

10. Over psychotherapie en trauma

Drs. W.A. de Jong

Introductie van de heer A.

Aan de hand van de geschiedenis van een van mijn patiënten, de heer A, wil ik kort het proces schetsen hoe een psychotherapeutische behandeling van ernstig getraumatiseerde mensen kan verlopen.

Mijnheer A, geboren in 1930, meldde zich ongeveer anderhalf jaar geleden bij onze instelling aan, met als klacht angstdromen en het zich zoals hij zelf zegt, 'voortdurend bezig moeten houden met wat ik in de Tweede Wereldoorlog heb meegemaakt'.

Zijn klachten waren anderhalf jaar voor hij hulp zocht begonnen op het moment dat zijn oudste kleinzoon elf jaar werd: de leeftijd waarop hij zelf in 1941 als kind, zonder aanleiding, naar een boerenfamilie in het zuiden van het land gestuurd werd. Zijn ouders zeiden hem dat hij moest vertrekken en nog diezelfde dag ging hij weg. De boerenfamilie was niet van zijn komst op de hoogte gesteld. Hij kon blijven, maar moest dan wel werken. Dat betekende dat hij, als elfjarige, 'dag en nacht' te werk gesteld werd. Hij mocht niet naar school, mocht zich niet bemoeien met de kinderen uit het dorp, kreeg nauwelijks te eten, mocht zich niet verzorgen, laat staan wassen. De oudste zoons van de familie vonden in hem een dankbaar object om hem te pesten, te slaan, te mishandelen. Tot overmaat van ramp werd op een gegeven ogenblik een Duits garnizoen ingekwartierd bij deze boer en moest mijnheer zijn slaappleats afstaan aan een officier. Hij sliep toen bij de soldaten op het stro, in een schuur, waar hij nacht na nacht door hen seksueel misbruikt werd. Wanneer hij een keer een officier een antwoord geeft wat de man niet bevalt, wil deze hem doden. Een collega officier schiet te hulp en weet mijnheer te redden. Na de bevrijding duurt het maanden voordat de familie hem opkomt ophalen.

Na de oorlog moet hij naar school met kinderen die veel jonger zijn, waarvoor hij zich intens schaamt. Toch weet hij een vak te leren, dat hij met succes uitoefent. Hij trouwt en sticht een gezin. Het huwelijk is harmonieus, hij heeft uitstekende contacten met zijn kinderen en kleinkinderen, iets wat gezien zijn eigen gezin van herkomst en dat wat hij heeft meegemaakt, een klein wonder mag heten. Hij is tot op late leeftijd een zeer actief sporter.

En dan volgt het klassieke verhaal: na zijn pensionering, nadat hij zich teruggetrokken heeft uit het verenigingsleven, en nadat hij verhuisd is en zijn vertrouwde omgeving verlaten heeft, beginnen de klachten: de angstdromen, de herbelevingen. Op het dieptepunt doet hij een poging een eind aan zijn leven te maken.

Behandelingsmethoden

Het is niet makkelijk in kort bestek iets te vertellen over de psychotherapie van zeer ernstig of vroeg getraumatiseerde mensen. Meichenbaum, een Amerikaans therapeut en onderzoeker, die alles wat op dit gebied speelt heeft samengevat, telt in zijn handboek al een kleine vijftigtal hoofdmethoden. De behandelingsvormen variëren van methodieken gebaseerd op breed aanvaarde stromingen als gedragstherapie of psychoanalyse, groepstherapie of creatieve therapie tot methodieken die ontleend zijn aan andere, voor ons meestal nauwelijks bekende culturen (bij voorbeeld Indiaanse), dan wel nieuwe methoden als EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), een methode die de pretentie heeft vanuit een meer neurologische basis te werken.

Het gaat nu te ver om uitgebreid in te gaan op de verschillen tussen al deze methoden. Interessanter is het te bekijken waarin ze overeenkomen. Ik zal me beperken tot de vraag naar het grondplan van psychotherapie voor getraumatiseerde patiënten.

In therapieland is men het er vrij unaniem over eens dat er een koppeling dient te zijn tussen diagnostiek, onderzoek en behandeling, zeer zeker wanneer het gaat om zogenaamde 'vroeg, langdurige' trauma's. De diagnostiek dient er op gericht zijn na te gaan welke de schokkende gebeurtenissen geweest zijn, maar ook: hoe zag iemands leven eruit voor dat deze gebeurtenissen plaats vonden? Wij proberen antwoord te krijgen op vragen als:

- denken wij als behandelaar contact met iemand te kunnen krijgen,
- wat is de draagkracht van de patiënt tegen over ons,
- behoort een ambulante behandeling tot de mogelijkheden?

Diagnostiek moet ons ook duidelijk maken hoe voorzichtig wij moeten zijn: kunnen/moeten wij als de behandeling vordert de patiënt de schokkende gebeurtenissen laten doorwerken, of moeten wij ons veelmeer richten op het draagbaar maken van het dagelijks leven? En ten slotte: moet het om een korte of langdurende behandeling gaan?

Bij iemand als mijnheer A, die als kind zeer ernstig getraumatiseerd is, wordt al snel aan een langer durende behandeling gedacht. Mijnheer heeft veel ellendige zaken meegemaakt, maar ook tot aan zijn pensionering met succes gewerkt. Hij heeft altijd veel plezier beleefd aan activiteiten, heeft een goede verstandhouding met vrouw en kinderen, wat duidelijk maakt dat hij langer durende relaties aan kan, dus ook een therapeutische relatie ...

Fasengerichte behandeling = veiligheid

Onafhankelijk van de methode die zij toepassen, maken traumabehandelaars in hun behandeling onderscheid naar een aantal fasen. In navolging van Judith Herman, schrijfster van het bijzondere boek *Trauma en Herstel*, spreken we van een fase van veiligheid, een fase van herinnering en rouw en een fase van herstel van verbondenheid. Veel getraumatiseerde patiënten zijn op het moment van aanmelding in min of meer deplorabele toestand. Patiënten, zeker zij die als kind ernstig getraumatiseerd zijn, melden zich vaak aan na een crisissituatie. Het zal duidelijk zijn dat het herstellen van een zeker evenwicht, een - voorlopige - stabiliteit en veiligheid, het eerste doel van de behandeling dient te zijn.

Wanneer ik mijnheer A. voor het eerst zie, nadat hij een poging tot zelfdoding heeft gedaan, maakt hij een ontredderde indruk. Het afnemen van een intake is nauwelijks mogelijk. De eerste gesprekken stelt hij aldoor dezelfde vraag: 'Hoe komt het dat ik nu deze klachten heb?' Hij is bang dat hij opnieuw een poging zal doen, dat zijn klachten nooit meer over zullen gaan; hij is bang om te gaan slapen, en is vooral bang om hetgeen gebeurd is met zijn vrouw en kinderen te delen. In die fase, waarin het creëren van veiligheid centraal staat, probeer ik zoveel mogelijk uit te leggen. Ik vertel onder andere dat zijn afweer er met het ouder worden en de veranderende omstandigheden, niet meer in slaagt de vele vreselijke gebeurtenissen uit zijn bewustzijn te houden. Ik leg hem uit hoe traumatische gebeurtenissen op mensen in kunnen werken, hoe mogelijk de voor hem zo verschrikkelijke angst-dromen en andere symptomen kunnen ontstaan. Op zijn verzoek beleg ik een aantal sessies met zijn vrouw en kinderen waarin we gezamenlijk overleggen hoe hij thuis het beste om kan gaan met zijn klachten. We praten erover dat hij zijn hobby's weer kan oppakken,

omdat dat activiteiten zijn waar hij vroeger plezier aan beleefde; we bekijken wie hem, als hij het moeilijk heeft, kan steunen en op welke manier. Ook maak ik een afspraak voor hem met een van de psychiaters van onze RIAGG, om na te gaan of hij baat kan hebben bij medicatie.

Langzamerhand lijkt er zeker vertrouwen en rust te ontstaan en we komen dan voor het eerst over zijn angstdromen te spreken. Op de dag van de capitulatie willen Duitse soldaten, jongens van zijn leeftijd, zich overgeven. Eén van hen wordt op luttele afstand van hem door een Amerikaan neergeschoten: in zijn slaap ziet en hoort hij deze soldaat voortdurend opnieuw sterven. Het praten over deze gebeurtenissen, het delen, het kunnen uiten van gevoelens die jarenlang onderdrukt zijn geweest maakt uiteindelijk dat in relatief korte tijd deze herbelevingen in ieder geval veel minder beladen en angstig worden.

Herinnering en Rouw

De tweede behandelingsfase, Herinnering en Rouw, staat in het teken van het zo goed en zo kwaad mogelijk omvormen van de vaak visuele traumatische herinneringen tot woorden zodat deze op die manier beter geïntegreerd kunnen worden en de patiënt controle over zijn herinneringen krijgt. In die fase wordt niet alleen over de belevingen als feiten gepraat. Vooral de gevoelsmatige kant komt aan bod en daarnaast andere zintuiglijke ervaringen. De therapeut kan verschillende technieken gebruiken om de gebeurtenissen te restructureren. Er zijn oude technieken als hypnose en nieuwe als EMDR. Er zijn technieken waarbij de patiënt op een systematische wijze gedoseerd opnieuw wordt blootgesteld aan datgene wat angst oproept, zodat die angst uitdooft. Daarnaast zijn er creatief therapeutische methoden als drama therapie of beeldende creatieve therapie.

Soms kan het vele jaren duren voordat met deze tweede fase begonnen kan worden. Traumatisering op jeugdige leeftijd maakt dat het basale vertrouwen dat nodig is om relaties met anderen aan te kunnen gaan soms zeer beschadigd is. Dat is bij voorbeeld het geval bij kinderen die op vroege leeftijd seksueel misbruikt zijn. In de therapie zal de patiënt altijd aspecten van wat hij of zij heeft meegemaakt herhalen. Er moet dus in ieder geval een relatie met de therapeut zijn die tegen een stootje kan.

Overigens zien we de laatste jaren een zekere kentering wat betreft het idee dat alle gebeurtenissen, 'doorgewerkt' moeten worden. Men neigt er steeds meer toe om alleen de kerngebeurtenissen te 'doorwerken' in plaats van alles.

Het zijn vooral de thema's angst en schaamte die bij mijnheer A. in de fase 'Herinnering en rouw' aan bod komen. Hij voelt schaamte dat dit hem alles overkomen is, schaamte dat hij jarenlang niet goed voor zichzelf heeft kunnen zorgen, schaamte dat hij zo intens bang geweest is wanneer hij door de Duitsers weer eens opgesloten werd, of toen granaten naast hem ontploften. De schaamte na de oorlog, toen hij met kinderen leesoefeningen moest maken. En schuldgevoelens omdat hij zich 's nachts niet verzet heeft, niet in opstand gekomen is tegen de sadistische boer en zijn even ellendige zonen, schuldgevoel dat hij de buurvrouw die hem op een kritiek moment geholpen heeft, nooit meer heeft opgezocht. En langzamerhand durft hij te vertellen hoe boos hij is, boos op de Duitse officier die hem wilde doden, boos op zijn ouders die hem wegstuurden, hem pas maanden na de oorlog kwamen ophalen, zijn brieven niet beantwoordden. We praten over zijn wraakgevoelens. Hij heeft kort na de oorlog wraak willen nemen, maar zijn broer heeft hem daarvan weerhouden.

De fase van herinnering en rouw is ook de fase waarin afscheid genomen moet worden van de illusie dat het onrecht hersteld kan worden en gerouwd moet worden om hetgeen door de traumatische gebeurtenissen verloren is gegaan. Voor mijnheer A. betekent dat vooral het oog in oog staan met het feit dat zijn ouders zich niet om hem bekommerd hebben. Het is het pijnlijke afscheid van de illusie zorgende, aardige ouders gehad te hebben, een afscheid van de jeugd die hij nooit gehad heeft.

In de fase 'herinnering en rouw' komen de gebeurtenissen steeds 'helderder, scherper', meer gevoelsmatig doorleefd en vooral meer gedetailleerd aan de orde. Nu hij zichzelf toestemming heeft gegeven om over deze zaken te praten, durft hij het aan om in mijn kamer weer dat kind te worden dat hij ooit geweest is, te voelen wat hij ooit gevoeld heeft ...

Herstel van verbondenheid

Vaak zien we dat de opdracht te rouwen zo moeilijk of pijnlijk is dat

de behandeling daarop afbreekt. In de daaropvolgende fase 'herstel van verbondenheid' zien we dat het slachtofferschap als het ware wordt afgelegd. De patiënt durft de schokkende gebeurtenissen te delen, kan er over praten zonder door emoties overspoeld te worden, durft het aan meer zichtbaar te worden. De patiënt wordt minder afhankelijk van de therapeut, meer gelijkwaardig. Hij of zij durft het weer aan anderen te vertrouwen. Maar vooral: het lijkt alsof het trauma de centrale plaats in het gesprek gaat verliezen: 'We praten al een tijd over andere dingen' is dan een veel gehoorde opmerking.

Mijnheer A. is in deze fase van de behandeling zelf actief op onderzoek uitgegaan, in de hoop dat hij op de plaats waar al deze zaken zich hebben afgespeeld nog getuigen kan vinden. Al eerder in de behandeling durfde hij het aan om met zijn kinderen te praten. De kinderen leven met hem mee, nu zij weten waarom vader de laatste jaren zo ongenietbaar was. Nog later gaat hij de gebeurtenissen opschrijven in boekvorm.

Ik hoop dat ik u heb kunnen laten zien dat traumabehandeling een proces is dat uit verschillende fasen bestaat. Deze fasen doen ieder een ander appel op de therapeut die daarbij van verschillende technieken gebruik maakt. Let wel, psychotherapie is veel meer dan het alleen maar toepassen van technieken. Het gaat altijd om een interpersoonlijk proces. 'De relatie is de hoeksteen van de behandeling' (aldus Bessel van der Kolk).

Traumabehandeling is een langdurig proces. Dat is jammer voor subsidiegevers, maar het is niet anders. Zaken als herstel van vertrouwen leer je niet in vijf zittingen. Wantrouw therapeuten die dat pretenderen!

Ik moet het hierbij laten. Rest mij nog te vermelden dat de behandeling van mijnheer A. geen happy end kent: een nieuwe calamiteit in zijn privéleven heeft gemaakt dat de frequentie van de behandeling is verminderd en wij voorlopig althans in veel mindere mate over het in de oorlog gebeurde zullen praten.

Literatuur

Herman, Judith Lewis, *Trauma en Herstel. De gevolgen van geweld: van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek, 1993.

Meichenbaum, Donald, *A clinical Handbook/Practical Therapist manual for Assessing and Treating Adults with Post Traumatic Stress Disorder*. Waterloo, Ontario: Institute Press, 1994.

Van der Kolk, Bessel A., *Psychological Trauma*. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1987.