

VISIETEKST

Binnen onze groepspraktijk werken psychotherapeuten, lichaamstherapeuten en coaches, én een coach. Binnen elk van de gehanteerde benaderingen wordt aandacht besteed aan lichaam én geest. Waarom?

Ik ga uit van een basisidee waarvoor ik te leen ga bij Daniel Siegel: we hebben als mens een 'bouwer' en een 'stroom' of 'ervaringsstroom'. Wat bedoelt hij met deze twee metaforen?

De 'bouwer' staat voor ons logisch, talig, lineair, letterlijk denken. Ikzelf noem dit ook ons 'ordenend vermogen', ons vermogen om onze persoonlijke realiteit op een redelijke manier te beschouwen, logische verbanden of verklaringen te zien, en persoonlijke narratieven of verhalen te ontwikkelen. Dat soort denken schept afstand tegenover de ervaren realiteit, en het geeft ons een gevoel van controle ('Als ik het begrijp, heb ik het in de hand.'). Dit is slechts heel partieel het geval.

Bij onze geboorte beschikken we nog niet over dit vermogen; we ontwikkelen dit gaandeweg, samen met onze taal.

De 'stroom' of 'ervaringsstroom' daarentegen is er vanaf de geboorte en betreft die aspecten van onze beleving en ervaring die net *niet* luisteren naar, noch (helemaal) te bevatten zijn met onze redelijk ordenende geest. Lichamelijke sensaties maken daar het belangrijkste deel van uit. P. Verhaeghe noemt deze lichamelijke sensaties 'affecten'. Gevoelens, of emoties, zegt hij, zijn niet alleen maar psychologische ervaringen, maar kunnen we omschrijven als de bewuste en benoembare ervaring van onderliggende lichamelijke processen, van 'affecten' dus.

We vinden lichaamsgewaarwording niet toevallig in vele zegswijzen terug: denk aan een krop in de keel, vlinders in de buik, een bal in de maag, een juk op de schouders... Lichaamsgewaarwording is immers een belangrijk aspect van onze ervaring, die mee kleurt hoe we tegenover onszelf, de ander en de wereld staan.

We zijn ons lang niet altijd bewust van deze 'affecten'. Wel zijn de meesten onder ons in staat om onze aandacht op dat fysieke ervaren te richten, en een deel van wat zich in het lichaam laat voelen gewaar te worden. Deze zintuiglijke vaardigheid noemen we 'interoceptie', en blijkt zelfs in verband te mogen worden gebracht met een betere gezondheid.

Systemisch werk

De persoonlijke verhalen waarin we onze realiteit proberen te vatten – een activiteit van onze 'bouwer' dus - ontwikkelen we niet in ons eentje.

Het prille begin van de ontwikkeling van dit vermogen, zien we heel helder in het filmpje 'still face experiment': de baby wijst naar dingen, en de moeder (dit zou ook een andere verzorgende figuur kunnen zijn) reageert daarop. In die uitwisseling coördineren baby en moeder hun emoties en interacties. Wanneer we het filmpje bekijken, wordt al snel superduidelijk hoe fundamenteel belangrijk dit interactiespel voor de baby is. Wat we *niet* in dit filmpje zien, is de volgende stap: de verzorgende figuur gaat ook benoemen waar een kind naar wijst: 'Ja, vlinder!' of 'Dat is een tram.'

Het blijft vanzelfsprekend niet bij deze één-één-dynamiek. Gaandeweg ontwikkelt er zich een veel ruimere interactie tussen individu en omgeving, een onophoudelijke, complexe uitwisseling, waarbij mensen een evenwicht zoeken tussen waar ze rekening mee moeten houden om ergens bij te horen en wat ze als hun eigenheid ervaren...

Het gezin van herkomst is in de regel de eerste omgeving waarbinnen iemand talrijke impliciete én expliciete betekeniswijzingen opvangt ('Foei, dat mag je niet doen!' wanneer we nog heel jong zijn bijvoorbeeld, of ook gewoonweg een afkeurende, of een andere, blik.) Wanneer we nog erg jong zijn, kunnen we niet anders dan die zaken als 'normaal' beschouwen. Naarmate we opgroeien echter

wordt dit proces gaandeweg steeds minder een louter spreekwoordelijk 'geprogrammeerd worden': we krijgen meer mogelijkheden om een eigen idee, standpunt, manier van doen, te ontwikkelen. Waar we echter louter afkeuring krijgen, of zelfs aanvoelen dat belangrijke relaties op de tocht komen te staan als we een eigen idee of manier van doen hebben, is het veel moeilijker om dit te doen.

Hoe belangrijk deze oorspronkelijke gezinscontext ook mag zijn, de uitwisseling met onze omgeving *beperkt* zich uiteraard niet tot het gezin van herkomst, maar vindt eveneens plaats bij het deel uitmaken van klasgroepen, vriendschappen en vriendenkringen, in intieme relaties en eigen gezin, op de werkvloer.

Op *nog* ruimere schaal pikken we ook allerlei *maatschappelijke* zienswijzen en vanzelfsprekendheden op (bv., in onze samenleving, het belang van materiële welvaart); ook op dit niveau hoeven we niet zomaar met deze in-vloed samen te vallen.

In deze complexe uitwisseling in die verschillende kringen en op die verschillende niveaus floreren we het beste waar we een passend evenwicht ondervinden tussen voldoende 'onzelf kunnen zijn', en 'doen wat nodig is om erbij te horen'. Waar we binnen een relatie of kring voldoende ruimte ervaren voor onze behoeftes, noden, voor hoe we onszelf ervaren, is er 'afstemming' binnen die relatie of relaties, en is die uitwisseling voedend en bevestigend voor ons.

Wanneer cliënten, al dan niet in hun eentje, tot bij ons komen, kan een eerste belangrijke vraag dan ook zijn wie de belangrijke personen zijn, ook van eerdere generaties, die samen 'het veld' uitmaken waarbinnen iemand problemen ervaart, maar ook waar die steun bij die problemen vindt of kan krijgen. In de therapiegesprekken kan die invloed, ook voor de cliënt, duidelijker worden, en kan, waar nodig, gezocht worden hoe 'daar' te proberen meer ruimte of begrip te creëren, of meer steun te vinden bij degenen die hiertoe bereid zijn. Mensen uit de eigen omgeving kunnen mee bij de therapeut worden uitgenodigd, om meer afstemming te bewerkstelligen. Hier liggen de mogelijkheden van zogenaamd **systemisch werk, opstellingswerk, relatietherapie, gezinstherapie**.

Het belang van interoceptie

Even terug naar ons uitgangspunt: 'bouwer' en 'stroom'. We gaan 'de bouwer' gaandeweg heel erg nodig hebben in het leven: de persoonlijke ordeningen, zienswijzen, verhalen die we op de net beschreven manier, in voortdurende interactie, ontwikkelen, kunnen we beschouwen als een spreekwoordelijke, overwegend bewuste 'landkaart' van onze persoonlijke realiteit, gevat in woorden en betekenissen. Uiteraard heeft iedereen een eigen 'kaart' om zijn weg in het leven te vinden.

Een gegeven is echter dat die persoonlijke ordening onmogelijk al wat we ervaren kan 'dekken'. De ervaringsstroom laat zich sowieso, door niemand, volledig in woorden vatten, begrijpen of verklaren. Damasio stelt dat onze mentale beeldvorming de dagdagelijkse realiteit van het lichaam *sowieso* voor een deel maskeert. En toch, het belang van deze voeling met het lichaam valt niet te onderschatten...

Verhaeghe schrijft: capteren wat er in onze belevingswereld aan de hand is, en voeling met wat goed voor ons is, bewust zijn van onze emoties, én van de gewaarwordingen die daar bij horen is een voorwaarde tot zelfzorg, en het opent het menselijke, op taal gebaseerde, bewustzijn dat de mogelijkheid biedt tot afstand nemen en reflectie (de bouwer). Wie dit vermogen niet heeft, blijkt sneller en vaker ziek te worden. Ook heeft interoceptie een belangrijke beschermende functie naar onze relaties toe, waar we, mens zijnde, bijzonder afhankelijk van zijn.

De polyvagaaltheorie

In deze onophoudelijke stroom van lichaamsgevoelens of affecten kunnen we de werking van ons autonoom zenuwstelsel – verderop schrijf ik 'ANS' - herkennen: ons zenuwstelsel bestaat uit talrijke zenuwbanen waardoorheen lichte elektrische impulsen worden gevoerd. Deze nemen we niet waar, wèl de lichamelijke sensaties waarmee een bepaalde autonoom-neurologische toestand gepaard gaat. Hier kom ik op terug.

Dit zogenaamde ANS heeft twee fundamentele functies...

- Zonder dat we ons hiervan bewust hoeven te zijn regelt dit subsysteem automatisch alles in ons lijf wat we niet bewust hoeven te, en zelfs niet bewust zouden *kunnen*, sturen: onze lichaamswarmte, bloedsomloop, immuniteit... De ademhaling is hierop de enige uitzondering: zij wordt autonoom-neurologisch geregeld, en toch kunnen we ad hoc bewust beslissen om bijvoorbeeld sneller te gaan ademen.

- Eveneens zonder nood aan bewuste inmenging scant ditzelfde neurologisch subsysteem voortdurend de anderen en onze omgeving, en maakt het uit of deze veilig of onveilig zijn. We vangen onophoudelijk allerlei binnenkomende prikkels op, indrukken dus, afkomstig van gehoor, gezicht, en tastzin. Deze informatie vormt samen een sensorimotorisch, gefragmenteerd, beeld. Dat interpreteren we onophoudelijk door het, grotendeels onbewust, te vergelijken met onze bestaande innerlijke wereldkaart, zowel fylogenetisch – doorheen de ontwikkeling van de soorten - als aan de hand van eerdere persoonlijke ervaringen opgebouwd. Het ANS is m.a.w. een lerend systeem. We hebben de metafoor 'kaart' hierboven reeds gebruikt; zoals *hier* bedoeld gaat het echter niet enkel over het bewuste, of, anders gezegd, over datgene wat zich in woorden en betekenissen laat vatten, maar ook over de automatische gedragswijzen die zich, om ons toe te laten als *soort* te overleven, hebben ontwikkeld.

Het ANS maakt dat er onwillekeurig een reactie van vermijding op gang komt bij gevaar (bij mensen: verdedigen, afstand houden, de rug toekeren...), en een neiging om richting bron van de prikkel te gaan bij veiligheid (naderen voor meer intimiteit en zorg). (LLinas)

Het ANS kent drie toestanden of 'modi': één veilige toestand, en twee zelfbeschermingstoestanden of automatische reacties op ervaren gevaar of dreiging.

- De veiligheidstoestand gaat gepaard met aangename lichaamsgevoelens; we voelen ons dan goed in ons vel, in verbondenheid met anderen.

De twee bedoelde zelfbeschermingstoestanden zijn...

- de gemobiliseerde toestand: het lichaam wil in beweging komen, naar een toestand van vechten, vluchten of 'freezen' (bv. aan de grond genageld staan) gaan. Deze toestand gaat gepaard met een hoge hartslag, een hogere spiertonus, zweten... We ervaren een teveel aan energie in het organisme. De lichaamsgevoelens zijn onaangenaam. We voelen ons minder geconnecteerd met anderen.

Het ervaren van een hoog stressniveau hoort eveneens bij deze gemobiliseerde toestand.

- de geïmmobiliseerde toestand: deze wordt geactiveerd in bedreigende omstandigheden die niet toelaten om te reageren, bij een ervaren 'vastzitten' dus (iemand ervaart dan een bedreiging en ziet geen uitweg, als passagier in een vliegtuig in moeilijkheden bijvoorbeeld, of waar iemand met een wapen bedreigd wordt, bij een overval of een verkrachting, of...) Iemand kan dan futloosheid, zwaarte, onvermogen om te reageren, verdoving, een beleving minder in 'het hier en nu' te zijn, ervaren, met gevoelens van uitzichtloosheid. De verdoving, vervreemding, het zich afwezig voelen (bewustzijnsdaling), in extremis verlies van bewustzijn, wordt 'dissociatie' genoemd. De (lichaams-) gevoelens zijn hier extreem onaangenaam.

In concreet levensbedreigende situaties is de functie van dit soort toestand verdoving (van pijn en terror), en oorspronkelijk, in situaties van levensbedreiging door confrontatie met een 'jager', kans

op overleving doordat we er dan uitzien als een lijk (dat potentieel giftig is voor de meeste diersoorten).

Specifiek bij chronische stress en PTSS

Oorspronkelijk zijn beide beschreven zelfbeschermingstoestanden automatische, adaptieve reacties, overlevingsreflexen dus, passend bij de bedreigende omstandigheden die deze reflexen uitlokken. Wat echter eveneens vaak voorkomt is dat er geen, of niet enkel een, reële actuele bedreiging is, terwijl het lichaam en het zenuwstelsel zich toch in één van deze autonome toestanden bevinden. In geval van PTSS is dit zeer uitdrukkelijk het geval: PTSS is de vaak langdurige impact van overweldigende en extreem verwarrende omstandigheden die niet te bevatten zijn (denk aan de zeggwijze 'hier zijn geen woorden voor'), zo onveilig dat ze een 'hoge fysieke arousal' (de gemobiliseerde toestand), én vaak 'numbing' (wazigheid) uitlokten.

Op het moment zelf van traumatiserende ervaringen, acute zowel als chronische traumatisering, stelt Gabor Maté, gaat iemand zich vaak afsluiten voor de ervaring (dat 'afsluiten' is de bedoelde 'numbing'), omdat het te pijnlijk zou zijn om dat *niet* te doen. Ook dit is een adaptieve reactie, die er echter toe kan leiden dat de lichamelijke ervaring niet meer wordt betrokken bij het geestelijk ervaren (des-integratie).

Dit verhindert niet dat iemand blijvend aanwezige affecten kan ervaren die bij de oorspronkelijk traumatiserende ervaring(en) hoort: terwijl iemand bij zijn lichamelijke gewaarwordingen geen doorvoeld narratief meer heeft, kan het lichaam de manier waarop het reageerde op ervaren bedreiging blijven vasthouden als gewaarwordingen van zwaarte, gespannenheid of contractie, druk, onrust... Dit noemen we een toestand van 'chronische stress'. We kunnen dit ook 'lichaamsherinneringen' noemen.

Opmerkelijk is dat deze toestand van chronische stress kenmerkend is voor heel uiteenlopende psychologische/psychiatrische diagnoses. Diagnoses echter helpen ons niet, aldus Stephen Porges, om hoogte te krijgen van iemands fysiologische toestand die wordt uitgelokt door ervaren veiligheid, gevaar dan wel levensgevaar, laat staan om iets aan die fysiologische toestand te veranderen richting 'veilige autonoom-neurologische toestand'.

Net zoals iemand zich ging afschermen voor de oorspronkelijke ervaring, gaat die dat vaak ook doen voor de eveneens bedreigend aanvoelende affecten, bijvoorbeeld a.h.v. rationalisatie of ontkenning, middelenmisbruik... Deze onderdrukking vraagt een enorme hoeveelheid energie.

Hiermee gepaard gaande gevolgen zijn dat iemand...

- ... niet weet hoe met emoties om te gaan (geen woorden bij de affecten)
- ... in relaties onmiddellijk terugdeinst omdat hij niet weet hoe met emoties om te gaan.
- ... zijn emoties niet volgt.

Dit gaat gepaard met, zeker bij kinderen, een daadwerkelijke andere ontwikkeling van de hersenen, meer specifiek van de prefrontale cortex, het deel van de hersenen dat instaat voor zelfregulatie en het hanteren van stress, voor het interageren, voor empathie.

Vaak zelfs heel bescheiden, zintuiglijke overeenkomsten met een doorgemaakt trauma (triggers) kunnen dan het emotionele brein activeren om vertrouwde beschermingsmiddelen in te zetten, terwijl de hogere hersenfuncties bij stress net *minder* beschikbaar worden om het gedrag aan te sturen. Resultaat is dan een gedragsmatige regressie: mensen vallen terug op starre, vaste handelingspatronen die behoren tot onze evolutionaire erfenis voor de omgang met dreiging (vechten, vluchten, bevriezen, verdoofd raken en, in extremis, instorten), dan wel passen bij

individuele *impliciete* herinneringen aan de manier waarop het lichaam ooit probeerde te reageren op de dreiging van overweldiging.

Joseph Ledoux toonde aan dat de dorsolaterale prefrontale cortex (het centrale gebied voor inzicht, begrip en toekomstplanning) sowieso, bij iedereen, weinig verbindingen heeft om het functioneren van het emotionele brein te beïnvloeden. Uit hersenbeeldvormingsonderzoek blijkt echter dat specifiek bij getraumatiseerde mensen deze hogere hersengebieden tijdens stress minder actief worden, waardoor deze mensen sowieso minder in staat zijn om via inzicht en begrip te voorkomen dat ze zich vaak voelen en gedragen alsof ze opnieuw een trauma meemaken.

Een ander obstakel is een gevolg van de verminderde werking van de *mediale* prefrontale cortex, die het enige deel van het brein is dat op neurologisch vlak in staat is invloed uit te oefenen op de emotionele toestand, gezien precies dit deel betrokken is bij introspectie of aandacht voor de inwendige toestand van het organisme. Deze verminderde werking maakt dat getraumatiseerde mensen doorgaans heel moeilijk inwendige sensaties en percepties kunnen waarnemen, ofwel, integendeel, juist bij overweldigende, *traumagerelateerde* percepties, sensaties en emoties komen.

Toch zijn het precies deze minder beschikbare hersencentra die in therapie op een zorgzame manier dienen te worden aangesproken: mensen moeten weer nieuwsgierig kunnen worden naar hun innerlijke ervaring; ze moeten leren dat het veilig is om gevoelens en sensaties te ervaren, en dat deze voortdurend in beweging zijn. Pas dan kunnen ze leren hier ook weer zeggenschap over te krijgen, wegen vinden om weer een veilige autonome toestand te bereiken, en 'op verhaal komen'. Als iemand de pijn, de kwetsuur, onder ogen kan gaan zien, en zijn trauma's verwerkt, kan hij 'zichzelf' worden, of, m.a.w... iemand wordt sterk wanneer hij voor zichzelf compassie kan gaan opbrengen, en weer op zoek gaat naar de gezonde persoon die hij voorbij zijn trauma's is, de gezonde persoon die wellicht nooit tot expressie kwam, wanneer hij connectie maakt met zijn authentieke kern dus. Deze wordt nooit vernietigd.

De invloed van de maatschappelijke en de medische context

Onze maatschappij en haar gangbare zienswijzen vormen mee een belangrijke beïnvloedende factor. In onderwijs, hulpverlening, medische zorg, beleid... zou men op de hoogte moeten zijn van hoe trauma 'werkt'. De realiteit is nog steeds anders...

- Als we kijken naar de piekende statistieken op vlak van angst en stress, van psychosomatische aandoeningen, kunnen we spreken van een epidemie, van een cultureel symptoom, en zelfs van collectief trauma (Gabor Maté). Dit leidt er zelfs toe dat we zover gaan de aarde te beschouwen als iets waar we niet toe behoren, dat we kunnen en mogen domineren, en dat we dit passief laten gebeuren.
- De maatschappij kijkt eerder naar wat fout is met de mensen in kwestie dan naar wat er met hun gebeurde.
- Boosheid hoeft niet destructief te zijn, maar wordt maatschappelijk als onwenselijk bekeken, wat ertoe leidt dat zeker kinderen die kwaadheid tonen vaak worden afgewezen, i.p.v. dat zij worden geholpen om die kwaadheid te reguleren, te moduleren. Kinderen kunnen dan hun kwaadheid gaan onderdrukken. Gevolgen op termijn kunnen zijn... depressie, angst, fysieke aandoeningen...
- verslaving – kopen, porno, seks, alcohol, drugs, medicatie – is in feite een zoeken naar verlichting van de gedragen pijn, een menselijk normale reactie op trauma dus. Als we doorvragen naar wat mensen 'in de verslaving' zoeken, komen we bij zaken als vrijheid, zelfwaarde, rust..., oplossingen voor een probleem dus. Maatschappelijk wordt verslaving echter beschouwd als een keuze, en dus als iemands eigen schuld, of als een erfelijke aandoening, iets in de hersenen.

- chronische aandoeningen zijn meestal een manier van het lichaam om 'nee' te zeggen. De medische praktijk echter scheidt lichaam van geest, en individu van omgeving: hierin zit een ontkenning vervat van bijvoorbeeld het gegeven dat in minderheidsgroepen meer ziekte voorkomt. Mensen die bij minderheidsgroepen horen ontkennen dit zelf ook, teneinde zich maatschappelijk te kunnen invoegen.

Wat nodig is daarentegen, is erkenning, en zelfbevraging wat het ziek worden wil zeggen over het eigen leven, en de eigen relaties. Waarom dit bij deze persoon nu? Medicatie zou dit werk kunnen voorbereiden en ondersteunen. Ayahuasca kan, aldus Gabor Maté, een sterk hulpmiddel zijn bij dit soort zelfonderzoek: de geconditioneerde geest wordt tijdelijk 'on hold' gezet, waardoor mensen vaak snel met grote duidelijkheid kunnen zien welke diepe pijn ze in zich dragen, wanneer ze bepaalde conclusies hebben getrokken of beslissingen hebben genomen (bv. 'Ik kan maar beter alleen op mezelf vertrouwen.').

Eveneens ontkennd in de medische praktijk is de reële mogelijkheid dat stress en angst het immuuniteitsstelsel kunnen ontregelen.

- Wanneer het immuuniteitsstelsel, bedoeld om ons te beschermen, zover gaat zich tegen ons te keren, zijn we aanbeland bij de eveneens in frequentie toenemende auto-immuuniteitsaandoeningen.

- Kanker komt opmerkelijk vaak voor bij erg vriendelijke mensen, die vinden dat ze niemand mogen ontgoochelen, waardoor ze zichzelf, hun eigen behoeftes, hun kwaadheid en schaamte, zijn gaan ontkennen.

Daarbij komt het feit dat nogal wat aandoeningen – ademhalingsaandoeningen, zoals astma, huidaandoeningen... - worden behandeld met steroïden, een nabootsing van cortisol, wat een stresshormoon is.

- leermoeilijkheden, die vaak veel met trauma te maken hebben, worden gezien als een individueel probleem van dat kind in kwestie.

Toepassing op de therapeutische context

Iemand is niet zijn reacties op trauma. Op een dieper niveau tonen de symptomen hoe iemand zichzelf in de steek liet, zich disconnecteerde; op die manier bekeken zijn de symptomen wenselijk, of noodzakelijk.

Zoogdieren (en dus ook mensen), zegt Stephen Porges, zijn in staat om samen veiligheid te creëren: via mimiek, blik, houding, intonatie, maken we mekaar, bewust dan wel onbewust, duidelijk of we veilig te benaderen zijn. Ontwikkelt er zich een veilig contact, dan gaat onze hartslag vertragen; we voelen ons goed in ons vel; creatieve, cognitieve en relationele vaardigheden worden veel beschikbaar; we gaan anderen zelfs letterlijk beter verstaan. In al deze automatische verschuivingen ligt het belang van zich goed geconnecteerd, of sociaal omgeven voelen.

Dit is vanzelfsprekend niet anders in het therapeutische contact. Een belangrijke basisvoorwaarde is daar dan ook de zorg voor de afstemming in de therapeutische relatie zelf (oogcontact, stemgeluid, houding...): samen met zorg voor een veilige context (geen lage geluiden, zoals die van een liftkoker / een lichte ruimte...), kan dit ertoe bijdragen dat een cliënt zich voldoende veilig voelt bij en voor het therapeutische werk, en makkelijker geconnecteerd blijft met de therapeut. Ook kan een veilige therapeutische context mogelijk maken dat in het persoonlijke leven, 'daarbuiten', meer afstemming, en dus meer veiligheid, mogelijk wordt (het systemische werk dat hogerop werd aangehaald).

Bij een gemobiliseerde toestand is de uitdaging dus het zoeken van manieren die iemand toelaten om het lichaam en zenuwstelsel weer in een niet-gemobiliseerde autonome toestand van veiligheid te brengen, waarbij een *afname* van de energie in het organisme wordt ervaren.

Mensen zoeken dit uiteraard vaak spontaan zelf op, door bijvoorbeeld te gaan wandelen, door met

vakantie te gaan, door het opzoeken van een toestand van flow (samenvallen met de activiteit, zeer bekend bij creatieve en artistieke activiteiten). Een spontane, momentaan helpende reactie kan bijvoorbeeld zuchten zijn.

Mensen zoeken dit ook vaak in verslavingen: drank, drugs, eten, porno, werk... Hier heeft dit uiteraard een keerzijde. De vraag is echter niet 'waarom de verslaving', wel 'vanwaar de pijn'.

In een hulpverleningscontext bestaat een eerste uitdaging er voor de cliënt vaak uit om meer voeling met het lichaam te ontwikkelen: kan iemand voelen wat zich in het lichaam afspeelt, en hier woorden voor vinden? Deb Dana ontwikkelde een aantal praktische houvasten om mensen hieromtrent aan het werk te zetten, hierin de werking van het ANS te herkennen, én manieren te vinden waarop ze een veilige autonome toestand kunnen herstellen.

In het daadwerkelijk vinden van wegen naar een veilige autonome toestand bieden een aantal uiteenlopende benaderingen mogelijkheden: **hands-on-benaderingen zoals fasciatherapie, Experiential Body Work, somatopsychopedagogie, structurele therapie; yoga; mindfulness; de inductiefase bij hypnose; de werkwijzen, ontwikkeld door Deb Dana, gebaseerd op Porges' polyvagale theorie; hartritmevariabiliteit; ademwerk.**

Een belangrijke mogelijkheid opent zich wanneer mensen gaan ontdekken dat ze fysieke impulsen en opties hebben waarvan ze afstand hebben genomen om het trauma te kunnen doorstaan; deze uiten zich in subtiele lichaamsbewegingen, zoals zich afwenden, zich omkeren, terugdeinzen. Hiermee experimenteren, door bv deze impulsen uit te vergroten of te ondersteunen, maakt voltooiing van de incomplete traumatische handelingstendenties mogelijk. Hier wordt expliciet mee gewerkt in de door Peter Levine ontwikkelde benadering 'somatic experiencing'.

Desensitisatie (lading van de affecten doen minderen) wordt mogelijk door **EMDR** en **penduleren**.

Een 'release', of plots loslaten van overtollige energie, kan het natuurlijke gevolg zijn van lachen, wenen, seks, spel... Het kan ook, al dan niet bewust, opgezocht worden door het opzoeken van een heel hoge arousal, waarna zich een uitgesproken afname van het teveel aan energie kan voordoen. Denk hier bijvoorbeeld aan het opzoeken van kicks, zoals benji- of parachutespringen, intense lichamelijke inspanningen, gevechtssporten, ook hier bijvoorbeeld via seks of spel...

In hulpverlening zien we mogelijkheden in **structurele therapie, Experiential Body Work, rebirthing of bewust verbonden ademhalen**.

Veel minder aandacht wordt in hulpverlening besteed aan de mogelijkheden die er zijn bij een *tekort* aan energie in het organisme, bij een *te* makkelijk in een wazige of verdoofde toestand terecht komen (het tweede aangehaalde zelfbeschermingsmechanisme en de autonome toestand die daarbij hoort, 'de geïmmobiliseerde autonome toestand'). De weg om van daaruit weer in een *veilige* autonome toestand te raken dient sowieso altijd via een gemobiliseerde toestand te passeren.

Mogelijkheden in therapie liggen in...

- **het aanspreken op alertheid, zintuiglijke gewaarwording (rondkijken, koude – ijs in een handdoek bv. op de polsen of in de nek, rechtstaan - wat meer alerte gewaarwording vergt dan zitten...).**

- **spel.**

- **'structurele therapie' en 'experiential body work' zijn werkwijzen die hier eveneens mogelijkheden bieden.**

Onze visie op therapie en hulpverlening in het algemeen

We grijpen nogmaals terug naar Siegel's idee van 'bouwer' en 'ervaringsstroom'.

Op zich is op het vlak van inzicht – de 'bouwer' dus - al veel zinvol, beveiligend werk mogelijk... Mits gebracht op een manier waarin onze patiënten/cliënten hun ervaring herkennen (niet

vervreemdend), kan uitleg, of **(psycho-) educatie**, mensen houvast bieden bij de onzekerheid of angst die ze bij hun symptomen ervaren. Informatie kan tevens normaliserend werken ('Ik ben niet gek' / 'wat ik ervaar is blijkbaar heel goed te begrijpen.'). Dit geldt nog uitdrukkelijker voor begrip, of inzicht, waar een patiënt/cliënt zelf al pratend toe komt, of waar de cliënt / patiënt in dialoog met zijn therapeut toe komt.

Waar verklaringen echter *niet* bij helpen is bij het *reguleren* van ons lichaam (bij 'stress' tot rust brengen, dan wel, bij 'numbing', activeren). Verklaringen geven ook geen doorvoelde richting, noch betekenis of zin. Ook het idee dat de juiste kennis automatisch betere zelfzorg oplevert, blijkt lang niet altijd te kloppen. Worden we in therapie *enkel* aangesproken op onze bewuste inzichten en talige constructies, wordt er m.a.w. enkel gewerkt op bewust niveau, dan komen we niet bij de gevolgen van kwetsuren, noch bij de verwerkingsmogelijkheden op ervaringsniveau: werken met sensaties, impulsen en beweging biedt, zoals aangehaald, krachtige mogelijkheden tot herstel van uitgesloten lichaamservaring tijdens en na traumatiserende ervaringen.

Een bijkomend gegeven is dat de therapeut in verbale therapieën vaak vooral de deelgenoot van de cliënt wordt, die het trauma gaat interpreteren (hier gaat het dan enkel om een beroep doen op inzicht, de 'bouwer' dus). Zintuiglijke gewaarwordingen, die non-verbale overblijfselen van het verleden zijn, kunnen uiteraard ook in die therapeutische context worden getriggerd, zonder dat er binnen deze benaderingen hulpmiddelen voorhanden zijn om deze te verwerken. Mensen kunnen dan het gevoel krijgen dat het niet veilig is omtrent het trauma te werken. Zij riskeren de therapie te gaan beschouwen als een veilige haven in een voor de rest zinloos en ineffectief leven.

Als iemand zich daarentegen, al dan niet met therapeutische hulp, weer op het lichaam kan gaan richten met een aandachtig, niet oordelend, bewustzijn van de zintuiglijke ervaring in het hier en nu, krijgt hij via die weg weer directe toegang tot de geactiveerde toestanden die hij tevoren uit de weg ging, en wordt niet-intellectuele, buitentalige, neurale én interpersoonlijke verwerking en heling – herintegratie dus - mogelijk.

Hoe extremer, langduriger, en vroeger in de levensloop autonome zelfbescherming is uitgelokt, hoe groter de noodzaak om ook op ervaringsniveau te werken, naast een 'op verhaal komen'. Zeker wanneer iemand op het moment zelf van een bepaalde ervaring hiervoor 'geen woorden heeft', betekent hier geen aandacht aan besteden een fundamenteel gemis. Dit is per definitie het meest uitdrukkelijk het geval bij vroegkinderlijke kwetsuren.

Kortom, wat wij binnen de groepspraktijk nastreven is een integratie binnen ons hulpverlenend werk van het creëren van veiligheid en van meer afstemming in de therapie zelf (en in het eigen leven), het aanspreken op vlak van inzicht (beroep doen op de bouwer), en het aanspreken van iemands ervaren (werken vanuit het vermogen tot 'interoceptie'). O.i. biedt hulpverlening die aandacht schenkt aan alle drie deze terreinen veruit de meeste handvatten om uit een ervaren impasse te raken: in de zorgzame relationele afstemming die therapie per definitie moet zijn, volstaat het dus niet om tot inzicht te komen, maar dient ook de veiligheid gecreëerd te worden waarbinnen iemand voeling kan – en durft te - krijgen met zijn, of haar, affecten, zonder er mee te gaan samenvallen ('ontmenging' / Janina Fisher).

Stephen Gilligan verwijst naar de beschreven uitgesproken affecten met de benoeming 'het verwaarloosde zelf', en zoekt wegen om het 'cognitieve zelf' – het volwassen ik - weer doorvoeld connectie te laten maken met dit 'verwaarloosde zelf'.

Schwarz (Intra-familial systems therapy) doelt op hetzelfde wanneer hij stelt dat de 'getraumatiseerde delen', of 'bannelingen', die regelmatig bevroren lijken te blijven zitten in het verleden, zorg moeten gaan ontvangen van het volwassen 'ik', in connectie met het 'zelf' (iemands unieke eigenheid).

Het is dat authentieke zelf dat, zoals gezegd, nooit kan worden vernietigd, dat voor heling kan zorgen:

iemand is, in welke omstandigheden dan ook, gekomen tot een staat van zelfontkenning of -afkeuring, en het is connectie met het authentieke zelf die deze des-integratie kan omkeren.