
Traumatische hechting als focus in therapie

Bea Hardon en Marijke Baljon*

Samenvatting

De Balans, onderdeel van GGZ Drenthe, is een dagbehandelingsafdeling voor vrouwen met psychiatrische problemen die samenhangen met chronische traumatisering in de jeugd. De behandeling is gebaseerd op het dissociatiemodel en inzichten uit de hechtingstheorie. In dit artikel wordt een theorie beschreven volgens welke affectieve verwaarlozing in combinatie met traumata kan leiden tot psychofysiologische veranderingen en gedesorganiseerde hechting. Deze hechtingsstijl predisponeert tot dissociatie en tot het ontstaan van een meervoudig innerlijk werkmodel. Beschreven wordt hoe deze inzichten binnen de dagbehandeling worden toegepast, met als doel het ontwikkelen van een veiliger gehechtheidspatroon, een groter zelfreflecterend vermogen en een op zelfinzicht gebaseerde, gezondere copingstijl.

1 Trauma, hechting en cliëntgerichte psychotherapie

Voor therapeuten is het aangaan van een therapeutische relatie met cliënten met ernstige en langdurige traumatisering in de kindertijd een kunst op zich. De persoonlijkheidsproblematiek van deze cliënten laat zich vaak beschrijven in termen van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. De hechtingstheorie, met name daarbinnen de beschrijving van de gedesorganiseerde gehechtheid, maakt het mogelijk te begrijpen waarom het deze cliënten zoveel moeite kost de therapeutische relatie als veilig te beleven. In termen van de noodzakelijke en voldoende voorwaarden voor therapeutische verandering volgens Rogers (1957) lijkt het vooral te gaan om de voorwaarde dat de cliënt kan *ervaren* dat de therapeut hem of haar empathisch, met respect en accepterend bejegt.

Warner (2000) en Vanaerschot (2003b) beschrijven hoe het mogelijk is vanuit de cliëntgerichte basishouding contact te maken met getraumatiseerde cliënten. Een empathisch begrijpen van het fragiel en dissociatief procesbeleven is daarbij essentieel. Mearns & Thorne (2000) stellen daartoe een uitbreiding van

* Beide auteurs zijn als psychotherapeut verbonden aan GGZ-Noord Drenthe, locatie Assen.

Drs. B. Hardon is clusterhoofd behandelbeleid gespecialiseerde behandeling en behandelcoördinator van de afdeling De Balans.

Drs. M.C.L. Baljon is werkzaam bij De Balans en bij de A-opleiding psychiatrie als opleider en supervisor.

Rogers' theorie van de zelfontwikkeling voor aan de hand van het begrip *configuraties in het zelf*. Hun omschrijving hiervan doet sterk denken aan de omschrijving van innerlijke werkmodellen vanuit de hechtingstheorie. Mearns (2002, p. 17) citeert cliënt Elisabeth:

To the outside world I just look confused and inconsistent. *Inside* I have a part of me that is constantly in despair of my life as it is now. It wants to escape from the whole thing – the nice home and the attentive husband. But another part says, 'hold on – you can't do that without a very good reason'. So, I want to leave and I stay. I stay and look for a reason which is good enough to leave.

Mearns benadrukt dat Elisabeth niet in proces komt als we haar in een gevoelsreflectie haar verwarring teruggeven. Deze verwarring is niet de directe ervaring, maar het gevolg van de directe ervaring. Wezenlijke empathie vraagt het verwoorden van beide aspecten van haar zelfbeleving. Het besef dat er tegenstrijdige, onderscheiden aspecten in het zelf zijn ligt vaak aan de rand van het bewustzijn. De cliëntgerichte therapeut kan door zorgvuldig luisteren aanwijzingen opvangen dat er sprake is van een gefragmenteerde zelfbeleving, en door tentatief herformuleren de cliënt hiervan bewust maken. Mearns benadrukt dat alle zelfaspecten met evenveel respect bejegend dienen te worden. Het is een valkuil om aspecten die destructief lijken, zoals Elisabeth's neiging om haar liefhebbende echtgenoot te verlaten, te diskwalificeren. De taak van de therapeut is om Elisabeth te helpen om zelf het gesprek tussen de configuraties in haar zelf op gang te brengen.

Baljon (1999) beschouwt *containment* als een essentieel aspect van empathie bij de behandeling van getraumatiseerde cliënten. Containment maakt het mogelijk om te reflecteren op het eigen en op andermans ervaren. In de recente literatuur over hechting wordt het nauwe verband tussen de hechtingsstijl en de kwaliteit van het zelfreflecterend vermogen benadrukt. In de behandeling gaat het erom de beangstigende en verwarrende zelfbeleving van de cliënt zo te spiegelen dat deze betekenis krijgt. Dit maakt het mogelijk om 'door onderhandeling samen betekenis te verlenen' (Vanaerschoot, 2003a). Een cliëntgerichte benadering waarbij steeds empathisch getoetst wordt of de aangereikte betekenissen aansluiten bij de zelfervaring van de cliënt is daarbij essentieel. Hierdoor kunnen maladaptieve 'emotieschema's' (Greenberg, Rice & Elliott, 1993) geleidelijk aan veranderen in meer gezonde, adaptieve richting.

2 Theorie over hechting, psychopathologie en psychotherapie

2.1 Inleiding

De afgelopen jaren is een stroom van publicaties verschenen over de betekenis van hechting voor psychopathologie en psychotherapie. In het kader van dit artikel beperken we ons tot het bespreken van de hechtingsstijl die bij kinderen gedesorgeriseerd en bij volwassenen onverwerkt (*unresolved*) genoemd wordt. In meerdere onderzoeken is een verband aangetoond tussen desorganisatie van de hechting, latere gevoeligheid voor trauma's en de ontwikkeling van dissociatieve en persoonlijkheidsstoornissen (Nicolai, 2001a; 2001b). Als de opvoeder tegelijkertijd een bron van veiligheid en van angst is, zijn de ervaringen van het kind zo tegenstrijdig dat het onmogelijk is om een coherent innerlijk werkmodel te ontwikkelen. Het kind vertoont tegelijkertijd toenaadering en vermijding. Met andere woorden: de hechtingsrelatie zelf is getraumatiseerd en traumatiserend.

Trauma grijpt in in de biologie van de hersenen (Rothschild, 2000). Dit maakt begrijpelijk waarom disfunctionele processen ten gevolge van chronische traumatisering op jonge leeftijd moeilijk te beïnvloeden zijn door cognitieve herstructurering of bewerking in de overdracht. In recent verschenen overzichtsartikelen (Nicolai, 2001a; 2001b; Van Gael, 2002; De Waal, 2002) worden recente inzichten in processen in de hersenen, die gedesorgeriseerde hechting, trauma en dissociatie met elkaar in verband brengen, wel aangeduid maar niet uitgewerkt. Daarom besteden we hier in 2.2 aandacht aan. Vervolgens beschrijven we hoe gedesorgeriseerde hechting de ontwikkeling van het zelf en het reflecterend vermogen beïnvloedt. In hoofdstuk 3 bespreken we hoe we op basis van deze inzichten in de dagbehandeling 'ontwikkelingshulp' (Van Gael, 2002; De Waal, 2002) bieden aan vroeg in hun ontwikkeling getraumatiseerde vrouwen.

2.2 Biologische processen bij gedesorgeriseerde hechting en dissociatie

Ethologisch zijn zowel bij mensen als bij dieren, in geval van gevaar, vier basisgedragstendenzen te observeren: vluchten, vechten, flauwvallen en verstaren (ook wel aangeduid als de vier f's van *flight*, *fight*, *faint* en *freeze*). In geval van trauma is voor een kind de kans op bescherming het grootst als het weet te vluchten naar een hechtingsfiguur. Als die niet beschikbaar is en vechten niet mogelijk is omdat het gevaar te overweldigend is, valt de persoon flauw of verstart, hetgeen in wezen dissociatieve reacties zijn.

Bij deze overlevingsreacties is het limbische systeem in de hersenen actief. Dit systeem is nauw verbonden met het autonome zenuwstelsel. Het limbische systeem evalueert een situatie als veilig of onveilig. Al vanaf de geboorte worden bepaalde signalen opgevat als tekenen van onveiligheid. Iedereen schrikt van harde geluiden en plotselinge bewegingen. Dit systeem wordt door leerervaringen verder ontwikkeld. Op basis van deze evaluatie geeft het limbische systeem het signaal aan het autonome zenuwstelsel om het lichaam ofwel tot rust te brengen ofwel voor te bereiden op actie. In geval van rust activeert het centraal zenuwstelsel primair het parasympathische zenuwstelsel, in geval van inspanning of stress wordt het sympathisch zenuwstelsel actief. In geval van extreme dreiging wordt het lichaam door middel van hormonen geactiveerd voor directe actie: vluchten of vechten. Zodra de dreiging over is komt er cortisol vrij die de alarmreactie in het lichaam tot rust brengt en door activatie van het parasympathische zenuwstelsel ontspanning mogelijk maakt. In de hersenen is de hippocampus actief in de veilige toestand, terwijl de amygdala betrokken is bij de alarmtoestand. Deze hersensystemen hebben een belangrijke functie ten aanzien van het geheugen. De hippocampus plaatst een herinnering in de context van plaats en tijd. Het wordt opgeslagen als een verhaal met een logische structuur, een begin, een midden en een eind. De amygdala slaat herinneringen fragmentarisch op. Vooral de signalen die op gevaar duiden worden bewaard. In deze alarmtoestand kan geen leren plaatsvinden waarbij de integratie van verschillende gegevens gevraagd wordt. Dit maakt begrijpelijk dat bij een kind dat extreem onveilig opgroeit incoherente geheugenstructuren kunnen ontstaan.

In geval de veiligheid niet hersteld wordt en ontsnappen uit het gevaar niet mogelijk is, wordt het parasympathische zenuwstelsel tegelijk met het sympathisch zenuwstelsel geactiveerd en ontstaat de verstarring. We zien iets dat lijkt op de reactie op verwarringstechnieken die gebruikt worden om hypnotische trance te induceren. Misschien is dat ook wel wat er gebeurt. Er ontstaat een andere vorm van bewustzijn die bij kan dragen aan het ontstaan van dissociatie als overlevingsstrategie.

Carla, een vijftigjarige vrouw met een dissociatieve identiteitsstoornis, bespreekt in therapie haar extreme moeite om te kiezen tussen twee vriendinnen die haar voor oudejaarsavond hebben uitgenodigd. Ze weet wel waar ze het liefste heen wil, maar raakt in hevige paniek bij de gedachte dat ze deze voorkeur expliciet zou maken. De heftigheid van dit innerlijk conflict is veel groter dan bij neurotische problematiek. Carla ervaart het als een zo onmogelijke keuze dat haar denken stopt. Ze kan alleen vanuit een ik-positie (zie 2.3) reageren. In het gesprek met haar therapeut, die erop aanstuurt dat de verschillende kanten in haar met elkaar in contact komen, wordt haar reflecterend vermogen gestimuleerd. Opeens zegt ze: 'Het voelt net als wanneer ik vroeger moest zeggen wie ik liever vond: papa of mama. Ik kreeg altijd slaag, wat ik ook antwoordde'.

Als alle houvast wegvalt, wat bij Carla gebeurde als haar ouders zich gezamenlijk tegen haar keerden, treedt er geen of onvolledige dissociatie op. Er ontstaat een verlies van iedere vorm van cohesie van het zelf, het gevoel gek te zullen worden (Wolf, 1988). Omdat alles beter is dan dit gevoel, kan een kind in een toestand van verdoving (*faint* of *freeze*) terecht komen of gedrag vertonen dat lijkt op de schreeuw van een jong dier dat de functie heeft de moeder tot zoekgedrag en nabijheid te bewegen. We noemen dit de *separation cry*. Hierna is dit kind de angst voorbij en komt in de beleving van de glazen ruimte van het niets. De conflicterende situatie lijkt vergeten. Uit zichzelf zullen veel kinderen nooit meer op een dergelijke situatie terugkomen en zullen ze moeite hebben het zich te herinneren. In extreme staat van paniek lijkt het geheugen geblokkeerd voor het bewustzijn. Freyd (1996) betoogt dat amnesie voor misbruik veel voorkomt als dit misbruik plaatsvindt binnen de afhankelijkheidsrelatie met een vertrouwde verzorger. Deze amnesie is van belang voor de overleving, omdat het een kind kan helpen de hechtingsrelatie met de verzorger in stand te houden. Een dergelijk kind heeft echter geen veilige basis bij de verzorger, waardoor het moeilijk tot rust kan komen.

2.3 Hechting en de ontwikkeling van het zelf

Hechting vormt de context waarbinnen het kind leert om emoties te reguleren. Een aspect daarvan is dat daarbij communicatie plaatsvindt over de betekenis van affecten. Als een baby huilt lokt dat bij de meeste verzorgers zorggedrag uit. Als dat niet gebeurt kan het kind het af laten weten of gaan krijsen. Dit laatste vergroot de kans dat de verzorger alsnog reageert. Kinderen die deze *separation cry* laten horen, tonen meer ik-sterkte en hebben daardoor waarschijnlijk een betere prognose dan kinderen die snel in een verdoofde toestand vervallen.

Als de verzorger reageert doet deze dit vanuit het eigen innerlijk werkmodel. Het is mogelijk dat de verzorger het huilen als lastig ervaart, het kind de intentie toekent om haar te pesten en het daarom geïrriteerd oppakt en boos toespreekt. De verzorger kan zich ook afvragen wat de oorzaak van het huilen is en de bejegening daarop afstemmen. Een vuile luier vraagt om ander gedrag dan darmkrampjes. De manier waarop de verzorger reageert, geeft aan het kind een soort spiegeling van de eigen beleving. Bij beide bovengenoemde mogelijkheden kent de verzorger het gedrag van het kind betekenis toe. Fonagy en zijn medewerkers (1995; 2002) benadrukken dat voor de ontwikkeling van het mentaliseringsvermogen het kind zich in de geest van de verzorger gereflecteerd moet zien als iemand wiens gedrag kan worden begrepen vanuit zijn mentale toestand, gevoelens, behoeften en intenties. De verzorger erkent de mentale toestand van het kind en toont vanuit het eigen innerlijk werkmodel de mogelijkheden om met die toestand om te gaan.

Een voorbeeld is het bekende 'kusje erop' als een kind pijnlijk gevallen is. Op grond van haar innerlijk werkmodel beslist de ouder of er van een ernstige situatie sprake is die om een run naar de verbandtrommel of de dokter vraagt, of dat het kind voornamelijk geschrokken is. In het laatste geval neemt ze door de magische handeling van het kusje de pijn serieus en stelt ze tegelijkertijd het kind gerust dat er niets ernstigs aan de hand is.

Als dit soort interacties zich regelmatig herhalen kan een kind een innerlijke voorstelling van zichzelf ontwikkelen als iemand die bepaalde gevoelens mag ervaren en uiten en als iemand die gezien wordt als een persoon met redenen voor bepaald gedrag. Dan verinnerlijkt het kind het vermogen om negatieve emoties te verdragen en deze betekenis te geven. Zo ontstaat er een beeld van het eigen zelf en het vermogen om daarover na te denken. Een zekere variatie in de bejegening bevordert een gezonde flexibiliteit, mits de variaties een verklaring krijgen. Een kind kan dan leren ermee te leven dat moeder soms moe en ongeduldig is en dat er verschillen in relaties zijn. Er is een zelf in relatie tot de verzorgende ouders, maar ook tot het broertje dat soms plaagt en tot een vreemde die bij de ouders op bezoek komt.

Verwarrend wordt het als de primaire verzorgers zo inconsistent zijn in hun bejegening dat het voor het kind niet te integreren is. Dit is met name het geval als verzorgers niet in staat zijn om tegenover het kind betekenis te geven aan hun gedrag. Ouders die te kampen hebben met posttraumatische stressverschijnselen kunnen voor hun kind angstwekkend gedrag vertonen, zoals afwezigheid als het kind contact zoekt, schrikachtigheid, stemmingswisselingen, herbelevingen die door het kind getriggerd¹ worden, waardoor de ouder woede en angst ervaart. Daar staat tegenover dat het koesteren van een kind volwassenen kan helpen om tot rust te komen. Dit kan ertoe leiden dat de ouder de baby op onregelmatige tijden uit de wieg haalt.

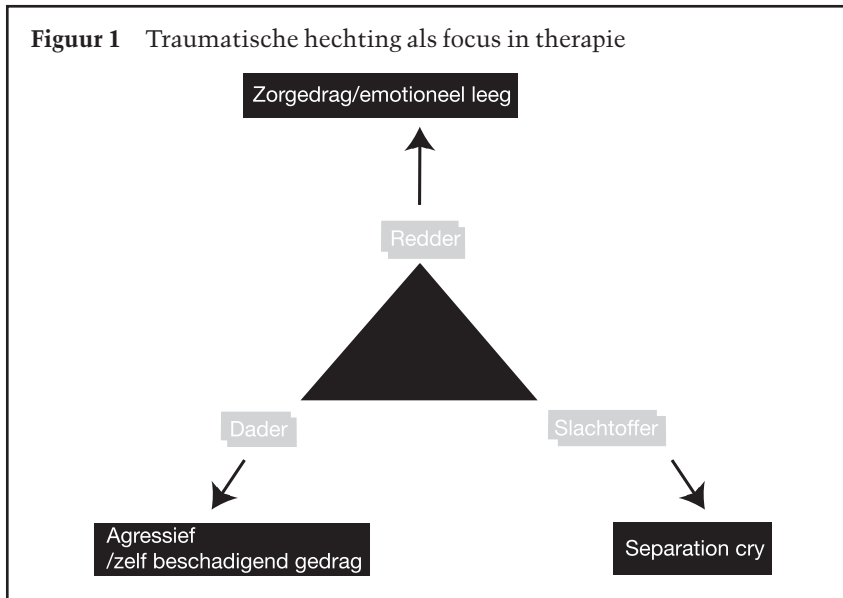
Ine, moeder van de eenjarige Marieke, heeft regelmatig herbelevingen aan oude traumata en zit dan te schemeren. Ze is daardoor onbereikbaar voor Marieke. Soms vlucht ze de deur uit en laat Marieke uren alleen achter. Als ze dat na verloop van tijd met veel schaamte aan haar man vertelt besluiten ze dat hij als hij naar zijn werk gaat, de buitendeur op slot doet om te verhinderen dat Ine Marieke alleen laat. We zien hier een moeder die vanuit haar defensies tegen herbeleving van oude trauma's niet in staat is adequaat contact te maken met haar kind. In het kader van dit artikel gaat het om de vraag wat dit betekent voor de ontwikkeling van Marieke.

Bij een kind als Marieke kunnen herinneringen ontstaan van angst als reactie op de angst of de agressie in de ouder naast herinneringen aan momenten van rust en het vinden van troost bij elkaar. Als de herinneringsbeelden niet met elkaar verenigbaar zijn kunnen er naast elkaar onverenigbare innerlijke werkmodellen worden gevormd. Het chaotische hechtingsgedrag van een dergelijk kind is hieruit te begrijpen. Immers, in zijn of haar innerlijk werkmodel kunnen ervaringen gerepresenteerd worden waaruit blijkt dat:

- 1 het kind angst en agressie bij de ouder oproept,
- 2 de ouder angst oproept,
- 3 de ouder troost biedt,
- 4 het kind troost aan de ouder biedt.
- 5 ouder en kind samen slachtoffer zijn van een onzichtbaar en niet te verklaren gevaar.

Hieruit zijn drie onverenigbare betekenisstructuren te destilleren die zich tot een aspect van het zelf kunnen ontwikkelen: de ervaring angstig en hulpeloos te zijn (slachtoffer), de ervaring de oorzaak te zijn van de angst en de hulpeloosheid van de ander (dader) en de ervaring om troost te kunnen bieden

aan de angstige ander (redder) (Liotti, 1999). Deze ik-posities, die overeenkomen met de drie punten van de dramadriehoek van Karpman (1968), zijn onderling strijdig en belemmeren de ontwikkeling van een coherente zelfbeleving. Ze worden ingenomen om pijn, angst en verlatenheid niet te hoeven beleven. Als dat niet lukt, schiet de persoon vanuit de daderspositie door in destructief gedrag ten opzichte van zichzelf of anderen, vanuit de redderspositie in zorggedrag in een emotioneel lege toestand, en vanuit de slachtofferpositie in het uiten van heftige emoties: de *separation cry* (zie figuur 1; in paragraaf 3.5 komen we terug op deze metafoor).



Er kan een defensieve remming van het reflectieve vermogen optreden indien hetgeen het kind bij de ouder gespiegeld ziet extreem bedreigend en vijandig is. Fonagy (2002) citeert Winnicott (1967, p. 27):

What does the baby see when he or she looks at the mother's face?... ordinarily, the mother is looking at the baby and *what she looks like is related to what she sees there...* [but what of] the baby whose mother reflects her own mood or, worse still, the rigidity of her own defences... They look and they do not see themselves... what is seen is the mother's face.

Deze baby verinnerlijkt een zelfbeeld dat geheel vreemd is aan het eigen ervaren en kan zich daardoor geen beeld vormen van de eigen geest en intenties. Daardoor is het niet mogelijk om voldoende afstand te nemen om na te denken over wat haar overkomt. Verwerken, waarbij de emoties geïntegreerd worden in de ervaring, is in deze toestand helemaal niet mogelijk.

De herinneringsbeelden waarop innerlijke werkmodellen zich ontwikkelen zijn bij gedesorganiseerde hechting vooral gebaseerd op de wisselende staat van de ander. Een volwassene die als kind geleerd heeft dat de toestand van de ander weinig voorspelbaar is, blijft zeer alert op de toestand van de ander ten koste van aandacht voor de eigen innerlijke toestand. De persoon is speelbal van de situatie en de eigen steeds wisselende ik-posities. Cognities over het zelf komen voort uit de mentale staat van de ander. Voorbeelden zijn: ik heb het misbruik eigenlijk verdiend, ik ben slecht, ik ben een hulpeloos doelwit, ik hoor de dader te begrijpen, te troosten en te vergeven. Deze cognities zijn

moelijk te veranderen, doordat de persoon niet geleerd heeft deze af te zetten tegen persoonlijke belevingen die hun eigen bestaansrecht hebben.

3 Behandeling op De Balans

3.1 Inleiding

Op De Balans, een onderdeel van GGZ-Drenthe, worden vrouwen behandeld die in ambulante behandeling onvoldoende resultaat hebben bereikt. Ze hebben allen een aan trauma gerelateerde diagnose die kan variëren van chronische posttraumatische stressstoornis (PPSS), via dissociatieve stoornis niet anders omschreven (DSNAO) tot een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS). Daarnaast is er veel co-morbiditeit op het gebied van eetstoornissen, somatisatiestoornissen, verslaving en automutilatie. Op As-2 vinden we persoonlijkheidsproblematiek uit de clusters B en C.

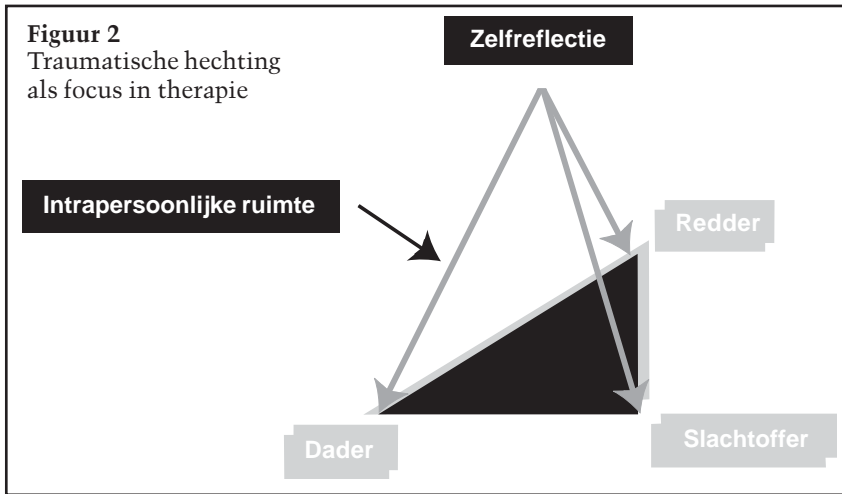
De behandeling vindt plaats op drie niveaus die we aanduiden als respectievelijk de A-groep, de B-groep en de C-groep. De A-groep is een groep van vrouwen met een hoge mate van dissociatie (DIS of DSNAO), die een dag per week in behandeling zijn. De hechtingsproblematiek van deze vrouwen is dusdanig ernstig dat een intensievere behandeling eerder tot een versterking van de desorganisatie leidt dan tot stabilisatie. De behandeling richt zich op stabilisatie, waarbij de interactie tussen de deelnemers bewust oppervlakkig wordt gehouden. De B-groep is gericht op stabilisatie en symptoomreductie. De vrouwen in deze groep hebben over het algemeen de diagnose chronische posttraumatische stressstoornis of DSNAO. Er moet voldoende zelfstructuur zijn om een groepsmatige benadering, waarin aandacht gedeeld wordt en ervaringen worden uitgewisseld, te kunnen verdragen. Voor de C-groep, waarin ruimte is voor traumaverwerking, is daarenboven voldoende ik-sterkte en zelfreflecterend vermogen vereist om de emoties die bij de trauma's horen te kunnen beleven. Aan deelname aan de C-groep gaat minimaal drie maanden behandeling in de B-groep vooraf. In de B-groep krijgen de vrouwen gelegenheid zich het denkmodel van De Balans eigen te maken en vormt het team zich een oordeel over de mogelijkheden van de vrouw om aan de C-groep deel te nemen. De beslissing om al dan niet door te stromen naar de C-groep wordt in overleg met de vrouw genomen.

De B- en C-groep hebben een groepsprogramma gedurende drie dagen per week. Elke groep heeft 's morgens twee groepszittingen en 's middags een gezamenlijke afsluiting. Aan het begin van de week wordt het weekthema aangekondigd en besproken (zie 3.5). In de creatieve therapie beeldend, de psychomotorische therapie en de sociale vaardigheidstraining wordt een activiteit aangeboden die aansluit bij dit weekthema. Elke vrouw heeft individuele gesprekken naast het groepsprogramma. In de A-groep voert de oorspronkelijke behandelaar, die de vrouw naar De Balans verwezen heeft, deze gesprekken. Vrouwen in de B-groep krijgen een verpleegkundige als mentor toegewezen die om de veertien dagen een individueel contact met haar heeft en vooral op de coping in het heden focust. In de C-groep is er een wekelijks gesprek met een psychotherapeut die verantwoordelijk is voor de traumaverwerking binnen de behandeling. De behandelduur is in beginsel maximaal een jaar.

De dagbehandeling heeft als doel om vrouwen die vroeg in hun zelfontwikkeling zijn gestagneerd 'ontwikkelingshulp' te bieden. We verstaan hieronder hulp om op een constructieve manier over zich zelf na te leren denken en van daaruit meer controle te krijgen over hun eigen leven. Het is

daartoe nodig dat de vrouw een hechtingsrelatie ontwikkelt met de therapeut(en), waarin ze zich veilig genoeg voelt om te kunnen reflecteren over mentale toestanden in haarzelf en anderen.

Het behandelklimaat binnen de dagbehandeling dient containment te bieden aan vrouwen die chronisch beducht zijn voor gevaar. Alle hieronder beschreven aspecten van het behandelmilieu en de behandelactiviteiten zijn gedacht vanuit het principe dat continuïteit en samenhang moet worden geboden aan vrouwen met een verbrokkelde zelfervaring. Als het behandelteam een geïntegreerde behandeling aanbiedt, kunnen de vrouwen deze integratie geleidelijk aan verinnerlijken. Er ontstaat een intrapersoonlijke ruimte, waarin gelegenheid is voor zelfreflectie (figuur 2).



3.2 Individuele behandeling binnen een groepssetting

'De kernervaring van psychisch trauma zijn onmacht en isolement. Het herstel van de overlevende berust er derhalve op dat ze weer macht krijgt en zich verbonden voelt met anderen' (Herman, 1993, p. 175). In een groep kan een vrouw herkenning en erkenning bij anderen vinden. Tegelijkertijd is voor getraumatiseerde vrouwen nabijheid geassocieerd met gevaar. Bij teveel intimiteit kunnen ze niet meer helder denken. Een psychodynamische benadering roept daarom te veel angst op. Half open groepen, waarbij elke drie maanden enkele vrouwen de groep verlaten en er nieuwe vrouwen instromen, bieden voldoende veiligheid om iets nieuws te leren, terwijl na elk blok van drie maanden weer even afstand genomen kan worden. Hierdoor wordt integratie van het geleerde mogelijk. Gekozen is voor een model waarbij in een individueel contact de vrouw voldoende steun geboden wordt om de groepsbehandeling vol te houden. Tegelijkertijd vindt er in groepsbehandeling een verdunning plaats met betrekking tot de intensiteit van het contact met therapeuten en groepsgenoten, waardoor het individuele contact beter verdragen wordt. Om splitsing tussen behandelaars te voorkomen wordt er binnen het team voortdurend overgedragen wat er in de diverse therapieën besproken wordt.

Marja, deelnemster aan de C-groep, stelt in de individuele therapie aan de orde dat ze de afgelopen week wazig was in de groep en daardoor weinig mee kreeg van wat er besproken werd. Als de psychotherapeute samen met haar naar aanleidingen zoekt, komt ter sprake dat de sfeer in de groep als geheel die week erg

geremd was. Marja herkent dat ze heel gevoelig is voor de sfeer om haar heen. Ze schaamt zich ervoor dat er tijdens groepszittingen allerlei grapjes in haar opkwamen en dat ze dan onwillekeurig grijnsde, terwijl dat helemaal niet gepast was. De psychotherapeute vraagt of grapjes maken vroeger een overlevingsmechanisme was om thuis de sfeer te breken. Dat blijkt te kloppen. Vervolgens suggereert de psychotherapeute dat als Marja in het vervolg de grapjes bij zich op voelt komen, dat een signaal kan zijn dat ze iets in de groepssfeer oppikt. Daar dan iets hardop over zeggen kan helpen om in contact te blijven met zichzelf en met de groep. Ook kan ze daardoor inadequaat gedrag in de vorm van grijnzen voorkomen.

3.3 Regulatie

Ter coördinatie van de behandeling van de individuele vrouwen is gekozen voor het regulatiemodel, beschreven door Pols (1987). De regulator is een behandelaar die niet de individuele therapeut is van de betreffende vrouw. De regulator ondertekent de behandelovereenkomsten en onderhoudt de contacten met instanties als huisartsen en Arbo-diensten. De regulator speelt een belangrijke rol bij het reguleren van conflicten. Als een vrouw bij de ene behandelaar kritiek uit op een andere, helpt het vaak niet om haar aan te sporen deze kritiek rechtstreeks met betrokkene te bespreken. In het directe contact ontstaat verwarring omdat kritiek uiten geassocieerd wordt met ruzie, waardoor de vrouw vanuit haar gedesorganiseerde gehechtheid niet meer helder kan denken. In een driegesprek lukt het vaak wel, als de regulator de vrouw steunt, waardoor haar angst hanteerbaar blijft en ze haar standpunt kan verwoorden. Er ontstaat dan ruimte waarin de vrouw kan luisteren naar wat de ander daar op te zeggen heeft. Over allerlei aspecten van de behandeling gaat de regulator in onderhandeling. Als vrouwen het met bepaalde regels niet eens zijn of een dag vrij willen, leren ze enerzijds hun eigen gevoelens en behoeften expliciet te maken en anderzijds te luisteren naar wat een ander belangrijk vindt. Hierdoor leren ze dat verschillende percepties op de werkelijkheid naast elkaar kunnen bestaan en dat er in onderling overleg oplossingen gevonden kunnen worden.

3.4 Werkdoelen en evaluaties

Bij de start van de behandeling formuleert de vrouw in overleg met haar mentor behandeldoelen. Deze worden elke drie maanden geëvalueerd en bijgesteld. De vrouw is verplicht zelf een evaluatie te schrijven aan de hand van een aantal vragen. Ze wordt daardoor gedwongen erover na te denken in hoeverre ze voortgang heeft gemaakt met haar werkdoelen en welke therapieën haar daarbij geholpen hebben. Ook wordt haar gevraagd haar werkdoelen voor de komende periode te formuleren. Het team geeft haar mening niet alleen weer in een verslag, maar ook in een metafoor, een kort verhaaltje over een plant of dier, waarin in beeldtaal een perspectief op de ontwikkeling wordt gegeven. Een vrouw die zich ambivalent opstelt ten aanzien van de behandeling kan bijvoorbeeld deze beschrijving van het roodborstje voorgelegd krijgen:

Het roodborstje is een mooi vogeltje. Door haar rode borstje onderscheidt ze zich van andere vogelsoorten. Ze heeft een eigen territorium dat ze fel verdedigt met veel gekwetter en gefladder. Het roodborstje zoekt de nabijheid van mensen en laat zich in de winter kruimeltjes brood voeren. Maar ze is ook schrikachtig en vliegt bij het minste of geringste geluid of beweging weer weg. Dat is jammer, want zo bestaat de kans dat ze niet voldoende voedsel krijgt en de ander haar niet echt leert kennen.

In dit beeld worden zowel de overlevingsfunctie van het onrustige gedrag als

de bezwaren ervan verwoord. Rechtstreekse confrontatie met dit laatste roept vaak een defensieve reactie op. De metafoor schept afstand en benoemt beide kanten van de ambivalentie, waardoor zowel empathie als respect voor de eigenheid van de vrouw wordt gecommuniceerd. Hoe en wanneer ze wil veranderen is een keus die we de vrouw zelf laten maken.

3.5 Een thematisch benadering

Het weekthema, dat zowel in de psycho-educatie als bij de non-verbale therapieën en de sociale vaardigheidstraining wordt uitgewerkt, helpt de vrouwen om de lijn van de behandeling vast te houden en bevordert de integratie van hun zelfbeleving. Wekelijks is voor psycho-educatie een zitting van vijf kwartier uitgetrokken. Er worden thema's behandeld als grenzen, veiligheid, overlevingsstrategieën, dissociatie, de machtsdriehoek en seksualiteit. Er wordt steeds teruggekoppeld naar de eigen ervaringen. Dit helpt om een betekenis kader te scheppen van waaruit de vrouw zichzelf en haar interactie met anderen beter kan gaan begrijpen.

Een voorbeeld van een thema is de machtsdriehoek, de in 2.3 genoemde metafoor, die behulpzaam kan zijn om aan getraumatiseerde vrouwen duidelijk te maken hoe ze door vecht/vluchtmechanismen geneigd zijn om extreme posities in te nemen, die te karakteriseren zijn als de positie van respectievelijk vader, slachtoffer en redder. Vrouwen die een gezin gevormd hebben, zien we vaak buiten het gezin de reddersrol op zich nemen. Iedereen komt bij hen met hun moeilijkheden. Ze kunnen daar geen grenzen aan stellen. Ze doen vaak een beroepskeuze in de hulpverlening. Binnen het gezin beperken ze bijvoorbeeld hun kinderen in het buiten spelen uit angst voor verkrachting of ze hebben hoofdpijn als er leuke dingen staan te gebeuren. Ze kunnen hun partner seksueel contact weigeren. Het komt voor dat ze in de psychiatrie opgenomen worden vanwege ernstig zelfbeschadigend gedrag, waardoor het gezin ontregeld wordt. We leggen aan de vrouwen uit dat we dergelijk gedrag dadergedrag noemen. Door haar traumatische voorgeschiedenis roept intimiteit zoveel angst op dat ze de relatie ongewild beschadigt. Dit is pijnlijk om onder ogen te zien, maar het geeft ook uitzicht om samen te bespreken hoe er aan verandering gewerkt kan worden. We verwachten niet dat de vrouw op grond van dit inzicht tegen haar zin met haar partner naar bed gaat, maar helpen haar om na te denken over welke vormen van intimiteit ze kan waarderen.

In de non-verbale therapieën en de sociale vaardigheidstraining worden oefensituaties aangeboden waarin ze onder eigen regie met afstand en nabijheid kan experimenteren. Vervolgens helpen we haar om met haar partner in gesprek te gaan. Partnerrelatiegesprekken kunnen daarbij een belangrijke functie vervullen. Vaak blijkt dat de vrouwen nieuw gedrag dat in de sociale vaardigheidstraining geoefend is, thuis niet kunnen toepassen. Dit ontmoedigt zowel de vrouw als de therapeut. Een conclusie zou kunnen zijn dat het leren van nieuw gedrag voor deze vrouw niet is weggelegd. Op De Balans wordt aan de hand van de machtsdriehoek uitgelegd dat ze in de situatie thuis kennelijk in de slachtofferpositie schiet waarin ze niet kan denken, terwijl ze bij het oefenen in de sociale vaardigheidstraining voldoende afstand heeft om haar eigen gedrag te kunnen sturen. Vanuit dit inzicht kan met haar besproken worden hoe ze in kleine stapjes kan oefenen om ook in het dagelijkse leven voldoende contact te houden met haar eigen wensen en gevoelens om adequaat voor zichzelf op te komen. Het werken aan een helende innerlijke relatie (Leijssen, 1995) wordt op deze manier concreet uitgewerkt.

3.6 Continuïteit in het contact met de afdeling

De vrouwen hebben de mogelijkheid om als ze thuis in paniek raken De Balans te bellen. Ze kunnen beroep doen op een crisistelefoon, als de afdeling gesloten is. Een vrouw belt bijvoorbeeld aan het eind van de week 's middags om vijf voor vijf. Ze heeft ruzie gemaakt in de groep en is in paniek nu het weekend voor de deur staat. Als we dit verstaan als een *separation cry* is een adequate reactie om de vrouw rustig aan te horen, begrip te tonen voor het feit dat ze pas van een grotere afstand kan vertellen wat haar dwars zit, en af te spreken dat we er maandagochtend, zodra ze weer op de afdeling is, op terug zullen komen. Omdat de meeste vrouwen geleerd hebben om de volgende keer te doen of er niets aan de hand is, komen de behandelaars zelf op dit telefoontje terug. Deze interventie helpt de vrouw om uit de beleving van gevangen zitten te komen. Ze gaat zich realiseren dat de band met de afdeling in de tijd blijft bestaan, ook al is de afdeling in het weekend gesloten. Ze doet ze nieuwe hechtingservaringen op, waarbinnen zich een innerlijk werkmodel kan ontwikkelen, waarin relaties over langere tijd in stand blijven ook al doet zich af en toe een conflict voor.

3.7 Bejegening

Regelmatig spiegelen behandelaars de emotionele toestand die ze bij een vrouw waarnemen en geven er betekenis aan, door bijvoorbeeld te zeggen: 'Het is akkoord dat je tegen me zegt dat je boos op me bent, want daardoor weet ik nu wat er in je omgaat'. Behandelaars werkzaam op De Balans beschreven elders hoe non-verbale therapieën en focussen gebruikt kunnen worden om de zelfbeleving te spiegelen. (Baljon, Kramers & Verveld, 1998; Baljon, 1999; Kramers, 2000).

De belevingswereld van getraumatiseerde cliënten is niet zonder meer invoelbaar voor de gemiddelde hulpverlener. Vanuit de hechtingsgeschiedenis van de hulpverlener worden haar eigen innerlijke werkmodellen geactiveerd.

Anneke is in de eindfase van haar dagbehandeling in de C-groep. Naast het groepsprogramma heeft ze als onderdeel van de behandeling wekelijks individuele psychotherapie. Tijdens een therapiegesprek laat ze boosheid zien op haar moeder. Haar psychotherapeut nodigt haar uit zich voor te stellen dat moeder op de lege stoel tegenover haar zit en rechtstreeks tegen haar te zeggen wat haar dwars zit. Anneke wil dit graag doen, maar ze blokkeert. De psychotherapeut verwoordt wat ze zojuist Anneke heeft horen zeggen terwijl ze over moeder praatte, maar nu in rechtstreekse bewoordingen gericht op de lege stoel. Anneke bevestigt dat dit is wat ze tegen moeder zou willen zeggen. In de volgende sessie komt Anneke erop terug. Het heeft haar de hele week dwars gezeten dat ze niet uit haar woorden kon komen tegenover moeder. Ze depersonaliseerde terwijl de psychotherapeut uitsprak wat ze had willen zeggen. De stem van de psychotherapeut werd steeds zachter: 'Alsof je de radio zacht draait'. Ze kon alleen nog maar naar de klok kijken en denken dat het bijna tijd was.

Dit valt te begrijpen als we ons realiseren dat toen ze moeder rechtstreeks aan wou spreken er twee tegenstrijdige innerlijke werkmodellen werden geactiveerd: het werkmodel dat zich gevormd heeft in relatie met moeder en het werkmodel dat gevormd is in relatie tot de psychotherapeut. In de innerlijke verwarring die ontstond kon ze niet meer nadenken en depersonaliseerde ze. Buiten de situatie komt het zelfreflecterend vermogen terug. Ze kan erover nadenken en in het eerstvolgende contact met haar psychotherapeut ter sprake brengen hoe ze het beleefd heeft. De psychotherapeut realiseert zich daardoor dat ze zich ertoe heeft laten verleiden om partij te kiezen voor een

van de innerlijke configuraties, toen ze ervoor koos om moeder namens Anneke aan te spreken.

Als de therapeut merkt dat de vrouw depersonaliseert als traumatische ervaringen besproken worden, kan ze met haar overleggen op welke manier ze er wel met haar emoties bij kan blijven. Soms helpt het, als er fysiek afstand wordt genomen tot de stoel waar de denkbeeldige ouder geplaatst wordt. Imaginaties zoals in de hypnotherapie beschreven, kunnen soms behulpzaam zijn om te bevorderen dat de vrouw niet langer gevangen blijft binnen de dynamiek van actie-reactie, op basis van angst (Van der Hart & Boon, 1988). Zolang maar zorgvuldig getoetst wordt of een dergelijke 'techniek' aansluit bij de zelfverving van de cliënt is dit inpasbaar binnen een integratieve opvatting van cliëntgerichte psychotherapie.

Cliëntgedrag dat hulpverleners vaak als manipulatief ervaren, is veelal te begrijpen als een *separation cry*. Ernste & Visser (2001) beschrijven onder de veelzeggende titel 'Hoe te hechten als iemand snijdt' hoe zelfbeschadigend gedrag tijdens de behandeling erop gericht lijkt de therapeutische relatie kapot te maken, maar anderzijds een schreeuw om hulp is. De cliënt vertelt iets over haar innerlijke toestand. Als dit door de therapeut verstaan wordt, kan er in principe mee gewerkt worden. Na een incident proberen we met de vrouw na te gaan hoe de spanning zo opgelopen is dat ze in een bewustzijnsvernaauwing kwam waarbij het zelfbeschadigend gedrag de enige mogelijkheid leek om de ondragelijke spanning te doorbreken. Vervolgens zoeken we naar mogelijkheden om dit een volgende keer anders op te lossen. Hierbij doen we een beroep op haar reflectieve functie, het kunnen nadenken over eigen en andermans gedrag.

Het deurknopfenomeen, waarbij een vrouw bij het weggaan iets wezenlijks aan de orde stelt, roept bij de behandelaar gemakkelijk ergernis op. In onze opleiding tot psychotherapeut hebben we geleerd een dergelijke hulpvraag niet te honoreren, maar de vrouw te verwijzen naar het eerstvolgende gesprek. Dit is passend bij neurotische problematiek, omdat er dan sprake is van een voldoende coherent innerlijk werkmodel om uitstel te kunnen verdragen. Als de therapeut bij onze cliënten reageert met: 'Sorry, het is tijd, probeer volgende keer wat belangrijk voor je is eerder aan de orde te stellen' neemt deze in ons model de daderpositie in. Omdat we empathisch begrijpen dat de vrouw pas als ze letterlijk van de therapeut wegbeweegt, kan voelen wat ze met de therapeut wil delen, is het helpend om te zeggen: 'O, dat is belangrijk, ik schrijf het op, dan kunnen we er volgende keer op doorgaan'. Het opschrijven in bijzijn van de vrouw bevordert de coherentie in het beleven: wat ik nu voel, bestaat ook nog als ik volgende week terugkom, het staat op papier.

Begrenzen is belangrijk, dit geeft veiligheid. Fysiek geweld wordt niet getolereerd. Het is belangrijk dat grenzen niet als een rigide keurslijf worden ervaren, maar dat er onderhandeld kan worden welke grenzen voor deze vrouw adequaat zijn. Het gaat steeds om het zoeken naar een evenwicht tussen voldoende strak en voldoende toegeeflijk zijn. Doordat het behandelteam duidelijk weet waarom voor deze vrouw deze afspraken gelden en dat ook uit kan leggen, blijkt dat groepen goed verdragen dat binnen de voor iedereen geldende afdelingsregels met vrouwen verschillende afspraken gemaakt worden.

4 Tot slot

Het consistent werken vanuit het hierboven beschreven model vraagt veel van het behandelteam. In de eerste plaats dient elke behandelaar zich het hier

beschreven denkmodel eigen te maken omdat dit nodig is om de verwarrende ervaringen van traumatisch gehechte vrouwen te kunnen containen. Deskundigheidsbevordering en intervisie van het team hebben daarom een structurele plaats naast de besprekingen over de vrouwen die in behandeling zijn. Daarnaast dienen behandelaars voor elkaar beschikbaar te zijn om de soms heftige emoties die de vrouwen bij hen oproepen, te delen. Het werken in een hecht team en het zien van vooruitgang bij ernstig getraumatiseerde vrouwen is de arbeidsbevrediging die daar tegenover staat.

Correspondentieadres

GGZ-Noord Drenthe
Afdeling De Balans
Postbus 30007
9400 RA Assen
email: bea.hardon@ggzdrenthe.nl en marijke.baljon@ggzdrenthe.nl

Noot

¹ We spreken van triggeren als een aspect van een situatie een traumareactie uitlokt, waarbij de amygdala rechtstreeks het gedrag aanstuurt, met voorbijgaan aan de neocortex. Het gedrag komt zonder bewustzijn tot stand. Deze reacties zijn pijlsnel en heftig en daardoor over het algemeen angstwekkend voor alle betrokkenen.

Literatuur

- Baljon, M.C.L., Kramers, M. & Verveld, S.N. (1998). 'Waar woorden tekort schieten. Psychomotorische en creatieve groepstherapie voor seksueel getraumatiseerde vrouwen'. In: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 53, 1212-1221.
- Baljon, M.C.L. (1999). 'Cliëntgerichte psychotherapie bij complexe post-traumatische stressstoornis'. In: *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 25, 305-321.
- Ernste, D., & Visser, S. (2001). 'Hoe te hechten als iemand snijdt? Over zelf-destructief gedrag in de therapeutische relatie'. In: *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 39, 253-264.
- Fonagy, P. (2002). 'Multiple voices versus meta-cognition. An attachment theory perspective'. In: V. Sinason (Ed.), *Working with Dissociative Identity Disorder*. New York: Brunner Routledge.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh Kennedy, T.R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). 'Attachment, the reflective self and borderline states. The predictive specificity of the adult attachment interview and pathological emotional development'. In: S. Goldberg, R. Muir & I. Kerr (Eds.), *Attachment theory, social, developmental and clinical perspectives* (233-278). Hillsdale/New York/London: The Analytic Press.
- Freyd, J.J. (1996). *Betrayal trauma. The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-to-moment process*. New York: Guilford Press.
- Hart, O. van der, & Boon, S. (1988). 'Schrijfopdrachten en hypnose voor de verwerking van traumatische herinneringen'. In: *Directieve therapie*, 4-44.

- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books. (Nederlandse uitgave: *Trauma en herstel*. Amsterdam: Wereldbibliotheek, 1993.)
- Karpman, S.B. (1968). 'Fairy tales and script drama analysis'. In: *Transactional Analysis Bulletin*, 7, 39-43.
- Kramers, M. (2000). 'Foto's ontwikkelen, creatieve therapie met behulp van het persoonlijk fotoalbum'. In: *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 17-19.
- Leijssen, M. (1995). 'Kenmerken van een helende innerlijke relatie'. In: G. Lietaer & M. van Kalmthout (Red.), *Praktijkboek gesprekstherapie* (27-37). Utrecht: De Tijdstroom.
- Liotti, G. (1999). 'Disorganisation of Attachment as a Model for Understanding Dissociative Psychopathology'. In: J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment Disorganisation* (291-317). New York: Guilford Press.
- Mearns, D. (2002). 'Further Theoretical Propositions in Regard to Self Theory within Person-centered Therapy'. In: *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 14-27.
- Mearns, D., & Thorne, B. (2000). *Person-centred Therapy Today: New Frontiers in theory and practice*. London: Sage Publications.
- Nicolai, N. (2001a). 'Hechting en psychopathologie: een literatuuroverzicht'. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 333-342.
- Nicolai, N. (2001b). 'Hechting en psychopathologie: de reflectieve functie'. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 705-714.
- Pols, J. (1987). 'De ontbrekende schakel tussen psychotherapie en rapportage'. In: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 42, 1248-1250.
- Rogers, C.R. (1957). 'The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change'. In: *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: W.W. Norton & Co.
- Vanaerschot, G. (2003a). Ongepubliceerde lezing tijdens het VCgP congres te Ede op 31 januari 2003.
- Vanaerschot, G. (2003b). 'Cliëntgerichte psychotherapie bij slachtoffers van seksueel misbruik'. In: N. Nicolai (Red.), *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik* (97-123). Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Gael, M. (2002). 'De missing link tussen trauma en borderlineproblematiek. Een benadering vanuit de hechtingstheorie'. In: *Tijdschrift voor psychotherapie*, 28, 365-384.
- Waal, J. de (2002). 'In den beginne was er hechting... De waarde van theorieën over hechtingsstijlen voor de psychotherapeutische behandeling en indicaties-telling'. In: *Tijdschrift voor psychotherapie*, 28, 483-500.
- Warner, M. (2000). 'Person-centred therapy at the difficult edge: A developmental based model of fragile and dissociated process'. In: D. Mearns & B. Thorne, *Person-centred Therapy Today: New Frontiers in theory and practice*. London: Sage.
- Winnicott, D.W. (1967). 'Mirror-role of the mother and family in child development'. In: P. Lomas (Ed.), *The predicament of the Family: A Psycho-Analytical Symposium*. London: Hogarth.
- Wolf, E.S. (1988). *Treating the self: Elements of clinical self psychology*. New York: Guilford Press.