

Het verwonde zelf in relatie

Cliëntgerichte psychotherapie bij vroeg getraumatiseerde cliënten

Marijke Baljon*

Samenvatting

Trauma's in de vroege jeugd grijpen diep in bij de ontwikkeling van het zelf. Er is veelal sprake van hechtingstrauma's, doordat de verzorgers dader waren of in ieder geval het kind onvoldoende hebben kunnen beschermen. Hechtingsrelaties spelen een belangrijke rol in de ontwikkeling van het zelf. Hechtingstrauma's beschadigen de zelfbeleving. In dit artikel bespreken we aspecten van traumabehandeling, die bij kunnen dragen aan het helen van deze verwonde zelfbeleving. Dat zijn achtereenvolgens: empathie die inspeelt op de fragiele zelfbeleving, transformatie van angst en agressie door ruimte te geven aan de in het lichaam gestolde ervaringen, ontwikkeling van het vermogen om zichzelf te troosten en het zoeken naar constructieve zingeving. De werkwijze wordt toegelicht aan de hand van klinische vignettes.

Trefwoorden: *hechtingstrauma, fragiel kernzelf-proces, lichaamsgerichte benadering, transformatie van agressie, zichzelf troosten, betekenisgeving*

Hechtingstrauma's en het fragiele kernzelf-proces

Kinderen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld krijgen tegenstrijdige boodschappen mee van hun verzorgers: de hand die verzorgt is ook de hand die slaat. Dit geeft innerlijke verwarring, omdat dezelfde persoon bron van veiligheid en angst is. Dit kan leiden tot gedesorganiseerde hechting en een onstabiele zelfbeleving (Liotti, 1999).

Tegenstrijdigheden in de innerlijke werkmodellen met betrekking tot de relatie met belangrijke anderen kan 'opgelost' worden door afsplitsingen in de zelfbeleving. Mearns en Thorne (2000) spreken in dit verband over configuraties in het zelf. In de theorie van het mentaliseren spreekt men van een vervreemd zelf, waarbinnen zelfervaringen, die niet te verenigen zijn met het oorspronkelijke eigen ervaren, wor-

* Marijke Baljon is cliëntgericht klinisch psycholoog/psychotherapeut en werkzaam in eigen praktijk. Ze werkte onder andere acht jaar in een deeltijdprogramma voor vroeg getraumatiseerde mannen en vrouwen binnen het TRTC (Topreferent Traumacentrum), onderdeel van GGZ Drenthe, te Assen. Ze publiceerde over dit onderwerp meerdere artikelen.

den gerepresenteerd (Fonagy e.a., 2002). Dit is te beschouwen als een extreme vorm van waardecondities zoals die beschreven worden in de persoonlijkheidstheorie van Rogers (1959). Vanaerschot (2006; 2008) integreert bovenstaande gezichtspunten, waarbij ze aansluiting zoekt bij de visie van Stern (1985) op de ontwikkeling van de interpersoonlijke wereld van baby's. De herinneringsbeelden waarop innerlijke werkmodellen zich ontwikkelen, zijn bij een gedesorganiseerde hechting vooral gebaseerd op de wisselende staat van de ander. Een volwassene die als kind geleerd heeft dat de toestand van de verzorger weinig voorspelbaar is, blijft zeer alert op de toestand van de ander ten koste van aandacht voor de eigen innerlijke beleving. Deze vindt het daarom moeilijk om zich op de eigen beleving te richten en deze met aandacht vast te houden. Het beleven als zodanig lijkt angst op te roepen en wordt daarom vermeden (Hardon & Baljon, 2003). Dit noemen we in navolging van Warner (2000) een fragiel proces. Vanaerschot (2008, p. 352) verbindt dit met de beschadigde zelfbeleving en spreekt van een fragiel kernzelf-proces: 'De zichtbare verschijningsvormen van kwetsuren in het kernzelf-beleven kunnen in het algemeen omschreven worden als moeilijkheden om de intensiteit van de beleving te reguleren'. Vaak komt het voor dat cliënten bij hun therapeut in een fragiel proces van lage intensiteit zitten en dan, zodra ze de spreekkamer verlaten hebben, overspoeld worden door hun gevoelens en dus in een fragiel proces van hoge intensiteit terechtkomen. Kwetsuren in het kernzelf-beleven gaan gepaard met 'de ervaring van gemis aan meesterschap over het eigen gedrag en de eigen emotionele reacties'.... 'Bovendien ervaren zij zichzelf niet als een geïntegreerd fysiek geheel met grenzen en als uitgangspunt van hun geïntegreerd handelen missen ze een gevoel van continuïteit'.

Het mag duidelijk zijn dat het aangaan van persoonlijke relaties, waaronder een therapeutische relatie, door deze dynamiek ernstig wordt bemoeilijkt.

In de cliëntgerichte psychotherapie wordt bij de behandeling van ernstig beschadigde cliënten steevast het belang van de therapeutische relatie als corrigerende ervaring benadrukt. In de EFT (*emotion-focused therapy*) wordt dit in algemene zin besproken (Paivo & Pascual-Leone, 2010; Elliott e.a., 2003). Mearns en Thorne (2000) spreken van relationele diepgang, waarbij het er vooral om gaat dat de therapeut als persoon present is in relatie met de cliënt. Bij deze auteurs mis ik aandacht voor de moeite die cliënten kunnen hebben met het ontvangen van empathie. Die is wel te vinden bij Warner (2000) en nog duidelijker bij Vanaerschot (2006; 2008). Zij beschrijft een differentiële aanpak voor cliënten met deze extreme affectieve en relationele sensitiviteit. Centraal staat daarbij dat de empathische afstemming zeer nauw luistert. De therapeut neemt een ouderlijke houding aan, gericht op steun en uitleg, wanneer de zelfregulatie van de cliënt tekortschiet. Belangrijke elementen zijn daarbij: intensiteitsregulerende aanwezigheid, emotieregulerende empathische interactie, empathische validering en aandachtsregulatie, begrenzing en voorspelbaarheid.

In onderstaand vignet wordt bovenstaande benadering geïllustreerd. Tevens wordt getoond hoe ingewikkeld die kan zijn. Het speelt zich af in het dagbehandelingsprogramma De Balans, seksespecifieke hulpverlening voor vroeg getraumatiseerde vrouwen te Assen, onder andere beschreven in Hardon en Baljon (2003).

Casus Magda

Magda is een 40-jarige alleenstaande moeder met twee kinderen. Haar leven wordt gekenmerkt door veel verlatingen. Ze is daarnaast als kind misbruikt door haar stiefvader. Haar puberteit brengt ze door in drie verschillende kinderruizen, waar ze slechts fragmentarische herinneringen aan heeft. Haar behandeling op de Balans heeft een stormachtig karakter, maar na elke crisis kunnen we opnieuw contact met haar maken en zet ze de behandeling voort. Ze volgt een jaar het stabilisatieprogramma en na een time-out het programma gericht op traumaverwerking. In de zevende maand van deze laatste behandeling doet zich het volgende voor:

Op dinsdag in de PMT (psychomotorische therapie) bij de overgang van de warming-up naar de activiteit rond het thema 'Ik en mijn lichaam' vraagt Magda aan de therapeuten om haar uit te leggen waarom zij een bepaald werkpunt heeft gekozen voor deze periode binnen de PMT. De therapeuten voelen zich aangevallen door de toon waarop ze dit vraagt. Een van hen antwoordt: 'Wat bedoel je...?', waarop Magda in huilen uitbarst. Nu begrijpen de therapeuten het helemaal niet meer. Ze stellen vragen aan Magda, die daardoor nog meer in verwarring raakt en naar de kleedkamer vlucht. Een van de PMT'sters vertelt me na afloop dat ze de innerlijke verwarring van Magda bijna tastbaar in zichzelf waar kon nemen. Later die dag bespreken we in het team hoe we dit kunnen begrijpen. Onze hypothese is dat het thema 'Ik en mijn lichaam' erg angstig maakt. Magda vlucht vooruit door tegenover de therapeuten in de aanval te gaan over het werkpunt. Een spiegelende interventie van de therapeuten zou geweest kunnen zijn: 'Ik zie dat je de grote lijn kwijt bent en je afvraagt waar je nu aan kunt gaan werken. Laten we er samen over nadenken wat je nu kan helpen'.

Woensdag is er geen therapie. Donderdagmorgen is Magda in de groepstherapieën opnieuw erg onrustig en komt tot niets. Als in de socialevaardigheidstraining de therapeut haar erbij probeert te betrekken, zegt ze dat ze weg wil. De medegroepsleden reageren geërgerd: 'Ze laat het er weer bij zitten'. Ik ben haar psychotherapeut en heb even tijd voor een kort individueel gesprek. Daarbij blijkt dat Magda zich afgewezen voelt, omdat steeds als ze aangeeft wat ze nodig heeft daar niet op wordt ingegaan. Bij de PMT had ze bijvoorbeeld aangegeven dat ze individueel iets wilde uitwerken, bij andere therapieën was een nieuw groepslid op de plaats gaan zitten, die ze als de hare beschouwt. Ze herhaalt een paar keer: 'Ik zie het niet meer zitten, ik wil naar huis'. Ik spiegel haar dat ze kennelijk op een moeilijk moment is in haar behandeling, waarin ze voor de keus staat om verder te groeien door meer aandacht te vragen voor haar kwetsbare kanten of toe te geven aan de angst en het er bij te laten zitten. Ik stel haar voor om nu eerst een half uurtje te gaan wandelen en daarna te besluiten of ze alsnog naar huis gaat of blijft voor de lunch en de afsluiting. Magda gaat daarmee

akkoord en zal om 13.00 uur, vlak voor de afsluiting komen zeggen wat ze zal doen. In de middagpauze spreekt ik de PMT'ster die zegt niet gemerkt te hebben dat Magda aandacht vroeg voor een individueel werkpunt. We komen tot de hypothese dat Magda experimenteert met nieuw gedrag door haar behoefte te uiten. Dat doet ze echter zo bescheiden dat ze niet gehoord wordt. Vervolgens wordt ze bang, omdat ze zich kwetsbaar heeft opgesteld en verwacht dat daar net als vroeger misbruik van gemaakt zal worden.

Magda is keurig op tijd en zegt dat ze tijdens de lunch heeft proberen te voelen of ze in de groep zou willen blijven of niet. Ze komt er niet uit. De psychotherapeut legt bovenstaande hypothese aan haar voor. Die herkent ze direct. Ze blijft echter bij haar besluit naar huis te gaan. Ik vraag haar hoe ik aan de groep zal vertellen dat Magda niet bij de afsluiting zal zijn.

Magda denkt even na: 'Dat kan ik geloof ik dan toch maar beter zelf doen.'

T: 'Dat heeft natuurlijk mijn voorkeur. Wat zou je dan willen zeggen?'

Magda: 'Dat het probleem in mij zit, niet in de medegroepsleden die op mijn plaats zijn gaan zitten. En dat het me nu even te veel is en dat ik over het weekend rustig na wil denken of ik verder kan met de groep.'

In dit vignet laten we zien hoe we als team plaatsvervangend betekenis proberen te geven aan de verwarrende ervaringen van Magda. Deze betekenis leggen we neutraal aan haar voor, zodat ze die zelf kan toetsen aan haar innerlijke ervaring. Als ze datgene wat we spiegelen herkent, geeft dat haar meer duidelijkheid over haar eigen beleving en tevens een versterking daarvan. Door dit soort ervaringen in de tijd steeds weer te herhalen groeit er in haar een meer coherente zelfbeleving. We zien bijvoorbeeld dat ze tijdens haar denkpaauze in staat is na te denken over haar eigen behoeften en kan verdragen dat ze er niet uit komt. Ook blijkt ze daarna voldoende continuïteit in de tijd te ervaren om de beslissing uit te stellen tot na het weekend. Deze werkwijze vraagt van de therapeuten dat ze in staat zijn om af te zien van directief handelen, beschikbaar zijn om mee te denken en de cliënt het vertrouwen geven dat ze er zelf uit kan komen.

Verstijfd van angst

Auteurs als Ogden, Minton en Pain (2006) en Levine (2010) hebben uitgebreid bestudeerd hoe trauma inwerkt op lichamelijke processen en hoe aandacht hiervoor de therapie na trauma kan versnellen. Bij angst reageert het lichaam door in een staat van opletendheid te komen, gericht op vechten of vluchten. Bij deze reactie versmalt het aandachtsveld zich tot de evaluatie van mogelijk gevaar. Als de situatie als dreigend wordt beoordeeld treedt er een serie van automatische reacties op. Als een mens in de wildernis een beer tegenkomt, is zijn instinctieve reactie er een van schrik, direct gevolgd door vluchten. Een ogenblik later kan zijn bewuste aandacht hem er toe brengen om bewust te kiezen voor een zijpad naar een beekje of om in

een boom te klimmen. Als deze reacties effectief zijn geweest om het gevaar af te wenden, voelen we over het algemeen opluchting en staan we vaak op onze benen te trillen. Bij voorkeur zoeken we dan naar een ander mens om ons verhaal te vertellen en getroost te worden. Zowel het lichamelijke afreageren als het contact met een hechtingsfiguur helpen lichaam en geest om tot rust te komen na de enorme stressreactie, die nodig was om te ontsnappen. Bij getraumatiseerde mensen lukt dit tot rust komen na ontsnappen onvoldoende. Als er geen ontsnappen aan is, vertoont hun lichaam dissociatieve reacties: verstijven of flauwvallen. Ook is er vaak geen veilige hechtingsfiguur, die hen troost en tot rust brengt. Daardoor blijft het lichaam in staat van paraatheid. Of komt er snel weer in als er zich een signaal voordoet dat zou kunnen wijzen op gevaar. In therapie gaat het er dan om de activatie van de gestolde reactie alsnog tot uitvoering te laten brengen en om troost te doen ervaren.

Transformatie van angst en agressie

Levine (2010) vat in zijn laatste boek samen wat hij in veertig jaar werken geleerd heeft over de behandeling van trauma. Zijn basishouding is uitgesproken cliëntgericht: trauma kan alleen helen als we aandacht geven aan de levende wijsheid van het lichaam. Zijn basisprincipe is dat de beweging die ten gevolge van trauma gestold is, alsnog uitgevoerd moet worden. Dit moet vaak herhaald worden, zodat de cliënt er geleidelijk aan kan wennen dat lichaamssignalen belangrijk zijn en dat gecontroleerd gehoor geven aan de actietendens bijdraagt aan herstel.

Casus Annie

De 34-jarige Annie komt uit een groot gezin. Vader is een gestoorde man, die het gezin als een dictator bestuurt. Af en toe kan hij ook lief zijn en leuke dingen met zijn kinderen doen. Moeder is vermijdend en lijdzaam. Annie heeft net als het merendeel van haar broers en zussen het contact met haar ouders verbroken, omdat ze er niet meer tegen kan. Met haar man Karel heeft ze twee kinderen. Het is over het geheel genomen een goede relatie, behalve dat Karel ten gevolge van eigen trauma's extreem achterdochtig kan reageren als Annie contact heeft met andere mannen. Na een jaar cliëntgerichte psychotherapie is Annie gegroeid in autonomie en gaat steeds meer dingen doen die ze zelf graag wil, in plaats van zich uitsluitend op haar gezin te richten. Tijdens een avondje uit met collega's besluit ze wat langer weg te blijven en overlegt telefonisch met Karel of dat akkoord is. Hij zegt het prima te vinden en ze spreken een tijd af waarop hij haar op zal halen. Zodra ze in de auto stapt overstelpt hij haar met verwijten over vreemdgaan met een van de mannelijke collega's. Annie verstijft van binnen en laat het over zich heen komen. In het daarop volgende therapiegesprek vertelt ze dat ze het niet op heeft kunnen brengen om Karel aan te spreken op zijn achterdocht. Ze voelt zich klein tegenover hem. Ze weet inmiddels dat de associatie met vader hier een rol in speelt. Ze droomt veel over haar gezin van herkomst. Ze is dan in het ouderlijk huis. Er zijn ook mensen uit het heden, waaronder collega's van

haar werk. Als we stilstaan bij deze droom is ze vooral verdrietig. Ze mist het hebben van een ouderlijk huis, vooral een echte moeder. Ze voelt even opluchting als haar verdriet gevalideerd wordt, maar krijgt dan hoofdpijn. Een dergelijk lichaamssignaal kan betekenen dat er een emotieschema wordt geactiveerd. Ik kies ervoor om daar empathisch naar te gissen.

T: 'Zou het kunnen zijn dat je een moeder mist die tegen je zegt: "Karel gaat in zijn wantrouwen echt te ver, daar mag je stelling tegen nemen!"'

Annie (zichtbaar geëmotioneerd): 'Dat zit me dwars, dat mijn verleden me nog steeds in de weg zit.'

Ik merk een lichte beweging in haar rechter hand op en zie dan dat beide handen licht gebald zijn. Ik vestig daar haar aandacht op en vraag haar de beweging van haar rechter vuist wat te versterken. Annie doet dat voorzichtig.

T: 'Welke woorden horen daarbij?'

Annie: 'Ik wil dat niet meer.'

T: 'Doe dat nog maar een keer met de kracht die erbij past.'

Annie zegt het nog een keer, wat sterker gearticuleerd en met een duidelijke vuistbeweging.

T: 'Wat wil je niet meer?'

Annie: 'Dat ik me klein laat maken door het wantrouwen van Karel en mijn vader.'

T: 'Wat voel je nu?'

Annie: 'Wel iets van opluchting.'

Als we hier over doorpraten geeft ze afwisselend aan dat er verdriet is om het gemis van ouderlijke steun, boosheid om wat haar wordt onthouden, angst bij de gedachte dat ze wat meer voor zichzelf op zou kunnen komen en verlangen naar een moeder die er voor haar is.

Het waarnemen van lichaamssignalen kan de therapeut helpen om op het spoor te komen van belevingen, die de cliënt zich nog niet bewust is. Mijn reactie op de hoofdpijn is indirect, ik uit een hypothese met betrekking tot de achterliggende beleving. Deze interventie brengt Annie in contact met haar boosheid: 'Ik wil dat niet meer'. Deze beleving versterk ik door haar te wijzen op haar licht gebalde vuisten. De volgende stap is het serieus nemen van de actietendens door haar de beweging langzaam en gecontroleerd uit te laten voeren.

Getraumatiseerden zijn vaak erg bang voor ongecontroleerde agressie, zowel bij zichzelf als bij anderen. Het is daarom belangrijk dat de cliënt controle ervaart bij het uitvoeren van de beweging. Cliënten zeggen vaak dat ze een enorme kracht ervaren als ze langzaam in de lucht een klap uitdelen! Daar komt bij dat cliënten vaak een gemengde *felt sense* hebben ten aanzien van daders. Bij Annie zien we dat na het uitvoeren van de gebalde beweging ze in contact komt met een complexe *felt sense* waar angst, verdriet, gemis en boosheid in samen komen. Enkel focussen op de boosheid zou onvoldoende recht doen aan deze complexiteit.

Zichzelf troosten

'*Self-soothing* or *self-nurturing* is the affective-meaning state that is characterized by fulfilling certain expressed needs oneself... it expresses the emotion as tenderness or caring turned inward toward the self.' (Pascual-Leone & Greenberg, 2007, p. 879)

Troost is een antwoord op pijn en verdriet. Het helpt om deze moeilijke gevoelens te verdragen en te verwerken. De moeite met het toelaten van nabijheid en empathie maakt dat onveilig gehechte mensen onvoldoende het vermogen ontwikkelen om troost te ontvangen of zichzelf te troosten. Gilbert (2010) ziet dit onvermogen vooral bij schaamte en ondermijnende zelfkritiek en heeft er een aparte therapievorm voor ontwikkeld: *compassion-focused therapy*. Hij integreert daarbij boeddhisme en cognitieve therapie.

Paivo en Pascual-Leone (2010) beschrijven *self-soothing skills* in het kader van het leren omgaan met angst en vrees. Het kan helpend zijn om de cliënt zich te laten voorstellen hoe ze zou reageren op een kind dat iets soortgelijks heeft meegemaakt als zijzelf en hoe ze daarop zou reageren. Rustgevende activiteiten als het nemen van een warm bad of het luisteren naar rustige muziek kunnen ook troost bieden. Ook noemen ze in dit verband het zich voorstellen van een veilige plek.

Ogden, Minton en Pain (2006) sluiten aan bij de spontane bewegingen van cliënten. Ze noemen onder andere het onwillekeurig heen en weer schommelen, plaatsen van de hand op de buik, strelen van de eigen wang. Deze bewegingen zijn spontaan en onbewust. De therapeut merkt ze op en benoemt dat het lichaam zelf weet hoe het zichzelf kan troosten. De therapeut exploreert vervolgens de beleving door de cliënt de beweging te laten herhalen en versterken. Het komt voor dat cliënten daarbij spontaan moeten denken aan iemand, die hen af en toe troostte toen ze nog klein waren. Het kan vervolgens helpend zijn om aan deze persoon te denken, als ze het moeilijk hebben. Binnen de EFT is hiervoor een variant op de legestoelprocedure ontwikkeld, die is samengevat in tabel 1. Het is een van de taken waar Pascual-Leone en Greenberg (2007) onderzoek naar hebben gedaan. Het is mogelijk om een steunende ander op de lege stoel te plaatsen. Een andere mogelijkheid is om het eigen innerlijke kind of – als dat te moeilijk is – een denkbeeldig kind op de lege stoel te plaatsen. De cliënt wordt vervolgens gevraagd om dit kind te troosten. Omdat veel vroeg getraumatiseerden boos zijn op zichzelf dan wel hun eigen lichaam, is het pas mogelijk om het zelftroostend vermogen te ontwikkelen als deze boosheid getransformeerd is in meer constructieve richting.

Tabel 1 Zichzelf troosten als therapeutische taak

Stadia in het proces van zichzelf troosten	Therapeutische reactie
1 Marker: cliënt stagneert in vertrouwde wanhoop en angst.	Reflecteer de marker en stel de taak voor.
2 Start van de taak. In scène zetten van geschikte combinatie van zichzelf en een troostende ander.	Help de cliënt om zich een geschikt troostende ander voor te stellen. Valideer de wanhoop en angst. Vraag de cliënt zich de beide rollen voor te stellen op twee verschillende stoelen.
3 Verdieping. Cliënt maakt contact met wat altijd gemist is. Voelt daar boosheid over.	Stel cliënt voor om in de rol van troostende ander aan het wanhopige zelf te geven wat nodig is. Valideer gevoelens van protest en gemis aan troost. Help cliënt om contact te maken met primaire emoties en behoeften.
4 Gedeeltelijke oplossing. Biedt in rollenspel vanuit de troostende ander troost aan het wanhopige zelf.	Neem de verbale en non-verbale signalen waar als reactie op de troost die geboden wordt. Valideer deze.
5 Verschuiving naar een meer positieve en krachtige zelfbeleving.	Help de cliënt om de nieuwe zelfbeleving te ervaren. Valideer deze.
6 Volledige oplossing. Overweegt hoe dit proces te integreren in het verdere leven.	De cliënt helpen om de ervaring te generaliseren.

Vrij naar Elliott (2011).

Casus Annie

Als vervolg op bovenstaande vraag ik Annie of ze zich voor zou kunnen stellen, wat een goede moeder tegen haar zou zeggen over het huidige probleem met haar man. Na enig nadenken zegt ze: 'Ik moet nu denken aan een vrouw, die vroeger bij ons in de buurt woonde. We noemden haar oma Piet'. Ik vraag Annie in de tegenover haar staande stoel te gaan zitten en van daaruit tegen haarzelf te zeggen wat oma Piet hiervan zou vinden. Annie (glimlachend): 'Om te beginnen: zou ze zeggen: 'och kind toch''

T: 'Wat vindt ze van het gedrag van je vader?'

Annie (geëmotioneerd): 'Hij is een bullebak, dat wantrouwen heb je niet verdiend!'

Ik laat haar terug gaan naar haar eigen stoel.

T: 'Hoe is het voor je als oma Piet dit tegen je zegt?'

Annie huilt: 'dit voelt goed. Oma Piet was maar een klein vrouwtje, maar ze was een van de weinigen die mijn vader af en toe de waarheid durfde te zeggen!'

T: 'Wat zou oma Piet nu doen?'

Annie: 'Me een kus geven, denk ik.'

T: 'Ze zou je troosten!'

Annie: 'Ja'.

T: 'Zo te horen leeft oma Piet nog in je. De tijd is voor vandaag om, maar je kunt de komende tijd aan haar denken, als je het moeilijk hebt!'

Annie: 'Ja, dat voelt goed'.

Transformatie van betekenissen

Door intermenselijk trauma wordt het vertrouwen in mensen ernstig beschadigd. Dit vraagt om een existentiële herwaardering, het ontwikkelen van betekenisgeving in het licht van zinloos geweld. Elliott en anderen (2003) hebben in navolging van Clarke (1991) het proces dat daartoe kan leiden uitgewerkt in fasen (tabel 2). Het begint meestal met een uiting van boosheid. Cliënten zeggen bijvoorbeeld iets als: 'Zo ga je toch niet met elkaar om!' Vervolgens wordt de cliënt geholpen om onderliggende waarden te expliciteren. Dat geeft de cliënt de mogelijkheid om een keuze te maken waar ze voor wil gaan staan in het leven. Leijssen (1995) beschrijft hoe het bespreken van dromen cliënten in contact kan brengen met persoonlijke zingeving. Beeldende expressie kan daar ook behulpzaam bij zijn (Baljon, 2011).

Tabel 2 Betekenis creëren bij protest over waarden

Cliënt: fasen bij het creëren van betekenis	Therapeutische interventies
1 Marker: de cliënt toont protest rond een ervaring waarbij een voor haar belangrijke waarde wordt geschonden.	Luisteren, de marker teruggeven aan cliënt.
2 Specificatie van de belangrijke waarde. Cliënt verwoordt de waarde en emotionele reacties in relatie tot de gebeurtenis.	Specificeren van de belangrijke waarde met behulp van empathische exploratie, metaforen en empathisch gissen. Sta stil bij de behoefte die ten grondslag ligt aan het protest.
3 Zelfexploratie van de achtergronden van de emotionele reactie.	Explorerende gespreksvoering.
4 Exploratie en evaluatie van de houdbaarheid van de belangrijke waarde (begin van verandering). Dit leidt vaak tot de wens om de betekenisgeving te nuanceren.	Exploreer de herkomst van de belangrijke waarde tegenover de betekenis daarvan in het heden.
5 Revisie (fundamentele verandering). De cliënt herformuleert wat nu voor haar van betekenis is.	Luisteren en reflecteren van de nieuwe betekenis die zich ontvouwt.
6 Plannen maken voor concrete stappen (doorgaan op weg naar volledig herstel). De cliënt formuleert concrete plannen, die voortkomen uit de nieuwe betekenisgeving.	Faciliteren dat de cliënt mogelijke consequenties van de nieuwe betekenisgeving exploreert.

Vrij naar Elliott e.a. (2003) p. 210.

Casus Annie

Hoe deze transformatie van betekenissen kan gaan laat ik zien aan de hand van het therapeutisch proces van Annie. Daarvoor kom ik terug op de hierboven beschreven sessie aan de hand van tabel 2. Het proces wordt in de daarop volgende sessie voortgezet aan de hand van dromen.

Fase 1: De marker bestaat uit drie elementen. Er is een levensgebeurtenis, die waarden uitdaagt. In het geval van Annie is dat het wantrouwen van haar man als ze met collega's gezellig uitgaat. Het tweede element is het emotionele protest dat de cliënt

hierover toont: 'Ik wil dit niet meer'. Ten derde is er de verwarrende emotionele reactie hierop: het mengsel van angst, verdriet, gemis en boosheid.

Fase 2: Specificatie van de waardevolle norm. Toen Annie zei: 'Ik wil dit niet meer' bleek dit te slaan op het feit dat ze zich klein liet maken door het wantrouwen van haar man en in het verleden door vader. In haar huwelijk is de waarde onderling vertrouwen aan de orde.

Fase 3: Zelfexploratie. Annie wordt zich er opnieuw pijnlijk van bewust dat haar reactie op haar man nog vaak bepaald wordt door haar relatie met haar vader.

Fase 4: Exploratie van de houdbaarheid van de waardevolle norm. Annie realiseert zich steeds meer dat vertrouwen alleen mogelijk is binnen veilige grenzen.

Fase 5: Herwaardering van waarden. Bij Annie groeit het besef dat als ze haar huwelijk zijn waarde wil geven, ze de confrontatie met haar man aan zal moeten gaan.

In dit stadium integreert Annie haar recht om voor zichzelf op te komen als haar grenzen worden overschreden met het belang van vertrouwen binnen de relatie.

Fase 6: Plannen maken. We staan erbij stil hoe ze het gesprek met haar man aan zou kunnen gaan.

Bij de volgende sessie blijkt Annie nog niet aan het gesprek met haar man toegekomen te zijn. Ze heeft wel het contact verbroken met een 'vriendin', die stelselmatig haar grenzen overschrijdt! Ze vertelt vervolgens een incident waarover ze opnieuw verwarring voelt omdat haar beleving van haar man vermengd wordt met haar angst voor haar vader. In dit geval ging haar man achter een paar kwajongens aan, die appeltjes tegen hun ruit gooiden. Annie voelt als ze dit vertelt opnieuw een heftige angst. Ze begrijpt dat dit komt door de extreme woede waarmee haar vader vroeger reageerde op dit soort ondeugendheid. Door evocatieve interventies laat ik haar er opnieuw bijilstaan. In haar lichaam merkt ze de neiging om weg te willen kruipen. Ik laat haar opstaan en voelen hoe het is om weg te lopen. Ze voelt de neiging om weg te duiken achter de grote kamerplant in mijn spreekkamer. Ik zie hoe ze haar vingers in haar oren stopt en wijs haar daarop. Ze voelt schaamte, wil het niet zien en horen. Tegelijk wil ze er naartoe. Dat deed ze vroeger in een poging om vader te kalmeren. Omdat de heftigheid van de gevoelens haar lijkt te overspoelen vraag ik haar om zich te richten op zintuigervaringen in het hier en nu. De stress neemt af en Annie gaat weer in haar stoel zitten. Ze geeft aan dat het voor nu genoeg is geweest wat betreft het stilstaan bij het verleden. Vervolgens vertelt ze dat ze nog steeds veel droomt over haar ouderlijk huis. Ze is in de droom gejaagd, moet er naartoe, probeert in dat huis veiligheid te vinden. Dat is verwarrend omdat ze weet dat die veiligheid daar niet is. We staan stil bij wat ze daar zou kunnen zoeken. Ook al heeft ze gebroken met haar ouders, de binding blijft. Ze kan de gedachte niet loslaten dat als het daar allemaal zo slecht is, zij ook slecht is. Dat zwarte kleeft aan haar. Ik suggereer dat ze misschien in dat huis blijft zoeken naar iets dat goed is, zodat ze ook kan geloven dat er nog iets goeds in haar is. Ze komt uit op het verband zoeken. Dat deed ze vroeger en dat doet ze waar mogelijk nog steeds met haar broers en zussen. Op de recente verjaardag van haar dochter waren een broer en een zus met hun gezin op bezoek en dat was goed.

In de droom wordt de traumatische hechting uitgedrukt, zoals die in het begin van dit artikel is beschreven. Annie verlangt naar haar ouderlijk huis, maar is er tegelijkertijd bang voor. Ook ervaart ze zowel de zwarte aspecten als de verbinding als deel van zichzelf. Het is belangrijk beide kanten te valideren en vervolgens haar te laten ervaren dat ze de keus heeft welke waarde ze wil koesteren en wat ze bij haar ouders wil achterlaten.

Ten slotte

Psychotherapie bij vroeg getraumatiseerde cliënten is complex. Er zijn diverse taken te onderscheiden. In dit artikel heb ik er enige uitgelicht die een bijdrage kunnen leveren aan de heling van de gewonde, fragiele zelfbeleving. Ik heb in de vignetten laten zien hoe in een sessie meerdere processen zowel naast als na elkaar aan de orde kunnen zijn. Om de innerlijke verwarring van de cliënt te kunnen begrijpen en ‘containen’ is kennis van gedesorganiseerde hechtingsprocessen onmisbaar.

Altijd is er aandacht voor emotieregulatie. Onderregulatie en overregulatie van emoties kunnen elkaar snel afwisselen en het is een taak van de therapeut om te bevorderen dat de cliënt zoveel mogelijk op een gemiddelde intensiteit functioneert. Pas dan is het mogelijk de andere taken aan de orde te stellen. De ordening die de EFT aanbrengt in de structuur van therapeutische taken helpt daarbij. Aandacht voor de lichamelijke aspecten van het ervaren is wezenlijk om de cliënt geleidelijk aan te helpen meer te gaan ervaren. Veel herhaling van de besproken corrigerende ervaringen is nodig om het gewonde zelf de kans te geven om zich te herstellen en verder te ontwikkelen.

Correspondentieadres

Marijke Baljon

E-mail: therapie@marijkebaljon.nl.

Internet: www.marijkebaljon.nl.

Literatuur

- Baljon, M.C.L. (2011). Wounded masculinity: Transformation of aggression for male survivors of childhood abuse. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10(3), 151-164.
- Clarke, M.K. (1991). A performance model of the creation of meaning event. *Psychotherapy*, 28, 395-401.
- Elliott, R., Watson, J.C., Goldman R.N., & Greenberg, L.S. (2003). *Learning emotion-focused therapy: the process-experiential approach to change*. Washington DC: APA.
- Elliott, R. (2011). *Hand-outs EFT level II*. Veldhoven: Apanta.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of self*. London/New York: Other Press.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. New York: Routledge.
- Hardon, B., & Baljon, M.C.L. (2003). Traumatische hechting als focus in therapie. *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie*, 41, 182-194.
- Leijssen, M. (1995). *Gids voor gesprekstherapie*, Utrecht: De Tijdstroom
- Levine, P.A. (2010). *In an unspoken voice. How the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley, Ca.: North Atlantic Books.

- Liotti, G. (1999). Disorganisation of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (red.), *Attachment disorganisation* (pp. 291-317). New York: Guilford Press.
- Mearns, D., & Thorne, B. (2000). *Person-centred therapy today: New frontiers in theory and practice*. London: Sage.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body. A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York/London: W.W. Norton & Co.
- Paivo, S.C., & Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-focused therapy for complex trauma*. Washington DC: APA.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L.S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why 'the only way out is through'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 875-887.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.). *Psychology, a study of science* (Vol 3, pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Vanaerschot, G. (2006). Kwetsbare danspartners: over empathie bij fragiele belevingsprocessen. *Toegang tot de psychotherapie internationaal*, 14(2), 153-177. Vertaling van Vanaerschot, G. (2004). It takes two to tango: On empathy with fragile processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(2), 112-124.
- Vanaerschot, G. (2008). Differentieel empathisch aanbod. In G. Lietaer, G. Vanaerschot, J.A. Sniijders & R.J. Takens (red.). *Handboek gesprekstherapie. De persoonsgerichte benadering* (pp. 347-370). Utrecht: De Tijdstroom.
- Warner, M. (2000). Person-centred therapy at the difficult edge: A developmental based model of fragile and dissociated process. In D. Mearns & B. Thorne (2000). *Person-centred therapy today: New frontiers in theory and practice*. London: Sage.