

Trauma's

1. De objectieve en subjectieve kant van traumatische gebeurtenissen.

Onder de objectieve kant verstaan we "wat er precies gebeurd is", onder de subjectieve kant hoe men de gebeurtenis ervaren heeft. Het is niet zozeer de objectieve kant die bepalend is of de gebeurtenis "schokkend of traumatisch" moet worden genoemd, maar de subjectieve kant.

Zo kan de dood van een kanarie iemand in een inrichting doen belanden (historisch) Het is de mate van angst en machteloosheid (naast pijn, woede, schuld en schaamtegevoelens) die men ervaren heeft die bepalend is voor de vraag of een gebeurtenis traumatiserend moet worden genoemd.

2. Coping-strategieën.

Onder coping verstaan we de manier waarop iemand met schokkende gebeurtenissen omgaat of hoe iemand ze hanteert.

a. Onder cognitieve coping verstaat men dat het slachtoffer een oorzaak voor de schokkende gebeurtenis probeert te vinden. "Waarom, waarom moest mij dit overkomen?" De waaromvraag dus. Het is voor veel mensen belangrijk een verklaring te kunnen geven voor wat hen overkomen is. Niet de inhoud van de verklaring blijkt belangrijk te zijn, maar het feit dat men voor zichzelf een verklaring heeft gevonden. Soms ziet men dat de slachtoffers eindeloos blijven piekeren over de waarom vraag en minder stil blijven staan bij het feit dat het gebeurd is. Waarom heeft de automobilist haar zoontje niet gezien is de vraag waarmee de moeder zich voortdurend bezig houdt terwijl ze niet of minde stil blijft staan bij het feit dat haar zoontje dood is en nooit meer terug komt. De verwerking dus. Een bijzondere vorm van "verklaren" is het zichzelf de schuld geven: "Ik ben slecht"

b. Actie strategieën zijn activiteiten die gericht zijn op het vergroten van het gevoel van controle, vermindering van het gevoel van kwetsbaarheid en het herstellen van het gevoel van zelfvertrouwen. Men wil zich immers nooit meer in een dergelijke machteloze positie bevinden. Er toe gedwongen worden is wel het laatste wat men nog eens wil meemaken. Dus b.v. een nieuw slot op de deur doen, 'avonds niet meer op straat gaan, een karate cursus volgen, een geheim telefoonnummer nemen, verhuizen.

c. Het zoeken van emotionele steun. Dit spreekt voor zich. Men wil er met anderen (eventueel met lotgenoten) over praten, steeds weer. Dikwijls blijkt dat sommigen (of velen) die steun niet kunnen geven. "Heb je er nou nog last van?" "Laat het verleden nu toch eens rusten" "Dan had je maar niet .." Vooral bij gewelddadige of seksuele traumatisering binnen het gezin is de mogelijkheid tot emotionele steun uiteraard gering of liever gezegd afwezig, omdat de aangewezen personen - de ouder, de partner of familielid - de dader is en het slachtoffer onder druk gezet wordt geheimhouding te betrachten.

d. Innerlijke overlevingsstrategieën. Vooral bij chronisch schokkende gebeurtenissen, zoals seksueel misbruik op jeugdige leeftijd, is het gevoel van angst en machteloosheid zo totaal dat men niet tot verwerking komt, maar aangewezen is op zogenaamde innerlijke overlevingsstrategieën: ontkenning, verdringing, dissociëren.

3. Stagnerende of mislukte verwerking. De vraag is: "Wat gebeurt er als de verwerking stagneert?" Het vastzitten aan het trauma kan op verschillende manieren tot uiting komen zoals:

a. In herbelevingen (d.w.z. zeggen alsof ze nu gebeuren met alle emotionele aspecten en dus niet louter een herinnering zijn) van de traumatische gebeurtenis in de vorm van nachtmerries, flashbacks en dissociatieve episodes.

b. In de vorm van allerlei klachten zoals onbestemde paniekaanvallen, fobieën, woede uitbarstingen en psychosomatische klachten.

c. Het opnieuw enceneren van de traumatische ervaring zonder dat de persoon dit als zodanig herkent. In het extreme geval wordt een incestslachtoffer prostituee, een getraumatiseerde oorlogsveteraan wordt huursoldaat en gaat een slachtoffer van kindermishandeling of misbruik zichzelf verwonden.

d. "Doorgeven." Een andere vorm van encenering gebeurt vanuit de identificatie met de agressor, waardoor het ondergane geweld anderen wordt aangedaan, de eigen kinderen bijvoorbeeld. Dit laatste lijkt onbegrijpelijk, maar de verklaring is het volgende. De enige manier waarop men nog enigszins met de ondergane gevoelens van machteloosheid kan "omgaan" is anderen aandoen wat jou is aangedaan. Die macht heb je tenslotte nog.

4. Type I en type II.

De gevolgen van type I trauma (dus een eenmalige traumatische gebeurtenis) worden meestal samengevat onder de naam posttraumatische stressstoornis. De gevolgen van type II trauma (een langdurige of opeenstapeling van traumatiserende gebeurtenissen) vallen onder verschillende psychiatrische categorieën, o.a. borderline persoonlijkheidsstoornis, en vooral dissociatieve stoornissen en dan met name de dissociatieve identiteitsstoornis, vroeger meervoudige persoonlijkheidsstoornis genoemd.

5. Triggers.

Er zei nogmaals opgewezen dat een traumatische herinnering heel wat anders is dan een herinnering aan een traumatische gebeurtenis. In plaats van een herinnering, die men vrijwillig kan oproepen (en waarvan men de bijbehorende emoties onder controle heeft) wordt iemand met een traumatische herinnering erdoor overvallen, b.v. als er sprake is van triggers. Daaronder verstaat men dat de betreffende persoon iets waarneemt (hoort, ziet, ruikt, proeft) dat op de een of andere manier overeenkomst vertoont met een element van de traumatische ervaring en de herinnering in de betekenis van herbeleving automatisch oproept.

6. Vermijding van de pathogene kern.

Het is begrijpelijk dat men alle moeite doet (desnoods door te dissociëren) de traumatische herinnering met de daarbij behorende hevige angst en machteloosheid en of pijn te vermijden. Maar dat is de reden waardoor men er niet toe komt de traumatische beelden te transformeren of om te zetten in een gewoon neutraal verhaal, d.w.z. te "verwerken". Onder de pathogene kern verstaan we het meest beangstigende element van de traumatische ervaring. Het zijn die aspecten waarover de client het langst zwijgt en het moeilijkst kan praten. B.v. het moment waarop de verkrachter het mes op de keel zette en men dacht vermoord te zullen worden. Of het kan een zinnetje zijn dat de dader gezegd heeft, dat men maar niet over zijn lippen kan krijgen.

7. Fasenmodel van behandeling van dissociatieve identiteitsstoornis.

In het boek Trauma, dissociatie en hypnose van Onno van der Hart en wordt dit fasenmodel uitvoerig besproken. Het boek is immers een handboek dat bedoeld is voor therapeuten. Het voert veel te ver om daar hier diep op in te gaan. Ik noem alleen even de drie fasen 1. Stabilisatie en symptoomreductie. M.a.w. de eerste fase is gericht op het terugdringen van de symptomen. 2. Behandeling d.w.z. uitvoerige bespreking van de traumatische gebeurtenissen. 3. Reïntegratie van de alters.

Opgemerkt moet worden dat niet iedereen toekomst aan fase 3, de belangrijkste fase, zoadat men maar genoeg moet nemen met fase 1. Voor sommigen is dus het risico te groot om uitvoerig over de details te spreken, vanwege een te geringe draagkracht. Men vrees dan dus decompensatie, m.a.w. dat men zich er nog beroerder door gaat voelen. Een juiste inschatting van de draagkracht is dus zeer belangrijk en men dient vooral niet overhaast te werk te gaan.