

Echo's van trauma

Marijke Baljon & Renate Geuzinge

in samenwerking met Marian Kramers, Marion Verkade
en Frank Winkel

Echo's van trauma

Slachtoffers als daders, daders als slachtoffers

Boom

© M. Baljon & R. Geuzinge/Boom uitgevers Amsterdam, 2017

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Verzorging omslag: Bart van den Tooren

Verzorging binnenwerk: ZetSpiegel, Best

ISBN 9789024409051

NUR 770

www.boompsychologie.nl

www.bua.nl

Inhoud

Voorwoord 11

Inleiding 15

1 Echo's van trauma 19

Marijke Baljon & Renate Geuzinge

1.1 Vechten of vluchten: de neurobiologie van posttraumatische stressreactie en dissociatie 20

1.2 Posttraumatische stressstoornis 21

1.3 Complexe posttraumatische stressstoornis 24

1.4 Dissociatie 25

1.5 Richtlijnen: fasen en taken in de behandeling van (complexe) PTSS 28

2 Verbinden is hoofdzaak 33

Marijke Baljon & Renate Geuzinge

2.1 In den beginne was er hechting 34

2.2 Onveilige georganiseerde gehechtheid 35

2.3 Onveilige gedesorganiseerde gehechtheid 36

2.4 Herinneringen aan gehechtheidsrelaties 37

2.5 De bouw van het brein 38

2.6 Integratie: differentiatie en verbinding 39

2.7	Destructieve schaamte	41
2.8	Een lichaamsgerichte benadering van schaamte	42
3	Verticale integratie en emotieregulatie	47
	<i>Renate Geuzinge</i>	
3.1	De trap tussen boven en beneden	48
3.2	Verticale integratie	49
3.3	Trauma en een beperkte verticale integratie	50
3.3.1	Een smal tolerantievenster	51
3.3.2	De amygdala plaatst een traphekje	52
3.3.3	Beperkt mentaliserend vermogen	52
3.4	Verslaving en een beperkte verticale integratie	54
3.5	De taken van de therapeut	56
3.6	Interventies	57
3.6.1	Kalmeren van het benedenbrein	57
3.6.2	Stimuleren van het bovenbrein	60
3.6.3	Stimuleren van het benedenbrein	62
4	Gehechtheid, horizontale integratie en het narratieve zelf	65
	<i>Marijke Baljon & Renate Geuzinge</i>	
4.1	Het zelf als narratief	67
4.2	Lateralisatie	67
4.3	Gehechtheid en de ontwikkeling van het zelf	68
4.4	Horizontale integratie	69
4.5	Trauma en het verlies van horizontale integratie	70
4.6	Veilige gehechtheid: affect en cognitie geïntegreerd	71
4.7	Gereserveerde gehechtheid: cognitief georganiseerd	72
4.8	Gepreoccupeerde gehechtheid: affectief georganiseerd	74
4.9	Gender en seksueel misbruik	76
4.10	Misbruikte mannen	79
4.11	Vrouwen als daders	79
5	Gedesorganiseerde gehechtheid en de therapeutische relatie	83
	<i>Marijke Baljon & Renate Geuzinge</i>	
5.1	Gedesorganiseerde gehechtheidspatronen	84
5.2	Slachtoffer – dader – redder	86

5.3	Dynamische ontwikkeling van gehechtheidspatronen	88
5.4	Desorganisatie	91
5.5	Dynamisch maturatiemodel	93
5.6	Bedreigende controlerende patronen	95
5.7	De rol van gender in de ontwikkeling van controlerende patronen	98
5.8	Contact en bejegening bij gedesorganiseerde gehechtheid	99
6	Traumaverwerking: een narratieve integratie	103
	<i>Marijke Baljon & Renate Geuzinge</i>	
6.1	Wisselwerking tussen stabiliseren en verwerken	104
6.2	Traumaherinneringen	105
6.3	In het hier-en-nu blijven	106
6.4	Indicatiestelling in overleg	108
6.5	Vorbereiding van exposure	111
6.6	Vormen van exposure	111
6.6.1	Het verhaal vertellen	112
6.6.2	Het verhaal herschrijven	112
6.6.3	Imaginaire confrontatie met de legestoeltechniek	113
6.6.4	EMDR zonder afleidende stimulus	114
7	Daders als slachtoffers	119
	<i>Marion Verkade</i>	
7.1	Het slachtoffer in de dader	120
7.2	Een schaap in wolfskleren	121
7.3	Ontwikkelingsachterstand, verstoring of stagnatie	122
7.4	Geen daderbehandeling zonder contact	125
7.5	Empathie	129
7.6	De therapeut	131
7.7	Delictdiagnostiek en terugvalpreventie	131
7.8	Afronden van de behandeling en blijvende delictpreventie	133
8	Destructief gedrag bij slachtoffers	135
	<i>Marijke Baljon</i>	
8.1	Trauma en agressie	136

8.2	Funcities van problematische boosheid	137
8.3	Funcities van destructief gedrag	138
8.4	Zelfhaat en schaamte	140
8.5	Boosheid leren uiten met behulp van stoelenwerk	141
8.6	EMDR-protocol Woede, Wrok en Wraak	142
8.7	Transformatie van agressie	143
9	Het lichaam in behandeling	149
	<i>Frank Winkel</i>	
9.1	Bottom-upbenadering van agressie	150
9.2	Afstemming op het zelf, de ander en de context: het lichaam centraal	151
9.3	Werkwijze	154
9.4	Afstemmen op de context	160
9.5	Afstemmen op het zelf, op het lichaam in beweging	161
9.6	Afstemmen op de ander	164
10	Beeldende expressie als brug	167
	<i>Marian Kramers & Marijke Baljon</i>	
10.1	Beeldende therapie	168
10.2	Diagnostiek	170
10.3	Traumabehandeling	172
10.4	Werkvormen in de drie fasen van traumabehandeling	173
10.4.1	Fase 1: Stabilisatie en symptoomreductie	173
10.4.2	Fase 2: Traumaverwerking	179
10.4.3	Fase 3: Integratie en perspectief op de toekomst	181
10.5	Getuigenismodule	182
11	Transformatie van betekenissen: van slachtoffer naar autonomie	185
	<i>Marijke Baljon</i>	
11.1	Autonomieontwikkeling na trauma	186
11.2	Zichzelf troosten	193
11.3	Posttraumatische groei	195
11.4	Levensbeschouwing en spiritualiteit	198

12 Beëindiging en afscheid als therapeutische taak 201

Marijke Baljon

12.1 Angst voor verlaten 202

12.2 Afscheid en gehechtheid 206

12.3 Afscheid als overgang 207

12.4 Consolidatie van de bereikte veranderingen 209

12.5 Afscheid als relationeel proces 210

13 Zelfzorg van de therapeut 213

Renate Geuzinge

13.1 Affectieve empathie: de snelle route via het benedenbrein 214

13.2 Zelfzorgstrategie tegen besmetting door imitatie 216

13.3 Cognitieve empathie: de langzame route via het bovenbrein 217

13.4 Autoregulatie: zelfzorgstrategie tegen persoonlijk leed 218

13.5 Empathie: een multidimensionaal construct 220

13.6 Gevolgen van blootstelling aan trauma van patiënten 222

13.7 Secundaire traumatisering 222

13.8 Plaatsvervangende traumatisering 223

13.9 Zelfzorgstrategie tegen plaatsvervangende traumatisering 224

Literatuur 227

Illustratieverantwoording 245

Over de auteurs 247

Index 249

Voorwoord

In dit boek bespreken we de behandeling van de complexe gevolgen van traumatische ervaringen in de vroege jeugd. Daarbij staat de verwevenheid van gehechtheid en trauma centraal. Zo'n tachtig procent van de patiënten die in hun vroege jeugd zijn getraumatiseerd en nu dader of slachtoffer zijn, heeft een gedesorganiseerde gehechtheid. Dat komt onherroepelijk tot uiting in de therapeutische relatie.

De behoefte aan een leesbaar boek over dit onderwerp kwam op in het postmasteronderwijs dat we als docent en psychotherapiesupervisor geven aan toekomstige gz-psychologen, klinisch psychologen, psychotherapeuten en psychiaters. Keer op keer blijkt dat collega's worstelen met de complexiteit waarvoor de behandeling van vroeg getraumatiseerde patiënten hen stelt. Ze komen hen tegen in alle takken van de psychiatrie: niet alleen in de gespecialiseerde trauma-afdelingen, maar ook in de verslavingszorg en de forensische psychiatrie.

We bouwen voort op ontwikkelingen in de behandeling van vroegkindelijk trauma, die de afgelopen decennia een grote vlucht namen. Zo attendeerde Bessel van der Kolk traumatherapeuten over de gehele wereld op de (lichamelijke) symptomen van traumatisering (1999) en op het belang van een lichaamsgerichte benadering (2016). Peter Levine (2011, 2015)

en Pat Ogden (2006, 2017) sloten hierop aan met praktijkgerichte therapieën. En Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis en Kathy Steele (2010) leerden ons dissociatie begrijpen, met name de dissociatieve identiteitsstoornis, en boden praktische richtlijnen in de behandeling van vroegkinders trauma (Boon, Steele & Van der Hart, 2012; Steele, Boon & Van der Hart, in druk).

In de jaren 80 van de vorige eeuw bloeiden veel initiatieven op voor de behandeling van seksueel getraumatiseerde vrouwen. Nelleke Nicolai was in Nederland actief met het verspreiden van kennis met betrekking tot de behandeling van deze vrouwen. Ze stond onder andere aan de wieg van het *Handboek seksueel misbruik* dat in 2008 in herdruk werd genomen. Deze initiatieven en nieuwe inzichten kwamen veelal voort uit de vrouwenhulpverlening, met veel aandacht voor onderlinge steun en erkenning. Naast successen deden zich bij dit soort programma's problemen voor. Sommige patiënten werden er niet beter van, of hun situatie verslechterde zelfs. Ook ontstonden op veel afdelingen ernstige teamproblemen, die tot burn-out, een groot verloop onder medewerkers en soms zelfs tot sluiting van afdelingen leidden. Er deed zich splitsing voor in deze teams, waarbij strijd werd geleverd tussen traumadeskundigen die veel heil zagen in traumaverwerking en sceptici die zich beperkten tot crisisinterventies en stabilisatie in het hier-en-nu (Baljon, 2001; Donk & De Ridder, 2000). Wat er binnen de teams gebeurde, leek een soort afspiegeling van de dader-slachtofferdynamiek in de binnenwereld van de patiënten.

Het was klinisch psycholoog Bea Hardon die ons bewust maakte van de daderaspecten bij slachtoffers. Binnen GGZ Drenthe werd dit onder haar leiding vanaf 1996 vertaald in een deeltijdbehandeling voor vrouwen met trauma's. In 2005 werd daar een soortgelijk deeltijdprogramma voor mannen aan toegevoegd. Principes vanuit de seksespecifieke hulpverlening werden geïntegreerd met inzichten uit studies naar gehechtheid, dissociatie en persoonlijkheidsproblematiek. Gedesorganiseerde gehechtheid is een essentieel onderliggend probleem bij veel patiënten die in de volwassenheid nog in ernstige mate kampen met de gevolgen van trauma's in hun vroege jeugd. De beschadiging in de relatievorming is fundamenteel en verklaart veel van de problemen die zich bij de behandeling van vroeg getraumatiseerde patiënten kunnen voordoen (Hardon & Baljon, 2003).

In dezelfde periode kwam men ook binnen de forensische ggz tot het inzicht dat veel daders in de vroege jeugd veiligheid en responsiviteit tekort zijn gekomen. Ook zij zijn hierdoor onveilig gehecht, met alle gevolgen van dien voor de opbouw van het zelf, het vermogen wederkerige en dieper gaande relaties aan te gaan en de affectregulatie (Koenraadt, 't Lam, Eurelings-Bontekoe & Lancel, 2015). Het belangrijkste doel van de behandeling is uiteraard dat patiënten leren verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen daderschap en de gevolgen daarvan, dat zij leren hoe hun delictscenario stapsgewijs is opgebouwd, wanneer zij in de gevarenzone van nieuwe delicten komen en hoe zij in dat geval hulp moeten inroepen (Van Tuinen, 2000). Maar dat lukt alleen als er tegelijkertijd rekening wordt gehouden met de extreem onveilige binnenwereld van deze patiënten (Gunst, 2006; Verkade & Baljon, 2010).

Echo's van Trauma richt zich op daders en slachtoffers met een complexe posttraumatische stressstoornis (PTSS). Beide doelgroepen vragen van de hulpverlener inzicht in de verwevenheid daarvan met een onveilige gehechtheid en in de verknoping van zowel slachtoffer- als daderaspecten bij hun patiënten. Dit boek besteedt aandacht aan destructieve impulsen die een natuurlijk gevolg zijn van vroegkinderlijke traumatisering. Een tweede fundamentele bijdrage van dit boek betreft de benadering van complexe PTSS vanuit de interpersoonlijke neurobiologie (IPNB). Deze integreert neurowetenschappelijke inzichten met theorieën uit onderzoek naar gehechtheid, trauma en psychotherapie. Vertaald naar de praktijk draagt de IPNB bij aan een heldere onderbouwing, structuur en samenhang in de behandeling van de gevolgen van traumatisering in de jeugd.

Het boek is geschreven vanuit het beginsel dat als je je medemens kunt laten voelen dat je hem begrijpt, hij de aangeboden hulp beter kan aanvaarden. We hopen dat dit boek een bijdrage levert aan een beter begrip van de verwarrende binnenwereld van vroeg getraumatiseerde patiënten.

Inleiding

Traumabehandeling confronteert ons met slachtofferschap, maar ook met agressie. Het reguleren van destructieve impulsen is een centraal thema in de behandeling van zowel daders als slachtoffers van geweld.

Niemand kan zo benauwend schrijven over de gruwelen waartoe gewone mensen in staat zijn als de schrijver David Vann (49). Zijn halve leven worstelde hij met de vraag: zit zelfmoord in mijn bloed? Vissen, jagen, mediteren, vuurlopen, zeilen, schrijven – van alles probeerde de in Alaska geboren Vann om de leegte te vullen die hij voelde na de zelfmoord van zijn vader, die aan de telefoon met zijn tweede vrouw de trekker overhaalde.

‘Op mijn dertiende, nog vóór mijn vaders dood, had ik verschillende aquaria staan in het huis waar ik met mijn moeder woonde in Californië. Toen ik hoorde dat hij in Alaska zelfmoord had gepleegd, wilde ik mijn aquaria kapottrappen. Ik wilde het glas breken, zodat al het water op de vloer zou spoelen en alle vissen zouden sterven. Maar ik deed het niet, gelukkig.’

‘Niemand had door hoe ik me voelde. Ik was een engel op school, haalde goede cijfers en had een dubbelleven. Ik keek ook veel porno en dacht aan vreselijke dingen. Aan verkrachting of aan schietpartijen op school. Ik plande dit soort dingen tot in detail in mijn hoofd. Het was

erg duister. Ik kon mijn leven niet herstarten. Ik had extreme momenten nodig om het gevoel te hebben dat ik echt leefde.'

'Over de zelfmoorden in mijn familie, het zijn er vijf in totaal, praatte ik met niemand. Ik had geen therapeut. Je kunt verstrikt raken in een patroon van verdriet. Schrijven kan dat doorbreken. Het opschrijven van alle tragedies in mijn familie had het effect van het onschadelijk maken van de schaamte. Want als je iedereen vertelt over datgene waarvoor je je schaamt, raakt het zijn kracht kwijt (Kraak & Vos, 2015).

Ook al worden daders en slachtoffers over het algemeen afzonderlijk behandeld, hun problematiek vertoont veel overeenkomsten. Daders zijn vaak tevens slachtoffer van affectieve verwaarlozing en vroegkinderlijk trauma, en slachtoffers worstelen veelal met hun destructieve neigingen, zoals automutilatie of agressie tegenover derden. Voor hulpverleners is het eenvoudiger om empathie op te brengen voor gekwetstheid dan voor deze destructieve neigingen. Een centrale vraag is daarom hoe we empathisch en nabij kunnen zijn als er sprake is van destructief gedrag. Beide doelgroepen vragen van de hulpverlener inzicht in de ingewikkelde verknoping van slachtoffer- en daderaspecten bij hun patiënten. Inzicht in deze verknoping vormt het fundament voor de behandeling van de gevolgen van vroegkinderlijke traumatisering. Vanuit dit gegeven hebben therapeuten uit het forensische veld en de traumahulpverlening elkaar gevonden en samen dit boek geschreven.

In hoofdstuk 1 geven we een overzicht van de belangrijkste gevolgen van vroegkinderlijk trauma en besteden we aandacht aan de fasering in traumabehandeling. We zetten in de hoofdstukken 2 en 3 de invloed uiteen van gehechtheid op de ontwikkeling van het brein en de implicaties hiervan voor het vermogen om emoties te reguleren. Dit zijn tevens de eerste hoofdstukken waarin de waarde van de interpersoonlijke neurobiologie duidelijk wordt. Hoofdstuk 4 maakt aan de hand van de functies van de beide hersenhelften inzichtelijk hoe georganiseerde gehechtheidspatronen werken en hoe zelfbeleving tot uiting komt in het autobiografische verhaal van de patiënt. In hoofdstuk 5 besteden we aandacht aan de gedesorganiseerde gehechtheid. Kennis van verschillende gehechtheidspatronen is essentieel om de therapeut te helpen de therapeutische benadering af te stemmen op de specifieke relationele problematiek van de patiënt.

Nadat we in de eerste vijf hoofdstukken reeds aandacht hebben besteed aan specifieke interventies voor het aangaan van de therapeutische relatie en emotieregulatie, komt in hoofdstuk 6 traumaverwerking aan bod. Het doel daarvan is narratieve integratie. Kennis over de wijze waarop traumatische herinneringen worden vastgelegd in het brein, helpt om te begrijpen hoe de integratie van verschillende aspecten van het zelf en het geheugen kan worden bevorderd. Traumabehandeling van daders die recht doet aan zowel de slachtoffer- als de daderaspecten in deze patiënten is het onderwerp van hoofdstuk 7. We bespreken in hoofdstuk 8 de functie en de behandeling van destructieve neigingen bij slachtoffers. Hechtingstrauma is geworteld in de vroege kindertijd en daarom deels niet in taal gerepresenteerd. Non-verbale therapieën kunnen een bijdrage leveren aan het in contact komen met preverbale belevingen. Daarom komt in hoofdstuk 9 de bijdrage van psychomotorische therapie en in hoofdstuk 10 die van de beeldende therapie aan de orde. We bekijken in hoofdstuk 11 de ontwikkeling van slachtofferschap en daderschap naar autonomie vanuit existentieel gezichtspunt. Herstel na trauma vraagt van de patiënt dat hij zijn verwonding onder ogen ziet en verantwoordelijkheid neemt voor zijn destructieve gedrag. Dat geeft ruimte om de vicieuze cirkel van geweld te doorbreken ten behoeve van meer autonomie en kwaliteit van leven. In hoofdstuk 12 komt het afrondingsproces van de behandeling aan de orde. Tot slot zoomt hoofdstuk 13 in op de therapeut zelf: dit waardevolle, maar moeilijke werk vraagt namelijk om concrete zelfzorgstrategieën.

1

Echo's van trauma

Marijke Baljon & Renate Geuzinge

In dit hoofdstuk bespreken we ter inleiding de gevolgen van traumatische ervaringen in de vroege jeugd. We bespreken welke veelheid aan klachten in het begrip posttraumatische stressstoornis in de DSM-5 terug te vinden zijn. We sluiten dit hoofdstuk af met een globale fasering van en richtlijnen voor de behandeling van deze bijzondere groep patiënten.

We spreken van psychotrauma als er sprake is van schokkende gebeurtenissen die een intens gevoel van angst en machteloosheid oproepen. Dat wil zeggen dat de subjectieve beleving van de schokkende ervaring bepaalt of we spreken van trauma. Uiteraard zijn er gradaties in de ernst van het trauma. Ook verschillen de gevolgen van eenzelfde trauma van mens tot mens. Symptomen in het heden bepalen of we kunnen spreken van een stoornis, waarvoor behandeling nodig is. In veel gevallen is er dan sprake van een posttraumatische stressstoornis, al dan niet in combinatie met een dissociatieve stoornis. We laten zien hoe deze symptomen veroorzaakt kunnen worden door de combinatie van een onveilige gehechtheid en overbelasting van het stresssysteem.

Magda is een 40-jarige alleenstaande moeder met twee kinderen. Ze is in haar leven vaak in de steek gelaten. Haar vader verlaat het gezin kort na haar geboorte. Ze wordt vervolgens misbruikt door haar

stiefvader. Haar puberteit brengt ze door in drie verschillende kinderhuizen, waar ze slechts fragmentarische herinneringen aan heeft. Op haar achttiende blijkt ze zwanger van Piet, en ze trouwt met hem. Ook Piet blijkt zijn handen niet thuis te houden. Na de geboorte van haar tweede kind verlaat ze hem.

Drie relaties verder staat ze weer alleen. Haar dochter is in de puberteit en vertoont ernstige gedragsproblemen. Als de dochter uit begint te gaan met jongens die Magda niet vertrouwt, is ze alle houvast kwijt. Ze ervaart heftige herbelevingen van het geweld van de kant van haar stiefvader en ex-partners. Ze schaamt zich over haar woede-uitbarstingen tegenover haar dochter. Ze wil zelf geen dader zijn. Onrust en apathie wisselen elkaar af. Ze zoekt hulp en wordt verwezen naar een deeltijdprogramma voor in hun jeugd getraumatiseerde vrouwen.

1.1 Vechten of vluchten: de neurobiologie van de post-traumatische stressreactie en dissociatie

Auteurs als Ogden (2006; 2017), Van der Kolk (1999; 2016) en Levine (2011; 2015) hebben uitgebreid bestudeerd hoe overweldigende stress inwerkt op lichamelijke processen. Bij hevige bedreiging vindt in het lichaam een alarmreactie plaats. Deze reactie, die zowel bij mensen als dieren voorkomt, brengt het lichaam in een staat van oplettendheid gericht op vechten of vluchten. In deze alarmtoestand komen er twee stresshormonen vrij. In de eerste instantie is dat adrenaline, die het hart sneller doet kloppen, de bloeddruk omhoogbrengt en het bloed sneller doet stromen naar de vitale organen. In tweede instantie komt het stresshormoon cortisol vrij, dat er onder andere voor zorgt dat er extra bloedsuiker wordt aangemaakt als brandstof voor de spieren van de ledematen. In deze alarmtoestand worden zo de delen van het lichaam die gericht zijn op overleven voorzien van meer bloed. Dat bloed wordt zichtbaar onttrokken aan het gezicht – je wordt bleek van schrik – en aan de ingewanden, waardoor de spijsvertering tijdelijk stopt.

Ook de werking van het brein verandert onder invloed van overweldigende stress. De bloedtoevoer richt zich op die delen van het brein die

betrokken zijn bij overleven. Het aandachtsveld versmalt zich tot de directe oriëntatie op gevaar. Er treedt een serie van automatische reacties op die in eerste instantie gericht is op vechten of vluchten. Dit is een normale mobilisatie, die wordt aangestuurd door het sympathische systeem van het autonome zenuwstelsel. Wanneer het gevaar is geweken, treedt een tegenovergesteld systeem in werking: het parasympathische systeem, dat het lichaam weer tot rust brengt. Wanneer echter het gevaar aanwezig blijft en er geen ontsnappen mogelijk is, treedt een evolutionair ouder deel van het parasympathisch systeem in werking. Dit deel is verantwoordelijk voor flauwvallen en ernstige dissociatieve reacties zoals de schijndoodreactie, waarbij hartslag en ademhaling heel traag zijn (Porges, 2011). De biologische overlevingswaarde daarvan is dat als een prooidier er als dood bij ligt, het roofdier er geen belangstelling meer voor heeft.

Als deze stressreacties effectief zijn geweest om het gevaar af te wenden, voelen we over het algemeen opluchting en staan we vaak op onze benen te trillen. Bij voorkeur zoeken we dan naar een ander mens om ons verhaal te vertellen en getroost te worden. Zowel het lichamelijk afreageren als het contact met een steunende ander helpt lichaam en geest om tot rust te komen na de enorme stressreactie die nodig was om te overleven.

Kortom: na een schokkende gebeurtenis komt het vaak voor dat degene die dat overkwam gespannen, bang en verdrietig is. De gebeurtenis dringt zich steeds op in de vorm van gedachten, beelden of nachtmerries en slapen gaat vaak moeilijk. De betrokkene is vaak schrikachtiger dan voor de gebeurtenis. Dit zijn gebruikelijke reacties, die meestal binnen een paar weken vanzelf verdwijnen. Als dat niet het geval is, spreken we van een posttraumatische stressstoornis (PTSS).

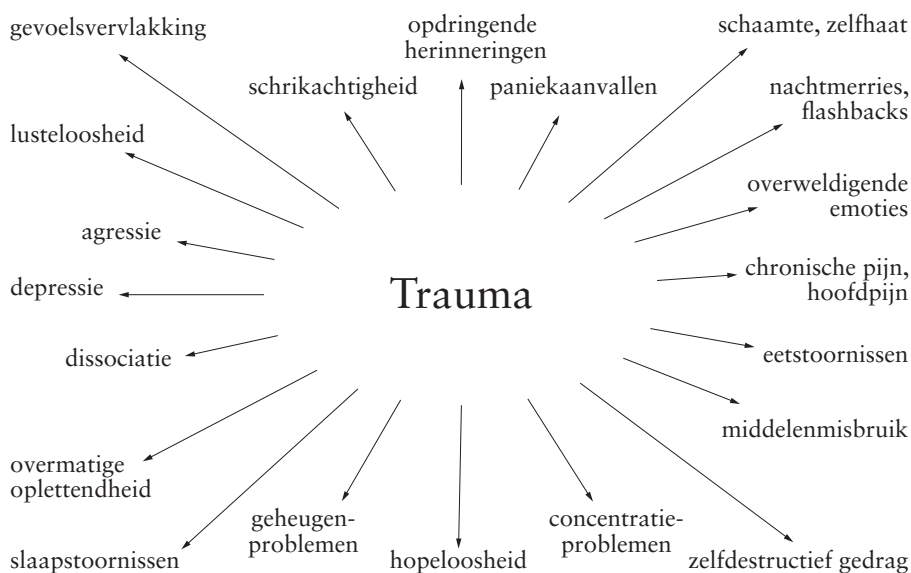
1.2 Posttraumatische stressstoornis

We spreken van een posttraumatische stressstoornis als lichaam en geest onvoldoende hersteld zijn na de aanslag op het stresssysteem door (een) schokkende gebeurtenis(sen). Dit doet zich naar schatting voor bij tien procent van de mensen die een schokkende gebeurtenis meemaken. De gebeurtenissen hebben voor hen een traumatisch karakter. Het lukt hun

onvoldoende om de traumatiserende gebeurtenis achter zich te laten en weer grip op hun leven te krijgen. Ze hebben, ook na de eerste weken, last van specifieke, traumagerelateerde klachten. Deze zijn te begrijpen als een overmatige reactie van het stresssysteem. Ze zijn bijvoorbeeld schrikachtig en vermijden situaties en activiteiten die doen denken aan de gebeurtenis.

Het is een natuurlijke menselijke neiging om alles wat met trauma te maken heeft uit het bewustzijn te verbannen. Dat lukt meestal maar gedeeltelijk. Nachtmerries zijn een centraal kenmerk van PTSS. Van diegenen die voldoen aan de criteria voor PTSS rapporteert vijftig tot zeventig procent dat ze last hebben van chronische, kwellende nachtmerries. Vaak blijven deze nachtmerries terugkomen nadat andere PTSS-symptomen zijn verholpen (Spoormaker & Montgomery, 2008). Nachtmerries zijn op minstens twee manieren hinderlijk: ze halen herinneringen aan schokkende gebeurtenissen opnieuw naar boven en ze verstoren de slaap. Het verhaal schreeuwt om verteld te worden. Het conflict tussen de wil om afschuwelijke ervaringen te ontkennen en het verlangen naar erkenning van het aangedane leed is een centrale dynamiek van psychische trauma's.

In afbeelding 1.1 geven we de veelheid van mogelijke gevolgen van trauma weer.



Afbeelding 1.1 De veelheid van gevolgen van trauma.

We zien deze verschijnselen terug in de criteria voor de posttraumatische stressstoornis volgens de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014, pp. 246-249). Volgens criterium A moet er in de eerste plaats sprake zijn van een trauma, in de zin van blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld. Naast het zelf ondergaan van traumatiserende gebeurtenissen wordt hiertoe ook gerekend het persoonlijk getuige zijn van dergelijke gebeurtenissen die anderen overkomen. Criterium B beschrijft intrusieve symptomen die samenhangen met traumatiserende gebeurtenissen. Trauma's worden herbeleefd in de vorm van zich herhalende pijnlijke herinneringen, onaangename dromen die daarmee samenhangen of flashbacks, waarbij betrokkene het gevoel heeft of handelt alsof een traumatiserende gebeurtenis opnieuw plaatsvindt. Deze probeert zich daaraan te onttrekken door vermijding van prikkels die geassocieerd worden met een traumatiserende gebeurtenis (Criterium C). Onder Criterium D worden onder de noemer van 'negatieve cognities en stemming' subjectieve ervaringen beschreven die deels depressief en deels dissociatief van karakter zijn (amnesie, zich vreemd voelen en gevoelsvervlakking). Criterium E betreft veranderingen in arousal, die tot uiting komen in overmatige oplettendheid, concentratieproblemen en slaapproblemen, en ook in agressief, roekeloos of zelfdestructief gedrag. In de DSM-IV werd het 'vlucht'-aspect van PTSS benadrukt, hetgeen begrijpelijk is vanuit de bedreiging die trauma oproept. In de DSM-5 wordt naast dit 'vlucht'-aspect ook het 'vecht'-aspect benoemd. Ook dit laatste is, inclusief agressieve en destructieve neigingen, een natuurlijke reactie op gevaar.

Doordat de DSM-5-omschrijving van PTSS veel mogelijke symptomen noemt, waarvan er voor de diagnose per categorie minimaal één of twee vereist zijn, is er een grote variatie in aard en ernst van de stoornis. Ruim 7 procent van de Nederlanders krijgt op enig moment last van PTSS (De Vries & Olff, 2009). In veel gevallen is dat het gevolg van een eenmalige traumatische ervaring. In de behandelpraktijk zien we echter dat met name mensen die vroeg in hun jeugd zijn getraumatiseerd een complexer beeld van PTSS laten zien.

1.3 Complexe posttraumatische stressstoornis

Al in 1992 stelde Judith Herman de diagnose ‘complexe PTSS’ voor. Naast de centrale symptomen van PTSS (herbelevingen, vermijding en hyperarousal) is bij complexe PTSS sprake van ernstige verstoringen in de zelfregulatie. Deze worden door Cloitre e.a. (2012) gegroepeerd in vijf brede domeinen: (a) problemen met emotieregulatie, (b) verstoring van relationele vermogens, (c) veranderingen in aandacht en bewustzijn, (d) negatief beïnvloede overtuigingen en (e) lichamelijke ontregeling. Complexe PTSS is meestal het gevolg van blootstelling aan herhaaldelijke c.q. langdurige traumatisering en/of meerdere vormen van interpersoonlijk trauma, vaak optredend in omstandigheden waarin ontsnappen niet mogelijk is als gevolg van fysieke, psychologische, gezins- of sociale beperkingen (Herman, 1992).

Genoemde factoren zijn vooral aanwezig in situaties waarin opvoeders het kind onvoldoende beschermen en steunen in geval van ingrijpende gebeurtenissen. Chronische vroegkinderlijke traumatisering binnen het gezin is dus per definitie complex. Er is vaak geen veilige gehechtheidspersoon die het kind troost en tot rust brengt na schokkende gebeurtenissen, waardoor het lichaam onvoldoende tot rust kan komen. Daardoor blijft het lichaam in een staat van stress en paraatheid, of het keert snel weer terug in die staat als er een signaal is dat zou kunnen wijzen op gevaar. Dat noemen we een trigger. Signalen die geassocieerd zijn met de traumatische ervaring maar op zichzelf niet op bedreiging hoeven te wijzen, worden waargenomen als signalen van gevaar. Dit kan leiden tot overmatige prikkelbaarheid en schrikachtigheid. Dat leidt dan weer tot concentratieproblemen. Als je steeds alert bent op mogelijk gevaar, is er weinig aandacht over om je op iets anders te concentreren. Het brein heeft in deze alarmtoestand alleen primitieve mogelijkheden om emoties te reguleren. Vaak is er afwisselend sprake van gevoelsvervlakking en heftige reacties van boosheid of paniek.

Dit zien we ook bij Magda, die we aan het begin van het hoofdstuk introduceerden. Ze raakt in paniek als haar dochter met een vriendje thuiskomt. Dat is voor haar een trigger, omdat het haar terugvoert naar haar eigen slechte ervaringen met jongens toen ze de leeftijd van haar dochter had.

Het is helaas niet gelukt om het onderscheid tussen enkelvoudige en complexe PTSS in de DSM-5 op te laten nemen. In de klinische praktijk is het onderscheid echter zeer relevant, vanwege de consequenties die het heeft voor de behandeling (zie paragraaf 1.5 en Ter Heide, Kleber & Mooren, 2014). De combinatie van overbelasting van het stresssysteem en een onveilige gehechtheid heeft immers grote gevolgen voor (de ontwikkeling van) de persoonlijkheid. In de hoofdstukken 2 tot en met 5 bespreken we hoe dit tot uiting komt in de therapeutische relatie.

1.4 Dissociatie

Bijzondere aandacht vragen dissociatieve verschijnselen. Die doen zich vaak voor bij mensen met een complexe posttraumatische stressstoornis als gevolg van schokkende gebeurtenissen die het stresssysteem overbelasten. Dissociatie betekent letterlijk ‘ontkoppeling’ of ‘uiteenvallen’. In de psychologie duidt dissociatie op het fenomeen dat bepaalde gedachten, emoties, waarnemingen of herinneringen buiten het bewustzijn worden geplaatst of minder samenhang vertonen.

Een weduwe zegt over de periode direct na het geheel onverwachts overlijden van haar echtgenoot: ‘Ik was er de eerste dagen niet helemaal bij. Ik heb in de periode tot en met de begrafenis op de automatische piloot gefunctioneerd. Pas toen dat allemaal achter de rug was, ging ik het verdriet voelen.’

Dit is een vorm van dissociatie die depersonalisatie wordt genoemd. Het niet-voelen helpt de weduwe om de eerste dagen na het verlies door te komen en te doen wat er gedaan moet worden.