

# De Respicon- desensitiserings-therapie bij oorlogsgetroffenen in voormalig Joegoslavië, in het bijzonder bij kinderen

P.B. Defares\*

## Inleiding

Toen berichten over de oorlog in het voormalig Joegoslavië in Nederland doordrongen, werd deze calamiteit voor het eerst na een zeer lange periode van betrekkelijke rust in Europa als een zeer nabije bedreiging ervaren. De berichten dat ook in Europa onder de oorlogsslachtoffers duizenden vrouwen en kinderen de meest vreselijke dingen hadden meegemaakt, werden algemeen als schokkend beleefd en gaven aanleiding zich te bezinnen op mogelijkheden voor hulpverlening.

Oorlogsslachtoffers, waaronder ook grote aantallen kinderen, stammen in onze regio uit een periode die ver achter ons ligt, zodat oorlogsgetraumatiseerden waar de hulpverlening ervaring mee heeft opgedaan grotendeels volwassenen betreft die op latere leeftijd op zeer pijnlijke wijze terugblikken op hun oorlogservaringen en voor de kinderen van toen op een barre jeugdperiode. Actuele psychotrauma's bij kinderen hebben dan ook betrekking op mishandeling, incest, emotionele verwaarlozing en de confrontatie met ongelukken of zeer belastende incidenten, recentelijk nog als gevolg van de vliegramp in de Bijlmermeer.

Het bijzondere van het doormaken van oorlogsleed, zoals nu in het voormalig Joegoslavië, is voor kinderen niet alleen de bruuske vroegtijdige confrontatie met de dood, maar de ontluisterende waarneming dat het leven van een mens blijkbaar heel weinig waard is en van het ene op het andere ogenblik kan worden uitgeschakeld.

De emoties die erdoor worden opgeroepen, maar ook de verdringingsprocessen die ermee gepaard gaan dreigen de basis te vormen voor een diep wantrouwen jegens de medemens en dreigen ernstige geestelijke littekens na te laten.

In de literatuur over psychotrauma's wordt een aparte plaats ingeruimd voor zeer belastende ervaringen in tijden van oorlog (Bastiaans, 1974; Eitinger, 1980; Figley, 1985; Kleber e.a. 1989). In tegenstelling tot traumatische gebeurtenissen in het dagelijks leven, zoals een gewelddadige overval, het getuige zijn van het overlijden van een geliefd persoon of het moeten ondergaan van chronische mishandeling betreft het niet een plotseling in de tijd optredend eenmalig gebeuren of een binnen de eigen leef sfeer plaatsvindende geïsoleerde dramatische situatie. In het bijzonder

\* Prof.dr. P.B. Defares is hoogleraar in de psychosociale stress aan de Universiteit van Amsterdam.

wanneer grote aantallen burgers langdurig het slachtoffer zijn van oorlogsgeweld, zoals in grote delen van het voormalige Joegoslavië, is er om een toepasselijke formulering te gebruiken sprake van disruptie, chaos en verregaande ondergraving van het bestaan op alle fronten. In de Blitzkrieg - hoe intens ook deze mocht zijn verlopen - ontstond na korte tijd weer een overzichtelijke situatie. De terreur die daarna op wrede wijze werd uitgeoefend was gericht tegen specifieke groepen, zonder dat de structuur van de samenleving tot in haar grondvesten werd aangetast. In geen enkel opzicht wordt de gruwelijkheid van de holocaust hierdoor gerelativeerd; in termen van het ondergane leed kent de genoemde episode immers zijn weerga niet in de geschiedenis van de mensheid. Wel moge het echter duidelijk zijn, dat wat in voormalig Joegoslavië gebeurde en ten dele zich nog steeds voltrekt een zeer zware wissel trekt op de draagkracht van de burgerslachtoffers, waaronder een zeer groot aantal kinderen. Los van de levensbedreigende risico's waaraan men werd blootgesteld en het verlies van huis, have en goed en niet zelden ook van nabije familieleden werd in korte tijd de hoop op een positief toekomstperspectief (studie, partnerschap en beroepsmogelijkheden) op radicale wijze de bodem ingeslagen. In de meeste gevallen werd alvorens een minimum aan veiligheid kon worden beleefd, het behoud van eigen leven op het laatste nippertje gewaarborgd door onder hachelijke omstandigheden aan executie, verkrachting of ander geweld te ontkomen.

De kans onder de vehementie van dit soort ervaringen een PTSD-syndroom op te lopen is aanmerkelijk groter bij degenen die passief slachtoffer zijn geweest van deze belastende gebeurtenissen.

In het bijzonder als langdurige belegering en onvoorspelbare levensgevaarlijke dreiging ertoe nopen zich schuil te houden, terwijl elk ogenblik overrompeling door de vijand kan plaatsvinden, ontstaat een chronische vorm van traumatische stress, die op slopende wijze uiteindelijk tot een toestand van doffe verdoving dreigt te verworden.

PTSD als gevolg van oorlogsleed bij kinderen

De kans dat de door Horowitz beschreven alternerende wisseling van in het bewustzijn opkomende schokkende beelden (intrusions) en emotieloze ontkenning (numbing), na verloop van tijd degenerereert tot een permanente blokkade van het gevoelsleven (freezing) is dan ook bijzonder groot (Horowitz, 1976).

De specifieke problematiek van kinderen dient op genuanceerde wijze te worden gezien. Beneden de leeftijd van zes jaar overheerst dissociatie, die weliswaar een beschermende afsplitsing in het bewustzijn oplevert, maar tevens leidt tot emotionele verschraling en ontoegankelijkheid voor affectie. In zeer ernstige gevallen komt de invloed van traumatische ervaringen niet alleen naar boven via incidentele flashbacks, maar wanneer verwerking uitblijft kan uiteindelijk het Multiple Persoonlijke Syndroom resulteren (Van der Hart, 1992). Emotionele verwaarlozing, omdat de ouders eventueel door de eigen traumaproblematiek

niet meer in staat zijn compenserende veilige bescherming te bieden, kan dissociatie-effecten versterken.

Voor zover bij jonge kinderen (in het bijzonder tot 8 jaar) wel sprake is van een levendige herinnering aan de traumatische ervaringen worden deze vaak aangevuld met fantasieën, waardoor Dichtung und Wahrheit in elkaar verstrengeld raken en bijvoorbeeld de bedreigende werkelijkheid compensatie vindt door het oproepen van beschermende toverkrachten.

Omgekeerd kan het aanhoren van gruwelijke verhalen het kind het gevoel geven de gebeurtenissen, vaak in nog gruwelijker vorm, werkelijk te hebben meegemaakt. In het ene geval is het alsof het kind niet geheel in de reële werkelijkheid staat en door het oproepen van magische tegenkrachten zich niet hoeft te realiseren hoe weerzinwekkend de werkelijkheid is. In het andere geval projecteert het kind eigen angsten en is door de toestand van hulpeloosheid en spanning ontvankelijk voor het op gang brengen van neurotische fantasieën, die het niet meer weet te onderscheiden van de feitelijke realiteit. In een later stadium kunnen dit soort fantasieën mede aan de inhoudelijke invulling van het Multiple Persoonlijke Syndroom ten grondslag liggen (Terr, 1991).

Bij jonge kinderen kan de ontvankelijkheid voor een fantasiewereld en het daarbinnen oproepen van beschermende tegenkrachten op zinvolle wijze worden benut in speltherapie, die vanwege de nog sterk aanwezige suggestibiliteit door de hulpverlener kan worden ingevuld. Teneinde deze vorm van therapie te optimaliseren is het van het grootste belang het algemene spanningsniveau ook van jonge kinderen te verminderen. Toepassing van ademhalingsregulatie met behulp van de Respicon kan hierbij een zeer nuttige rol vervullen, temeer omdat er aanwijzingen zijn dat het herstel van het psychosomatische evenwicht spontane vormen van verwerking in dromen, zowel half wakend als tijdens diepe slaap op gang kan brengen. De Respicon-methode wordt elders in dit artikel nader uiteengezet.

Bij oudere kinderen treden verdringingsmechanismen in mindere mate op en zal de manifestatie van symptomen van PTSD niet alleen naar voren komen via flashbacks gedurende nachtmerries, maar ook bij vol bewustzijn zullen flarden van de meest ingrijpende ervaringen zich opdringen, zonder dat het kind in staat is deze af te weren. Overheersend zijn dan gevoelens van hulpeloosheid en controle-verlies. In de adolescentie-leeftijd zijn veel kinderen, mede door het vermogen te relativiseren in staat tot meer afstandname en zijn veelal ook beter in staat zich te onttrekken aan het passief ondergaan van herbelevingen (Garmezy & Rutter, 1983). In plaats hiervan staat reactieve agressie op de voorgrond. Niet zozeer angst, maar aan razernij grenzende boosheid zoekt een uitweg door in de fantasie de vijand gewelddadig te weerstreven en genoegdoening te zoeken in wraak en destructie. Deze instelling vormt de voorbode voor de latere bereidheid om in de jong-volwassenheid ook daadwerkelijk aan de gewapende strijd tegen de vijand deel te nemen. Reactieve boosheid fungeert derhalve als krachtig emotioneel

elixer, om angst en onderworpenheid te overwinnen en aan destructieve gerichtheid een gevoel van kracht te ontlenu.

Het voorgaande geeft aanleiding kort stil te staan bij verschillen tussen de geslachten.

### Verschillen tussen jongens en meisjes

Een bevinding, die steeds opnieuw wordt bevestigd is dat grote verschillen optreden tussen jongens en meisjes bij de verwerking van trauma's. Ten dele moet dit worden toegeschreven aan genetische disposities en de mate waarin een beroep wordt gedaan op sociale steun. In de stresstheorie werd veelvuldig aangetoond, dat meisjes in veel sterkere mate een beroep op sociale steun doen dan jongens (Sarason & Sarason, 1985). Daarnaast is evenzeer van betekenis, dat in het bijzonder bij oudere leeftijdsgroepen de aard van de traumatische stress in een oorlogssituatie verschillend is voor jongens en meisjes. Meisjes lopen een aanmerkelijk grotere kans het slachtoffer te worden van verkrachting en seksueel misbruik, dat in tegenstelling tot de meeste vormen van incest, waarbij vooral morele chantage overheerst, een zeer bruusk en gewelddadig karakter draagt. Door de beladenheid die het seksuele aspect omgeeft en de aantasting van de maagdelijkheid, leidt dit bij de slachtoffers tot gevoelens van diepe schaamte en bezoedeling, gekoppeld aan ingehouden boosheid (Anger In) (Spielberger et.al., 1985). Jongens daarentegen worden in de adolescentie-leeftijd veel sterker geconfronteerd met daden van fysieke wreedheid en openlijke agressie die niet alleen predisponeren tot reactieve wraakzucht, maar tevens een identificatie met de agressor in de hand werkt, die door Bettelheim werd omschreven als: 'Identifikation mit dem Angreifer' (Bettelheim, 1943). De door Kohn beschreven verschillen tussen jongens en meisjes, die onder normale omstandigheden slachtoffer zijn geweest van geestelijke of lichamelijke mishandeling geldt in extremis voor de slachtoffers van verkrachting, respectievelijk gewelddadige puur fysieke agressie zoals deze zich voordeden in de heksenketel van het Bosnische strijdtoneel. Meisjes vertonen extreem teruggetrokken gedrag, zijn naar binnen gericht en depressief, maar nog uitgesprokener dan volgens de typering van Kohn, is er sprake van een innerlijke verscheurdheid, doordat diepe schaamte wedijvert met ingehouden boosheid, die geen uitweg naar buiten kan vinden en uiteindelijk in vormen van extreme zelfhaat en de beleving van eigen waardeloosheid resulteert (Kohn, 1979; Spielberger et.al., 1985). De jongens daarentegen, vertonen in veel gevallen 'violent defiance', een door wraakzucht gevoede drang tot gewelddadige tegenagressie. Een tragisch aspect is, dat deze naar buiten gerichte haatreacties sterk in de hand worden gewerkt door herhalend opkomende beelden (intrusions) van de agressie van de daders, zodat traumasymptomen gaan fungeren als vast in het geheugen ingeprente voorbeelden, die als model dienen voor het uiting geven aan door felle rancune gevoede boosheid. Selectieve waarneming van een agressief model, herinneringsbeelden die in het bewustzijn opduiken, pre-occupaties en de reactieve emotie woede brengen bij het slachtoffer een latent intrapsychisch

## De Respicon- desensitisatiemethode

'agressieprogramma' tot stand, dat wordt geactualiseerd als de concrete situatie (confrontatie met de vijand) hiertoe aanleiding geeft (Defares, 1992). Veelal zal daarbij als versterkend element de oproep van de oudere generatie zich doen gelden om voor de eer en het overleven van de eigen groep de strijd op te nemen.

De Respicon-desensitisatiemethode werd in de studie van Brom, Kleber en Defares toegepast bij zeer ernstig getraumatiseerde volwassenen. In deze studie werd gebruik gemaakt van de eerste versie van de Respicon, het draagbare ademhalingsregulatie-apparaat, dat de mogelijkheid biedt op exacte wijze de ademhalingsfrequentie, de relatieve verhouding tussen in- en uitademing en pauzes in het ademgedrag te doseren en derhalve bij cliënten relaxatie via ademhalingsregulatie te induceren (Brom, Kleber & Defares, 1986; Brom, Kleber & Defares, 1989; Defares & Brom, 1986; Kleber en Brom in collaboration with Defares, 1992).

De resultaten van deze studie gaven aan, dat de emotionele belasting van het trauma na de behandeling een spectaculaire verbetering te zien gaf. Bij een vergelijking met een controle-groep werd op basis van de Nederlandse bewerking van de Schok Verwerkingslijst van Horowitz en met inachtneming van een rigoureuze statistische techniek een zeer significante daling van de trauma-symptomen vastgesteld ( $p < 000$  repetent).

De gebruikte versie van de Respicon bood weliswaar de mogelijkheid om via geluidssignalen de voor relaxatie wenselijke adempatronen aan te bieden, maar het was in het genoemde onderzoek nog niet mogelijk ook op exacte wijze de effectiviteit van de regulatie te controleren (in experimentele termen betreft dit de controle op de onafhankelijke variabele). Men moest derhalve volstaan met de subjectieve oordelen van de cliënt. Bovendien was het relatief ingewikkeld om op flexibele wijze de regulatie zo optimaal mogelijk aan te passen aan de specifieke gesteldheid van de cliënt, zodat werd gewerkt met een standaard-instelling, die weliswaar positief uitwerkte, maar een fijnmazige en flexibele instelling van het apparaat kon nog niet worden gerealiseerd (Grossman, de Swart & Defares, 1985; Defares & Grossman, 1988).

De meest recente versie van de Respicon munt uit door gebruiksvriendelijkheid en kan ook worden gebruikt als diagnostisch apparaat. Het is mogelijk om de spontaan optredende ademprequentie exact te registreren en tevens een beeld te krijgen van andere voor de ademhaling relevante variabelen, in het bijzonder de relatieve verhouding tussen in- en uitademing. Het is dan uiteraard ook in tweede instantie mogelijk om tijdens de therapie na te gaan of de cliënt in staat is om de aangeboden patronen ook op adequate wijze te volgen. Een bevinding die in een groot aantal gevallen kon worden vastgesteld is, dat cliënten die spontaan een zeer hoge ademprequentie vertonen in staat blijken te zijn, bij een aan de cliënt aangepaste dosering, in korte tijd een niveau te bereiken, waardoor een hoge graad van relaxatie tot stand wordt gebracht.

Deze werkwijze maakt het derhalve mogelijk tijdens het

oproepen van de traumatische ervaringen op grond van het feitelijke ademgedrag indicaties te verkrijgen over het spanningsniveau en na elke confrontatie zeer snel opnieuw een toestand van optimale relaxatie tot stand te brengen.<sup>1</sup> Van der Hart, Defares en Mittendorff hebben een korte passage gewijd aan de toepassing van de Respicon bij de behandeling van psychotrauma's.

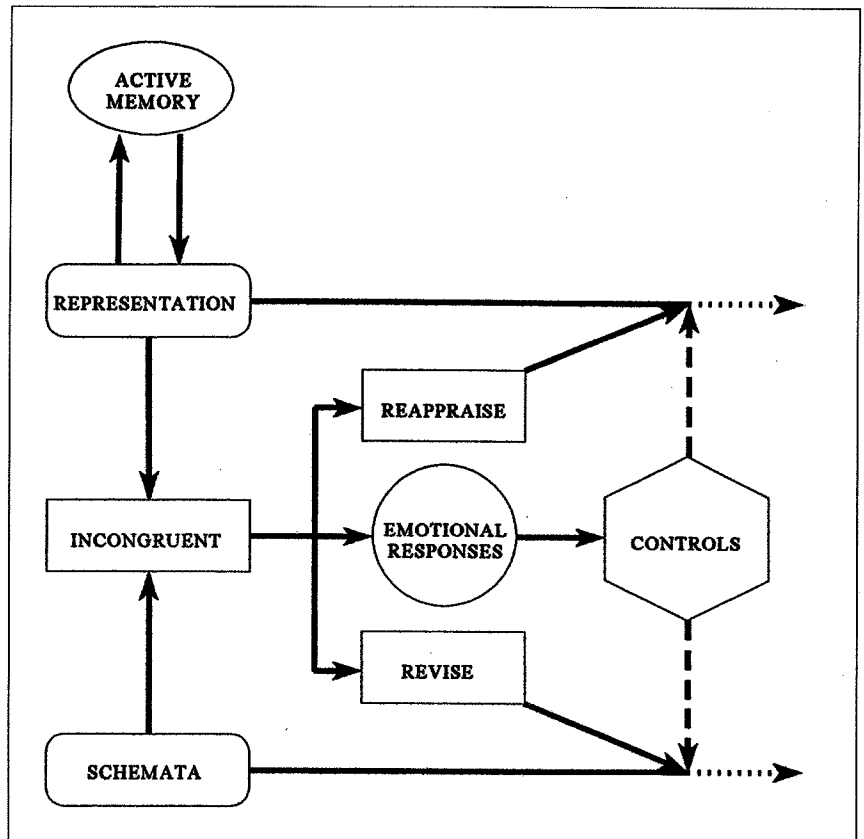
'In de eerste plaats komt het aan op de *authenticiteit* van de therapeutisch begeleide herbeleving. Het ondergaan van extreme, met de intensiteit van de oorspronkelijke traumatische ervaring overeenkomende emoties wordt daarbij niet noodzakelijk geacht. Het uitgangspunt van de behandeling is het bewerkstelligen van een optimale toestand van ontspanning, waarna de confrontatie met de traumatische ervaring wordt aangegaan. Nadat de cliënt de authenticiteit van het ervaren heeft bevestigd, vinden herhaalde confrontaties plaats en wordt de opgeroepen spanning tussentijds bijgestuurd. Op deze manier wordt neutralisering van de traumatische herinneringen bereikt. In termen van de gedragstherapie gaat het niet zozeer om exposure alswel om trauma-desensitisatie' (Van der Hart, Defares & Mittendorff, 1992).

Een zeer belangrijk effect dat door de ademhalingsregulatiemethode wordt bereikt, is de opheffing van het verlies van controle over het eigen lichaam. Wat aanvankelijk als een door de therapeut opgelegd adempatroon wordt waargenomen, blijkt na korte tijd te worden beleefd alsof men *zelf* in staat is het eigen ademgedrag dat tot relaxatie leidt, te sturen. Dit wordt ervaren als een vorm van zelfregulatie die het subjectieve gevoel van controle in hoge mate bevordert. Om het belang van het herstel van het gevoel van controle toe te lichten, wordt in het navolgende kort ingegaan op een theoretische analyse van PTSD.

## Herstel van controle

Het is de grote verdienste van Horowitz dat hij het alternerend optreden van in het bewustzijn opkomende schokkende beelden en ontkenning niet alleen als pathologie heeft geduid, maar ook beziet als pogingen om steeds opnieuw een zinvolle herinterpretatie van het traumatische gebeuren op gang te brengen (Horowitz, 1976, 1979). (zie schema op pagina 37)

Cognitieve schemata, op te vatten als denkbeelden over het bestaan, in het bijzonder betrekking hebbend op de mate waarin de wereld als veilig kan worden gezien, waarbij de eigen kwetsbaarheid in het geding is, vormen volgens Horowitz het uitgangspunt van het verwerkingsproces. Wat zich actueel in het geheugen presenteert bij de getraumatiseerde: in eerste instantie verbijstering, intense herbeleving van de negatieve gebeurtenis, afgewisseld door verdoving is incongruent met het oorspronkelijke idee over de eigen onkwetsbaarheid en deze vaststelling gaat gepaard met heftige emoties, die het subjectieve gevoel van controle ernstig op de proef stellen. Volgens Horowitz vindt echter bij een positief verlopend verwerkingsproces steeds een herinterpretatie plaats wanneer de stress-symptomen, in het



PTSD-analyse van het verwerkingsproces volgens Horowitz (1976)

bijzonder de herbelevingen, zich opnieuw manifesteren. Geleidelijk aan wordt de dwingendheid van de in het bewustzijn opkomende schokkende beelden afgezwakt en ontstaat er een grotere psychische ruimte om een nieuwe zingeving aan het gebeurde toe te kennen. Men vraagt zich af waarom de calamiteit had kunnen gebeuren, wat men eraan had kunnen doen om het te voorkomen of af te zwakken en welke repercussies het gebeurde heeft voor het eigen toekomstige functioneren.

In feite is er sprake van een revisie van de betekenissen die aan de traumatische ervaring gekoppeld waren en die niet alleen tot een herwaardering van cognitieve denkbeelden kan leiden, maar uiteindelijk tot herstel van controle.

Horowitz heeft wel degelijk oog voor de betekenis van desensitisatie-effecten, waardoor de intensiteit van de herbeleving afneemt en de ruimte ontstaat om op bewuste wijze op het gebeurde te reflecteren. Het hoofdaccent bij de verwerking, die uiteindelijk tot het herstel van controle leidt, ligt echter op het (belevend) inzichtelijk herinterpreteren. In tegenstelling tot het 'natuurlijk' verlopend verwerkingsproces, waarbij het uiteindelijk opnieuw te verwerven gevoel van controle tot stand komt aan het *einde* van het procesverloop is de fysiologische regulatie via de ademhaling van *meet af aan* erop gericht een fundamenteel in het organisme verankerd controle-gevoel te herstellen. Aangezien dit gepaard gaat met innerlijke rust en relaxatie is het niet alleen een uitstekend uitgangspunt om snel effectieve desen-

sitisatie van schok-effecten te bewerkstelligen, maar ook herinterpretaties verkrijgen een ander milder accent, omdat men het gebeurde niet meer opvat als een nog steeds zich voordoende bedreiging, maar als iets wat in het verleden heeft plaatsgevonden en in principe niet meer de eigen veiligheid in het hier en nu in gevaar kan brengen. Het is met name voor het bereiken van deze systeemscheiding in de psyche belangrijk om aan elke confrontatie onder diepe relaxatie de codering: *het is voorbij, ik laat het los* mee te geven. Aan de cliënt wordt uiteraard uitgelegd, dat het uitsluitend om die ene op dit moment aan de orde zijnde, vroegere gebeurtenis gaat; hetgeen derhalve niet wil zeggen, dat er geen problemen meer zijn.

Deze vorm van therapie is in het bijzonder aangewezen bij kinderen boven de leeftijd van 8 jaar. Zij ontberen de levenservaring, teneinde op genuanceerde wijze à la Horowitz nieuwe zingevingen aan het ondergane leed te verlenen. Hoewel retrospectief gezien belaagd door het trauma, zijn zij in principe toekomstgericht en juist het op directe en rechtstreekse wijze herstellen van het controle-gevoel en het op afstand plaatsen van het hectische verleden via desensitisatie, maakt de weg vrij om de natuurlijke herstelkracht (resiliency) van het kind te mobiliseren. Bij oudere kinderen, boven de leeftijd van 13 is het vermogen tot relativeren aanmerkelijk toegenomen en kan de desensitisatie worden aangevuld met genuanceerde herinterpretaties over verleden en toekomst. Wel maakt het een essentieel verschil of hetgeen door Wolpe wordt gekarakteriseerd als 'objectively based fear' een rol speelt (Wolpe, 1958). Zolang kinderen nog grote risico's lopen, omdat zij zich in een oorlogsgebied bevinden, zoals bijvoorbeeld lange tijd in Sarajevo, zal naast desensitisatie en sociale steun ook aandacht moeten worden gegeven aan stress-inoculatie, de anticiperende voorbereiding op toekomstige stressoren, teneinde de weerbaarheid in actuele traumatische stress-situaties te verhogen (Meichenbaum, 1985).

Een ander aspect betreft de bezorgdheid over achtergebleven familieleden (meestal de vader) in een gevaarlijk oorlogsgebied. De voortdurende bezorgdheid en het piekeren over het lot van de achtergeblevene werken neurotische negatieve verwachtingen in de hand en kunnen leiden tot ernstige depressies. Naast het bieden van sociale steun is het van belang door middel van 'thoughtstopping' (stop - ik laat het los) dit verlamme piekergedrag af te remmen en de nadruk te leggen op de 'psychology of hope', waarbij een gevoel van hoop op een goede afloop zoveel mogelijk wordt gestimuleerd. Dit schept een gunstige voorwaarde om het therapie-proces dat gericht is op de verwerking van ondergane trauma's te voltooien. Wanneer de weerbaarheid en de geestelijke spankracht zijn hersteld is de persoon aanmerkelijk beter in staat om een onverhoopt bericht over een fatale afloop via een adequaat verlopend rouwproces te verwerken.

#### Nadere uitwerking

Het zou een misverstand zijn te veronderstellen dat de traumadesensitisatie zou kunnen worden beperkt tot de meest in het oog springende belastende ervaringen. Wel zal in eerste instantie



de aandacht zich moeten richten op situaties die het onderwerp vormen van steeds terugkerende zich opdringende beelden (intrusions), voorts op flashbacks, ook als deze worden gerapporteerd in dromen.

Daarnaast is het echter de taak van de therapeut op het spoor te komen van emoties, die het psychische beeld domineren: angst, schaamte, gevoelens van totale verlatenheid, machteloze woede, tot razernij opgezweepte wraakzucht, gepaard gaand met de angst zich niet meer in de hand te kunnen houden, gevoelens van absolute uitzichtloosheid en controle-verlies eventueel gekoppeld aan dwangmatige gedachten over het plegen van suïcide et cetera.

Het gaat erom de meest representatieve situaties te vinden, waarin de genoemde gevoelens het meest uitgesproken werden beleefd. Bijvoorbeeld tijdens een vlucht, toen iedereen op eigen overleving gericht was, het gevoel totaal verlaten te zijn of op een kritiek moment het opkomen van het gevoel: dit is het einde en ik kan maar beter dood zijn.

De desensitisatie kan op effectieve wijze worden toegepast bij elk van deze negatieve gevoelens, ongeacht de inhoudelijke kleur of intensiteit van de emotie. Het komt vaak voor dat dezelfde situatie een mengeling van verschillende negatieve emoties in zich bergt en het is zinvol bij de oproep tot het opnieuw beleven van deze emoties deze doorenmenging ook expliciet aan de orde te stellen, bijvoorbeeld door de uitspraak: laat het gevoel maar rustig opkomen, probeer het zo intens mogelijk te beleven: machteloze woede, angst en het gevoel dat je je helemaal hulpeloos en verlaten voelt. In veel gevallen kan het nuttig zijn de cliënt regelmatig tijdens het oproepen van de situatie te verzoeken deze hardop te beschrijven.

Zoals ook door De Levita elders in dit blad wordt gerapporteerd is gebleken dat de Respicon-desensitisiemethode zowel bij kinderen als bij volwassenen op vruchtbare wijze bij de oorlogsslachtoffers, die allen met ernstige trauma's kampten, kon worden toegepast.

Een groot voordeel van de methode is, dat ook een positief resultaat is te verwachten bij zeer ernstige gevallen, ook wanneer maanden lang sprake is geweest van onontvankelijkheid voor andersoortige therapeutische benaderingen, omdat het onverwerkte trauma heeft geleid tot chronische depressie.

Tijdens ons verblijf in Slovenië hebben wij kunnen constateren dat de via de Respicon geïnduceerde diepe relaxatie de mogelijkheid bood in relatief korte tijd zeer belastende oorlogstrauma's effectief te behandelen. De Levita heeft hierover in zijn artikel in dit blad uitvoerig gerapporteerd. Een belangrijk gegeven is, dat de emotionele belasting van de confrontatie met zeer gruwelijke gebeurtenissen, zowel bij kinderen als volwassenen vrijwel volledig kon worden geneutraliseerd. Wat overbleef was de wetenschap, dat het was gebeurd, maar met loslating van de eraan verbonden emotionele belasting. Een ander positief aspect, waar De Levita eveneens op wijst, betreft het beperkt aantal sessies, dat voor een positief resultaat vereist is. Onze schatting is dat,

afhankelijk van de ernst van de gevallen, het aantal vereiste zittingen varieert van 5 tot 10 zittingen van een uur. Dit betekent dat met 100 apparaten gedurende een jaar bij de inschakeling van 100 therapeuten (1 apparaat per therapeut) tenminste 20.000 cliënten kunnen worden behandeld. Dit cliëntenbestand kan zeer wel uiteenlopende groepen en trauma's omvatten: kinderen, volwassenen, geweld, verkrachting en langdurige foltering en/of bedreiging onder zeer benarde omstandigheden. Hoewel het in dit stadium van het conflict illusoïr lijkt een dergelijke onderneming te entameren, geeft de gedane schatting wel aan dat een begin van beheersbaarheid van het immense probleem zich begint af te tekenen. Het is daarbij van het hoogste belang hulpverleners uit de eigen regio in te schakelen en hiervoor een trainingsprogramma te ontwikkelen.

### Noot

1. In sommige gevallen, wanneer er sprake is van een labiel constitutioneel evenwicht, kan het van belang zijn om de behandeling aan te vangen met een in een of twee zittingen uitsluitend bereiken van optimale relaxatie via de Respicon-methode en eerst daarna de desensitisatie toe te passen.

### Literatuur

- Bastiaans, J., Het KZ-syndroom en de menselijke vrijheid. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* vol. 118 (1974) 31, 1173-1178.
- Bettelheim, B., Individual and mass behavior in extreme situations. In: *Journal of Abnormal and Social Psychology* vol. 38 (1943) 417-452.
- Brom, D., R.J. Kleber en P.B. Defares, Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorders. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* vol. 57 (1989) 5, 607-612.
- Defares, P.B., Coping, social support and traumatic stress. In: J.D. van der Ploeg, P.M. van den Bergh, M. Klomp, E.J. Knorth en M. Smit (eds.), *Vulnerable Youth in Residential Care*. Leuven/Apeldoorn: Garant [z.j.].
- Defares, P.B. en D. Brom, De behandeling van het stressresponse syndroom. In: A.P. Cassee, P.E. Boeke en C.P.F. van der Staak (red.), *Psychotherapie de maat genomen*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1986.
- Defares, P.B. en P. Grossman, Hyperventilation, anxiety and coping with stress. In: C.D. Spielberger, I.G. Sarason en P.B. Defares (eds.), *Stress and anxiety* vol. 11. Washington D.C.: Hemisphere (1988) 127-140.
- Garmezy, G. en M. Rutter, *Coping and development in children*. New York: McGraw Hill, 1983.
- Grossman, P., J.C.G. de Swart en P.B. Defares, A controlled study of breathing therapy for treatment of hyperventilation syndrome. In: *Journal of Psychosomatic Research* vol. 29 (1985) 49-58.
- Hart, O. van der (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger, 1992.

Hart, O. van der, P.B. Defares en C. Mittendorff, Epiloog: trauma-behandeling en de persoon van de therapeut. In: O. van der hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger, 1992.

Horowitz, M.J., *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson, 1976.

Horowitz, M.J., *States of mind: Analysis of change in psychotherapy*. New York: Plenum Press, 1979.

Kleber, R.J., D. Brom, in collaboration with P.B. Defares, *Coping with trauma: Theory, Prevention and Treatment*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger, 1992.

Kohn, M., *Social Competence, Symptoms and Underachievement in Childhood*. New York: Wiley, 1979.

Meichenbaum, D., *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press, 1985.

Sarason, I.G. en B.R. Sarason, *Social support: Theory research and applications*. Dordrecht: Martinus Nijhoff, 1985.

Spielberger, C.D., E. Johnson, E. Russell, R.J. Crane, G.A. Jacobs en T. Worden, The experience and expression of anger: Construction and validation of an Anger Expression Scale. In: M.A. Chesney en R.H. Rosenkan (eds.), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. New York: Hemisphere, 1985.

Terr, L., Childhood traumas: An outline and overview. In: *American Journal of Psychiatry* vol. 148 (1991) 1, 10-20.

Wolpe, J., *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press, 1985.