

Effectief handelen

Psychomotorische therapie bij trauma en dissociatie

Traumatiserend is: tijdens ingrijpende gebeurtenissen niet effectief kunnen handelen. Een mogelijk gevolg hiervan is dissociatie. Middels het kunnen richten van de *aandacht* op de verschillende *gewaarwordingen* werkend vanuit een of meerdere *thema's* leert de cliënt – met vallen en opstaan – effectief handelen.

In dit artikel ...

- ... kenmerken van dissociatie;
- ... de drie pijlers van traumabehandeling beschreven: aandacht, gewaarwordingen, thematisch werken;
- ... voorbeelden uit de praktijk ter illustratie van individuele traumabehandeling gebaseerd op deze drie pijlers.

Inleiding

Ingrijpende levensgebeurtenissen kunnen de geestelijke en lichamelijke gezondheid diepgaand beïnvloeden. Of een ingrijpende gebeurtenis traumatiserend is, hangt enerzijds af van de aard van de gebeurtenis en anderzijds van de mogelijkheden van het individu om zich tot die gebeurtenis te verhouden. Het gaat er met name om of de bedreigde persoon in staat is om te handelen. Herman (1993, p. 53) stelt: "Traumatische reacties doen zich voor wanneer handelen niet baat".

Bij de diagnose posttraumatische stressstoornis neemt men aan dat de gerapporteerde klachten samenhangen met de aanwezigheid van één of meerdere traumatische ervaringen in de levensgeschiedenis van de cliënt. De ernst van de klachten hangt samen met een aantal factoren, zoals de intensiteit en frequentie van de traumatiserende ervaringen. Er is sprake van een interactie tussen de aard van de stressor (type, chroniciteit, ernst, controleerbaarheid en voorspelbaarheid), levensgeschiedenis voorafgaande aan deze specifieke situatie, aangeboren gevoeligheid voor stress, sociale context en omgevingsfactoren. Naast deze factoren noemt Kendall-Tackett (2000) nog twee factoren die mogelijk invloed hebben op de gevolgen van traumatische ervaringen: de leeftijd waarop het trauma plaatsvindt en het daarmee samenhangende stadium van ontwikkeling van de

hersenen. Op zeer jonge leeftijd zijn de hersenen nog niet helemaal ontwikkeld en is het risico op blijvende beschadigingen groter. Aan de andere kant zijn nog niet volgroeide hersenen in staat om taken over te nemen van delen die door trauma beschadigd zijn geraakt. Vroege traumata dragen wellicht bij aan het ontwikkelen van een overgevoeligheid voor stimuli. De relatie tussen leeftijd waarop het trauma plaatsvindt en het ontwikkelen van symptomen is niet eenduidig.

Een andere bepalende factor is de ernst van het trauma. Levensbedreigende ervaringen en verkrachtingen leiden tot meer klachten en symptomen dan minder bedreigende lichamelijke en seksuele mishandeling. Ook de frequentie van traumatische gebeurtenissen speelt een belangrijke rol. Type-I-trauma is een acute en eenmalige gebeurtenis, in duur beperkt. Type-II-trauma is chronisch van aard en kan een aaneenschakeling van enkele traumatische gebeurtenissen zijn, zoals een chronische ziekte, oorlog of langdurige kindermishandeling. In dit artikel gaat het met name over dissociatie als gevolg van chronische traumatisering (type II). Het begrip 'dissociatie' wordt op verschillende manieren gebruikt. In de volgende paragraaf ga ik daar kort op in. Daarna beschrijf ik de drie pijlers van de voorgestelde behandeling: aandacht, gewaarwordingen en thema's. Deze drie pijlers komen voort uit mijn ervaring met mindfulness en yoga en leiden tot een behandeling middels psychomotorische therapie. Wat volgt is een schets van een mogelijke behandeling, op grond van de ervaring die ik hiermee tot nu toe heb opgedaan.

Dissociatie

Volgens Van der Hart, Nijenhuis en Steele (2010) is dissociatie een gebrek aan cohesie en integratie van delen van de persoonlijkheid. Zij beschouwen het als "het belangrijkste concept voor een goed begrip van het fenomeen traumatisering" (p.24). Zij betogen dat het begrip dissociatie op verschillende manieren gebruikt wordt: "Het komt nogal eens voor dat tijdens één en dezelfde verhandeling de term 'dissociatie' gebruikt wordt als omschrijving van een proces, een intrapsychische structuur, een psychologisch afweermechanisme, een tekort, en als omschrijving van een uitgebreide reeks symptomen". Van der Hart et al. maakt een onderscheid tussen het emotionele deel van de persoonlijkheid ('emotional part of personality', EP) en het ogenschijnlijk normale deel van de persoonlijkheid ('apparently normal part of personality', ANP). Ieder deel wordt opgevat als een van zichzelf bewust psychobiologisch subsysteem. Die verschillende delen hebben verschillende functies, enerzijds gericht op verdediging, het vermijden van of ontsnappen aan aversieve stimuli (EP), en anderzijds gericht op het functioneren in het dagelijks leven, het afgaan op aantrekkelijke stimuli (ANP). Getraumatiseerde cliënten herkennen deze

verschillende delen in hun persoonlijkheid. Het verschuiven van het ogenschijnlijk normale deel van de persoonlijkheid naar het emotionele deel van de persoonlijkheid is in therapie zichtbaar door verandering van gelaatsuitdrukking, blikrichting, spraak, woordkeuze, lichaamshouding, kortom door verandering in de totale uitdrukkingwijze. Bij meerdere ANP's en/of EP's zijn ook de veranderingen binnen subsystemen, zoals van het ene emotionele deel – bijvoorbeeld het tegenstribbelende kind – naar een ander emotioneel deel – zoals de verwijtende echtgenote – waarneembaar. Van der Hart et al. noemt deze psychobiologische systemen *handelingssystemen*: "Handelingssystemen stellen ons in staat om op een bepaalde manier waar te nemen, te voelen, te denken en ons te gedragen (...) Als wij honger hebben, nemen wij heel anders waar, voelen, beslissen, denken en doen wij heel anders dan in situaties waarin wij willen weten wat er met een goede kennis is gebeurd, of wanneer we op het werk in een conflict zijn verwickeld" (p. 26). Juist op dit punt zie ik mogelijkheden voor de behandeling van dissociatie als gevolg van chronische traumatisering middels vaktherapie en met name psychomotorische therapie. Immers, vaktherapie richt zich over het algemeen op meer dan alleen het denken. Ook waarnemen, voelen en het gedrag komen daarin aan de orde. In het vervolg zal ik een behandeling beschrijven die zich richt op de bewustwording van de processen van waarnemen, denken, voelen en gedrag, en het ontwikkelen van de volgende handelingvaardigheden: hier-en-nu, keuzes maken, doen wat effectief is en aanbrengen van ritmes. De aandacht speelt hierin een centrale rol.

Drie pijlers van de behandeling

Voor de behandeling van getraumatiseerde cliënten werk ik vooral individueel en maak ik gebruik van drie pijlers voor de behandeling: het kunnen richten van de *aandacht* op de verschillende *gewaarwordingen* werkend vanuit een of meerdere *thema's*.

Aandacht

Volgens Van der Kolk (2006) wordt het vermogen tot aandachtsregulatie bij getraumatiseerde mensen beschadigd: "*Neuropsychology and neuroimaging research demonstrate that traumatized individuals have problems with sustained attention and working memory, which causes difficulty performing with focused concentration, and hence, with being fully engaged in the present*" (p. 280). Vanuit mijn ervaring met de beoefening van yoga, meditatie en mindfulness, weet ik dat aandachtsregulatievaardigheden hierdoor getraind worden. Cahn en Polich (2006) beschrijven het onderscheid tussen twee types van meditatieve stijlen als *mindfulness* en *concentrative*. Ornstein (1979) noemt deze twee vormen *concentrative* en *opening-up*. Koster (2001)

spreekt over 'kalmtemeditatie' en 'inzichtmeditatie'. In deze laatste omschrijving wordt niet alleen de wijze van aandachtsregulatie beschreven, maar ook het doel: kalmte of inzicht. Ik zou deze twee vormen willen noemen: de geconcentreerde en de receptieve aandacht. De geconcentreerde aandacht wordt op één punt gericht. Bij afleiding door bijvoorbeeld gedachten of gevoelens, keert de beoefenaar met de aandacht terug tot het gekozen concentratieobject zoals de ademhaling, een woord dat in gedachten steeds herhaald wordt, of een zintuiglijke ervaring zoals de geluiden die men hoort. Zeker op momenten dat een herbeleving optreedt, is het voor de cliënt van belang dat hij/zij geleerd heeft om zich op iets anders te concentreren. Bij receptieve aandacht wordt geen keuze gemaakt. De aandacht wordt gezien als een ruimte waarin 'dingen gebeuren'. Maex (2007), beschrijft het als volgt: "De ruimte waarin de geluiden gebeuren, de ruimte waarin de gedachten gebeuren, de ruimte waarin de beweging van je ademhaling gebeurt, waarin fysieke sensaties zich voordoen" (p. 31). Deze vorm van bewustzijn van gebeurtenissen wordt ook wel het getuigebewustzijn of toeschouwersbewustzijn genoemd.

De genoemde indeling in twee vormen van aandachtsregulatie komt voort uit bestudering van bestaande spirituele tradities. Volgens Cahn en Polich (2006) bevinden de meeste meditatietechnieken zich ergens tussen deze twee uitersten. Wat is de betekenis van deze meditatietechnieken nu voor psychomotorische therapie en voor de behandeling van traumagerelateerde dissociatie? Uit een kwalitatief onderzoek (Mehling et al., 2011) onder lichaamsgericht werkende therapeuten blijkt dat zij veel belang hechten aan aandachtsregulatie. Lichaamsgericht werkende therapeuten kunnen gebruikmaken van de verschillende meditatieve interventies zoals tai chi, yoga, mindfulness-based stress reduction en ademhalingstherapie. Een van de resultaten van dit onderzoek betref de rol van aandacht: "*The point is that the process of noticing and the learning of differentiated noticing were viewed by the practitioners as a path to integration*". Mehling et al. (2001) gebruikt daarvoor de volgende termen: *noticing*, *discriminating* en *discerning*. Deze begrippen laten zich vertalen als: 'opmerken, onderscheiden en onderkennen'. *Integration* betekent in het genoemde artikel de integratie van *mind*, *body* en *life context*, dat wil zeggen de omstandigheden van het dagelijks leven. Wat betreft de ontwikkeling van de aandacht zijn twee bewegingen zichtbaar: de cliënt is in staat om zich langer te concentreren en de betrokkenheid van de cliënt neemt toe. *Opmerken* is de vaardigheid om gewaarwordingen als zodanig te herkennen. Voor getraumatiseerde mensen is het niet zo vanzelfsprekend om bijvoorbeeld lichaamssensaties op te merken. Ook niet wanneer de intensiteit van deze sensaties toeneemt door een bepaalde vorm van lichame-

lijke inspanning, zoals bijvoorbeeld badminton. Opmerken vraagt een korte aandachtsspanne.

Na het opmerken kan het proces van differentiëren beginnen. Er kan een *onderscheid* gemaakt worden tussen de verschillende soorten van gewaarwording. Op grond van het kunnen onderscheiden kan de cliënt gericht keuzes maken. Dit vraagt van de cliënt het vermogen om verschillen tussen gewaarwordingen te herkennen. Het vraagt al een langere aandachtsspanne, en het heen en weer bewegen van de aandacht van de ene naar de andere gewaarwording en terug. Onderscheiden kan een vergelijking betreffen tussen hoe het eerst was en hoe het nu is (zijn je handen nu warmer dan voor het badmintonnen?), of tussen twee ervaringen die zich op dit moment voordoen (sta je meer op je rechervoet dan op je linkervoet?).

Onderkennen vraagt het vermogen om de persoonlijke betekenis van de gewaarwording te duiden. Dat kan al op gang worden gebracht door de vraag: is de warmte van je handen voor jou prettig/aangenaam, neutraal of onprettig/onaangenaam? Daarop voortbordurend kan onderzocht worden welke persoonlijke betekenis een gewaarwording heeft. Welke associatie heeft de cliënt bij de ervaring van warme handen? Onderkennen gaat dieper en verder dan onderscheiden. Het betekent dat de cliënt leert om dieper te doorvoelen wat er gebeurt. Gezien de problematiek vraagt dat vaak een actieve rol van de therapeut.

Terwijl er bij de vaardigheden *opmerken*, *onderscheiden* en *onderkennen* in toenemende mate sprake is van betrokkenheid en betekenisverlening, wordt met name betekenisverlening bij de receptieve aandacht 'observeren' ontmoedigd. Dit betekent dat wanneer een herbeleving zich ontvouwt, de cliënt zich ervan bewust is dat dit zich voordoet in een ruimte waarin de dingen kunnen/mogen gebeuren zonder zich met die herbeleving te identificeren. Er is sprake van een duaal bewustzijn: enerzijds is er het besef dat de herbeleving een gevolg is van de persoonlijke levensgeschiedenis van de cliënt. Anderzijds is er het bewustzijn van zichzelf als de ruimte waarin dit gebeurt. Dit bewustzijn kan ook het toeschouwersbewustzijn genoemd worden. Als metafoor: voor het doek waarop de film geprojecteerd wordt, maakt het niet uit welke film er geprojecteerd wordt. Door ontwikkeling van het toeschouwersbewustzijn wordt de aandacht verlegd van hetgeen voortdurend in verandering is naar hetgeen stabiel is. Hierdoor zal de cliënt bij herinneringen aan het trauma minder snel in een herbeleving komen. Het vraagt veel oefening om dit toeschouwersbewustzijn te ontwikkelen en tot een stabiele basis te laten worden. Met het ontwikkelen van de vaardigheid van aandachtsregulatie middels opmerkzaamheid, onderscheidingsvermogen en het verlenen van persoonlijke betekenis aan deze ervaring, ontwikkelt zich in zekere zin ook het toeschouwersbewustzijn. Dat wil zeggen dat een deel van het bewustzijn

bezig is met doen, voelen en alle andere gewaarwordingen, en een deel van het bewustzijn zich bewust is van deze activiteiten en deze ook kan benoemen.

Opmerken, onderscheiden en onderkennen in de praktijk

Regelmatig nodig ik de cliënt uit om op te merken wat er gebeurt. Mijn ervaring is dat de cliënt vaak onthand is wanneer ik dat middels een open vraag doe. Ik geef dan veel sturing in de vragen die ik stel.

Sylvia is ernstig getraumatiseerd, zij lijdt aan een psychotische stoornis en hoort stemmen. Aan het begin van de sessie vraag ik wat haar opvalt aan haar lichaam. Wanneer ze met de vraag geen raad weet, nodig ik haar uit om haar aandacht specifiek op haar handen te richten. De handen zijn warm. Ik laat haar een werkvorm kiezen. Ze heeft inmiddels in de psychomotorische therapie ervaring opgedaan met badminton en basketbal. Zij kiest dit keer voor basketbal. Tijdens het spel concentreert ze zich op het mikken op de basket. Stemmen zijn op dit moment op de achtergrond. Na verloop van tijd onderbreek ik het spel om na te gaan of er nu andere lichaamssensaties zijn. Het doel hiervan is tweeledig; ten eerste het oefenen met het richten van de aandacht en ten tweede het lichaam leren kennen. Ik vraag gericht hoe de handen aanvoelen. Ze antwoordt dat de handen warmer zijn geworden. Daarna vraag ik of ze een verschil kan opmerken tussen hoe het eerst was en hoe het nu is (onderscheiden). Ze merkt op dat ze nu ook een beetje tintelen. Vervolgens vraag ik hoe dat voor haar is (onderkennen). Opnieuw kijkt ze me vragend aan, ik specificeer de vraag nu richting spanning en ik bied haar drie mogelijkheden: "Ben je nu meer gespannen dan aan het begin, is het hetzelfde of is de spanning gezakt?" Ze antwoordt dat de spanning is opgelopen. Ik ben benieuwd wat dat voor haar in deze situatie betekent: oplopende spanning. Dus ik vervolg met een nieuwe vraag richting onderkennen: "Hoe is dat voor jou? Is dat onprettig, neutraal of prettig?" Ze antwoordt: "Prettig, want ik had uitgeslapen en ik was pas om tien uur opgestaan en ik was nog een beetje duf. Nu ben ik meer wakker."

Vervolgens laat ik de cliënte een keuze maken: "Zullen we verder gaan of wil je nu stoppen?"

Met deze cliënte is op dit moment in de behandeling de vaardigheid observeren nog te moeilijk.

Gewaarwordingen

Aandacht heeft altijd betrekking op 'iets', of dit nu in concentratieve dan wel in receptieve vorm gebeurt. In een dual bewustzijn verandert de verhouding van de waarnemer tot de waargenomen gebeurtenissen fundamenteel. In plaats van: 'ik adem in en uit' is er een besef: 'de adem komt en gaat'. Door deze verandering van perspectief

wordt bijvoorbeeld piekeren een gewaarwording van steeds terugkerende gedachten, en het bevangen zijn door twijfel wordt beseffen dat er twijfel is. Kabat-Zinn (2008) beschrijft vijf gebieden waarop we onze aandacht kunnen richten: ademhaling, het lichaam met alle gewaarwordingen zoals warmte, prikkelingen, hartslag enzovoorts, geluiden, de affectieve gewaarwordingen en de cognitieve gewaarwordingen. Daarnaast beschrijft hij twee manieren voor het trainen van het richten van de aandacht: formele oefeningen zoals de hatha-yoga en loopmeditatie, en informele oefeningen. Dat wil zeggen alle handelingen die in het dagelijks leven verricht worden, maar dan met aandacht: met aandacht tanden poetsen, deur op slot draaien, telefoon opnemen, computer afsluiten enzovoort.

Wat is de betekenis van deze gebieden van aandacht voor de psychomotorische therapie en voor de behandeling van traumagerelateerde dissociatie? Voor een deel valt de indeling van Kabat-Zinn samen met het bij psychomotorische therapeuten bekende LECS in context (Hekking & Fellingner, 2011). Hekking en Fellingner stellen: "Gedrag bestaat altijd uit een aantal componenten die in onderlinge verwevenheid naar voren komen: lichamelijke, emotionele, cognitieve en sociale aspecten die zich voordoen in een specifieke context". De nadruk ligt hierbij op de onderlinge samenhang van de verschillende aspecten van het gedrag en niet op de rol van de aandacht. We hebben gezien dat juist in het kader van de behandeling van het gebrek aan integratie, de onderlinge samenhang van deze verschillende gewaarwordingen aandacht verdient. Met andere woorden: naast het gewaarworden van de verschillende componenten van gedrag zoals beschreven bij Kabat-Zinn, is het ook van belang de onderlinge samenhang op te merken.

Vanuit het kunnen onderscheiden van de verschillende gewaarwordingen kan het inzicht ontstaan hoe die gewaarwordingen zich tot elkaar verhouden: adem, lichaam, denken, voelen en handelen hebben met elkaar te maken. Daarnaast, hetgeen ontbreekt bij Hekking en Fellingner, dient in het kader van behandeling van trauma rekening gehouden te worden met de rol van de zintuiglijke gewaarwordingen zowel via de externe als de interne zintuigen. Iedere zintuiglijke gewaarwording, of het nu visueel, auditief of een interne gewaarwording is zoals een verhoogde hartslag, kan werken als een trigger, met een herbeleving als gevolg.

Omdat al deze gewaarwordingen zich op ieder moment voordoen – men ademt, het lichaam is aanwezig, er zijn allerlei zintuiglijke prikkels, er zijn gevoelens en gedachten, er is gedrag – is het mogelijk om de cliënt zich te laten richten op één daarvan op dit moment. In de psychomotorische therapie is lichamelijke en beweging een belangrijke ingang voor therapeutisch handelen. Het kan zijn dat de cliënt, door

ernstige traumatisering, nog niet in staat is tot lichamenlijk gewaarworden. Maar er gebeurt altijd wel iets: er wordt gedacht, een emotie wordt gevoeld of gedrag wordt vertoond. Iedere gewaarwording kan een ingang zijn tot handelen. Daarom is het van belang om alternatieve vragen te kunnen stellen zoals:

- Wat zou je bij deze gedachte willen doen?
- Welk beeld roept dit bij je op?
- Met welk materiaal (bal, racket, judojas, pittenzakje enzovoorts) kun je je gevoel zichtbaar maken?
- Als je dit materiaal voelt, vasthoudt, ziet, wat wil je er dan mee doen?

Werken met gewaarworden in de praktijk

Nathalie, een bewegingsimpuls gewaarworden:

Nathalie voelt tijdens de sessie de impuls om te gaan. Ik bied haar de ruimte om die impuls te volgen, daarmee wordt ze gevalideerd, 'het is niet gek dat je dit voelt'. Tegelijkertijd nodig ik haar uit om die impuls te onderzoeken. Ik doe dat door die impuls therapeutisch te kaderen en zeg: "Je zou nu kunnen gaan en dan kom je daarna terug om te vertellen wat het je heeft opgeleverd". Hierdoor kan er een verbinding gemaakt worden tussen haar gevoel, dat zich toont in de uitspraak 'ik wil nu gaan', haar duidelijk zichtbare bewegingsimpuls om de daad bij het woord te voegen, en daarna de reflectie door te evalueren wat het heeft opgeleverd. Ze komt na enige tijd terug en wil in de kast gaan zitten. Een week later kan ze een nieuwe betekenis verlenen aan de impuls 'ik wil in de kast zitten'. Ze vertelt dat zij zich na het misbruik in een kleine ruimte opsloot om te kunnen huilen.

Irene, van een gevoel van ophanging naar in een hoekje zitten:

Irene houdt haar hoofd gebogen. Ik nodig haar uit om na te gaan welke beelden dit oproept. Ze tilt haar hoofd op en vertelt dat de houding een beeld oproept van een strop om haar nek, een ophanging. Eerder had ze verteld dat ze wel suïcidepogingen ondernomen had, dus ik vraag bij haar na of ze ervaring heeft opgedaan met ophanging. Dat is niet het geval. Ik krijg de indruk dat zij zich klein maakte door haar hoofd te buigen, alsof ze zich wil verbergen. Herkent zij dit misschien? Ik vraag haar of dit een manier is waarop ze met het geweld dat bij haar thuis plaatsvond was omgegaan. Ze had me eerder verteld dat ze toen ze klein was, veel te maken heeft gehad met huiselijk geweld, niet zozeer op haar gericht als wel op haar broertje. Op mijn vraag antwoordt ze dat zij zich herinnert dat ze vroeger vaak in een hoekje ging zitten lezen.

Thematisch werken

Emerson en Hopper (2011) beschrijven vier thema's van waaruit zij werken in de behandeling van getraumatiseerde

mannen en vrouwen middels de beoefening van yoga:

- het ervaren van dit moment;
- het maken van keuzes;
- het effectief handelen en
- het creëren van ritmes.

Van der Kolk et al. (2007) benadrukt het belang van het kunnen ervaren van dit moment: *"The aim of therapy with traumatized patients is to help them move from being haunted by the past (...) to being fully engaged in the present and becoming capable of responding to current exigencies"* (p. 419).

De traumatische ervaring wordt volgens Emerson en Hopper gekenmerkt door het gebrek aan keuzemogelijkheden en niet effectief kunnen handelen (zie ook: Herman, 1993). Effectief handelen betekent actief dingen doen die je een beter gevoel geven, je veiliger doen voelen, je een comfortabel gevoel geven of je het gevoel geven dat je controle over de situatie hebt (Emerson & Hopper, 2011). Levine (2014) noemt het een correctieve ervaring: "de passieve responsen van ineenstorting en hulpeloosheid te vervangen door actieve, zelfbekrachtigende, defensieve responsen" (p.99). Omdat iedere cliënt anders reageert op moeilijke momenten die inherent zijn aan traumabehandeling, is het van belang om alternatieve responsen te oefenen. Het gaat hierbij om handelingen die voldoen aan een aantal van de hierboven genoemde kenmerken van effectief handelen. Soms weet de cliënt dit al uit ervaring, vaak zal je met de cliënt op zoek moeten gaan naar de juiste alternatieve handeling, verbaal of non-verbaal.

Het creëren van ritmes ten slotte heeft te maken met de verstoring door traumatische ervaringen van verschillende ritmes, zoals de synchroniteit in het samen kunnen bewegen met de ander, maar ook de verstoring van het ritme van de eigen ademhaling of van het bioritme zoals dat tot uitdrukking komt in bijvoorbeeld op tijd gaan slapen en weer wakker worden.

Genoemde thema's komen ook terug in andere traumagereleerde behandelingen (Linehan, 2010, Boon et al., 2012). Zowel de therapeut als de getraumatiseerde cliënt krijgen hiermee handvatten om met ervaringen in de therapiesituatie om te gaan. Er kunnen steeds vier vragen gesteld worden: Hoe ervaar je dit in het hier en nu? Welke keuze kun je hier nu in maken? Wat ga je doen? Hoe onderhoud je daarbij het contact met de therapeut?

Thematisch werken in de praktijk: effectief handelen oefenen

Omgaan met een moeilijk moment in therapie:

Nathalie merkt tijdens de therapie haar boosheid op. Al onderhandelend over hoe we op een veilige en gezonde manier met deze impuls kunnen omgaan, komt ze uit op het over en weer gooien met een basketbal. Deze vorm heb ik eerder in therapie met haar geoefend: overgooien met

een stuit, overgooien vanuit de borst rechtstreeks naar de borst van de ander en overgooien vanuit de nek. Er was ook geoefend met de richting, naar mij toe gooien zodat ik de bal kon vangen, op de een of andere manier de bal naast of over mij heen gooien waardoor ik gedwongen werd achteruit te lopen om de bal op te halen, en de bal met kracht als een projectiel op mij afgooien, met name richting mijn benen. We gaan over tot deze activiteit. Ze gooit op verschillende manieren met kracht de bal in mijn richting. Ik speel met afstand en nabijheid door af en toe iets dichterbij haar toe te stappen en daarna weer naar achteren. Ook hiermee is eerder geoefend. Na een tijdje vraag ik hoe het nu gaat en ze merkt op dat ze nu meer in haar kracht komt.

Nathalie kon in de therapie gedrag inzetten dat al eerder geoefend was. Doordat dit gedrag eerder geoefend was, kon het ingezet worden op een moment dat de spanning hoog opliep en zij de controle over zichzelf dreigde te verliezen. Het hielp haar om weer controle over de situatie en zichzelf te krijgen en haar eigen kracht weer te voelen. Ze dwong me achteruit te lopen.

Conclusie

Mijn ervaring is dat yoga en mindfulness handvatten bieden voor een individuele psychomotorisch therapeutische traumabehandeling waarbij er oog is voor de kern van de problematiek: dissociatie. Dit gebeurt door:

- het voortdurend onderzoek naar: 'Wat gebeurt er nu?'
De cliënt ontwikkelt hierdoor geleidelijk het vermogen om gewaarwordingen op te merken, te onderscheiden en dieper te doorvoelen en te onderkennen;
- het maken van keuzes om te komen tot effectief handelen.

Het doel van de traumabehandeling is dan ook niet zozeer gericht op het verwerken van het verleden door daarover te vertellen of het uit te beelden, of gericht op extinctie van symptomen. De kern van de behandeling is het integreren van de verschillende aspecten van zichzelf zoals die zich voordoen in het hier-en-nu, uitmondend in effectief handelen. Hierdoor kan heling plaatsvinden van een van de diepe en beschadigende gevolgen van traumatisering: fragmentering van de persoonlijkheid. Die heling heeft directe gevolgen voor het functioneren in het hier-en-nu in de therapiesituatie. Door van daaruit te exploreren naar andere situaties kan vervolgens de transfer plaatsvinden naar het dagelijks leven van de cliënt.

De ervaring leert dat:

- het vermogen toeneemt om emoties te voelen en te laten bestaan en daardoor de angst voor controleverlies afneemt;
- het vermogen toeneemt om effectief en vertrouwend op eigen kracht te kunnen handelen.

Nadere onderbouwing vanuit de literatuur en door effectmeting van behandeling is gewenst.

Literatuur

- Boon, S., Steele, K. & Hart, O. van der (2012). *Omgaan met traumagerelateerde dissociatie: Vaardigheidstraining voor patiënten en hun therapeuten*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Cahn, B.R. & Polich, J. (2006). Meditation States and Traits: EEG, ERP, and Neuroimaging Studies. *Psychological Bulletin*, 132, 2, 180-211. DOI: 10.1037/0033-2909.132.2.180
- Emerson, D. & Hopper, E. (2011). *Overcoming trauma through yoga: Reclaiming your body*. Berkeley, CA.: North Atlantic Books.
- Gendlin, E.T. (1981). *Focussen: Gevoel en je lijf*. Haarlem: De Toorts.
- Hart, O. van der, Nijenhuis, E. & Steele, K. (2010). *Het belaagde zelf: Structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering*. Amsterdam: Boom.
- Hekking, P. & Fellingner, P. (2011). *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Amsterdam: Boom.
- Herman, J.L. (1993) *Trauma en Herstel: De gevolgen van geweld – van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: de Wereldbibliotheek.
- Kabat-Zinn, J. (2008). *Handboek meditatie ontspannen: Effectief programma voor het bestrijden van pijn en stress*. Haarlem: Altamira-Becht.
- Kendall-Tackett, K.A. (2000). Physiological correlates of childhood abuse: Chronic hyperarousal in PTSD, depression, and irritable bowel syndrome. *Child abuse & neglect*, 24, 799-810.
- Kolk, B.A. van der, (2006). Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071, 277-293. doi: 10.1196/annals.1364.022
- Kolk, B.A. van der, McFarlane, A.C. & Van der Hart, O. (2007). A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder. In: B.A. van der Kolk, AC McFarlane & Lars Weisaeth (red.) *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York, London: Guilford Press.
- Koster, F. (2001). *Bevrijdend inzicht: Een kennismaking met boeddhistische psychologie en inzichtmeditatie*. Nieuwerkerk a/d IJssel: Asoka.
- Levine, P.A. (2014). *De stem van je lichaam: Trauma's helen met je lichaam als gids*. Haarlem: Altamira.
- Linehan, M.M. (2010). *Borderline persoonlijkheidsstoornis: Handleiding voor training en therapie*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Maex, E. (2007). *Werken met mindfulness: Aandachtsoefeningen in de maalstroom van je leven*. Tielt, België: Lannoo.
- Mehling, W.E., Wrubel, J., Daubenmier, J.J., Price, C.J., Kerr, C.E., Silow, T., ... Stewart, A.L. (2011). Body Awareness: A phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 6(6). doi: 10.1186/1747-534 1-6-6
- Ornstein, R.E. (1979). *The psychology of consciousness*. Harmondsworth, Middlesex, Engeland: Penguin Books Ltd.
- Rothschild B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York, NY: Norton & Co.

Over de auteur

Kees van den Bos (1954) is psycholoog en psychomotorisch therapeut (seniorregistratie SRVB). Hij is in 1984 afgestudeerd als cultuur- en godsdienstpsycholoog aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. In 2005 heeft hij de VO psychomotorische therapie afgerond en in 2008 de master, beide bij Hogeschool Windesheim. Sinds 2004 is hij werkzaam als psychomotorisch therapeut. Daarnaast heeft hij

Door Albert Berman



een eigen praktijk als yogadocent sinds 1981.
E: keesvandenbos@telfort.nl

Samenvatting

In dit artikel beschrijft de auteur een psychomotorisch therapeutische werkwijze bij cliënten met dissociatie als gevolg van trauma, gebaseerd op opvattingen uit de yoga- en mindfulnessstradities. De behandeling krijgt vorm aan de hand van de drie pijlers: aandacht, gewaarwordingen en thematisch werken. Doel van de behandeling is de integratie en cohesie van de verschillende delen van de persoonlijkheid. Door middel van een aantal casusbeschrijvingen wordt deze werkwijze geïllustreerd. De cliënt wordt in de behandeling gestimuleerd om te kiezen voor effectief handelen. Nadere onderbouwing vanuit de literatuur en door effectmeting van behandeling is gewenst. ■

Kort geleden was het bijltjesdag in onze instelling: vijf zeer ervaren vaktherapeuten vlogen eruit. Ik mocht blijven, wat veel columnlezers zal verbazen. Sommigen denken dat ik al drie keer ontslagen ben, maar dat

gebeurde vooral in mijn fantasie. De vaktherapieën zijn hiermee meer dan gehalveerd en de logische vraag is: waarom eigenlijk? Mijn collega's werden door patiënten hogelijk gewaardeerd, ze draaiden soms wel vier groepen op een dag en brachten geld in het laatje. Prettige collega's waren het ook. Zo was mijn buurvrouw dramatherapeute die door de bordkartonnen muur heen mijn lawaaierige muziektherapie goed kon volgen. "Probeer er maar bovenuit te komen," zei ze altijd tegen haar cliënten, "dat maakt je alleen maar sterker." De beeldend therapeute hielp iedereen met zijn gevecht tegen het computersysteem en knutselde de vaktherapieroosters in elkaar. Zij moesten verdwijnen en ik begreep er niets van. Tot ik vandaag naar huis fietste en een ex-vaktherapeut tegenkwam die nu in een kleine GGZ-instelling 'iets met centen' doet (hoe diep kun je zinken). Hij legde het me helder uit: "Er was een tijd waarin psychiaters geen kip zagen, maar wel behandelingen declareerden bij zorgverzekeraars. Die werden dan uitgevoerd door niet BIG-geregistreerde behandelaars, zoals vaktherapeuten. Dus wij werden gezien als hun handlangers, de 'verlengde-arm-constructie' heette dat in het nettere synoniem. Toen de zorgverzekeraars dat ontdekten, hebben ze geëist dat een patiënt minstens een bepaald tijdspercentage een BIG-hoofdbehandelaar moest zien. Dat percentage verschilt echter per zorgverzekeraar en nu weet niemand meer hoeveel vaktherapie er in een behandeling kan. Dit gaat onderzocht worden en je weet, dat kan jaren duren." Ik zei: "Maar we hebben het hier over een ziekenhuis, geen malafide psychiaterpraktijk." "Zorgverzekeraars zijn boeven hoor, Albert," vertrouwde de cijferaar me toe. "Ik weet niet hoeveel vaktherapie er overblijft. In mijn instelling willen we graag vaktherapie, ik reken me suf, maar ik krijg het gewoon niet voor elkaar." Hij sloot af met de voorspelling dat het spoedig gedaan is met vaktherapie. Maar dat hoor ik al jaren van hem en hij is niet de grootste optimist aller tijden. Ik wel.

Het komt allemaal goed. Maar we moeten niet gaan wachten op een rapport. Ik weet namelijk nu al dat wij daar niet in komen te staan. Psychiaters en psychologen mogen eraan schrijven en zij hebben altijd alleen oog voor elkaar (dat heeft wel iets zieligs trouwens). Nee, wij gaan knorrend onze BIG-registratie binnen halen, ik stel voor met honderd varkens die banjeren door de verf op het Binnenhof. Zij knorren in de maat: "Ook Wij Willen Vaktherapie!" Er zijn vast wel vaktherapeuten met roots op de boerderij, die dit logistiek even kunnen regelen. Het lijkt me leuk om daarna te barbecueën en te toosten op onze nieuwe status. Eindelijk kunnen we die modules beeldend, drama, dans, muziek en pmt aanbieden, zonder dat we handlangers hoeven te zijn van een psychiater. Patiënten zullen ontzettend blij zijn, want zij weten al lang dat vaktherapie écht werkt. En ze hebben daar helemaal geen waterhoofdbehandelaar bij nodig.