

Van verwonding naar verwondering. Psychotrauma, met name het complexe, en PTSS in diagnostiek en behandeling

MARGREET DE VRIES-SCHOT

SAMENVATTING

Dit artikel biedt een overzicht van het psychotrauma en de posttraumatisch stress-stoornis (PTSS). Uit enkele epidemiologische gegevens blijkt het belang hiervan. Daarnaast worden de diagnostiek, de comorbiditeit en de behandeling besproken. Het is belangrijk om bedacht te zijn op een complex trauma, ook wel ontwikkelingstraumatologie genoemd, omdat dit relatief veel voorkomt. Vanuit een getraumatiseerd zijn in de kindertijd (door mishandeling, misbruik, verwaarlozing, een verstoorde hechting of een combinatie hiervan) ontstaat vaak een extra gevoeligheid voor het ontwikkelen van een PTSS na een psychotrauma. Onder meer wordt de relevantie besproken van een kwalitatief goede intake, die nodig is om een dergelijke aandoening waarbij de hele ontwikkeling onder druk gestaan heeft of gestagneerd is, op het spoor te komen. Voor de behandeling is met name het leren hanteren van de therapeutische relatie essentieel. Hiervoor worden handvatten gegeven. Er worden verbanden gelegd met christelijke noties zoals het belang van een beschikbare sociale context, het omgaan met lijden en de relatie met God.

Trefwoorden: psychotrauma, PTSS, complex trauma, ontwikkelingstraumatologie, geloof

INLEIDING

De basis van dit artikel is gelegen in een voordracht, gehouden tijdens het CVPPP-najaarscongres 'Trauma en spiritualiteit' op 27 september 2008 in Ede. Dit artikel bespreekt psychotrauma vanuit de concrete praktijk van psychiatrische diagnostiek en behandeling. De titel 'Van verwonding naar verwondering' verwijst naar een verandering bij traumaslachtoffers die ik tijdens therapiesessies geregeld heb mogen meemaken. Dat is wonderlijk en daarbij ervaar ik een verband met Psalm 147 vers 3:

'Hij geneest wie gebroken zijn en verzorgt hun diepe wonden'. Mogelijk is dit herkenbaar vanuit uw eigen praktijk en/of eventueel vanuit uw eigen leven.

DEFINITIE PSYCHOTRAUMA

Het woord 'trauma' komt uit het Grieks en betekent 'wond'. Het had oorspronkelijk betrekking op een lichamelijke verwonding. In de 19^e eeuw werd het begrip trauma voor het eerst in psychiatrische zin gebruikt. Er wordt daarbij ook wel gesproken

van psychotrauma (Schreuder, 2003). De definitie van psychotrauma is breed. Bezien vanuit de classificatie posttraumatische stress-stoornis (PTSS) volgens DSM-IV-TR, kan psychotrauma refereren aan eigen ervaring, maar dat niet alleen. Het betreft een heel spectrum. Het kan ook betekenen dat iemand ergens mee is geconfronteerd. Het kan gaan om dreigende dood, maar ook om het aantasten of beschadigen van de integriteit van het lichaam. Kenmerkend is de respons: gevoelens van hulpeloosheid, machteloosheid, intense angst, alsook afschuw (Ross, 2007).

ENKELVOUDIG TRAUMA

Frequentie

Meer dan de helft van de mensen blijkt een psychotrauma te hebben meegemaakt (Breslau, 2002; Nicolai, 2003; Forgash & Copeley, 2008; Copeland, Keeler et al., 2007). Dat is dan ook een aandoening om rekening mee te houden. Tijdens een congres 'Psychological Trauma: Assessment and Effective Treatment of Simple and Complex Trauma-Related Disorders', georganiseerd door Harvard Medical School in Boston, 2006, zei één van de sprekers, dat gesteld kan worden dat 100% van de Amerikanen een psychotrauma heeft doorgemaakt op 11 september 2001, omdat 'mee geconfronteerd' voldoende is als criterium. Mogelijk geldt dat zelfs voor ons in Nederland, omdat vrijwel iedereen zich zal kunnen herinneren waar hij of zij mee bezig was toen dit afschuwelijke nieuws bekend werd, waarbij het leek dat de wereld zou vergaan.

Maar lang niet iedereen die een trauma heeft meegemaakt, krijgt een posttraumatische stress-stoornis (Nicolai, 2003). Ook niet alle mensen in New York hebben een PTSS gekregen na 11 september. Eveneens verschilt de mate waarin (Farfel, DiGrande et al., 2008). Onder meer wordt de kans daarop vergroot door gedragsproblemen en depressiviteit evenals angsten in de kindertijd (Storr, Ialongo et al., 2007).

Bovendien geven niet alle traumata evenveel aanleiding tot een PTSS. Van alle PTSS vormen de interpersoonlijke traumata zoals verkrachting, aanranding en het meemaken van geweldpleging de grootste groep (Donnelly & Amaya-Jackson,

2002; Copeland, Keeler et al., 2007). Juist daarbij wordt vaak extreme hulpeloosheid ervaren tegenover een dader die zijn macht botviert. Omgekeerd leidt ongeveer de helft van alle verkrachtingen tot PTSS (informatie site Trimbosinstituut www.trimbos.nl onder 'posttraumatische stress-stoornis').

Van PTSS (zie DSM-IV-TR) wordt gesproken als de traumatische gebeurtenis voortdurend wordt herbeleefd, als er sprake is van aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit, als er aanhoudende symptomen zijn van verhoogde prikkelbaarheid, de duur van de stoornis langer dan één maand is en de stoornis in significante mate lijden of beperkingen veroorzaakt in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

Enkelvoudig Trauma

Er is veel sprake van comorbiditeit, namelijk in ongeveer 80% van de gevallen (Brady, 1997; Donnelly, 2003; Aarts & Visser, 2007). Het vaakst komt een ernstige depressie voor, namelijk in ruim 40% van de gevallen (Shalev, Freedman et al., 1998). Daarnaast is er veel sprake van middelenmisbruik, andere angststoornissen en dysthymie. Eveneens komen gewelddadig gedrag, dissociatieve stoornissen en lichamelijke klachten meer voor evenals persoonlijkheidsproblematiek (Green, Lindy et al., 1992; Breslau, Davis et al., 1997).

Belang van aandacht voor PTSS

Vanwege het relatief vaak voorkomen van PTSS, is het van belang om deze aandoening in de praktijk te herkennen en om daaraan te denken bij de differentiaal diagnostiek. Er is immers sprake van een hoge comorbiditeit en een lage kwaliteit van leven. Er zijn tevens dikwijls lichamelijke klachten, omdat het stresssysteem vaak dusdanig was en is geactiveerd, dat het lichaam hier een schadelijke werking van kan ondervinden (Gersons, 2007).

Daarbij is er sprake van hoge economische lasten door hoog werkverzuim, onder meer als gevolg van concentratieproblemen, en door hoge medische consumptie (Seng, Graham-Bermann et al., 2005).

Situatie in Nederland

Uit cijfers blijkt dat 1 op de 6 vrouwen een negatieve seksuele ervaring met een familielid heeft voor het 16^e jaar. Daarvan is iets meer dan de helft ernstig misbruikt. Opnieuw een schrikbarend hoog aantal. In het hele leven maakt 1 op de 3 vrouwen aanranding of verkrachting mee, niet per se in de familiesfeer (zie onder meer de site van 'huiselijk geweld' www.huiselijkgeweld.nl onder 'feiten en cijfers'). Getallen over huiselijk geweld geven aan, dat maar liefst 60 tot 80 vrouwen in Nederland hieraan ieder jaar overlijden (Dagblad Trouw, 1 maart 2006).

Daarnaast zijn er in Nederland meer dan 100.000 kinderen per jaar, die mishandeld, misbruikt of verwaarloosd worden (IJzendoorn, Prinzie et al., 2007). Het is dus allerm minst vrijblijvend om alert te zijn op mishandeling en seksueel misbruik, zowel in de werksetting van de kinder- en jeugdpsychiatrie en de jeugdzorg als in de volwassenzorg. Het zijn immers vaak de volwassenen die dader zijn. Het komt relatief vaak voor dat zij zelf ook mishandeld of misbruikt zijn. Er kan dus sprake zijn van intergenerationele problematiek (Rumstein-McKean & Hunsley, 2001).

De eerste tijd na een trauma

Therapie is vaak niet nodig vanwege wat mensen hebben meegemaakt, maar vanwege hun reactie daarop. Dus: PTSS = 'failure to recover from...'. Dit is belangrijk om te onthouden, met name ook voor de praktijk. Bij het horen over misbruik of mishandeling worden mensen vaak direct geconfronteerd met eigen gevoelens van boosheid, evenals machteloosheid. Daardoor ontstaat de neiging, ook bij hulpverleners in de eerste lijn, om zo snel mogelijk door te verwijzen naar de kinder- en jeugdpsychiatrie. De achterliggende gedachte daarbij is vaak, dat iemand middels therapie het gebeurde zodanig zou kunnen 'verwerken', dat er geen gevolgen meer zouden zijn. Dat is een mythe, een misvatting. Soms gaat er veel tijd overheen voordat iemand er een plek aan kan geven in zijn leven en er is in tenminste enige mate een blijvende invloed. Wel kan er na verloop van tijd een nieuw evenwicht ontstaan waarbij het gebeurde het dagelijks leven niet meer belemmert (Kleber, 2007).

Wat altijd voorrang heeft in de hulpverlening, is het stoppen van actueel misbruik. Dit kan niet worden uitgesteld. Het zorgen voor veiligheid is bij uitstek een taak voor de eerste lijn, namelijk vooral voor Bureau Jeugdzorg, zo nodig met behulp van het AMK of de Raad voor Kinderbescherming. De tweede lijn kan daarbij eventueel consulterend optreden. Ditzelfde geldt voor verwaarlozing en mishandeling (Jones, 2008).

Als iemand niet in staat is om te herstellen van het doorgemaakte trauma, dan is therapie wel noodzakelijk. Dit geldt vooral voor chronische PTSS. Het is essentieel om onderscheid te maken tussen acute PTSS en chronische PTSS. Van chronisch wordt gesproken als de PTSS langer duurt dan drie maanden. In de meerderheid van de gevallen herstelt acute PTSS vanzelf, dus in de eerste drie maanden. Interventies of behandeling blijken daarbij geen verbetering te geven. De laatste tijd is bijvoorbeeld gebleken dat een onmiddellijke debriefing na een ernstig trauma eerder schade toebrengt dan het lijden verlicht (Sijbrandij, 2006). Emotioneel is het doorgaans niet op te brengen om iets vreselijks direct weer opnieuw te beleven door hierover te moeten vertellen.

Wat wel heel belangrijk is in de acute situatie is veiligheid bieden. Dit kan concreet gedaan worden met het creëren van een warme omgeving door bijvoorbeeld een kop koffie of een broodje aan te bieden. Het gaat hierbij om contact van mens tot mens. Als iemand dan zijn of haar verhaal wil vertellen, is daar ruimte voor. Maar het is belangrijk om daar niet op aan te dringen. Het risico bestaat om daarmee opnieuw over iemands grenzen te gaan. Het komt er dus op neer om een luisterend oor te hebben als iemand iets wil vertellen, maar om niet door te vragen of zelf vragen te stellen, hooguit op een voorzichtige, aftastende manier.

Ook voor de eerste drie maanden na het trauma is het belangrijkste de beschikbaarheid van iemand die altijd kan worden gebeld of waar de betrokkene naar toe kan gaan. Bijvoorbeeld als hij of zij midden in de nacht wakker wordt van een nachtmerrie of zich akelig voelt. Dat houdt in dat hulpverlening niet het belangrijkste is. De contactpersoon kan een hulpverlener zijn als er niemand anders is. Maar belangrijker is het om te kijken of iemand de beschikking heeft over een goed netwerk of om

een netwerk te activeren (Sijbrandij, 2007). Een kerkelijke gemeente zou onder meer opvang kunnen bieden als dat nodig is. Erkenning, steun en beschikbaarheid zijn dus het belangrijkste voor de eerste drie maanden. Na drie maanden treedt er nog maar weinig spontaan herstel op.

Herstel

Wat normaal is bij herstel is ten eerste het ervaren van angst. Angst is namelijk te beschouwen als een reactie om te kunnen ontsnappen aan gevaar. Op (dreigend) gevaar reageren mensen doorgaans met 'fight' of 'flight' of ze raken als het ware verlamd door 'fright' of 'freeze'.

Ten tweede is het voor een normaal herstel goed als de traumatische herinneringen spontaan en herhaald geactiveerd worden. Het is ten derde van belang dat er sprake is van correctieve informatie. Daarmee wordt onder meer bedoeld het vermogen om zich te realiseren dat het toen gebeurde en niet nu (Courtois, 1999).

Het normale proces kan verkeerd lopen als er geen goed verband wordt gelegd tussen de stimulus van toen en wat er daarna gebeurde. Er kan bijvoorbeeld generalisatie optreden. Dit kan een foute associatie betreffen tussen bepaalde stimuli en gevaar. Een verhelderend voorbeeld is dat als een vrouw door een kale man is verkracht, zij bang wordt bij het zien van een kale man op straat. Het gelegde verband is dan, dat iedere kale man een verkrachter is. Het kan zo ver gaan, dat zo'n vrouw steeds aan de verkrachting moet denken omdat ze overal een kale man kan tegenkomen. Daarvoor is doorgaans therapie nodig. Er kan ook een verkeerde associatie zijn gevormd tussen de respons van toentertijd en een gevoel van hulpeloosheid. Bij alles wat aan de gebeurtenis doet denken, komt dan al gauw de gedachte: 'Ik ben ook niets waard' of: 'Ik kan me toch niet verweren.' In dat geval verloopt het herstel ook niet goed.

Voor het bieden van correctieve informatie ten aanzien van beide soorten verkeerde associaties is ook een sociaal netwerk belangrijk. Om te laten voelen, dat degene die dit is overkomen wel de moeite waard is, wel degelijk meetelt en niet overal hulpeloos tegenover staat. En tevens om diegene nieuwe ervaringen te laten opdoen die bijvoorbeeld helpen inzien, dat niet iedere kale man een

verkrachter is. Dat kan bijdragen om te relativiseren en om het gebeurde als het ware een plek te geven in het leven (Aarts & Visser, 2007).

Voorspellers slecht herstel

Uit het voorgaande wordt duidelijk wat voorspellers zijn van een slecht herstel:

- Vroege onderdrukking van gedachten (cognitieve vermijding);
- Persisterende dissociatie (verminderde emotionele betrokkenheid);
- Weinig verhaal merkbaar ten aanzien van het trauma (weinig narratieve mogelijkheid)

Sijbrandij (2007) schreef een proefschrift over dit onderwerp. Zij toonde aan dat als na één week een screening plaatsvond aan de hand van de volgende vier vragen in 86% van de gevallen correct kon worden voorspeld wie een PTSS krijgt:

- Schrikt u snel?
- Bent u erg gespannen?
- Voelt u zich verdoofd?
- Bent u snel geïrriteerd?

Deze vragen worden gescoord op een 5 puntschaal: een score > 10 punten betekent at risk.

Behandeling

De behandeling dient, zoals uit het voorgaande duidelijk is geworden, te bestaan uit correctieve informatie over de wereld en zichzelf, ten aanzien van de volgende gedachten:

- 'De wereld is een gevaarlijke plaats'
- 'Ik ben onmachtig, incompetent'

Het gaat hierbij vooral om het geven van informatie die de veralgemenisering die is opgetreden, relativeert. Zodat ervaren mag worden dat de betrokkene in andere situaties wel competent is en dat de wereld niet alleen maar gevaarlijk is. Anders geformuleerd: Het gaat hierbij om het updaten van het geheugen.

Daarbij is het goed er rekening mee te houden, dat het bij PTSS doorgaans niet alleen gaat om angst die blijft bestaan, maar eveneens om boosheid. Iemand ervaart vaak geen kant op te kunnen met de gevoelde boosheid jegens de dader. Daardoor wordt het ook moeilijker om die boosheid los te laten. In de therapie dient daarom ruimte te zijn voor boosheid. Daarbij kan het bespreken van de mogelijkheid tot het doen van aangifte bij de poli-

tie belangrijk zijn, evenals het bespreken van vergeving, waardoor de boosheid vermindert (Winkel, 2007). Voor de therapie geldt dus opnieuw, dat het doorgaans niet zozeer gaat om het opnieuw oproepen van het trauma, maar dat patiënten er natuurlijk wel over mogen vertellen. Bepaal dan wel gezamenlijk of de cliënt dat op dit moment aankan.

Medicatie kan een belangrijke of zelfs noodzakelijke steun in de rug betekenen. Zeker als iemand niet of nauwelijks kan slapen en het gewone leven niet aankan. Dan kan onder meer gedacht worden aan een slaapmiddel zoals Oxazepam of Melatonine of aan een SSRI (een soort van antidepressiva die ook een angstdempende werking hebben) en/of een adrenerg agens zoals Clonidine bij hyperarousal en impulsiviteit, dan wel een atypisch neurolepticum bij dissociatie, psychose, agressief of zelfbeschadigend gedrag (Schreuder, 2003; Donnelly, 2003).

Binnen de gedragstherapie is aangetoond dat exposure, angst management training, cognitieve therapie en EMDR alle vier effectief zijn, waarbij een combinatie van de behandelvormen niet beter zou werken (Gersons, 2007; Bisson & Andrew, 2007; Bisson, Ehlers et al., 2007).

Niet alleen gedragstherapie is overigens evidence based. Inmiddels is onder meer gebleken dat dit in zekere mate ook geldt voor psychodynamische psychotherapie (Fonagy & Target, 2008). Het is helpend als iemand verbanden leert leggen tussen heden en verleden, mits de egosterkte voldoende is. Daarmee kan iemand op den duur een plek geven aan wat er gebeurd is. Ik heb zelf als psychotherapeut ook gemerkt, dat deze therapievorm goed werkt als iemand in het verleden een of meerdere traumata heeft doorgemaakt. Zeker voor de lange termijn staat iemand dan steviger in het leven.

Een veelbelovende nieuwe therapievorm is ACT: Acceptance and Commitment Therapy. Dit lijkt vooral een belangrijke therapie als iemand niet goed in staat is om een plek te geven aan wat hij of zij allemaal heeft meegemaakt in het leven (Orsillo & Batten, 2005). Dat lijden hoort bij het leven is vaak al moeilijk te accepteren, vooral in deze tijd. Traumatische ervaringen leiden zeker niet altijd tot psychische stoornissen, maar zij gaan wel vaak gepaard met persoonlijk lijden (Kle-

ber, 2007). Dat het niet altijd het hoogste doel is om voor het lijden weg te lopen en ook niet om lijden te voorkomen, is een christelijke gedachte. Daarvoor hoeven we maar naar Jezus te kijken.

Als therapeut is het niet altijd goed om dieper in te gaan op wat iemand heeft moeten doormaken, want dat kan te veel zijn. Aanvaarden van dat lijden en de invloed daarvan op het dagelijkse leven, kan ook tot gevolg hebben dat iemand de draad weer op kan pakken van het eigen leven. Naast Acceptance is de kant van Commitment belangrijk, namelijk het bespreken van wat zin geeft aan iemands leven. Welke waarden zijn voor deze persoon van belang? Kan hij of zij zich ook verbinden aan hogere waarden? Vervolgens wordt bekeken hoe de doelen en waarden die iemand voor ogen heeft, ook gerealiseerd kunnen worden. Dat betekent dat diegene zich daaraan verbindt en de therapeut loopt daarbij als het ware een eind op met de cliënt. Het zich verbinden aan bepaalde waarden en vooral aan hogere waarden is een christelijke notie. Hierdoor kan iemand zich weer op het heden en de toekomst richten.

Aandachtspunten

Voor een goed rendement van de therapie zijn de volgende aandachtspunten belangrijk:

- Ervoor zorgen dat er voldoende gewenning is na arousal. Het is beter als iemand niet de deur uitgaat als hij of zij erg verdrietig is, maar pas als hij of zij rustig is. Zo nodig duurt de sessie dan wat langer of loopt deze zelfs uit. Door dat als therapeut te verdragen, blijkt de drop out gereduceerd te worden;
- Met een paar sessies meer dan strikt noodzakelijk lijkt, wordt een versteviging van het resultaat bereikt. Dit heeft een flinke toename in symptoomreductie als gevolg.

Het is dus belangrijk dat bepaalde nieuw aangeleerde patronen goed kunnen landen in het leven en dat daarbij niet teveel druk wordt uitgeoefend en niet te snel wordt gestopt (Courtois, 1991).

COMPLEX TRAUMA

Frequent voorkomen

Helaas vormen de meeste traumata een combinatie van vroegkinderlijke traumatisering en een of

meer traumata op volwassen leeftijd. Dat betekent dat traumata vaak repeterend, chronisch, pervasief en cumulatief zijn (Scott, 2007). De patiënten die dit betreft, zijn doorgaans ook degenen die de hulpverlener machteloos kunnen maken.

Traumata die familiair of relationeel van aard zijn, zijn per definitie complex. Dat gaat zeker op voor een kind. Want als degene die het verzorgt, tegelijk degene is die het misbruikt, hoe moet een kind zich dan tegenover diegene opstellen? Dit betekent voor een kind een verraad van rollen en relatie. Het is duidelijk, dat hierdoor een normale ontwikkeling wordt belemmerd, liever gezegd: ontwricht (Green, 1995).

Er bestaat een overlap met hechtingsproblematiek. De combinatie van relationele problematiek en een verstoorde hechting is op zich al traumatiserend voor een kind. Veel getraumatiseerde kinderen zijn veilig gehecht, echter een groot deel is onveilig gehecht en zelfs gedesorganiseerd gehecht. De gedesorganiseerde vorm van hechting is de meest ontwrichtende. Dit betreft ouders die onvoorspelbaar reageren. Soms vriendelijk, dan weer agressief. Hierdoor weet een kind niet goed waar het aan toe is en kan het zich ook moeilijk op de ouder instellen. Dit kan tot gevolg hebben dat het weinig aan zijn eigen ontwikkeling toekomt. Andere vormen van onveilige hechting zijn vermijdend en ambivalent (Pearlman & Courtois, 2005).

Als een traumatische ervaring herhaald binnen een gezin voorkomt, heeft dit feit op zich gevolgen voor de hechting. Het kan ook zijn, dat een kind thuis weinig warmte ondervindt of affectief verwaarloosd wordt en daarom eerder ingaat op de aandacht van mensen buitenshuis. Zo vormt het makkelijker een prooi voor pedofiele volwassenen met slechte bedoelingen (Glaser, 2008). Dit alles is niet zonder gevolgen, want een onveilige hechting en een traumatische geschiedenis beïnvloeden niet alleen de ontwikkeling, maar ook de hersenen en het lichaam. Deze gevolgen zijn blijvend (Perry, 1995). Daar dient dus terdege rekening mee gehouden te worden.

DSM-IV-TR

De categorieën waaruit doorgaans gekozen wordt voor de classificatie van complex trauma zijn: lichamelijke mishandeling, seksueel misbruik

(per definitie een complex trauma) en verwaarlozing, waaronder emotionele verwaarlozing (Killén, 1999).

Andere codes zijn: Reactieve hechtingsstoornis of verstoorde hechting (mogelijk een ouder-kindrelatieprobleem), waarvoor kenmerkend is een traumatische geschiedenis of verlies van een verzorger en daarbij onvoldoende verwerking daarvan.

Daarnaast kan er sprake zijn van ontwikkelingsproblemen. Die kunnen ertoe leiden, dat er bij kinderen en jongeren soms moeilijk onderscheid te maken is met PDD-NOS en vooral met de subcategorie MCDD (Multiple complex Developmental Disorder, meervoudige complexe ontwikkelingsproblemen) die overigens niet in de DSM-IV staat. Voor de inschatting van de meest passende behandeling en in welke mate veranderbaarheid en dus resultaat verwacht mag worden, is een juiste beschrijvende diagnose in ieder geval essentieel. Het is niet te onderschatten welke impact een bepaalde diagnose dan wel classificatie kan hebben op de betrokkenen. Als bijvoorbeeld alles op conto van de aanleg van een kind wordt geschoven (wat een diagnose in het autistische spectrum impliceert), terwijl dit niet klopt omdat het kind in wezen in aanleg geen stoornis heeft maar in zijn ontwikkeling belemmerd is door nare gebeurtenissen, kan dit helpend zijn voor de werkrelatie met de ouders. Zij worden daarmee 'ontschuldigd'. De keerzijde daarvan is echter dat daarmee geen recht wordt gedaan aan het kind, dat toch al getraumatiseerd is en dan ook nog met een forse diagnose en een nieuw etiket wordt opgezadeld. Kinderen zijn toch al kwetsbaar en kunnen zich niet goed verweren. Misschien dringt een dergelijke, tenminste gedeeltelijk foutieve diagnose, in die levensfase nog niet zo goed door, maar als een kind verder opgroeit zal dit zeker impact hebben. Daarom moet in de diagnostiekfase zorgvuldig afgewogen worden welke factoren een rol spelen. Deze dienen in een adviesgesprek goed te worden uitgelegd aan de ouders en in begrijpelijke woorden aan het kind.

Het gaat overigens in de hulpverlening in principe nooit om de schuldvraag, maar het gaat erom dat het begrijpelijk wordt hoe een bepaald toestandsbeeld ontstaan is. Met als doel, hieruit

passende behandeldoelen te destilleren om de ontwikkeling verder zo optimaal mogelijk te laten verlopen. Als we als het ware een of meer puzzelstukjes missen bij het leggen van een puzzel als metafoor voor diagnostiek, dan is het goed om aan al dan niet verzwegen traumatisering te denken, omdat dit vaak nog de beste aanwijzing daarvoor is (Courtois, 1993; Brady, 1997).

Een voorbeeld uit het boek *De jongen die opgroeide als hond en andere verhalen uit het dagboek van een kinderpsychiater* van Bruce Perry (2007) is het volgende. Vanuit zijn eigen praktijk als kinderpsychiater schrijft Perry onder meer over een jongen van 14 jaar, die veel wiegde, achter was in zijn ontwikkeling en andere verschijnselen vertoonde die wij doorgaans onder een autisme spectrum stoornis scharen. Echter, volgens Perry zijn deze symptomen allemaal te beschouwen als verschijnselen van een chronische traumatisering tijdens zijn ontwikkeling en niet toe te schrijven aan autisme. Deze jongen was van jongs af aan getraumatiseerd.

Een dergelijk voorbeeld zet ons aan het denken of wij de laatste decennia niet teveel schuiven onder een diagnose in het autistische spectrum als PDD-NOS, die mogelijk daardoor ook veel meer gesteld wordt dan vroeger. Deze diagnose impliceert als kern een informatieverwerkingsstoornis in de zin van een aanlegstoornis. Als het gezinsfunctioneren en de interactie met de ouders niet betrokken worden in de diagnostiek zullen veel symptomen in dit kader geïnterpreteerd worden, terwijl deze eigenlijk een uiting zijn van traumatisering. Zien wij hiermee niet geregeld de echte problematiek over het hoofd, wordt dan de vraag. Bij de jongen die Bruce Perry beschrijft, is eerder aan mengproblematiek te denken. Het is niet altijd òf aanleg òf een traumatische ontwikkeling, maar het kan beide tegelijk zijn. Het is voor ouders immers niet altijd gemakkelijk, om te gaan met een kind dat een stoornis heeft in het autistische spectrum. Het weinige contact of het afwerende contact van een dergelijk kind kan bij een kwetsbare ouder gevoelens van afwijzing oproepen, waarop deze gaat handelen en het kind op zijn beurt gaat afwijzen. Hierdoor kan een negatieve spiraal ontstaan in de interactie met vergaande gevolgen voor het zelfbeeld en het zelfvertrouwen van het kind.

Ook zijn er effecten van geweld en trauma op het brein, waarnaar juist Perry veel onderzoek heeft gedaan (Perry, Pollard et al., 1995).

Diagnostiek

In deze tijd wordt het, mede onder invloed van productienormen en het tegengaan van wachtlijsten, steeds vaker de gewoonte om standaard maar één intakegesprek te hebben. Om een As I classificatie te kunnen krijgen, die het meeste zegt over de vigerende problematiek, zal dit vaak afdoende zijn. Maar er ligt vaak meer ten grondslag aan de oppervlaktesympptomen. Hier is in één gesprek vaak niet of nauwelijks zicht op te krijgen. Om daar een betere indruk van te krijgen, zijn twee gesprekken geen overbodige luxe. Dit geldt onder meer voor een traumatische voorgeschiedenis. Het is niet realistisch om te verwachten dat iemand daar spontaan over begint of daar uitgebreid over vertelt in een eerste gesprek, waarin nog moet worden gewend aan het contact met de hulpverlener die tot dusverre een onbekend persoon was. Ook kan de kwaliteit van het contact doorgaans pas goed beoordeeld worden als er sprake is van twee contacten met gemiddeld een week tussentijd. Dit is van belang om te kunnen bepalen of er sprake is van persoonlijkheidsproblematiek ofwel As II problematiek, dan wel van een ontwikkelingsstoornis uit het autistische spectrum bij kinderen zowel als volwassenen.

Evenzeer is het relevant om iemands biografie goed uit te vragen teneinde een indruk te krijgen van diens ontwikkeling en de wijze waarop iemand is grootgebracht. Bij de visie dat de intake het begin van de behandeling is, heeft een dergelijke diagnostische procedure alleen al tot gevolg dat de patiënt zelf meer zicht krijgt op dieperliggende oorzaken die ten grondslag liggen aan de problematiek. Is de kans gemist om daar meer zicht op te krijgen tijdens de diagnostiekfase, dan kan dit een wissel trekken op de behandelfase. Bijvoorbeeld doordat de doelen te hoog gesteld zijn. Dit kan zowel voor de patiënt als voor de behandelaar frustrerend werken, met als gevolg dat de behandeling alleen maar langer duurt. Eén extra diagnostisch gesprek, namelijk twee in plaats van één bij volwassenen en bij kinderen en jongeren nog één extra voor de heteroanamnese van de ouders over ontwikkeling en

opvoeding, kan dan ook als kosteneffectief worden gezien. Er kunnen dan immers meer realistische behandeldoelen worden opgesteld, liefst samen met de patiënt en diens systeem.

Ontwikkelingstraumatologie

Omdat de DSM-IV-TR qua classificatie dus tekort schiet ten aanzien van deze complexe problematiek, wordt tegenwoordig in de kinder- en jeugdpsychiatrie ook wel gedacht aan een nieuwe naam, namelijk aan ontwikkelingstraumatologie (in het Engels: development traumatology) (Pearlman & Courtois, 2005). Hiermee wordt bedoeld herhaald of chronisch misbruik dan wel mishandeling of verwaarlozing in het gezin met als gevolg schadelijke effecten op de ontwikkeling. Herhaalde en langdurige traumatisering wordt ook wel type II trauma genoemd (Wolters, 2007). De problematiek is vaak intergenerationeel. Indien er niets wordt gedaan aan deze problematiek, wordt deze vaak doorgegeven aan de volgende generatie kinderen. Daarom is het van belang om aandacht te hebben voor de kinderen, ook of juist in de volwassenenzorg, als bij een volwassene het vermoeden ontstaat van dergelijke problematiek. Dit betreft veelal gezinnen die sociaal geïsoleerd zijn, waardoor er dus een gebrek is aan voorbeelden van andere gezinnen met het oog op de vraag, hoe je kinderen kunt opvoeden.

Ook in Nederland is er de laatste tijd meer aandacht voor dit soort problematiek. Dit is onder meer te merken aan het oprichten van een landelijk centrum voor vroegkinderlijke chronische traumatisering (LCVT) in 2007. Dit centrum heeft een informatieve website: www.lcvt.nl. Deze is de moeite van het raadplegen waard.

Indien de ernstige traumatisering door de belangrijkste verzorger plaatsvindt, kan er sprake zijn van 'a terrible attachment bind'. De kenmerken hiervan zijn de volgende:

- De band met de verzorger is juist sterker dan gewoonlijk: Het kind probeert de band steeds te repareren en denkt dat wat er gebeurt aan hem ligt. Het kind is dus zeer loyaal en vaak ook beschermend jegens die ouder.
- De verzorger is bron van troost en van gevaar.
- De hersenen van zo'n kind zijn minder ontwikkeld door andere stimulering of ondersti-

mulering: Er zijn kleinere *hypocampi*, actievere *amygdala*, de *prefrontale cortex* is minder ontwikkeld en er zijn *afwijkingen* in de neuro-endocrinologie en op het EEG te zien (Perry, 2007).

Het resultaat van het voortbestaan van een dergelijke situatie is een gefragmenteerd of gedissocieerd zelf rondom schaamte en slechtheid. Het kind denkt dit misbruik te verdienen. Met name als er sprake is van schaamte blijkt de kans op psychopathologie op volwassen leeftijd toegenomen te zijn (Andrews, Brewin et al., 2000). Noch ouders, noch het kind zullen uit zichzelf vertellen over het misbruik. Voor een volwassene is het al moeilijk om zoiets te vertellen, maar voor een kind is dat haast onmogelijk. Juist omdat het kind nog dagelijks in die situatie verkeert, kan het niet anders dan zeer loyaal zijn jegens de ouders. Het is daarom belangrijk om in een eerste gesprek ouders en kind tenminste gedeeltelijk samen te zien, zodat je zelf een indruk kunt krijgen van de interactie in plaats van alleen op het verhaal af te gaan.

Er is vaak inconsistentie in de benadering van dergelijke ouders naar hun kind of tenminste een tekort aan geruststelling en spiegelen van affecten. Het gevolg daarvan bij het kind kan een emotionele en zelf-disregulatie zijn. Als de ouders duidelijke grenzen aangeven, dan is dat te vergelijken met het afbakenen van speelruimte. Daarbinnen kunnen kinderen zich dan overgeven aan spel, omdat ze niet alert hoeven te zijn. Ze hoeven niet steeds op te letten waar de grenzen liggen als deze niet zomaar verschuiven. Ook weten ze dan dat het geen zin heeft om daarover bij herhaling een discussie aan te gaan. Als kinderen die duidelijkheid niet hebben en steeds verschillend benaderd worden, zeker bij traumatisering, dan kost dat onnodig veel energie. De uitingsvormen daarvan kunnen verschillend zijn voor jongens en meisjes. Jongens uiten dit vaker in gedragsproblemen, terwijl meisjes sneller afgeleid zijn en geneigd tot dissociëren of tot internaliserende problematiek zoals angst of depressiviteit (Pat-Horenczyk, Peled et al., 2007).

De problemen die een verzorger zelf heeft als gevolg van een *verstoorde hechting*, onverwerkt verlies of *traumatisering* zijn als volgt samen te vatten:

- Een incoherente/ dissociatieve presentatie van zichzelf en het relationeel vermogen
- Zulke ouders zijn meestal 'frightening to' en 'frightened of' hun kinderen
- Het resultaat is een onvoorspelbare, onsamenhangende, onveilige opvoeding.

Samengevat: Mishandeling op kinderleeftijd is een complexe, pervasieve, cumulatieve stressor voor de ontwikkeling (Nishith, Mechanic & Resick, 2000). Deze betreft doorgaans verschillende vormen van misbruik, patronen van onveilige hechting, emotionele verwaarlozing, gebrek aan steun en gebrek aan veiligheid. Met andere woorden, de ontwikkeling is bij voortduring ontspoord.

Andere termen

Andere termen voor de problematiek als gevolg van een traumatische voorgeschiedenis in combinatie met een verstoorde hechting zijn: Developmental Extreme Stress NOS (DES-NOS) en ook wel complexe PTSS (PTSS 'plus') (Herman, 1992). De gedragsproblemen zien er vaak uit als borderline problematiek. Vaak wordt de problematiek van een borderline persoonlijkheidsstoornis ervaren als: 'onmogelijk'. Voor de behandeling is het dan helpend om de persoon tegenover je te kunnen zien als getraumatiseerd (Ross, 2007). Alleen daarom al is het belangrijk om naar traumata in de voorgeschiedenis te vragen en om een indruk te krijgen van de opvoeding die iemand heeft gehad. Ook kan gedacht worden aan een term als Posttraumatische persoonlijkheidsstoornis (Classen, Pain et al., 2006). Met een dergelijke benaming in het achterhoofd lukt het doorgaans beter om iemand weer empathisch tegemoet te treden, wat van belang is voor de behandeling. Ook wordt de aandoening zelf daardoor beter behandelbaar, mits er rekening wordt gehouden met zowel de traumatische voorgeschiedenis als de verstoorde hechting.

De termen Complexe PTSS/ DESNOS/ PTSS+ beogen alle drie de emotionele en klinische complexiteit van de typische PTSS cliënt aan te geven. Want een dergelijk beeld is even vaak of zelfs vaker voorkomend dan de klassieke PTSS, zeker bij de GGZ cliënten. Het betreft hier stoornissen op As I alsook op As II en doorgaans op As III. Op As III als gevolg van de 'chemische cascades', die voortkomen uit het aanhoudend in stressstand

staan van het lichaam waardoor het tegen zichzelf gaat werken, hetgeen kan leiden tot somatische symptomen (Schreuder, 2003).

Behandeling complexe PTSS

Zoals uit het voorgaande begrijpelijk is geworden, is de behandeling van de veel voorkomende complexe PTSS dus moeilijker en langduriger als gevolg van de bijkomende problemen en de ontwikkelingsproblematiek.

Sommige evidence-based behandelingen zijn schadelijk indien deze te vroeg worden toegepast, zoals EMDR bij dissociatie. Of als er niet voldoende vermogen is tot emotionele regulatie. Dan kan er sprake zijn van hertraumatisering. In dat geval is het van belang om de patiënt eerst vaardigheden aan te leren. Alleen al het leren kennen en herkennen van bepaalde patronen in de eigen reacties kan ertoe leiden dat iemand meer controle ervaart over de eigen gevoelens, hetgeen een positieve uitwerking heeft.

Er kan eveneens te weinig aandacht zijn voor de ontwikkelings- of relationele tekorten. Als deze niet meegenomen zijn in de diagnostiek dan zal de behandelaar hier onherroepelijk tegenaan lopen.

De hoofddoelen dienen te zijn (Courtois, 1999; Ford, Courtois et al., 2005):

- Vergroten van veiligheid en stabiliteit
- Bevorderen van zelf-integratie, dat wil zeggen het integreren als persoon van verstand, gevoel en gedrag, zodat iemand meer als eenheid kan opereren.

Andere doelen zijn:

- Verminderen van overmatige arousal
- Versterken van de normale respons op stress
- Verminderen van vermijdingsstrategieën
- Onder ogen kunnen zien van traumatisering, verwerken van emoties (woede, schaamte, verlies), integreren van herinneringen
- Activiteiten verrichten, ook met anderen, om nieuwe, positieve en corrigerende ervaringen op te doen.

Dit houdt in dat iemand zijn normale leven zo goed mogelijk voortzet, dan wel weer oppakt. Hiervoor is een sociaal netwerk belangrijk. Een kerkelijke gemeente zou ook hierin een rol kunnen spelen, zeker als de biologische familiebanden hiervoor ontoereikend zijn.

Bij de behandeling is het belangrijk dat de therapeut zich steeds realiseert, dat de realiteitstoetsing verstoord kan zijn. Ook de behandelaar zelf kan onbedoeld herinneringen oproepen aan anderen die de patiënt traumatiseerden. Dit kan voor de patiënt overigens onbewust zijn. Een voorbeeld is de verkrachter die kaal was, zoals in het bovenstaande beschreven. Als de behandelaar ook kaal is en de impact van dat feit blijft onbesproken, dan zal dit ongetwijfeld invloed hebben op de behandelrelatie.

Als er sprake is van een hechtingsstoornis, is het goed om in de behandelrelatie bedacht te zijn op:

- Het uittesten van de relatie en wantrouwen
- Intense overdrachts- en tegenoverdrachtsreacties

Vaak is de behandeling dan ook moeizaam. Als therapeut is het tijdens een sessie belangrijk om je voortdurend bewust te zijn van wat de patiënt en diens gedrag oproept aan tegenoverdracht en om daar steeds rekening mee te houden (Van der Hart & Nijenhuis, 2007).

Juist als de opvoeder aardig was en opeens als een blad aan de boom kon omslaan, houdt de patiënt hier bewust of onbewust steeds rekening mee. Hij of zij kan een dergelijke situatie zelfs proberen uit te lokken, vanuit de vaak onbewuste gedachte dat alle mensen wel zo zullen zijn als die opvoeder en dat het onvoorspelbare gedrag beter te controleren is als het zelf wordt uitgelokt dan als het je onverwacht overkomt.

De patiënt kan ook herhaaldelijk beschuldigingen uiten. Deze kunnen voortkomen uit een verwrongen wereldbeeld of uit een gevoel van onvoldoende aandacht krijgen. Het is belangrijk om daarover het contact aan te blijven gaan en eveneens om eerlijk na te gaan of de geuite beschuldiging misschien toch terecht is.

Geregeld wordt gezien, dat de patiënt zichzelf in gevaar brengt, vanuit een herhalingsdrang. Juist gevaarlijke situaties kunnen voor iemand vertrouwd voelen dan veiligheid. Bovendien kan daarmee de reactie van een hulpverlener worden uitgetest. Blijft die wel dezelfde of reageert ook hij of zij onvoorspelbaar, zoals de opvoeder in het verleden deed (Oz, 2005).

In het algemeen gesproken is er een voortdurend onderhandelen over grenzen nodig. Bijvoor-

beeld over de frequentie van afspraken. Wanneer de patiënt mag bellen, wanneer liever niet. Voor de therapeut is het daarbij belangrijk om wel vast te houden aan het afgesproken kader, maar zeker niet rigide. Er moet onderhandelingsruimte overblijven voor de patiënt, die zich daarin serieus genomen kan voelen. Uitleg over waarom iets nodig of goed zou zijn voor de patiënt is essentieel (Pearlman & Courtois, 2005).

Juridisch

De stelregel is dat een patiënt zo snel mogelijk aangifte doet bij de politie als er sprake is of is geweest van grensoverschrijdend gedrag zoals mishandeling en misbruik. Het onderwerp rechtbank hoort dus wel degelijk thuis in de therapeutische gesprekken. Daarbij dient er uiteraard wel oog voor te zijn, dat de patiënt in staat is om deze stap te zetten en dit bovendien zelf wil. De behandelaar neemt het aangifte doen dus niet over, maar houdt dit zeker ook niet tegen. Dit is een belangrijk onderdeel in het hele proces.

Het is niet verstandig om als hulpverlener onderzoeker én rapporteur te zijn. Dit lijkt een open deur, maar het is belangrijk om hulpverlening en het juridische deel goed te scheiden om verwarring te voorkomen. In dat kader is het ook duidelijker om niet rechtstreeks informatie aan de rechtbank te verschaffen als daarnaar gevraagd wordt, maar om dat via de patiënt zelf te laten lopen en niet buiten diegene om. De patiënt kan dan zelf beoordelen wat te doen met de informatie. Dit heeft opnieuw alles te maken met serieus nemen en controle laten houden.

De therapeutische relatie

Ook voor deze categorie patiënten is het van belang om te werken vanuit een theoretisch kader. Daarnaast is het essentieel om de context en de waarden van de patiënt te kennen en te begrijpen. Het gaat hierbij om de spiritualiteit van de patiënt en om het gebruikmaken van de krachtbronnen die hem of haar ter beschikking staan (De Vries, Caes & Ganzevoort, 2007). Er zijn aanwijzingen dat er minder sprake is van psychopathologie bij slachtoffers van seksueel trauma als er sprake is van spiritueel welbevinden (Kreici, Thompson et al., 2004).

Interpersoonlijk is het volgende van belang voor de therapeut:

- Vermogen tot samenwerken
- Vermogen tot een 'steady state' ten opzichte van de patiënt

Bovenstaande noties zijn te vergelijken met de Bijbelse kernwoorden en waarden 'geloof, hoop en liefde'. Geloof is dan het therapeutische kader dat duidelijkheid en structuur biedt, hoop het perspectief dat met de behandeling geboden wordt en liefde de onderlinge relatie. Deze aspecten komen feitelijk in iedere therapie aan de orde. Daarbij geldt de Bijbelse toevoeging: 'Maar de grootste daarvan is de liefde' (1 Cor. 13:13) (De Vries-Schot, 2006 en 2008). Patiënt en behandelaar zijn samen verantwoordelijk voor de behandeling.

Ten aanzien van de behandelrelatie is het belangrijk om aan te houden, dat deze dient te zijn: RICH (Engels voor: rijk). Dat is een afkorting voor: Respect, Informatie, Connectie, Hoop (Saakvitne, Gamble et al., 2000). Belangrijk is vooral het veranderen van de negatieve connotaties van de persoon over zichzelf en het is eveneens belangrijk om voorspelbaar te zijn. Door daarbij tevens authentiek te zijn (Chessick, 1996) is de therapeutische relatie op te vatten als een leermodel voor veilige hechting.

Bekend is inmiddels dat het succes van alle psychotherapie voor 70% toe te schrijven is aan de zogenaamde 'aspecifieke factoren' en voor 8% aan de 'specifieke factoren'. Tegenwoordig worden de 'aspecifieke factoren' die eigen zijn aan alle therapierichtingen 'common factors' genoemd ofwel 'gedeelde factoren' (Messer & Wampold, 2002). Het gaat hier met name om de therapeutische relatie, die gekenmerkt dient te worden door empathie en echtheid. Daarnaast is het van belang om consensus te hebben over het doel van therapie. Ook blijkt het vermogen van een therapeut om een breuk te herstellen van essentieel belang te zijn. De hulpverlener behoort geleerd te hebben en dus in staat te zijn om misverstanden en fouten te bespreken en te herstellen ten behoeve van de onderlinge relatie (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). Juist dit onderdeel kan het verschil uitmaken, want de meerderheid van de mensen die hulpverlening zoeken, hebben te lijden gehad

of lijden nog steeds aan een interpersoonlijk trauma en aan de gevolgen daarvan (Brady, 1997).

Tevens dienen de interventies gericht te zijn, ofwel toegesneden, op patiëntkenmerken (Courtois, 1991). Details worden doorgaans pas verteld als er een relatie is. Dit geldt bij uitstek voor deze categorie patiënten, omdat deze mensen doorgaans niet gewend zijn dat iemand om hen geeft.

Een belangrijk uitgangspunt is: Berokken niet meer schade. Dat lijkt vanzelfsprekend, maar schade is gemakkelijker toegebracht dan het lijkt, gezien de kwetsbaarheid van deze mensen. Een behandeling kan helpen maar ook schade toebrengen (Vanaerschot, 2003). Dit geldt overigens zowel voor de patiënt als voor de behandelaar. Het belang van de therapeutische relatie moet dus niet onderschat worden. Empirisch gezien is namelijk de meest gesteunde techniek, dwars door alle methodes en oriëntatiekaders heen, het hanteren van de relatie. Het is daarbij van belang, dat de therapeut zich niet laat afleiden door negatieve interacties, maar steeds empathisch, warm en geïnteresseerd blijft (Frank, 1974). De belangrijkste stelregel voor de attitude van een hulpverlener blijft die van de bekende psychiater Rümke (1957), namelijk: 'Maximale nabijheid met behoud van distantie'.

Gesprekstechniek

Het is voor de gesprekstechniek essentieel om open vragen te blijven stellen, zoals: 'Wat gebeurde er toen?' Tot het begrijpelijk is geworden wat de patiënt heeft doorgemaakt. Het is dus belangrijk om niet te interpreteren of lacunes in te vullen. Het gaat er immers om dat de cliënt zelf het eigen verhaal en de mogelijke betekenis ervan gaat ontdekken en begrijpen. Het is de rol van de hulpverlener om de cliënt daarin te begeleiden, niet ergens op vooruitlopend, maar volgend.

Het is goed als de expliciete zelfonthulling van de hulpverlener in dit proces minimaal is, zodat de cliënten de hulpverlener, en hoe hij of zij is, optimaal kunnen ervaren in het hier en nu.

Een praktijkvoorbeeld

Wat te doen als een patiënt bijvoorbeeld bloedend de spreekkamer binnenkomt als gevolg van automutilatie? Daarvoor is het onder meer belangrijk

om transparant te zijn en te communiceren wat het effect is, omdat het dan gaat om een niet adequate zelfgerichtheid. Dit houdt in, hetgeen ook uit te leggen is aan de cliënt, dat in het verleden een dergelijke soort coping waarschijnlijk nodig was, maar nu niet meer adequaat is.

Het gaat erom, dat cliënten leren dat *voelen* mag in plaats van uitageren. Daarbij is het belangrijk dat ze leren inzien dat ze nu de mogelijkheid hebben om na te denken en om keuzes te maken ten aanzien van het huidige gedrag. Mediteren en aandacht voor het hier en nu kunnen hierbij een rol spelen en vanzelfsprekend is hier ook plaats voor gebed.

Door aan te leren om eerst na te denken, is hersenontwikkeling mogelijk. Nieuwe verbanden kunnen worden gelegd en daardoor nieuwe verbindingen in de hersenen (Ross, 2007). Dit is geen eenzijdig proces, want therapeuten en cliënten beïnvloeden elkaar.

Een goed motto voor dergelijke therapieën is: 'Verwacht het onverwachte'. Als criterium voor het genezingsproces is aan te houden, dat de patiënten steeds meer in staat zijn om te voelen.

GELOOF IN DE PRAKTIJK VAN PSYCHOTRAUMA

De therapeut

Zelfzorg is bij dergelijke behandelingen goed voor een behandelaar, namelijk door zich onder meer geregeld af te vragen of empathie nog op te brengen is. Als dit moeizaam wordt, is het belangrijk om dit in het behandelteam te bespreken en om steun te vragen, ook voor het blijven bewaken van de eigen grenzen. Noodzakelijk voor een therapeut zijn dus reflectie en de mogelijkheid tot consultatie (Thomas & Wilson, 2004; Aarts & Visser, 2007; Smith, Kleijn et al., 2007). Ook kan het heilzaam zijn om voor aanvang van een therapiesessie te bidden om kracht en wijsheid en om aan de Heer te vragen om de patiënt te behoeden. Als bidden gezamenlijk in het team kan gebeuren, is dit een pluspunt.

Vanuit Bijbels oogpunt staat ieder mens altijd in een Drie-relatie. Dat betekent verbondenheid met elkaar, maar ook een leven en werken coram Deo: voor het aangezicht van God. Dat is te vergelijken met het grote gebod. Daarin gaat het om

de liefde God-mens-mens. Dit betekent zo mogelijk, als de cliënt gelovig is, het geregeld ter sprake brengen van:

- De verhouding tot jezelf
- De verhouding tot de medemens
- De verhouding tot God

De Vader en de vader

Ten aanzien van de verhouding tot God kan er een overlap zijn in de beleving van de menselijke vader en God als Vader, maar deze kan ook juist heel verschillend zijn. Dat is afhankelijk van de ernst van de aantasting van de persoonlijkheid als gevolg van eventuele nare ervaringen met de eigen vader of andere vaderfiguren in iemands leven. Het is daarbij mogelijk dat de beleving van de menselijke vader geprojecteerd wordt op God als Vader.

Voor een juist verstaan van de relatie met God kan de gedachte helpend zijn, dat het vacuüm voor God aangeboren is. Die leegte kan alleen gevuld worden door God Zelf. Een dergelijk idee verklaart het ideaalbeeld dat een klein kind al heeft van zowel vader als moeder. De aardse ouders kunnen echter tegenvallen. Het besef van God is er al van het begin af aan en kan als gevolg van de taalontwikkeling later met woorden worden ingevuld (Gaultiere, 1990; zie ook De Vries-Schot, 2006). Deze gedachte verschilt van het idee, dat het Godsbesef later in het leven ontstaat als afgeleide van de relatie met de ouders (Freud, 1933 en 1939).

Een voorbeeld uit mijn eigen praktijk is een adolescente die als kind te maken kreeg met de gevolgen van de psychische ziekte van haar vader. Hij was manisch depressief en daardoor onvoorspelbaar in zijn gedrag voor het gezin. Als hij zich volledig had teruggetrokken op de slaapkamer en niet naar beneden wilde komen om te eten, werd zij vaak door haar moeder naar hem toe gestuurd. Soms kon vader dan agressief zijn, maar moeder had het idee dat dit minder voorkwam bij haar dochter dan bij haar. Het meisje deed steeds wat moeder vroeg om haar moeder te beschermen, want ze werd herhaaldelijk geconfronteerd met het verdriet van moeder en met haar kwetsbaarheid. Dit gaf haar het idee dat zij de sterke persoon moest zijn in het gezin en haar ouders moest opvangen. Daardoor werd zij zwaar overbelast, wat

zij ook zo ervaren heeft. Zij heeft echter ook in die tijd nooit getwijfeld aan God. God was er altijd. Hij vormde de bodem onder haar bestaan. Als zij het niet zou redden, zou Hij er zijn om haar op te vangen. Zelfs als ze zou bezwijken onder de last en zou doodgaan, dacht ze als kind.

Een mooie gedachte in dit verband is, dat er in de gemeente van Christus broeders en zusters zijn, maar ook vaders en moeders. De apostel Paulus spreekt geregeld over geestelijke kinderen. Mensen die verwond zijn door andere mensen of door het leven hebben vaak een geestelijke ouder of ouders nodig om corrigerende en helende ervaringen op te doen totdat ze voldoende op eigen benen kunnen staan. Zo mogelijk kunnen ze er dan op hun beurt voor anderen zijn, die dan weer bij het geloof worden betrokken (Friesen, Wilder et al., 2005). Het is goed om als gemeente van Christus ook dit voor elkaar te kunnen betekenen. Daarbij is het besef van de mogelijkheid van geloofsgroei van belang.

Eigen onderzoek

Uit eigen promotieonderzoek (De Vries-Schot, 2006; ook De Vries-Schot, Van Uden et al., 2008) komt onder meer naar voren, dat het belangrijk is om het bekende en in de praktijk veel gebruikte biopsychosociale model van Engel (1977 en 1980) uit te breiden met de spirituele dimensie. Dan kunnen we spreken van een biopsychosociaalspiritueel model (BPSS). Hiermee wordt meer recht gedaan aan alle relevante dimensies van het menselijk leven, ook bij psychotrauma (Beveridge & Cheung, 2004; Ai & Park, 2005).

Middels het raadplegen van een panel met deskundigen, zowel bestaande uit psychiaters en psychologen als theologen, bleek dat gezond of heilzaam geloof het beste kan worden opgevat als 'geïntegreerd geloof'. Dat betekent dat het geloof geïntegreerd is in het dagelijks leven en omgekeerd dat het dagelijks leven geïntegreerd is in het geloofskader. Daarbij wordt een gezond of heilzaam geloof eveneens gekarakteriseerd door de term 'volwassen'. Daarin komt de notie van geloofsgroei goed naar voren. Met de term 'geïntegreerd' komt dus het leven in de volle breedte in beeld en met de term 'volwassen' het ontwikkelingsperspectief.

Aan de hand van een aantal stellingen die gezond of heilzaam geloof karakteriseren, kwam naar voren dat deze te clusteren zijn in de volgende drie factoren:

- Gerichtheid op hogere waarden vanuit innerlijke vrijheid
- Vertrouwen op God doordringt het hele leven
- Verantwoordelijkheid voor medemens en schepping

Deze factoren zijn te beschouwen als nadere invullingen van de verhouding tot jezelf, tot God en tot de ander.

Niet alleen maar theorie

Amy, overigens niet haar echte naam, is een jonge vrouw die als kind herhaaldelijk seksueel werd misbruikt door een jongen die de vaste oppas was. Lange tijd heeft ze schijnbaar goed gefunctioneerd. In ieder geval heeft ze zich staande gehouden. Maar nu loopt ze vast op haar werk. Ze voelt zich stilgezet en eenzaam. Wat er gebeurd was in haar jeugd wisten haar ouders tot voor kort niet. Omdat haar ouders vaak weg moesten voor hun werk, wilde ze hen daarin niet belemmeren door te vertellen wat er af en toe gebeurde. In haar eenzaamheid was God heel belangrijk voor haar. Hoe ze het gebeurde moest rijmen met de aanwezigheid van God, dat wist ze niet. Maar wel had ze er een vast vertrouwen in dat Hij dit niet gewild had. Dat Hij desondanks niet had ingegrepen, maakte haar verdrietig.

Door een individuele psychodynamische psychotherapie voelde ze zich na verloop van tijd zoals ze het zelf benoemde, 'bevrijd', namelijk van de verlamrende invloed van haar verleden. Ze mocht er weer zijn van zichzelf, maar ook van anderen, zoals ze merkte, en zeker van God. Ze kwam weer in beweging, kreeg meer zin in haar leven en het leven won aan kleur. Anders geformuleerd: De relaties met anderen en God gingen weer 'stromen'. Er kwam meer diepgang en leven in. Dat is heel mooi en kostbaar om mee te maken in een therapie.

Terug naar psalm 147

'Hij geneest wie gebroken zijn en verzorgt hun diepe wonden'.

Amy vatte aan het einde van haar therapie haar kijk op het vroegere seksueel misbruik als volgt

samen: 'Ik had dit nooit willen meemaken, maar het heeft me wel gevormd'. Ze draagt voor altijd een litteken met zich mee, een kwetsbaarheid. Maar: ondanks alles of beter gezegd dankzij God is zij een gaaf mens.

Dit is misschien te begrijpen aan de hand van de volgende eenvoudige maar veelzeggende levenswijsheid: 'Als het regent, kunnen we groeien. Als de zon schijnt, mogen we bloeien'. Uiteindelijk is een dergelijke therapie dan ook samen te vatten in drie woorden: Verwonding, verwondering en: bewondering! Bewondering voor de patiënt die heel wat werk heeft te verzetten om te verwerken wat er is gebeurd en om te helen. Maar zeker ook voor onze Heer, de grote Heelmeester, die inderdaad geneest en verzorgt.

LITERATUUR

- Aarts, P.G.H. & W.D. Visser (2007). *Trauma: diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Ai, A.L. & C.L. Park (2005). Possibilities of the Positive following Violence and Trauma. Informing the Coming Decade of Research. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 242-250.
- Andrews, B., C.R. Brewin, S. Rose & M. Kirk (2000). Predicting PTSD Symptoms in Victims of Violent Crime: the Role of Shame, Anger, and Childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 69-73.
- Beveridge, K. & M. Cheung (2004). A Spiritual Framework in Incest Survivors Treatment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13, 105-120.
- Bisson, J.I. & M. Andrew (2007). Psychological Treatment of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18: CD 003388.
- Bisson, J.I., A. Ehlers, R. Matthews, S. Pilling, D. Richards & S. Turner (2007). Psychological Treatments for Chronic Post-traumatic Stress Disorder. Systematic Review and Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Brady, K.T. (1997). Posttraumatic Stress Disorder and Comorbidity. Recognizing the many Faces of PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 Suppl. 9, 12-15.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic Studies of Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and other Psychiatric Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 923-929.
- Breslau, N., G.C. Davis, E.L. Peterson & L. Schultz (1997). Psychiatric Sequelae of Posttraumatic Stress Disorder in Women. *Archives of General Psychiatry*, 54, 81-87.
- Chessick, R.D. (1996). Heidegger's "Authenticity" in the Psychotherapy of Adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 50, 208-216.
- Classen, C.C., C. Pain, N.P. Field & P. Woods (2006). Posttraumatic Personality Disorder: a Reformulation of Complex Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 29, 87-112.
- Copeland, W.E., G. Keeler, A. Angold, & E.J. Costello (2007). Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64, 577-584.
- Courtois, C.A. (1991). Theory, Sequencing, and Strategy in Treating Adult Survivors. *New Directions for Mental Health Services*, 51, 47-60.
- Courtois, C.A. (1993). Adult Survivors of Sexual Abuse. *Primary Care*, 20, 433-446.
- Courtois, C.A. (1999). *Recollections of Sexual Abuse. Treatment Principles and Guidelines*. New York: Norton.
- Daenen, E.W.P.M. & A.C. van Reekum (2005). Langerdurende ambulante psychotherapie is effectief. Een kritisch literatuuroverzicht per stoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 603-612.
- Donnelly, C.L. (2003). Pharmacological Treatment Approaches for Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 251-269.
- Donnelly, C.L. & L. Amaya-Jackson (2002). Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. Epidemiology, Diagnosis and Treatment Options. *Paediatric Drugs*, 4, 159-170.
- Engel, G.L. (1977). The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G.L. (1980). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Farfel, M., L. DiGrande, R. Brackbill, A. Prann, J. Cone, S. Friedman, D.J. Walker, G. Pezeshki,

- P. Thomas, S. Galea, D. Williamson, T.R. Frieden & L. Thorpe (2008). An Overview of 9/11 Experiences and Respiratory and Mental Health Conditions among World Trade Center Health Registry Enrollees. *Journal of Urban Health*, 85, 880-909.
- Fonagy, P. & M. Target (2008). Psychodynamic Treatments. In M. Rutter & D.V.M. Bishop, *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Malden: Blackwell Publishing.
- Ford, J.D., C.A. Courtois, K. Steele, O. Hart & E.R. Nijenhuis (2005). Treatment of Complex Post-traumatic Self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 437-447.
- Forgash, C. & M. Copeley (2008). *Healing the Heart of Trauma and Dissociation with EMDR and Ego State Therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Frank, J. (1974). Psychotherapy. The Restoration of Morale. *American Journal of Psychiatry*, 131, 271-274.
- Freud, S. (1933). Über eine Weltanschauung. In S. Freud *Studienausgabe Band I* (1969). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Freud, S. (1939). Der Mann Moses und die monotheistische Religion: drei Abhandlungen. In: S. Freud *Studienausgabe Band IX* (1982). *Fragen der Gesellschaft. Ursprünge der Religion*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Gaultiere, W.J. (1990). The Christian Psychotherapist as a Transitional Object to God. *Journal of Psychology and Theology*, 18, 131-140.
- Gersons, B.P.R. (2007). Trends in de traumabehandeling: een kritische beschouwing. In P.G.H. Aarts & W.D. Visser, *Trauma: diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Glaser, D. (2008). Child Sexual Abuse. In M. Rutter & D.V.M. Bishop, *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Malden: Blackwell Publishing.
- Green, A.H. (1995). Comparing Child Victims and Adult Survivors. Clues to the Pathogenesis of Child Sexual Abuse. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 23, 655-670.
- Green, B.L. & J.D. Lindy (1992). Chronic Posttraumatic Stress Disorder and Diagnostic Comorbidity in a Disaster Sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 760-766.
- Hart, O. van der, E.S.R. Nijenhuis & K. Steele (2006). *The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: Norton & Company.
- Hart, O. van der & E.R.S. Nijenhuis (2007). Een theoretisch perspectief op fasegerichte behandeling. In P.G.H. Aarts & W.D. Visser, *Trauma: diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
- Ijzendoorn, M.H., P. Prinzie, E.M. Euser, M.G. Groeneveld, S.N. Brilleslijper-Kater, A.M.T. van Noort-Van der Linden, M.J. Bakermans-Kranenburg, F. Juffer, J. Mesman, M. Klein Velderman, M. San Martin Beuk & P.C. Ohlsen-Koole (2007). *Kindermishandeling in Nederland anno 2005. De nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2005)*. Leiden: Cashmir Publishers.
- Jones, D.P.H. (2008). Child Maltreatment. In M. Rutter & D.V.M. Bishop, *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Malden: Blackwell Publishing.
- Killén, K. (1999). *Het mishandelde kind. Kindermishandeling en een tekort aan zorg*. Rotterdam: Ad. Donker.
- Kleber, R.J. (2007). Trauma en verwerking. In Aarts, P.G.H. & W.D. Visser, *Trauma: diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Krejci, M.J., K.M. Thompson, H. Simonich, R.D. Crosby, M.A. Donaldson, S.A. Wonderlich & J.E. Mitchell (2004). Sexual Trauma, Spirituality, and Psychopathology. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13, 85-103.
- Messer, S.B. & B.E. Wampold (2002). Let's Face Facts: Common Factors Are More Potent Than Specific Therapy Ingredients. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 9, 21-25.
- Nicolai, N. (2003). *Handboek Psychotherapie na seksueel misbruik*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Nishith, P., M.B. Mechanic & P.A. Resick (2000). Prior Interpersonal Trauma: the Contribution to Current PTSD Symptoms in Female Rape

- Victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 20-25.
- Orsillo, S.M. & S.V. Batten (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Behavior Modification*, 29, 95-129.
- Oz, S. (2005). The "Wall of Fear": the Bridge between the Traumatic Event and Trauma Resolution Therapy for Childhood Sexual Abuse Survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14, 23-47.
- Pat-Horenczyk, R., O. Peled, T. Miron, D. Brom, Y. Villa & C.M. Chemtob (2007). Risk-taking Behaviors among Israeli Adolescents Exposed to Recurrent Terrorism. Provoking Danger under Continuous Threat? *American Journal of Psychiatry*, 164, 66-72.
- Pearlman, L.A. & C.A. Courtois (2005). Clinical Applications of the Attachment Framework. Relational Treatment of Complex Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 449-459.
- Perry, B.D., R.A. Pollard, T.L. Blakley, W.L. Baker, & D. Vigilante (1995). Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation and Use-dependent Development of the Brain. How States become Traits. *Infant Mental Health Journal*, 16, 271-289.
- Perry, B.D. & M. Szalavitz (2007). *De jongen die opgroeide als hond en andere verhalen uit het dagboek van een kinderpsychiater*. Schiedam: Scriptum.
- Ross, C.A. (2007). *The Trauma Model: A Solution to the Problem of Comorbidity in Psychiatry*. Richardson: Manitou Communications.
- Rümke, H.C. (1957). *Psychiatrie. Volume I, Inleiding*. Amsterdam: Scheltema & Holkema.
- Rumstein-McKean, O. & J. Hunsley (2001). Interpersonal and Family Functioning of Female Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Clinical Psychology Review*, 21, 471-490.
- Rutter, M. & D.V.M. Bishop (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Malden: Blackwell Publishing.
- Saakvitne, K.W., S.G. Gamble, L.A. Pearlman & B. Tabor Lev (2000). *Risking Connection. A Training Curriculum for Working with Survivors of Childhood Abuse*. Lutherville: Sidran Foundation and Press.
- Schreuder, B.J.N. (2003). *Psychotrauma. De psychobiologie van ingrijpende ervaringen*. Koninklijke Van Gorcum, Assen.
- Scott, S.T. (2007). Multiple Traumatic Experiences and the Development of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 932-938.
- Seng, J.S., S.A. Graham-Bermann, K. Clark, A.M. McCarthy & D.L. Ronis (2005). Posttraumatic Stress Disorder and Physical Comorbidity among Female Children and Adolescents: Results from Service-use Data. *Pediatrics*, 116, 767-776.
- Shalev, A.Y., S. Freedman, T. Peri, D. Brandes, T. Sahar, S.P. Orr & R.K. Pitman (1998). Prospective Study of Posttraumatic Stress Disorder and Depression following Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 155, 630-637.
- Sijbrandij, M., M. Olff, J.B. Reitsma, I.V.E. Carlier & B.P.R. Gersons (2006). Emotional or Educational Debriefing after Psychological Trauma. Randomised Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 150-155.
- Sijbrandij, M. (2007). *Early Interventions following Psychological Trauma*. Dissertatie. Zie ook: Interview in Psy 1/2.
- Smith, A.J., W.C. Kleijn, R.W. Trijsburg & G.J.M. Hutschemaekers (2007). How Therapists Cope with Clients' Traumatic Experiences. *Torture*, 17, 203-215.
- Storr, C.L., N.S. Ialongo, J.C. Anthony & N. Breslau (2007). Childhood Antecedents of Exposure to Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 119-125.
- Thomas, R.B. & J.P. Wilson (2004). Issues and Controversies in the Understanding and Diagnosis of Compassion Fatigue, Vicarious Traumatization, and Secondary Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6, 81-92.
- Vanaerschot, G. (2003). Cliëntgerichte psychotherapie bij slachtoffers van seksueel misbruik. In N. Nicolai, *Handboek Psychotherapie na seksueel misbruik*. Utrecht: Tijdstroom.
- Vries, M.W. de, Ch.I.M. Caes, & R.R. Ganzevoort (2007). Cultuur en trauma. In P.G.H. Aarts & W.D. Visser, *Trauma: diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.

- Vries-Schot, M.R. de (2006). *Gezonde godsdienstigheid en heilzaam geloof. Verheldering van concepten vanuit de psychologie, psychiatrie en de theologie*. Delft: Eburon.
- Vries-Schot, M.R. de (2008). *Geloven is gezond. Zingeving en geloofsgroei in hulpverlening en pastoraat*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- Vries-Schot, M.R. de, M.H.F. van Uden, G. Heitink & J.Z.T. Pieper (2008). Healthy Religiosity and Salutory Faith. Clarification of Concepts from the Perspective of Psychology, Psychiatry and of Theology. *Journal of Empirical Theology*, 21, 88-108.
- Wilder, E.J., J.G. Friesen, A.M. Bierling, R. Koepcke, R.A. Koepcke & M. Poole (2004). *Leven naar Gods plan. De kenmerken van een christenleven*. Dordrecht: De Hoop Publishing.

Winkel, F.W. (2007). *Post Traumatic Anger. Missing Link in the Wheel of Misfortune. Inaugural*. Nijmegen: Wolf.

Wolters, W.H.G. (2007). Gevolgen van trauma's bij kinderen en adolescenten. In P.G.H. Aarts & W.D. Visser, *Trauma: diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.

PERSONALIA

Dr. M. de Vries-Schot is kinder- en jeugdpsychiater en relatie- en gezinstherapeut. Daarnaast is ze theoloog en gaat ze voor in kerkdiensten. Ze houdt voordrachten en organiseert cursussen en symposia over het grensgebied van psychiatrie en theologie. E: mvries@meerkanten.nl