



Haptotherapie bij PTSS

Frans Kok & Bob Boot
GZ-haptotherapeuten, Amstelveen

Inleiding

In dit document wordt haptotherapie beschreven als een goede mogelijkheid bij de behandeling van posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Het is een therapievorm voor deze stoornis die bestaat na, of naast en ondersteunend of aanvullend aan veelbeschreven therapieën als Cognitieve Gedragstherapie, ‘exposure’-behandeling, EMDR (eye movement and desensitization reprocessing), of BEPP (beknopte eclecticische psychotherapie voor PTSS). Bij PTSS in remissie en/of als er sprake is van PTSS-gerelateerde klachten (sub-threshold PTSS) kan haptotherapie een zelfstandige therapievorm zijn. In sommige gevallen wordt haptotherapie voorafgaand aan psychotherapeutische behandeling toegepast. De vraag van de verwijzer luidt in dat geval doorgaans om eerst een bepaalde mate van rust en vertrouwen bij de cliënt te ontwikkelen voordat verdere behandeling plaatsvindt. Het kan omgekeerd echter ook zijn dat de haptotherapeut tijdens zijn behandeling signaleert dat eerst nog psychotherapeutische behandeling nodig is.

Vaak is haptotherapie geïndiceerd als aanvullende therapie. Psychiatrische aandoeningen en persoonlijkheidsstoornissen vormen een (relatieve) contra-indicatie maar soms kan in nauwe samenwerking met psychiater of psychotherapeut ook in deze gevallen gekozen worden voor haptotherapie als aanvullende of ondersteunende behandeling.

Het doel van dit stuk is om de ‘state of the art’ te beschrijven waar het haptotherapie voor PTSS betreft en aan te geven welke plaats deze therapievorm in kan nemen bij de thans gangbare behandelingen voor PTSS. In dit stuk staan we stil bij de haptotherapeutische diagnostiek en de haptotherapeutische aangrijpingspunten en doelen van behandeling. Ook wordt aandacht geschonken aan de haken en ogen van een aanrakende therapie met betrekking tot trauma’s veroorzaakt door seksueel misbruik of lichamelijk geweld en met betrekking tot dissociaties.

Dit stuk is geschreven voor professionals die beroepsmatig te maken krijgen met mensen met PTSS. We denken hierbij zowel aan behandelaars in de zorg voor PTSS-patiënten alsook aan beleidsmedewerkers van organisaties als brandweer, politie, ambulancepersoneel en andere organisaties die te maken hebben met personen die ‘at risk’ zijn.

Haptotherapie is meer een persoonsgerichte therapie, dan een klachtgerichte therapie. Het gaat verder dan de bestrijding van symptomen, omdat haptotherapie aangrijpt op de persoon als geheel en deze benadert als een voelend, denkend, handelend, emotioneel en sociaal (dus niet uitsluitend als een lichamelijk óf psychologisch) wezen. Daarnaast is een wezenskenmerk van haptotherapie de relatie tussen mensen onderling en de relatie van een individu met zijn leefomgeving. Bij mensen die lijden aan PTSS is, naast de beleving van het persoonlijk gevoelsleven, juist het contact met anderen verstoord doordat veel patiënten de neiging hebben zich te isoleren en zich te vervreemden van hun omgeving.

In de eerste paragraaf wordt kort stilgestaan bij PTSS als psychiatrische diagnose volgens de DSM 5, de prevalentie en de thans gangbare behandelmogelijkheden. Daarnaast wordt in deze paragraaf het stressresponsstelsel beschreven en de invloed van haptotherapie daarop. Het neurofysiologisch werkingsmechanisme van het lichaam als reactie op angst en trauma wordt belicht. Haptotherapie kan een positieve werking hebben bij het ‘resetten’ van dit systeem.

In deze tweede paragraaf wordt haptonomie in algemene zin beschreven: we gaan dieper in op de mensvisie die haptonomie is. In paragraaf 3 wordt haptotherapie, de therapeutische toepassing van de haptonomie in algemene zin kort beschreven. Vervolgens wordt in de vierde paragraaf, de kern van dit stuk, gekeken naar hoe de haptotherapeutische begeleiding van mensen met PTSS eruitziet.

Op basis van de haptotherapeutische diagnostiek is het mogelijk aan te geven in welke richting de behandeling zich zou kunnen ontwikkelen en wat er middels deze begeleidingsvorm bereikt zou kunnen worden. Dat mag niet worden geïnterpreteerd als een strakke leiband, maar meer als raamwerk voor individuele therapie voor de individuele cliënt.

De GZ-haptotherapeut is een professional in de eerstelijns en tweedelijns gezondheidszorg. Alle geregistreerde GZ-Haptotherapeuten hebben een opleiding van minimaal HBO-niveau in de geestelijke of lichamelijke gezondheidszorg voltooid en hebben medische- en psychologische basiskennis op dat niveau. Aansluitend hebben ze een vijfjarige deeltijdopleiding op post-hbo niveau gedaan. Elke GZ-haptotherapeut is aangesloten bij de VVH (Vereniging Van Haptotherapeuten). Zij ziet toe op de naleving van de verschillende kwaliteitseisen, onder andere via verplichte nascholing. Ook is hier het klacht- en tuchtrecht geregeld. Daarnaast heeft de VVH initiatieven genomen voor ondersteunend wetenschappelijk onderzoek naar haptotherapie. Voor resultaten: zie de website www.haptotherapeuten-vvh.nl

Over de auteurs

Frans Kok is vrijgevestigd GZ-haptotherapeut. Hij is voormalig docent aan de Academie voor Haptonomie te Doorn en mede initiator, voormalig lid en enkele jaren voorzitter van de Commissie Wetenschap en Onderzoek van de VVH (Vereniging van Haptotherapeuten). Zijn oorspronkelijke beroep is fysiotherapeut.

Bob Boot is vrijgevestigd GZ-haptotherapeut en bewegingswetenschapper (gezondheidkunde en psychologie) en voormalig fysiotherapeut. Hij is mede initiator en voorzitter van de Wetenschappelijke Raad voor Haptonomie en Haptotherapie. Daarnaast is hij schrijver van de boeken “Haptonomie, een kwestie van gevoel”, “De innerlijke meetlat” en “Mannen van 50”.

Paragraaf 1. PTSS als stress-stoornis en het stressrespons systeem

Geschiedenis

In 1980 werd de diagnose PTSS ingevoerd in het diagnostische handboek van de psychiatrie (DSM III, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versie 3). Aandacht voor symptomen na schokkende gebeurtenissen bestaat echter al langer. Eind negentiende eeuw werd het begrip 'traumatische neurose' gebruikt voor onbegrepen psychische en lichamelijke verschijnselen na treinongelukken, en tijdens de Eerste Wereldoorlog passeerden begrippen als 'soldier's heart', 'shell shock' en 'irritable heart' de revue bij het beschrijven van stress-stoornissen als gevolg van oorlogservaringen.

Later kwamen daar verwante aanduidingen als 'concentratiekampsyndroom' en 'combat stress syndrome' bij. Al deze beschrijvingen omvatten een complex van symptomen, van herbelevingen zoals bijvoorbeeld nachtmerries, tot slaap- problemen en lichamelijke klachten. In 1980 kwam het tot de ontwikkeling van de diagnose posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Een verdere uitwerking van PTSS wordt gegeven in de DSM-IV van 1994, waarin ook de Acute Stress Stoornis (ASS) wordt beschreven als zich nadrukkelijk onderscheidend van PTSS. Bij ASS is er vergeleken met PTSS in grotere mate sprake van dissociatieve verschijnselen, en duren de symptomen korter dan één maand.

Er bestaat voor deze stoornissen een toenemende maatschappelijke en wetenschappelijke belangstelling. Ze worden in de DSM-IV-classificatie ondergebracht bij de angststoornissen, omdat bij PTSS evenals bij andere angststoornissen de angst en het vermijdingsgedrag centraal staan. In de DSM 5 (verschenen in het voorjaar van 2013) zijn een aantal wijzigingen toegepast ten opzichte van de DSM IV, waarbij met name ten aanzien van het cluster 'vermijding' veranderingen zijn aangebracht. Er wordt nu onderscheid gemaakt tussen 'actief vermijden' en 'dysfore klachten'. Ook is er in de DSM 5 expliciete aandacht voor dissociatieve symptomen en negatieve emoties bij PTSS.

Hieronder wordt kort ingegaan op de belangrijkste criteria van PTSS in de DSM 5. Het voert op deze plek te ver om een volledige weergave van de criteria te geven, daarvoor verwijzen we graag naar de DSM 5 zelf.

Definitie van een trauma.

Een traumatische gebeurtenis wordt omschreven als een gebeurtenis die een feitelijke of dreigende dood of ernstige verwonding met zich meebrengt, of een bedreiging vormt voor de fysieke integriteit van betrokkene of anderen. Hoewel dergelijke schokkende ervaringen veelvoorkomend zijn in de hedendaagse maatschappij, ontwikkelt niet iedere betrokkene als gevolg daarvan psychische klachten die tot een stoornis kunnen uitgroeien.

PTSS

Er is sprake van PTSS, een stoornis, als het trauma en de gevolgen ervan voldoen aan de criteria van de DSM 5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versie 5*).

De betreffende persoon heeft zelf te maken gehad met of is ooggetuige geweest van een gebeurtenis die feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding, of bedreiging van de fysieke integriteit van de betrokkene of anderen met zich meebracht. In de DSM 5 wordt een zeer duidelijke definitie gegeven van wat een traumatische gebeurtenis precies is (criterium A).

De symptomen worden in de DSM 5 in clusters beschreven, waarbij duidelijk wordt omschreven dat er bij PTSS sprake moet zijn van herbelevingen van het trauma, vermijding van alles wat aan het trauma doet denken, en klachten van hyperactiviteit of prikkelbaarheid. Wanneer iemand deze klachten één maand na het trauma nog heeft en de klachten het dagelijks functioneren verstoren, spreekt men van PTSS (Olf, 2013).

Herbelevingen (criterium B) zijn recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de traumatische gebeurtenis. In de DSM 5 ligt de nadruk op het intrusieve (dwingende, opdringende) karakter van herbelevingen en wordt specifiek verhelderd dat deze flash backs eigenlijk dissociatieve symptomen zijn.

Een ander onderscheidend aspect van posttraumatische stress wordt gevormd door aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping, het onvermogen adequaat te reageren in bepaalde situaties in het dagelijks leven.

In DSM 5 wordt, in tegenstelling tot in DSM IV, belang gehecht aan negatieve cognities en stemming ontstaan na de traumatische gebeurtenis (criterium D). In dit symptomencluster wordt het onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren genoemd en is er sprake van duidelijk verminderde belangstelling voor of deelname aan belangrijke activiteiten. Een ander belangrijk aspect zijn de onthechting of vervreemding van anderen die door de patiënt worden ervaren evenals een beperking in het emotionele spectrum (denk daarbij aan niet in staat zijn gevoelens van liefde te hebben). Ten slotte is dan nog een van de symptomen in dit cluster het gevoel dat de toekomst alleen maar beperkt kan zijn (zo verwacht men bijvoorbeeld geen carrière te zullen maken, nooit te zullen trouwen, nooit kinderen te krijgen en geen normale levensverwachting te hebben).

Het volgend bepalend criterium voor PTSS in DSM 5 zijn de aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig vóór het trauma), wat blijkt uit moeite met inslapen of doorslapen en/of prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen, moeite met concentreren en overmatige waakzaamheid of overdreven schrikreacties. Expliciet wordt ingegaan op agressief gedrag en roekeloosheid of zelfdestructief gedrag.

Er is pas sprake van PTSS als de genoemde symptomen langer dan één maand duren en in belangrijke mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren veroorzaken.

De menselijke veerkracht is vaak groot. Verreweg de meeste mensen krijgen na het meemaken van een trauma geen PTSS. Het is evident dat het niet wil zeggen dat als er niet

wordt voldaan aan bovengenoemde criteria mensen na een traumatische gebeurtenis niet zouden lijden. Veel mensen houden aan een ingrijpende ervaring (trauma)klachten over, maar voldoen toch niet aan bovenstaande criteria. We hebben het in dit laatste geval over een partiële PTSS ('sub-threshold PTSD'). De klachten zijn minder ontwrichtend en gaan over het algemeen vanzelf weer over.

Het vaststellen van de diagnose PTSS is niet altijd eenvoudig. Na een traumatische ervaring kunnen zich ook andere stoornissen voordoen die PTSS maskeren of ermee samengaan, of andere stoornissen die al bestonden (co-morbiditeit).

Voorkomen van PTSS (prevalentie)

De meeste mensen zullen in hun leven ten minste één ingrijpende gebeurtenis meemaken die als traumatisch kan worden omschreven. Zo'n gebeurtenis kan variëren van (verkeers-)ongevallen en lichamelijke, geestelijke of seksuele mishandeling tot het meemaken van rampen of oorlog. De prevalentie van het meemaken van een traumatische gebeurtenis loopt in verschillende studies en landen uiteen. Van alle Nederlanders heeft 81% ooit in zijn of haar leven een potentieel traumatische gebeurtenis meegemaakt (De Vries e.a., 2009; Olf, 2013).

Sommigen ontwikkelen als gevolg daarvan PTSS. De lifetimeprevalentie van PTSS is in Nederland ongeveer 7 à 8% (De Vries e.a 2009; Olf, 2013), wat van PTSS de op drie na meest voorkomende psychische stoornis maakt. De kans op het ontwikkelen van de stoornis verschilt per individu en is afhankelijk van premorbide kenmerken, psychiatrische voorgeschiedenis, aard van het trauma, coping en sociale steun. Vrouwen hebben een twee tot drie keer grotere kans op PTSS. In Nederland is de lifetimeprevalentie van PTSS bij mannen 4-5% en bij vrouwen 10-12%. Bij mannen ligt de oorzaak vaak in het meemaken van oorlogen en ongevallen en bij vrouwen in seksueel misbruik en fysiek geweld (Olf, 2013).

Voorkeursbehandelingen

De voorkeursbehandelingen die worden gegeven en evidence based zijn, zijn vormen van traumagerichte psychotherapieën, zoals Cognitieve Gedrags Therapie (CGT), EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprogramming), of BEPP (beknopte eclecticische psychotherapie voor PTSS).

Cognitieve Gedrags Therapie grijpt in op zowel het gedrag als het denken van de patiënt en kent over het algemeen een gestructureerde aanpak specifiek voor het geïsoleerde probleem. Bij PTSS wordt binnen de CGT veel gebruik gemaakt van imaginaire blootstelling en de techniek van 'gedachten uitdagen'. Hierbij wordt de cliënt gevraagd om het trauma gedurende herhaalde perioden levendig voor de geest te halen. Daarnaast maakt de CGT gebruik van 'exposure in vivo'. 'Exposure'-behandeling in het algemeen beoogt het blootstellen aan prikkels die bij voorkeur worden vermeden.

EMDR betreft een therapie waarbij de gevolgen van de schokkende gebeurtenis als het ware worden ontmanteld doordat de patiënt die gebeurtenis weer oproept en beschrijft terwijl de therapeut de patiënt vraagt om zijn heen en weer bewegende vinger te volgen. Verondersteld wordt dat de sets oogbewegingen zorgen voor een belasting van het werkgeheugen, waardoor bij het oproepen van de herinneringen de emoties die daarbij hoorden langzamerhand hun kracht en emotionele lading verliezen.

BEPP is een vorm van psychotherapie waarbij de werkzame elementen uit verschillende therapierichtingen op een logische manier samengebracht, denk daarbij aan psycho-educatie en imaginaire exposure, er wordt bovendien regelmatig gebruik gemaakt van het schrijven van brieven en van memorabilia, psychodynamische inzichten in de betekenisfase en een afscheidsritueel. In BEPP wordt gewerkt aan de overmatige angst, het gevoel van controleverlies en het verlies van veiligheid die mensen met PTSS ervaren.

Het stressrespons systeem

Bij stress en angst wordt het stressresponsstelsel aangesproken, dat is een fysiologische reactie op een bedreigende situatie, vaak de fight-flight-freeze reactie genoemd. Een vecht- of vluchtreactie (of vecht-, vlucht- of vriesreactie) is een verdedigingsmechanisme dat bij mensen optreedt als er acuut gevaar dreigt. De reactie begint met acute hevige angst en stress. Als gevolg hiervan produceert het lichaam via verschillende fysiologische systemen grote hoeveelheden adrenaline en cortisol (stresshormonen). De bloeddruk en hartslag gaan omhoog, de spieren worden gespannen. Hierdoor is het lichaam voorbereid op een gevecht of om op de vlucht te slaan. De vriesreactie is zeldzamer. Een instinctief bevriesgedrag kan optreden bij algemene twijfel of grote heftigheid en machteloosheid, wanneer men niet in staat is te handelen. Als het gevaar is geweken, produceert het lichaam endorfinen en dopamine om de balans weer te herstellen. Al deze reacties zijn normaal.

De tijd die nodig is om de afschuwelijke gebeurtenis(sen) te verwerken is voor elk mens anders. Pas wanneer een persoon is blootgesteld aan een traumatische ervaring die niet kan worden verwerkt, ontstaan er vroeg of laat diverse, steeds ernstiger wordende verschijnselen die leiden tot belemmeringen in het dagelijks functioneren. In dat geval spreken we van een stoornis.

Bij PTSS is er sprake van een verstoring van dit stressresponsstelsel.

Haptotherapie grijpt onder andere aan op dit verstoord stressresponsstelsel doordat in de therapie ervaren kan worden dat het lichaam, ook bij nare herinneringen of gevoelens, niet met hyper-arousal hoeft te reageren vanuit een angstreactie van vechten of vluchten. Bovendien kan verondersteld worden dat het gevoelde contact tussen cliënt en therapeut invloed heeft op het oxytocinegehalte. Oxytocine is een neuropeptide die vrijkomt bij aanraking en gevoel van verbondenheid en draagt bij aan een adequate manier van reguleren van de stress- en angstreacties. De stressrespons dooft bij personen met PTSS vaak niet uit vanwege hun neiging zich te isoleren en sociale steun uit de weg te gaan. Een vicieuze cirkel die met haptotherapie wellicht doorbroken kan worden, maar meer hierover in paragraaf 3 en 4.

Paragraaf 2. Haptonomie als mensvisie

Haptonomie is een mensvisie, een idee over mens en samenleving. Daarbij wordt de mens gezien als affectief wezen, dat wil zeggen dat hij of zij in staat is tot een gevoelde verbondenheid met zichzelf en zijn omgeving. Als die verbondenheid ervaren wordt dan is er sprake van eenheid van lichaam, ziel en geest bij die persoon. Ontbreekt deze dan zien we een mens die niet alleen het contact kwijt is met wie hij is, met wat hij voelt en wat hij wil, maar die ook het contact met de ander kwijt is. (Plooi, 2005) Gevoelens en emoties zijn daarbij van essentiële en fundamentele betekenis, omdat zij voor een mens betekenis geven aan het leven.

Het woord 'haptonomie' is een samenvoeging van de Griekse woorden 'hapsis' en 'nomos'. Het eerste begrip betekent tast, gevoel, gevoelsleven of tact. De term 'nomos' wordt gebruikt voor het geheel aan wetmatigheden. Haptonomie staat dus voor het geheel aan wetmatigheden ten aanzien van het menselijk voelen, gevoel en gevoelsleven. En dan gaat het om de mens als individu, maar ook om de mens in relatie tot anderen en zijn leefomgeving. (Boot, 2007)

Het uitgangspunt van de haptonomische mensvisie is al zo oud als de mensheid zelf: een leven waarbij ieder mens de vrijheid heeft om zich te ontwikkelen en ontplooiën naar zijn eigen aard en zich tegelijk verbonden weet met andere mensen en met zijn omgeving want een eigen authentieke identiteit ontwikkelen kan geen mens alleen, daarvoor hebben we anderen nodig. Mensen zijn in die zin op elkaar aangewezen en van elkaar afhankelijk, met name van de fundamentele, affectieve bevestiging die ze elkaar kunnen geven. Dat is niet de bevestiging om *wat* ze doen, maar om *wie* ze zijn. Aanvankelijk, als we klein zijn, zijn dat de ouders of verzorgers, maar later in het leven hebben mensen andere volwassenen nodig om te kunnen groeien. Een samenleving die mensen tot ding maakt desintegreert en leidt tot angst en wantrouwen.

Mensen zijn niet alleen maar voelers. De mens is ook in staat tot denken, bewustzijn van en reflecteren over zichzelf en zijn doen en laten. Het voelen, denken en handelen zijn afhankelijk van elkaar en beïnvloeden elkaar onderling. Wanneer voelen en denken op adequate wijze met elkaar verbonden zijn, is dat het levenskompas waarop we kunnen varen. Dát bewustzijn is een *waarnemend* bewustzijn. Het besef van wat er in jezelf en om je heen gebeurt.. (Talma, 2010) Dit alles vraagt derhalve om een goed contact met het eigen gevoelsleven, de mogelijkheid tot inleven in de ander, het vermogen die gevoelens op elkaar af te stemmen en vervolgens de mogelijkheid het voelen met het denken en het handelen te verbinden. (Boot, 2007)

Lichaam en lichamelijke

Een ander fundamenteel uitgangspunt in de haptonomische mensvisie is ons lichamelijk aanwezig zijn in de wereld. Wij ervaren alles wat er gebeurt via onze lichamelijke.

Via ons lichaam kunnen we waarnemen wat de buitenwereld ons doet en via ons lichaam brengen we naar buiten wat we innerlijk voelen. (Plooi, 2005) Het lichaam is de schakel tussen de innerlijke en uiterlijke wereld. We nemen met onze zintuigen waar wat van buiten

op ons afkomt, we ruiken, horen, zien, proeven en voelen van alles en dat krijgt betekenis door de waarde die we eraan geven. We merken dat iets ons goed doet of niet en op basis daarvan wenden we ons af of treden we het tegemoet. Dat is een oerintelligentie. In de loop van ons leven worden het waarnemen en waarderen steeds complexer en verfijnder. We leren te achterhalen hoe het met ons gaat door naar binnen te voelen.

Daarnaast tonen we onszelf, via onze lichamelijke aanwezigheid, ook aan die buitenwereld in alles wat we zijn en hoe we ons voelen. Ook al doen we ons best om ons anders voor te doen, men kan zien, ruiken of voelen hoe het met ons gaat. Blijheid ziet er anders uit dan woede, verdriet, onmacht of moeheid. Met het lichaam geven we, vaak onbewust, uiting aan wat er vanbinnen leeft.

Ten slotte is ons lichaam de opslagplaats van al onze gevoelde ervaringen uit het verleden. Gevoelens worden niet alleen opgeroepen door situaties of mensen in het heden. Ze kunnen ook uit het verleden komen en daarmee onze waarneming in het heden kleuren. (Bosch, 2003) Het lichaam heeft een geheugen voor gevoelservaringen, het draagt alles wat door de zintuigen is waargenomen als stille, vaak onbewuste kennis met zich mee die vaak heel onbewust door een geur, smaak, door iets wat je hoort of meemaakt ineens opgeroepen kan worden.

Paragraaf 3. Haptotherapie

Haptotherapie is de therapeutische toepassing van de haptonomische mensvisie. Het brengt mensen - opnieuw – in contact met de eigen gevoelens en met de andere mens, daar waar dat contact verbroken is (Plooi, 2005).

Hieronder lichten we een klein gedeelte van de haptotherapie toe, voor zover die betrekking heeft op PTSS. Voor een uitgebreidere beschouwing verwijzen we naar de boeken *Haptonomie, een kwestie van gevoel* (Boot, 2004) en *Haptotherapie, praktijk en theorie* (Plooi, 2005)

Openen en sluiten

Een belangrijk aspect in de haptotherapie is het fenomeen van *openen en sluiten*.

Om dit fenomeen van openen en sluiten in de meest basale vorm duidelijk te maken, nemen we vaak een eencellige zoals een pantoffeldiertje als voorbeeld. (Gebaseerd op het *ontwikkelingsmodel* van psychiater professor dr. Bastiaans uit 1976): een pantoffeldiertje zwemt rond in water. Als het iets waarneemt wat voedsaam is, zal het zich verzachten en *openen* en zich richten, *tegemoetstrekken* naar dit voedsel. Als het iets waarneemt wat bedreigend is, zal het verharden en zich *afsluiten* en zich *terugtrekken* van dat wat bedreigt. Het vermogen om *waar te nemen* en *te weten* wat levensbevorderend is (o.a. voedsel) en wat levensbedreigend (gif), noemen we de hapsis.

Wanneer we later in de evolutie als mens ontstaan, hebben we dit vermogen tot *waarnemen* en *op waarde schatten* nog steeds, maar inmiddels veel verfijnder en gecompliceerder. Het is dan gekoppeld geraakt aan ons gevoel: wanneer iets levensbevorderend is, gaat dit gepaard met een prettig, aangenaam gevoel, een gevoel van welbevinden; we bewegen er als vanzelf naar toe.

Als iets levensbedreigend is, gaat dit gepaard met een onaangenaam gevoel, gevaar; we sluiten ons ervoor af, we trekken ons in principe terug (*flight*) of we het gevecht aan (*fight*, de ander moet weg).

Vanuit deze prettig-onprettig of lust-onlust gewaarwordingen, ontwikkelen zich de menselijke gevoelens en emoties.

Verstoring

Als ons leven enigszins ‘normaal’ verloopt, blijven we vertrouwen op dit adequaat openen en sluiten, dan ‘vertrouwen we op ons gevoel’, zoals we dat noemen.

Vaak echter raakt dit vermogen verstoord. Dat kan te maken hebben met ons vroege leven waarin *veiligheid* en *bevestiging* niet vanzelfsprekend zijn geweest. We hebben als kind niet geleerd om te vertrouwen op ons vermogen van openen en sluiten omdat het thuis niet veilig was of omdat onze ouders niet adequaat op onze natuurlijke behoeften reageerden. We sluiten ons af voor wat we werkelijk voelen, we ontkennen wat we voelen of we proberen deze situatie rationeel op te lossen. Dat kan ertoe leiden dat we ons te veel terugtrekken zodat, menen we, ons niets kan gebeuren. Maar we sluiten ons dan wel op ‘in de burcht van onszelf’.

Anderzijds, of op andere momenten openen we ons te veel voor die mensen die eigenlijk helemaal niet goed voor ons zijn. Ook in dat geval sluiten we ons in wezen af voor wat we wérkelijk voelen.

Het meemaken van ernstig bedreigende levenssituaties, die aanleiding hebben gegeven tot een geforceerd afsluiten, zoals mensen met PTSS dat kennen, kan eveneens leiden tot een verstoring in het vermogen tot adequaat openen en sluiten. Wanneer dit afsluiten onvrijwillig en/of onbewust gebeurt, raakt de persoon in kwestie het natuurlijke contact met het eigen gevoelsleven kwijt, hij 'vervreemdt van zichzelf', maar hij vervreemdt ook van de ander. Het vermogen tot natuurlijk contact maken is verstoord geraakt door de traumatische gebeurtenis.

Dit onvrijwillig afsluiten gaat meestal gepaard met een verhoogde spanning. In fysiologisch opzicht is waarneembaar in een *verhoogd setpoint van het stress-systeem* (een verhoogde HPA-as), ofwel chronische *arousal*. Verhoogde prikkelbaarheid is het gevolg en ook doorgaans 'normale' situaties en emoties worden nu als bedreigend ervaren. De PTSS-patiënt lijkt niet meer anders te kunnen dan zich af te sluiten. Daarnaast ontstaat ook de neiging op zoek te gaan naar potentieel bedreigende situaties om, vanwege de homeostasis, aan dit verhoogde setpoint tegemoet te komen. We noemen dit de *spanningsbehoefte*.

Gewaar zijn

Het meest kenmerkende van de haptotherapie is dat de cliënt bij deze therapievorm leert zichzelf *gewaar te worden*, en dan dus juist in het contact met de andere mens. Hij wordt zich gewaar hoe hij omgaat met het genoemde (eventueel inadequate) openen en sluiten. Hij leert zichzelf en zijn gedragspatronen kennen.

De haptotherapie biedt een vertrouwde, veilige omgeving en een veilig contact, waarin de cliënt langzaam maar zeker weer contact leert maken met zijn innerlijke gevoelens (daarmee bedoelen we ook de diepere gevoelsreacties, niet alleen de eerste afwerende ‘emoties’) en daarna pas met de wereld, de mensen om hem heen. Hij leert dat hij zich niet langer hoeft te verschuilen achter een muur van afweer.

Affectieve bevestiging

De haptotherapeut start in het contact met zijn cliënten altijd vanuit de *affectieve bevestiging*; zo kan het zelfbeeld van een mens (wat bij PTSS nagenoeg altijd negatief is) zich ontwikkelen in een positieve richting. Affectieve bevestiging staat in de haptonomie tegenover effectieve bevestiging. De laatste vorm bevestigt iemand om wat hij doet (ik hou van je als je goede cijfers haalt) en de eerste bevestigt je om wie je bent, met al je goede en minder goede kanten, leuke en minder leuke gevoelens.

Doordat we letterlijk de veiligheid ‘aan den lijve’ laten ervaren, zal het hele stress-systeem tot rust komen. Dat kan natuurlijk pas als er een redelijke mate van vertrouwdheid en veiligheid is ontstaan. Als dat zo is wordt de aanraking door de haptotherapeut vaak als prettig en positief ervaren, waardoor het gefocust zijn op negatieve prikkels en ervaringen zal afnemen. Tot de behandeling hoort ook het leren omgaan met de blijvende verhoogde gevoeligheid (draaglast) en de soms blijvend verminderde draagkracht. Over dit laatste verderop meer.

Langzaam maar zeker zal de focus zich verplaatsen van het getraumatiseerd-zijn naar persoonlijke groei en zingeving van wat men in het trauma meegemaakt heeft. Dat heeft tot gevolg dat er meer evenwicht in het algemeen zal ontstaan in het beleven van de goede en de slechte kanten van het leven.

Begeleiding

In een haptotherapeutische begeleiding worden gesprekken gevoerd, oefeningen gedaan en op de behandelbank gewerkt. Levensgebeurtenissen en dagelijkse ervaringen worden besproken vanuit het perspectief van het gevoelsleven en in tweede instantie vanuit een cognitief perspectief. De gesprekken geven zicht op de betekenis van de gevoelens, die bepaalde traumatische gebeurtenissen oproepen, en de manier waarop daarmee wordt omgegaan. Daarnaast kan de haptotherapeut gebruik maken van ervaringsoefeningen. Dat zijn oefeningen waarbij de cliënt zijn lichamelijke signalen en gedragspatronen leert herkennen. Zo kan de cliënt ervaren hoe het voor hem is als de therapeut langzaam steeds dichterbij hem af komt lopen: voelt dat veilig of onveilig? Heeft hij de neiging zich af te sluiten naarmate de therapeut hem steeds meer nadert? Andere oefeningen zijn: nagaan wat hij lijfelijk ervaart als hij op een wankel grote bal gaat zitten of op een wiebeltol gaat staan.

De kern van de haptotherapeutische begeleiding wordt echter gevormd door het werken op de behandelbank. De cliënt ligt op de bank en de therapeut brengt hem via een goede aanraking in contact met zijn voelbare en voelende lichaam. Als de cliënt zich onbewust afsluit voor dat contact of voor die aanraking kan dat op dat moment bewust worden. Is de cliënt wel in staat zich open te stellen voor dat contact dan kunnen signalen van het lichaam die zich daarbij voordoen worden waargenomen en worden herkend. Dat geeft iemand zicht op wie hij is en hoe hij zichzelf tot de ander verhoudt. Dankzij de haptotherapeutische begeleiding kan iemand weer leren luisteren naar dat wat zijn lichaam hem te vertellen heeft. Door zijn gevoelens serieus te nemen leert hij weer te vertrouwen op wat hij voelt. Wanneer het vertrouwen in de eigen emoties en gevoelens toeneemt kan iemand groeien in de richting van steeds meer zichzelf worden en durven zijn wie hij in wezen is.

In de paragraaf hierna wordt dieper ingegaan op de haptotherapeutische begeleiding bij PTSS.

Begrijpen versus voelen c.q. ervaren

Wanneer kan haptotherapie van belang zijn bij PTSS en wat is voor verwijzers reden om te verwijzen naar de haptotherapeut?

PTSS-ers verliezen, zoals hierboven al beschreven, vaak het vertrouwen in en de mogelijkheid tot het aangaan van contact met hun eigen gevoelswereld én met de (mensen in) hun omgeving. Haptotherapie draagt bij aan het hertstel daarvan. De benadering van haptotherapeuten verschilt echter van die van psychologen en psychotherapeuten.

Haptotherapeutische begeleiding onderscheidt zich van de andere therapievormen doordat het aangrijpt op het voelen via het ervaren van die gevoelens en emoties in en aan het lichaam. Het gegeven dat haptotherapie een lichaamsgerichte therapie is, waarbij de patiënt zich bewust wordt van zijn (lichamelijke) gevoelens door een zorgvuldige en adequate aanraking door de therapeut, maakt het mogelijk die ook daadwerkelijk te ervaren. Een bewustwording die niet uitsluitend via het praten tot stand komt, maar via de directe ervaring. In veel gevallen is er door psychologie of psychotherapie inzicht verkregen in de traumatische processen, maar soms wordt dat nog niet gevoeld. Wij horen verwijzers vaak zeggen: “Ze snappen het wel, maar ze voelen het (nog) niet.” Haptotherapie maakt voelbaar wat cognitief/verstandelijk al begrepen wordt. Nare gevoelens worden vaak vermeden of verdrongen, het contact met het lichaam wordt verbroken om het gevoel buiten het bewustzijn te houden. Via het aanrakende contact wordt in de haptotherapeutische begeleiding lichaamsbewustzijn en lichaamsbesef gestimuleerd in een veilige omgeving en gegidst door de therapeut. Gevoelens kunnen daarmee tegemoet worden getreden, worden herkend en erkend en onderzocht. In het voelbare en aanrakende contact met de haptotherapeut wordt het vertrouwen in en de mogelijkheden tot het aangaan van contact met de eigen binnenwereld en met de mensen in de omgeving hersteld.

Haptotherapeuten kunnen derhalve worden ingeschakeld als ondersteuning voor exposure therapieën (waaronder de eerder genoemde EMDR en BEPP) als de patiënt geen contact kan maken met zijn gevoel en emoties. In dat geval is er sprake van twee verschillende behandelsporen, waarbij beide trajecten complementair zijn. In dit geval is nauwe samenwerking tussen de verschillende therapeuten van groot belang.

Bij PTSS in remissie, als de symptomen zijn afgenomen of verdwenen, kan de haptotherapeut de patiënt helpen zijn gevoelsleven (weer) te ontwikkelen. Normale gevoelens zijn vaak overschaduwde door de bij PTSS optredende arousal. Via haptotherapie kunnen (ondergesneeuwde) gevoelskwaliteiten, normale gevoelens en emoties (weer) herkend, erkend en geïdentificeerd worden, zodat er een evenwicht ontstaat tussen denken en voelen. Daardoor kan de patiënt meer en meer gaan vertrouwen op wat hij voelt en trouw blijven aan zichzelf, ook onder moeilijke omstandigheden.

Paragraaf 4. Haptotherapie bij PTSS

Bij haptotherapeutische begeleiding van cliënten met PTSS kunnen verschillende fases en behandeldoelen worden onderscheiden. In de begeleiding zijn deze fases niet strikt los van elkaar te zien. In de meeste gevallen lopen ze vloeiend in elkaar over. Toch worden de fases hier apart beschreven in de volgorde die grosso modo te verwachten is.

De eerste fase bestaat uit het verminderen van de arousal-verschijnselen die het gevolg zijn van chronisch verhoogde activiteit van het orthosympatische deel van het autonome zenuwstelsel. De tweede en derde fase houden respectievelijk het herstel in van het persoonlijk gevoelsleven en van een gezonde gevoelsmatige wisselwerking met anderen. De daarna beschreven behandeldoelen worden verweven in de verschillende fases, afhankelijk van de belastbaarheid van de cliënt. Als behandeldoelen worden hier specifiek genoemd: het laten ervaren van een gevoeld fundament (de basis), het leren omgaan met belasting (waaronder ook het tegemoet treden van herbelevingen en intrusies), het herkennen van de zogenaamde ‘rode vlaggen’ en hernieuwde zingeving. In de beginfase van de haptotherapeutische begeleiding is het vooral van belang dat de cliënt inzicht krijgt in de stoornis.

Hieronder beschrijven we tevens hoe we bij enkele cliënten gewerkt hebben, de zogenaamde vignetten. Hiermee geven we aan hoe het zou kunnen gaan.

Het is belangrijk te realiseren dat er naast successen, zoals we die hier beschrijven, ook geregeld begeleidingen zijn die minder succesvol verlopen. Soms lijkt de behandeling te stagneren of slaat deze gewoonweg niet aan. Vaak ook gaat er lange tijd vooraf aan deze successen. Toch willen we u deze illustratieve pareltjes van ons werk niet onthouden.

0. Psycho-educatie en hapto-educatie

Naast informatie over de psychologische gevolgen van traumatische gebeurtenissen, waardoor de symptomen verduidelijkt worden, geven haptotherapeuten specifieke inzichten in de stoornis. We kunnen spreken van psycho-educatie en hapto-educatie.

De specifiek haptonomische educatie is gericht op het vergroten van het inzicht in de manier waarop mensen geneigd zijn te reageren op traumatiserende gebeurtenissen. Daarbij wordt aandacht besteed aan de relatie tussen het trauma en het lichaam. Duidelijk wordt gemaakt op welke wijze een mens lichamelijk en gevoelsmatig kan reageren op emotionele gebeurtenissen.

1. Verminderen van arousal

De basis van haptonomische begeleiding berust, zoals gezegd, voor een belangrijk deel op affectieve bevestiging in een veilige en betrouwbare therapeutische relatie. De patiënt voelt dat hij erkent wordt als geheel om wie hij is en niet om wat hij doet. Een haptotherapeut zal voor alles in staat moeten zijn om een dergelijke, persoonlijke relatie met de cliënt op te bouwen. De haptotherapeut moet zichzelf daarbij zodanig hebben ontwikkeld dat hij vanuit het zogenaamde haptonomische PTP-principe met de cliënt kan werken. PTP staat voor: present, transparant en prudent.

Als aan deze voorwaarden is voldaan kan de cliënt begeleid worden in het ervaren van ontspanning en rust in zijn lichaam en geest in de nabijheid van de therapeut. Het letterlijke contact dat de therapeut met de cliënt aangaat middels de bevestigende en behoedzame aanraking, terwijl deze op de behandelbank ligt, kan de cliënt gidsen naar een gevoel van geborgenheid en vertrouwen in de ander en in zichzelf. Wanneer dit gevoel wordt herkend door de cliënt kan deze aan den lijve ervaren dat zijn lichaam niet meer op alle prikkels hoeft te reageren met afweer of alertheid. Het orthosympatisch deel van het onwillekeurige zenuwstelsel lijkt dan daadwerkelijk minder actief te worden; er worden dus geen ontspanningsoefeningen gegeven die de cliënt in zijn eentje moet uitvoeren, maar de cliënt leert juist in contact met de therapeut tot rust en ontspanning te komen.

Het is duidelijk zichtbaar en voelbaar, ook voor de cliënt (Fred), dat zijn lichaam vrijwel altijd gespannen is. Zowel lichamelijk als geestelijk is er sprake van hoge tonus. Dat uit zich in het lichaam in de vorm van spierspanning, onrustige bewegingen, snelle en hoge, oppervlakkige ademhaling, overmatig zweten, moeilijkheden met slapen en vaak maag/darmklachten. Maar ook geestelijk is er sprake van alertheid en prikkelbaarheid.

Fred R. is een man van 43 jaar die bijna een jaar geleden het slachtoffer was van een gewapende overval op zijn juwelierszaak, waarbij hij niet alleen met een pistool bedreigd is, maar ook in elkaar geslagen werd. In de eerste fase van de begeleiding richtte deze zich op het weer tot rust kunnen komen in het algemeen en de ervaring dat zowel het lichaam als de geest in staat is opnieuw minder geprikkeld en gespannen te worden.

Nadat in de intake duidelijk is geworden dat voor de hulpvraag van Fred haptotherapie geïndiceerd is, vroeg ik hem om gekleed en op zijn buik op de behandelbank te komen liggen. Aanvankelijk bleek die houding wat spanning op te roepen omdat Fred mij daardoor niet in de gaten kon houden. Nadat ik naast hem kwam zitten en een geruststellende hand op zijn onderrug legde, bleek er langzaam maar zeker wat rust in zijn lichaam te komen. Zijn hoofd bleef nog wat onrustig, allerlei gedachtes schoten erdoorheen. Ook letterlijk bleek hij zijn hoofd niet los te kunnen laten, hij kon zijn hoofd niet op de matras laten rusten. Door een rustige aanwezigheid en steunende aanraking kon ik hem letterlijk steeds meer laten voelen dat het veilig was. Na verloop van tijd kon hij daardoor zijn alertheid, voor het eerst sinds de traumatische gebeurtenis, wat laten vieren. Het voortdurende gevoel van arousal en prikkelbaarheid nam af. Voor hem was het van groot belang dat hij kon merken dat er totaal geen oordeel was, op welk gevoel dan ook. Van mij, noch van hemzelf. Een voor hem totaal nieuwe ervaring. Zeker in het bijzijn van een ander mens.

Aan de ontspanningsoefeningen die Fred al eerder had geleerd bleek hij niet veel te hebben. Hij gaf aan dat op eigen kracht oefenen bij hem niet werkte. Juist de vertrouwenwekkende en letterlijk voelbare aanwezigheid van de therapeut gaf hem het vertrouwen dat het goed was zoals het was. Dat leerde hem alles te laten zijn zonder dat iemand vond dat het anders moest en zonder dat iemand daar verder een oordeel over had.

2. Herstel van contact met zichzelf en het gevoelsleven

Emoties zijn te herkennen in ons lichaam. Maar iemand met PTSS kent vooral de hierboven genoemde arousal-verschijnselen van spanning, onrust en prikkelbaarheid of de gevoelens die als afweer in werking zijn gesteld. De stressreactie op een traumatische ervaring of periode overschaduwde de gevoelens die bij een gezond en persoonlijk gevoelsleven horen.

Bij PTSS is het waarnemen en waarderen van deze gevoelservaringen verstoord geraakt en gaan mensen leven vanuit overlevingsmechanismen, onder meer door een grote nadruk te leggen op het ontkennen of verdringen van de gevoelens gedurende de afweer omdat dat de meeste controle lijkt te geven.

Zoals eerder aangegeven worden 'normale' gevoelsreacties en emoties bij verschillende gebeurtenissen niet meer herkend of anders gewaardeerd. Als de arousal wat is afgenomen kan worden gewerkt aan het herkennen en erkennen van de gevoelens en emoties zoals die in zijn huidige leven daadwerkelijk aanwezig zijn. Zo zal de cliënt verschil kunnen gaan ervaren in enerzijds gevoelens die tot zijn afweermechanismen horen en anderzijds wat daaronder voelbaar is aan bijvoorbeeld verdriet, pijn, angst, blijdschap en reële boosheid. Ook gevoel voor de eigen behoeftes en verlangens, wat de cliënt goed doet en wat hem niet goed doet, alsook een verlangen verbondenheid worden beter herkend. Belangrijk is dat al die gevoelens er mogen zijn, dat ze worden erkend en herkend en op juiste waarde worden geschat. Ook oude emoties kunnen in deze fase weer boven komen drijven en worden gevoeld, maar niet langer meer in eenzaamheid. Door de verbondenheid met de therapeut kunnen gevoelens en emoties gedeeld worden en als de cliënt dat kan voelen, herkennen en verwoorden dan kent hij zichzelf en zijn reactiepatronen zoals ze in wezen zijn.

Herbelevingen vormen een kenmerkend symptoom van PTSS. Zij kunnen zeer realistisch zijn en worden liever vermeden. In de loop van het therapeutische proces kunnen zich herbelevingen voordoen. Soms worden die onderdrukte gevoelens zelf 'aangeraakt' wanneer de cliënt zich meer openstelt dankzij de veiligheid van de beschuttende aanraking van de therapeut. Op dat moment is het van belang dat de haptotherapeut laat voelen dat hij aanwezig is en de cliënt steunt. De aanraking van de therapeut zorgt ervoor dat de cliënt blijft voelen dat hij niet alleen is. Daarnaast laat hij de cliënt voelen dat hij 'in het hier en nu' is. Dat de herbelevingen gaan over iets in het verleden. De verbondenheid tussen cliënt en therapeut geeft de mogelijkheid om de herbelevingen toe te laten zonder te dissociëren.

Dat is het moment waarop de wond kan helen en de oorspronkelijke vermogens weer tot bloei kunnen komen. Dat is het moment waarop de cliënt weer trouw kan blijven aan zichzelf en niet langer meer uitsluitend handelt vanuit overlevingsmechanismen. Het voelbare lichaam, het lichamelijke ervaren én de verbondenheid met de therapeut spelen daarbij een cruciale rol.

Goed voelen (wat iets anders is dan je goed voelen, je prettig voelen) is van groot belang voor lichamelijke en geestelijke gezondheid, voor een gevoel van eigenheid, vertrouwen in jezelf, van authenticiteit en is een basisvoorwaarde voor een goede wisselwerking met anderen en het creëren van gezonde, intieme relaties.

Bart is een oud-Libanonganger. Nadat PTSS-klachten na een luxerende periode bij hem manifest werden heeft hij een traject doorlopen bij Centrum 45.

Hij heeft nu zijn leven weer redelijk op orde: de verschijnselen van angst en paniek zijn zodanig afgenomen dat hij er goed mee kan leven. Hij heeft zijn oude werk weer opgepakt. Hij blijft zich echter naar zijn partner afgesloten opstellen: er is weinig (lichamelijke) intimiteit en nagenoeg geen seksualiteit. Met deze vraag wordt hij naar mij verwezen.

Hij is nu al een paar keer geweest, waarbij er langzaam maar zeker een vertrouwen is ontstaan. In deze sessie vraag ik hem om op zijn buik op de bank te komen liggen. Ik stel hem voor dat ik zijn (linker)been aanraak. Ik strijk een aantal keren over zijn been, van heup tot voet en terug, waardoor hij zijn been meer gaat voelen; in de haptonomie wordt dit het 'aanreiken van het been' genoemd. Dan vraag ik hem hoe zijn been nu voelt, of hij verschil voelt met het niet-aangeraakte been. In eerste instantie voelt hij geen verschil. Maar als ik wisselend mijn hand op zijn linker- en dan zijn rechterbeen leg, merkt hij op dat hij rechts afweert en links juist contact toelaat. Als ik wisselend zijn linker- en zijn rechterbeen licht belast (druk geef) wordt dit verschil nog duidelijker voor hem. Als ik daarna zijn linkerbeen vastpak en optil en daarna zijn rechter-, merkt hij dat zijn linkerbeen veel 'lichter' is en makkelijker opgetild wordt dan zijn rechter-, het gaat haast vanzelf. Dit rechterbeen is zwaar en stug, er is geen contact. Hij herkent dit van zijn kleine neefje: 'Soms kun je hem optillen, dan voelt hij heel licht en gemakkelijk, het gaat als vanzelf. Soms juist is ie zwaar en krijg ik hem niet van de grond. Hij "wil" dan niet. Hij ervaart dit nu ook bij zichzelf: de linkerzijde is gemakkelijk, licht en in contact; de rechterzijde is stug, zwaar, uit contact. Dan realiseert hij zich dat hij eigenlijk 'altijd' zo is, zoals nu zijn rechterkant voelt. Hij is verbaasd dat hij blijkbaar ook nog een 'gemakkelijke, lichte' mogelijkheid heeft, waarbij er wél contact is.

Hoewel hij hier ook blij mee is, voelt het ook ambivalent: naar zijn vrouw voelt hij zich nooit zo open en licht. Ook ziet hij met terugwerkende kracht zijn uit-contact zijn. Een groot verdriet overvalt hem, een jarenlange eenzaamheid. Bij mij leert hij woorden geven aan deze gevoelens, waardoor hij deze later ook met zijn vrouw kan delen. Het begin van écht contact is gemaakt.

3. Herstel van contact met anderen en de buitenwereld.

De mens is een sociaal wezen dat van nature behoefte aan contact met zijn medemens heeft. De mens is geschapen voor en afhankelijk van deze contacten. Voor een goede en gezonde zelfontplooiing, leren we in de haptonomie, is het direct affectief bevestigende contact van het grootste belang (Veldman, 2007). De getraumatiseerde mens heeft zich echter in meer of mindere mate teruggetrokken uit het (intieme) contact met anderen, omdat hij dat als te bedreigend ervaart.

Wanneer iemand (weer) in staat is zichzelf te voelen, zijn voorkeuren, verlangens, wensen en behoeftes goed waar te nemen en te verwoorden, kan hij zich ook weer verbinden met de buitenwereld en met de mensen daarin. Vanuit een herwonnen gevoel van vertrouwen in zichzelf en in de wereld kan iemand met PTSS weer (intieme) contacten aangaan zonder zichzelf daarin te verliezen. Hij kan intimiteit ervaren zonder nog bang te hoeven zijn dat de ander een dreiging is.

Veel van de eenzaamheid waarmee mensen kampen die hulp zoeken bij een haptotherapeut, heeft te maken met het niet kunnen ervaren van wederkerigheid. In de wederkerigheid (beide personen zijn zowel bij zichzelf als met en bij de ander), kunnen mensen elkaar *echt* ontmoeten, elkaar raken en elkaar goed doen. De ander is in dat geval in plaats van een bedreiging juist een aanvulling (Plooi, 2005).

De haptotherapeut kan de cliënt ervaringen laten opdoen met het voelen van wederkerigheid. Zo krijgt de cliënt een voelbaar herkenningspunt waarmee hij in zijn leven kan gaan proberen zich in zijn relaties wat meer te openen. Daardoor zal hij dan meer in staat zijn zinvolle contacten aan te gaan en weer een persoonlijk netwerk op te bouwen.

Arend is zelfstandig ondernemer. Een tijd geleden werd bij zijn huis opgewacht door twee gemaskerde en gewapende mannen. Hij werd de auto in gesleurd en gedwongen geld te pinnen.

Inmiddels is hij onder behandeling bij een in PTSS gespecialiseerd centrum.. Hij wordt doorverwezen voor parallelbehandeling omdat hij het huis niet meer uit durft en ook overdag altijd de gordijnen gesloten heeft. Hij vertrouwt alleen nog zijn vrouw die hem naar de therapie, de huisarts et cetera brengt.

In de eerste fase is hij zijn arousal gaan herkennen en is deze langzaam tot rust gekomen. Hij herkent nu ook zijn gevoelens en emoties en kan deze benoemen. Nu vraag ik hem op zijn buik op de bank te komen liggen. Als ik voorstel mijn hand op zijn rug te leggen, herkent hij direct de schrik die dit in zijn lijf en geest oproept. De schrik is voelbaar als een afweerreactie, een lijfelijke verharding, het sluiten. Toch mag ik mijn hand op zijn rug leggen. Als ik hem vraag of hij mijn hand kan voelen ontkent hij dat in eerste instantie. Langzaam maar zeker gaat hij hem toch voelen en herkennen; ik krijg toegang.

Dan vraag ik hem of hij mij kan voelen, niet alleen mijn hand, maar ook hoe ik ben vandaag, zenuwachtig of juist rustig? Hij is verbaasd over de vraag, maar nog verbaasder dat hij daadwerkelijk iets van mij kan voelen, van de ander. Ik blijf aan en blijf hem uitnodigen, waardoor hij daadwekelijk iets van mij gewaar wordt, mij kan voelen. Tot nu toe durfde hij zich niet open te stellen, hij was te bang. Hij leidde een eenzaam bestaan. En ineens is er die ander, waarmee hij - hoe schuchter ook - contact durft te maken. En dan: voor het eerst in al die maanden komen er tranen.

4. Het 'uitnodigen' naar de basis.

De haptonomie ziet het bekkengebied, de basis, als het fundament van ons lichaam. In anatomische zin is dit het lichaamszwaartepunt. Maar ook in emotionele zin ligt ons fundament hier.

Als iemand in zijn basis aanwezig is, is hij in evenwicht, zowel lichamelijk als emotioneel. Denk aan een duikelaartje. Die zal als hij zijn gewicht onderin heeft, bij een verstoring gemakkelijk weer zijn evenwicht terugvinden.

Wanneer onze gevoelens te heftig en bedreigend zijn, we ze niet 'willen' voelen of wanneer we onze gevoelens niet meer vertrouwen, trekken we ons letterlijk terug uit dit gebied. Daarnaast komt de nadruk komt te liggen op spanning en alertheid in het bovenste deel van ons lichaam. Iemand die lijdt aan PTSS zit met andere woorden 'hoog in zijn lichaam'. Dat is heel fysiologisch: als het orthosympatische zenuwstelsel geprikkeld wordt gaat de ademhaling hoger en oppervlakkiger, de spierspanning van de kaken en nek en schouders

neemt toe, de alertheid van alle zintuigen neemt toe, hartslag stijgt, soms is er sprake van duizeligheid en men lijkt de grond onder de voeten te verliezen. Het gevolg daarvan is een verkrampde alertheid in het hele lichaam. Deze mensen hebben moeite zichzelf overeind te houden. Bij tegenslag of een verstoring zullen ze makkelijk omvallen en moeilijk, ten koste van veel kracht weer overeind kunnen komen. Denk weer aan het duikelaartje, maar dan een met zijn gewicht bovenin.

Gegidst door de haptotherapeut ervaart de cliënt hoe weinig hij in zijn basis aanwezig is, hoe weinig hij dit gebied voelt. Maar tegelijkertijd voelt hij dat het hem goed doet hier wél aanwezig te zijn: hij zal meer lichamelijk, maar ook meer psychisch evenwicht ervaren, meer evenwicht in de hele persoon. Is hij in zijn basis aanwezig dan raakt hij niet in paniek en vlucht innerlijk niet meer weg voor angst en leed. Hij is in staat te voelen wat er te voelen valt, zonder afweer en dat brengt rust.

Marianne heeft al sinds het moment van haar auto-ongeluk negen maanden geleden, waarbij haar partner is overleden, het gevoel dat ze niet meer makkelijk ademt. Ze zegt sindsdien te hyperventileren. Daarnaast heeft ze vaak hoofdpijn en heftige pijnklachten in het nek/schoudergebied die niet zijn te verklaren door aandoeningen van wervelkolom of hoofd. Ze geeft aan altijd alert en op allerlei mogelijk gevaar bedacht te zijn. Tegelijk botst ze vaak tegen meubels in haar huis en voelt zich wankel en wiebelig.

Ook Marianne vraag ik op zeker moment om op haar buik op de behandelbank te komen liggen. Ik leg mijn hand op haar onderrug en vraag of ze die kan voelen en of hij daar goed ligt. In eerste instantie heeft Marianne de neiging de aanraking te ontkennen en ervan weg te willen gaan. Langzaam maar zeker ervaart ze dat het goed voelt dat mijn hand daar ligt. Ze ervaart dat ze in haar aandacht en in haar gevoel steeds meer naar dat gebied kan toegaan. Door één hand op de rug te houden en met mijn andere hand afwisselend haar benen aan te raken ervaart ze zelfs dat ze haar benen nu echt gaat voelen en dat ze zwaarder in de matras gaan liggen. Het is lang geleden dat ze dat deel van haar lichaam heeft gevoeld. De nadruk heeft sinds haar ongeluk vooral gelegen op haar wilskracht en overlevingsmechanismes. Nu ervaart ze voor het eerst weer haar benen en bekkengebied, haar fundament of basis. Als ik na enige tijd deze sessie afrond vraag ik aan Marianne of ze zich bewust wil worden van de manier waarop ze staat. Het blijkt dat de ademhaling meer richting buik is gegaan, maar ze ervaart vooral dat ze nu stabiel op de grond staat. Ze is meer in contact met de basis van haar lichaam, het gebied van buik, onderrug en bekken. Ze staat steviger op haar voeten doordat ze 'lager in haar lichaam zit'.

Een andere cliënt 'zit ook erg in haar hoofd', ze vindt zichzelf iemand die alleen maar denkt en geen enkel gevoel voor haar lichaam heeft. Ik vraag haar om op een grote oefenbal te komen zitten. Aanvankelijk valt ze er bijna vanaf, zo wankel zit ze erop. Ze probeert met grote armbewegingen haar evenwicht te bewaren. Als ik haar vraag naar de bal toe te voelen en aandacht te hebben voor het raakvlak van haar lichaam en de bal, voelt ze dat de spanning in haar bovenlijf afneemt en dat ze ook lager en rustiger gaat ademen. Zelf zegt ze dat ze 'in haar lijf zakt'.

5. Het leren omgaan met belasting.

Veel mensen hebben de neiging op belasting te reageren door door die te verdragen, door zich schrap te zetten en te verkrampen of zich anderzijds juist terug te trekken. De haptotherapie leert, door de belasting aan deze persoon aan te passen, deze om anders daarmee om te gaan. De cliënt leert de belasting soepel tegemoet te treden; hij hoeft niet te verkrampen (volhouden), maar zich ook niet terug te trekken. Dit laten we lijflijk ervaren, zodat wat geleerd wordt behalve cognitieve kennis ook een *gevoelde beleving* is. Dit noemen wij: het vergroten van de draagkracht.

De belasting kan komen vanuit de buitenwereld, maar ook vanuit de eigen gevoelswereld. Als de buitenwereld (de realiteit) als een belasting ervaren wordt, zoals bij PTSS vaak het geval is, kan de cliënt op deze manier leren daarmee toch contact te houden.

Ook ontdekt hij wanneer de belasting te groot voor hem is en hij zich dus beter uit de situatie terug kan trekken in plaats van deze met kracht te bevechten. In feite gaat het hier om het herkennen van de draaglast in verhouding tot de eigen draagkracht.

Hans werkte vroeger als jonge arts voor Artsen Zonder Grenzen, 'om de mensen te helpen, daarvoor wilde ik arts worden'. Hier maakte hij vaak voortdurend mee dat mensen onder zijn handen stierven, dat hij niet de zorg kon bieden die nodig was. Daarnaast was er steeds weer de dreiging van geweld en zag hij massa's geweldsslachtoffers.

Na een luxerende periode functioneert hij al enkele jaren nauwelijks. Hij werkt nu parttime. Wanneer hij toch meer probeert te werken, neemt de stress onevenredig toe en komen de herbelevingen terug; zijn draagkracht is kortom gering.

Hij is al een tijdje bij mij en heeft inmiddels geleerd redelijk adequaat met stress om te gaan. Maar dit lukt alleen bij geringe belasting. We besluiten de belasting op te voeren. Ik vraag hem weer om op zijn buik op de bank te komen liggen. Nadat we contact gemaakt hebben, belast ik hem door mijn elleboog diep in zijn bilspier (de gluteus maximus) te zetten. De normale reactie, ook bij hem, is om te gaan verkrampen (verzet) en vervolgens vol te houden (het verdragen). Een andere mogelijkheid is het ongemak te ontlopen, te ontvluchten. Ik gids hem echter naar deze pijn toe, ik nodig hem letterlijk uit deze pijn op te zoeken en te voelen. Het wonderlijke is dat het verzet tegen de pijn vervolgens afneemt en deze beter te dragen is (i.p.v. verdragen). Soms wordt de pijn daardoor letterlijk minder. Hij is hier heel erg verbaasd over. 'In mijn dagelijks leven doe ik precies het tegenovergestelde: óf ik hou vol, met alle stress van dien tot het niet meer gaat en ik "omval", of ik ontloop de stress. Nu kan ik leren ernaar toe te voelen, maar dan moet ik wel accepteren dat ik zoveel last van stress heb en dat wil ik niet.'

Toch staat hij toe dat we een paar behandelingen met deze oefening en daardoor, zegt hij, wordt in het dagelijks leven de stress beter hanteerbaar.

In deze tijd komen de herbelevingen ook weer sterker terug. Ook met deze belasting (nu een innerlijke belasting) leert hij op dezelfde manier omgaan. Hij vlucht er niet meer van weg, maar gaat er ook niet helemaal in op. Het zijn intense sessies, wanneer ik naast hem zit, mijn hand op zijn rug, en zij deze herbelevingen kan toelaten. Een tijdlang zijn er nog parallelle sessies bij het centrum waar hij in eerste instantie voor zijn PTSS werd behandeld.

Nu, enkele jaren later, hoor ik van hem dat het nu redelijk gaat. Hij is als basisarts gaan werken; precies op het niveau dat hen uitdaagt, zonder overmatige stres.

6. Het herkennen van rode vlaggen

Doordat de cliënt zich beter gewaar is van zijn reacties op de buitenwereld en zijn emotionele wereld, is hij ook eerder in staat de zogenaamde rode vlaggen te herkennen. Dat zijn de signalen waarop hij moet letten om niet steeds verder van huis te geraken en hulp te zoeken.

Daarnaast zal hij zich bewust worden van zijn neiging de stresserende factoren (het gevaar) weer op te zoeken, om tegemoet te komen aan zijn onbewuste verlangen naar 'leven in de brouwerij', wat in feite betekent weer even terug te gaan naar het verhoogde setpoint van het stress-systeem. Dit doet zich vaak voor bij cliënten met complexe-PTSS: als er weer rust is in het leven, hoe prettig dat op zich ook is, kan het leven soms als saai ervaren worden.

De begeleiding van Ruud, die de diagnose complexe PTSS heeft gehad, is al in een vergevorderd stadium als we in de haptotherapeutische begeleiding merken dat het herstel van lichamelijke ontspanning en geestelijke rust in het dagelijks leven zo nu en dan ruw worden verstoord door golven van onrust en zelfs lichte paniek. Als dat zich voordoet heeft hij de neiging meteen extreem spannende dingen te gaan doen. 'Mijn lijf vraagt dan om spanning en sensatie. Ik heb de neiging roekeloze dingen te ondernemen.' Op zichzelf is er niets mis met de neiging weer uitdagingen op te zoeken, maar we merken dat het voor Ruud haast een obsessie wordt. Op de behandelbank gebeurt soms precies hetzelfde. Als hij echt tot rust komt, kan er soms uit het niets en soms heel dwingend opeens lichte paniek of onrust ontstaan. Wat hij dan eigenlijk het liefste wil is opspringen en verbaal en non-verbaal met mij het gevecht aangaan. Bijna letterlijk.

Tijdens 'het werken op de bank' gaat Ruud echter steeds beter onderscheid voelen tussen enerzijds zijn onrust en behoefte aan gezonde spanning en uitdaging en anderzijds de onrust en haast angst die inadequaat zijn omdat ze voortkomen uit een oud PTSS-patroon. De eerst genoemde spanning kan vorm krijgen in gezonde 'spannende' activiteiten, bijvoorbeeld motorrijden en duursporten. De andere vorm, leert hij ervaren, is onverzadigbaar. Hij voelt zich erdoor gegijzeld. Het voelt voor hem alsof die laatste drang alleen maar door extreme daden bezworen kan worden. Bij hem is dat gokken. Het wordt hem gaandeweg steeds duidelijker voor welke spanning hij moet uitkijken. Hij zegt dat hij door de veilige aanraking de mogelijkheid heeft gekregen de verschillende soorten van spanning te kunnen onderzoeken en onderscheiden.

In het aanrakende contact met mij kan hij steeds preciezer voelen waar de verschillende vormen van onrust in zijn lijf voelbaar zijn en hoe ze van elkaar verschillen. Ik kan daarin gidsen omdat ik zorgvuldig en betrokken meevoel. Met een luisterende hand, in direct contact met Ruud, wordt het voor mij heel direct en concreet voelbaar wat er zich in het lichaam van Ruud afspeelt.

7. Zingeving

Bij PTSS bestaat de neiging zich vooral te richten op negatieve prikkels. Het leven wordt dan logischerwijze ook als negatief ervaren.

De aanraking in de haptotherapie daarentegen wordt vaak als prettig en bevestigend ervaren, als een positieve prikkel (dit zou te verklaren kunnen zijn door het verhoogde oxytocine dat bij een 'goede aanraking' ontstaat). Door het voelen, gewaar zijn en bespreken van deze positieve prikkels, zal er meer een evenwicht ontstaan in het beleven van de goede en de slechte kanten van het leven. Daardoor wordt het leven als volwaardiger en meer zinvol ervaren.

Ada zat naast haar man, die de auto bestuurde. Ze had net iets eerder door dan hij, dat het kind op de fiets linksaf sloeg. Ze riep nog, maar het was net te laat. Het kind werd geschept; ze zag het meisje door de lucht vliegen. Het liet zich ernstig aanzien; ze werd door een traumahelikopter opgehaald. Maar behalve enkele breuken en dergelijke viel het mee, 'gelukkig geen hersenletsel'.

Maar sindsdien voelde Ada zich schuldig, ze schrok vaak, sliep slecht en had altijd weer de (irreële) angst voor hersenletsel van het meisje. Zij is inmiddels succesvol behandeld door een (vrijgevestigde) psychiater. Het gaat nu goed met haar: ze is minder schrikachtig, ze slaapt redelijk en de (nog steeds aanwezige) angst voor hersenletsel van het meisje is hanteerbaar geworden voor haar. Ook haar huwelijk is weer in rustig vaarwater gekomen.

Ze komt bij mij op aanraden van haar vriendin. Ze kan, ondanks dat het 'goed' met haar gaat, sinds het ongeluk van niets meer genieten. Als ik haar (na enkele gesprekken) vraag om op haar buik op de bank te komen liggen en haar op haar rug aanraak voelt deze 'leeg'. Haar rug voelt niet gespannen, maar levenloos; een gevoel van schuimrubber. Ook van mij voelt ze niets: mijn hand zou evengoed een houten blokje kunnen zijn. Ik gids haar steeds weer naar het voelen van mijn hand; ik nodig haar keer op keer uit het contact te voelen.

Na enkele sessies begint ze langzaam maar zeker mijn hand te herkennen. Haar rug voelt voor mij minder als schuimrubber; er zit nu 'leven' in. Weer enkele sessies verder begint ze mijn hand op haar rug prettig te vinden. Ze spreekt van rust veiligheid, vertrouwen en bevestiging. Ze heeft dit lange tijd niet meer gevoeld. Ze heeft het gevoel dat ze weer 'geraakt' kan worden. Ook in de relatie met haar man ontstaat er over en weer een verdieping van het geraakt worden. Daarop volgt een tijd van 'verdriet over de afgelopen kille jaren'.

Tijdens een volgende sessie komt ze ineens opgetogen mijn spreekkamer binnen: ze is samen met haar man naar het theater geweest, een oude liefde van hun tweeën. 'Tijdens een prachtige aria, moest ik ineens huilen. Dat kon ik al jaren niet meer. Ik was zó geraakt; en ik weet niet of het nu van vreugde was of van verdriet!'

Literatuur:

Boot, B, **Haptonomie, een kwestie van gevoel.** Uitgeverij Archipel, 2004. ISBN 9063051190

van Minnen, A, **Wie durft?: tien misverstanden over exposure bij de behandeling van PTSS-patiënten.** Inaugurale rede Radboud Universiteit, 2008. ISBN 9789090231334

Ogden, P et al, **Trauma and the Body, a Sensorimotor Approach to Psychotherapy.** W.W. Norton, 2006. ISBN 9780393704570

Olf M, et al, **The role of oxytocin in social bonding, stress regulation and mental health: An update on the moderating effects of context and interindividual differences.** Psychoneuroendocrinol. 2013;38(9):1883-94

Olf M, **De posttraumatische Stresstoornis.** Ned Tijdschr Geneesk. 2013;157(32): 1508-1513

Plooi, E, **Haptotherapie, praktijk en theorie.** Pearson Assessment And Information. 2005, ISBN 9026517629

Ramón J.L. et al, **Effects of Brief Eclectic Psychotherapy in patients with posttraumatic stress disorder: randomized clinical trial,** Journal of Traumatic Stress, 2005; 18:205-212

Talma, D, **Het lichaam als verhaal,** Artemis, 2010, ISBN 9047200926

de Vries GJ, Olf M, **The Lifetime Prevalence of Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in the Netherlands.** Journal of Traumatic Stress, 2009;22 (4):259-267

Frans Kok
Bob Boot
GZ-haptotherapeuten
020 – 49 66 255

Amstelveen, 23 januari 2014