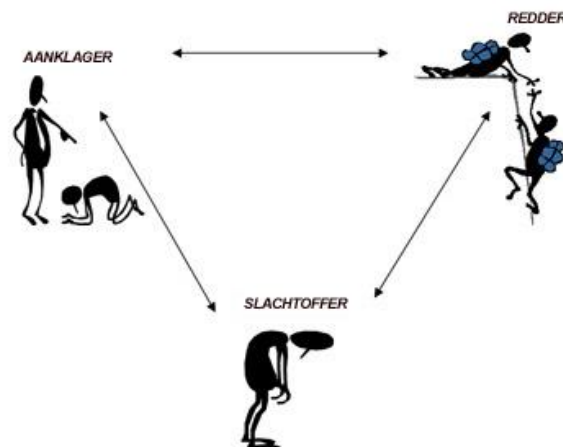
doen. In beide voorbeelden schuilt het gevaar van grensoverschrijdingen en zal het therapeutische proces belemmert worden.

Een ander voorbeeld is dat misbruikte cliënten de voorspelling kunnen hebben dat zij alleen door seksueel gedrag redeneer van bestaan hebben. Alleen door seksueel gedrag hebben ze recht op bestaan, zoals dit ook vroeger was. Seksueel gedrag kan ook een gevoel van onnipotente controle geven doordat de behandelaar in verwarring, verlegenheid gebracht kan worden. Onnipotente controle betekent het hebben van almachtgevoelens om de controle te behouden over anderen. Een andere manier van controle is dat de cliënt actief de therapeut verleidt. De angst voor herhaling van seksueel geweld kan de cliënt teveel verlammen en dit kan doorbroken worden door tot actie over te gaan en de therapeut alvast te verleiden. De therapeut moet deze dyade ten alle tijden natuurlijk stoppen.

4.4 De dramadriehoek

De dramadriehoek (zie figuur 4.3) wordt onder andere gebruikt binnen de transactionele analyse (TA). In deze driehoek worden communicatie en samenwerking tussen personen sterk belemmerd, ook wel 'het drama' genoemd. Er zijn 3 posities die kunnen worden ingenomen: positie van de dader, ook wel aanklager genoemd, positie van slachtoffer en de positie van redder. Een dader/aanklager is iemand die over grenzen gaat, die anderen schade berokkent en anderen beschouwt als minderwaardig. Een slachtoffer is iemand van wie de grenzen wordt overschreden door welke oorzaak dan ook. Een slachtoffer voelt zich minderwaardig, hulpeloos en terneergeslagen en miskent op volwassen leeftijd vaak de eigen mogelijkheden. Een redder is iemand die zich superieur gedraagt, geeft ongevraagd advies en miskent het vermogen van anderen om zelf te handelen.

In de dramadriehoek kun je één, twee of drie posities innemen: de positie van dader/aanklager, redder of slachtoffer. De samenwerking in deze driehoek betreft een dynamische proces. Omdat het een dynamisch proces is kan het slachtoffer bijvoorbeeld ook de rol van dader toebedeelt krijgen of zelf innemen en visa versa. Daarnaast zijn dader/aanklager en slachtoffer onlosmakelijk met elkaar verbonden want een dader kan natuurlijk niet bestaan zonder slachtoffer. Als er sprake is van een dader- slachtoffer dynamiek dan zie je vaak ook een redder in beeld komen. De redder kiest partij. Door partij te kiezen wordt de dader-slachtoffer-dynamiek juist versterkt met als gevolg dat de slachtoffer-dader/aanklager dynamiek in stand wordt gehouden.



Figuur 4.3: De Dramadriehoek

Hieronder wordt verder ingegaan op dader, slachtoffer en dader-introjecten.

- *Dader/aanklager*: het gedrag van een dader kan bestaan uit minachting, vernedering, misbruik, overheersing of vernietigen. Voor sommige daders kunnen lust en pijn hetzelfde zijn, ze kunnen hun daden weghouden voor anderen en vaak verdragen ze geen kritiek. Eer en trots kunnen een centrale rol spelen en ze kunnen voor zichzelf medelijden opeisen of soms zelfs zwelgen in zelfmedelijden.
Dadergedrag komt ook voor bij slachtoffers van verwaarlozing, geweld en seksueel misbruik (zie hoofdstuk 1). Slachtofferschap kan door overcompensatie omgezet worden in wraak, dadergedrag. Het gaat hierbij om dat een ander machteloos gemaakt wordt zoals je zelf ook machteloos werd gemaakt. Of een ander kan ontkend worden omdat je zelf ook werd ontkend. Of 'zwakkeren' worden gezocht zoals je zelf ook de zwakkere was in kindertijd. Bij complex psychotrauma waarbij sprake is geweest van intensief en herhalend seksueel misbruik kan dadergedrag ook voortkomen uit overlevingsdelen en kan dadergedrag ook op het jezelf gericht zijn (zie ook hieronder en hoofdstuk 8).
- *Slachtoffer*: een slachtoffer voelt zich geblokkeerd of is niet in staat om zichzelf (in een bepaalde situatie) voldoende te verdedigen. Als reactie hierop kan het slachtoffer zich onderwerpen, stoppen met grenzen stellen en zich in dienst stellen van de ander. Het lukt niet om de onmacht ten opzichte van de dader te doorbreken.
Bij intensief en herhalend seksueel misbruik kan de angst voor straf en de angst voor verlies van eigen leven worden geïnternaliseerd. Als gevolg hiervan kan er een chronisch gevoel van onbestemde angst voor verdere onheil continu aanwezig blijven. Dit gevoel kan zorgen voor chronische depressies en het blokkeren van de totale vitaliteit (levenskracht). Soms kan dan alles laten ophouden zoals bij suïcide, helpen om te ontsnappen aan dit chronische gevoel.
- *Dader-introjecten*: bij dader-introjecten is er sprake van dat je je identificeert met de dader. Anders gezegd: de dader is geïnternaliseerd waardoor de gedragingen of stem van de dader eigen zijn gemaakt en een onderdeel van jezelf zijn gaan uitmaken. Er zijn verschillende gevolgen van het internaliseren van de dader. Hieronder een drietal voorbeelden.
 - *De collaborateur*: hierbij gaat het om het 'vrijwillig' meebewegen aan de wil van de geïnternaliseerde stem van de dader. De geïnternaliseerde stem zorgt voor geremdheid en onderwerping.
 - *De innerlijke vernietiger*: hierbij gaat het om een agressieve innerlijke dader stem met destructieve gedragingen zoals drugsmisbruik, automutilatie of suïcidale neigingen
 - *De saboteur*: een vijandige stem als handlanger van de dader. De innerlijke saboteur richt zijn agressieve neigingen vooral tegen het angstige zelf. Hierdoor wordt zelf een dader die zich tegen jezelf keert.

De dramadriehoek is niet constructief omdat het energie kost, bestaat uit herhalende patronen en het heeft ongelijke rollen. In de dramadriehoek neemt niemand de verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag. Je zit er als het ware in 'gevangen' en je hebt steeds de keuze uit drie mogelijkheden, namelijk: het aannemen van de rol van de redder, de dader of het slachtoffer. Als slachtoffer ben geneigd te doen alsof je het zelf niet kan, je stelt je machteloos en afhankelijk op en je gelooft niet in je eigen kracht. Als dader/aanklager leg je graag de schuld bij de ander neer, je pakt anderen op hun zwakkere plekken of je zadelt de ander op met schuldgevoelens. Als redder helpt je ongevraagd, kom je met goede oplossingen maar je maakt en houdt anderen ook afhankelijk van je hulp.

Kortom, in de dramadriehoek is er sprake van machteloosheid, afhankelijkheid en niemand neemt in deze dynamiek zijn eigen verantwoordelijkheid waardoor persoonlijke groei en ontplooiingsmogelijkheden belemmerd worden. Het realiseren welke rol(len) je inneemt, het oppakken van je eigen verantwoordelijkheid en het gaan inzien dat iedereen gelijkwaardig is, zorgt voor het doorbreken van de dramadriehoek en het stoppen van de dader-slachtoffer dynamiek.

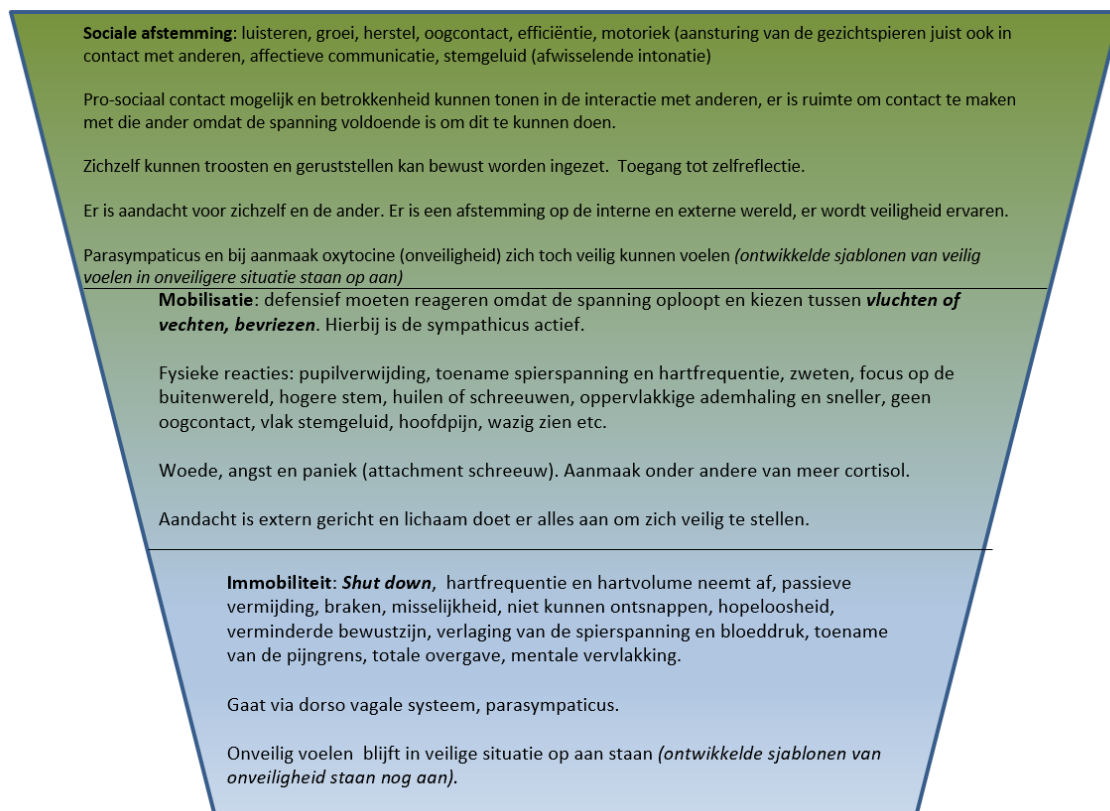
Hoofdstuk 5

De rol van het lichaam en het polyvagale systeem

Emotionele verwaarlozing, fysieke mishandeling en seksueel misbruik (hoofdstuk 1) hebben allemaal hun impact op zowel je mentale als je fysieke (fysiologisch en neuroceptief/zenuwstelsel) functioneren. Op fysiologisch en neuroceptief niveau vinden bij dreigende en dus onveilige situaties allerlei interne aanpassingen plaats. Deze aanpassingen zijn gericht om jezelf in veiligheid te brengen zoals vluchten, vechten, bevriezen of je kan zelfs helemaal 'op uit' gaan om zo min mogelijk op te vallen in een levensbedreigende situatie (zie figuur 5.1). Voorbeelden van jezelf in veiligheid brengen zijn: hulp zoeken in spannende situaties (sociaal verbinden- parasympatische activiteit, ventrale tak) of je kunt vechten/vluchten/bevriezen (mobilisatie - sympathische activiteit) als er gevaar dreigt. Als de dreiging of onveiligheid nog groter wordt dan is er nog een derde optie en dat is het lijf verlammen of door 'weg te raken' (shut down/tonische immobiliteit).

De polyvagale theorie is een verklaringsmodel waarin bovenstaande reacties betekenis krijgen. De polyvagale theorie gaat vooral over het **autonome zenuwstelsel** dat de verbinding vormt tussen je emotionele systeem en je stresssysteem, oftewel tussen je emoties en je lichaam. In het autonome zenuwstelsel is de nervus vagus een belangrijke zenuw die onder andere je hart, ademhaling en buikorganen reguleert. In figuur 5.1 wordt het polyvagale systeem schematisch weergegeven.

(on)veiligheid, het polyvagale systeem, brein en lichaam



Figuur 5.1: het polyvagale systeem

Je autonome zenuwstelsel is steeds bezig met scannen van signalen of prikkels in je omgeving, in sociale interactie en in jezelf. De prikkels die worden opgemerkt, hebben weer invloed op je innerlijke 'staat van zijn' (fysiologisch en neuroceptief). Je autonome zenuwstelsel reageert namelijk (on)bewust op deze prikkels. Je autonome zenuwstelsel kan een 'voorkeursstand' hebben van sociale afstemming als je je veilig voelt in jezelf en in je omgeving, en van mobilisatie als je onveiligheid ervaart bij jezelf of in je omgeving (zie ook hoofdstuk 1 en 3). Immobilititeit of shut down wordt veroorzaakt door het ervaren van dat ontsnappen niet meer mogelijk is. De problemen en klachten die ontstaan bij langdurige 'mobiliteit-stand' zijn onder andere overmatig piekeren, sociaal isoleren en hypervigilantie. Dit laatste wordt gekenmerkt door een staat van verhoogde alertheid. Als je hypervigilant bent dan ben je extreem gevoelig voor je omgeving. Je bent je bewust van alle verborgen gevaren. Vaak zijn deze gevaren evenwel nu niet meer echt. Bij immobilititeit heb je last een chronisch gevoel van vervlakking of leegte, weinig fut, verdoofd gevoel, tot weinig komen, dissociatie of chronische gevoel van somberheid.

Klachten en problemen zijn dus reacties die te begrijpen zijn vanuit de polyvagale theorie. Je voorkeurs instelling is soms al in je vroege jeugd ingesteld. Hierbij geldt dat hoe vroegkinderlijke de ervaringen zijn, zelfs al pre-verbaal, hoe 'onbewuster' de ervaringen zijn opgeslagen. Het onbewust of voorbewust opslaan van eerdere ervaringen zorgt ervoor dat je ervaringen niet gedeeld kunnen worden met anderen. Als de ervaring pre-verbaal is dan heb je er zelfs helemaal geen woorden van opgeslagen waardoor ze ook niet gedeeld kunnen worden via een verbale route. Een element in psychotherapie is het leren lezen van je autonoom zenuwstelsel en de reacties die daarbij horen. Het is van belang dat ook de context waarin deze reacties plaatsvinden, wordt meegenomen.

In paragraaf 5.1 wordt er verder uitleg gegeven over polyvagale systeem en de drie subsystemen.

5.1 Het polyvagale systeem en een model

De nervus vagus bestaat uit twee zenuwbundels die vanuit de evolutie gezien niet tegelijkertijd ontwikkeld zijn. Omdat de nervus vagus uit meerdere takken bestaat, de dorsale vagus én de ventrale vagus (jongere deel), wordt er gesproken van polyvagaal (poly betekent meerdere). De polyvagale theorie geeft inzicht in de psychofysiologische systemen die informatie geven over hoe veilig wij ons voelen in een bepaalde situatie. Deze theorie geeft een verklaring over wat er intern gebeurt bij verstoring van je veiligheid zoals bij shock, trauma of emotionele verwaarlozing (zie hoofdstuk 1). Het polyvagale systeem is een onderdeel van het autonome zenuwstelsel (AZS) en is onwillekeurig. Onwillekeurig betekent dat je lichaam doet wat het moet doen zonder dat je erover na hoeft te denken. De nervus vagus zorgt voor de communicatie tussen lichaam en hersenen (80% afferent, dat betekent van lichaam naar hersenen en 20% efferente, van hersenen naar lichaam).

Er zijn 3 subsystemen te onderscheiden:

1. *Parasympathicus ventraal tak*: dit systeem wordt ook wel het 'social engagement systeem' genoemd en is fylogenetisch (indeling op genetische eigenschappen) het meest recent ontwikkeld. Dit systeem zorgt bijvoorbeeld voor dat je bij een conflict met elkaar kan blijven communiceren in plaats van direct te gaan vechten of vluchten. Deze zenuw geeft de mogelijkheid tot kalmering en geruststelling en is intens verbonden met het hart.

2. *Sympathisch systeem*: dit systeem verzorgt de activatie en de meer primitieve vecht en vlucht responsen. Het uit zich vooral in romp en ledematen. Het is een actief vermijdingssysteem zoals je schrap zetten, pantseren, beschermen of reflexmatig wegduiken. Dit systeem is bedoelt voor het creëren van acties.

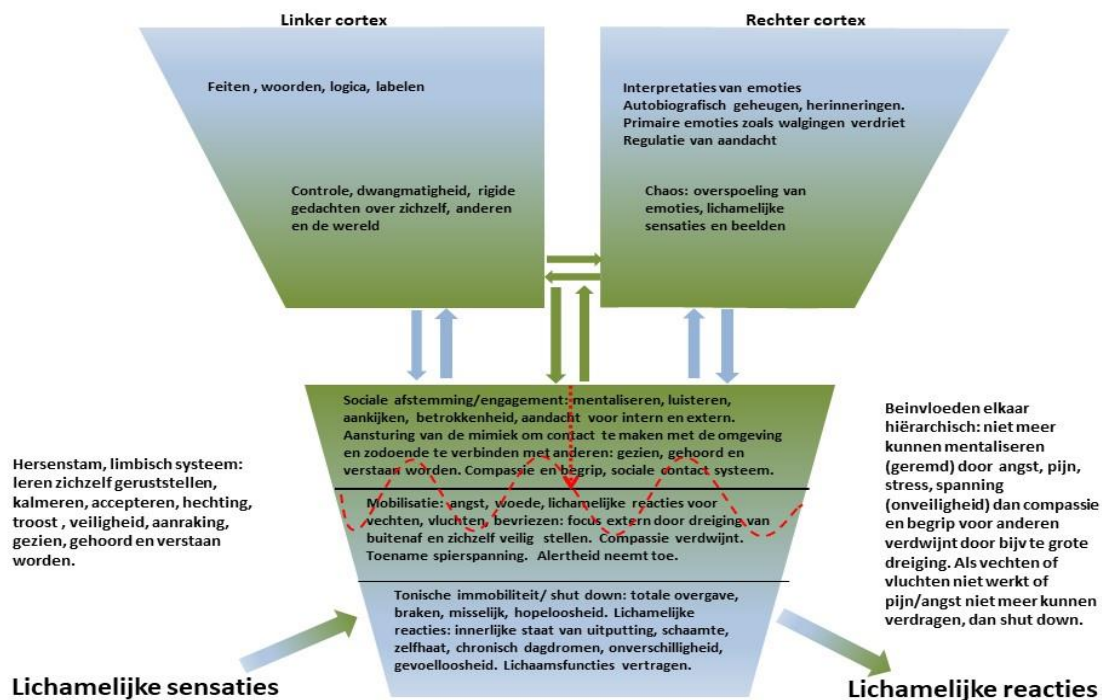
3. *Parasympathicus dorsale tak*: dit systeem is voornamelijk verbonden met de inwendige organen en heeft te maken met gevaar en 'shut down'. Het draait om overleven en dissociatie of het passieve verstijven 'je stijf houden alsof je niet bestaat', zijn reacties van het dorsale systeem.

De drie systemen beïnvloeden elkaar. Zo onderdrukt het **sympathische systeem** in een bedreigende situatie het sociale engagement systeem. Vechten of vluchten krijgt dan voorrang. De **ventrale vagus** (het sociale engagement systeem) heeft het vermogen beide andere systemen af te remmen en tot rust te brengen als die actief zijn bij een chronische stress response. Zo kan hulp inschakelen of onrust en angst bespreekbaar maken, helpen om het brein en het lijf weer tot rust te brengen. Aan de andere kant, hoe primitiever het systeem dat geactiveerd wordt door bedreiging, des te krachtiger is de uitwerking ervan op het lichaam en des te moeilijker wordt het om bewust te mentaliseren (zie 2.1) over wat er plaatsvindt. Het sociale engagement systeem komt er dan moeilijker doorheen.

Het polyvagale systeem heeft ook een rem. Bij het aanzetten van de polyvagale 'rem' is er op fysiologisch niveau te zien dat er minder afgifte is van adrenaline en cortisol (stress hormonen) waardoor de sympathicus activiteit (vechten of vluchten) wordt afgeremd. Deze polyvagale 'rem' zorgt ervoor dat het contact maken met anderen mogelijk wordt waardoor je hulp en steun kan vragen aan anderen voor co-regulatie. Co-regulatie is het proces waarbij minimaal twee mensen hun acties aan elkaar aanpassen en op elkaar afstemmen. Bij stress is er juist sprake van verlies van controle op deze 'rem' waardoor jezelf geruststellen of hulpvragen moeilijker wordt. Door langdurige stress of spanning (zie hoofdstuk 1) kan het systeem langdurig 'ontremd' raken. Of als er vroeger geen co-regulatie is geweest dan heb je niet geleerd om controle op deze rem te ontwikkelen. Het gevolg hiervan is dat je altijd op 'aan' staat. Het 'remmen' kan (weer) worden aangeleerd in een veilige omgeving door co-regulatie. Door middel van het observeren van 'ontregelingen' en alsnog co-regulatie toe te passen met een veilige andere zoals met een vriend(in), partner of therapeut, kan je leren hoe je alsnog controle kan krijgen op jouw 'polyvagale rem'. Verbondenheid met jezelf en anderen kan dan weer groeien.

In figuur 5.2 wordt weergegeven hoe de polyvagale theorie zich verhoudt tot het brein (linker en rechter buitenste laag van de hersenen) en het autonome zenuwstelsel (polyvagale systeem). Als er sprake is van gevaar, hoge spanning, weinig regulatie dan zal er weinig samenwerking zijn in het brein (de blauwe gedeelten werken meer afzonderlijk van elkaar). Als de spanning afneemt en er is sprake van regulatie van spanning dan zal het mentaliserend vermogen toenemen (zie ook 2.1), de afweer afnemen (zie ook 2.2) en de samenwerking tussen linker cortex, rechter cortex en lichaam toenemen (groene gedeelten). Kortom, er is dan sprake van interne samenwerking of anders gezegd: er is sprake van integratie van denken, herinneringen, beelden en lichamelijke signalen en acties.

Effect van pijn, stress, emoties, beelden, bewegingen in en van het lijf



Schema 5.2 Schematische weergave van het polyvagale systeem

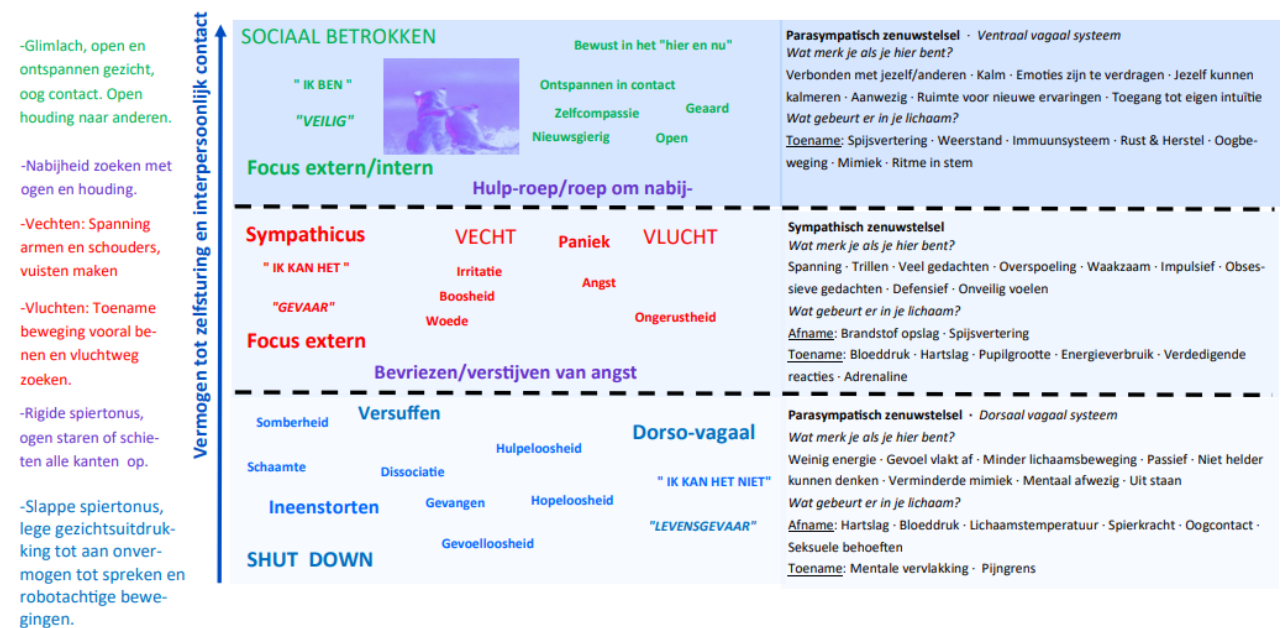
Hieronder worden de drie subsystemen verder beschreven:

- *Parasympathicus, ventrale tak* (boven het middenrif zoals longen, hart, gezichtsenuwen, ademhalingsfrequentie, koesteren, co-regulatie, rusten, compassie, verbondenheid): dit subsysteem zorgt door middel van co-regulatie voor sociale betrokkenheid zoals glimlachen, iemand aankijken, knipogen etc). Het stemt af op geluiden die je hoort, zorgt voor intonatie en verschillende toonhoogtes. Het ventrale systeem is actief als je je veilig voelt in je zelf en in het contact met anderen. Je kunt positieve emoties, gevoelens, verlangens, behoeften, gedachten ervaren en wederkerige contacten aangaan. Er is sprake van een balans in energie omdat er een afwisseling kan zijn in rust en inspanning.
- *Sympathisch systeem* (beveiligingssysteem, staat op stand-by wachtend op alarmmeldingen. Maakt de hormonen adrenaline aan voor korte termijn acties en cortisol als stress langdurig aanwezig is): dit subsysteem reguleert de hartfrequentie en ademhaling. Dit systeem zorgt onder andere voor overspoeling, mobiliseren van je lijf, afstemming op geluiden van gevaar, onrust in het lijf, paraatheid, stormachtig, vluchten en vechten en waakzaamheid. Er is sprake van te veel aan energie en is gericht op de buitenwereld om gevaar te registreren en te kunnen bevechten als dit nodig is.
- *Parasympathicus, dorsale tak* (onder het middenrif: houdt de basale lichaamssystemen op de achtergrond aan de gang. Daar is geen troost alleen de noodzaak van het systeem op gang houden): dit subsysteem gaat aan als laatste toevluchtsoord en reguleert de spijsvertering, immobiliseert, verdoofd, verlaagd het bewustzijn zoals dissociatie, verloren voelen. Het is energie besparend maar wordt ervaren als een overgave of ineenstorting. Je bent dan afgesneden van externe en interne hulpbronnen alsof er een soort van glazen wand staat tussen jezelf en de ander en het lukt je niet om naar die ander toe te gaan. 'Alleen voelen' kan een interne trigger zijn voor het aanzetten van dit systeem. Het wordt ook wel omschreven als 'het terugtrekken onder je schild, verroer je niet en verberg je'. Er is in deze toestand sprake van een te kort aan energie, verstillen, wanhoop, verloren,

ontoegankelijkheid en ongewenst voelen. Het zorgt ervoor dat gedachten en gevoelens zijn uitgeschakeld waardoor je jezelf beschermd tegen herhaling van zowel lichamelijke als psychische pijn.

Behandel mogelijkheden

Vanuit de polyvagale theorie is therapie erop gericht om het ventrale vagale systeem weer op aan te leren zetten (dus de controle op de rem te leren hanteren). De therapeut is hierbij belangrijk om vanuit zijn ventrale vagale systeem aanwezig te zijn en co-regulatie aan te bieden waardoor je hiervan kan leren en van kan profiteren. Wat je niet hebt gehad bij bijvoorbeeld je verzorgers, geruststellen/compassie/positief gespiegeld worden, kan in therapie alsnog geleerd worden. Let op: er kan een lus zijn tussen het sympathische systeem en dorso vagale systeem omdat er een verlangen is naar verbondenheid (ventrale deel) maar als dit verlangen niet wordt vervuld dan reageert je met de instorting (dorso vagaal). Daarnaast kan er vanuit de overgang van de dorsale tak naar het sympathicus systeem een gevoel van overspoeling zijn omdat dit een overgang is van verstilling ('shut down') naar hyperactiviteit (vechten/vluchten). Een tussenstap kan zijn om in de verstilling eerst de energie weer terug te laten komen met de meest kleine bewegingen zoals het rustig bewegen van vingers, handen, tenen en voeten. Stap voor stap kan het lijf dan op aan gezet worden. In onderstaand overzicht wordt aangegeven wat er in therapie opgemerkt kan worden en welke reacties horen bij de subsystemen.



Uitleg: de kolom in het **midden** geeft aan wat je intern kan ervaren bij activatie van de 3 subsystemen. De **linker kolom** is wat er aan de buitenkant zichtbaar is en wat de therapeut dus kan waarnemen in de behandelkamer. In de **rechter kolom** staat verdere uitleg over wat je kunt opmerken bij jezelf en wat er fysiologisch in je lichaam verandert als je overschakelt op een ander subsysteem.

Hoofdstuk 6

Drie thema's: geheugen, slaap en emoties

In dit hoofdstuk worden het geheugen, slaap en de 7 oer-emoties besproken. Alle drie hebben ze invloed op je dagelijks functioneren. Zo zijn herinneringen onlosmakelijk verbonden aan je geheugen en onvoldoende slaap kan zorgen voor fysieke en mentale ontregeling. En omdat iedereen wordt geboren met een scala aan emoties bespreken we emoties aan de hand van de indeling van Panksepp.

6.1 Het geheugen

Het geheugen is onmisbaar in haast alles wat we doen en het maakt door variatie iedereen in zijn doen en denken een uniek persoon. Variatie en uniciteit (dat wat uniek is) is er voornamelijk doordat iedereen een eigen geschiedenis met eigen ervaringen heeft waaruit je geheugen is opgebouwd (zie hoofdstuk 1).

Het korte termijngeheugen en lange termijn geheugen lichten we hieronder toe.

Het korte termijngeheugen

Het korte termijngeheugen maakt gebruik van zintuiglijke waarnemingen en vormt daarnaast of daardoor ook een brug tussen het bewustzijn en de buitenwereld. Deze brug kan beïnvloed worden door het lange termijngeheugen. Het korte termijngeheugen kan namelijk gebeurtenissen opslaan in het lange termijn geheugen maar ook herinneringen uit het lange termijngeheugen ophalen. Hierdoor kunnen gebeurtenissen die nu plaatsvinden ook worden beïnvloed door gebeurtenissen uit je geschiedenis. Soms worden ze zelfs verward met elkaar omdat er grote gelijkenis is of omdat een intrusieve herinnering wakker wordt gemaakt en het hier en nu overneemt. Zo kun je door een geur die overeenkomt met iets positiefs of negatiefs in je verleden je op het verkeerde been zetten omdat je deze situatie positief of negatief beoordeelt terwijl dit mogelijk niet klopt in de huidige context.

Het korte termijngeheugen is onder te verdelen in het feitelijk/semantisch geheugen en het iconische geheugen. Het iconische geheugen, beter bekend als het fotografisch geheugen of het zintuiglijk geheugen, is zeer kort. Het feitelijk geheugen kan gegevens ook slechts enkele seconden opslaan en wordt bijvoorbeeld gebruikt bij het onthouden van een telefoonnummer.

Stoornissen in het korte termijngeheugen zijn: anterograde amnesie of dissociatie amnesie (biografische herinneringen waarbij het feitelijk geheugen wel intact is) of TGA (bewustzijn is helder maar er is wel sprake van amnesie en desoriëntatie in tijd). De hippocampus en amygdala, hersendelen die betrokken zijn bij de verwerking van emotionele herinneringen, zijn onderdeel van het korte termijngeheugen. Beiden spelen een rol in het opslaan van informatie in het lange termijngeheugen. De hippocampus speelt een rol bij het opslaan van gegevens naar het expliciete lange termijngeheugen. Je kunt het zien als de lijm die alle ervaringen aan elkaar vastzet. Dit gebied functioneert onder stress niet optimaal. Dit heeft tot gevolg dat onder stress ervaringen niet goed aan elkaar gelinkt worden en dat er dus sprake is van onvoldoende integratie van gegevens en ervaringen. Van de amygdala is de voornaamste functie het leggen van verbanden tussen informatie die afkomstig is uit de zintuigen en het koppelen van deze informatie aan een emotie. Door deze dubbele functie kan een bepaalde situatie met een emotionele waardering in het geheugen vastgelegd worden en kan je later op een soortgelijke situatie hetzelfde voelen terwijl de context niet gelijk is.

Het lange termijngeheugen

Het lange termijngeheugen slaat gegevens voor altijd op mits deze geregeld herhaald worden. Naast de herhaling speelt ook de belangrijkheid of emotionele waarde die aan een gebeurtenis gekoppeld wordt, een rol bij de opslag.

Het lange termijngeheugen is onder te verdelen in een impliciet en expliciet geheugen:

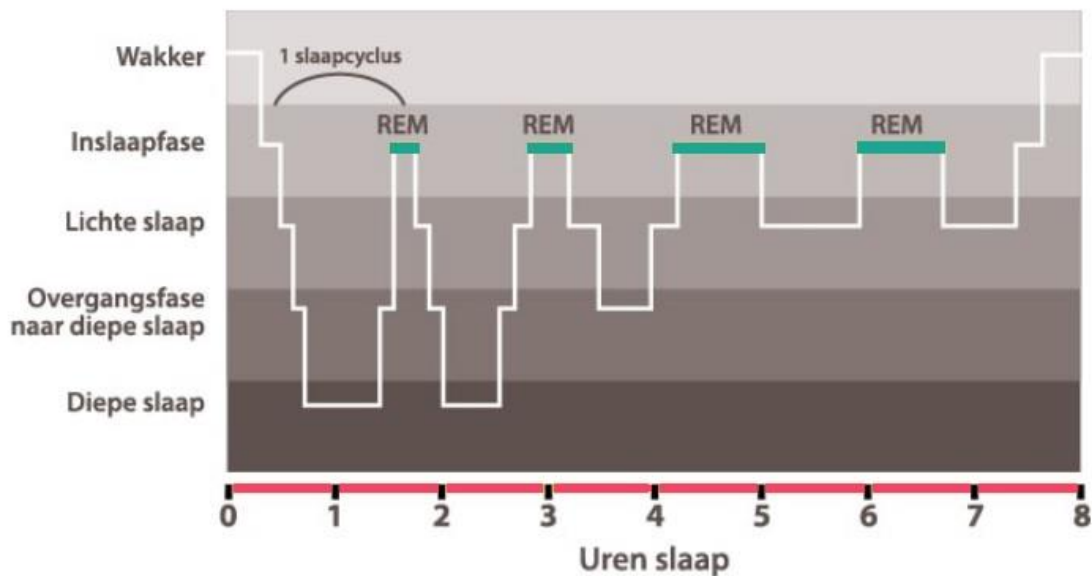
- *Het expliciete geheugen*, ook wel het declaratief geheugen genoemd, is een geheugenvorm waarbij we informatie opslaan die we ons bewust kunnen herinneren. Het expliciete geheugen is weer onder te verdelen in een semantisch en een episodisch expliciet geheugen. Het semantische geheugen slaat betekenissen, begrippen en feiten op. Het episodisch geheugen slaat alles op dat je meemaakt. Veel van deze herinneringen worden na verloop van tijd gewist, maar ook hier geldt weer dat wanneer ze veel indruk hebben gemaakt en veel worden herhaald, ze voor altijd in je herinnering kunnen blijven.
- *Het impliciete geheugen*: het impliciete geheugen slaat informatie zonder woorden op. De opgeslagen informatie komt pas goed tot uiting na herhaalde oefening. Voorbeelden hiervan zijn zwemmen of fietsen. Ook het impliciete geheugen is op te delen in verschillende soorten geheugen zoals het procedureel geheugen, priming en conditionering. Het *procedureel geheugen*, ook wel skill learning genoemd, bevat vooral gegevens over aangeleerde motorische vaardigheden maar ook gegevens over bepaalde cognitieve vaardigheden zoals lezen. *Priming* is een onbewust proces waarbij een stimulus een reactie op een volgende stimulus beïnvloedt: je reageert sneller of sterker op woorden, beelden of gedachten die je waarneemt omdat je deze al eerder hebt waargenomen en opgeslagen zijn in je geheugen. Van priming wordt onder andere gebruik gemaakt in reclames. *Conditionering* gaat over verbanden die gelegd zijn tussen een reactie en een prikkel die hieraan vooraf is gegaan en gaat over verbanden tussen vrijwillig getoond gedrag en de gevolgen (consequenties) hiervan.

6.2 Slaap

Slaap kan de kwaliteit van leven sterk beïnvloeden en een slechte kwaliteit van slaap kan klachten en problemen in stand houden. Er wordt aangenomen dat slaap nodig is voor het schoonspoelen van het brein, het aanvullen van de energievoorraden van het brein en dat slaap nodig is voor het opslaan van informatie in het lange termijn geheugen. Een goede kwaliteit van slaap is dus belangrijk voor het optimaal kunnen functioneren. Spanning of stress gaan meestal samen met een slechte kwaliteit van slapen. Door het langdurig functioneren op een hoog arousal of spanningsniveau vindt er een verstoring plaats in je cortisolspiegel. Verstoring van de cortisolspiegel zorgt weer voor problemen in je slaapritme en dag-nachtritme. Ernstige of langdurige slaapproblemen kunnen ook een bijdrage leveren in het ontwikkelen van een psychose, stemmingsstoornissen en angststoornissen of deze problemen in stand houden (zie ook 5.1 de invloed van cortisol op je sympathische systeem).

De duur van de slaap verschilt sterk tussen individuen. Tussen de 5-10 uur slaap wordt als normaal beschouwd en de ideale slaap van iemand berust op een subjectief oordeel zoals, je vindt dat je goed kunt functioneren overdag, je bent alert of je vindt dat je goed kunt in- en doorslapen. Slaap is een periodiek optredende toestand van motorische inactiviteit die tevens gekenmerkt wordt door een verminderde reactiviteit op externe prikkels (zie figuur 6.1). Slaap valt uiteen in een NREM-slaap en REM-slaap, non rapid eye movement en rapid eye movement. NREM-slaap is weer onder te verdelen in stadium 1,2 en 3 waarbij stadium 3 de diepste slaap is, ook wel 'slow wave' slaap genoemd. De REM-slaap, met hoge hersenactiviteit, lijkt op een waaktoestand maar je reageert niet op prikkels van buitenaf. Hierdoor wordt deze slaap ook wel de paradoxale-slaap genoemd. De REM en NREM wisselen elkaar in meerdere cycli af. Iedere cyclus duurt ongeveer 90 minuten. In het eerste gedeelte van de slaap zal er voornamelijk veel diepe slaap zijn (stadium 3) en het tweede gedeelte van de slaap zal er juist meer REM-slaap zijn.

In de REM-slaap treden beeldende en verhalende dromen op die vooral in de kindertijd, maar ook in de volwassenheid, bij stressvolle perioden kunnen verworden tot nachtmerries. Ook kenmerkend voor de REM-slaap is de inhibitie (remming, onderdrukking) van bewegingen op ruggenmergniveau. Door deze inhibitie wordt de droominhoud normaliter niet omgezet in bijpassende motoriek.



Figuur 6.1 De slaapfases met REM en NREM (lichte slaap, overgangsfase en diepe slaap)

Je biologische klok, licht-donkercyclus, sociale druk, de slaapdruk en slaapbehoefte zorgen voor een ritme in het gaan slapen en weer wakker worden. Regelmaat in je slaappatroon zorgt voor dat de slaapdruk en je biologische klok beter met elkaar kunnen samenvallen. Door ploegendiensten wordt dit waak-slaap ritme verstoord en onder andere hierdoor kunnen slaapproblemen ontstaan, zoals hypersomnia. Bij *hypersomnia* is er sprake van overmatige slaperigheid in de tijd dat je wakker bent. Depressie, psychose, bipolair II en schizoaffectieve stoornissen kunnen ook zorgen voor overmatig slaperigheid. Andere oorzaken van verstoring van je slaapritme en overmatige slaperigheid zijn: verstoring van de associatie 'bed en slapen', nachtmerries, piekeren, angst om in slaap te vallen, de 'mobiele-brigade' of slaapapnoe.

Parasomnieën zijn slaapproblemen die gekenmerkt worden door abnormale, ongewenste lichamelijke, gedragsmatige of psychische gebeurtenissen tijdens de slaap. In de NREM kan er sprake zijn van slaapwandelen, verwarde ontwakeningen (ook wel slaapdronken genoemd), pavor nocturnus (heftige angstreactie tijdens de slaap waarbij verwonding plaats kan vinden) en slaap gerelateerde eetstoornis. In de REM slaap kan er sprake zijn van slaapverlammingen bij het inslapen en ontwaken. Dit kan gepaard gaan met hallucinaties die enkele seconden tot een minuut kunnen duren. Nachtmerries zijn dromen waarbij de inhoud veel angst oproept en deze dromen kunnen doorlopen tijdens de dag. Hierdoor durf je niet meer te slapen. Een oplossing is om de droom af te maken met een zelfverzonnen einde of door de inhoud aan te passen. Dit kan bijvoorbeeld met imaginaire exposure (IE) of met imaginaire rescripting therapie (IR). Zie voor IE en IR paragraaf 9.4.

Kortom, omdat een slechte kwaliteit van slaap je kwaliteit van leven sterk kan beïnvloeden is het belangrijk om het slaapritme goed uit te vragen.

6.3 De 7 oer-emoties van Panksepp

Iedereen is uniek met eigen ervaringen, herinneringen, karakter, persoonlijkheid en emoties. Iedereen ervaart de wereld dus vanuit een eigen perspectief en niemand zal de wereld ervaren zoals jij die ervaart. In deze paragraaf worden emoties beschreven aan de hand van de zeven oer-emoties van Jaak Panksepp. Panksepp verdeelt de emoties in zeven emotiesystemen namelijk het Zoek, Spel, Lust, Zorg,

Paniek/verdriet, Angst en Woede systeem. Het is nog niet precies duidelijk op welke manieren de zeven oer-emoities gevoelens en gedrag precies aansturen. Wel zouden neurotransmitters, chemische stofjes zoals hormonen die boodschappen in de hersenen doorgeven, een belangrijke rol spelen. Kort gezegd, het lijkt erop dat het hormoon testosteron nieuwsgierigheid, boosheid en lustgevoelens prikkelt, het hormoon oxytocine maakt zorgzamer en dempt verdriet en het hormoon serotonine remt boosheid en verdriet.

Het uitgangspunt is dat we allemaal ter wereld komen met een basisuitrusting van deze oer-emoities maar ze zijn niet allemaal bij iedereen even actief en ze vormen samen een soort 'muziek-meng-paneel'. Dit paneel kan op verschillende manieren zijn ingesteld waarbij opvoeding en wat je meemaakt veel effect heeft op de afstelling van het mengpaneel (zie hoofdstuk 1). Het 'muziekmengpaneel' blijft zich een leven lang ontwikkelen.

Hieronder staan de zeven emotiesystemen beschreven:

- *Het Zoek-systeem* betreft de drang om je behoefte te bevredigen, om jezelf te belonen en een fijne ervaring op te zoeken. Scoor je hoog op het systeem 'Zoek' dan heb je een nieuwsgierige blik en zoek je waarschijnlijk ook actief nieuwe ervaringen op. Scoor je hoog op deze ondernemende drang dan zet je jezelf ertoe aan om te blijven ontwikkelen en kan je waarschijnlijk vertrouwen op je eigen kunnen. Scoor je laag dan ben je geneigd om je wat meer vast te houden aan het oude vertrouwde.
- *Het Woede-systeem* speelt op wanneer je je bedreigd voelt en de neiging hebt om te 'vechten' in plaats van te 'vluchten'. Scoor je hoog op Woede, dan ben je waarschijnlijk best eens heetgebakerd en gefrustreerd. Scoor je laag dan vind je je doorgaans niet zo snel op en bewaar je dus meer je kalmte.
- *Het Angst-systeem* uit zich in de neiging om in lastige situaties te 'bevriezen' of te 'vluchten'. Scoor je hoog op Angst dan ben je er wellicht wat nerveus van aard en ken je gevoelens van onzekerheid. Je bent op momenten een piekeraar en kunt behoorlijk worstelen met het nemen van beslissingen. Scoor je laag dan ben je waarschijnlijk niet zo geneigd je snel zorgen te maken of angsten te ervaren.
- *Het Zorg-systeem* leidt tot gevoelens van liefde en empathie en uit zich in liefdevol, zorgzaam gedrag. Dat gedrag helpt om relaties te verstevigen en werkt ook als stressbuffer. Scoor je hoog op Zorg, dan bekommer je je waarschijnlijk graag om anderen. Je staat doorgaans klaar voor anderen en bent een vriendelijk persoon. Scoor je laag dan heb je waarschijnlijk wat minder oog voor de behoeften van anderen of voel je minder 'zorgdrang'.
- *Het Paniek/Verdriet-systeem* hangt samen met gevoelens van eenzaamheid en verdriet. Het speelt bijvoorbeeld op wanneer je een geliefde verliest of daar bang voor bent. Scoor je hoog dan ervaar je verdriet of zelfs paniek en dit kan ook samengaan met eenzaamheid. Scoor je laag op dit systeem dan ben je niet zo snel geneigd somber te zijn.
- *Het Spel-systeem* uit zich in bijvoorbeeld competitief gedrag en helpt jou om je te bekwamen in sociale regels. Scoor je hoog in dit systeem dan zie je vaak de humor in van sommige situaties. Je hebt vaak plezier en je bent ook vrij extravert van aard. Scoor je laag dan heeft plezier maken voor jou geen prioriteit en zien anderen je niet als een luchtig persoon.
- *Het Lust-systeem* is ook belangrijk voor onze overleving anders zouden we ons niet voortplanten. De gevoelens die erbij horen zijn seksuele opwindning en verlangen.

In de behandeling kan het helpen om te kijken hoe het muziekmengpaneel eruit ziet en welk systeem staat te veel aan of teveel uit staat.

Hoofdstuk 7

De behandeling vorm geven

Onze beschermingsmechanismen kunnen in het hier en nu nog zinloze dingen doen omdat ze iets willen voorkomen wat allang is gebeurd of wat nu niet meer nodig is omdat we nu op volwassen leeftijd voor onszelf kunnen zorgen. In therapie zie je deze beschermingsmechanismen terugkomen in de vorm van afweer zoals sussen, sociaal isoleren, dwangmatig ordenen, vergoelijken of levensverhalen vertellen zonder gevoelens, loyaliteit alleen naar anderen of zelfverwaarlozing (zie 2.2). De aangeleerde afweer beschermt of beschermdde je vroeger tegen onveiligheid, pijn en eenzaamheid (hoofdstuk 1). Deze afweermechanismen zie je ook terugkomen in de therapeutische behandelsetting omdat er onderliggend nog steeds een angst is dat je opnieuw gekwetst wordt (zie ook hoofdstuk 4). Therapie nodigt weer uit tot het aangaan van een hechte relatie. Hierdoor wordt de angst en de afweer weer geactiveerd. Therapie is dus een enorme exposure die zorgt voor het activeren van allerlei afweermechanismen of verdedigingsmechanismen. Een voordeel hiervan is dat je de dynamieken gelijk in de behandelkamer hebt en er mee kunt gaan werken. Met behulp van het mentaliseren over deze dynamieken (zie 2.1) kunnen deze zichtbaar worden en erkenning krijgen. Hierbij moet wel rekening gehouden worden met de ervaren spanning (zie ook hoofdstuk 5) en onderliggende kwetsbaarheid (zie hoofdstuk 3 'hechting' en 4.1 'de therapeutische relatie').

Bij psychotherapie gaat het om het penduleren tussen verkennen en veiligheid (window of tolerance), taal en lichaam, opgeslagen herinneringen en je werkelijk levend voelen in het hier en nu. Belangrijk hierbij is dat je eigenaar wordt van je problemen en klachten door personificatie: 'Dit is mij overkomen en ik denk en voel mij er nu zo over'. Hierbij is het realiseren van je eigen geschiedenis van belang (zie verderop, realisatie).

Of er nou sprake is van persoonlijkheidsproblematiek of (complex) trauma, in therapie is er aandacht voor het proces in de persoon, het proces in de therapeutische relatie (hoofdstuk 4) en de context buiten de therapeutische setting. De volgende interventies of thema's kunnen in therapie en in de therapeutische relatie worden ingezet:

- Mentalisatie (hoofdstuk 2)
- Regulatie (hoofdstuk 7)
- Zelfcompassie
- Stimuleren van autonomie terwijl er in de therapeutische relatie ook aandacht en ruimte is voor steun en begrip, 'verbonden' (zie 3.2 en hoofdstuk 4).

Therapie kan helpend zijn bij het schrijven van je levenslijn, leren herkennen van je afweer en angsten, en woorden leren geven aan innerlijke processen en conflicten die er zijn. En aansluitend kan therapie helpen bij het terugvinden of verstevigen van je eigen identiteit (zie 3.2). Hierbij is het van belang dat je bewust wordt van wat je zelf wil: *de vraag die na aan het hart ligt of waar het wezenlijk voor jou om draait*. Een voorwaarde is dat er sprake is van bereidheid om naar jezelf te kijken en dat je open staat om te (gaan) ervaren wat er bij jezelf speelt. Er moet bereidheid zijn om bij jezelf naar binnen te gaan en te kijken naar de oorsprong van de klachten en problemen. Als je dit gaat doen dan kan er ruimte komen om de controle terug te pakken over jezelf en over je innerlijke conflicten (zie hoofdstuk 3 en 4). Je leert om het verloren contact met jezelf weer te herstellen door de innerlijke conflicten uit te werken.

In therapie spelen vier processen een rol. In dit hoofdstuk worden deze vier processen, erkennen, realisatie, synthese en integratie verder besproken. Alle vier de processen kunnen niet zonder elkaar. De eerste drie erkennen, realisatie en synthese, zijn processen die steeds afwisselend terug kunnen komen in therapie voordat integratie kan plaatsvinden. Naast deze processen bespreken we kort drie

thema's die van belang zijn om in de gaten te houden tijdens behandeling namelijk, regulatie in therapie, stagnatie en differentiatie.

7. 1 Vier processen in therapie: erkennen, realisatie, synthese en integratie

Erkennen, realisatie, synthese en integratie zijn vier processen in therapie. Hieronder leggen we deze processen verder uit.

Van ontkennen naar erkennen

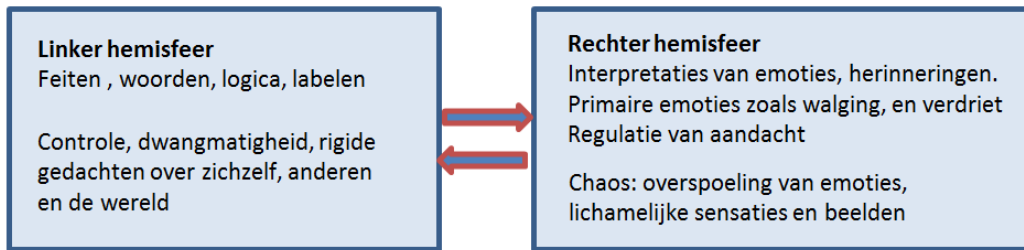
Een van de eerste stappen in therapie is het *erkennen* van de situatie zoals deze voor jou is en was. Erkennen betekent volgens het woordenboek: 'toegeven, onderkennen'. Erkennen staat dus haaks op ontkennen. Ontkennen is een manier om te overleven, om je staande te houden en valt onder 'afweer', het afweren van iets wat niet gevoeld kan worden of er niet mag zijn. Wat je niet toegeeft aan anderen of aan jezelf dat lijkt er dan ook niet te zijn. Dus ontkennen kan helpen omdat je dan door kunt gaan ondanks alles wat er mis ging (zie 2.2). Of anderen kunnen ontkennen dat je bestaat als mens en als individu met éigen behoeften, gevoelens en verlangen (zie hoofdstuk 1). Doordat anderen ontkennen kun je ook aan jezelf gaan twijfelen of de verwaarlozing of het geweld wel echt heeft plaatsgevonden. 'Heb je het zelf niet verzonnen?' Of 'Anderen zullen wel gelijk hebben'.

Ontkent worden in je behoeften, verlangen en gevoelens is een kwetsend en pijnlijk proces. Als je deze erkenning alsnog kunt krijgen van anderen dan kun je geleidelijk weer gaan leren hoe je ook erkenning aan jezelf kunt geven. Erkennen is de eerste stap die nodig is in de behandeling en is het begin van mogelijke verandering en groei. Dit brengt echter wel veel met zich mee zoals, het verlies van de illusie dat het wel mee viel, jezelf serieus moeten nemen, interne 'verboden' ter discussie stellen, aanpassingen bewerkstelligen aan het beeld van jezelf, onder ogen zien van de betekenis en de gevolgen van je verleden en het besef van de pijn die je met je meedraagt. Om deze confrontaties te kunnen borgen kun je soms terugvallen op ontkenning, je afweer van vroeger. Gaandeweg kun je jouw ontkenning ook proberen te zien als signaal voor een (dreigend) probleem. Hierbij kan je jezelf dan de vragen stellen: 'Wat mag er niet zijn?', 'Wat moet ontkent worden?', 'Waarom had ik deze ontkenning nodig?' of 'Heb ik deze ontkenning nu nog nodig?'.

Realisatie

De volgende stap na erkenning is realisatie. Realisatie is het constructief aanwezig zijn in het hier en nu en begrijpen, beseffen, doorzien en inzien van wat er niet mocht zijn. Realisatie gaat over wat je bewust kunt herinneren en gaat over het bewust worden van wat je lichamelijk hebt opgeslagen. Informatie kan pas gerealiseerd worden als de spanning niet te hoog is (zie hoofdstuk 5 en 7.2) omdat bij hoge spanning de afweer zoals ontkenning, weer geactiveerd wordt.

Het verbale systeem is een onderdeel van het autobiografische geheugen (zie 6.1) en informatie halen uit dit geheugen kan dus pas als deze informatie niet te overweldigend is (hoge arousal, zie hoofdstuk 5). Dit geldt ook voor herinneringen die zijn opgeslagen in het lichaam, de somatosensorische herinneringen (zie 9.2). Bij een gereguleerd brein en dus rustig brein, werken de linker hersenhelft (ratio zoals woorden, logica, feiten) en de rechter hersenhelft (herinneringen, emoties) samen (zie hieronder schema 7.1). Bij een te hoge spanning of hoog stress niveau verbreekt de samenwerking tussen de linker en rechter hersenhelft. Als dit plaatsvindt kan er ook geen realisatie plaatsvinden omdat er geen woorden of feiten aan herinneringen of emoties gekoppeld kunnen worden en visa versa. Onderstaand model is een weergave van de werking van de linker en rechter hersenhelft, oftewel linker en rechter hemisfeer.



Schema 7.1 Schema van de samenwerking tussen de linker- en rechterhemisfeer. Bij hoge arousal wordt de samenwerking stop gezet.

Synthese

Ook centraal in behandeling staat synthese. Synthese betekent het samenvoegen van kleinere eenheden tot een groot geheel. Synthese gaat om het delen van herinneringen door er woorden aan te geven en er naar te durven kijken vanuit verschillende herinneringen. Voorwaarde is dat je dit doet vanuit het hier en nu. Hiermee leer je om onderscheid te maken tussen:

- Wat *was* gevaarlijk of niet oké voor mij?
- Wat *is* nu gevaarlijk of niet oké voor mij?
- Wat ervaar ik *nu* als veilig en comfortabel?

Om dit proces te kunnen doorlopen is het nodig dat je veilig en comfortabel genoeg bent om naar jezelf te kunnen kijken. Als dit nog niet aanwezig is dan kan onderzocht worden wat er nodig is om dit als eerste voor elkaar te krijgen. Ruimte maken voor 'veiligheid' is nodig om de aandacht die gericht is op de buitenwereld te kunnen verplaatsen naar jezelf en naar je binnenwereld omdat je dan pas stil kan staan bij jezelf (zie ook hoofdstuk 2, 3 en 5).

Het proces van *realisatie en synthese* kan bemoeilijkt worden als er nog geen ruimte is voor verandering doordat de impact van een bepaalde gebeurtenis te groot is. Als de impact van een gebeurtenis te groot is kan er namelijk sprake zijn van dat bepaalde gewaarwordingen zoals beelden, geluiden, geur of fysieke gewaarwordingen los van elkaar worden opgeslagen. Of anders gezegd, sensaties, beelden of fysieke gewaarwordingen worden gefragmenteerd opgeslagen. Een fragment zoals geluid, geur of een gevoel kan nog een te grote lading met zich meedragen. Observeren lukt dan niet omdat de spanning of ontregeling te groot is om erover na te denken (onveiligheid). Wel kan bij triggering van zo'n fragment een herinnering 'ontwaken' met hieraan gekoppeld een gevoel van machteloosheid of angst. Afweer kan dan helpen om jezelf te reguleren en je tijdelijk het gevoel geven van (paradoxale) controle. Voorbeelden van (paradoxale) controle zijn automutilatie, gokken, bungeejumpen, controle dwang, veel eten, dissociatie, drugs, zelfopoffering en de macht grijpen (zie ook hoofdstuk 2).

Integratie

Integratie gaat over het proces waarbij nieuwe en oude ervaringen samen komen. Je *realiseert* je wat je in feite is aangedaan of overkomen is en door wie of wat. Herinneringen kunnen gezien en besproken worden (*synthese*). Bij integratie herken jij je geschiedenis en ben je in staat je reacties op triggers te herkennen en te stoppen. Een verdedigingsmechanisme zoals sociaal isoleren, kan je stoppen of door zetten omdat jij je hierdoor nu comfortabeler voelt. Integratie, het samen komen en begrijpen van oude en nieuwe ervaringen, zorgt voor keuze vrijheid door zelfsturing en zelfbeslissingsrecht en doorbreek aangeleerde oude automatische patronen. Je maakt de oude patronen jezelf eigen en kan er observerend naar kijken waardoor je in staat bent om te kijken wat je er *nu* mee wilt. Bij de realisatie dat het nu veilig is, wordt het mogelijk om het sociaal isoleren te stoppen (afweer) en kan je opnieuw kijken wat je wil (verlangen en behoeften). Kortom, afweer die ingezet werd om jezelf te beschermen tegen dreigende onheil of onplezierige situaties, kan bewust

ingezet worden of bewust stop worden gezet omdat je nu andere strategieën kan inzetten waar jij je comfortabeler bij voelt.

7.2 Regulatie, stagnatie en differentiatie

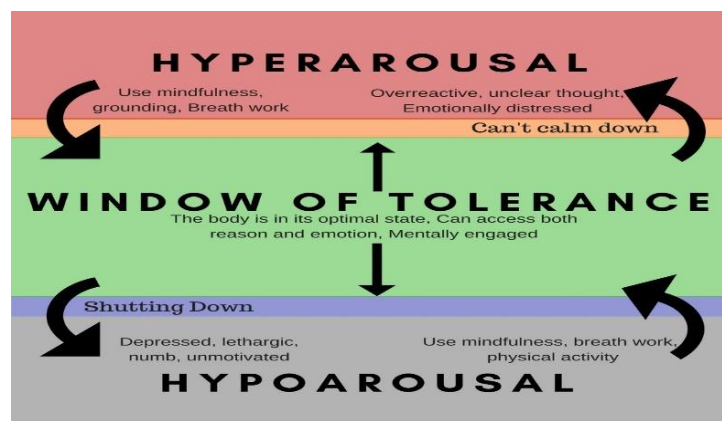
Drie thema's die vaak in therapie terugkomen zijn regulatie van spanning (zie figuur 7.1), stagnatie in het behandelproces en het niet kunnen differentiëren. Deze drie thema's leggen we hieronder verder uit.

Regulatie in therapie (zie ook 9.2)

In therapie kan er sprake zijn van een te hoog spanningsniveau (hyper-arousal) of een te laag spanningsniveau (hypo-arousal). Hypo-arousal is een reactie op een te hoge spanning die niet meer verdragen kan worden (zie ook hoofdstuk 5). Er zijn verschillende redenen waardoor hyper- en hypo-arousal veroorzaakt wordt. Deze redenen kunnen onder andere komen doordat:

- je niet gewend bent om naar jezelf te kijken
- je hebt nog geen woorden voor wat er in jezelf plaatsvindt (alexithymie, zie 3.2)
- er is schaamte (zie 3.2)
- de aanwezigheid van de therapeut is al lastig genoeg (onveiligheid en hechting hoofdstuk 3).
- er spelen schuldgevoelens door een loyaliteitsconflict naar ouders of opvoeders
- herinneringen zijn te beladen (zie hoofdstuk 1 en 8).

Verschillende processen hebben dus invloed op intern beleefde spanning. Hierbij geldt dat bij hyper-arousal de focus van aandacht bij je omgeving komt te liggen en bij hypo-arousal zowel de focus op jezelf als op de buitenwereld verminderd (zie ook hoofdstuk 5).



Figuur 7.1 Schematische weergave van de Window of Tolerance

Als je hoge spanning hebt, dus hoog in de window of tolerance, dan is er minder ruimte om te kijken naar jezelf laat staan dat je kunt kijken naar innerlijke ervaringen en belevingen. Als er sprake is van hoge spanning kun je wel onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om de spanning te verlagen. Bij hypo-arousal geldt dat er eerst gewerkt wordt aan bewustwording van jezelf en de wereld om je heen. Kortom, onderzoek en bekijk samen wat aansluit en passend is in behandeling. Helpend hierbij is dat nieuwsgierigheid bent naar jezelf en dat je hierbij ook de context meeneemt waarin jij je begeeft.

Stagnatie in behandeling

Als er sprake is van stagnatie in de behandeling dan is het noodzakelijk om dit te bespreken en te onderzoeken waardoor dit komt. De vragen die gesteld kunnen worden aan jezelf en aan de ander:

- Mag er verdieping komen in het proces?
- Sluit de behandeling nog aan?
- Zijn er onduidelijkheden?
- Is de behandelsetting wel veilig genoeg?
- Is er voldoende onderlinge vertrouwen (zie hoofdstuk 3 en 4)?
- Is er voldoende psycho-educatie of uitleg gegeven?
- Wordt er nog gewerkt aan een overeenkomstig behandeldoel?
- Of zijn er andere zorgen die eerst aandacht nodig hebben? Voorbeelden van andere zorgen zijn schulden, uit huis zetting, verlies van werk, overlijden, ziekte, rechtszaken die spelen, scheiding etc.

Merk stagnatie op, spreek dit uit en onderzoek samen de oorzaak van stagnatie. Zowel de behandelaar als de client zijn verantwoordelijk voor het proces in de behandelkamer.

Differentiatie

Met differentiatie bedoelen we hier het kunnen onderscheiden van:

- *Wat hoort bij mijn verleden, heden en toekomst.* Of anders gezegd: kan ik in het hier en nu voldoende aanwezig zijn (presentificatie) en onderscheid maken tussen wat bij het verleden hoort, wat er nu is en wat ik in de toekomst wil?
- *Wat is van mij en wat hoort bij de ander?* Pijn of verdriet van een ander is niet mijn pijn en verdriet. Of 'Ik ben niet verantwoordelijk voor wat een ander doet want die ander is daar zelf verantwoordelijk voor'. Of 'Wat zijn mijn verwachtingen en wat zijn de verwachtingen van de ander?'
- *Welke verschillende interne ervaringen ervaar ik binnen mezelf?* Hiermee wordt bedoeld dat je onderscheid kunt maken tussen bijvoorbeeld gevoelens in je zoals pijn versus verdriet of boosheid versus teleurstelling. Als er zelf niets gevoeld kan worden dan kan er ook geen onderscheid gemaakt worden. De gevoelens zijn dan niet verankerd in iets wat van binnen beleefd wordt.
- *Onderscheid tussen binnenwereld versus buitenwereld:* je kan onderscheid maken tussen je binnenwereld en de buitenwereld doordat je kan opmerken dat wat je zelf ervaart niet gelijk hoeft te zijn aan wat er in de buitenwereld is. Als dit onderscheid niet lukt dan is er sprake van de equivalentie modus. Een voorbeeld is 'als ik bang ben, dan moet er ook iets heel dreigends zijn in de realiteit'. Het besef dat je eigen gevoelens of fantasieën de waarneming van de buitenwereld vervormen bestaat dan niet want alles wat binnenin gebeurt is echt. In de teleologische modus interpreteert je het gedrag van de ander uitsluitend in termen van rechtstreeks zichtbare, fysieke gevolgen. Je kunt dan bijvoorbeeld alleen betrokkenheid ervaren als dit zichtbaar is in acties zoals extra gesprekken of langere gesprekken of iemand vind je aardig omdat je een bos bloemen krijgt.

Bewust stilstaan bij het differentiëren kan zorgen dat intern ervaren chaos, onrust of leegte onderzocht kan worden. 'Wat hoort bij mijn verleden? Is dit van de ander en neem ik deze taak onnodig op mij? Ben ik teleurgesteld door mijn eigen gedrag of laat die ander mij stikken?'. Door het differentiëren komt er meer orde of structuur en is de chaos, onrust of leegte niet meer nodig of kan het vervangen worden voor iets dat meer passend is in het hier en nu. Een vraag die hierbij helpend kan zijn is: 'Wat wordt er in jou geactiveerd als je aan die situatie denkt?'. Door bewustwording kun je dus leren dat er een externe trigger was die intern iets bij je teweeg brengt.

Het verdragen van *ambivalentie* speelt een belangrijke rol bij differentiatie. Bij het verdragen van ambivalentie gaat het om het toestaan dat er twee kanten tegelijkertijd kunnen zijn maar wel los van

elkaar (gedifferentieerd). Voorbeelden zijn dat je nu blij kunt zijn naast dat er ook verdriet is over je geschiedenis, dat je van een vriend het gedrag vervelend vindt maar tegelijkertijd ook van hem kan houden of dat therapie nu vervelend en confronterend is maar dat je in kan zien dat het doorgaan met therapie jou in de toekomst gaat helpen. Bij de dyade dader-slachtoffer (zie hoofdstuk 4) gaat het om dat je intern kunt ervaren dat jij je een dader voelt maar als je erover nadenkt dan weet je dat je het slachtoffer bent geweest (zie hoofdstuk 1). Leren om ambivalentie te verdragen kan als er conflicten opgelost worden tussen 'loyaliteit-angst' en 'liefde-(zelf)haat'. Ook kan er een intern conflict zijn tussen gehechtheid aan daders (liefde, loyaliteit, verlangen om gezien te worden) en de noodzaak zichzelf tegen hun te beschermen (haat, boosheid). Activering van traumatische herinneringen kan zorgen dat dit conflict verstevigt. Exploreren van en mentaliseren over deze conflicten helpt om betekenis te geven aan deze ingewikkelde dynamieken. Door het verdragen van de ambivalentie kun je gaan kijken naar het onderscheid tussen verleden-nu-toekomst, ik-ander, binnen mezelf- buiten mezelf en intern gevoelens.

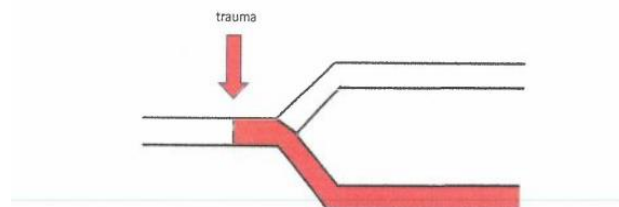
Hoofdstuk 8

Trauma en (Chronische) vroegkinderlijke traumatisering

In dit hoofdstuk geven we een uitleg over hoe (complex) psychotrauma ontstaat (zie ook hoofdstuk 1) en hoe je aan herstel kunt werken. Aansluitend wordt een gefaseerde behandeling voor chronische vroegkinderlijke traumatisering beschreven. Een gefaseerde behandeling is vaak helpend bij complex psychotrauma omdat bij complex psychotrauma sprake is van minder integratie of anders gezegd, meer fragmentatie (zie 7.1, integratie). De verklaring hiervoor is dat door de grote impact van langdurige, herhalende traumatische situaties (hoofdstuk 1) er meer afweer (zie 2.2) moet worden ingezet om de onderliggende pijn te verdragen. De onderliggende pijn, ook wel 'de ballingen' genoemd in het Internal Family System, bevat nare herinneringen, gewaarwordingen, overtuigingen en emoties zoals doodsangst, ineenstorting, angst voor verlies, angst voor bestaansrecht, vernedering en onderwerping (zie figuur 9.3, ballingen).

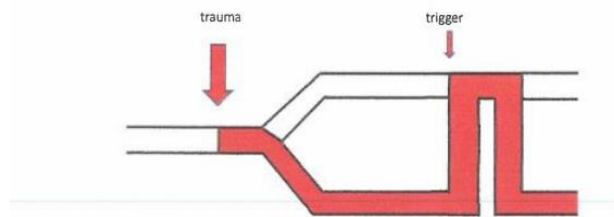
8.1 Ontstaan van psychotrauma en afsplitsing

In onderstaand figuur 8.1 zie je dat na een traumatische gebeurtenis een afsplitsing ontstaat vanwege de grote impact die de gebeurtenis heeft. Het trauma (rode lijn) splitst af en wordt in het voorbewuste opgeslagen. Als je leven 'rustig' doorgaat (witte lijn) dan kan het trauma uit je bewustzijn blijven en heb je in je huidige leven niet bewust last van het trauma maar je draagt het wel onbewust met je mee (draaglast). Dit weghouden uit je bewustzijn wordt geregeld door aangeleerde beschermingsmechanismen, ook wel afweer genoemd (zie 2.2). Voor het inzetten en in stand houden van dit beschermingsmechanismen (zie figuur 8.3) moet je veel inspanning leveren (draaglast). Voorbeelden van beschermingsmechanismen of afweer zijn het ontkennen van het trauma, vermijden van triggers van het trauma of vermijden om jezelf waar te nemen, perfectionisme, kritische stem, middelenmisbruik, jezelf de schuld geven (zie hoofdstuk 1, 2, 3 en 5). Deze inspanning blijf je leveren om de grote impact van een trauma te weren uit het bewustzijn waardoor je door kan gaan. Maar als er (plotseling) een (grote) trigger is die doet denken aan de traumatische gebeurtenis (figuur 8.2) dan kan het zijn dat het afweer systeem 'faalt'. In het hier en nu heb je dan het gevoel dat de gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (herbeleving, flashback, fysieke herbelevingen). Het verleden haalt je op zo'n moment gevoelsmatig in en dit gaat gepaard met dezelfde angst, gevoel van controle verlies en machteloosheid zoals je toen tijdens de traumatische gebeurtenis(sen) ook ervaren hebt, zie figuur 8.2.



Figuur 8.1 Traumatische gebeurtenis (rode pijl) met het afsplitsen van de gebeurtenis in het voorbewuste (rode lijn).

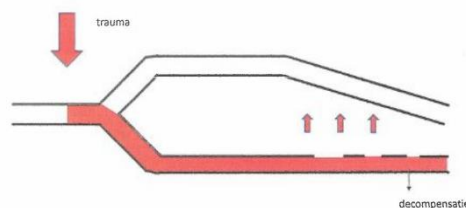
Intrusies



Figuur 8.2 Intrusie moment door een trigger (kleine rode pijl) waardoor het psychotrauma wordt geactiveerd

Als er sprake is van meerdere of langdurige, herhalende traumatische gebeurtenis(sen) of emotionele verwaarlozing (zie hoofdstuk 1), zal het meer energie en kracht kosten om deze herinneringen en sensaties met behulp van je beschermingsmechanismen (afweer) weg te blijven houden. Vaak zie dat er meer mechanismen worden gevormd om de nare herinneringen, gewaarwordingen, overtuigingen en emoties uit het bewustzijn te houden. Dit houdt dus in dat de interne draaglast toeneemt. Door de grotere interne draaglast in combinatie met dagelijkse activiteiten zoals school of werk, sociale contacten en relaties kan het gebeuren dat de draagkracht en draaglast dicht bij elkaar komen, zie figuur 8.3. Hierdoor wordt het moeilijker om de impact van triggers voor de verwaarlozing en/of psychotraumata te reguleren. Kleinere triggers die doen denken aan de periode van herhalende traumatische gebeurtenissen of verwaarlozing komen dan al binnen. Decompensatie, dissociatie, langdurige somberheid, totale vervlakking, afsplitsing, jezelf ontkennen of verloochenen kunnen dan nog helpen om door te kunnen gaan. Als de impact al op jonge leeftijd groot is en er is geen veilige ander dan kan decompensatie, dissociatie en afsplitsing al vroeg de enige manier zijn om het vol te houden bij diegene die voor je moet zorgen. Dit heeft natuurlijk grote gevolgen voor je hechtingsstijl en je identiteit ontwikkeling (zie hoofdstuk 3).

Draaglast overstijgt draagkracht



Figuur 8.3 Draaglast put de draagkracht uit waardoor de draaglast de draagkracht sneller overstijgt met decompensatie, dissociatie, totale vervlakking of afsplitsing tot gevolg.

Hoe je aan je herstel en verwerking kan werken wordt hieronder verder uitgelegd. We beschrijven een gefaseerde behandeling voor complex psychotrauma. Wij hebben gekozen voor onderstaande behandeling omdat wij hiermee zelf ervaringen hebben opgedaan. Exposure maakt onderdeel uit van de behandeling. Voorbeelden hiervan staan in bijlage 1.

8.2 Complex psychotrauma en dissociatieve identiteitsstoornis (DIS)

Bij psychotrauma is bij de start van de behandeling vaak sprake van angst, schaamte en onrealistische overtuigingen over zichzelf en over wat vermeden moet worden (zie ook hoofdstuk 1 en 3). Er is dan nog onvoldoende realisatie dat er nu wel voldoende veiligheid en steun kan zijn om jezelf te confronteren met nare herinneringen, gewaarwordingen, overtuigingen en emoties. Belangrijk is om *erkenning* (zie 7.1) te geven aan wat er nu nog is en aan hoe je toen deed een functie had om door te kunnen gaan (afweer/beschermers). Wat het complex maakt, is dat bij complex psychotrauma zoals DIS, gedeeltelijke *vermenging* plaatsvindt van het 'Ik' ('zelf') met de beschermers. Het 'zelf' (zie ook hoofdstuk 9, IFS figuur 9.3) identificeert zich dan met een beschermend deel of met beschermende delen (zie 2.2 en figuur 9.3). Zodra de beschermers vertrouwen hebben in dat het veilig genoeg is, zal het 'zelf' meer ontmengingen en tevoorschijn kunnen komen. Gelukkig is er altijd een deel dat zelfverzekerd, nieuwsgierig en kalm is met eigen verlangens, behoeften en gevoelens. Het doel bij behandeling van complex trauma en in het bijzonder DIS, is dat het 'zelf' communiceert en reorganiseert op de achtergrond en dat de beschermers hierop kunnen vertrouwen. Het verloop is dan van interne chaos naar meer helderheid, vertrouwen en rust doordat intern alles weer gaat samenwerken. Of anders gezegd: van interne kakofonie naar symfonie.

Hoe complexer de afweer hoe moeilijker het is om integratie tot stand te brengen. Of anders gezegd, hoe complexer en hoe lastiger het is om tot integratie te komen hoe meer belastend de geschiedenis is geweest. Bij DIS wordt er vaak gesproken over beschermers of delen (zie ook figuur 9.3) in plaats van afweer. Wij geven liever de voorkeur aan beschermers omdat dit gelijk weergeeft dat deze splitsing er met een doel is. Het einddoel van therapie bij DIS is dat de interne samenwerking weer op gang komt door:

- Bewustwording van de verschillende beschermers en welke rol ze hebben
- Bewustwording van de interne conflicten
- Bewustwording van welke trigger(s) bij welke beschermer past (geur, smaak, zien, beweging, horen en interne gevoelservaringen).

In figuur 8.2 wordt aangegeven dat een trigger een herinnering kan ophalen. Bij complex psychotrauma zijn er vele 'plaatjes' zoals 9.2 die intern aanwezig zijn en daarnaast ook elkaar nog eens kunnen beïnvloeden. Door dit alles is het te begrijpen dat er een ingewikkeld trauma netwerk (zie figuur 9.1) kan ontstaan.

Therapie

Zelfbescherming met behulp van afweer is vroeger nodig geweest om door te gaan. In therapie wordt er gevraagd om deze bescherming een stukje opzij te zetten zodat er gekeken kan worden vanuit nieuwsgierigheid naar jezelf: zelfobservatie. Er kan gevraagd worden om achter de ervaren woede te kijken om te onderzoeken: 'Wat in mij heeft deze gevoelens' of 'wat in mij zorgt dat ik deze gevoelens heb?'. En aansluitend, 'Wat voel je nu ten opzichte van deze boosheid of dit verdriet?'. Het antwoord kan zijn: 'Ik haat het!'. Dit kan weer een beschermende reactie zijn omdat iets nog weggehouden moet worden zoals razernij, spijt of schaamte (zie ook 3.2). Bij DIS ontstaan beschermers altijd uit iets waarbij de angst, pijn of spanning zo groot was dat er (meer) bescherming nodig was. Het bespreken van wat een beschermer heeft gedaan en betekend (lees: waarom het nodig was), is belangrijk voor erkenning en acceptatie (zie ook 7.1). Je kunt ook doorvragen met de vragen op welke leeftijd een beschermer is ontstaan en waarom het zich zo voelt zoals het zich voelt. Aansluitend kan je weer exploreren hoe dit nu ervaren wordt.

Behandelaar

Als behandelaar word je getest door onder andere de woedende en agressieve afweer die vroeger een beschermende functie had en nog niet heeft kunnen ontladen (zie hoofdstuk 2). De taak die je als behandelaar hebt, is de cliënt met een kalme, observerende houding te steunen. Als behandelaar kan je aan de cliënt vragen de beschermers (figuur 9.3) een stap opzij te laten doen zodat de cliënt een

balling mee kan nemen naar een veilige plek. *Ballingen* dragen het giftige afval van het hele systeem. Ze bewaren de nare herinneringen, gewaarwordingen, overtuigingen en emoties zoals doodsangst, ineensstorting, angst voor verlies, angst voor bestaansrecht, vernedering en onderwerping. Op de veilige plek is er meer ruimte om in verbeelding scènes te herschrijven en te bewerken. Deze scènes zitten vaak nog bevroren in trauma tijd. Het herschrijven kan zorgen dat een actie of beweging alsnog afgemaakt kan worden. Een voorbeeld is dat je een dader vroeger niet weg kon duwen omdat deze te machtig was. Als je in het beeld van vroeger alsnog deze beweging kunt maken dan kan het alsnog het gevoel van machteloosheid of onmacht doorbreken. Het afmaken van deze beweging kan ook grote interne schrik veroorzaken. Herhaal in therapie dan deze beweging zodat er erkenning kan komen in dat het nu oké is om dit te doen.

De cliënt heeft altijd de leiding over het schrijven en herschrijven van zijn eigen geschiedenis. Hierbij geef je de cliënt ruimte om in het beeld van vroeger iets toe te voegen wat zorgt voor meer gevoelde veiligheid. Zo kan er in het beeld een wand geplaatst worden tussen zichzelf en de ander of de therapeut kan tussen zichzelf en anderen neergezet worden. Alles mag in fantasie als het maar bijdraagt aan het opnieuw kunnen bekijken van de herinneringen vanuit het hier en nu. De cliënt moet het wel zelf doen maar dan op volwassen leeftijd en met hulp van een ander.

Doel

Cliënten leren om naar zichzelf te kijken op verschillende manieren. Wat is hiervoor nodig? Bewustwording van dat de cliënt zichzelf niet alleen ziet door de ogen van anderen maar leert om zichzelf te zien. Leren observeren dat zelfbeschadigend gedrag aangeleerd gedrag is en in het hier en nu nog aangestuurd kan worden vanuit een innerlijke stem. Leren luisteren naar deze stem en leren begrijpen waar dit vandaan komt en waarom het ingezet werd. Het einddoel is: aangeleerde patronen doorbreken zodat de onderliggende kwetsbaarheid en het 'zelf' gezien kunnen worden en daar waar nodig verwerking kan plaatsvinden. Dit leest misschien makkelijk maar behandeling van complex trauma is een intensief proces en gaat gepaard met pijn en rouw.

8.3 Hoe werk je aan herstel?

De kern van de behandeling van complex psychotrauma heeft betrekking op onderstaande onderdelen:

- Fobie voor innerlijke ervaring (zie ook hoofdstuk 3).
- (Fobie voor) Gehechtheid (zie ook hoofdstuk 3).
- Traumatische herinneringen bewerken.
- Adaptieve veranderingen bewerkstelligen. Hiermee worden de aanpassingen bedoeld om beter te functioneren in verschillende situaties.

Gestart kan worden met:

- Bespreken en nagaan welke weerstand er is om naar de pijnlijke gebeurtenissen te kijken en wat het oplevert om er niet naar te kijken en wat het kost. Dit om te leren om naar jezelf te kijken, zowel in het heden als in het verleden.
- Bespreken of er interne hulpbronnen zijn, zoals een ander persoon, dier of beeld van een veilige plek. Als er weerstand is om over de veilige plek te vertellen, dring dan niet aan maar respecteer deze keuze. Zelf je keuze maken wat je wel of niet wil is al helpend om te leren begrenzen en de regie te nemen over jezelf in de interactie met een ander.
- Als de vermijding/ weerstand groot is dan kan je kijken of het mogelijk is om door te vragen in beeldspraak. Een voorbeeld is: 'Wat houdt het tegen om naar jezelf te kijken?'. Vaak hoor je dat er een muur of wand voor staat. Vraag dan door hoe dit eruit ziet of voelt en of het verschoven kan worden. Of misschien kan er een kijkgaatje in gemaakt worden.
- Bij grote weerstand of angst kan pendulatie helpend zijn. Pendulatie houdt in dat je heen en weer gaat tussen positieve ervaringen van een verandering en de negatieve of onaangename ervaring van weerstand. Hulpbronnen kunnen hierbij ook ingezet worden. Het gaat dus om

regulatie aan de ene kant en beheerste disregulatie aan de andere kant in combinatie met een klein beetje emotie en lichamelijke sensatie.

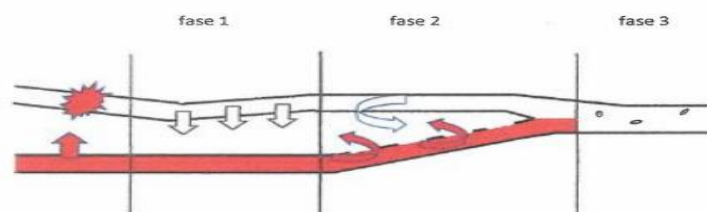
Wat is er nodig en hoe kan er (intern) samengewerkt worden bij complex trauma en DIS?

- De behandelrelatie kan hierbij ingezet worden om samen te exploreren, te helpen bij de oriëntatie op tijd, plaats, te observeren vanuit en hier en nu, modeling en spiegelen (zie ook hoofdstuk 4).
- Vraag toestemming voordat er een interventie ingezet wordt.
- Bij DIS kan een interne 'meeting room' helpend zijn om beter te kunnen observeren wat er intern plaatsvindt. Vragen die gesteld kunnen worden zijn: 'Van welke beschermer denk je dat dit gevoel is?', 'Oké, en vraag dit intern na bij deze beschermer', 'Wat denk je wat dit betekent?', 'Wat voel je bij deze blokkade?', 'Wat denk je hierbij?' etc.
- Bij exposure wordt er eerst gewerkt met recentere en deel fragmenten en dan ga je pas meer naar het verleden toe.
- Oriëntatie op de buitenwereld is belangrijk.
- Bij verandering in arousal kan er een andere beschermer om de hoek kijken.

8.4 Gefaseerde behandeling bij complex psychotrauma en DIS

De behandeling van complex psychotrauma en DIS kan in drie fases worden ingedeeld. Hieronder wordt het proces schematisch wordt weergegeven. De fases worden onder figuur 8.4 verder uitgewerkt.

Gefaseerde behandeling



Figuur 8.4 Schematische weergave van gefaseerde behandeling van complex psychotrauma

In fase 1 wordt er gewerkt vanuit het hier en nu en wordt er gekeken naar wat er nu plaatsvindt op niveau van gedrag, gedachten en gevoelens. Wat wordt er nu nog ingezet om het 'zelf' te beschermen? (zie figuur 9.3). Ook de activiteiten in het dagelijks leven (ADL) worden besproken. In fase 2 wordt er ruimte gemaakt voor de erkenning en verwerking van de impact van emotionele verwaarlozing en/of de traumatische ervaring(-en). In fase 3 wordt er gewerkt aan rouw, aangaan van relaties en het leren zien van eigen verlangens en behoeftes. In deze fase wordt er gewerkt aan wat je wilt doen vanuit je eigen behoeftes en verlangens. Hierbij neem je zelf de regie. Er is een onderscheid gemaakt in fases om overzicht te bieden maar natuurlijk kunnen de fases door elkaar lopen. Dus ga flexibel om met de interventies.

Bij exposure is het doel dat je met één been in het hier en nu blijft en met het andere been in het verleden staat. Vanuit het nu kijken is belangrijk. Je kijkt dan vanuit de volwassene die nu wel kan beschermen en autonoom is. Hierdoor kan je heen en weer penduleren tussen nu en vroeger. Bij

complex psychotrauma met complexe afweer is het moeilijk om met één been in het nu te blijven. Om dit toch voor elkaar te krijgen, kan je iets wat nu positief of neutraal is installeren als hulpbron (zie ook EMDR RDI, 9.4). Deze hulpbron kan dan als een anker fungeren. Voorbeelden zijn een tekening, foto, gevoel in het lijf, een beweging, beeldje of een zachte doek en hoe deze aanvoelt. Het maakt niet uit als het maar als positief of neutraal beoordeeld wordt. Doe dit dus weer in overleg. Hieronder leggen we de fases verder uit.

Fase 1

Fase 1 is gericht op het creëren van interne en externe veiligheid, klachten vermindering en stabilisatie van ADL. Daarnaast is in fase 1 de aandacht gericht op het effectief leren omgaan met (afgesplitste) gevoelens en gedragingen en grip krijgen op de (overspoelende) traumatische herinneringen. Werken binnen de window of tolerance is hierbij belangrijk (zie ook 7.2, regulatie in therapie).

De doelen in deze fase kunnen zijn:

- ADL in standhouden of te verbeteren. Hierbij gaat het onder andere om dagelijkse structuur, beweging, huishouden, voeding, slapen en opstaan, sociale contacten.
- Begrenzen van herbelevingen met behulp van oefeningen of cognitieve interventies.
- Leren zien, accepteren en onderzoeken wat de functie is van de verschillende soorten afweer/beschermers (zie 2.2 en figuur 9.3). De afweer/beschermers kunnen bepaalde gedragingen, gedachten en gevoelens hebben die passend zijn bij een leeftijd waar traumatische ervaringen hebben plaatsgevonden of die passend zijn geweest om het 'zelf' te beschermen tegen onveiligheid (zie hoofdstuk 9).
- Gevoelens, gedragingen, gedachten en afweer leren herkennen, verdragen en reguleren door het mentaliserend vermogen te vergroten (zie 2.1, mentaliseren).
- Als gevoelens er meer mogen zijn dan ook leren genieten van positieve ervaringen. Zijn andere gevoelens nog niet te verdragen dan blijven ook de positieve gevoelens weg.
- Confrontatie aangaan met de fobie voor de innerlijke ervaringen en deze overwinnen. *Triggers* voor de fobie van innerlijke ervaringen kunnen zijn: herinneringen, gedachten, emoties, sensaties, reacties op relaties, lichamelijke sensaties of schaamte. Meestal is er ook sprake van een *fobie voor gehechtheid en verlies van gehechtheid* (zie ook hoofdstuk 3 en 4). Bij een *fobie voor traumatische herinneringen* kan het conflict van 'Weten-niet weten' en 'Waar-onwaar' onbewust ingezet worden als afweer om er niet naar te hoeven kijken. Een *fobie voor veranderingen* kan ook komen doordat er nog onvoldoende inzicht, zelfvertrouwen of vermogen tot zelfbeschikking is. Vraag dit dus ook uit en geef er erkenning aan.
- Verschil leren kennen tussen interne realiteit (dromen, emoties, gedrag of activiteiten) en de realiteit in het hier en nu.
- Betekenis leren geven aan ervaringen.
- *Let op:* bij dader-imiterend gedrag of gedachten (zie hoofdstuk 4) kunnen flashbacks opgeroepen worden als waarschuwing (lees 'afweer/beschermers') om niet over een trauma te vertellen. Onderzoek, bespreek en geef erkenning dat dit gedrag of deze gedachten ook een functie hadden om het 'zelf' te beschermen in een periode dat de onveiligheid te groot was (zie hoofdstuk 1).
- *Let op:* Als er nog onvoldoende ruimte of veiligheid ervaren kan worden dan kan nog niet alles verteld worden. Innerlijke conflicten houden dan het proces 'tegen'. Deze conflicten kunnen dan gaan over: 'Weten-niet weten', 'Waar-niet waar', 'Vertellen-niet vertellen' (hoofdstuk 4). Exploreer deze conflicten en geef ook hier erkenning aan. Ga niet voorbij deze conflicten want deze conflicten geven ook een gevoel van controle en veiligheid.

Exposure kan in fase één ingezet worden voor:

- Fobie voor therapie met de gedachte 'Ik word gek' of bij gevoel van controle verlies.
- Fobie voor gevoelens, gedachten, wensen, fantasie, lichamelijke sensaties of bewegingen.
- Fobie voor afgesplitste beschermers (zie hoofdstuk , figuur 9.3).

Zie voor de exposure mogelijkheden bijlage 1.

Fase 2

Fase 2 is gericht op het verwerken en integreren van traumatische herinneringen (zie hoofdstuk 1). Het doel in deze fase is om inzicht krijgen in welke triggers er zijn voor innerlijke conflicten (zie hoofdstuk 4 en 9), wanneer worden ze op 'aan' worden gezet en welke reacties zijn er dan.

Gestart wordt met psycho-educatie over onder andere hechting, veilig, onveilig.

Benodigdheden zijn een veilige plek en hulpbronnen zoals tekeningen, poppetjes, beeldjes, veilige plek, dekentje, dier enz.

De doelen in deze fase zijn:

- 'Aanpakken' van de afweer zodat er ruimte komt voor verwerking van traumatische herinneringen (zie IFS, hoofdstuk 9).
- Traumaverwerking: als er sprake is van flashbacks dan is het belangrijk om eerst in het hier en nu terug te komen. Dit kan bijvoorbeeld door te vragen of er 'beschermers' zijn die kunnen helpen om de flashbacks op te vangen of de rust te herstellen. Een ander manier is de controle terugpakken over de flashback door de herinnering op te bergen bijvoorbeeld in een box, Cloud etc. Dit zijn mogelijkheden en onderzoek samen welke manier meest passend is. Denk ook hier weer aan dat er conflicten zijn en dat flashbacks een vorm van afweer is om niet te hoeven kijken naar de grote angst of pijn die het trauma of de verwaarlozing met zich meedraagt.
- Leren ambivalentie te verdragen door onder andere de conflicten te onderzoeken en mogelijk op te lossen tussen 'loyaliteit-angst' en 'liefde-(zelf)haat'. Er kan een intern conflict zijn tussen gehechtheid aan ouders (liefde, loyaliteit, verlangen om gezien te worden) en de noodzaak zichzelf tegen hun te beschermen (haat, boosheid). Activering van traumatische herinneringen kan zorgen dat dit conflict verstevigt. Exploreren van en mentaliseren over deze conflicten helpt om betekenis te geven aan deze ingewikkelde dynamieken (zie 2.1 en hoofdstuk 4)..
- Verschil leren zien tussen verleden en heden.
- Realisatie en start van het rouwen. Dit zijn thema's die in deze fase regelmatig terugkomen. Rouwen gaat onder ander over wat er niet is geweest en wel had kunnen zijn of wat je niet hebt gedaan en wel had willen doen (zie 3.2, spijt).
- Verbreden van interventies met yoga, rekoefeningen, houdingsoefeningen, ademhalingsoefeningen, acupressuur punten, emotionele freedom techniques. De ademhaling synchroniseren met de hartslag zorgt voor vermindering van arousal. Velen oefeningen zijn te vinden op apps. Kijk samen wat passend is en wat aansluit bij het proces.
- *Let op:* in deze fase moeten er voldoende hulpbronnen zijn en als ze onvoldoende aanwezig zijn dan worden de hulpbronnen aangevuld.

Zie voor voorbeelden van exposure bijlage 1.

Fase 3

In deze fase werk je aan de fobie voor gehechtheid en het verlies van gehechtheid. Het doel is om ruimte te maken voor het aan kunnen gaan van een relatie met een belangrijke ander. Andere doelen zijn het verminderen van intrusies (zie figuur 8.2) en verder uitbreiden van het integratieve vermogen (figuur 8.3, fase 3). Bij integratie hoort ook het loslaten en opgeven van belemmerende overtuigingen en gedragingen. Voorbeelden zijn 'Ik mag niet bestaan', 'Ik ben niets waard', 'Ik mag niet huilen' of 'Ik moet alleen luisteren naar anderen want zij weten wat beter voor mij is'. Belemmerende overtuigingen of gedragingen zijn dus gedachten of gedragingen die je bent gaan geloven in een onveilige omgeving. Deze waren toen helpend maar zorgen er nu voor dat je iets laat wat je nu eigenlijk wel zou willen (zie 'zelf' in figuur 9.3 en activerende behoeften zoals verlangen, behoeften en wensen in figuur 2.1).

De doelen in deze fase zijn:

- Rouwen om verliezen
- Fobie voor intimiteit overwinnen (gehechtheid, zie hoofdstuk 3)
- Leren meer in het heden te leven. Helpend hierbij zijn de hulpbronnen die opgeroepen kunnen worden als de spanning oploopt. Voorbeelden zijn een imaginaire (denkbeeldig) steunfiguur, een veilige interne of externe plek, ademhaling regulatie, inzetten van lichamelijke activiteiten, eigen lichamelijke ervaringen kunnen voelen en benoemen, herinneringen kunnen en mogen delen met anderen.
- Risico's nemen in ADL
- Gezonde relaties opbouwen
- Betekenis geven aan eigen leven

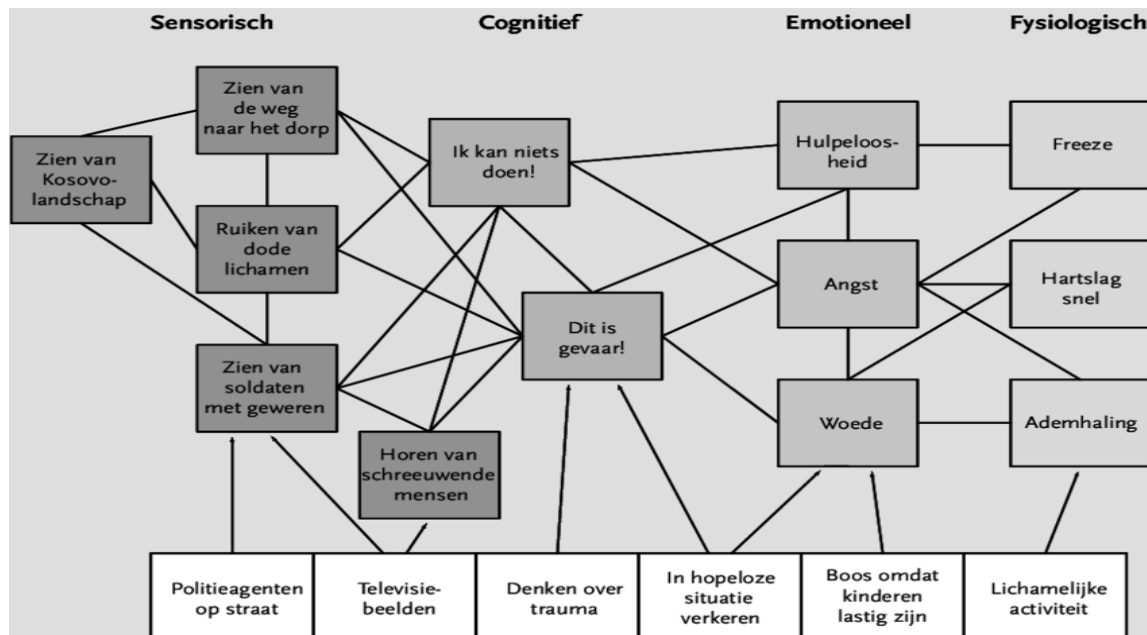
Hoofdstuk 9

Een viertal interventies: NET, sensorimotor therapie, IFS en exposure

In dit hoofdstuk beschrijven we een viertal interventie. Het doel is om uit te leggen wat de behandeling in grote lijnen inhoudt en waar de focus op ligt. Als eerste bespreken we narratieve exposure therapie (NET) en aansluitend sensorimotor therapie. Bij sensorimotor therapie wordt er extra aandacht gegeven aan boks therapie en yoga. Verder wordt het Internal Family Systeem (IFS) besproken en uitgewerkt in een model. Als laatste worden verschillende exposure mogelijkheden beschreven.

9.1 NET (Narratieve Exposure Therapie)

Bij NET gaat het om dat je jezelf gaat zien in jouw levensverhaal en dat dit een coherent levensverhaal wordt. Bij NET werk je met 3 pijlers: exposure, reconstructie van het levensverhaal/levenslijn en verslaglegging. Het doel is om levensgebeurtenissen te integreren in je levenslijn en dat je de context herkent en erkent waarin deze gebeurtenissen hebben plaatsgevonden. Met de context wordt onder andere bedoeld: plaats, tijd, personen en omstandigheden. Dit terugkijken is een pijnlijk proces en roept de angst op die er vroeger ook was (zie hoofdstuk 1). Angstnetwerken die gelinkt zijn aan nare ervaringen die je hebt meegemaakt, worden onderzocht en krijgen woorden (zie ook 2., mentaliseren). Hieronder in figuur 9.1 zie je een voorbeeld van een angstnetwerk. Het doel is dat zo'n netwerk wordt bewerkt zodat er erkenning, realisatie, synthese en integratie kan plaatsvinden (zie 7.1).



Figuur 9.1 Voorbeeld van een Impliciet angst – netwerk met triggers (witte blokjes) die het netwerk op aan kan zetten.

De volgende vier factoren kunnen het ophalen van een herinnering beïnvloeden:

- Hoe lang geleden? Hoe langer geleden de gebeurtenis heeft plaatsgevonden hoe meer ervan vergeten is. En hoe langer geleden zorgt ook voor dat een herinnering minder compleet en levendig zal zijn (zie ook 6.1, geheugen).

- Is het een onvrijwillig of vrijwillige herinnering? Bij onvrijwillige herinneringen gaat het om herinneringen die door triggers zoals geur, gezicht, gevoelsherinnering, houding of geluid ineens boven komen maar waaraan je liever niet herinnerd wordt omdat ze verdriet, pijn, schaamte of boosheid met zich meedragen. Bij vrijwillige herinneringen lever je inspanning om de herinneringen op te halen. Vrijwillige herinneringen zijn over het algemeen specifieker.
- Let op: Welke omstandigheden zijn er nu? Is er voldoende sociale steun? Zijn er schulden? Is er voldoende veiligheid? Etc. Is er nu ruimte om naar jezelf en je geschiedenis te kijken om tot een coherent levensverhaal te komen? Is dit er niet dan moet je eerst andere interventies doen voordat je met NET start.

NET kan helpen met het maken van je eigen coherente (samenhangende) autobiografie waarin je zelf de regie in handen neemt. Bij NET kan de behandeling stagneren of niet op gang komen (zie 7.2, stagnatie) door vermijding of door gebrek aan structuur. Vermijding (afweer, 2.2) kan ingezet worden omdat je angst hebt voor de realisatie van dat dit jouw geschiedenis is. Schaamte (zie 3.2) kan ook de onderliggende oorzaak zijn van vermijding omdat het vertellen over je autobiografie beschaamdheid triggert. Gedachten die er kunnen zijn: 'heb ik de controle zo uit handen gegeven?' of 'is dit mijn familie? Deze genen zitten dus ook in mij?'. Bij een gebrek aan structuur gaat het over dat je jouw geschiedenis niet kan plaatsen op de levenslijn doordat er nog een desoriëntatie is in tijd, plaats en personen (zie ook 7.2, differentiëren).

Bij vermijding en gebrek aan structuur kan NET juist ook helpend zijn. NET geeft structuur omdat je een levenslijn chronologisch doorloopt. Vermijding kan doorbroken worden door exposure. Exposure, het blootstellen aan een vorm van risico, is een onderdeel van NET en helpt bij het doorwerken van de angst en schaamte. Dit doorbreken van angst en schaamte zorgt ervoor dat herinneringen uiteindelijk geïntegreerd kunnen worden in je levenslijn. Bij NET wordt er aan het eind een verslag gemaakt om nogmaals woorden te geven aan je geschiedenis.

Warme en koude herinneringen

Bij NET worden herinneringen dus chronologisch doorlopen zodat je inzicht en overzicht krijgt van het ontstaan en voortbestaan van klachten en problemen. Herinneringen kunnen onderverdeeld worden in warme en koude herinneringen. Hieronder wordt het verschil uitgelegd.

- *Warme herinneringen* zijn impliciet en onvrijwillig, hebben een grote impact en worden ook wel hotspots genoemd. Warme herinneringen zijn gekoppeld aan gebeurtenissen die positieve of negatieve emoties hebben geraakt en je kunt ze beter herinneren dan gebeurtenissen waarbij je niets voelde. Als de stress te hoog is tijdens de gebeurtenis kan het wel zo zijn dat de herinnering maar gedeeltelijk of gefragmenteerd wordt opgeslagen (zie hoofdstuk 5). Het opslaan van gebeurtenissen met bijbehorende emoties, gaat onder andere via je amygdala. De amygdala is een kleine hersendeel in de hersenen. Het speelt een rol bij primaire emoties zoals stress, angst en agressie, en kan overactief of uit balans zijn.

Zintuiglijke, cognitieve, emotionele en lichamelijke reacties die er waren in tijden van nood (zie hoofdstuk 1 en figuur 9.1) worden als warme herinneringen opgeslagen in associatieve netwerken en kunnen opgeroepen worden door triggers van binnen of buiten jezelf. Associatieve netwerken zijn netwerken die onbewust zintuiglijke, cognitieve, emotionele en lichamelijke reacties met elkaar verbinden en elkaar onbewust beïnvloeden. Meerdere netwerken kunnen elkaar ook beïnvloeden als reacties van het ene netwerk gelijkenis vertonen met reacties uit andere netwerken. De overeenkomstige reacties zorgen dus voor het ongewild 'aanzetten' van andere netwerken door een trigger van binnen of buiten jezelf. Door het activeren van meerdere netwerken kan het zijn dat iemand zich weer 'letterlijk' een kind voelt met bijpassend gedrag, gedachten of gevoelens. Bij complex psychotrauma kunnen diverse uitgebreide en samenhangende angstnetwerken elkaar dus activeren.

- *Koude herinneringen* zijn expliciete of autobiografische herinneringen. Met behulp van de context zoals tijd, plaats, ruimte en omgeving worden deze herinneringen verankerd en ingebed in je levensverhaal. Het gaat hierbij niet om een associatief netwerk maar om het bewust denken over een herinnering. Door de herinnering te plaatsen in een context ontstaat er ordening, chronologie en kan het onderlinge verband gezien worden binnen zijn context. Deze herinneringen gaan dus over leeftijd, plaats, waar, waarom en met welke personen.

Hoe gedetailleerder en specifiek de herinneringen worden opgehaald, hoe dichter de koude en warme herinneringen bij elkaar komen. Hierdoor komt de realisatie dat herinneringen niet in het hier en nu plaatsvinden maar in een andere context hebben plaatsgevonden. Dit is helpend om met afstand te kijken wat er plaats heeft gevonden, automatische patronen te doorbreken en jezelf de keuze vrijheid te geven om te doen wat nu goed voor jou is en bij jou past.

9.2 Lichaamsgerichte interventie

Lichaamsgerichte interventies zijn interventies die uit gaan van jou als geheel. Dat betekent dat er naast praten ook ruimte wordt gemaakt voor het lichaam in combinatie met ervaren emoties. Omdat er vele mogelijkheden zijn van lichaamsgerichte interventies, hebben we een keuze moeten maken. We hebben gekozen voor sensorimotor therapie, bokstherapie en yoga. Het doel is om via deze drie voorbeelden je aan het denken te zetten dat dit ook een mogelijkheid is. Je kunt samen op zoek gaan naar een mogelijkheid die passend is bij je leefstijl, financiën, beweegmogelijkheden etc.

9.2.1 Sensorimotor therapie

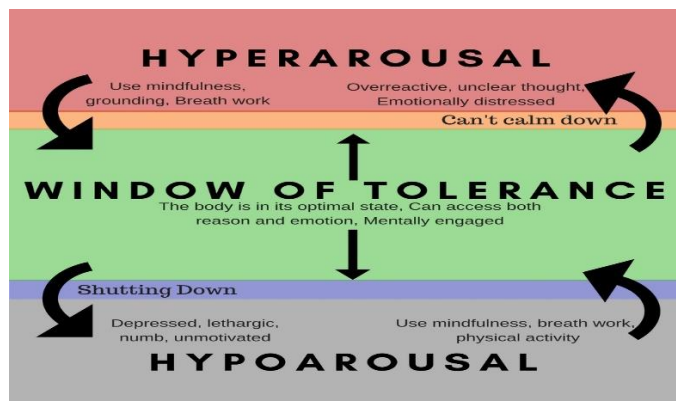
Uit onderzoek blijkt dat bepaalde klachten en problemen blijven doordat er sprake kan zijn van 'bottom-up-kaping'. Dit wil zeggen dat het lichaam in een automatische aangeleerde zelfbeschermingsreacties gaat. Deze reacties kunnen fight, flight, freeze, shut down of dissociatie zijn (zie hoofdstuk 5). Als het lichaam in deze reactie gaat dan zal je afweer/coping ook weer in stelling worden gebracht (zie 2.2). Je geheugen speelt hierbij een centrale rol omdat door geheugennetwerken (zie 6.1 en 9.1) beelden, herinneringen voor geur en geluid, emoties, sensaties en fysieke handelingen met elkaar verbonden zijn. Deze netwerken zijn opgeslagen in je impliciete geheugen. In het impliciete geheugen zijn lichamelijke herinneringen, emoties en gevoelens opgeslagen zonder het expliciete besef dat er iets wordt herinnerd. Voorbeelden hiervan zijn tactiele (tastbare) sensaties, innerlijke sensaties (zoals trillen), kinesthetische responsen (zoals behoefte aan afstand tussen jezelf en de ander), vestibulaire responsen (zoals duizeligheid) en lichamelijke reacties van een defensief subsysteem (zoals benauwdheid bij angst). Aan deze impliciete herinneringen worden dan wel weer automatische gedachten gekoppeld. Voorbeelden hiervan zijn: 'Het was allemaal mijn eigen schuld' of 'Ik deug niet en daarom overkomen deze dingen mij.'

Veranderingsgerichte therapie kan via cognitieve bijsturing maar kan dus ook via bijsturing van het somatische/lichamelijke zelfgevoel. Deze bijsturing kun je doen met behulp van het observeren van het somatische (lichamelijke) zelfgevoel. Je observeert dan de zelfbeschermingstoestanden van je lichaam binnen de context waarin deze reacties plaatsvinden (fight, flight, freeze, collapse, zie hoofdstuk 5). Door in het hier en nu de lichamelijke reacties te heroverwegen kun je opnieuw kijken naar wat je doet, voelt, denkt en ervaart in je lichaam. Door sensormotor therapie kunnen dus onbewust opgeslagen sensomotorische herinneringen (gevoelssensaties en gedrag) bewust ervaren worden en kan er opnieuw betekenis aangegeven worden door erover te mentaliseren (zie 2.1). De overkoepelende bedoeling is dus ook hier weer de integratie (verbinden) van je geschiedenis, gedrag, gedachten, lijf en gevoelens (hoofdstuk 5 en 7.1).

Samenvattend: voor het tot stand brengen van integratie is het nodig dat je bewust en met aandacht kijkt naar gevoelssensaties, emoties, gedachten, bewegingen en de 6 zintuigelijke waarnemingen (reuk, smaak, horen, zien, tast en innerlijke sensaties zoals trillen of hongergevoel). De bewustwording van lichaamssensaties is nodig voor de feedback die je hersenen moeten krijgen van de toestand in het lichaam. Hierbij gaat het om de toestand van spieren, huid, ledematen, organen, gelaat en handelingsintenties. Je kunt je hiervan onbewust of al gedeeltelijk van bewust zijn. Als je weer met aandacht en met een niet-oordelend bewustzijn op je lichaam kan gaan richten dan krijg je via die weg directe toegang tot de geactiveerde toestanden die je eerder uit de weg moest gaan of moest afremmen (zie hoofdstuk 1). Je kunt leren om ermee om te gaan in plaats van dat je de eerder opgedane ervaring uit het bewustzijn moet sluiten of dat je erdoor wordt overweldigd.

Praktisch informatie

- Het belangrijkste binnen de sensorimotor therapie is het verwerken op de grenzen van de window of tolerance, zie figuur 9.2 (zie ook 7.2, regulatie). Zodra iemand zich buiten de window of tolerance begeeft stop je, want doorgaan betekent herhaling van patronen van vroeger.



Figuur 9.2 Window of tolerance

- Ook bij de sensorimotor therapie worden 3 fases in de behandeling onderscheiden namelijk, regulatie, verwerking en als laatste integratie (zie ook 7.1 en 8.4). Deze fases hebben geen harde grenzen en kunnen elkaar afwisselen in het behandelproces.
- In sensorimotor therapie heb je ook aandacht voor de aangeleerde hechtingsstijl, de therapeutische relatie en de therapeutische omgeving (zie ook hoofdstuk 3 en 4). De mate van aandacht, oogcontact, stemgeluid, afstand tussen de stoelen etc. hebben allemaal direct invloed op het onderlinge contact. Stemgeluid kan variëren in zacht, monotoon of met nuances. Oogcontact kan je variëren door de ander wel of niet aan te kijken, wegstaren etc. Muziek, geur, kleur kunnen helpen om te activeren of te ontspannen.
- Psycho-educatie geeft duidelijkheid over waaraan gewerkt wordt, hoe een klacht of probleem is ontstaan en of je samen aan hetzelfde doel werkt. Psycho-educatie moet wel gegeven worden binnen de window of tolerance anders kan het niet gehoord worden (zie ook hoofdstuk 5). Als de spanning toch te hoog blijft, kan informatie op papier worden meegegeven of via de mail worden nagestuurd. Ook kan een geluidsopname maken van de sessie een optie zijn. Zorg wel dat de geluidsopname alleen wordt gebruikt door jullie beiden.
- Herken, erken en respecteer de afweer (zie 2.2) en geef er samen woorden en betekenis aan. Voorbeeld vragen zijn: 'Wat heeft je door die gebeurtenissen heen geholpen?' of 'Kun je je een tijd herinneren dat je lichaam prettig aanvoelde?'. De immobiliserende verdedigingsmechanismen zoals de dissociatie en shut down (zie figuur 5.1), worden gerespecteerd omdat ze in tijden van nood hebben bijgedragen om de onveiligheid zo veilig

mogelijk te maken. Als deze reactie tijdens de sessie plaatsvindt, onderzoek dan samen waardoor deze reactie ontstond. Dit doe je natuurlijk pas als iemand uit dissociatie of shut down is.

- Mogelijke 'hulpmiddelen' zijn alle persoonlijke vaardigheden, vermogens, voorwerpen en relaties die zelfregulatie bevorderen. Je zoekt samen naar fysieke handelingen die regulatie mogelijk maken. Bij hypo-arousal is activatie nodig en kun je de aandacht op de onmiddellijke omgeving richten. Of de therapeut kan vragen of je in beweging wilt komen. Het in beweging komen zorgt voor concentratie op het lichaam. Het lijf aanraken zoals over je arm wrijven, kan ook zorgen voor meer aandacht voor het lichaam aan de buitenkant en zorgen voor regulatie maar ook voor ontregeling. Bij hyper-arousal worden manieren gezocht om weer richting rustige veiligheid te komen (zie ook hoofdstuk 5).

Hieronder geven we een aantal sensorische mogelijkheden die je kan inzetten bij hyper- en hypo-arousal (zie ook figuur 5.2).

Sensorische hulpbronnen bij hyper-arousal, lichamelijke spanning verlagend.

- Je aandacht richten op je ruggengraat. Hierbij stel je de vraag: 'Kun je merken welke sensaties je daar kan waarnemen?'.
- Een visualisatie waarbij je aan je kruin omhoog wordt getild terwijl je voeten stevig op de grond blijven. Dit kan helpen om de ruggengraat te rechte en de borst op te tillen waardoor je ademhaling meer ruimte krijgt. Bij gereguleerde ademhaling zal de spanning altijd zakken.
- Je rug tegen de muur aandrukken.
- Achteruit lopen en met je rug 'kijken'.
- Aarden: aarden is een fysieke proces met bewustzijn van benen en voeten, van gewicht en verbinding met de grond. Het gedragen voelen door de aarde/grond kan een gevoel geven van zowel lichamelijke als psychische stevigheid.
- Vragen die je kan stellen om bewust te worden van welke lichaamshouding je het prettigst vindt om aan te nemen: 'Welke somatische signalen merkt je op wanneer de ander wegstrekt, de ogen dicht doet of afgewend zit?'. En aansluitend: 'Bij welke optie voel jij je het prettigst?'. Hiermee kun je onderzoeken welke houding zorgt voor meer of minder spanning.
- Samen door de ruimte bewegen kan helpen om het patroon van een bevroren of ingesloten respons te doorbreken. Dit kan ingezet worden bij het gevoel hebben van 'vastzitten'.
- Hardop 'Nee' zeggen in combinatie met jezelf knijpen in je been- of armspieren. Dit knijpen zorgt voor meer bewustwording van jezelf in het hier en nu en dus ook voor het meer bewust zijn dat je 'Nee' zegt en wat dit teweeg brengt.
- Zelfkalmering of geruststelling door wrijven, aaien of je lijf wiegen. Vaak gebeurt dit automatisch al. Door te spiegelen in de therapeutische setting kunnen deze acties bewust worden gemaakt en kan dit ook buiten de therapeutische setting worden opgemerkt als de spanning hoog oploopt (zie 3.3). Andere opties zijn: een warm bad, de huid zacht borstelen, massage, geuren, lievelingseten, aanraking van zacht textiel, aangepast licht, oordopjes. Het gaat hier dus om het beïnvloeden van de sensorische informatie die door je zintuigen worden waargenomen. Zie tabel 9.1 met een overzicht van sensorische informatiekanalen die er zijn.

Zin (vermogen)	Orgaan	Prikkel	Gewaarwording
Gezichtsvermogen	Oog	Licht	Zien
Gehoor	Oor	Trilling	Horen
Reukzin	Neus	Moleculen/stoffen	Ruiken
Smaakzin	Tong	Moleculen/stoffen	Proeven
Tastzin	Huid	Vervorming van de huid	Voelen
Thermoceptie	o.a. Huid	Verwarming/afkoeling van de huid	Warmte/kou voelen
Nociceptie	o.a. Huid	Extreme vervorming/opwarming/afkoeling van de huid	Pijn voelen
Evenwichtszin	Evenwichtsorganen	Beweging van endolymfe	Evenwicht
Proprioceptie (ook positiezin of kinesthesie genoemd)	Spierspoeltjes en peeszintuigen	Spierspanning en rek in pezen	Bewustzijn van lichaam, Bewegingen, houding
Interoceptie	Diffuus verdeeld over diverse ingewanden (osmoreceptoren)	Gewaarwording dat een stof uitgestoten of aangevuld dient te worden	Ademdrang, honger, dorst, aandrang tot ontlasten of urineren

Tabel 9.1 Zintuigen met bijbehorende gewaarwordingen

Sensorische hulpbronnen bij hypo-arousal

- Oriënteren op de omgeving: zie vijf dingen in de onmiddellijke omgeving, hoor 5 geluiden, voel vijf dingen, zie 4 dingen, hoor – voel – vervolgens 3 X, waarna 2 X, waarna 1 X.
- Trillen, zingen, dansen.
- Het beluisteren van energieke muziek.
- Ademhaling gebruiken als focus. Hierbij let je op of er diepe, oppervlakkige, buik- of borstademhaling is. Kan je verschillen opmerken tussen de manieren van ademen?
- Beweging gebruiken als focus. Hierbij kan je negatief ervaren situatie van hypo-arousal oproepen. Welke reactie vinden er in je lichaam plaats? Wat zou je willen doen? Hierbij leer je lichamelijke reactie waar te nemen en kan je in het hier en nu bekijken hoe dit is en wat je zou willen doen (zie 2.1, mentaliseren).

Sensorimotor therapie kan ook gecombineerd worden met exposure (of is sensorimotor therapie al genoeg exposure?). Het doel is dat je focust op een gevoel waarin je sterk de neiging ervaart om te vermijden. Als er EMDR wordt gegeven dan doe je een korte BLS (bilaterale stimulatie middels lichtbalk, zie 8.4) van max 20 sec in een rustig tempo. Check altijd van tevoren of het tempo goed is en of de lichtbalk oké is. Kies anders een andere BLS of doe het niet in combinatie met EMDR. Hierin is de client leidend. Als je EMDR doet dan geef een je BLS als de spanning te hoog oploopt of woorden wegblijven. Loopt het verhaal daarna weer door dan stop je met EMDR. Het gaat om exposure en hierbij kan het al genoeg zijn dat iets aandacht krijgt.

Een instructie-voorbeeld die je kan doen bij sensorimotor therapie

1. Start met uitleg geven over wat het doel is (psycho-educatie): leg uit dat het gaat om het stilstaan (vertragen) bij iets in het lijf dat spanning oproept. Deze spanning wordt niet weggemaakt maar blijf je juist bij stilstaan zodat je kan onderzoeken welke gedachten, woorden, herinneringen of gedragingen hierbij horen (zie figuur 2.2). Alles mag er zijn wat er ook is (zie 7.1, integratie).

2. Begin met: 'Als we het hier zo over hebben, wat merk je op bij jezelf?' Dan komt er een respons en op deze respons ga je focussen door te vragen: 'Waar in je lijf voel jij dit nu? In je hoofd, buik, borst, benen, armen, handen, voeten, gezicht, ogen, keel en/of oren'. Je kunt dan doorvragen op wat dit oproept en welke beweging het lijf wil (af)maken. Je hand leggen op de plek waar iets waargenomen wordt zoals bij druk op de borst of onrust in de buikregio, zorgt voor meer erkenning, bewustwording. Deze handoplegging kan ook kalmerend werken.
3. Steunende en activerende korte zinnen zijn: 'Blijf er bij', 'Merk het op', 'Ga er op door'. Bij sensaties in armen of benen kan gevraagd worden, 'Wat zou het dan willen?'. Dit gaat meestal over bewegingen die niet af zijn gemaakt zoals wegduwen, wegrennen, slaande beweging. De beweging kan dan alsnog worden gemaakt of in ieder geval in gedachten worden afgemaakt. Als iemand pijn in de maag heeft, vraag dan naar betekenis hiervan. Je kan ook doorvragen om het in gedachten iets wat wordt gevoeld groter of kleiner te maken, om het te verschuiven of op afstand te zetten.
4. Je laat het proces lopen en een ervaring markeer je door er stil bij de blijven staan. Check tussendoor of het oké is voor de cliënt ('Is het voldoende?', 'Kan en wil je door?'). Toestemming vragen tussendoor zorgt ervoor dat de controle bij de cliënt blijft (zie 3.2, autonomie).
5. Blijf bovenstaande stappen herhalen. Hierdoor blijft het proces lopen met beelden, gedachten en lichamelijke sensaties met de reacties die opkomen. Blijf ruimte maken voor wat er zich aandient en stimuleer dit met behulp van nieuwsgierigheid zonder dit in te vullen. Geeft ruimte om hetgeen zich aandient te verwoorden (mentaliseren, 2.1).

9.2.2 Bokstherapie

Een tweede voorbeeld van lichaamsgerichte therapie is bokstherapie. Hieronder leggen we de praktische toepassingen uit, wat het kan doen en waarbij boksen kan helpen.

Je kunt boksen op 2 manieren gebruiken in de therapie:

1. *Verwerken van bepaalde ervaringen*

Doordat je met boksen je lichaam in beweging zet en houdt en hierbij denkt aan bepaalde gebeurtenis(sen), belast je het werkgeheugen zoals je dit ook doet bij EMDR (zie uitleg EMDR, 8.4). Tijdens het boksen kun je vragen: 'Welke lichamelijke sensaties voel je?', 'Hou deze vast'. Vervolgens kan je vragen of er een beweging moet worden afgemaakt en dan kun je meebewegen als sparringpartner. Of je wilt meer kracht oproepen en dan houdt je als sparringpartner juist tegen om uit te lokken dat de ander meer kracht gaat zetten om terug te duwen.

2. *Blootstellen van coping gedrag*

Coping is de manier waarop iemand omgaat met stressoren of problemen. In de ring kan de manier van coping onderzocht en uitgewerkt worden. Door de druk in de ring op te voeren kan er namelijk een reactie worden uitgelokt. Wordt er initiatief genomen? Of is er een afwachende houding zodat de ander initiatief neemt? Welke associaties horen daarbij? Je kunt hierbij kiezen om de link te leggen naar eerdere ervaringen (zie hoofdstuk 1). Bij het opkomen van woede, boosheid, irritatie dan kun je met dit gevoel op de pads slaan. Bespreek wat er gebeurt, hoe het is om bij het gevoel te blijven en hoe het lijf daarop reageert. Je kunt ook kiezen om nieuw gedrag te laten ervaren. Een voorbeeld is de regie nemen in het boksen waardoor de ander jou moet volgen. Of je kan blijde gevoelens ervaren door spontaniteit aan te brengen in het aanbieden van de pads. Hier kun je dan ook weer bij stilstaan, hoe het is en hoe je lichaam reageert. Dus er zijn vele opties en bekijk samen wat kan, wat leuk is of vervelend.

9.2.3 Yoga

Tijdens yoga blijf je in het hier en nu en oefen je met aandacht. Het gaat hierbij niet om de houding maar vooral om bewustwording, beleving en adem. Het woord 'yoga' is afkomstig uit het Sanskriet (Oud-Indiaas). Yoga is een oefen-methode die gaat over het verbinden en in evenwicht brengen van

geest en lichaam, binnen en buiten, spanning en ontspanning. Met behulp van lichaamshoudingen, adem en ontspanning leer je bewust voelen en ervaren. Hierdoor kun je meer in balans komen. Daarnaast kun je met yoga werken aan kracht en souplesse, oefen je op concentratie en leer je overbodige spanning in je lichaam te herkennen en weer los te laten. Het doel bij yoga is onder andere om een betere lichamelijke gezondheid te krijgen, het leren beheersen van de adem, beheersen van je concentratie en je gedachten stromen. Je leert je bewegingen en ademhalingen te controleren. Vooral je adem heeft grote invloed op het reguleren van spanning en kunnen ervaren van veiligheid. Hoe trager je adem hoe meer je lichaam reageert vanuit een veilige modus. Let op dat je niet vervalt in een oppervlakkig ademhaling omdat deze ademhaling hoort bij hypo-arousal en dus gekoppeld is aan onveiligheid (zie hoofdstuk 5, het polyvagale systeem).

Je moet op je eigen grenzen letten en er vooral niet overheen gaan. Er is altijd een aanpassing of variatie mogelijk zonder in te moeten boeten aan de uitdaging en vooruitgang. Yogaposes zijn zo ontworpen dat ze je lichaam sterker en flexibeler maken zonder je lichaam en grenzen in gevaar te brengen. Naast de ademhaling is het belangrijk om de juiste combinatie van kracht, mobiliteit en evenwicht op te bouwen. Het gaat bij yoga niet om het doen van gecompliceerde en ongemakkelijke lichamelijke oefeningen. Veel mensen denken dat ze niet lenig genoeg zijn voor yoga maar je lichaam heeft gewoon tijd nodig om zich te ontwikkelen. Zingen is ook een goede manier, net als neuriën en een muziekinstrument bespelen. Luisteren naar rustige muziek werkt kalmerend voor je zenuwstelsel (zie figuur 5.2).

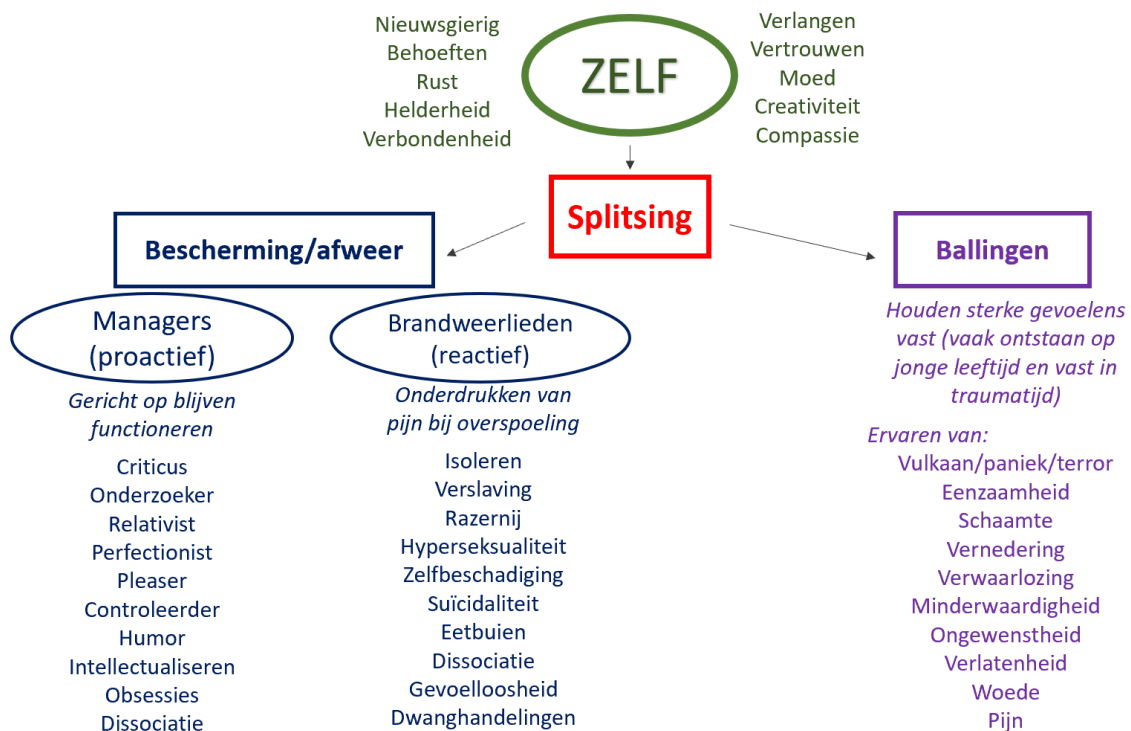
9.3 Het Internal Family System (IFS)

Emotionele verwaarlozing, fysieke mishandeling en seksueel jeugdtrauma raken het **zelfsturend** systeem doordat er in deze situaties sprake is of was van onveiligheid (hoofdstuk 1). Deze onveiligheid gaat gepaard met angst en het weg moeten houden van eigen behoeften, verlangens en gevoelens. Als de angst te groot wordt om iets van jezelf te laten zien dan moet zelfs deze angst worden weggehouden om door te kunnen gaan. De angst moet afgeweerd worden om jezelf te beschermen en dit doe je met behulp van afweer (zie 2.2). Door het aanleren van beschermingsmechanisme (afweer) lukt het om jezelf te beschermen in tijden dat dit nodig is. Dit kan gepaard gaan met interne conflicten tussen 'behoefte/verlangens versus afweer' en 'afweer versus afweer'. Voorbeelden zijn: *'liefdevolle zorg willen (verlangen) versus gevoelloosheid (afweer)'* of *'zelfverachting (afweer) versus grootsheidswaan (afweer)'* of *'passief ondergaan (afweer) versus boosheid uiten (behoefte)'*. Deze interne innerlijke conflicten kosten veel energie waardoor er minder energie overblijft om situaties te overzien en te bedenken welke andere opties er zijn.

Psychotherapie gaat over het begrijpen van de verschillende manieren van zelfbescherming en het realiseren van dat gedragingen en gedachten nodig waren ook al lijken ze nu onaanvaardbaar (zie 7.1). Het doel is dat vaardigheden, gedrag, emoties en overtuigingen eindelijk gedeeld kunnen worden zodat er geen noodzaak meer is om dát weg te houden waar eerder niet naar gekeken kon worden (zie hoofdstuk 1). Vervelende of intrusieve gedragingen, gedachten, beelden of lichamelijke sensaties kunnen dan gerealiseerd worden. Na de realisatie kan je opnieuw gaan kijken of je de aangeleerde bescherming nog wilt gebruiken en zo ja wanneer je deze bewust kunt toelaten. Deze keuze vrijheid zorgt ervoor dat je de regie weer kunt nemen over jezelf in wat jij wilt.

Hieronder, figuur 9.3, staat een model waarin te zien is hoe het 'zelf' met eigen behoeften en verlangens wordt beschermd door splitsing. De splitsing zorgt voor een onderverdeling van bescherming en gevoelens die niet te verdragen zijn. Door het inzetten van bescherming/afweer lukt het om sterke en pijnlijke gevoelens zoals paniek, schaamte of vernedering buiten je bewustzijn te houden. De paniek, pijn, schaamte en ongewenstheid worden intern afgesplitst gedragen door de 'ballingen' waardoor deze nare gevoelens dus niet steeds gevoeld worden. Door het afdekken van gevoelens die te heftig zijn of waren, lukt het om zo optimaal mogelijk door te gaan. Het doel in therapie is om in te gaan zien welke bescherming er is, wat het doet en waarom je deze bescherming

nodig had (zie hoofdstuk 1). Hierna komt er meer ruimte voor het 'zelf' en voor zelfcompassie, vertrouwen, rust, helderheid, creativiteit, behoeften, verlangens en verbondenheid. Vanuit nieuwsgierigheid kijken naar jezelf en je geschiedenis is een basis die nodig is om tot verandering te komen.



Figuur 9.3 Het zelf en de splitsing in bescherming en ballingen om de sterke gevoelens buiten het bewustzijn te houden.

De bescherming kun je dus ook zien als afweer zoals beschreven in paragraaf 2.2. Je kan het zien als een beveiligingssysteem tegen (nieuwe) aanvallen op je eigenwaarde, je gevoelens of bestaansrecht. Bij de IFS-methode werk je zoveel mogelijk via het 'zelf'. Het doel van therapie is 'ontmenging' van het 'zelf' met de beschermende afweer (zie figuur 9.3). Als de bescherming minder nodig is omdat het 'zelf' krachtiger en autonomer wordt dan kun je makkelijker kijken naar wat er vroeger niet kon of mocht zijn, wat je nu wil en welke behoeften en verlangens je hebt. Hieronder wordt figuur 8.3 en de interne conflicten (met fobieën) verder uitgelegd. Extra aandacht wordt nog gegeven aan dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) omdat bij DIS de afstanden tussen de afweermechanismen en de ballingen groter zijn wat integratie (zie 7.1) bemoeilijkt.

Bescherming (brandweertlieden en managers) en ballingen

De ballingen dragen het giftige afval van het hele systeem. Ze bewaren de nare herinneringen, gewaarwordingen, overtuigingen en emoties zoals doodsangst, ineenstorting, angst voor verlies, angst voor bestaansrecht, vernedering en onderwerping. Als er meer ruimte komt voor het zien, ervaren en voelen van de ballast van de ballingen dan kan deze erkenning en realisatie (zie 7.1) gepaard gaan met overweldigende fysieke gewaarwordingen. De controle over de ballingen met hulp van je bescherming ga je dus niet zomaar opgeven. De brandweertlieden (reactief, zie figuur 9.3) onderdrukken of blokkeren gevoelens, overtuigingen en sensaties van de ballingen zodat de intern gevoelde pijn niet gevoeld hoeft te worden. Het overdekken met afleidend gedrag helpt om de sterke gevoelens en schadelijk overtuigingen zoveel mogelijk buiten het bewustzijn gehouden. De managers (proactief, zie figuur 9.3) stellen je in staat om het vol te houden bij de opvoeders of anderen zodat je optimaal kan functioneren in het gezin en op het gebied van school, studie, werk, relatie en sociale contacten. Het proactief bezig

zijn met je omgeving helpt om de kans te verkleinen op herhaling van vernedering, verlaten en paniek. Voorbeelden zijn jezelf (alvast) bekritisieren, perfectionistisch, geremdheid en zorgvuldige oplettendheid met als doel om niet teveel aandacht op jezelf te vestigen. Samenvattend: zowel de brandweerlieden als de managers reguleren de toegang tot de ballast van de ballingen zodat het zelf-systeem niet overspoelt raakt.

Door veranderingen of verschuivingen in je bescherming kunnen conflicten ontstaan tussen de beschermers onderling en tussen de beschermers en het 'zelf'. Deze interne strijd komt door de angst voor verlies van controle over jezelf en anderen. Deze interne strijd kan ook verplaatst worden naar anderen of naar de wereld om je heen (zie ook hoofdstuk 4). Het loslaten van beschermend gedrag zal bijna altijd angst oproepen want dit loslaten gaat gevoelsmatig ten koste van je zorgvuldig opgebouwde controle systeem.

Vertrouwen in je mogelijkheden, oefenen van nieuw gedrag in een veilige setting, nieuwsgierigheid en jezelf kunnen opmerken, zorgen er voor dat de brandweerlieden en managers hun taken kunnen loslaten. Door het loslaten van deze taken komt er meer ruimte voor onderliggende gevoelens, gedachten en gedragingen (hoofdstuk 2). Aansluitend kan er erkenning, realisatie, synthese en integratie plaatsvinden (zie 7.1). Het proces gaat vaak gepaard met grote woede omdat ineens opgemerkt kan worden dat je als kind alleen gelaten bent, verwaarloosd bent, mishandeld bent of seksueel misbruikt (zie hoofdstuk 1). Deze woede moet worden doorgewerkt om daarna ruimte te maken voor jezelf. Daarna kun je alsnog leren om met compassie naar jezelf en naar je geschiedenis te kijken en komt er ruimte om op een andere manier met jezelf om te gaan.

De verschillende mechanismen kunnen ook verklaard worden vanuit het poly vagale systeem. Zo komen sommige beschermers uit de dorsale tak van de parasympaticus en anderen weer uit de sympathische tak. Voorbeelden uit de dorsale tak zijn: dissociatie, suïcidale gedachten, schaamte, verdoofd voelen en gevoelloosheid. Voorbeelden uit de sympathische tak zijn: woede, paniek, flashbacks, drinken, pleasen of de interne criticus. Zie voor verdere informatie over het polyvagale systeem hoofdstuk 5.

Conflicten en fobieën

De impact van conflicterende bescherming kan groot zijn. Als de impact van zo'n conflict te groot is dan wordt hiervoor intern een oplossing gevonden door het ontwikkelen van een fobie voor dit conflict. Dit kan gepaard gaan met wantrouwen naar jezelf, angst om te voelen, angst voor je lichaam of totale afwijzing van jezelf. Deze opgebouwde bescherming helpt om niet te hoeven realiseren hoeveel lijden er was tijdens de verwaarlozing, fysiek geweld of seksueel jeugdtrauma (zie hoofdstuk 1). De pijn die realisatie met zich meebrengt, kan enorm zijn. Voorbeelden zijn: het realiseren dat je zelf niet in staat was om voor jezelf op te komen, de realisatie van het uitblijven van geborgenheid, de realisatie dat er geen rekening gehouden werd met jouw grenzen, de realisatie (bewustwording) dat je ouders er echt niet voor je waren of de realisatie dat de omgeving je in de steek heeft gelaten terwijl ze wel het lijden zagen. Psycho-educatie kan een eerste stap zijn om cognitief bij te sturen. Uitleg geven over bestaan en voortbestaan van de problemen en klachten of uitleg te geven over de verschillende uitingsvormen van bescherming kan inzicht geven in hoe je geleerd hebt om zo goed mogelijk voor jezelf te zorgen. Door het geven van uitleg kan de compassie terugkomen voor jezelf en kun je leren om de regie te nemen over je huidige leven. Welke managers of brandweerlieden je wilt behouden, is altijd dan nog een keuze die je kunt maken. Het doel is niet om alles los te laten want jezelf beschermer op een wijze die passend voor jou is, mag je natuurlijk altijd blijven doen.

Behandeling

Een behandeling start met wat er in het hier en nu aanwezig kan zijn zodat je bewust in de sessie aanwezig bent. Belangrijk is te benoemen dat er verlangen is naar het niet meer lijden en dat interne conflicten kunnen stoppen. Er wordt gepraat vanuit het 'hier en nu' over wanneer de afweer gestart is, waarom de afweer gestart is en waarom de interne conflicten noodzakelijk waren om door te gaan in een periode toen er onvoldoende steun en bescherming was. Als er sprake is van intense angst voor

mentale handelingen en bewustwording van de inhoud, kan er gesproken worden van een fobie. Een fobie wordt eerst onderzocht en bekeken. Vaak is er ook sprake van een fobie om samen te werken met een therapeut omdat er verstoring is in de veilige hechting (zie ook hoofdstuk 3). Het contact tussen de client en behandelaar zal dan ook een onderdeel uitmaken van de behandeling (zie hoofdstuk 4).

Vragen die gesteld kunnen worden: 'Welk gevoel heb je over en van jezelf?', 'Waar maak jij je zorgen over?', 'Waar ben je bang voor dat er kan gebeuren als je meer te weten komt over jezelf?', 'Wat is het ergste dat zou kunnen gebeuren als je X zou toelaten van binnen?', 'Waar voel je de weerstand het meeste?', 'Hoe voelt de vermijding van binnen?', 'Hoe is het om dat op te merken?', 'Wat gebeurt er als je er de aandacht op richt, blijft het dan hetzelfde?', 'Welke houding zou je kunnen aannemen om meer in het hier en nu te blijven?'.

Dissociatieve identiteitsstoornis (DIS)

Dissociatieve identiteitsstoornis wordt gekenmerkt door een onderbreking en/of discontinuïteit in de normale integratie van geweten, geheugen, identiteit, emoties, perceptie, fysieke identiteit, gedachten, gevoelens, motoriek en gedrag. De onderbreking van integratie wordt ook wel fragmentatie genoemd. Een synoniem voor fragmentatie is versplintering. Bij DIS is er dus sprake van versplintering van interne processen die juist samen zouden moeten werken (integratie, zie 7.1). Als gevolg van de versplintering ontstaat er een innerlijke chaos en ben je niet meer in staat je gedachten te ordenen. Je voelt je erdoor verward. Allerlei nare gevoelens (ballingen) kunnen opgeroepen worden waardoor je in een negatief denkscenario terecht kan komen. Chaotisch zijn maakt het moeilijk om een gevoel van controle te krijgen over je leven, je te concentreren op iets of een besluit te nemen. Door het inzetten van beschermingsmechanisme (zie figuur 9.3) lukt het om gedeeltelijk de controle terug te pakken. Bescherming wordt dus ingezet om de pijn en doodsangst weg te houden maar kunnen daarbij wel een deel van de energie van de misbruiker overnemen. Hieronder bespreken we kort waar je tegenaan kan lopen in de therapie.

- Sommige beschermers hebben door de versplintering geen idee hoe ze mogen of kunnen communiceren en missen basale vaardigheden. Ze hebben moeite in het realiseren en hebben moeite met het tolereren van emoties (negatief en positief).
- Sommige 'delen' idealiseren de dader want ze hebben door de versplintering geen idee van het misbruik of de verwaarlozing (zie ook hoofdstuk 4).
- Of beschermers drukken het conflict weg en promoten empathie en samenwerking met anderen buiten jezelf of met intern andere beschermers.
- De ballingen lijden het meest onder het trauma. Ze kunnen bevrozen doordat ze de pijn, doodsangst en het verraad dat heeft plaatsgevonden, moeten dragen. Er kan een idee zijn van complete vernietiging die plaats zal gaan vinden (de wereld zal kapot gaan) als een balling gaat praten. Dit is hetzelfde gevoel van vernietiging die er was in de afhankelijke kindertijd bij opvoeders (zie hoofdstuk 1). Bescherming wordt gevormd om de ballingen uit je bewustzijn weg te houden maar kunnen daarbij een deel van de energie van de misbruiker/dader(s) overnemen.
- Het dader-imiterende gedrag zorgt voor een sterke verdediging tegen realisatie. Je moest het daderschap zelf dragen omdat je niet in staat was om het daderschap terug te geven vanwege de angst dat de dader zich tegen je keerde (zie hoofdstuk 4). Ook de realisatie dat je niet werkelijk de dader bent kan veel pijn en leed veroorzaken door verlies en spijt (zie 3.2).
- Gefragmenteerde interne critici, negatieve innerlijke representatie of interne slechte objecten kunnen ervoor zorgen dat de cyclus van misbruik binnenin voortduurt met als gevolg: angst en schaamte (zie 3.2). Zo kan een negatief zelfbeeld, je verantwoordelijk voelen en het gevoel van schuldig zijn in stand worden gehouden.
- Boze beschermers kunnen stoppen met boos zijn door in het hier en nu te blijven en te leren begrijpen waardoor deze boos komt. Als het kan moet er eerst gewerkt worden met deze

beschermers want dan komt er meer vrije ruimte voor de kwetsbare beschermers en ballingen.

- Andere beschermers (zie figuur 9.3) willen dat de kwetsbaarheid (de ballingen) wordt afgedekt en deze beschermers kunnen zeggen dat je bijvoorbeeld moet stoppen met huilen. Uitleg geven over waarom er gehuild wordt en dat het juist aandacht behoeft, kan helpen om het verdriet te gaan zien en te gaan begrijpen. Er komt dan ruimte om de pijn, verdriet, eenzaamheid of het lijden te gaan zien.

Het einddoel is het leren herkennen van de interne re-enscenering (herhalingen), het herkennen van de beschermers en waarom deze bescherming nodig waren. Hierna komt er ruimte voor eigen kwetsbaarheden (ballingen) en de sterke punten die er ook altijd zijn.

Een voorbeeld van psycho-educatie bij versplintering (DIS) kan zijn: *'Deze beschermers van jouw zijn begrijpelijk en net zo belangrijk als alle andere beschermers van jezelf. Ze zijn ontstaan om je te helpen in zeer moeilijke omstandigheden en hebben pijn, angst en schaamte voor je opgevangen' (ballingen).* Aansluitend kan je een voorbeeld noemen. *'Ik begrijp dat dit alles bedreigend en pijnlijk voor je is en dat je vindt dat het helemaal niet helpt. Maar deze beschermer probeert je te beschermen ook al is dat nu niet op een hele effectieve manier. Het wil bijvoorbeeld niet dat jij vertelt wat er is gebeurd en komt in de weerstand uit bescherming van jou (het zelf). Deze zelfbescherming komt misschien doordat het je niet wil dat je te snel gaat. Als je hiernaar luistert en minder snel gaat dan kunnen andere beschermers in je zich wat veiliger gaan voelen. Misschien is deze beschermer bang voor wat er gaat komen, dat veranderingen alleen maar dingen slechter maken omdat je niet gewend bent dat iets nieuws ook iets goeds kan betekenen. Een beschermer kan ook het gevoel of gedachte hebben dat het geen controle heeft over wat er om je heen gebeurt en probeert controle over jou te houden (bescherming). Snap je de bedoeling om te beschermen ook al is de manier waarop nu niet meer efficiënt?'*

Hieronder staan voorbeeldenvragen om inzicht te krijgen in wat er intern speelt. Belangrijk is dat je de spanning in de gaten houdt zodat je zoveel mogelijk werkt binnen de window of tolerance (zie 7.2).

- *Vragen die gesteld kunnen worden aan en over het 'zelf':*
 - Welk beschermer heeft als eerste aandacht nodig?
 - Waar voel je deze bescherming het meest? In, op of rondom het lichaam? Wat valt je daaraan op?
 - Op welke leeftijd is deze beschermer ontstaan?
 - Wat zou er gebeuren als het zijn taak niet meer zou uitvoeren?
 - Wat wil deze beschermer je laten weten?
 - Hoe heeft het deze taak gekregen?
 - Als het deze taak niet had wat zou deze beschermer dan doen?
 - Vaak weten beschermers niet hoe oud het 'zelf' is dus je kunt vragen hoe oud ze denken dat het 'zelf' is. Je kunt ook in het hier en nu hardop laten uitspreken dat je nu volwassen bent en hoe oud en dat je nu zelf in staat bent om interne problemen, pijn, verdriet, woede op te vangen. Zo kunnen de ballingen misschien meer loslaten van wat ze al jaren lang vast moeten houden.
 - Als praten nog te moeilijk is dan kan het interne systeem geëxternaliseerd worden (buiten jezelf plaatsen) met behulp van poppetjes, lego, tekenen etc. Overleg wat meest beeldend is of juist minst omdat te grote confrontatie ook teveel angst weer teweeg kan brengen.
- *Vragen die kunnen helpen als er contact is met een beschermer:*
 - Wat is jouw taak en hoe heb je deze gekregen en hoe oud was je?

- Hoe oud denk je dat het 'zelf' is?
- Wie probeer je te beschermen?
- Wat wil je dat het 'zelf' weet?
- Wat zou je willen doen als je deze taak niet had, de taak van zorgen of beschermen?
- Vaak worden het 'zelf' en de ballingen beschermd: je kan de angsten uitvragen en of er sprake is overspoeling.
- Vragen om een balling aan te kijken om zo het contact te maken.
- De balling is alleen gelaten door het 'zelf' dus de balling kan boos zijn. Belangrijk is dat het 'zelf' erkenning geeft aan de balling, excuus maakt, omarmt, meeneemt naar veilige plek in het heden en angsten bespreekt.

9.4 Exposure en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Exposure is jezelf herhaaldelijk en systematisch blootstellen aan hetgeen waar je bang voor bent. Het betekent dat je jezelf steeds meer blootstelt aan datgene waarvoor je angstig bent en gaat ontdekken dat je het gevoel, de gedachte, de beweging of het object steeds beter kunt verdragen. Door de angst op te zoeken in plaats van het af te weren (zie 2.2 en figuur 9.3, ballingen), zal uiteindelijk de angst en de lading voor nare herinneringen afnemen (zie hoofdstuk 1). Angsttolerantie speelt bij exposure een belangrijke rol. Angsttolerantie gaat over verdraagzaamheid ten opzichte van angst. Anders gezegd: in welke mate kun je angst voor nare, beladen herinneringen verdragen? Of nog anders gezegd: ben je in staat om de angst te verdragen van iets waar je zo bevreesd voor bent dat je er niet naar durft te kijken? Aan de ene kant kan je de tolerantie voor angst verhogen en aan de andere kant zou het mooi zijn dat je niet meer zo angstig hoeft te zijn. Voorbeelden om de tolerantie te verhogen zijn het inzetten van Resource Development and Installation (RDI, zie hieronder), steun zoeken en samen doen of afleiding krijgen zoals met bilateraalstimulatie (BLS) bij Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Bij BLS worden 'heen en weer' afleidingen aangeboden. Voorbeelden zijn de lichtbak of geluid-tikjes in je rechter en dan weer in je linker oor. Aan de ene kant kun je dus de tolerantie van angst verhogen maar aan de andere kant kan ook de angst voor een angstig of naar beeld worden verminderd. Een voorbeeld hiervan is: het beeld, het object, de gedachte, het gevoel of een beweging op afstand zetten. Op afstand zetten kan met behulp van tekenen, uitbeelden met poppetjes of een visuele muur plaatsen tussen jezelf en een herinnering. Of de angst kan worden verminderd doordat je eerst gaat werken met een fractie of fragment uit het angstige object, beeld, herinnering.

Imaginaire exposure (IE), imaginaire rescripting (IR) en EMDR kunnen helpen om angst te verminderen zodat er opnieuw gekeken kan worden naar de totale context waarbinnen de klachten en problemen zijn ontstaan (zie hoofdstuk 1 en 7.1). Hieronder leggen we alle drie de interventies uit. EMDR krijgt meer tekst vanwege dat over EMDR meer is geschreven en meer onderzoek is gedaan. Dit wil natuurlijk niet zeggen dat EMDR beter is dan IE of IR. Na psycho-educatie over de verschillende manieren van exposure kun je samen kijken welke interventie het best aansluit.

Imaginaire exposure

Bij imaginaire exposure (IE) stel je jezelf in gedachten opnieuw bloot aan een herinnering (zie hoofdstuk 1). Bij IE wordt er gevraagd om een angstige, nare herinnering op te roepen en deze herinnering op een levendige en gedetailleerde manier te beschrijven. Zo'n nare herinnering wil je het liefst wegstoppen omdat het angst en andere vervelende emoties kan oproepen. Door het opnieuw kijken naar de herinnering vanuit het hier en nu ga je ervaren dat je de herinnering van de gebeurtenis aankan, dat je de controle niet verliest en dat de gebeurtenis jou op dit moment geen kwaad kan doen.

Imaginaire rescripting

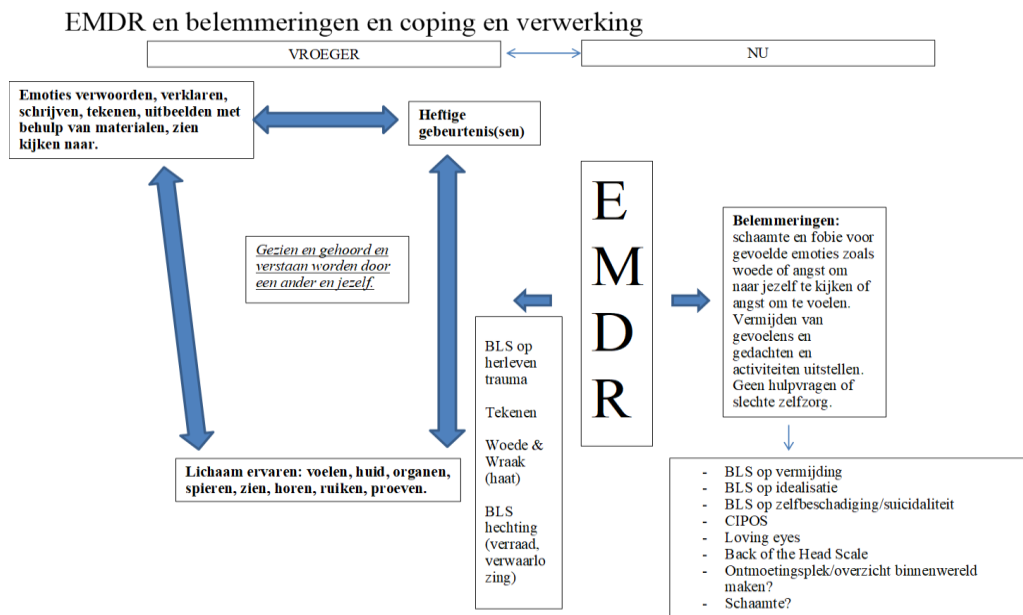
Imaginaire rescripting (IR) is een andere vorm van exposure. Het doel van IR is om angstige herinneringen of nare beelden aan te pakken (zie hoofdstuk 1). Bij IR haal je herinneringen op en ga je deze opnieuw bekijken en aanvullen (herschrijven/rescripten). Door het aanvullen of herschrijven ga je merken dat je meer grip krijgt op nare herinneringen. Hierdoor kan spanning en angst voor iets wat is geweest afnemen en lukt het je meer om in het hier en nu de regie te houden over jezelf en je herinneringen.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Nare herinneringen/ervaringen zijn opgeslagen met beladen beelden, betekenissen, emoties en lichamelijke sensaties (zie figuur 9.1). Als deze opgeslagen informatie veel angst oproept dan wordt deze informatie geblokkeerd met als doel om de angst zoveel mogelijk buiten het bewustzijn te houden (zie 2.2, afweer). Met behulp van EMDR kan deze blokkade aangepakt worden zodat er ruimte komt om de achterliggende informatie te verwerken. EMDR kan worden toegepast met een standaard procedure of met een aangepaste procedure. Hieronder wordt dit toegelicht.

De standaard EMDR-procedure maakt informatie weer toegankelijk en activeert het verwerkingssysteem waardoor aansluitend integratie kan plaatsvinden (zie 7.1, integratie). Je gebruikt in de standaard procedure BLS (bilateral stimulation) voornamelijk als je bepaalde targets wil desensitiseren (minder gevoelig of beladen maken) en bepaalde realisaties (bewustwording) wil versterken (zie 7.1, realisatie). Het standaard protocol werkt goed als er *geen* ingewikkelde afweer is (zie 2.2). Bij complex psychotrauma kan het standaard protocol *averechts* werken omdat er onvoldoende vermogen is om in het hier en nu te blijven bij triggering van een traumanetwerk (figuur 8.1). Je ziet bij complex psychotrauma meer hardnekkige, rigide, stugge, complexe afweer en dit is er niet voor niets (zie figuur 9.3, IFS). Blijkbaar is deze afweer nodig geweest om door te kunnen gaan in een situatie waar sprake was van onveiligheid, niet gezien of gehoord worden (zie hoofdstuk 1). Houd bij complex psychotrauma de angsttolerantie goed in de gaten (zie figuur 9.2, window of tolerance en 7.2, regulatie) en pas een aangepaste procedure toe.

BLS kan je bij complex psychotrauma met complexe afweer inzetten in de verschillende fases van behandeling. EMDR kan ingezet worden voor het (ver-)bewerken van herinneringen (vroeger) maar EMDR kan ook ingezet worden op het leren voelen van iets wat nog niet gevoeld kan worden (hier en nu). EMDR kan dus worden ingezet op vroeger, iets dat nog niet verwerkt is en nog gezien, gehoord en verteld moet worden. EMDR kan ingezet worden op automutilatie, suïcidaliteit, schaamte, lichamelijke sensatie of op een fobie. Zie hieronder figuur 9.4 voor een overzicht.



Figuur 9.4 EMDR voor verwerking heftige gebeurtenissen in het verleden en EMDR voor problemen die in het hier en nu spelen en verwerking kunnen blokkeren.

EMDR doe je altijd in overleg met de cliënt waarbij de cliënt leidend is. De grens van de cliënt is de grens van de therapeut. Psycho-educatie is een belangrijk onderdeel van de interventie en doe je voor, tijdens en bij afsluiting van de interventie. Dit geldt natuurlijk niet alleen voor EMDR.

Hieronder geven we uitleg over hoe EMDR (mogelijk) werkt, wat de effecten van BLS (bilaterale stimulatie) kunnen zijn en wanneer je RDI (resource development and installation) kan inzetten. Als laatste wordt er één voorbeeld uitgewerkt. Voor andere exposure en EMDR toepassingen of voorbeelden zie bijlage 1.

- *De werkgeheugentheorie*

Het uitgangspunt van deze theorie is dat het extra belasten van het werkgeheugen, zorgt voor verandering in het opslaan van een traumatische ervaring in het lange termijn geheugen (zie ook 6.1). Het werkgeheugen is in staat om verschillende taken tegelijkertijd uit te voeren. Voorbeelden zijn het plannen van taken, het oplossen van problemen maar bijvoorbeeld ook het ophalen en het opnieuw vastleggen van herinneringen. Het werkgeheugen heeft echter een beperkte aandacht-capaciteit. Het gevolg daarvan is dat door het uitvoeren van de ene taak de prestaties op een andere taak onder druk komt te staan. Door het overbelasten van het werkgeheugen met verschillende taken vindt er 'verval' (desensitisatie) van de herinneringsbeelden plaats en verliest de herinnering steeds meer de emotionele component als deze wordt weggeschreven naar het lange termijn geheugen. Kortom, de werkgeheugentheorie voorspelt dat concentratie op een afleidende stimulus (zoals de lichtbalk of tikjes via een koptelefoon) tot een vermindering van helderheid en emotionaliteit van een geheugenrepresentatie leidt.

Door de herbeoordeling van de geheugenpresentaties kunnen nieuwe ervaringen worden toegevoegd. De combinatie van eerder opgedane ervaringen en de toegevoegde nieuwe ervaringen kunnen dan opnieuw opgeslagen worden in het lange termijngeheugen (re-consolidatie).

- *Effecten van BLS*

Bilateralstimulation (BLS) wordt gegeven om het werkgeheugen te belasten. BLS kan snel en lang (20-60 sec) of langzaam en kort (3-20 sec). Bij snel/lang zal de lading van een beeld, gevoel, sensatie minder

worden (afleiding) en bij langzaam/kort komt de associaties meer op gang. De effecten van dit belasten worden hieronder kort beschreven.

- Verbreden van associatieve netwerken, je nodigt nieuwe informatie uit.
- Verminderen van sympathische arousal (zie hoofdstuk 5).
- Verminderen van vermijding door belasten van het werkgeheugen.
- Vergroten van het vermogen om afstand te nemen van belastende informatie vanuit het geheugen in plaats van het herbeleven. Het observerend vermogen wordt dus vergroot.
- Verminderen van levendigheid van de herinneringen.
- BLS zorgt voor langzamer denken waardoor er minder wordt gereageerd vanuit het intuïtief denken en de impliciete herinneringen. Er zal een verschuiving plaatsvinden van minder reactief naar meer objectief denken omdat de linker hersenhelft meer wordt geactiveerd (zie schema 5.2 en 7.1).

Als je meer informatie wilt, google dan op de termen die hierboven worden benoemd. Over de BLS is veel informatie te vinden en er wordt nog steeds onderzoek gedaan wat de effecten en verklaringen kunnen zijn van BLS.

- *RDI (Resource Development and Installation)*

RDI kan ingezet worden bij het voorstellen van moeilijke of lastige situaties in je huidige leven. Of RDI kan ingezet worden als een voorbereidende vorm op EMDR. Bijvoorbeeld om je sterker te maken, meer draagkracht te geven. Ook kun je met RDI EMDR positief afsluiten. Het gaat bij RDI om de persoonlijke draagkracht te vergroten en er wordt gewerkt met positieve ervaringen en het toevoegen van hulpbronnen en kwaliteiten. De vraag aan een cliënt is: 'Welke kwaliteiten, hulpbronnen, sterke eigenschappen heb je nodig om deze moeilijke situatie aan te kunnen?', 'Wat zou je willen doen, voelen en over jezelf geloven?', 'Welke ervaringen horen hierbij?'. Of je kunt relationele hulpbronnen of symbolische hulpbronnen inzetten. Met EMDR en geleide imaginatie installeer je een hulpbron en daaraan koppel je verbale en sensorische signalen, zoals geluid, aanraking, geur, licht. Tenslotte koppel je hieraan het toekomstige beeld waaraan de angst is gekoppeld.

- *Exposure en EMDR: een voorbeeld*

Er zijn dus verschillende focussen waarop exposure en EMDR ingezet kan worden. Hieronder beschrijven exposure/EMDR bij regulatie van spanning (hier en nu). Andere mogelijkheden zoals het exploreren van een fobie voor voelen (hier en nu), automutilatie/suïcidaliteit (hier en nu), EMDR op een fractie van een herinnering of op een fragment uit een herinnering (verleden) worden beschreven in bijlage 1. Exposure en EMDR zal niet bij iedereen hetzelfde effect hebben en kan zelfs teveel ontregeling geven. Dus kijk samen wat kan en welke focus mogelijk is. Dit bespreken zorgt al voor meer bewustwording van wat er speelt en nog niet gezien, gehoord, verstaan kon worden.

- *Constant Installation of Present Orientation and Safety (CIPOS)*

Deze vorm van exposure kun je inzetten als er sprake is van een hoge spanning en nog beperkte mate van regulatie is. Bij CIPOS focus je op iets wat er is in het hier en nu. Dit doe je door de client rond te laten kijken in de behandelkamer en te vragen hoeveel spanning ervaren wordt.

Wat er nodig is:

- Voldoende veiligheid kunnen ervaren in het contact met de therapeut en in de behandelkamer.
- En natuurlijk vraag je toestemming, ook tussendoor, 'Is het nog oké voor jou dat we doorgaan met de EMDR?'

Wat je doet:

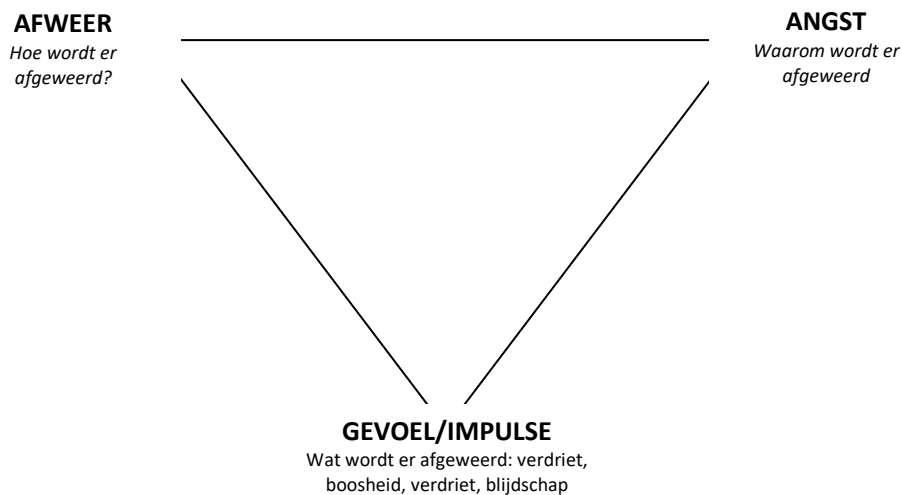
- Je vraagt de client zich te oriënteren op wat er in de behandelkamer te zien is. Het gaat hierbij dus dat je bewust blijft van waar je bent (bewust van tijd en plaats). Dit kan je testen door iemand de behandelkamer rond te laten kijken en vragen, 'Wat zie je?', 'Wat gebeurt er als je rond kijkt?'
- The back of the head scale kun je gebruiken om te checken of iemand voldoende in het hier en nu aanwezig is. Wordt er achterin het hoofd aangegeven dan is de spanning te hoog. Wordt er voorin in het hoofd aangegeven dan is iemand zich bewust van tijd en plaats en zal de spanning ook lager zijn.

Dus hoe verder van het voorhoofd vandaan hoe hoger de spanning wordt. De vraag die je kunt stellen is: 'Waar zit je nu in je hoofd en hoor je mij?'.
Bij CIPOS geef je een kort/langzame BLS om het target te installeren.

Discussie

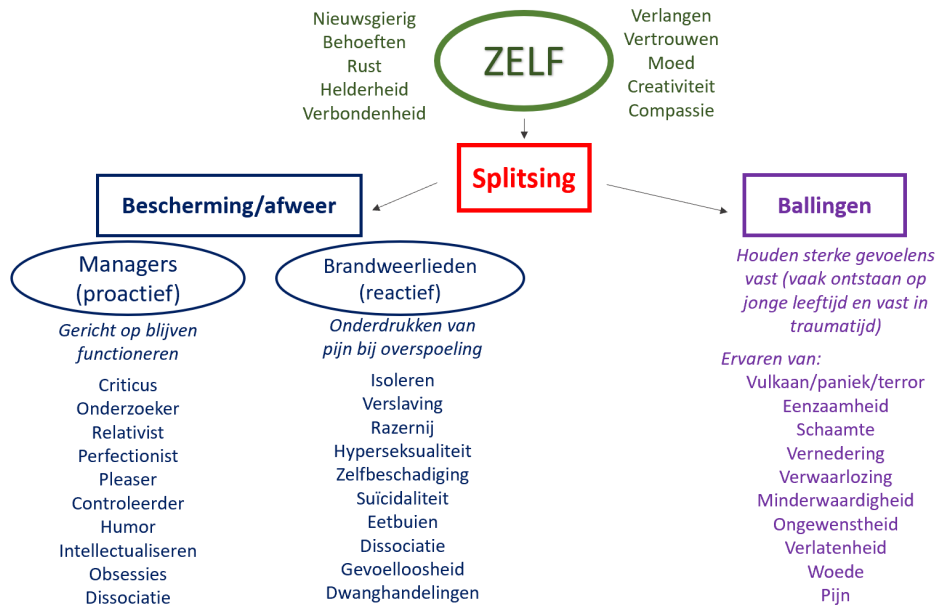
Door dit 'boekwerk' te schrijven is het ons opgevallen dat verschillende interventies of therapieën veel overeenkomst hebben. In deze discussie willen we het Internal Family System (zie 9.3) en de conflict driehoek (zie 2.2) vergelijken met elkaar en laten zien dat ze veel overeenkomsten hebben.

Vanuit psychodynamische visie ontstaan er als gevolg van verwaarlozing en geweld twee conflicterende krachten: aan de ene kant je gevoelens, verlangens en behoeften en aan de andere kant **angst** om deze gevoelens toe te laten omdat je niet gezien, gehoord of verstaan werd of zelfs bestraft werd als je ze liet zien (zie hoofdstuk 1). Als de angst te groot wordt dan kan de angst buiten het bewustzijn gehouden worden met behulp van **afweer** (figuur 1). Dit buiten het bewustzijn houden hielp om door te gaan met je dagelijks leven. Zie voor verdere uitleg onder andere paragraaf 2.2.



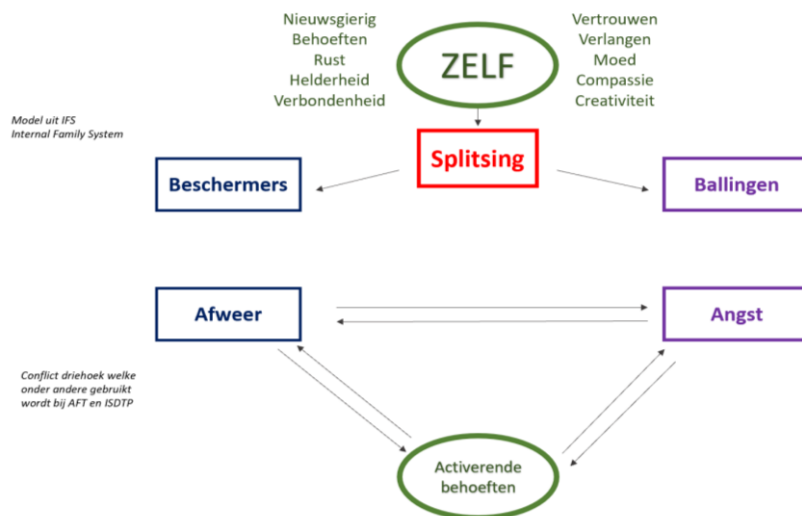
Figuur 1: Een conflict driehoek

In figuur 2 zie je een model dat gebruikt wordt binnen de trauma therapie (zie ook 9.3, IFS). Het '**zelf**' met eigen behoeften en verlangens wordt beschermd door de **ballingen** af te splitsen met behulp van **beschermers**. Door het inzetten van bescherming lukt het om de nare en pijnlijke gevoelens buiten je bewustzijn te houden.



Figuur 2: Een model van het Internal Family System

Hieronder hebben we beiden modellen onder elkaar gezet.



Figuur 3: Bovenstaand figuur is een combinatie van figuur 1 (conflict driehoek) en figuur 2 (Het 'zelf' en de splitsing in bescherming en ballingen om de sterke gevoelens buiten het bewustzijn te houden).

Wat zijn de verschillen tussen figuur 1 en 2? Bij beiden worden nare gevoelens, angst of ballingen, weggehouden uit het bewustzijn door beschermers of afweer. Het 'zelf' en de activerende behoeften worden hierdoor op de achtergrond intern vastgehouden. En wat zijn de verschillen en overeenkomsten met anderen therapieën? Onze visie is dat er gewerkt wordt vanuit dezelfde dynamieken maar bij de ene therapie ligt het accent meer op de bescherming of afweer, bij de ander op angst of ballingen of het versterken van het 'zelf' of de activerende behoeften. Of is dit een te makkelijke uitleg?

Bijlage 1: Verschillende targets voor exploratie

In deze bijlage werken we een aantal interventies uit die ingezet kunnen worden om gedachten, lichaamssensaties, beelden, gevoelens te exploreren. Een definitie van exploratie is: 'het doen van verkennend onderzoek, vooral om iets te vinden'. Dit exploreren kan je doen met exposure of EMDR maar dat hoeft niet. Kijk wat passend is en soms is erbij stilstaan en erover leren mentaliseren al voldoende of een mooie eerste stap van exposure. Zie paragraaf 8.4 voor uitleg van EMDR, RDI en BLS.

- *Exploreren bij fobie om te voelen*

Bij het observeren van een gevoelssensatie kan spanning ontstaan doordat deze gevoelssensatie angst oproept. Bij hoge angst ben je minder goed in staat om jezelf waar te nemen waardoor het exploreren van de gevoelssensatie bemoeilijkt wordt (zie hoofdstuk 5). Samen in een veilige setting kan je kijken hoe je kunt leren om woorden te krijgen voor wat erbij jezelf plaatsvindt.

Een voorbeeld:

Als er boosheid ervaren wordt dan kun je vragen:

'Waar merk je dit op in je lijf?', 'Focus je daarop'. (met EMDR dan korte/langzame BLS)

'Wat zie je?' of 'Wat merk je op?'. 'Focus je daarop'. (met EMDR dan korte/langzame BLS)

Vraag dan weer toestemming om door te gaan.

'Wat gebeurt er nu van binnen?'. (met EMDR dan korte/langzame BLS)

'Wat denk je dat het betekent?'. (met EMDR dan korte/langzame BLS)

'Helpt het je om het te begrijpen?'.
Hierbij gaat het niet om beelden, gevoel en lichaam samen te brengen maar om stap voor stap de cliënt te volgen. Zo leert de cliënt woorden geven aan wat er opgemerkt kan worden. Alleen observeren, cliënt hoeft er niets mee te doen. Het gaat hierbij om het exploreren en spiegelen in wat cliënt zegt en laat zien. Dit kan helpen om het associëren door te laten lopen.

- *Zelfbeschadiging en suïcidale neigingen*

Psycho-educatie over zelfbeschadiging en suïcide dreiging geef je vooraf, tijdens en bij afsluiting. Psycho-educatie zorgt namelijk voor cognitieve bijsturing. En het inzetten van RDI kan helpen om de draagkracht vooraf en bij afsluiting te vergroten. RDI kan helpen om de angsttolerantie te verhogen.

Bij *zelfbeschadiging* heb je context informatie nodig. De volgende vragen die je kan stellen:

- 'Welke triggers zijn er voorafgaande aan de zelfbeschadiging?'

- 'Vanaf welke leeftijd?'

- 'Welke gevoelens zijn gerelateerd hieraan?'

- 'Wat helpt het?'. (hiermee wordt bedoeld dat iets afgedekt kan worden door zelfbeschadiging of dat het helpend is bij ontlading van een ondragelijk gevoel).

- 'Hoe denk je over jezelf voorafgaande aan de zelfbeschadiging?'

- 'Waar komen deze negatieve cognities vandaan?'

Als de context duidelijker is dan kan er ook gestart worden met *EMDR-target*: 'Vertel, laten we de herinneringen onderzoeken van toen je twaalf was'. Dit is de herinnering waarmee je start en BLS kan toevoegen. Belangrijk is dat naast deze herinnering erkenning wordt gegeven aan dat het toen gelukt is om door te gaan.

Vervolgens kun je de vragen stellen:

- 'Wat zie je nu als volwassene wat er toen plaatsvond?'

- 'Hoe voelde het kind zich in dat beeld?'

- 'Welke gedachte hoort hierbij?'

Bij *suicide dreiging* gaat het om het moment van 'niet meer willen', ook wel het 'fucking moment' genoemd. Dit moment ga je samen exploreren: hoe, wanneer, waar (ver weg of waar anderen zich hebben gesuicideerd? Dit laatste brengt groter risico met zich mee), wat helpt het en wat niet en waarom. Verder kan uitgevraagd worden wat de functie is ten opzichte van de omgeving. Is er sprake van onderliggende onbedwingbare woede? Noodkreet voor hulp? Probeer te laten vertellen hoe de cliënt zich voelde. Als er al eerder een TS (tentamen suicide, poging tot suicide) is geweest hoe ging dit toen, waarom en vraag hoe het was toen de dreiging tot suicide afnam. Ook het exploreren 'wat maakt dat je nog wel verder wil leven' kan (aansluitend) besproken worden.

EMDR: de BLS kan in gezet worden op het 'fucking moment'.

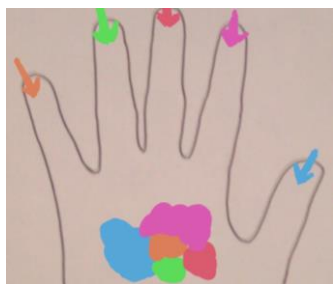
- *Tip of the fingers*

Hierbij wordt gebruik gemaakt van verschillende fragmenten ('stukjes') zoals een emotie, gevoelssensatie, geur, geluid etc. Dit kan je ook met behulp van EMDR uitwerken. Gebruik met EMDR dan een korte/langzame BLS om op het fragment in te zoomen. Als een fragment bewerkt is dan pak je als focus een ander fragment. Je start dus vanuit een fragment en niet met een beeld. Je werkt van buiten naar binnen. Je maakt geen gebruik van beelden zodat er in het hier en nu nieuwe ideeën opgedaan kunnen worden over een fragment.

Het is dus belangrijk is om in het *hier en nu* te blijven. 'Wat merk je nú op', 'Wat merk je nú op bij dit blokkeren?'. Je kan het ook bijvoorbeeld laten tekenen, uitbeelden of met een kleur laten beschrijven. Vraag door over wat er intern opmerkt kan worden zoals stemmen, gedachten, onderdrukte acties van het lichaam etc. Alles exploderen en bij EMDR tussendoor korte/langzame BLS.

Vooraf wordt er afgesproken niet naar het verleden te gaan en te stoppen als dit wel even gebeurt om gelijk weer terug te gaan naar het hier en nu.

Bij 'Ik wil wegrennen....' dan vragen of het goed is om hierop te focussen. Dus alles mag er zijn in het hier en nu. Als iemand wil wegrennen kan je vragen of iemand wil bewegen met de benen of in fantasie weg kan rennen. Exploreer een fragment en kijk wat dit fragment in het hier en nu allemaal kan oproepen.



Tip of the Fingers en Freckle techniek.

- *'Freckle' techniek (handpalm)*

Bij deze techniek neem je een klein stukje van een herinnering: een fractie, een element uit de herinnering. Dit fragment komt op tijdens de sessie en is beladen.

Voorwaarden zijn dat er sprake is van enige mate van emotieregulatie en dat je toestemming vraagt om op dit stukje herinnering in te zoomen. Je focust op één emotie, beeld, sensatie of actie die waargenomen wordt in deze herinnering. Focus op één ding, op het element focussen dat nu het probleem is.

Vragen die je kan stellen zijn:

- 'Is het oké om nu op dit stukje beeld te focussen?'

- 'We gaan het proberen en als het niet gaat zeg 'nee''. (Dit helpt gelijktijdig om te leren eigen grenzen aan te geven. Belangrijk is dat hier wel gehoor aan gegeven wordt anders is er herhaling van het verleden toen er ook geen rekening werd gehouden met grenzen aangeven).
 - 'Focus je op wat je ziet/hoort/doet/voelt in dit beeld'.
 - 'Focus je op dit stukje beeld en verder niets'.
 - Als je ziet dat de spanning oploopt vraag je: 'Is het nog oké om door te gaan?'.
- Als je met EMDR werkt dan met BLS kort/langzaam.

- *Fractioneren*

Fractioneren is het opdelen en in stukjes 'breken' van een traumatische herinnering. Zo'n stukje wordt dan als target genomen. Voorbeelden zijn een beeld, gedachte of gevoelssensatie. De targets zijn concrete aspecten van de traumatische herinnering en hogere spanning mag maar niet buiten de window of tolerance. Iedere emotionele ontlading wordt vooraf en achteraf gekoppeld aan een cognitieve herstructurering. Cognitieve herstructurering is een techniek uit de cognitieve therapie die helpt om negatieve denkpatronen te veranderen. Het gaat om het bewust worden van schadelijke of irreële gedachten die angst of depressie veroorzaken, en deze te vervangen door reële of positieve gedachten. Cognitieve herstructurering is gebaseerd op het principe dat onze gedachten onze emoties beïnvloeden, en niet de situatie zelf.

Als je EMDR toepast, gebruik dan in begin korte sets BLS op gevoelssensaties zoals op trillen of een pijnlijke emotie.

- *Lichtbalk (BLS) kan helpen bij flashbacks*

Leer flashbacks op te merken en vraag deze op te merken zonder 'ernaartoe' te gaan. Vervolgens kan je de lichtbalk aanzetten en de cliënt vragen zich voor te stellen dat de lichten de herinnering weer meenemen naar het verleden. Terwijl de flashbacks opkomen wordt de cliënt gevraagd om zich te concentreren op de lichten, de herinnering weg te laten halen door de lichten en deze 'naar de plek te brengen waar ze thuis hoorden'. Probeer het zolang mogelijk vol te houden totdat de flashbacks afnemen.

EMDR bij complex trauma en DIS

C staat voor client en T voor therapeut.

Voorbeelden van EMDR in fase 1:

- *Techniek Level of urge to avoid (LOUA)*

Bij deze techniek focus je op een beeld/herinnering waarin iemand sterk de neiging voelde om te vermijden. Het gaat hierbij om een beeld in het heden, meestal een recent beeld dat je kan herleiden uit het verhaal dat wordt verteld. Je vraagt de cliënt om het beeld voor zich te halen en vraagt naar de emotie die hij/zij op dit moment ervaart.

Dan vraag je de cliënt om te focussen op het moment dat het vermijden opspeelde, en vraag je: 'Op schaal van 0-10 hoe sterk zou jij nu ?' (benoem wat iemand niet wil doen, dus datgene wat vermeden wordt).

'Waar voel je die 8?' (cijfer dat door cliënt wordt genoemd).

BLS toepassen (kort/langzaam): 20 sec met 'Blijf er bij', 'Merk het op', 'Ga er op door'.

Je laat het proces doorlopen en past BLS toe om bepaalde ervaringen te markeren.

Als je merkt dat de vermijding afneemt aan de hand van het verhaal van de cliënt ga je 'back to target' en vraagt weer naar LOUA.

Voorbeeld van EMDR in fase 2

- *Ontmoetingsplek: (innerlijk dialoog) kan ook met tekening of poppetjes. Door poppetjes of tekening te gebruiken wordt wat binnen speelt in de buitenwereld neergezet. Kijk wat passend is en overleg!*

Dissociatieve tafel is een ovale tafel en waaraan delen worden uitgenodigd om plaats te nemen op de lege stoelen rondom de tafel. Een denkbeeldige plek. C moet zelf bedenken waar deze ruimte is en hoe er gesproken wordt (microfoon, speakers tv scherm etc.). Er wordt benadrukt dat dit een veilig plek is en hier niemand pijn wordt gedaan. Gesprek met de delen gaat via het deel dat in het hier en nu in de sessie aanwezig is. Helpend is groundingstechnieken om in het hier en nu te blijven (lopen, laten begrijpen dat kindertijd voorbij is, kijken naar formaat van je hand, dat je nu ergens anders woont dan in kindertijd). Als C terug is in het heden dan versterk je dit met korte BLS. T vraagt C na of C beseft dat de gebeurtenissen uit kindertijd nu niet gebeuren. Dan geef je weer een korte BLS. Of T kan navragen of C beseft dat er nu meer mogelijkheden zijn dan in kindertijd. Bij een 'Ja' dan BLS.

Literatuur

In onderstaande literatuurlijst is zeker niet alle gebruikte literatuur opgenomen. We geven hier een gedeelte weer omdat we de gebruikte literatuur niet hebben bijgehouden in de loop van de jaren. Het opnieuw uitzoeken en de literatuurlijst compleet maken, hebben we voor nu uitgesteld. Als je wil kun je onderstaande lijst wel gebruiken om zelf verder te zoeken op termen of namen om je zodoende te verdiepen in onderwerpen die jou aanspreken.

- Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Baljon, M., & Geuzinge, R. (2017). *Echo's van trauma – Slachtoffers als daders, daders als slachtoffers*. Amsterdam: Boom.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseren bij de borderline persoonlijkheidsstoornis. Praktische gids voor hulpverleners in de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Berg, A. van den (2016). *Mentaliseren, pseudomentaliseren en dis-mentaliseren*. Tijdschrift voor psychotherapie 42, 104-120.
- Boeschoten, M.A., Bakker, A., Jongedijk, R.A. & Olff, M. (2014). *Life Events Checklist for DSM-5 – Nederlandstalige versie*. Diemen, The Netherlands: Arq Psychotrauma Expert Group.
- Boeschoten, M. A., Bakker, A., Jongedijk, R. A., Van Minnen, A., Elzinga, B. M., Rademaker, A. R., & Olff, M. (2014). *Clinician-administered PTSD scale for DSM-5 Nederlandstalige versie [Dutch version]*. Diemen, The Netherlands: Arq Psychotrauma Expert Group.
- Brown, D. & Elliott, D. (2017) (Ned. Vert. N. Nicolai). *Attachment disturbances in Adults. Treatment for Comprehensive Repair*. New York. Norton.
- Dam, Q.D. van (2011). *Een impasse of uitweg? Inschatting van de psychosociale vermogens met het ontwikkelingsprofiel*. Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie, 49, 307-319
- Dam, Q.D. van (2016). *Affectfobietherapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers
- Dana, D. (2020). *Basisboek. De Polyvagaal theorie in therapie: Het ritme van regulatie*. Uitgeverij Mens!
- Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Davies, J.M. & Frawley, M. G. (1994). *Treating The Adult Survivor Of Childhood Sexual Abuse: A Psychoanalytic Perspective*. New York. Basic Books.
- Draijer & Nicolai, *Overdracht en tegenoverdracht bij vroegkinderlijke traumatisering 'revisited'*. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2020, 46 (3) - 167 - 184.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E et al. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*.
- Frederick, R.J. (2014). *Omarm je emoties*. Amsterdam: Boom
- GGZ Zorgstandaarden (2021), <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/dissociatieve-stoornissen/zorgplan-zelfmanagement-en-behandeling>.
- GGZ Zorgstandaarden (2022), GGZ Standaarden
- Hafkenscheid, A. (2015). *Tegenoverdracht: van een psychoanalytisch naar een transtheoretisch concept*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 57, 202-209.
- Hart, O. van der, Nijenhuis, E., & Steele, K. (2013). *Het belaagde zelf – Structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering*. Amsterdam: Boom.
- Knipe, J. (2018). *EMDR Toolbox Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation*. New York. Springer.
- Kolk, B. van der (2014). *The body keeps the score. Brain, mind and body in the healing of trauma*. Londen: Penguin Books.
- Kolk, B. van der (2020). *Traumasporen: het herstel van lichaam, brein en geest na overweldigende ervaringen* (6e editie). Uitgeverij Mens!
- Nicolai, N.J.: link naar een artikel: Kennis over vroegkinderlijke traumatisering: reflectie op het therapeutische proces: Scenario's van overdracht en tegenoverdracht
- Nicolai, N.J. (2007). *Overdracht en tegenoverdracht in traumabehandeling*. In: P. Aarts. & W. Visser (Red.), *Trauma, diagnostiek en behandeling*, (pp. 345-371). Utrecht: Cogis.

- Nicolai, N.J. (2008a). *Overdracht en tegenoverdracht bij vroegkinderlijke traumatisering*. Tijdschrift voor psychotherapie, 34, 431-449.
- Nicolai, N.J. (2008b). *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik*. Utrecht: De Tijdstroom
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2020). *Trauma en het lichaam. Een sensomotorische benadering van psychotherapie*. Uitgeverij Mens!
- Porges, S. W. (2019). *De polyvagaaltheorie: de neurofysiologische basis van emotie, gehechtheid, communicatie en zelfregulatie*. Eeserveen. Uitgeverij Mens!
- Porges, S. W. (2011). *Polivagal theory*. New York/Londen: Norton.
- Ruppert, F., & Banzhaf, H. (2020). *Mijn lichaam, mijn trauma, mijn ik. Identiteitsgeoriënteerde psychotraumatheorie en -therapie. De invloed van psychotrauma op de fysieke gezondheid*. Eeserveen: Uitgeverij Mens!
- Spaans J, Rosmalen J, Rood van Y et al. *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten*. Lannoo Campus. Houten. 2017.
- Spaans, J. (2020). *Lichaamsgericht mentaliseren*. Amsterdam: LannooCampus.
- Steele, K., Boon, S., & van der Hart, O. (2017). *Behandeling van trauma gerelateerde dissociatie: een praktische integratieve benadering*. Eeserveen. Uitgeverij Mens!
- Steinberg, M., Boon, S. & Draijer, N. (1994). *Gestructureerd klinisch interview voor de DSM-IV dissociatieve stoornissen (SCID-D)*. Lisse. Swets & Zeitlinger.
- Stöfvel, M. (2020). *Trauma en verwerkingstechnieken. Indicatiestellingstechnieken bij traumabehandeling in de GGZ. Trauma en verwerkingstechnieken*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wallin, D. J. (2010). *Gehechtheid in psychotherapie*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.