

# Complexe vroegkinderlijke traumatisering: een ontwikkelings- en hechtingstrauma

## *CPTSS en de bijdrage van de haptotherapie*

### **Inleiding**

Traumatische ervaringen zijn ervaringen die bij normaal bewustzijn niet zijn te verdragen. Vroegkinderlijk trauma bestaat doorgaans uit meerdere “klappen.” De schade van de eerste klap(pen) hangt af van de aard en intensiteit van de gebeurtenis. De tweede klap die het eigenlijke trauma teweegbrengt, is een gevolg van niet opgevangen worden. Dat is het geval bij onvermogen van de ouders of ongelukkige omstandigheden waarbij niet zelden de ouders zelf getraumatiseerd zijn. Traumatiserende gebeurtenissen in de kindertijd “vallen” in een nog ongevormde persoonlijkheid en voor de “opvang” zijn kinderen afhankelijk van hun eerste verzorgers. Daar de inprentingen vroeg plaatsvinden en in een onvermijdelijk sociale context wordt er bij CPTSS ook wel gesproken van ontwikkelingstrauma (Fisher 2018 e.a.) en/of hechtingstrauma. (Ruppert, 2014 e.a.)

Kinderen zijn te klein om weg te kunnen uit hun situatie. Als ze te maken krijgen met mishandeling en verwaarlozing, vooral als mensen van wie ze houden daarvoor verantwoordelijk zijn, moeten ze op een niet fysieke manier uit de situatie “weg komen”. Ze moeten zich losmaken van wat er gebeurt om op de een of andere wijze intact te blijven, op te groeien en de normale ontwikkelingstaken onder de knie te krijgen: leren op school, vrienden maken, interesses ontwikkelen.

Om dat te kunnen moeten ze hun ervaringen in twijfel trekken, de herinnering blokkeren en hun “trauma-ik” verloochenen. Mishandelde kinderen “profiteren” van het aangeboren vermogen van de menselijke hersenen om te splitsen, te compartimentaliseren. Zo behouden ze – vereenvoudigd gezegd - een besef van zichzelf als het “goede kind” en het “slechte kind”.

Het splitsen of fragmenteren is een vernuftige en adaptieve overlevingsstrategie, maar met een hoge prijs. Om het afgewezen “slechte kind” op afstand en buiten het bewustzijn te houden, blijven mensen nog lang na afloop van de traumatiserende gebeurtenissen aangewezen op dissociatie om de ont koppeling te handhaven.

Traumatische en vroegkinderlijke herinneringen worden niet gecodeerd in het expliciete geheugen, waardoor gebeurtenissen niet beschikbaar zijn voor het ophalen ervan. Er komt geen verhaal en context tot stand, maar het sensorische en motorische proces blijft als het ware rondzingen op een lijfelijk niveau. Mensen komen dan ook in therapie met een erfenis van symptomen en fysieke en emotionele reacties zonder te weten waar het vandaan komt.

Haptotherapeuten hebben vanuit hun professie geleerd met de persoon mee te luisteren naar wat het lichaam vertelt. Om werkelijk ook te horen wat er verteld wordt, is het belangrijk een achtergrondkader te hebben van wat CPTSS inhoudt. Dit artikel levert hiertoe een bijdrage.

Het artikel bestaat uit twee delen:

- **1.Vroegkinderlijke ontwikkeling door de lens van trauma:**  
In dit deel wordt de theoretische ontwikkeling van de laatste decennia samengevat vanuit de bijdragen van de neurobiologie, de hechtingstheorieën, de sociale betrokkenheidstheorie en de structurele- dissociatie theorie.
- **2.Haptotherapie en CPTSS: verstandig bottum-up werk:**  
Dit deel beschrijft hoe deze wetenschappelijke inzichten verrijkend kunnen zijn voor de praktijk en aansluiten bij de werkwijze van de haptotherapie.

## 1. VROEGKINDERLIJKE ONTWIKKELING DOOR DE LENS VAN TRAUMA

*Wetenschappelijke inzichten, een fundament onder de haptotherapie*

### **Een neurobiologische perspectief: het ontstaan van breuklijnen**

Om CPTSS – de complexe vorm van posttraumatische stress - goed te begrijpen is het belangrijk om de vroegkinderlijke ontwikkeling te bezien door de lens van trauma.

Kinderen worden niet geboren met een goed gereguleerd stresssysteem. Voor de ontwikkeling van een stevige “window of tolerance” (WOT) moeten de ouders zorgen, die daarvoor zelf over een breed tolerantie venster moeten beschikken. Kinderlijke ontregeling kan intens zijn en door merg en been gaan. Wanneer een jong kind dat overkomt, is het zijn ontregeling: het valt daarmee samen. De mogelijkheid van geruststelling moet door ervaring worden geleerd. De enige buffer die kinderen hebben tegen traumatische stress is een veilige hechting, waarin de ouder afstemt op het kind en het keer op keer geruststelt.

Vroege hechtingservaringen “bedraden” het zenuwstelsel. Het kind raakt daardoor ingesteld op veiligheid of gevaar. Als de ouder niet geruststelt, maar angst veroorzaakt - niet af en toe maar gedurig - ontstaat er geen stevig tolerantievenster. Het kind blijft in een verhoogde staat van arousal, steeds op zijn hoede, opgejaagd en angstig, klaar om te vechten of vluchten (de sympathische adrenaline reactie). Of een kind “checkt-uit”, wordt lusteloos, depressief en teruggetrokken (de parasympathische cortisolreactie).

Vroegkinderlijke traumatisering is complex.

Op de eerste plaats komen ervaringen van angst zelden alleen, het zijn clusters van ervaringen, meestal gedurende lange tijd. Op de tweede plaats ontwikkelt zowel de prefrontale cortex als de linkerhelft van het brein zich langzaam. Beide zijn nodig om een verstandelijk en verhalend kader te scheppen, waarin angstervaringen geïntegreerd kunnen worden.

Om zicht te krijgen op wat angst en gevaar doen met de hersenen is het uitgangspunt van de *driedeling in de hersenen* bruikbaar.

Het eerste gedeelte van de hersenen dat “online” komt is het zgn. *reptielenbrein*. Het verzorgt al onmiddellijk na de geboorte belangrijke functies: de hartslag, de ademhaling en de basale reflexen en impulsen die nodig zijn om te leven. Het tweede gedeelte, het limbische systeem, ook wel *zoogdierbrein* genoemd, is ten dele al in de baarmoeder ontwikkeld en maakt na de geboorte een snelle ontwikkeling door. Het verwerkt en onthoudt emotionele ervaringen evenals relatie ervaringen. Ook reageert het limbische systeem op gevaar: het is de bewaarplaats van “the good, the bad and the ugly”. Het ontwikkelt zich tot de leeftijd van ongeveer 13 jaar en heeft daarna grote invloed op de rest van het sociale en emotionele leven. Het derde deel van het brein - *de prefrontale cortex* - groeit langzaam tijdens de kindertijd. Het maakt een groeispuurt wanneer kinderen taal verwerven, groeit dan geleidelijk door om opnieuw een groeispuurt door te maken rond de pubertijd. De frontale cortex rijpt door ervaring en helpt om situaties te overzien.

Kort gezegd: het reptielenbrein heerst over actie en handelen, het limbische systeem gaat over voelen en de frontale lob helpt om gevoelens met verstand en wijsheid te hanteren.

Gevaar wordt in ons hersensysteem ontvangen door de thalamus - de toegangspoort voor alle sensorische informatie- en onmiddellijk doorgestuurd naar de amygdala. De amygdala is de "rookmelder" voor de hersenen. Wanneer het alarm in de amygdala afgaat, schakelt de prefrontale cortex af. Dit heeft een evolutionair belang: wanneer het leven bedreigd wordt, moet een mens onmiddellijk handelen.

Dit treedt niet alleen op wanneer het kind in direct gevaar verkeert, maar ook wanneer het gevaar verwacht. De hersenen reageren in anticipatie, bij voorbeeld wanneer voetstappen op de trap klinken, wanneer de deur van een auto dichtslaat of wanneer het een bepaalde klank in de stem van de ouder hoort. En of het verwachte kwaad nu geschiedt of niet, het lichaam reageert precies hetzelfde: het alarm gaat af en de hersenen gaan "offline".

Naast de amygdala is ook de hippocampus een belangrijk deel van het limbische systeem. De taak van de hippocampus is ervaringen te verwerken en het impliciete en expliciete geheugen met elkaar te verbinden. De hippocampus doet dit in eerste instantie non-verbaal, voordat de ervaringen gekoppeld worden aan woorden en logisch opvolgende beelden. Doordat de prefrontale cortex afschakelt bij gevaar kan de hippocampus zijn werk niet voortzetten. Ervaringen blijven chaotisch, ongesorteerd achter; er kunnen geen woorden voor worden gevonden.

Op deze manier ontstaat er een vicieuze duivelscirkel: de frontale cortex, het denken, schakelt af, de hippocampus is beperkt, dus het geheugen vertelt niet hoe het een tot het ander leidde. Wat overblijft zijn losse flarden en chaotische gevoelens, waardoor de amygdala zich nog scherper afstelt op elk teken van gevaar.

We spreken hier over een "*horizontale breuklijn*". Het kinderlijk bovenbrein kan de emotionele reacties en impulsen van het beneden brein niet monitoren, omdat het nog "onder constructie" is. En wanneer de ouders de taken van het bovenbrein niet vervullen kan het kind niet terugkeren naar een basislijn van kalmte en rust.

Er is ook een aangeboren "*verticale breuklijn*" binnen de hersenen: de verdeling in een rechter- en linkerhersen helft. De rechterhersen helft is bij de geboorte ontwikkeld en actief, dit in tegenstelling tot de linkerhersen helft. De rechterhersen helft is gericht op samenhangen en gehelen en voorziet in basale functies zoals het reguleren van lichamelijke processen en emoties. De linkerhersen helft is gespecialiseerd in taal en analytische taken, zoals oorzaak-gevolg relaties. Deze helft maakt zijn eerste groeispurt door rond het 2<sup>de</sup> levensjaar, wanneer de taalontwikkeling op gang komt. De verbinding tussen de linker- en rechterhersen helft vindt plaats in het corpus colossum. Dit is naast de mediale prefrontale groep en de hippocampus een van de grootste interactieve weefsels in de hersenen. De ontwikkeling van het corpus colossum verloopt langzaam: pas rond 12-jarige leeftijd is het volledig functioneel. Daardoor zijn rechterhelft gerelateerde ervaringen relatief onafhankelijk van linkerhelft-gerelateerde ervaring, zodat splitsing mogelijk is als daar noodzaak toe is.

Om zich in te leven in de emotionele beleving van het kind gebruikt de ouder de rechterhersen helft om vervolgens middels woorden (li- hersen helft) betekenis aan de beleving van het kind te geven. Omdat de emotionele afstemming gepaard gaat met geven van woorden, wordt daarmee de ontwikkeling van de linkerhersen helft bevorderd: de lichamelijke ervaringen worden gerepresenteerd in taal. Woorden helpen de emotionele intensiteit van ervaringen te reguleren: "name it to tame it".

Vroegkinderlijke traumatisering is met recht "double trouble" te noemen. Het is inherent aan een traumatische ervaring, èn aan de vroegkinderlijke staat van zijn dat een ervaring niet in een samenhangende talige herinnering kan worden vervat. Dat onvermogen komt van twee kanten: door de overvloed aan stresshormonen komt de informatie "boven" niet aan: de verticale integratie en

emotieregulatie schiet te kort. Het gebrek aan horizontale integratie beperkt de links-rechts (narratieve) integratie.

Vroegkinderlijk trauma kent geen woorden en wordt niet ervaren als “iets” uit het geheugen, dat gelinkt is aan “vroeger”. Impulsieve handelingen, fysieke onrust, gevoelens van schaamte, angst en plotselinge woede lijken “nergens bij te horen”. Ze worden vaak als bevreemdend ervaren, laten een gevoel van “gekke” na en scheppen onveiligheid in het hier-en-nu.

De ervaringen zijn ondergedoken in een gefragmenteerd impliciet geheugen dat zich, wanneer daar aanleiding toe is, actief roert in het heden. De vermenging van heden en verleden zorgt voor onbegrijpelijke verwarring in het dagelijks leven.

### **Het impliciete geheugen: het “niet wetende- weten” als primitief kompas**

Het geheugen is op te delen in het expliciete en het impliciete geheugen. Het expliciete geheugen bevat zowel feitelijkheden die we zonder meer kunnen opsommen: het “koele” declaratieve geheugen als ook het “warme” episodische geheugen, dat levendige herinneringen, allerhande schakeringen van onze levenservaring bevat, die spontaan en associatief naar boven drijven in een bepaalde context.

Impliciete herinneringen zijn fundamenteel anders dan “koele” declaratieve of “warme” episodische herinneringen. Ze zijn “heet” en enorm dwingend, verschijnen en verdwijnen ongemerkt, meestal zonder dat we er ons in de verste verte ook maar bewust van zijn. Ze zijn georganiseerd rondom emoties (het emotionele geheugen) en vaardigheden en “dingen” die het lichaam automatisch doet: het procedureel geheugen.

Emotionele herinneringen hebben weliswaar een krachtig effect op ons gedrag, maar de invloed van procedurele herinneringen op de loop van ons leven is vaak veel diepgaander, zowel in positieve als in negatieve zin. Procedurele herinneringen zijn een primitief kompas. Het zijn handelingsblauwdrukken die ons door het leven helpen met instinctieve, automatische en onbewuste reacties. Ze verhogen de snelheid en vaak ook de doelmatigheid van gedrag. In andere gevallen zijn de reacties soms volkomen irrationeel en gaan ten koste van weloverwogen intentioneel gedrag.

Procedurele herinneringen zijn herinneringen en conditioneringen, die drie brede categorieën bestrijken:

- Aangeleerde motorische vaardigheden, zoals bijvoorbeeld lopen, fietsen, zwemmen. Ook als je dat lang niet hebt gedaan, blijkt je ze niet te hebben verlerd.
- De neigingen met betrekking tot toenadering of vermijding/ aantrekking of afstoting: dit omvat de natuurlijke beweging van een organisme als reactie op “goed en kwaad”/ lust en onlust, maar ook de geconditioneerde reacties op “verwachtingen” daarvan. Deze bewegingen van toenadering en vermijding zijn voor haptotherapeuten gemakkelijk te herkennen en bieden veel informatie over de hantering van heden en verleden van een cliënt. Daarnaast kennen we de beweging van openen en sluiten, die als een onderliggend ritme aan het leven ten grondslag ligt. Ook deze vertelt iets over de levensruimte die is geboden en is te voelen als natuurlijk, vloeiend, en ruim of als ingeperkt, klein en benauwd.
- De automatische overlevingsinstincten en verdedigingsreacties: de “cry for help”/hechtingsschreeuw, vechten, vluchten en bevriezen, schrap zetten, terugtrekken, voor dood houden. Deze “dierlijke” verdedigingsreacties worden instinctief en dwingend in tijden van grote stress. Vooral wanneer het sociale betrokkenheidssysteem schade heeft geleden door onveilige hechting en verwaarlozing.

## **Onveilige /gedesorganiseerde gehechtheid: schade in het sociale betrokkenheidssysteem**

Sociaal leren: leren hoe mensen jou zien, hoe je jezelf ziet, hoe je de ander ziet, wat je van de ander verwacht, is in eerste instantie procedureel leren. Ook je veilig of onveilig voelen met jezelf en anderen is in eerste instantie woordeloos, automatisch ervaringsleren.

Alle vroegkinderlijke ervaringen, de opbouwende en de traumatische, worden lichamelijk geleefd. Extreme pré-, peri- en vroeg postnatale belastingen zijn altijd existentieel; ze hebben direct met leven en dood te maken. Dit vanwege het naakte feit dat een kind niet alleen kan overleven.

Tragische factoren, die tot een trauma kunnen leiden, zijn: een vroeggeboorte, een ernstige ziekte van de moeder, een dreigende miskraam of poging tot abortus, het overlijden van de helft van een tweelingpaar, noodzakelijke medische ingrepen, stress in het gezin.

Een chronisch traumatiserende factor is incapabel ouderschap. Veilige hechting veronderstelt een lichamelijke en emotionele afstemming tussen de ouder en het kind. Wanneer ouders zelf onvolwassen zijn, verstandelijk gehandicapt of getraumatiseerd, ontbreekt die afstemming, is hij wisselvallig of regelrecht schadelijk voor het kind. Statistieken wijzen uit dat het merendeel van de mensen, die met een CPTSS gediagnosticeerd worden, opgegroeid zijn in een omgeving van verwaarlozing en gedesorganiseerde hechting.

Er zijn verschillende vormen van onveilige gehechtheid met verschillende karakteristieken. We onderscheiden vermijdende en ambivalente gehechtheid, die beiden onveilig zijn, maar wel georganiseerd, en gedesorganiseerde gehechtheid.

*Vermijdende gereserveerde gehechtheid* is met name cognitief georganiseerd. De ouders beantwoorden de emoties van het kind niet. Het kind leert dat het beter op zichzelf kan vertrouwen. Gevoelens, relaties en moeilijkheden worden onderkoeld benaderd of vermeden. Extreem gereserveerde cliënten zijn kanjers in het stilleggen van gevoelsexpressie, bewegingen en impulsen. Het stresssysteem toont echter wel aan dat er sprake is van een grote mate van arousal.

*Ambivalente gehechtheid* is eerder affectief georganiseerd. De ouders reageren doorgaans wel op emoties maar niet consistent. Het kind leert emoties te verhitten en uit te vergroten om zo de relatie in stand te houden. Het onderscheid tussen gevoelens en feiten is vaak dun: wat gevoeld wordt is waar. De ander is belangrijk, maar tegelijk een bron van angst en onzekerheid.

*Gedesorganiseerde gehechtheid* ontstaat wanneer ouders emotioneel niet te volgen zijn: vandaag zus, morgen zo. Gibson (2015) noemt deze ouders emotioneel onvolwassen. Hun handwijze doet denken aan het gedrag van kinderen, maar dan in groot formaat, dus imposanter. Ze houden nauwelijks rekening met de gevoelens van anderen en er zijn extreme grensproblemen. Ze raken te veel of veel te weinig betrokken bij anderen. De meesten tolereren amper frustratie. Ze gebruiken eerder emotionele tactieken en dreiging dan dat ze verbaal uiten wat ze wensen. Ze weigeren hun kinderen te zien als afzonderlijke individuen. In plaats daarvan verhouden ze zich tot hen op basis van hun eigen behoeften.

De onderliggende onvolwassenheid kan verschillende vormen aannemen. Er zijn uiterst emotionele ouders, die volkomen geregeerd worden door hun overkokende gevoelens en hun kinderen daarin mee trekken. Daarbij zwenken ze heen en weer tussen overdreven betrokkenheid en abrupte terugtrekking. Je hebt ook gedreven ouders die dwangmatig doel georiënteerd en superdruk zijn. Alles en iedereen moet perfect zijn. De passieve ouder daarentegen laat het erbij zitten en kijkt weg van alles waarover hij zich druk zou moeten maken. De afwijzende ouder tenslotte wil absoluut niet

door zijn kinderen lastiggevalen worden. Het kind krijgt het gevoel dat het beter was dat het niet bestond.

Er zijn ouders die zo gedesorganiseerd zijn dat ze alle beschreven ouders in een zijn. Als de ouders dermate onvoorspelbaar en inconsistent zijn in hun bejegening is dat voor een kind uiterst verwarrend. Het ontwikkelt dan meerdere representaties (verinnerlijkte beelden) van de ouder. Beelden van de ouder die elkaar snel afwisselen: het ene moment slachtoffer, het volgende moment dader en weer even later een redder.

Er ontstaat grote innerlijke verwarring en het kind ontwikkelt ook meerdere beelden van zichzelf. Ook hij ziet zich afwisselend als dader, de schuld van alles, als trooster en redder of als hopeloos bang slachtoffer. Hij kan zich beurtelings held of schurk voelen. Dit wordt nog eens versterkt als het kind belast wordt met vijandige persoonlijke toekenningen, bij voorbeeld dat het een leugenaar, een dief, een verleider zou zijn.

### **Primitieve afweermechanismen**

Kinderen doen alles om te overleven en chocolade te maken van deze chaos. Daarvoor zijn primitieve afweermechanismen nodig. Een daarvan is loochening, waardoor bepaalde onverteerbare zaken niet bestaan. Een andere is splitsing. Splitsing is een belangrijk overlevingsmechanisme. Het houdt de goede ouder en de slechte ouder uit elkaar. Het houdt ook het “goede” en “slechte” kind uit elkaar en de afzonderlijke “oplossingsstrategieën”, die nodig zijn in verschillende situaties.

Kinderen denken vaak dat de remedie voor hun pijn en eenzaamheid is om zelf te veranderen, zodat daardoor ook anderen en de situatie verbeteren. Deze oplossingsfantasieën gaan in werkelijkheid niet op, maar geven hoop op een betere toekomst. Veel kinderen hebben op die manier hun jeugd overleefd. “Oplossingen” beginnen vrijwel allemaal met “als ik maar niet. . als ik maar wel...”. Als ik maar liever was...mijn mond hield, ....mijn moeder beter hielp..., dán zou alles beter zijn”.

Zo ontwikkelt het kind meerdere aangepaste “zelden” om een plek in het gezin te garanderen. Dat kan aanpassing naar gewenst gedrag zijn of juist “negatief gedrag” om te zorgen dat er aandacht aan hem wordt besteed. Het aannemen van een rol en ook de vestiging van vaste overtuigingen wie je bent - of zou moeten zijn - gebeurt altijd onbewust. Nooit zelfgekozen en bewust. Het is de meest behulpzame, optimale bescherming, die in die omstandigheden mogelijk is.

Het bestaan van verschillende staten van zijn (“ego-states”) veronderstelt dat we als mens het vermogen hebben het bewustzijn in compartimenten op te delen. In normale omstandigheden zijn de delen van ons bewustzijn min of meer geïntegreerd en zien we ze als deel van onszelf. In traumatische omstandigheden kan fragmentatie ontstaan. De delen komen dan te los van elkaar te staan en worden door de persoon niet meer herkend als eigen.

Fragmentatie is evenals trauma een dimensioneel begrip. Eén uiteinde van fragmentatie is het gevoel dat je “los van jezelf staat”. Het andere uiteinde is de Dissociatieve Identiteitsstoornis (DIS), waar de delen een eigen bestaan en identiteit ontwikkelen en elkaars bestaan niet (er) kennen.

Het beschrijven van de structurele dissociatietheorie is niet bedoeld om haptotherapeuten aan te moedigen op eigen houtje met ernstige fragmentatie te werken. Wél om bewustzijn te ontwikkelen hoe traumastemmen kunnen “spoken” in het doorgaans veilige heden.

### **De structurele dissociatie-theorie: fragmentatie van bewustzijn**

De trauma gerelateerde vorm van verdeeldheid die optreedt bij structurele dissociatie is anders dan de “gewone ego-state”. De structurele dissociatie theorie (van der Hart e.a. 2013/ 2018) beschrijft

hoe de aangeboren fysieke structuur van de hersenen met de twee afzonderlijke gespecialiseerde hersenhelften het mogelijk maken dat er bij extreem of langdurig gevaar een ontkoppeling tussen de linker en rechterhersenhelft plaatsvindt. De schrijvers gaan ervan uit dat de ontkoppelde linkerhelft via logisch denken en handelen op de taken van het dagelijkse leven gericht blijft. Dit terwijl de andere hemisfeer in de overlevingsmodus van het trauma blijft steken, gestuurd door het autonome zenuwstelsel en de dierlijke verdedigingssystemen: alertheid, vechten, vluchten, bevriezen of volledige instorting en onderwerping.

De theorie maakt onderscheid tussen twee hoofdtypen van dissociatieve delen in de persoonlijkheid: de ANP (Apparently Normal Part of the Personality) en de EP (Emotional Part of the Personality). Bij de gewone PTSS is er doorgaans één ANP, en één EP; bij CPTSS bestaan er vaak meerdere EP's. Bij meer dan één ANP is er vrijwel zeker sprake van een DIS (Dissociatieve Identiteit Stoornis).

Het functionerende zelf (ANP) blijft stug doorgaan en probeert wanhopig "normaal" te zijn, maar voelt zich vervreemd van en bedreigd door de traumatische emoties van de doorgaans jonge EP - delen. Het ANP is zich doorgaans enigszins bewust van het bestaan van andere delen, maar moet de EP's uit zelfbehoud op afstand houden.

Er ontstaat een dissociatie - een ontkoppeling - in de persoonlijkheid, waarbij bepaalde delen als ego-dystoon, dat wil zeggen als "niet-ik", beschouwd worden. Verschillende bewustzijnsdelen kunnen zo van elkaar afgescheiden zijn dat er veel breukvlak en nauwelijks "interface" bestaat.

Bepaalde "spelers" zijn gemakkelijk te herkennen en de cliënt kan zich er mee identificeren, terwijl andere delen genegeerd of afgewezen worden. Het ontstaan van gescheiden delen in het bewustzijn heeft te maken met welke handelingsstrategie veilig was. Was het veilig om te bevriezen of te vechten? Om hulp te roepen? Gezien maar niet gehoord te worden? Vaak zijn de delen met elkaar in conflict, met name wanneer er sprake was van een gedesorganiseerde gezinssituatie. Zo kan een deel dat hulp of troost zoekt door een ander deel worden bestraft, omdat het daar gevaar in ziet. Of er is een nieuwsgierig deel dat ergens op af wil, maar dat teruggehaald wordt door een vluchtdeel dat bang is voor klappen.

Verschillende soorten EP's:

#### *De slachtoffer EP's*

Dit zijn doorgaans kindsdelen. Ze dragen veel pijn, zijn bang en beducht op gevaar. Ze willen wel en niet gezien worden en hebben een grote behoefte aan aandacht en zorg. De kindsdelen realiseren zich vaak helemaal niet dat ze in het hier en nu zijn (non-realisatie), en kunnen zich letterlijk als een kind voelen, denken en gedragen.

#### *De controle- en bescherm EP's*

Deze proberen (tiranniekelijk) te verhinderen dat er alarm ontstaat in de alledag. Ze zijn doorgaans sterk geconditioneerd op triggers van gehechtheid, afhankelijkheid en emotionele behoeften. In hun ogen zijn die behoeften de boosdoeners en veroorzakers van het trauma. Deze EP's hebben vaak sterke overtuigingen, gevormd in de kindertijd. Dader-imiterende delen kunnen het lichaam beschadigen. Kritische en perfectionistische managers zorgen ervoor dat niemand meer dichterbij komt en jagen op om voortdurend productief te zijn. Een andere groep beschermers fungeert als een nooddienst die impulsief handelt, zodra er een verboden emotie opkomt.

### *De actieven in het zorgsysteem*

Dan zijn er nog delen, die zich voornamelijk bekommeren om de behoeften van anderen. Meestal komt het niet bij hen op om voor zichzelf te zorgen.

Het beslissende inzicht in deze theorie is dat alle delen een functie hebben, nl. het beschermen van het zelf tegen het ten volle ervaren van de overweldigende angst om vernietigd te worden!

Dissociatie is de essentie van trauma (van der Kolk, 2017). Ten tijde van trauma er niet zijn, terwijl je er toch bent, zou je een mooie truc van de natuur kunnen noemen. Wanneer dissociatie tot een overlevingsstrategie wordt, verschuift zelfregulatie naar zelfbehoud. Voor het zelfbehoud moet dissociatie in stand blijven in het dagelijks leven. Dissociatie wordt dan structureel en dient om de traumatische herinnering en de dissociatieve delen die daarbij horen op een afstand te houden.

Om die afstand te waarborgen is veel vermijding nodig. Van der Hart e.a. spreken in dit kader over fobieën. Dit drukt de sterkte en de urgentie van de vermijding uit.

De belangrijkste fobieën die bij trauma gerelateerde structurele dissociatie optreden zijn:

- *De fobie voor het eigen lichaam*
- *De fobie voor de traumatische herinnering.*
- *De fobie voor gehechtheid en tevens voor verlies van gehechtheid*

Het komt voor dat wanneer een traumadeel (EP) geactiveerd is, ANP geheel offline raakt en geheugenverlies heeft. Dit verschijnsel wordt met de term “switch” aangeduid. Soms, als intrusie van EP wel enigszins merkbaar is, ervaart ANP verontrustende non-specifieke symptomen, zoals verhoogde prikkelbaarheid, hyper of hypo arousal, depressie, angst, woede, slapeloosheid, de neiging zichzelf schade toe te brengen. Of traumatische ervaringen worden onbewust opnieuw geënceneerd (re-enactment).

Getraumatiseerde EP's kunnen “primitieve” reacties oproepen. Deze kunnen gedesorgeriseerd en ongericht zijn: een paniekstoornis, een plotselinge vluchtreactie, een (pseudo) epileptische aanval. Ook kunnen er reflexmatige reacties optreden als gevolg van bepaalde triggers, die in principe van alles kunnen zijn, juist omdat vroegkinderlijke traumatisering in de alledag plaats vindt. Bij voorbeeld wanneer een cliënt voetstappen hoort boven of achter en hij volkomen automatisch reageert door te vluchten of te bevriezen.

Getraumatiseerde mensen gaan doorgaans gebukt onder een reeks ongereflacteerd vast overtuigingen, zoals “ik ben vies, slecht, een leugenaar, je gaat me vroeg of laat verlaten”. Veel pre-reflectieve overtuigingen zijn gebaseerd op kwaadaardige suggesties: “het komt door jou, je bent slecht, je bent een leugenaar, je verdient geen liefde”. Getraumatiseerde mensen kunnen heel onzeker zijn om een disfunctioneel idee op te geven. Vaak heb je er als therapeut weinig invloed op.

## **2. HAPTOTHERAPIE EN CPTSS: VERSTANDIG BOTTUM-UP WERK**

Cliënten die in therapie komen zijn doorgaans heel gewone mensen. Ze verlangen ernaar thuis te zijn met zichzelf, zich rustig, veilig en “normaal” te voelen. En naar controle over het eigen leven.

Traumageoriënteerde aanpak is gebaseerd op de overtuiging dat om aanwezig te zijn in het heden bewustzijn van het lichaam nodig is. Om met het verleden om te kunnen gaan moeten mensen zich zintuigelijk leren oriënteren in het veilige heden. Deze aanpak geeft geen prioriteit aan een verhaal over gebeurtenissen uit het verleden. Daar het trauma niet (meer) buiten zit, maar “binnen”, moeten



cliënten vertrouwd raken met hun lichamelijke gewaarwordingen. Zonder dat raken ze niet vertrouwd met zichzelf.

Traumatische herinneringen zijn hoofdzakelijk sensomotorisch van aard, met vaak weinig tot geen cognitieve componenten. Een bekendheidsrelatie opbouwen met die herinneringen kan alleen in een therapeutische omgeving die niet invasief is, maar een kalm “houdveld” biedt (van Ruitenbeek, 2018). Daarin kan de cliënt geholpen worden om zijn stresssysteem tot rust te brengen. Dan wordt het mogelijk om trauma-gebonden bevroren bewegingen, reflexen en overtuigingen te onderzoeken en te plaatsen in de context van het verleden.

De vervreemding die gepaard gaat met dissociatie moet verminderen. Dat betekent dat cliënten zich gaan realiseren dat de traumatische tijd voorbij is. Heden en verleden moeten ontmengen. Dat vereist zowel een besef van in het hier en nu zijn, als een zich toe-eigenen en “voor waar nemen” van de trauma ervaringen uit het verleden. Het gelijktijdige besef een volwassene te zijn die in het nu samen leeft met “traumakinderen van toen” vereist de ontwikkeling van een duaal bewustzijn.

De volwassene van nu met zijn vermogens tot het managen van de alledag moet zich leren verhouden tot de intense angst en emoties van het kind van toen. Door het kind van toen te leren kennen en er minder bang voor te zijn, raken de emotionele delen gerustgesteld. Ze worden als het ware uit het verleden gehaald. Ze komen van daar en toen, naar nu en hier. Daar vinden ze idealiter onderdak onder de vleugels van een volwassen ANP, die hen kent en kan geruststellen.

De haptotherapeut maakt gebruik van de bijzondere competenties waarover hij op grond van zijn opleiding en ervaring beschikt. Een adagium van de haptotherapie is dat er gewerkt wordt met de persoon vanuit de “bezielde lichamelijkeheid”. Als therapeut is het belangrijk daarnaast bij CPTSS een aantal bijzondere aspecten in het oog houden. Deze zijn overigens ook van waarde bij minder gecompliceerde therapieën.

### **De bijzondere rol van de therapeut bij CPTSS**

Haptotherapeuten zijn doorgaans niet opgeleid om volledig volgens de GGZ-normen te diagnosticeren. Wel zijn ze opgeleid om symptomen van traumatisering te onderkennen. Cliënten komen omdat ze last hebben van hinderlijke symptomen en gedragingen. Er is vaak sprake van “dubbele moeilijkheid”, omdat ze zichzelf veroordelen, zich schamen, zich gek en dom voelen. Vaak ontbreekt elke verklaring die de - veelal tegenstrijdige - symptomen begrijpelijk maakt, zodat mensen zichzelf bedrog of innerlijke tekortkomingen verwijten.

Traumabehandeling is diepgaand beïnvloed door neurologisch onderzoek. Cliënten zijn vaak opgelucht als ze daarover psycho-educatie krijgen. Met name over hoe een traumatisch verleden doorwerkt op het stresssysteem, hoe “traumatijd” zich mengt met de alledag en tot dissociatieve breukvlakken kan leiden.

Het zichzelf herkennen en gaan zien als mensen met een normale aanpassing op trauma is een eerste stap op weg naar innerlijke verbinding met zichzelf op een nieuwe manier. Daarnaast kan psycho-educatie helpen om het inherente machtsverschil in de therapeutische setting te verminderen door het delen van de kennis die binnen de therapie gebruikt gaat worden. Cliënten kunnen dan zelfredzame, geïnformeerde samen-werkers in hun eigen behandeling worden.

Een belangrijk uitgangspunt voor de therapeut is dat in elke cliënt sterke krachten aanwezig zijn, die maken dat hij nog bestaat. Naast het respect voor het vermogen dat hij had om “door te gaan met doorgaan”, verdienen alle beschermingsoplossingen die ooit ontstonden het volle respect, omdat zij ertoe dienden een vitale levenskern, een “Zelf” heel te houden.

“Zelf” verwijst hier naar eigenschappen die ieder mens in onbeschadigde vorm bezit, hoeveel mishandeling en trauma hij ook heeft meegemaakt. Voorbeelden van zulke eigenschappen zijn: nieuwsgierigheid, helderheid, moed, betrokkenheid, creativiteit. Er gaat een stabiliserend en bemoedigend effect van uit wanneer je als therapeut die onbeschadigde kern benoemt en liefdevol verwelkomt. Hij kan te hulp roepen om het verstandige volwassen zelf te steunen en als tegengif dienen voor de ervaringen van het getraumatiseerde kind.

Ook schuilt in elke wezen, ondanks alle fragmentatie en breuken een wijsheid en weten omtrent wat heilheid dient. Van de therapeut vraagt dat het vermogen om geregeld een stapje terug te doen om zodoende het innerlijk weten van de cliënt niet te storen.

Daarnaast wordt van de therapeut echter ook sturing gevraagd en tempobepaling. Cliënten komen binnen met een smal tolerantievenster en een ontregeld zenuwstelsel dat acute nood responsen activeert. Aangezien dissociatieve fragmentatie kan zorgen voor een zekere stuurlaosheid en uitval van de prefrontale cortex, moet de therapeut niet bang zijn om de focus in een behandeling zo nodig met zachte hand te sturen. Precies zoals ouders dat in vroegkinderlijke gehechtheidsrelaties hadden moeten doen om externe regulatie en geruststelling te bieden. Bij traumabehandeling geldt voor de therapeut het motto: “trager werkt sneller”.

Hoewel de cliënt in therapie gaat om verlichting te ondervinden van de zware last van het trauma, is het een enorme opgave zichzelf met compassie en respect te bezien, vaak overweldigend of zelfs weerzinwekkend. Het is daarom noodzakelijk dat de therapeut optreedt als een tijdelijke “assistent neocortex” om de cliënt te helpen binnen zijn WOT en in het hier en nu te blijven.

Bij complex trauma moet de therapeut rekening houden met het feit dat gedissocieerde cliënten moeilijk nieuwe informatie kunnen integreren of emotionele intensiteit verdragen en bovendien gehinderd worden door schaamte en innerlijke conflicten tussen de delen.

Daar ontwikkelingstrauma een interpersoonlijk hechtingstrauma is, zijn mensen die nabijkomen veelal een trigger voor gevaar, eerder dan dat ze een gevoel van veiligheid oproepen. De therapeutische setting is op dit punt altijd ontregelend. Leren de therapeut te vertrouwen, middelpunt van aandacht zijn, (te) veel of juist (te) weinig nabijheid voelen, alles kan werken als een trigger en de ambivalenties rond hechting en afhankelijkheid losmaken. Welgemeende woorden van de therapeut komen vaak niet aan; het lichaam, de ziel zijn te vaak verraden en verraderlijk geweest! Verlangens naar gehechtheid enerzijds en angst voor relaties anderzijds kunnen zo intens zijn dat de therapeut geen veiligheid en troost biedt, maar eerder pijnlijke verlangens, wantrouwen, overmatige waakzaamheid, boosheid, angst en schaamte oproept.

Schaamte doet zwijgen; het vertellen van wat gebeurd is, heeft de cliënt vaak het ongeloof en verdriet van anderen op de hals gehaald. De cliënt weet vaak niet wat een gewone wederkerigheid in contact is en pendelt door alle uiteinden van contact scala: van symbiotische uitlevering tot volledige isolatie.

De therapeut moet vastklampen, terugtrekken of uitingen van geringschatting en vijandigheid niet opvatten als reacties in *interpersoonlijke* gebeuren, wanneer dat geen duidelijk aanwijsbare reden heeft. Het is beter het *intrapersoonlijke* perspectief te kiezen waarbij niet de band met de therapeut centraal staat, maar de verbinding met de eigen bewustzijnsdelen van de cliënt. De wisseling van toenadering en afstoten kan dan gezien worden als een innerlijk conflict tussen nabijheid zoeken en de neiging tot vechten en vluchten.

Een veilige therapeutische relatie is voorwaarde voor elk therapeutisch proces. Daarbij ontstaat ook een gehechtheid aan de therapeut. Deze is echter in geen enkel geval een doel op zich. Voor de

heling van trauma is het nodig dat de cliënt een gevoelsmatige verbondenheid ontwikkelt met zichzelf. Met zijn intact gebleven gezonde hier- en nu- krachten én zijn traumadelen. Fisher (2018) spreekt in dit geval over het aankweken van een “innerlijke veilige gehechtheid”.

In de traditionele fasegeoriënteerde behandeling gaat men ervan uit dat na de stabilisatiefase het verwerken van herinneringen van belang is. Dit is gebaseerd op de aanname dat onverwerkte herinneringen het actieve ingrediënt zijn van posttraumatische stress. Wanneer het echter zo is dat de belangrijkste bestanddelen bestaan uit chronische autonome disregulatie en de voortdurende triggering van impliciete herinneringen met hun gevaarsignalen, dan moet trauma verwerking gericht zijn op het vinden van rust in het lichaam en de “ontmenging van verleden en heden”. Het verwerven van een veilige innerlijke gehechtheid en de ontmenging van verleden en heden zijn de belangrijkste doelen om als therapeut na te streven.

### **De betekenis van symptomen en gedrag: een helpende nieuwe blik.**

Cliënten presenteren zich met een vracht aan symptomen die vaak niet benoemd worden als trauma, maar bijvoorbeeld als depressie, burn-out, onbegrepen lichamelijke klachten(conversie?), borderline of een andere persoonlijkheidsstoornis, of zelfs schizofrenie. Terwijl cliënten symptomen en problemen opsommen, beseffen ze vaak niet dat ze feitelijk trauma gerelateerde impliciete herinneringen beschrijven die deel van hen zijn geworden.

Wanneer het uitgangspunt is dat symptomen “een verhaal vertellen” over overlevingsstrategieën en de therapeut vraagt hoe symptomen hebben geholpen, dan blijken cliënten dat vaak zelf opvallend goed te weten. Door elk symptoom te bezien als een ingenieuze oplossing van het lichaam om veiligheid en bescherming te bieden, wordt het getild uit de context van pathologie, weerstand of persoonlijk tekortschieten.

- Hyperalertheid, slapeloosheid? Mogelijk heeft die geholpen om “alles in de gaten te houden”. Mogelijk kon je in de slapeloosheid van de nacht je “eigen gedachten denken” of kon een verborgen deel als “nachtkind” doen wat het dringend nodig had?
- Depressie? Misschien werkte depressie als een buffer, een wattencocon, waarin je kon verdwijnen?
- Geïrriteerdheid? Misschien hield je daarmee mensen van je af?
- Hopeloosheid? Wanneer je in staat van oorlog verkeert, is het dan niet eenvoudiger om op te houden verder dan de dag van vandaag vooruit te kijken?
- Verminderde interesse? In elk geval kan niemand iets van je afnemen?
- Verdoofdheid? Dan hoef je niets meer te voelen?
- 

Gedrag van volwassenen en kinderen, die zijn misbruikt of mishandeld, wordt gedomineerd door trauma gerelateerd procedureel leren, waarbij het heden vaak het gezicht van het verleden aanneemt.

Voorbeelden daarvan zijn:

- Het vermijden van oogcontact. Zou je graag iemand in de ogen kijken als je verwacht dat de blik die je ziet angstaanjagend is, schaamte opwekt of je vernedert?
- Geen hulp vragen of woorden geven aan gevoelens. Je hebt immers geleerd om woorden en gevoelens niet bij elkaar te brengen. Waarom zou je gevoelens uitdrukken als je vervolgens bestraft of beschaamd wordt?

- Reageren met “automatische foutmeldingen” zoals: het is waarschijnlijk mijn schuld, ik heb het verkeerd gedaan. Sorry!
- Schaamte of woede voelen voor het feit dat je bang bent.
- Diffuus en dissociatief worden als een “boven geplaatste” je aanspreekt.

“Traumagedrag” heeft vaak een alles of niets karakter; het is rigide en slecht onderhandelbaar. Door gedrag en symptomen te zien als zinvol en nuttige automatische oplossingen gevonden in “oorlogstijd”, ontstaat er een grotere innerlijke mildheid. Dit verhoogt de bereidheid tot geleidelijke “heronderhandeling”, waarin nieuw gedrag voorzichtig uitgeprobeerd kan worden.

### **Hulp bij een op hol geslagen lichaam**

Cliënten komen nogal eens binnen met een tolerantievenster dat zo smal is als een tunneltje, waarbij het autonome zenuwstelsel per definitie afgesteld is op een bedreigende wereld. Veel cliënten dragen een heel pakket aan hyperarousal verschijnselen met zich mee. Die vertellen hoe ze op hun hoede moesten zijn, klaar om te vechten, te rennen, razendsnel een situatie te checken, te wantrouwen, de hakken in het zand te zetten, zich te weren. Er zijn cliënten die vooral verschijnselen van hypoarousal vertonen en anderen die zich verdoofd voelen, leeg, dood, passief en verdrietig, met het gevoel dat hun denken en doen stroop lijken. Ook overeten, anorexia of andere verslavingen zijn een manier van “down- regulering”. Hypoarousal kan een veilige overlevingsmodus zijn: het maakt je onzichtbaar en houdt je uit de vuurlinie.

Als therapeut kun je vragen waarvoor het nodig was zo hyper of hypo te zijn. Hoe het geholpen heeft, hoe het kind van toen de wereld beleefd heeft in de tijd dat er “zoveel nare dingen gebeurden”.

De therapeut moet een goed bewustzijn ontwikkelen voor de alertheidstoestand van de cliënt. Daarnaast moet hij de cliënt helpen zijn eigen arousal toestand te monitoren, zodat hij daar innerlijk leiderschap over verwerft. Wanneer het stressniveau buiten het tolerantievenster raakt, kan de therapeut de cliënt leren hulpbronnen te gebruiken, zoals een pauze nemen, verlangzamen of de aandacht op iets anders richten.

### **De noodzaak van een duaal bewustzijn, nieuwsgierigheid en aandachtige waarneming**

Cliënten worden vaak overweldigd door sterke reacties van zichzelf. Dat kunnen somatische reacties zijn zoals een verhoogde hartslag, trillen en beven, benauwdheid, misselijkheid, maar ook heftige emoties, angstaanjagende gedachten of impulsen. Het zijn reacties die moeilijk te verdragen zijn. Ze zijn door cliënten vaak niet te beschrijven, laat staan te reguleren.

De uitdaging in therapie is toegang te krijgen tot het normaal doorlevende zelf dat vanuit het hier en nu bereid is met nieuwsgierigheid en compassie te kijken naar de kind-gevoelens die tijdens de therapie kunnen opduiken. Cliënten moeten daartoe een duaal bewustzijn ontwikkelen en nieuwe gewoonten van waarneming ontdekken: contact maken met positieve en negatieve gevoelens zonder die te interpreteren of veroordelen.

Vanuit een duaal bewustzijn kan de cliënt zich tegelijkertijd oriënteren op de directe omgeving en daar de mate van veiligheid correct inschatten en tevens de angst van de traumadelen voelen, en ervaren hoe die reageren. Met hulp van de therapeut houdt hij fysiek beleefd contact met het hier en nu en de ruimte waarin hij verkeert, terwijl hij tegelijkertijd in contact is met de lichamelijke en emotionele kind-gevoelens. De cliënt staat a.h.w. met één been in het heden en met het andere been in het verleden. Deze verankering in het heden is nodig, want anders loopt hij, wanneer hij sterke gevoelens ervaart, het risico te veranderen in een bang kind in plaats van daar als een

volwassene een relatie mee te ontwikkelen. Voor de cliënt zijn de lichamelijke en emotionele reacties nog voelbaar, maar met minder intensiteit. Ze worden ervaren als een gevoel binnen het lichaam en lijken niet op de eerdere traumatisering, waarbij het gevaar van buiten kwam. Een groot verschil is dat de gevoelens, anders dan in gestolde traumatische tijd een begin en een einde hebben.

Aandachtig bewustzijn heeft een positief effect op de autonome disregulatie: mensen worden kalmer en minder bang. Neurologisch hangt dit samen met de activering van de mediale prefrontale cortex, waardoor de activiteit van de amygdala geremd wordt. Mensen die nieuwsgierig raken en hun focus op de waarneming richten, zullen bovendien intuïtief hun tempo vertragen en concentratie vergroten, zodat het waarnemingsvermogen toeneemt.

Het ANP, het normaal doorlevende zelf, moet de ouderfunctie op zich gaan nemen ten aanzien van zijn traumadelen. Het moet als het ware een innerlijke gehechtheid en compassie met hen ontwikkelen, zoals een ouder dat vroeger had moeten doen. Dit is een moeilijke opgave daar het ANP bang is voor zijn EP's en zelf waarschijnlijk uit een gedesorganiseerde hechting komt. Het dagelijks doorlevende zelf verdient dan ook alle respect en steun.

### **De innerlijke volwassene (be)vestigen: stabilisering en de zorg voor de alledag**

Het normaal doorlevende zelf is het deel van de persoonlijkheid dat zich staande houdt in het leven van alledag, veelal vader of moeder is, een beroep heeft, zorg verleent of een huisdier heeft. Voor de therapeut is het belangrijk contact te leggen met de competente volwassene. Van de kind gestuurde delen, die vanwege magisch denken, angst en traumatische verwondingen niet anders dan impulsief en emotioneel handelen kunnen, wordt minder verwacht.

Omdat de cliënt op een aantal levensterreinen normaal functioneert is er een "zelf" dat daar verantwoordelijkheid voor kan nemen. Het is belangrijk dat de therapeut elke veronderstelling omtrent een "vals zelf" van de cliënt onderuithaalt. Aangezien het normaal doorlevende zelf in staat is om te functioneren en "door te gaan met doorgaan" kan het geen lege huls zijn. De therapeut moet de cliënt helpen om de sterke kanten en talenten van het normaal doorlevende deel in te zien en op hun waarde te schatten.

Het normaal doorlevende deel moet zorgdragen voor het welzijn van alledag. Zonder stabiliteit in het dagelijks leven kan hij zichzelf en de heftig opspelende emoties van de jonge delen niet opvangen. Net als in de financiële wereld gaat de mentale en vitale economie uit van een paar eenvoudige, maar niet te onderschatten principes.

- *Verhoging van het inkomen, respectievelijk energiepeil:* Meer pauzes, meer rust, ontspanning, slaap, hygiëne, lichaamsbeweging, goede en gezonde voeding, het voorkómen van ziekte, verminderen van stress.
- *Verminderen nodeloze uitgaven.* Kijken of je de invloed van aanhoudende medische somatische aandoeningen kunt beperken. Oorzaken van energieverlies zijn fysieke en emotionele onveiligheid, onnodig werk, zorgen en obsessies, relaties die veel inspanning vergen, een chaotische levensstijl met als gevolg een chronische hypo- of hyper arousal.
- *Vereenvoudiging van het dagelijks leven.* Minder energie besteden aan niet essentiële taken in het dagelijks leven, loslaten van vermijdingsstrategieën en onoplosbare problemen uit de weg gaan. Grenzen stellen aan relaties die onredelijk veel eisen. Trauma gerelateerde overtuigingen dat alles perfect moet "heronderhandelen".
- *Reduceren en elimineren van achterstanden en schulden.* Dat wil zeggen voltooien van een belangrijke handelingen door te beginnen met wat binnen het bereik ligt. Het kan zijn dat een belastingachterstand oplossen te veel gevraagd is, maar de afwas doen en de rekeningen van de afgelopen maand betalen is wellicht haalbaar.

- *Investeren in wat meer oplevert* en daartoe nieuwsgierigheid ontwikkelen.

Deze eenvoudige recepten blijken in de praktijk gedurig aandacht te vragen. Het vinden van een levensstijl die “kosten bespaart” is vaak een ongewone gedachte. Er zijn meestal geen rolmodellen uit het verleden die dit hebben voorgeleefd en de uitvoering wordt meer dan eens gesaboteerd door delen die andere belangen hebben.

### **Ontmenging van heden en verleden, des-identificeren, differentiëren en “toe-eigenen”**

#### *Gebruik van de taal van de delen*

Wanneer cliënten een (dual bewustzijn ontwikkelen, kennis maken met hun delen en hun taal leren spreken, kunnen zij beginnen met het heden en verleden te ont mengen. Als dat gebeurt, komt het zenuwstelsel vaak spontaan tot rust en kalmeren trauma gerelateerde jonge delen.

De gewoonte van aandachtig opmerken zorgt voor een kleine afstand tussen het jonge kindsdeel en de volwassene. Relaties van oorzaak en gevolg worden duidelijker gezien en de cliënt voelt zich minder krankzinnig, doordat zijn overdreven reacties een nieuwe inkadering krijgen als normale reacties van trauma gerelateerde kindsdelen.

Getraumatiseerde mensen hebben de neiging zich te identificeren met hun delen: “ik ben depressief, ik stort in, ik ben waardeloos”. Wat ontbreekt is het vermogen een onderscheid te maken tussen wie ik ben (ANP) en wie zij zijn (de EP's). Dit vraagt om differentiatie. Wanneer cliënten een nieuwe inkadering van de therapeut krijgen en ze beseffen dat een van de jongere delen een staatsgreep pleegt en het stuur pakt, externaliseert de therapeut de crisis en wordt het normaal doorlevende deel erbij geroepen en bekrachtigd.

Het eerste persoonsperspectief - de taal van ik - is voor de meeste mensen een automatische standaardinstelling. We hebben de procedureel aangeleerde neiging om gevoel te omschrijven als “ik voel mij zo”. Als een cliënt zich volledig identificeert met schaamte, angst, woede of meegaandheid (van de delen) is een herhaaldelijk oefenen nodig om even automatisch en normaal een gevoel te omschrijven als “een deel van mij voelt zich zo”.

Het is bijzonder helpend om een derde persoons perspectief aan te houden en te vragen of de client wil spreken over het traumadeel van toen als “hij” of “zij”. Dit helpt om differentiëren tussen het dagelijkse nu en de traumaervaringen van toen. Vervolgens verdient het aanbeveling om na te vragen hoe hij (of zij) van toen eraan toe was toen hij zich zo voelde.

Een belangrijke vraag om geregeld te stellen is: “waar maakte hij of zij zich zorgen over?” Uitgangspunt is dat elke emotionele response een uiting is van zorgelijkheid. Zich zorgen maken is wat zowel kinderen als volwassenen kennen en doen. De uitdrukking “zich zorgen maken” is doorgaans voor geen enkel deel bedreigend. Ergens boos over zijn is wel bedreigend voor het gehechtheidszoekende en het onderwerpde deel. Bang zijn is moeilijk te verteren voor vecht- en vluchtdelen. De woorden: waar maak je zorgen over als...? zijn te gebruiken om meer informatie te verzamelen over vrijwel elke situatie waar een cliënt mee te maken heeft gehad. Meestal lijken de “zorgen over” aanvankelijk te gaan over wat meer oppervlakkige dingen, zoals de angst om fouten te maken, dat iemand kwaad op je wordt, bang om beoordeeld of afgewezen te worden. (Net als kinderen reageren kindsdelen concreet en stimulus gebonden). Een herhaalde vraag verdiept het onderwerp waarover hij zich zorgen maakt. Een vervolgvraag van de therapeut kan zijn: waarover maakt hij zich zorgen als iemand hem beoordeelt? Waarover maakt hij zich zorgen als hij een fout zou maken?

Het normaal doorlevende zelf wordt uitgenodigd om een verbinding te maken met angsten die in hem leefden in de vroegere omgeving waarin het trauma plaatsvond. Waarom zou een kind binnen

die wereld bang zijn om beoordeeld te worden? Wat is het waarvoor het doodsbang zou zijn binnen het gezin van toen?

Deze stap is niet bedoeld om het verleden diepgaand te verkennen, maar om het te érkennen en daarmee de empathische verbondenheid met de kindsdelen te vergroten. Vanwege het belang van stabilisatie is het beter op een algemene manier te verwijzen naar “erge dingen die zijn gebeurd” zonder details tot leven te wekken of cliënten te ontregelen door woordkeuzes als verkrachting, incest en dergelijke. Als de therapeut het heeft over “de onveilige wereld waar het kind van toen is opgegroeid”, voelen de meeste cliënten zich voldoende erkend en gesteund.

Tevens is het belangrijk dat alle delen, zonder uitzondering, gelijkelijk gewaardeerd en met respect worden behandeld. Door de aanname dat elk bewustzijnsdeel wordt gedreven door het instinct om te beschermen, geeft de therapeut de boodschap af dat geen enkel deel de schuld krijgt of bestraft wordt, omdat het op zijn eigen manier probeerde te helpen.

Dit respect geldt ook voor de controle-, vecht- of daderdelen, die soms onaangename manieren van doen hebben. De kwetsbare jonge delen roepen weliswaar gemakkelijk sympathie en solidariteit op, maar ook de kritische, controlerende en “destructieve” delen verdienen het om gehoord te worden. Ook zij hebben de intentie om de volwassen cliënt en de kleine delen te beschermen. Controleren, kritiseren en straffen lijkt dysfunctioneel, maar vaak gelooft een deel dat zichzelf straft, dat het dan iets kan herstellen wat eraan mankeert. Een aanval op het lichaam kan een dappere poging zijn van een “daderdeel” om kortstondig verlost te zijn van een pijnlijk jong kinderdeel. Het gebruik van endogene en exogene middelen kan een manier zijn om het getraumatiseerde zenuwstelsel te reguleren. Episodes van zelfverwonding wijzen doorgaans op heftige (relationele) teleurstelling, beschaamdheid, zelfverachting en intrusieve herinneringen. De onverdraaglijke intensiteit wordt verminderd door terug te grijpen op emotionele en fysieke gevoelloosheid, waardoor een relatieve rust ontstaat.

Het is niet eenvoudig om overtuigingen en handelwijzen van afgesplitste delen te heronderhandelen. Het gaat tenslotte om procedureel geleerde overlevingsstrategieën. Het is belangrijk dat de therapeut de woorden zorgvuldig kiest en zijn toonzetting aanpast aan de leeftijd en ervaringswereld van het deel. Zo spreek je met een adolescent of puber anders dan met een vierjarige. Ook moet de therapeut zijn talent aanwenden om “tussentonen” te ontwikkelen, waardoor zowel de volwassene als zoveel mogelijk delen zich aangesproken voelen. Steele e.a. (2018) gebruiken daarvoor de term “talking through”.

Communicatie draait om wederkerigheid, iets dat de meeste getraumatiseerde kinderen nooit hebben ervaren. Daarom vraagt de therapeut niet alleen naar de gevoelens van de delen, maar vervolgens ook naar het gevoel van het ANP - de aanwezige volwassene - over dit kind. Communicatie moet nauwgezet gericht zijn op het ontlocken van emotionele verbinding op maat tussen het normaal doorlevende zelf en de delen: precies genoeg om emotionele resonantie te laten toenemen, niet teveel, zodat het volwassen Zelf niet overvraagd wordt.

De therapeut moet zowel de volwassene als de traumadelen ondersteunen en hen helpen te ontmengen. Het doel is uiteindelijk dat het normaal doorlevende deel zich gaat onderscheiden van de intense reacties van de delen, terwijl het die zich tevens toe-eigent en gaat ervaren als traumadelen uit de tijd van toen. De bedoeling is dat de therapeut langzaam terugtreedt en uiteindelijk het ANP zijn jonge delen onder de eigen vleugels neemt. Wanneer dat lukt, ontstaat een breder perspectief en een groter gevoel van rust. De toegenomen kalmte zorgt ervoor dat het bovenbrein weer meedoet, waardoor situaties beter op hun werkelijkheidswaarde kunnen worden geschat.

*Een cliënt schrijft: "door de liefde die ik, de volwassene, kan voelen voor de kindsdelen, voel ik letterlijk warmte in mijn hartstreek. Dit helpt enorm met een gevoel van veiligheid en geeft daardoor rust. Ik ervaar het niet zozeer als een mentaal gebeuren, maar heel erg als een pff-eindelijk-liefde en begrip-gebeuren. Het doet zowel de kindsdelen als de volwassene goed: kindsdelen ontvangen liefde en steun en waardering, ik als volwassene voel me verrijkt, meer heel, nu ik eindelijk toegang heb tot delen die zo veel kwaliteiten in zich hebben".*

### **Het laatste woord aan het sociale betrokkenheidssysteem en de cliënt als één geheel.**

Trauma therapie draait om zelfheling met compassie en heeft innerlijke gehechtheid als uiteindelijk doel. De therapeut moet daarom wat achteroverleunen en werkelijk geloven in het zelf organiserend en helend vermogen van het systeem van de cliënt. Hij heeft niet de rol van heler, maar draagt bij aan het helingsproces door een veilige "houdomgeving" aan te bieden en door het sociale betrokkenheidssysteem bij zichzelf en de cliënt actief te houden. Zolang de cliënt sociaal aangesloten blijft op de therapeut, worden de autonome verdedigingsreacties afgeremd. De cliënt heeft daardoor meer vrije ruimte om aandachtig zijn lichamelijke sensaties en gevoelens waar te nemen en die waar nodig te differentiëren als behorend bij zijn traumakind.

Het sociale betrokkenheidssysteem is "lichaam afhankelijk", niet verbaal gemedieerd. Het is gerelateerd aan de spieren die expressie geven aan het gezicht, de bewegingen van het hoofd, de intonatie van de stem, de blik in de ogen. De klassiek gewenste neutraliteit van de therapeut blijft absoluut niet geruststellend voor een angstige cliënt. Niets is voor een kind met een gedesorganiseerde hechting bedreigend als een neutrale gezichtsuitdrukking tegenover zich waarin hij niets kan peilen.

De therapeut moet altijd beseffen en zo nodig benadrukken dat de cliënt een complete persoon binnen een lichaam is. Dit betekent ook dat elke interventie met een positief effect op lichaamsgewaarwordingen uiteindelijk in meer of mindere mate een positieve invloed op elk afzonderlijk deel én het geheel zal hebben.

Als therapeut dragen we relationele veiligheid en betrokkenheid hoog in het vaandel. Relationele veiligheid is dat wat de cliënt bij de therapeut als veilig en geruststellend ervaart. Daarbij gaat het eerder om wat het teweeg brengt, dan wat bedoeld wordt. Relationele veiligheid heeft doorgaans minder met bewust beoogde "geruststelling" te maken, als wel dat de cliënt aansluiting ervaart met "waar hij zit".

De therapeut moet opletten of kinds- of volwassene delen beter reageren op een empathische benadering of op uitdaging. Beter op een speelse aanpak of op een serieuze? Ook op de hoeveelheid verbale verwerking: reageert iemand beter op meer uitleg of is informatie juist overweldigend en leidt het tot "weg zweven?"

Opmerkingen, interventies moeten eenvoudig zijn en herhaald worden. Ze moeten aansluiten bij procedureel leren, aanmoedigen en vooral belonen en geruststellen. Kindsdelen moeten in staat zijn ze zich te herinneren. Herhaling in gebaren, woord en beweging stelt gerust en reguleert.

De cliënt bepaalt in zijn reacties wat relevant is. Relevant betekent dat de reacties van de therapeut moeten matchen met het ontwikkelingsniveau, dat het kind of de volwassenen op dat moment heeft.

### **Tot slot**

In een vroeger stadium was de gouden standaard van traumatherapie de blootlegging en verwerking van herinneringen. Binnen een nieuwe denkwijze (o.a. van der Kolk, Fisher, Levin 2007/2018) gaat het erom om cliënten te helpen met de lichamelijke effecten van trauma en de vervreemding van het zelf te transformeren tot veilige innerlijke gehechtheid.



Vroegkinderlijke trauma ervaringen hebben minder te maken met feiten en gebeurtenissen, maar eerder zoals de dingen geleefd, beleefd en fysiek opgeslagen zijn. Haptotherapie kan helpen in de traumaverwerking door een beschermende toestand te scheppen van waaruit de client bekend wordt met de sporen van trauma. Het lichaam vormt daarin de verbinding.

Mét of zónder aanraking kan de haptotherapeut de cliënt helpen om zich met zijn voelen naar binnen te richten en zo vertrouwd te raken met zijn innerlijke gewaarwordingen, om vandaar uit de gevoelsbeweging naar buiten te maken en zo weer aansluiting te vinden op een leven in het hier en nu.

### Literatuurlijst

- Baljon M., Geuzinge R.(2017) *Echos van Trauma*. Boom; Amsterdam
- Boon S.,Steele K., van der Hart O. (2013). *Omgaan met traumagerelateerde dissociatie*. Amsterdam: Pearson.
- Cyrulnik B. (2002). *Veerkracht*. Ambo/Anthos; Amsterdam.
- Dornes, M. (1993) *Der kompetente Säugling*, Frankfurt am Main: Fischer.
- Edelstien M.G.(2008) *Trauma en trance*. De Toorts; Haarlem
- Fisher J. (2018). *Innerlijke zelfvervreemding overwinnen na trauma* .Eesserveen; Mens
- Hart O. van der, Nijenhuis E., Steele K. (2013.) *Het belaagde Zelf*. Boom: Amsterdam.
- Hausner S. (2013). *Zelfs als het me mijn leven kost*. Noorderlicht; Groningen.
- Heisterkamp G. (2001). Vom Handeln des Analytikers in der "talking cure". In: P. Geißler (Hg.), *Psychoanalyse und Körper* (pp.37-63).Gießen: Psychosocial-Verlag.
- Kolk, Prof.dr. B. (2016) *Traumasporen*. Mens; Eesserveen
- Levine P.(2018). *Trauma en Geheugen*. Mens; Eesserveen.
- Lindsay C. Gibson (2015), *Adult children of emotionally immature parents*. Oakland:New Harbinger Publications.
- Maaz H.J. (2001). Integration des Körpers in eine analytische Psychotherapie. In: P. Geißler (Hg.), *Psychoanalyse und Körper* (pp.23-37).Gießen: Psychosocial-Verlag.
- Ruitenbeek B. van (2017) Trauma, stress en het lichaam. Pfd..<http://www.barbaravanruitenbeek.nl/subpages/publicaties.html>
- Ruitenbeek B. van (2018) Haptotherapie, een bottum-up benadering van trauma. Pdf. <https://www.barbaravanruitenbeek.nl/subpages/publicaties.html>
- Ruppert F. (2014). *Frühes Trauma*.Stuttgart: Klett- Cotta
- Siegel,Daniel J. ,"Relationships and the developing mind, Nascholingsprogramma Zon en Schild. ( 2000, to be published in the infant mental health journal)
- Steele K., Boon S., van der Hart O. (2018). *Behandeling van trauma-gerelateerde dissociatie*. Mens: Eesserveen.
- Stern D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Frankfurt am Main: Klett-Cotta

Met dank aan de redactionele bijdrage van Fons van den Boogert en Lidy Cornelisen

Copyright: Barbara van Ruitenbeek, oktober 2018