

Haptotherapie: een bottom-up benadering bij trauma

Deze tekst is geschreven in de context van een nascholing voor haptotherapeuten met betrekking tot trauma. Het is de bedoeling om uiteen te zetten wat haptotherapie kan betekenen bij de verwerking van trauma. In de behandeling staan het lichaam, de stressfysiologie en het sociale betrokkenheidssysteem centraal. "De mens is bezielde lichamelijke". Dit fenomenologisch uitgangspunt heeft in de haptotherapie praktisch "handen en voeten" gekregen.

De mens leeft in zijn lichaam en drukt zich uit via zijn lichaam. Ontwikkelingstekorten en traumatische inbreuken hebben op de eerste plaats invloed op het lichaam. Ze raken ons als persoon, maar wat teveel is om te kunnen verdragen "duikt onder" in het lichaam. De schade toont zich verholten in de ontregeling van het stresssysteem, in de haptomimiek en via (ingehouden) bewegingen en gebaren. Schade is ook merkbaar door dat sociale verbindingen niet meer als veilig, maar eerder als potentieel gevaarlijk beleefd worden.

Haptotherapeuten zijn door hun opleiding en werk bekend met de eigen lichamelijke, de lichamelijke van de ander en weten wat wezenlijk sociaal zijn is. Dit laatste spiegelt zich in de onmiddellijke resonantie in relaties.

Met deze fijne afstemming op het lichaam, het gevoelsleven en het sociaal "mens-zijn" kan de haptotherapie een belangrijke bijdrage leveren aan de behandeling van trauma. De bijdrage van de haptotherapie is daarbij vooral bottom-up: het lichaam en het sociale betrokkenheidssysteem zijn de belangrijkste gesprekspartners.

Trauma, een inleiding: fysiologie, het verhaal, de onwerkelijke werkelijkheid, het defecte sociale betrokkenheidssysteem.

Binnen de traumatherapie is er de laatste jaren sprake van een paradigmashift, dat wil zeggen een verandering in wat breed erkend wordt als waar. Trauma wordt niet in de eerste plaats gezien als een psychisch of hersenprobleem, maar vooral en allereerst gesitueerd in het lichaam. Acute dreiging mobiliseert energie om zich te beschermen en te verdedigen. Spieren spannen zich aan om te vechten, vluchten, weg te duiken, uit te wijken. Als dat niet slaagt, staan getroffen bevroren en stijf van angst als een konijn in de koplamp. Of ze storten in, omdat ze overmeesterd worden door hulpeloosheid en verschrikking.

Door de erkenning dat trauma vooral en voornamelijk via het lichaam plaatsvindt, is er meer aandacht voor lichaamsgerichte verwerkingsprocessen. De aanpak van therapieën verschuift van bewust, analytisch /cognitief en verbaal naar onbewust, integratief en non-verbaal. Met andere woorden van top-down naar bottom-up.

Belangrijke pioniers in het wetenschappelijk veld zijn daarin o.a.: Bessel van de Kolk, Peter Levine, Stephen Porges.

Fysiologie

Het stresshormoonsysteem zorgt normaliter voor een bliksemsnelle reactie op gevaar om vervolgens snel terug te keren naar een evenwicht. Bij PTSS gebeurt dat niet. Vecht-, vlucht- en verstijfreacties blijven actief nadat het gevaar geweken is. Het lichaam gaat door met stresshormonen afscheiden met als gevolg een voortdurende agitatie en paniek. Op de lange termijn richt dit een ravage aan voor de gezondheid.

Niet alleen het stresshormoonsysteem, maar ook het autonome zenuwstelsel komt bij trauma onder druk. De twee takken van het autonome zenuwstelsel (AZS) opereren niet noodzakelijk gescheiden en afwisselend van elkaar. Dit kan erop neerkomen dat zowel de sympathische als de parasympathische tak tegelijkertijd in hoge activatie gaan. Het gaspedaal en de rem zijn als het ware tegelijkertijd ingedrukt. Dit leidt tot de freeze reactie: het lichaam kan geen kant op, is niet meer in staat tot reageren en wordt stokstijf. Levine noemt dit “tonic immobility”. Dit gaat gepaard met een enorme overprikkeling (hyperarousal) die vaak geen andere uitweg heeft dan dissociatie.

Na een trauma ervaart getroffene de wereld door een ander zenuwstelsel. Trauma verstoort bijvoorbeeld het verwerkingsproces van de thalamus. Daardoor integreert zintuiglijke informatie niet meer tot een coherent geheel, maar fragmenteert. De amygdala, door van der Kolk “de rookmelder” genoemd, stuurt bij dreigend gevaar waarschuwingssignalen in de vorm van een hoge afgifte van stresshormonen. Wanneer er geen herstel plaats vindt, blijft de “rookmelder” te hoog afgesteld. Daardoor blijven mensen zich zenuwachtig, opgewonden en angstig voelen.

De hoge staat van alertheid leidt ertoe dat bij mensen met PTSS alle sluisdeuren wijd open staan. Ze worden constant zintuiglijk overbelast met indrukken. Dit gebrek aan filter moet worden gecompenseerd, bijvoorbeeld door tunnelvisie, hyperfocus, vervlakking en/of middelengebruik.

De energie die gaat zitten in de fysiologische stress, kan leiden tot een reeks lichamelijke symptomen, zoals fibromyalgie, chronische vermoeidheid en andere auto-immuunziektes. Maar ook tot fysieke klachten zonder dat er een duidelijke lichamelijke oorzaak voor gevonden wordt. Dit kunnen gefragmenteerde somatische herinneringen zijn van werkelijke ervaringen.

De verbale aanpak door het vertellen van het verhaal is niet voldoende. Het onder woorden brengen van de paniek heeft niet noodzakelijk effect op de alarmtoestand van het lichaam. Het is óók en vooral het lichaam dat moet leren dat het gevaar geweken is en dat het leeft in de onbedreigde realiteit van het heden.

Het verhaal

Trauma is daarom veel meer dan een gebeurtenis uit het verleden. Belangrijker dan de gebeurtenis zelf, zijn de sporen die trauma in het lichaam heeft nagelaten. Natuurlijk wil het verhaal verteld en gehoord zijn, zeker wanneer er sprake is van een *shocktrauma*. Het liefst in een context waar mensen op je betrokken zijn. Dat helpt, kalmeert het stresssysteem en geeft de gebeurtenis een plaats in een veilige wereld.

Naast (eenmalige) shock trauma's, zijn er langdurige en ontwikkelingstrauma's. In alle gevallen hebben die te maken met de fysiologie van het stresssysteem, het lichaam dus. Bij het herstellen van een shocktrauma is sociale steun en herstel van het stresssysteem het belangrijkste. Bij een ontwikkelingstrauma zijn er meer zaken van belang. Naast de effecten op de fysiologie is er sprake van sociale vertrouwensschade. Ontwikkelingstrauma heeft een grote invloed op de hechting. Er kunnen problemen in de organisatie van de persoonlijkheid ontstaan, mede als gevolg van de afhankelijkheid van de hechtingsfiguren.

Bij vroegkinderlijk trauma is insteken op stressregulatie niet voldoende, omdat aan sociale relaties geen veiligheid ontleend wordt. Dus ook niet aan de therapeutische relatie. Het creëren van vertrouwens is dan ook een eerste opgave. Daar waar sprake is van ontwikkelingstrauma moeten de therapeut tevens kijken hoe de client beschermings- en verdedigingslijnes heeft opgebouwd om angst te voorkomen. Hoe de persoonlijkheid nog steeds uitgaat van de waarheid van vroeger. Hoe het bestaan zich vormt rondom vermijding van gevaar. Dat kan fysiek gevaar zijn, maar ook

(vermeend) verlies van de sympathie van belangrijke mensen. Vermijding is ingeweven in elk handelen. Wanneer gevaar vermoed wordt, liggen bevroering en dissociatie nog steeds op de loer.

Het werken met vroegkinderlijk trauma gebeurt bij voorkeur in samenwerking met een psychotherapeut. Waar de psychotherapeut laagje voor laagje de persoonlijkheid verkent, richt de haptotherapeut zich op de lichamelijkeheid. Hij kan de cliënt helpen de lichamelijke tekenen van overprikkeling en freezing, te leren herkennen. Hij kan de cliënt helpen toegang te vinden tot zijn lijf en (nieuwe) beweging aanmoedigen. Ook kunnen nieuwe ervaringen ontstaan in het beleven van veiligheid in sociaal contact. Dit is vaak niet zonder moeilijkheden. De therapiesituatie op zichzelf is bedreigend; er kan van alles boven komen. Cliënten hebben ook in therapie vaak het gevoel in de val te zitten, niet weg te kunnen.

De onwerkelijke werkelijkheid

Het scheppen van voorwaarden voor een veilige relatie is niet genoeg. Veiligheid moet ook herkend en ervaren worden. Mensen in een toestand van hyperarousal, tonische immobiliteit of hypoarousal zijn afgesloten van hun sociale betrokkenheidssysteem. De cliënt die dissocieert gaat uit contact, letterlijk fysiologisch "offline". Daardoor is het moeilijk in te schatten of de therapeut te vertrouwen is of niet, vriend of vijand is. De cliënt heeft vaak moeite met het aflezen van positieve emoties en empathie. Ondersteuning wordt vaak slecht ontvangen en geïntegreerd.

Dissociatie is de essentie van trauma. De persoon die dissocieert, ervaart gevoelens van verlorenheid, verlating, zich van binnen niet echt voelen, overspoeling, onthechting van de wereld etc. Het beeld dat men van zichzelf heeft is als onbemind, leeg, gevangen, hulpeloos en een vreemde in de wereld. Dissociatie kan zich op heel verschillende manieren voordoen: als schrik, boosheid, afsluiten, wegrennen, lijkleek worden, gedachtendwaling, migraine krijgen, hoge hartslag, stijging van bloeddruk. Ook: als je wazig voelen, een wattenhoofd hebben, duizelig zijn, het gevoel of er een glasplaat tussen jou en de wereld zit. Voor de therapeut is de dissociatie niet alleen merkbaar via deze verschijnselen, maar ook aan de eigen lichamelijke resonantie. Zo dwaalt hij bijvoorbeeld af.

Dissociatie betekent voor de persoon tegelijkertijd weten en niet-weten. Als je niet kunt verdragen wat je weet of voelt, is de enige uitweg ontkenning of dissociatie. Dissociatie is daarmee de werkelijke onwerkelijkheid. Of de onwerkelijke werkelijkheid. Altijd is er verwarring en onbehagen.

Triggers hebben de uitwerking van een reëel waargenomen actueel gevaar en niet als iets dat al gebeurd is. Het werkelijke gevaar is dat de cliënt in het hier en nu overspoeld is door het autonome zenuwstelsel en zich dus bang voelt. Het is alsof de cliënt onbewust concludeert dat als je zo bang voelt, er ook iets moet zijn. Het gevaar kan overal schuilen: van binnen in je lichaam of in de buitenwereld. Het leidt ertoe dat mensen overal gevaren zien en zo nodig zoeken; de waarneming vertekent!

Dit pleit voor één enkele oplossing: geruststelling van het stresssysteem! En daarmee een terugkeer uit de dissociatie, de freeze en de hyperarousal.

De regulatie van stress; de polyvagale theorie van Porges

Het gangbare model van stress en ontspanning is gebaseerd op de herkenning van twee kringlopen: het sympathische- en het parasympatische systeem. Het sympathische systeem wordt gezien als een actieve respons op stress bij dreiging en gevaar. Het parasympatische zorgt voor de ontspanning en is geassocieerd met de nervus vagus. Porges (2011) ontdekte echter dat de nervus vagus twee verschillende takken heeft: naast de fylogenetisch oude dorsale tak is er de gemyeliniseerde ventrale tak. Deze evolutionair jongere tak komt alleen voor bij zoogdieren (dús ook mensen) en activeert het sociale betrokkenheidssysteem.

De polyvagale theorie van Porges leidt tot de constatering dat het autonome zenuwstelsel niet twee, maar drie fundamentele fysiologische toestanden regelt. Porges beschrijft daarnaast nog twee zgn. hybride staten waarin de ventrale vagus actief is en samenwerkt met het sympathische- dan wel parasympatische systeem. De mate van veiligheid bepaalt welke toestand wordt geactiveerd.

Porges stelt dat wanneer we ons bedreigd voelen instinctief overschakelen op het eerste veiligheidsniveau: *het sociaal appel* (ventrale vagusactivatie). Als er niemand te hulp schiet valt het organisme terug op een primitievere manier van overleven: *vluchten of vechten* (de sympathicus wordt actief). Als we daarin falen, probeert het lichaam om zichzelf af te sluiten en zo min mogelijk energie te verbruiken. We bevinden ons in een toestand van *verstijving of ineenstorting* (dorsale vagusactivatie).

Rosenberg, (pg. 30 e.v.) neemt het sprookje van “Goudlokje en de drie beren” als metafoor om de drie staten van het autonome zenuwstelsel (AZS) te beschrijven.

“Goudlokje wandelde alleen in de bossen, toen ze bij een huisje kwam, dat aan drie beren behoorde. Ze klopte op de deur, maar niemand deed open. Omdat ze hongerig was, besloot ze om naar binnen te gaan. Daar zag ze drie borden met pap op de tafel staan. Toen ze proefde, merkte ze dat het eerste te heet was, het tweede te koud en het derde precies goed. Nadat ze het derde bord pap leeg had gegeten, zag ze drie bedden en ze besloot om een tukje te doen. Het eerste bed was te hard, het tweede te zacht. Het derde was precies goed, dus daar ging ze op liggen en ze viel tevreden in slaap”.

Doorvertaald naar de staten van het AZS:

- Wanneer de ventrale tak van de nervus vagus actief is, zorgt die voor een positieve staat van ontspanning en sociale betrokkenheid. Het bordje pap is precies goed van temperatuur en consistentie. Het lichaam is ontspannen, wakker. Spiertonus, hartslag en ademhaling passen zich soepel aan.
- Als sympathische activiteit overheerst, is de pap te heet en het bed te hard. De temperatuur en de hartslag stijgen, het metabolisme gaat omhoog, de adem jaagt, de spieren worden hard en de emoties lopen op.
- Wanneer de parasympatische activiteit, de dorsale tak van de nervus vagus, het heeft overgenomen, is de pap te slap, te zacht en te koud. Spieren en vaten worden slapper, de hartslag wordt langzamer, evenals de ademhaling. De metabolische activiteit loopt terug, waardoor freezing bevorderd wordt. Dit kan leiden tot volledige shut-down, of in mildere toestand tot verlies van contact met de omgeving en depressief gedrag.

Daarnaast onderscheidt Porges twee mengtoestanden, waarin activiteit van de ventrale nervus vagus samenwerkt met een van de beide andere systemen. Doordat het sociale betrokkenheidssysteem “aan staat” ontstaat veiligheid.

- Wanneer niet alleen de dorsale tak, maar ook de ventrale tak actief is, kunnen we ontspannen en rustig zijn zonder angst. “Afschakelen” en toch “erbij” zijn. We kunnen intimiteit ervaren, vrijen en tevreden samen zijn.
- Wanneer de fight en flight responsen van de sympathicus samenwerken met de ventrale vagus kan er competitie en spel ontstaan: er is activiteit en mobilisatie zonder angst.

De rol van sociale betrokkenheid

Als we merken dat de omgeving veilig is, onderdrukt het sociale betrokkenheidssysteem de primitieve limbische-en hersenstamstructuren. Bij dreiging of onrust kijken we eerst om ons heen.

Als vervolgens “pro sociaal” gedrag de dreiging niet kan neutraliseren dan wordt de flight-fight respons gemobiliseerd. Of de laatste verdedigingslinie: immobiliteit, afgeslotenheid en dissociatie. In no time schakelen we bij zware stress over op de primitieve systemen. Pas als de regressie is teruggedraaid, worden de meer verfijnde functies weer actief. Hoe primitiever het “operationele systeem”, hoe meer kracht het heeft om de hele functie van een organisme over te nemen.

De “shut down” is een verdedigingsmechanisme en vaak de beste en enige reactie die het lichaam in nood voorhanden heeft. Het immobiliteitsysteem gijzelt echter het sociale systeem bijna volledig. Als je doodsangst hebt, is er geen ruimte voor sociale betrokkenheid. Wanneer daarnaast het dorsale vagale systeem chronisch overheerst, word je beroofd van levensplezier, helderheid en productiviteit. Je komt in de “koude symptomen” van depressie, leegte en hopeloosheid en je waardeloos en nutteloos voelen. En dat niet alleen: er is veel rusteloosheid en ook schaamte. In extreme gevallen is er een voortdurend gevoel van diffuse vervreemding en dissociatie.

Veel slachtoffers van trauma “verkiezen” daarom paniek en razernij boven de vervlakking en leegte. Het aanzwengelen van de vecht- of vluchtreactie geeft een gevoel van kracht en energie. Misbruikte en getraumatiseerde mensen hebben vaak het idee dat ze werkelijk tot leven komen als ze echt in gevaar zijn, terwijl ze verdoofd raken in situaties die objectief gezien veilig zijn. Maar ook sympathische overactiviteit blokkeert het systeem van sociale betrokkenheid, echter niet zo volledig als bij immobilisatie.

Voor getraumatiseerde mensen is het dus van het grootste belang dat het sociale zorgsysteem en de wederkerigheid weer op gang komt. Zolang het sociale betrokkenheidssysteem werkt, is het gevaar voor ontregeling minder groot. In een goed therapeutisch contact kan een positieve feedback lus ontstaan tussen gevoelde sociale veiligheid en ontspanning van het ventrale vagus complex.

De ventrale nervus vagus is verbonden met de craniale zenuwen, die de gezichtsspieren en stembanden aansturen. Het brengt de spieren in keel, middenoor, hart en longen in beweging. Het vagus systeem is heel verfijnd en organiseert hechting, verbondenheid en bewerkstelligt emotionele intelligentie. Er is dus veel voor te zeggen om te kijken of de belangrijkste craniale zenuwen goed werken. En of de spieren en het weefsel waarmee ze in verbinding staan, kunnen ontspannen.

Rosenberg, (2017) cranio-sacraal therapeut, bekend met Porges, ontwierp een serie (zelfhulp) oefeningen, die helpen de vagus zenuw te reguleren. Zijn oefeningen zijn bedoeld de veerkracht en het rustig functioneren van het autonome zenuwstelsel te bevorderen. Zó, dat diepe ontspanning, goede slaap en heling van kwetsing en trauma bevorderd wordt. Ze helpen negatieve chronische stress te verwijderen die ontstaat uit de sympathische tak van het stresssysteem. Ook helpen ze de depressieve kant te verminderen die het gevolg is van een te hoge activiteit van de dorsale tak.

De consequenties voor traumatherapie: het belang van de “window of tolerance”.

Porges verbindt de drie basale staten van het autonome zenuwstelsel aan de drie lagen van het brein, die door hun evolutionaire ontwikkeling een hiërarchische ordening hebben. Hoe groter het gevaar, hoe meer we terugschakelen naar oudere systemen. Porges gebruikt de metafoor van verkeerslichten om dit te illustreren.

Groen licht is de toestand waarin we actief zijn zonder spanning of ontspannen zonder angst. Bij groen functioneert het sociale betrokkenheidssysteem. Oranje geeft aan dat we dreiging waarnemen die niet levensgevaarlijk is. We kunnen dus nog bewegen en opletten, maar zijn niet in staat om nog helder te denken. Oranje licht is gerelateerd aan het limbische systeem. Het rode licht staat voor levensbedreiging en bevrozing. De beschermende reflexen vanuit het reptielenbrein worden actief.

Deze verschillende mentale en fysiek condities die het verkeerslicht aangeeft, zijn voor de haptotherapeut onmiddellijk voelbaar bij aanraking. Ook het merendeel van de cliënten blijkt de verschillende graden van veiligheid in die termen goed te kunnen voelen.

Het verkeerslichtsysteem geeft een goede indicatie of we nog binnen het venster van verdraagbaarheid werken, de zgn. "window of tolerance". De therapeut moet ervoor waken dat hij geen relationele dynamiek herhaalt die een belast verleden activeert. Of met de cliënt te diep of te snel in een zwaarbelaste geschiedenis duikt. Ook moet de therapeut binnen zijn eigen "window of tolerance" blijven. Dat wil zeggen dat hij onzekerheid en zijn eigen lichamelijke sensaties kan verdragen, terwijl hij vaste grond onder de voeten houdt.

Om een cliënt binnen het tolerantievenster te kunnen houden, moet de therapeut soms snel schakelen tussen activeren en remmen. Activeren bij hypoarousal en remmen bij hyperarousal. De therapeut neemt zo weinig controle als mogelijk is, en zoveel als nodig is. Als het even kan neemt hij de cliënt mee in dit controleproces, zodat deze leert daar zelf keuzes in te maken. De therapeut kan de cliënt eraan herinneren dat hij nu in aanraking is met traumatische tijd. Hij kan vragen de herinnering terzijde te stellen om plaats te maken voor een hier en nu focus. Hij kan cliënten keuzes voorleggen, bijvoorbeeld "voelt het fijner zus of zo, helpt het meer of minder wanneer je dit doet, wil je vertellen wat er gebeurt of vind je het fijner om het wat te laten bezinken?"

Fenomenologie, een filosofie van de lichamelijke als vertrekpunt van haptotherapeutische traumabehandeling

Het lichaam is voorwaarde voor elk weten omtrent jezelf. Het is geen taxi voor de hersenen, geen huis of ding dat je kunt verlaten. Het heeft "een leven van zichzelf" waar je persoonlijk mee verbonden bent. Je bent een lichaám. In de lichamelijke laat de persoon zichzelf zien als een eenheid van lichaam en geest. Hij toont zijn manier van lichamen in de wereld zijn. Veldman gebruikt hiervoor de term "vitale presentie".

Om onze lichamelijke identiteit te begrijpen zijn een paar grondgegevens van belang.

Een eerste gegeven is dat het lichaam nooit op zichzelf bestaat. Een lichaam is altijd een lichaam in de ruimte, is daarvan niet te isoleren. Door deze ruimtelijke uitgebreidheid ben je van het begin tot einde verbonden met anderen. De mate van uitgebreidheid, respectievelijk begrenzing, verschilt per persoon en ook per moment. Veldman geeft in de beschrijving van zijn Bestaans- en Zijnswijzen een continuüm aan van sterke (verstandelijke) beslotenheid in zichzelf naar affectieve ontgrenzing.

Een tweede gegeven is het feit dat het lichaam een weten van zichzelf heeft. Onze eerste identiteit is een lichamelijke. Voordat we ons vermogen tot taal en denken ontwikkelen, verwerven we onbewuste impliciete kennis omtrent onszelf en de wereld: ons lichamen weten.

Belangrijk is ook dat de manier waarop we ons gedragen berust grotendeels op zgn. "primaire procedurele regels". (Dorens en Stern in Trautman-Voigt, pag. 25). Primaire procedurele regels zijn gevoelsmatige gewoonten die zich vormen in kleine en grote interacties in de vroege kindertijd. Stern noemt dit "affect-motorische schema's": patronen die bestaan uit gevoel en beweging. Tot deze gevoelsgewoonten heb je geen bewuste toegang: je kunt je niet herinneren hoe je ze geleerd hebt. Procedureel weten is niet talig: "het wordt gehandeld".

Ook tot inprentingen en gevoelsgewoonten die het gevolg zijn van trauma heb je slechts beperkt toegang. Je handelt en voelt vanuit een automatisch "geloof" dat niet op denken en inzicht berust. Je gelooft op een "procedureel" niveau. Procedureel weten huist in het impliciete geheugen. De toegangssleutel tot het impliciete geheugen ligt in de lichamen.

Het lichaam beschikt over helpende eigen vermogens om zichzelf bewust te leren kennen. Petzold spreekt van het bekwame lichaam. Hij onderscheidt het perceptieve, expressieve, memoratieve en resonantie bekwame lichaam. (Petzold, 1988/ Petzold e.a.in Waibel-Jakob-Krieger, pag 8 e.v.)

- Het perceptief bekwame lichaam: neemt met alle zintuigen waar. Waarnemen kan een gericht waarnemen zijn met een focus. Veel van de percepties zijn echter “ontvangend”: ze “doen iets” in je diepste innerlijke systemen. Via luisterend waarnemen kun je komen tot gewaarworden en gewaar zijn, besef en beleving.
- Het expressieve bekwame lichaam: geeft uitdrukking aan intenties en emoties. De expressie van het lichaam toont zich als gedrag in houding en beweging, woord en gebaar. Het lichaam is snel en informatief; het heeft geen tijd om te liegen. Het geeft directe feedback over de innerlijke beleving door te reageren met openen en sluiten, spannen en ontspannen. Het toont behoeften aan bescherming, aan ruimte, aan nabijheid. Het laat pijn, trots en schaamte zien.
- Het memoratief bekwame lichaam: slaat op wat we meemaken in een belichaamd geheel van sferen, motorische, zintuiglijke en talige indrukken. Deze treden grotendeels terug in het bewustzijn. Ze zijn een permanente achtergrond waaruit elementen weer naar voren kunnen treden in het hier en nu. De oude geprogrammeerde paden zijn lijfelijk in ons aanwezig. Door ze te herkennen, bewust te worden en te toetsen op wenselijkheid en bruikbaarheid kunnen we een keuze maken ze te (blijven) volgen of nieuwe paden aan te leggen.
- Het resonantie bekwame lichaam: functioneert als een fijn afgestemde klankkast, die atmosferen, gevoelens en situaties laat weerklinken. Hoe meer we in ons lichaam wonen en het kennen, des te gevoeliger en lichaamseigener ons resonantievermogen. Ons brein beschikt over spiegelneuronen die ons in staat stellen intuïtief te 'voelen' wat een ander voelt. Spiegelneuronen lijken de basis te zijn van empathie. Ze zijn in de genetische aanleg aanwezig, maar moeten ontwikkeld worden, als het ware “ingespiegeld” door contact met andere mensen. Het vermogen tot resoneren – tot empathie- is niet alleen een belangrijke levensvaardigheid, maar voor de therapeut ook “werk materiaal”.

Het werk van de haptotherapie steunt voornamelijk op aanwezigheid in relatie, het verfijnen van de perceptie en op resonantiebekwaamheid. Vanuit de basis van aanwezigheid en wederkerigheid in de relatie, komt “zijn in verbondenheid” op, waarin therapeut en cliënt op de eerste plaats mens zijn. En waarin de therapeut respect heeft voor de inherente bekwaamheden van elk lichaam. Die vermogens tonen zich in een veilig “houdveld”, in een veilige, niet invasieve relatie.

De niet invasieve relatie: een “houdveld van aanwezigheid”

Het uitgangspunt dat het lichaam zijn eigen bekwaamheden heeft, mogen we nooit uit het oog verliezen. Het lichaam is in beginsel zelfregelend, zelfhelend en zelf integrerend. Het vindt de best mogelijke oplossingen, ook in de moeilijkste omstandigheden. De sleutel om als therapeut de eigen wijsheid van het lichaam te kunnen waarnemen, ligt in de bekwaamheid om aanwezig te zijn en oprecht ontvankelijk te zijn. Het is de kunst om stil te zijn en te luisteren vanuit een ruim waarnemingsveld.

Frans Veldman, (pg 71 e.v.) beschrijft het haptonomische “stillpoint” als “een dynamisch punt van anticiperende happerceptie”. Het woord happerceptie is een samenvoeging van hapsis en perceptie. Het is een aanwezig zijn, ondersteund door aandachtige en gevoelsmatige betrokkenheid.

“Het *stillpoint* realiseert een *ontmoeting*, die niet door tijd of ruimte wordt begrensd, maar zich openbaart in haar natuur van betrekkelijk oneindige relatie, zonder grenzen en zonder beperkingen. Het is een punt dat ruimte noch tijd kent, daar zij zowel ruimte als tijd is. Een punt dat geen beweging heeft en toch beweging is. Een subtiel punt voor leven, levensdrang, vitaliteit,

waakzaamheid, aandacht en veiligheid, van deelname in betrokkenheid. Door haar bevestigende natuur schept het *stillpoint* een omgeving van vertrouwen en veiligheid”.

In deze stilheid en ruimte neemt de therapeut de cliënt op in een uitgebreid ruimtelijk veld. Zo creëert hij als het ware een “houdveld”. De term houdomgeving (holding environment) komt uit het psychoanalytische werk van Winnicott. Het verwijst naar de aard en kwaliteit van het “relationele veld” in de vroege kindertijd. Idealiter leveren de primaire verzorgers een empathisch, passend, niet invasief antwoord, zodat het kleintje kan leren over zichzelf en anderen. Het houdveld beschermt tegen inbreuken, zodat het kind in een open zijnstoestand kan blijven, zonder een zogenaamd “vals” zelf te moeten ontwikkelen.

Het “relationele veld” is gekoppeld aan de erkenning, dat zowel behandelaar als cliënt op een wederzijdse reis zijn. Processen zijn nooit afgescheiden. Wat kan opkomen bij de cliënt kan zich alleen verdiepen aan de aard van de relatie. We moeten als therapeut in essentie dus leren tot rust te komen en een zo eenvoudig mogelijke staat van zijn binnen te gaan. Dit is het soort veld waarin de cliënt op zijn of haar beurt tot rust kan komen.

Terwijl de cliënt in een ruimtelijk bewustzijnsveld “gehouden” wordt, schenkt de therapeut niet enkel aandacht aan wat opkomt, maar ook aan de dynamische stilheid waaruit het ontstaat. Terwijl hij tot rust komt in het aandachtsveld gericht op het proces van de cliënt, ontstaat er een diepere zijn- tot- zijn verbinding. Geen naam ontmoet geen naam! Zijn ontmoet zijn.

Het is gemakkelijk om enkel te focussen op leed, stoornissen en vervormingen, het verhaal, wat verkeerd gegaan is en schijnbaar pathologisch. Het is verleidelijk gericht te zijn op analyses, diagnose en interventies.

Maar wanneer er een relationeel houdveld tot rust komt, kunnen thema’s, pijn en verwonding in hun eigen volgorde opkomen. Het “inherente behandelingsplan” van de cliënt, geeft dan een oriëntatie wat dient te gebeuren. Dit loopt niet per se langs de lijnen van de analyse van de behandelaar, maar komt voort uit de eigen inherente gezondheid en het bekwame lichaam. Veel vaker dan gedacht, moet men als behandelaar gewoon uit de weg gaan en luisteren.

De eerste fundamentele vaardigheid voor de therapeut om te ontwikkelen, is de bekwaamheid om de eigen geest stil te laten worden. Een volgende is het creëren van een ruimtelijk veld, waarin deze kan rusten. Om dit te kunnen- rustig van geest te zijn in een ruimtelijk veld- is het belangrijk je te richten op het hart of de basis, twee natuurlijke rustplaatsen om te zijn. Het is belangrijk om een gevoel te hebben voor je eigen lichamelijke midden. Niet te hoog niet te laag, niet teveel naar voren, niet teveel naar achteren, naar links of rechts.

Van daaruit is het zaak om een duidelijk relationeel veld en houdomgeving te “onderhandelen”. (Sills (2011). Het gaat hierbij om het afstemmen van afstand, nabijheid, de mate van affectie en ook de afstand van de aandacht. Wanneer er rust in het relationele veld ontstaat, is dat merkbaar als fysiek kalmer worden, verlangzaming, verruiming van de lichamelijke uitgebreidheid, toegenomen basispresentie en het dalen van het arousalniveau.

Als behandelaar luister je met een ruime en stille waarneming waarin je niets nodig hebt, noch iets verwacht. Je luistert naar wat opkomt aan (geconditioneerde) patronen, activering van het zenuwstelsel, sensaties en emoties die zich willen doorzetten, een specifiek woord of een speciale zin die gehoord wil worden.

In het luisteren, gezien zijn en gehoord zijn, ligt het begin van de oplossing van de traumatische klachten en patronen.

De aanraking op de grens

Het middel bij uitstek dat de haptotherapeut ter beschikking staat is de aanraking. Els de Graaf (2013) noemt in haar artikel een aantal belangrijke voordelen die aanraking kan bieden.

- Aanraken kan helpen angst te reduceren.
- Dat wat in therapie gebeurt, wordt beter herinnerd.
- Bij een goede aanraking is er meer vermogen emotie toe te laten omtrent pijnlijke ervaringen.
- Rechtstreeks fysiek contact geeft bescherming tegen desintegratie.
- Het gevoel van veiligheid, oriëntatie en controle over de situatie groeit het snelst wanneer er aangeraakt wordt.

Aanraking kan schaden als de therapeut vermoeid is, als hij niet goed in zijn vel zit, wanneer er agressieve gevoelens zijn of er een seksuele lading speelt. Aanraking schaadt ook als de therapeut overbetrokken is, als het lichamelijke contact niet authentiek is en er te vroeg of onverwacht wordt aangeraakt.

Het “onderhandelen van de aanraking” is een essentieel aspect in de behandelaar cliënt relatie. Mag er aangeraakt worden? En waar? En hoe? Hoeveel lichtheid is nodig om ruimte te geven, hoeveel druk om voelbaar te zijn? Waar is de aanraking nog voldoende receptief, heeft hij nog luisterintentie? Waar dringt hij zich op en wordt hij veranderzuchtig? Waar brengt de aanraking defensieve reactie bij de cliënt in het geweer. Mogen die er zijn en kunnen die in contact gebracht worden?

Het is verleidelijk om in de val te trappen van iets doen, verandering te willen en ergens grip op willen krijgen. Of te indringend en dwingend in aandacht te worden, omdat je denkt iets op het spoor te zijn. Je kunt dan gemakkelijk te invasief zijn, onbewust grensoverschrijdend zijn, te veel binnendringen in het systeem van de cliënt.

Een ander probleem kan de grenservinging zijn. Is datgene wat ik voel van mij of van hem/haar? Is die pijn van hem/haar of van mij? Is dit mijn intentie of de zijne/hare. Van wie is de ademnood?

Wanneer je gegrond bent in een “innerlijk neutraal”, een duidelijke oriëntatie hebt op je eigen middellijn en ruimte, dan kun je deze grensproblemen onderscheiden en op helderen.

Els de Graaf geeft in haar artikel een volgorde van stappen in therapie aan waarbij ze tevens een aantal met elkaar verweven grenskwesties behandelt:

- Het ervaren van de grenzen in afstand en nabijheid.
- Het ervaren en herkennen van de innerlijke beweging van ja of nee.
- Het ook daadwerkelijk nee zeggen.
- Het laten voelen van de contouren van het lichaam. Daarmee wordt de begrenzende en omhullende functie van de huid benadrukt en de strikt persoonlijke ruimte daarbinnen.
- Vanuit het besef van contour en omwanding met de steun van de therapeut, kan het openen naar binnen worden aangegaan.
- Dan kan vanuit het gevoelde zelf weer verbinding worden gemaakt met de buitenwereld.

Aanraken en de kalmerende werking op het stressstelsel

Affectieve aanraking levert – mits gewenst en op maat – een wezenlijke bijdrage aan de geruststelling van het stress-systeem. Stressreacties worden aangestuurd vanuit de oudere delen van de hersenen (reptielenbrein en limbisch systeem). Via de aanraking kan bij de cliënt de boodschap doorkomen dat het goed is zoals je bent, dat het oké is hoe je je voelt. De geruststelling valt af te lezen aan het feit dat spieren en weefsel verzachten, de huid versoepelt. De hartslag wordt rustiger, de adem verdiept, de alertheid vermindert en de geest kalmeert.

Via aanraking kan de therapeut de cliënt gidsen naar zijn bekkengebied: het lichaamszwaartepunt, de lichamelijke basis. Bij mensen met PTSS is dat vaak – met reden-bedreigend. Angst zorgt ervoor dat mensen zich uit het bekkengebied terugtrekken, doorgaans naar de “bovenkamer”: het hoofd. Weggaan uit de basis, gaat gepaard met een verkrampte alertheid in het hele lichaam en in het uiterste geval met dissociatie. Wanneer mensen daarentegen de weg terug durven gaan naar basis en gronding, kan daar een lichamelijk rust en resetpunt gevonden worden bij dreigende angst, verwarring en stress.

Gewaarworden en gewaarzijn

Om posttraumatische reacties te kunnen veranderen, is het nodig toegang te krijgen tot de hersenen. Meer specifiek: we moeten de mediale prefrontale cortex activeren, het enige punt in de hersenen waar verbinding bestaat tussen het primitieve brein en de cortex. Het middelpunt daarvan is het gewaarzijn. Neurowetenschappelijk onderzoek laat zien dat de enige manier waarop gevoelens kunnen veranderen, stoelt op bewustwording van onze innerlijke ervaringen en verzoening met wat er van binnen gebeurt.

Gewaarwording vormt het verbindingspunt tussen de geest en het lichaam, het punt waar fysieke en mentale verschijnselen een voor elkaar verstaanbare taal vinden. Het haptonomisch woordenboek (Veldman, Soler 2006) beschrijft gewaarwording als een prikkeling van een (of meer) zintuigorganen. Gewaarwordingen laten gedurende onbepaalde tijd geheugensporen na. Het kunnen korte impressies zijn, indrukken die langer nablijven, maar ook engrammen, die duurzame kenmerken nalaten. Een engram is een innerlijk weten, zelfs als het op bewustzijnsniveau genegeerd wordt.

In de gewaarwording en in het gewaarzijn verdwijnen de grenzen tussen lichaam en geest en vinden zij elkaar. Daar ben je jezelf als geheel. De verwerking van trauma vindt plaats in de wederkerige relatie tussen lichaam en geest: een transformatie tussen bottom-up en top down. En de sleutel is de gevoelsgewaarwording!!

Bij het veranderen van onze basisaannames over de wereld is bottom-up verwerking krachtiger dan top-down verwerking. Lichamelijke gewaarwordingen hebben voorrang op percepties, cognities en beslissingen. Precies zoals het in de evolutie, ons fysiologische systeem is. Precies zoals het (bij het ontstaan van) trauma werkt.

Fenomenologische tracking

Gewaarwording zelf aan het woord betekent deze vanuit zijn lichamelijke opkomst volgen. De fenomenologische methode is daarvoor zeer geschikt. Taylor (2014) noemt dit “fenomenologische tracking”. Het is een methode om je voelen over een bepaalde tijd als een postpakketje te volgen. Je neemt daarvoor een deelervaring (bij voorbeeld een beklemd gevoel op je borst) en volgt die gedurende een langere tijd. Een cliënt kan dan voelen hoe ervaringen kunnen veranderen, anders dan in de gestolde traumatische tijd. Hoe ze een begin, een verloop én een afloop hebben. Het is voor veel cliënten geruststellend te beleven dat gevoelens voorbijgaan.

In de tracking ontwikkelt de cliënt de mogelijkheid zichzelf te ervaren, inclusief de repeterende patronen. Hij maakt linken, zoals bijvoorbeeld: “als ik me dit herinner, voel ik me vaak zo en denk ik altijd dat. Zo kan een cliënt een zekere verdraagzaamheid ontwikkelen om langer bij een beleving te blijven en deze in zich op te nemen, in plaats van ervan weg te schieten.

De drie belangrijkste principes bij de zgn. “fenomenologische tracking” zijn:

- *Het “tussen haakjes stellen”*. Dit betekent dat de therapeut alle vroegere aannames en weten terzijde stelt. Dit is van belang om de cliënt te ontmoeten in wat hem bezighoudt in het hier en nu. Ook de cliënt moet leren de dingen “tussen haakjes te stellen”. Dit is belangrijk voor de prikkelregulatie: hij leert een keuze te maken om zijn aandacht te richten op andere mogelijkheden dan “het traumamateriaal” dat steeds op de voorgrond treedt en de aandacht wil vasthouden.
- *“Horizontalisme”*. Dit houdt in dat we alles, wat zich als fenomeen voordoet, gelijke aandacht geven. We geven niet meer betekenis aan het een dan aan het ander. Deze benadering kan de “hitte” wat wegnemen van trauma beladen materiaal. In de praktijk betekent dit dat iemand merkt dat de zon schijnt, dat hij wilt bewegen, of opeens uit het raam kijkt. Dat is even belangrijk als bang zijn, je hart horen tikken en de deur in de gaten houden.
- *“Beschrijving”*. Beschrijving heeft een belangrijke rol in het ontwikkelen van gewaar zijn. Woorden geven aan wat je opmerkt, is een stapje terugzetten. Zo val je niet samen met je ervaren en versterk je het observerend zelf.

De voordelen van de fenomenologische benadering zijn talrijk en het eigen weten van de client wordt gerespecteerd. De ervaring van de cliënt heeft voorrang boven opgelegde perspectieven van de therapeut. De opdracht van de therapeut is dat hij geen oordeel heeft en een houdomgeving biedt. Dit laatste vereist ook dat hij het aantal prikkels/ervaringen waarvoor aandacht gevraagd wordt beperkt houdt.

Fenomenologische tracking is goed te integreren in een gesprek, omdat het naar de gevoelde betekenis gaat en niet bij “praten over” blijft.

Fenomenologische tracking is een manier om lichamelijk zelfbewustzijn te bevorderen. Trauma cliënten willen dat vaak liever niet, want gevoelsgevoelens doen pijn en maken bang. Toch is het van groot belang. De rol van (bewust) voelen in het dagelijks leven is om wakker te zijn en om ons weg te trekken uit de automatische (trauma)kringloop. Er zit er dus niets anders op. Je kunt niet leren je lichaam bewust te zijn zonder het te willen voelen.

De essentie van fenomenologische tracking is de sensaties in het lichaam gewaar te worden, op te merken hoe eigen-aardig ze zich bewegen en er niet door overweldigd te raken. Zo kan de behandelaar vragen om de sensatie of het gebaar of de houding op te merken en er bewust bij te blijven. Hij kan informeren of het een bepaalde focus heeft in het lichaam. Of van waar uit het lichaam het lijkt te komen? Soms, vaak, voelt de cliënt iets uit het buik- of hartgebied. Of bewegingsimpulsen in de armen of benen.

Wanneer voor de client de dingen te snel gaan en te veel lijken, en er gevaar van overspoeling dreigt, of wanneer hij er pratend “overheen gaat”, kan een eenvoudige uitnodiging of aanmoediging om te vertragen voldoende zijn. Ook gerichte vragen kunnen helpen om de dingen te vertragen. Bijvoorbeeld: “kan je die golf/houding/beweging vertragen? Zijn gang laten gaan?” Dit kan bijdragen aan het besef dat gevoelens niet eindeloos zijn, maar te vergelijken met een golf die voorbijgaat, als een opwelling in een grotere zee.

Bewustzijn en gewaarwording zijn bij getraumatiseerde cliënten vaak diffuus. Het kan helpen drie verschillende soorten gewaarwordingen te onderscheiden:

- de *buiten zone*: waarneming van concrete hier en nu zaken
- de *middelste zone*: gedachten, verbeelding, representaties, aannames
- de *binnen zone*: fysiologische sensaties, bewegingen en impulsen

Het therapieproces is erop gericht dat cliënten het heden van het verleden gaan onderscheiden. In het bijzonder moeten cliënten leren begrijpen dat bepaalde sensaties, lichamelijke herinneringen, flashbacks en andere intrusies, herinneringen zijn en geen actuele gebeurtenis.

Cliënten zijn geneigd de binnenste zone van bewustzijn onbewust overmatige nadruk geven; dit houdt hen alert voor signalen van gevaar. De middelste zone zit vaak vol chaos, impliciete herinneringen en trauma gerelateerde conclusies. Cliënten hebben vaak moeite om hun bewustzijn naar de buitenzone: het hier-en-nu, te brengen.

Zelfbeschikking en de “Window of Tolerance”

Wat in het verleden gebeurd is, kan niet ongedaan gemaakt worden. Wat wel aangepakt kan worden, zijn de sporen, die het trauma nagelaten heeft in de geest, het lichaam en de ziel. De moeilijkste taak tijdens het herstellen van trauma is om weer het gevoel te krijgen dat je baas bent over jezelf. Dat betekent je je vrij voelen om te weten wat je weet en te voelen wat je voelt. Zonder dat je daardoor overspoeld raakt, er razend door wordt of ineens stort.

Voor de meeste mensen gaat het hierbij om:

- Het vinden van een manier om kalm en geconcentreerd te blijven.
- Leren om de rust te bewaren wanneer ze geconfronteerd worden met gedachten, geluiden of lichamelijke gewaarwordingen die doen denken aan het verleden.
- Het vinden van een manier om zich levend te voelen in het heden.
- Geen geheimen meer te hoeven bewaren voor zichzelf, waaronder geheimen over de manier waarop ze hebben weten te overleven.

Om de controle terug te krijgen, moet de client vroeg of laat onder ogen zien en verdragen wat er is gebeurd, maar dat kan pas als hij in staat is om zich daarbij voldoende veilig te voelen. Hertraumatiseren moet voorkomen worden. Kortom: traumawerk is werken binnen het raamwerk van verdraaglijkheid, de zgn. “window of tolerance” (WOT).

De weg naar zelfbeschikking begint met het vermogen om jezelf meer waar te nemen. Hoe groter dat vermogen wordt, hoe meer mogelijkheden er zijn het eigen leven richting te geven. Controle over het leven vraagt ook dat de client gevoel ontwikkelt voor het eigen tolerantievenster: wat hij wel en niet kan verdragen, wanneer hij overprikkeld of verdoofd raakt. Een bijzonder punt om te leren herkennen is het punt van bevroering.

Als iemand door bepaalde triggers buiten zijn window of tolerance komt, wordt hij reactief en ontregeld. De filters werken niet meer, hij heeft last van geluiden en beelden, raakt gedesorganiseerd. Cliënten met een trauma verleden verkeren vaak snel in een toestand van hyper- of hypoactiviteit. In die toestand kunnen ze niet leren van ervaringen.

Vanuit een voor-achtergrond perspectief kun je de twee verschillende toestanden als figuur - achtergrond informatie beschouwen.

De hyperkant: de pap wordt te heet gegeten. Er zijn veel en snel veranderende figuren die om aandacht vragen. Alle figuren nemen wel verdichting en vorm aan, maar je “pakt” ze niet zomaar,

ofschoon ze intens zijn en veel aandacht vragen, zowel van de cliënt als van de therapeut. De snelle opeenvolging van allerlei belangrijkheden verhindert dat er aandacht en besef komt van wat er gevoeld wordt. Dit roept de vraag op of je de voorgrond figuren alle moet volgen bij trauma. Veel materiaal is trauma gerelateerd en wordt voortdurend herkauwd. De hyperkant heeft veel baat bij verlangzaming en verdieping.

De hypokant: de pap is te flauw en te koud. Er treedt zo weinig “figuur” op de voorgrond, op dat hij er bijna niet lijkt te zijn. De cliënt heeft vaak geen idee wat er speelt, waaraan hij wil werken. De tijd verloopt traag, lijkt eindeloos. Hypoarousal is een staat waar moeilijk mee te werken valt. Er is een dun lijntje met dissociatie. De val van hyper naar hypo kan plotsklaps zijn. Het werken met hypo is niet het omgekeerde van het werken met hyper. Er is het risico om zaken te snel te willen “fiksen”, waardoor een cliënt kan verder kan afdrijven of hyper worden. Waar het om gaat is een geleidelijk herstel van de energie en het contact. Voorwaarde is dat de cliënt bewust blijft van zijn omgeving en dat hij grond onder de voeten houdt. Bij de hypoarousal is het goed attent te zijn op elke kleine beweging, gewoonlijk in de armen of benen.

Freeze: de bevroren beweging is onderdeel van de traumareactie. Het is behulpzaam om je voor te stellen dat een spier strak staat alvorens in actie te komen. Het samentrekken en ontspannen van de spier kan helpen in de regulatie, wanneer het met aandacht gebeurt. Het is ideaal als de cliënt kan vertellen welke beweging hij wil maken, ook al durft hij het nu niet. Als therapeut kun je de basis bewegingspatronen: duwen, trekken, uitreiken, grijpen en tegenhouden in je achterhoofd houden, als je wilt werken aan de wederopbouw van een bewegingsspectrum. De meeste bewegingen, hoe klein ook, vallen in een van deze categorieën.

Hulp om binnen de “Window of tolerance” te blijven:

- Aanraking en een liefdevolle relatie aangaan zijn elementaire hulpmiddelen waarover we als behandelaars beschikken om te kalmeren. Bange volwassenen vinden in dezelfde dingen troost als bange kinderen: liefdevol vastgehouden worden, weten dat iemand sterk genoeg is om je te dragen.
- Het proces van fenomenologische tracking inzetten, dus de arousal beleven, volgen en verwoorden. Vrijwel alle “bottom-up” traumadeskundigen zijn het erover eens dat aandacht besteden aan de sensaties, de meest doelmatige manier is om stimuli te beperken en dat daar een kalmerende werking van uit gaat. Daarbij is het zaak op te merken dat emoties en fysieke gewaarwordingen eenvoudig voorbijgaan. Mensen kunnen veel ongemak verdragen, zolang ze weten dat het tijdelijk is.
- Verlangzamen: Cliënten uitnodigen te letten op hun ervaringen en hen leren de directe betekenissen en associaties die ze ermee verbinden voorlopig te parkeren. Het spreektempo en de toonzetting van de stem van de therapeut zijn belangrijk om te helpen verlangzamen.
- Focussen op één zaak, die zich aandient en de rest terzijde stellen. Eén zaak is vaak exemplarisch voor een groter patroon. Dat vraagt vaak wat leiding van de therapeut ten behoeve van de verdieping.
- Onderscheid maken tussen sensaties (de binnenwaarneming), buitenwaarneming en representaties (het middengebied).
- Vragen of de cliënt iets kan vertellen met zo min mogelijk woorden.
- Een woord vervangen als dat onrust veroorzaakt. Als “veilig” een woord is dat vaak gebruikt werd door de misbruiker, kan het kan helpen het woord te vervangen door “je rustig voelen van binnen” of iets anders. Zo ontwikkel je een gezamenlijke betekenis die neutraler is.

- Geruststelling door aanraking of beweging met of zonder hulp van de therapeut. Soms helpt een willekeurig ritmische beweging voor zelfregulering, zoals “rocking”, schommelen, wiegen. Of de armen om jezelf heen slaan. Of: met je eigen hand voelend je hoofd aanraken, vandaar uit de verbinding met je hartzone maken en vanaf je hartzone de verbinding naar je basisgebied. Samen uitvinden wat het beste is.
- Basisgevoel stimuleren door aanraking van de therapeut. Of wanneer dat niet kan, de client bij voorbeeld op een bal laten zitten.
- Staan blijven: voor liggen en zitten is weinig proprioceptische informatie nodig. Het kan zijn dat het lichaam afdwaalt en uit het zicht raakt van de eigenaar. Staan blijven of zitten op een bal kan een goed alternatief zijn, omdat de client steeds aanpassingen moet maken.
- Een hulpbron aanwenden. Dat kan van alles zijn en variëren van een extern object, zoals zaken in de kamer tot een eigen kettinkje dat goed voelt. Het kan ook een intern gevoel zijn, een plek in het lichaam die fijn voelt. Of een verbeelding, een mooie plek die al dan niet werkelijk bestaat.
- Pauzeren. Naast het inschakelen van een hulpbron kan de behandelaar ook pauzeren om adem te scheppen, wanneer het te spannend wordt.
- In beweging komen. Toestaan dat bewegingsintenties die bevroren of verloren geraakt zijn gevoeld worden, en hoe minimaal ook uitgevoerd mogen worden.
- Ademregulatie. Wanneer de spanning oploopt, wordt de ademhaling hoger en oppervlakkiger. De adem is zowel deel van het onwillekeurig systeem, als wilsmatig onder controle te brengen. Een goede oefening is de “woooo-oefening” van Peter Levine. Door een “woee” geluid te maken op de uitademing en de klank te laten vibreren in borstkas en buik, beweegt de adem doorgaans mee naar beneden. Dit blijkt geruststellend te werken en activeert ook de nervus vagus. Een voordeel is dat de regulatie op klank wordt aangestuurd, hetgeen weinig mentale arbeid vraagt. Wanneer de klank later, aan het einde van de uitademing, wordt opengetrokken naar een “aaa” klank is vibratie in het keelgebied waar te nemen. Soms gaat dit gepaard met emotie. De cliënt kan het samen met de therapeut doen; dat maakt het minder gek en het samen doen maakt het tot een gebeuren dat sociaal verbindt. De cliënt kan de oefening ook thuis doen. Cliënten blijken hier graag en veelvuldig gebruik van te maken.

Gewaarworden en bewegen

Voelen alleen is niet voldoende om lossers te komen van traumatijd. Daarvoor is ook beweging nodig. De beschikking krijgen over bewegingen die verloren zijn gegaan. En daarmee verwerft de client weer meer regie over zichzelf in het hier en nu. Angst maakt onbeweeglijk. Als het immobiliteitsysteem te lang overheerst en mensen er in vast komen te zitten, is het zaak de energie te mobiliseren.

De eerste stap is gewaar worden hoe “laag het vlammetje staat”. Daarbij is meestal de hulp van de therapeut nodig. Als de cliënt “weg” is en er niemand met zijn aandacht bij aanwezig is, ontbreekt de waarneming om op te merken dat hij is afgeschakeld. De tweede stap is ondersteuning tot beweging. Wanneer een cliënt volledig in de “shut down” is geraakt, is de kleinste minimale beweging die altijd oproepbaar is het bewegen/knipperen van de oogleden.

Als een cliënt uit de bevroren staat komt, schakelt hij soms naar het systeem van “fight en flight”. De fight, de kwaadheid, het vechten, is vaak gericht tegen zichzelf en soms tegen anderen. De flight kan letterlijk de vorm aannemen van uit de therapiekamer weg te willen rennen. Het zijn soorten van reacties die cliënten vaak herkennen uit het leven van alledag.

Soms ontlaat de bevroering en de onderkoelde overprikkeling die daarmee gepaard gaat zich in intense gewaarwordingen: trillen, prikkelingen, golven van warmte en kou. De belangrijkste taak als therapeut is ervoor te zorgen dat de cliënt “erbij kan blijven” zonder overspoeld te raken en dat er een contactlijn – hoe dun ook – blijft bestaan. Pas als een cliënt uit de immobiliteit is gekomen en de sympathische overprikkeling enigszins achter zich heeft gelaten, gaat het systeem van sociale betrokkenheid weer “online”.

Wanneer de hulpverlener vanuit zijn hart werkt, kan hij op een gezonde manier een diepgaand therapeutisch effect bewerkstelligen. Immobilisatie en sympathische overprikkeling staan sociale betrokkenheid in de weg, maar een therapeut die contact maakt door betrokkenheid en passende aanraking, kan de fysiologie van een cliënt positief beïnvloeden. Zo zorgt hij ervoor dat de cliënt niet te ver afdrijft. Echte affectieve betrokkenheid werkt als een buffer tegen innerlijke chaos en helpt om turbulentie tot rust te brengen. Zoals de stem van een moeder die een kind geruststelt, zijn het niet zozeer de verstandige woorden, maar eerder het geluid, de intonatie, de melodie en het ritme die helpen.

Dr. Peter Levine en prof. Stephen Porges zijn beiden neurobiologen en grondleggers van de Somatic Experience. Zij hebben naar de dierenwereld gekeken en zich de vraag gesteld hoe het kan dat de meeste dieren geen trauma's oplopen nadat ze aangevallen worden. Dieren vluchten of gaan voor dood liggen. Een effectief overlevingsmechanisme. Als de jager weg is, ontlaat het dier zijn spanning, bij voorbeeld door te trillen, alvorens normaal weg te rennen. Wij mensen hebben dit mechanisme ook maar we komen vaak niet uit de bevroering, omdat we de terugveerreactie niet toelaten. Het gevolg kan zijn dat we voortrollen op de automatische piloot, enigszins verstijfd voortleven en als gevolg daarvan allerlei (vage) klachten krijgen.

De therapie die zij voorstaan is in beginsel vrij eenvoudig te beschrijven: langzaam weer contact maken met het lichaam. Weer bewust worden van de lichaamssensaties. Deze toelaten zich te ontladen. Het getraumatiseerde zenuwstelsel weer activeren. Dit kan onprettig aanvoelen en beangstigend zijn. Daarom wordt er gericht gebruik gemaakt van hulpbronnen.

Hulpbronnen slaan een anker naar een veilig hier-en-nu. Ze helpen de cliënt om niet te verdwijnen in traumatische tijden. Er kunnen herinneringen gebruikt worden van prettige en veilige plekken, personen of huisdieren. De fantasie kan ook een hulpbron creëren. Hoe vollediger, hoe beter. Ook kunnen geuren, muziek of objecten in de buitenwereld dienen als vluchtheuvel. Een andere hulpbron kan een stevige, veilige plek zijn in het lichaam.

Vanuit de hulpbron wordt dan gedoseerd contact gemaakt met een traumafragment. Met een fragment wordt letterlijk bedoeld een “klein” deel. Dus niet het grote verhaal in al zijn verschrikkingen. Het in kleine stappen contact maken noemt Levine *titreren*. Kleine bewegingen en delen onderzoeken, zodat de “soep niet overkookt”.

Titratie

Bernadet is 25, goed opgeleid, heeft een prestigieuze baan en een goede stabiele relatie met haar jeugdliefde. Kortom: alles lijkt voor elkaar. Sinds enkele maanden is ze thuis met een burn-out. Ze heeft 10 tot 12 uur slaap nodig, anders kan ze niets. Bernadet is op jonge leeftijd lang ziek geweest. Vanaf 9 maanden tot haar 12^{de} jaar is ze talloze malen in het ziekenhuis geweest. Er zijn veel invasieve behandelingen geweest, zoals prikken en aansluiting op infusen. Met EMDR kunnen de psycholoog en zij weinig handvatten vinden in haar herinnering. Ze weet alleen nog dat ze naar het ziekenhuis toe moest en er weer uitkwam. Van de tussentijd weet zij niets.

Bernadet is een beweeglijke, levendige vrouw. Een deel van haar houding is gewenste sociale aanpassing die vroeger van haar verlangd werd. Al snel wordt duidelijk hoeveel van haar bewegingsrepertoire is bevroren. Met haar werk ik in uiterst kleine stappen aan het herwinnen van eigen regie en beweging. Ze is erg geschrokken van de aanwezigheid van de behandelbank. Ze zegt dat ze erg opziet tegen “onderzoek” van haar lichaam. Gelukkig toont haar lichaam alle impulsen van afkeer, weg willen wezen, alert worden. Ze is snel van voelen en begrip en is verbaasd over de zeggingskracht van haar lichaam. Als ik met haar op de bank zit, voelt het veilig. Als ik ga staan wil ze wegrennen. Wanneer ze dat mag doen, is het ook voor haar ook wat schaamtevol. Passender voor haar leeftijd en toch veilig, is dat zij

achter mijn werktafel staat en ik op de bank zit: drie meter verderop met de tafel ertussen. Bernadet weet uit verhalen dat ze haar bij ingrepen als klein kind soms met drie man moesten fixeren. Mijn eerste bedoeling is om haar te verzekeren van bewegingsvrijheid. Dit door haar op impulsen attent te maken en haar aan te sporen die in handelen om te zetten.

Met haar oefenen ik ook nieuwe oude bewegingen. Zo valt het op dat zij haar armen bij zich houdt, de ellebogen dichtgeklapt. Wanneer zij dat gewaar wordt en ik haar vraag haar arm voorzichtig te strekken, voelt zij zich niet goed: te "exposed". Herinneringen heeft ze niet, wel verbindt ze het met haar angst geprikt te worden. In de vertrouwde, die langzaam ontstaat, lok ik haar af en toe uit naar mij uit te reiken bijvoorbeeld door iets aan te pakken. Haar man merkt op dat ze thuis losser zit met haar armen.

Iets anders dat opvalt, is dat haar nek zich in een stijve kramp naar achteren vasthoudt. Nadat zij zich dit bewust is, ze dit werkelijk gevoeld heeft, vraag ik haar zachtjes heel even het hoofd te buigen. Dit geeft heel even rust en ontspanning, dan huivering: ze kan dan voor haar gevoel niet meer opletten.

Daarnaast maakt hij gebruik van *penduleren*. Hij duidt daarmee op het maken van een schommelbeweging tussen spanning en ontspanning. Penduleren kan heel lichamenlijk zijn. Heen en weer bewegen tussen spanning en ontspanning in het lichaam. Ontspanning is in die situatie dat het lichaam in de vertrouwde modus van overleving mag terugschieten. De weerstand die nodig is en zekerheid geeft, wordt met respect behandeld. Penduleren kan ook betekenen dat de cliënt heen en weer beweegt tussen een gevonden hulpbron en een "traumafragment". De hulpbron zorgt dat het traumadeel kan 'openen' en bewegen en tussendoor ook kan ontspannen. Door kleine stapjes te zetten - in en uit de spanning- houdt de cliënt steeds zelf controle over de angst.

Penduleren

Dion komt bij mij omdat ze somber is, verdrietig, en ontevreden. Ze heeft last van de linkerkant van haar lichaam. In haar nek voelt zij een akelige spanning. Wanneer zij daar "invoelt" is er een "beangstigende donkerte", die gepaard gaat met fysieke pijn. Haar linker lichaamshelft geeft na aanraking wilde schokken af, die tevens iets weg hebben van wegslaande bewegingen en schoppen. Dit gebeurt niet alleen bij directe aanraking, maar ook wanneer ik vanuit het hoofd "doorvoel" naar de benen. Door dit te accepteren als een zinvolle beweging van het lichaam neemt de "wildheid" af. De linkerkant van haar nek is letterlijk hardnekkig. Het hele gebied voelt als een pijnlijke kramp. Ik penduleer, rek de nek via de arm en schouder maximaal tot ik aan weerstand en een grens kom. Daar hou ik even aan, om dan weer los te laten om het lichaam zijn eigen "gewenste" plek in te laten nemen. Geleidelijk aan wordt de kramp in haar nek minder. Dion vertelt geregeld over de associaties die vrijkomen. Die gaan altijd over vroeger. De val van de trap van haar moeder, toen zij tien was. De schrik die opeens, weer voelbaar werd. En de dreigende schaduw in huis van een vader die zich langzaam dooddrinkt.

Nu, na een jaar, is zij niet klaar, maar haar lichaam is aanmerkelijk rustiger. Dion is beduidend minder ontevreden en boos. Ze oogt jonger en vitaler en is "eindelijk" gestart met de opleiding die ze al lang voor ogen had.

Een model van vijf elementen: GBGAB: Gewaarwording, Beeld, Gedrag, Affect, Betekenis, ook wel genoemd: SIBAM: Sensation, Image, Behavior, Affect, Meaning

De werkwijze van Levine is samen te vatten in een model met vijf elementen. Het doorloopt de kanalen van lichamenlijke- en zintuigelijke gewaarwording, zonder vroegtijdig betekenis te geven vanuit oude conditionering en rationele verklaring. Betekenisgeving ontstaat vanuit lichaamsgevoelens en bewustzijn. Daarmee breekt het model met de overheersing van het "cogito ergo sum": ik denk dus ik besta. Het is een bottom-up model.

GBGAB/SIBAM is een matrix voor verschillende soorten ervaringen.

- **Gewaarwording/Sensation:** dit betreft introceptieve gevoelens die betrekking hebben op spieren, gewrichten, ingewanden, organen, ademhaling.
- **Beeld/Image:** dit betreft de input van alle zintuigen. Levine gebruikt image voor beeld, maar hij doelt op alle zintuigen, dus ook op geluid, geur, smaak en aanraking. Visuele input beslaat bij de meeste mensen het grootste deel van het brein. Trauma heeft te doen met gefragmenteerde snapshots, opdringerige inprentingen. Als een getraumatiseerd persoon er in slaagt om de zintuigelijke indrukken te verruimen, door bijvoorbeeld indrukken uit de "normale wereld" erbij te betrekken, zakt de ermee gepaard gaande hyperarousal. Daardoor wordt de zelfregulatie vergroot!
- **Gedrag/Behavior:** dat is wat de therapeut ziet en als feedback terug kan geven aan de cliënt. Er is verschil tussen wilsmatige bewegingen die het lichaam uitvoert en de expressieve

bewegingen die onwillekeurig zijn en het innerlijk uitdrukken. Veranderingen in houding en beweging vertellen geregeld meer dan gezichtsuitdrukkingen, die vaak onder sociale controle gehouden worden. Nog dieper zijn de veranderingen die overgedragen worden vanuit het autonome zenuwstelsel: veranderingen in hartslag, ademhaling en kleur. Cliënten ervaren deze expressies niet altijd direct, maar wanneer ze onder hun aandacht gebracht worden is het een toegang tot een dieper beleven. Wanneer de behandelaar specifiek gedrag opmerkt, kun hij de cliënt vragen zich te richten op de gewaarwording daarvan. Dat kan van alles zijn: een vermoeden van emotie, een houding, bleek worden, energie verliezen, gespannenheid rondom de ogen, in de rug en schouders, een onrust in armen en benen, etc.

- **Affect:** de therapeut vraagt naar de contouren van het gevoel, de zogenaamde “felt sense”. Contouren zijn gevoelsgewaarwordingen als aantrekking en vermijding, dicht gaan en openen, licht en donker, lichtheid en zwaarte, samentrekking en ontspanning. Het gaat kortom om de wijze van “aangedaan zijn”. Tot affect behoren ook de categorische emoties die we delen met de zoogdieren: angst, woede vreugde verdriet, nieuwsgierigheid en walging. Tot affect rekenen we ook de achtergrondgevoelens die het karakter van stemming in zich dragen.
- **Betekenis/Meaning:** dit zijn de naamgevingen/ etiketten die we op het geheel van onze gewaarwordingen plakken. Betekenissen zijn de beschrijvende woorden die we gebruiken om snel greep te krijgen op het hele spectrum van innerlijke ervaring. Bij trauma zijn de betekenisgevingen vaak dramatisch negatief. Maar als de betekenis opwelt vanuit de sensaties, beelden en gevoelens, dan komen er nieuwe betekenissen, die vaak tegenspeler zijn van de gevoelens van hulpeloosheid die met het trauma geassocieerd zijn. Dit brengt een nieuwe stroom op gang, die vaak rust geeft. Het lichaam wordt verteller onder de geest.

Levine en Porges menen dat de sleutel voor het verwerken van trauma ligt in de ontkoppeling van angst en onbeweeglijkheid. Angst kan dan bestaan mét beweging. Immobiliteit kan dan bestaan zonder angst. Precies de twee hybride staten waarvan Porges in zijn polyvagale theorie spreekt. De staten waarin het sociale betrokkenheidssysteem weer “online” gaat.

Wanneer beweging mogelijk blijft bij angst, doorbreekt dat de feedback lus, die de traumareacties in stand houdt. Nieuw in deze benaderingswijze is de grote waarde die aan de lichaamssensaties wordt toegekend. Een bottom-up benadering die start vanuit ons meest basale lichaamssysteem.

Tracking en beweging

Mark is jong verlaten door zijn vader en heeft geleefd voor zijn moeder die veel psychische problemen had. Hij voelt zich gebruikt. Hij verwaarloosd, verdrietig en kwaad. Hij heeft veel pijn van zijn jeugd. Hij is een harde sporter en in zijn vrije tijd heeft hij diverse vluchtmechanismen om “even van de wereld te zijn”. Maar ook is hij een intense denker en diepe voeler. Zijn lichaam is gespierd, hard en er is weinig ruimte voor zachtheid. Nu wordt hij vader. Dat roept angst op of hij de verbinding met een kind wel aan kan. Mark bespreekt dat hij letterlijk pijn heeft op zijn borstbeen. Hij laat het met zijn lichaam zien, zijn vuisten ballen zich voor zijn borstkas. Ik vraag hem daar te blijven en er met zijn voelen helemaal in te gaan. Hij voelt pijn en verdriet, een strakke bal die zich naar binnen trekt. Hij merkt op dat het gevoel vanuit dieper in zijn buik opwelt, merkt hoe hij dan zijn borstkas sluit om het voelen te stoppen. Hij herkent dat hij dat vaker doet. Opnieuw balt hij zijn vuisten en trekt zijn borstbeen in. Ik vraag hem wat de tegenbeweging zou zijn vanuit zijn lichaam. Hij doet met grote willekeurige gebaren voor hoe hij eraan werkt zijn hartstreek te openen. Ik vraag hem weer terug te gaan naar de pijn op zijn borstbeen en heel langzaam van binnenuit een tegenbeweging te zoeken. Hij gaat intens in het gevoel, opent voorzichtig de vingers van zijn gebalde hand en beweegt een klein stukje van zijn borstbeen af. Dan ontstaat een wiegbeweging, zachtjes op en neer, van voren naar achteren. Hij moet er een beetje om lachen, maar het voelt als troostend. Ik moedig hem aan de beweging door te laten gaan zolang zijn lichaam wil. En heel langzaam heen en weer te gaan tussen het sluiten en openen van zijn borstkas, handen en vingers. Af en toe gaat hij over op een wilsbeweging, hij herkent dat dan als een “doe beweging”. Ik kan hem dan aanmoedigen weer in een voelbeweging te gaan. Hij voelt zich langzaam verzachten, terwijl de wiegbeweging niet stopt. Met verbazing kijkt hij naar zijn vingers en handen, die zelf verbaasd lijken te zijn over de bewegingen die ze maken. Mark heeft bijna tranen in zijn ogen, hij voelt zich rustig en moe. Hij denkt dat hij de schommeling en het wiegen vroeger heeft gemist.

Tenslotte: afscheid van catharsis, regressie en de afbraak van het zgn. “karakterpantser”

Bij trauma is de perceptie van gevaar subcorticaal, dat wil zeggen: hij wordt niet door het verstand geëvalueerd. Wanneer een cliënt tijdens een sessie emotioneel overweldigd wordt, vatten sommige therapeuten dit op als een “doorbraak”. Volgens de lichaamsgerichte stapsgewijze aanpak bestaat er vooral gevaar te hertraumatiseren. Een enkele keer is het misschien mogelijk een gevoelscatharsis te beleven en aan de andere kant uit te komen: heling te ervaren. Maar de laatste decennia is er weinig overtuigend bewijs voor de reinigende en louterende werking van catharsis.

Ook moet met beleid worden omgegaan met energieblokkades die zich in de vorm van spierspanningen vast hebben gezet in het lichaam. Daarachter schuilen grote verhalen van gevoelens en emoties die bescherming zoeken achter het zgn. pantser. Ook hier kan het “breken van het pantser” hertraumatiseren. Het lichaam kan zich in de “rebound” nog steviger sluiten.

Ditzelfde geldt voor regressie. Te vroeg, te veel onderduiken in traumatische ervaringen is eerder hertraumatiserend, dan een bijdrage voor de verwerking. Het is beter een langzaam proces van verkenningen aan te gaan, waarbij de lichaamsgevoelens, het kalmeren van het stresssysteem, het herstel van de sociale betrokkenheid op de eerste plaats komen. Haptotherapie heeft daarvoor een grote gereedschapskist.

Geraadpleegde literatuur

Frank, R. (2001) *The somatic and developmental approach to psychotherapy*. Gestalt Press.

Graaf, E. de (2017), *het luistert nauw, Zorgvuldig en professioneel aanraken bij trauma: Uit de praktijk van de haptotherapeut. Een bewerking van de lezing gegeven bij het symposium “Trauma en het Lichaam” ter gelegenheid van het lustrum van de Vereniging voor Pesso-psychotherapie in november 2013*

Kolk, B. van der., ((2016). *Traumasporen, het herstel van lichaam, brein en geest na overweldigende ervaringen*. Eesserveen, Mens.

Levine, P.A. (2017). *De stem van je lichaam, trauma's helen met je lichaam als gids*. Haarlem, Altimera.

Lutterveld, M. (2012). *Bevestigend aanraken, een filosofische benadering van de haptonomie*, Blaricum, Van der Veer Media.

Marlock, G., Weiss, H. (2006). *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart, Schattauer GmbH.

Petzold, H. (1988) *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie: ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie*, Paderborn, Junfermann

Porges, S., *The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication and self regulation*, WW Norton & Company, 2011 (zie ook YouTube)

Rosenberg, S. (2017). *Accessing the healing power of the vagus nerve, self help exercises for anxiety, depression, trauma and autism*. Berkeley, California, North Atlantic Books.

Ruitenbeek, B. van (2017) Trauma, stress en het lichaam. Pdf.
<http://www.barbaravanruitenbeek.nl/subpages/publicaties.html>

Ruitenbeek, B. van (2017) De Post Traumatische Stressstoornis en de Complexe Post Traumatische Stressstoornis (PTSS en CPTSS) Overeenkomsten en verschillen Klachten, dissociatie en triggers. Pdf.
<http://www.barbaravanruitenbeek.nl/subpages/publicaties.html>

Sills, F. (2011). *Foundations in Craniosacral Biodynamics*. Berkeley, California, North Atlantic Books.

Taylor, M. (2014). *Trauma therapy and clinical practice, neuroscience, gestalt and the body*. Berkshire, Open University Press.

Veldman, F. Soler, A. (2006). *Woordenboek van de haptonomie*. Uitgeverij Haptotherapie Nederland.

Waibel, Krieger. J., 2009; *Integrative Bewegungstherapie*, Stuttgart, Schattauer GmbH

Trautmann-Voigt, S. und B., . *Bewegung ins Unbewusste*, Beiträge zur Säuglingsforschung und analytische KörperPsychotherapie, 1998, Brandes und Apsel, Frankfurt a.M.

Met dank aan de redactionele bijdrage van:

Fons van den Boogert en Lidy Cornelissen

Copyright: Barbara van Ruitenbeek, Maart 2018