

SOMATO-SENSORISCHE THERAPIE (Pat Ogden e.a.)

INLEIDING

Psychotherapie kan zijn belangrijkste insteek nemen op diverse niveaus van onze zelfbeleving...

- ... met accent op het cognitieve (bv. Cognitieve GedragsTherapie)
- ... met accent op het emotionele (bv. Emotion Focused Therapy / Gestalt)
- ... met accent op onze verbinding met anderen (bv. Systeemtherapie / therapieën die uitgaan van hechting)
- ... met accent op onze manier om greep te krijgen op onze realiteit door verbanden te leggen tussen onze ervaringen: causale verbanden, ordening in de tijd, onze verhalen dus... (narratieve therapie)
- Al is dit niet nieuw, een krachtige tendens momenteel lijkt het belang dat gehecht wordt aan het lichaam, en aan ons vermogen om onze aandacht te richten *op* dat lichaam (interoceptie en proprioceptie). Dit kan m.i. begrepen worden tegen de achtergrond van de werking van ons autonoom zenuwstelsel (bv. Polyvagale therapie, Somatic Experiencing, sensomotorische therapie).

DE THEORIE

De bouwer en de stroom

In heel veel omstandigheden gaan we vanzelfsprekend uit van woorden en concepten of abstracte ideeën – van logisch, talig, lineair, letterlijk denken dus. Daniel Siegel noemt dit vermogen van de mens 'de Bouwer'. Ik noem dit ook ons 'bewust ordenend vermogen', en begrijp daaronder ook het leggen van verbanden, en het bouwen aan onze narratieven of autobiografische verhalen. Dit zijn vermogens waarvoor we onze hogere hersencentra aanwenden.

Dat soort denken schept afstand tegenover de ervaren realiteit. Ook in de hulpverlening laat dit denken ons toe om theoretische kaders te maken, wat helpt om uit de directheid van de momentenreeks van het heden te stappen, en naar het grotere plaatje te kijken.

Ervaren kennis daarentegen verwerf je door directe gewaarwording van beelden, gevoelens, sensaties. Siegel noemt datgene wat we voortdurend ervaren 'de Stroom'. Ik noem dit onze 'ervaringsstroom'.

Eerste verwerking van zintuiglijke prikkels

We vangen onophoudelijk allerlei binnenkomende prikkels op, afkomstig van gehoor, gezicht, en tastzin; een bijkomende informatiebron zijn onze sensaties binnenin ons lichaam. Dit alles is dus wat ik hierboven onder de noemer 'directe gewaarwording' plaatste.

Al deze informatie vormt samen een sensorimotorisch beeld, dat - grotendeels onbewust, los van ons 'bewust ordenend vermogen' dus - wordt geïnterpreteerd doordat dat beeld wordt afgetoetst aan onze bestaande innerlijke 'wereldkaart'. Deze 'kaart' vormde zich fylogenetisch – doorheen de ontwikkeling van de soorten - *en* aan de hand van eerdere persoonlijke ervaringen tijdens onze persoonlijke levensloop. Het betreft hier dus een lerend systeem.

De elementaire blauwdruk van onze persoonlijke wereldkaart bestaat uit verbindingen tussen het arousalstelsel, gesitueerd in het reptielenbrein, en ons zoogdierenbrein of limbische systeem, dat de emotionele betekenis van inkomende indrukken interpreteert. In essentie komt deze emotionele

betekenis neer op de vraag 'is iets veilig dan wel onveilig'.

Op basis van deze aftoetsing voorspellen we, grotendeels onbewust, het resultaat van verschillende mogelijke handelingen, en organiseren we, eveneens onbewust, een in de eerste plaats automatische *lichamelijke* respons op de binnenkomende prikkel: we maken een beweging (of we ervaren een *neiging tot* beweging): vermindering van gevaar, of de *neiging* ertoe (bij mensen: zich verdedigen, de rug toekeren...), dan wel toenadering, of de *neiging* om richting bron van de prikkel te gaan (bij mensen: naderen voor meer samenwerking, intimiteit en zorg). (LLinas) We hebben het hier dus over *automatische of niet bewust gestuurde*, reacties.

Het autonome zenuwstelsel

Het is het autonome zenuwstelsel – verderop **ANS** - dat instaat voor deze automatische reacties. Onafhankelijk van de bewuste geest scant het ANS voortdurend onze omgeving, en maakt dit neurologisch subsysteem uit of de omstandigheden en de ander veilig of onveilig zijn. (Stephen Porges)

Wat op dit niveau als veilig of onveilig wordt ervaren wordt, zoals reeds gesteld, bepaald door toetsing aan de hierboven reeds aangehaalde 'kaart'.

Afhankelijk van de inschatting van omstandigheden als veilig of onveilig brengt het ANS ons in één van drie mogelijke autonoom-neurologische toestanden: één veilige toestand, en twee zelfbeschermingstoestanden. Bedoelde zelfbeschermingstoestanden zijn 'fight-flight-freeze' (wanneer we de mogelijkheid tot reageren hebben) en 'verdooving / instorting' (als die mogelijkheden er niet zijn. Dan biedt 'instorten' in bepaalde heel concrete gevaarsituaties, zoals bedreiging door een wild dier, de grootste overlevingskans. De functie van verdooving in dit soort omstandigheden is evident). (Stephen Porges)

- In veilige toestand functioneren we beter op diverse vlakken: cognitief, creatief, sociaal.

Automatische veranderingen die onze sociale vermogens ondersteunen zijn het melodieuzer worden van onze stem, het levendiger worden van onze mimiek, het – letterlijk - beter horen van de ander, het feit dat we ons meer geconnecteerd voelen, en kunnen voelen, en ons beter kunnen connecteren. Sensaties die met deze toestand samengaan zijn o.a. een soepel lopende ademhaling, rust, ontspanning, tragere hartslag... De ventraal-vagale zenuw is dan geactiveerd.

- In de gemobiliseerde zelfbeschermingstoestand 'fight-flight-freeze' is de orthosympathicus geactiveerd. We ervaren een hoge mate aan energie in ons organisme. Ons hart slaat sneller, en we kunnen gewaarwordingen ervaren als gejaagdheid, benauwdheid, spanning... Onze sociale vermogens zijn beduidend minder beschikbaar dan in veilige toestand. De meest basale functie van deze toestand is onszelf in veiligheid (proberen te) brengen door in beweging te komen.

- In een toestand van instorting en verdooving is de zogenaamde 'dorsale vagale zenuw' geactiveerd. We ervaren verdoofdheid, en een ernstig tekort aan energie in ons organisme. Onze sociale vermogens zijn quasi onbeschikbaar. De meest basale functies van deze tweede zelfbeschermingstoestand zijn overleving, en verdooving in situaties van reëel levensgevaar.

Window of tolerance

Functie van de *hogere* hersencentra

Het is de functie van de 'hogere', fylogenetisch recentere, hersencentra - waar onze vermogens om te observeren, te weten, te voorspellen mee samenhangen - om de hierboven beschreven *automatische* zelfbeschermingsresponsen en -impulsen in voldoende mate af te remmen en bij te stellen: door het vermogen van onze neocortex om betekenis te verlenen aan zowel inkomende input als aan onze fysieke neigingen, en door het gebruik van logisch denken, kunnen wij namelijk keuzes maken, en onze reacties aanpassen op basis van wat we leerden. Deze flexibiliteit is uniek binnen het dierenrijk.

De functie hiervan is de veiligstelling van onze relaties, wat uiteraard fundamenteel is in het leven als mens.

Deze vermogens ontwikkelen zich geleidelijk aan...

Kleine kinderen kunnen zich nog nauwelijks bedwingen.

Bij *intense* emoties gaan ook volwassenen vaak snel de handelingstendentie uitvoeren die met een bepaalde emotie geassocieerd is: confrontatie en inhibitie bij boosheid, verlamming bij angst, ineenstorting bij hulpeloosheid, op een bron van vreugde afrennen.

Specifiek bij *trauma* hebben lichamen nog *veel* sterker de neiging om automatische hormoonafscheidings- en handelingspatronen in te zetten: mensen gaan dan op bepaalde triggers reageren met irrationele – w.w.z. subcorticaal ingezette – responsen, en gaan zich vaak uitputten in eindeloze herhalingen van de oorspronkelijke automatische zelfbeschermingshandelingen (of in aanzetten daartoe). Deze mogen dan bijzonder betekenisvol zijn geweest ten tijde van het trauma, zij passen vaak niet, of zijn zelfs schadelijk binnen iemands actuele levenscontext. We hebben het dan bv. over driftig worden bij kleine provocaties, bevriezen bij frustratie...

Onderdrukking en verminderd vermogen om te reguleren

Hoe dit verschil bij getraumatiseerde mensen te begrijpen?

- Bij mensen die getraumatiseerd werden blijken de hogere hersenfuncties minder beschikbaar om het gedrag aan te sturen, vooral op momenten van toenemende stress.
- Tegelijkertijd vertonen mensen bij potentieel traumatiserende omstandigheden de reactie zich te

willen afschermen voor de overweldigende zintuiglijke indrukken. Precies dit creëert echter de omstandigheden waarbinnen zich 'lichaamsherinneringen' vormen, een soort fysiologisch ervaren restanten van de oorspronkelijke ervaring(en): het lichaam wil in dat soort omstandigheden immers automatisch reageren, maar in traumatiserende omstandigheden is dit lang niet altijd mogelijk. Wanneer dit soort aanzet tot beweging wordt afgebroken, en geen beweging wordt, blijft de aanzet tot beweging – een overlevingsenergie - impliciet aanwezig in het lichaam.

Deze traumatische of lichaamsherinneringen - intrusieve affecten en lichaamssensaties - kunnen heel snel gereactiveerd worden. Zelfs heel bescheiden, zintuiglijke overeenkomsten met de oorspronkelijke ervaring(en) kunnen het toen doorgemaakte trauma triggeren, en het emotionele brein opnieuw activeren om vertrouwde, fylogenetisch oude, beschermingsmiddelen in te zetten. De lichaamsherinneringen zijn dan op zich gevaarsignalen geworden, zelfs op rustige momenten, en mensen gaan vaak met deze sensaties omgaan zoals ze omgingen met de oorspronkelijke indrukken: ze gaan zich ook hiervoor afschermen, en ze proberen niet te ervaren. Dit afschermen echter lukt nooit helemaal.

Resultaat van deze twee factoren samen – het geactiveerd worden van automatisch zelfverdedigingsgedrag, en de verminderde bijsturing vanuit de hogere hersenfuncties - is een gedragsmatige regressie, w.w.z. dat mensen terugvallen op starre, vaste en automatische handelingspatronen, behorend tot onze evolutionaire erfenis voor de omgang met dreiging (vechten, vluchten, bevriezen, instorten), en passend bij individuele impliciete herinneringen aan de manier waarop het lichaam ooit probeerde te reageren op de dreiging van overweldiging.

Trauma en hulpeloosheid / overgeleverd zijn

Trauma is niet *alleen* een fysiologische respons – zoals DSM IV stelt; het is in belangrijke mate ook de uitgelokte volledige hulpeloosheid, het overgeleverd voelen, in combinatie met het ervaren van verlating (en grensoverschrijding – eigen aanvulling) door de verzorgers die bescherming zouden, of hadden, moeten bieden. Dit soort situaties lokt emoties uit als angst, walging, boosheid, depressie; emoties dus die o.a. als functie hebben aan anderen te signaleren dat ze afstand dienen te nemen, *of* ons dienen te beschermen (Darwin). In de bedoelde omstandigheden doet de ander dit echter uitdrukkelijk *niet*, terwijl de betrokkene zelf evenmin in staat is om de veiligheid te herstellen. Dit creëert een situatie, vergelijkbaar met 'onvermijdbare schok' bij dieren.

Deze ervaren hulpeloosheid, het zich geen uitweg meer kunnen voorstellen... is de grootste voorspeller van traumatisering. Vooral als het geweld wordt herhaald en meedogenloos is, wordt iemand kwetsbaar voor toestanden van extreme hypo- en hyperarousal, begeleid door fysieke immobilisatie (dissociatie).

Argumenten voor dit soort werk

Meestal gaan mensen in therapie in de hoop dat ze het verleden kunnen verwerken via cognitieve en emotionele weg. Zijzelf, en vaak ook hun therapeuten, gaan ervan uit dat de symptomen zullen minderen of verdwijnen als de gedissocieerde fragmenten van het trauma rechtstreeks kunnen worden omgezet in flexibele, talige, autobiografische herinneringen. Vaak blijven mensen dan echter het gevoel houden geen grip op het leven te hebben, door alle momenten van 'bottom-up-kaping', wat wil zeggen dat het lichaam en het ANS weer in één van beide zelfbeschermingstoestanden gaat (ook in therapie kan dit uiteraard gebeuren).

De belangrijke bedoeling van het hier bedoelde soort werk is dan ook verwerking, niet herinnering.

Het traumatische geheugen bestaat immers voornamelijk uit de beschreven gereactiveerde, *non-verbale* herinneringen: beelden, intrusies van geur en geluid, intense emoties, sensaties en maladaptieve fysieke handelingen. Deze non-verbale herinneringen horen bij het zogenaamde impliciete geheugen: het zijn somatische en affectieve herinneringstoestanden zonder het expliciete besef *dat* er iets wordt herinnerd: het zijn tactiele sensaties, innerlijke sensaties (zoals trillen), kinesthetische responsen (zoals spierspanning), vestibulaire responsen (zoals duizeligheid) en somatische componenten van een defensief subsysteem (zoals benauwdheid). (Dit in tegenstelling tot de werking van het expliciete geheugen, dat kan worden opgevat als een vermogen om vroegere ervaringen en indrukken te organiseren en reconstrueren in functie van huidige behoeften, angsten en interesses.)

Deze non-verbale herinneringen zijn m.a.w. afgesplitst van het bewustzijn en opgeslagen als zintuiglijke waarnemingen, dwangmatige gedachten en gedragsmatige re-ensceneringen. Deze worden getriggerd door huidige gebeurtenissen die oude, door trauma veroorzaakte toestanden blijven reactiveren. Iemand herinnert zich dan zaken a.h.w. via herbeleving in deze non-verbale herhalingen, of via fysieke symptomen die geen organische herkomst lijken te hebben. Op *emotioneel* vlak zien we dan eveneens telkens weer een paar onveranderlijke, automatische, overdreven oude gevoelens (boosheid, afgrijzen, angst...). Gekoppeld aan deze emotionele tendenties, eveneens voortgestuwd door traumatiserende activering en immobiliserende verdedigingsreacties, zien we stugge, ingesleten *cognitieve* tendenties. Voorbeelden zijn: 'Het was allemaal mijn eigen schuld' of 'Ik deug niet, en daarom overkomen deze dingen mij.' Vaak veranderen deze als gevolg van het doorwerken van fase 1 en 2 (zie verder), wanneer het somatische zelfgevoel verandert.

Het bedoelde soort herinneringen kan dus niet verbaal opgeroepen worden, en zij worden in de loop van de tijd doorgaans niet geïntegreerd, en blijven onveranderd. Het is alsof de tijd toen, ten tijde van de traumatiserende ervaring, is stilgevallen, en alsof het lichaam de opeenvolgende gebeurtenissen blijft re-ensceneren: de dreiging wordt waargenomen, mobiliserende verdedigingsmechanismen worden in gang gezet, en vervolgens plotseling stilgelegd, gevolgd door gedisreguleerde arousal en immobiliserende verdedigingsmechanismen van bevroren, instorten en verdoven.

Indien deze herinneringen gedissocieerd blijven, blijven mensen het onvermogen ervaren om ze onder woorden te brengen in een expliciet verhaal (Janet). Gezien de traumatische herinneringen geen deel uitmaken van een autobiografisch verhaal, kunnen mensen er niet mee omgaan door erover te reflecteren, te praten of na te denken (gebruik van de hogere hersencentra).

Wat dient te gebeuren is dat non-verbale herinneringen worden ondergebracht in een domein dat wordt gereguleerd door een ander deel van de hersenen: elementen van het trauma die werden opgeslagen in het situationeel toegankelijke geheugen dat door de amygdala wordt gedomineerd, moeten geleidelijk worden blootgesteld aan het verbaal toegankelijke geheugensysteem dat door de hippocampus wordt aangestuurd. Hierdoor kan iemand, via aandachtig bewustzijn, de ervaring gaan beschrijven zonder terug te gaan *naar* die toestand. Herinneringen krijgen dan weer een context en een geschiedenis, en corticale invloeden kunnen weer remmend gaan werken op angstresponsen, uitgelokt door traumatische triggers.

Doordat de therapeut helpt om zelfredzame handelingen te ondernemen, én om sensomotorische herinneringen te ervaren zonder ontregeld te raken, wordt de ervaring mogelijk dat het gevaar geweken is, en kan er een verbale representatie tot stand komen (dit kan *niet* in de omgekeerde volgorde).

De overkoepelende bedoeling is dus integratie.

De weg van aandachtig bewustzijn van lichaamssensaties

De rode draad in de verderop voorgestelde werkwijzen is aandachtig bewustzijn voor lichaamssensaties, voor de feedback dus die onze hersenen krijgen vanuit de toestand van de spieren van ledematen en gelaat, van onze inwendige organen, van handelingsintenties en daadwerkelijke bewegingen. We kunnen ons van een deel hiervan bewust zijn, maar dit is niet *automatisch* zo. Zoals aangehaald kunnen we ons daar ook zo goed als mogelijk voor proberen af te schermen (wanneer sensaties, zoals gezegd, bedreigend en te overweldigend zijn).

Als iemand zich, 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 – een soort ‘mindfulness-vaardigheden’ dus - krijgt hij/zij via die weg weer directe toegang tot de geactiveerde toestanden die hij tevoren uit de weg ging. Dit is noodzakelijk om niet-intellectuele, buitentalige, neurale én interpersoonlijke verwerking en heling mogelijk te maken, her-integratie dus van tevoren afgeschermd lichaamservaring tijdens en na traumatiserende ervaringen, of nog... ermee omgaan i.p.v. de ervaring uit het bewustzijn te (proberen) sluiten, of erdoor overweldigd te worden.

Beperkingen van dit vermogen

Hoe belangrijk ook, evident is het niet om dit weer te gaan doen...

Damasio stelt dat de mentale beeldvorming, bij iedereen, de dagdagelijkse realiteit van het lichaam *sowieso* maskeert.

Joseph Ledoux toonde aan dat de dorsolaterale prefrontale cortex (het centrale gebied voor inzicht, begrip en toekomstplanning) bijna geen verbindingen heeft om het functioneren van het emotionele brein te beïnvloeden.

Bijkomend blijkt uit hersenbeeldvormingsonderzoek dat, specifiek bij *getraumatiseerde* mensen, de hogere hersengebieden, die nodig zijn voor dit soort bewust zijn, tijdens stress minder actief worden. De consequentie is dat deze mensen *sowieso* al beperkt zijn in hun vermogens om via inzicht en begrip te voorkomen dat ze zich vaak voelen en gedragen alsof ze opnieuw een trauma meemaken, evenals in hun vermogens om automatische zelfbeschermingsreacties af te remmen.

Algemene richtlijnen voor het therapeutisch werk

De beschreven sensaties kunnen uiteraard ook getiggerd worden in de therapeutische context zelf. Dit kan gebeuren door het *praten over* de traumatiserende ervaringen, of zelfs door het praten *over* het gaan werken *met* die herinnering alleen al, voor het aanvangen van het werk zelf dus.

Hetzelfde kan zeer zeker ook gebeuren door het richten van de aandacht op (de gewaarwordingen in) het lichaam. Toch moet deze laatste weg bewandeld te worden.

Het contact maken met het lichaam dient wel getemporiseerd te gebeuren: de verhouding met het eigen lichaam is bij getraumatiseerde mensen vaak erg negatief gekleurd, en zelfs alledaagse sensaties, zoals een verhoogde hartslag bij lichamelijke inspanning, kunnen iemand al het gevoel geven dat er gevaar dreigt.

De therapeut dient de nodige know-how beschikbaar te hebben om ervoor te zorgen dat de cliënt een cruciaal evenwicht kan bewaren: de opgeroepen ‘arousal’ moet voldoende sterk zijn om hieromtrent zinvol werk te kunnen doen, maar dient tegelijkertijd *binnen* de ‘window of tolerance’ te blijven, opdat deze herinneringen kunnen worden geobserveerd en bestudeerd i.p.v. te worden herbeleefd. Waar de arousal tot *buiten* de ‘window of tolerance’ gaat, gebeurt er overigens geen adaptieve informatieverwerking. De informatieverwerking gebeurt dan op een primitiever niveau.

Is aan deze voorwaarde niet voldaan, dan kunnen mensen de indruk krijgen dat werken aan het trauma zelf niet veilig is, en daar ver weg van proberen te blijven.

De eerste bekommernis is dat mensen gaandeweg weer vertrouwen opbouwen dat ze niet zonder meer overgeleverd zijn aan de beschreven niet meer adaptieve, automatische zelfbeschermingsreacties, aan de reeds aangehaalde 'bottom-up-kaping', aan herbelevingen.

De therapeut dient dus van bij de start op elk moment alert te zijn voor tekenen van hypo- of hyperarousal. Waar dit zich voordoet gaat de eerste zorg altijd naar herstel van de in de therapeutische context ervaren veiligheid; door de automatische en gebruikelijke respons te onderbreken, verloopt het proces sowieso trager en laat het zich beter observeren, door cliënt én therapeut.

De therapeut dient bij de cliënt zelf een scherp bewustzijn van lichaamssensaties en beweging te stimuleren. Bedoeling is dat cliënten *zelf* ongemakkelijke sensaties leren herkennen die het begin van gedisreguleerde arousal aankondigen, en manieren vinden om de hyper-arousal zich niet verder te laten opbouwen, of niet weg te zakken in verdoving, noch zich af te reageren of de betreffende sensaties te vermijden.

FASE 1: HULPMIDDELEN / STABILISATIE

*Uitgangspunt is uiteraard de **zorg voor de therapeutische relatie en de therapeutische context** (Relatie: aandacht, oogcontact, stemgeluid... / Context: kleur, geur, geluid, beelden) – ref. Porges*

***Psycho-educatie** kan duidelijkheid bieden, en daardoor beveiligend werken.*

Als iemand zich echter reeds in een toestand van hyper- of hypo-arousal bevindt, werkt psycho-educatie – het verwerken van informatie - veel minder.

*Herken en erken als therapeut iemands **competenties en overlevingshulpmiddelen**, zowel actueel, ten tijde van de traumatiserende omstandigheden of gebeurtenissen, als daarvoor. De therapeut kan bijvoorbeeld vragen stellen als: ‘Wat heeft je door die gebeurtenissen heen geholpen?’ of ‘Kun je je een tijd herinneren toen je lichaam prettig aanvoelde?’, of ...*

Immobiliserende verdedigingsmechanismen bijvoorbeeld, uitgelokt door de oorspronkelijke ervaringen, worden door de therapeut gekaderd als overlevingshulpmiddelen, wat ingaat tegen een slachtoffer-identiteit.

*Mogelijke **‘hulpmiddelen’** binnen het kader van het therapeutisch werk zijn alle persoonlijke vaardigheden, vermogens, voorwerpen, relaties en diensten die zelfregulatie bevorderen en zorgen voor een gevoel van welbevinden, van competentie en van veerkracht. Laat een hulpmiddel iemand toe om binnen de ‘window of tolerance’ te blijven, dan is het helpend.*

De therapeut zoekt samen met de cliënt naar fysieke handelingen die regulatie mogelijk maken.

Bij hypo-arousal wordt de aandacht op de onmiddellijke omgeving gericht, of kan de therapeut de cliënt vragen in beweging te komen, wat de concentratie op het lichaam voor een aantal mensen vergemakkelijkt (ook zichzelf aanraken, over de huid wrijven...).

Bij hyper-arousal worden manieren gezocht om de ervaren autonoom-neurologische toestand weer richting rustige veiligheid te laten verschuiven (Deb Dana).

SPECIFIEKE HULPMIDDELEN BIJ HYPER-AROUSAL

Het richten van het bewustzijn op onszelf kan worden bevorderd...

*- ... door de **aandacht op de ruggengraat** te richten, en door op te merken welke sensaties we daar waarnemen. De therapeut helpt cliënten bij het ontwikkelen van een besef van dat fysieke centrum als sterk maar buigzaam.*

*- Bij **‘uitlijning’** gaat de therapeut aan de cliënt aanwijzingen geven om verticale afwijkingen – bv. een holle rug - te overdrijven, zodat iemand zijn/haar tendenties en de psychische component hiervan kan gaan ervaren.*

Bij het corrigeren van bedoelde afwijkingen is het belangrijk om geen spierkracht aan te wenden.

Visualisatie dat je aan je kruin omhoog wordt getild terwijl je voeten stevig op de grond blijven, kan helpen om de ruggengraat te rechten en de borst op te tillen, waardoor de ademhaling meer ruimte krijgt.

*- ... door de **rug tegen de muur** drukken.*

*- ... door **achteruit te lopen** en met de rug te ‘kijken’.*

***Aarden** is het fysieke proces van bewustzijn van benen en voeten, van gewicht en verbinding met de grond. Het gedragen voelen geeft een gevoel van zowel lichamelijke als psychische stevigheid en*

stabiliteit, dit in tegenstelling tot spanning of slapheid van voeten en benen, knieën die op slot zitten, een onvermogen om benen en voeten te voelen of te ervaren als ondersteuning van het bovenlichaam...

Gewichten of gewichtsvesten kunnen hierbij hulpmiddelen zijn.

Bijkomende oefeningen zijn...

- Al staande het lichaamsgewicht verplaatsen naar de tenen, de hielen, de zijkanten van de voeten, om daarna het gewicht op de volledige voetzolen te laten rusten.

- De knieën van het slot halen.

- Het lichaamsgewicht van het ene op het andere been brengen, om het vervolgens in het midden een evenwicht te doen vinden. Gevraagd wordt om hierbij de impact van de zwaartekracht te voelen.

- Zittend, voeten stevig tegen de vloer, het gewicht op de zitbeentjes voelen rusten en daarbij evenwicht vinden, en de bekkenbodemspieren ontspannen. (Eventueel daarbij in de benen knijpen, masseren, stampen, waardoor meer bewustzijn van de benen kan ontstaan.

Uitlijning kan hier eveneens bij helpen.).

*De therapeut kan zijn cliënt uitnodigen om de aandacht op de **ademhaling** en de daarmee samenhangende gewaarwordingen te richten: is de ademhaling oppervlakkig of niet, meer in borst of meer in buik (hierbij kunnen mensen een hand op de borstkas leggen), is die snel of traag...*

De aandacht kan gericht worden op de veranderende sensaties wanneer de manier van ademen wordt veranderd: doorgaans zorgt een focus op het inademen voor een hogere arousal, en focussen op uitademen voor vermindering van arousal.

Twee ademhalingspatronen kunnen problematisch zijn, en zien we vaak bij getraumatiseerde mensen: teveel ademen, neigend naar hyperventilatie, en te weinig ademen, neigend naar hypoventilatie.

*Bij de start van een behandeling dienen mensen geholpen te worden om **grenzen** te ontwikkelen en een gevoel te krijgen zich te kunnen beschermen. Het somatisch besef is hierbij bijzonder belangrijk: mensen kunnen zelf immers overtuigd zijn dat ze zich veilig voelen, terwijl hun lichaamstaal iets heel anders te kennen geeft.*

- Grenzen kunnen worden gesymboliseerd (kussens, touw...); deze kunnen dan symbolisch worden overschreden door de therapeut, waarna iemand uitgenodigd kan worden om zich met langzame bedachtzame gebaren te beschermen tegen die overschrijding.

- Dit kan ook door mensen handelingen met hun ledematen te laten verkennen: wegduwen, wegschoppen, weglopen, en ook subtieler: achteroverleunen, het lichaam aanspannen, zich afwenden..., waarna evaluatie.

- De therapeut kan langzaam naderen, terwijl de cliënt wordt uitgenodigd om met woorden, of met een gebaar, een 'stop' aan te geven wanneer zijn of haar lichaam aangeeft dat de afstand voor hem of haar niet meer kleiner mag worden (een gevoelde grens). Merkt iemand dat hij/zij zich schrap zet, terugdeinst, de adem inhoudt? Merkt iemand veranderingen in oriëntatie of aandacht?

Een alternatieve mogelijkheid is een voorwerp, bv. een kussen, dichterbij te brengen.

*Clënten met gedisreguleerde arousal richting agressie kunnen baat hebben bij **langzame, aandachtige bewegingen van de armen en handen die agressie simuleren**, of bij **het leggen van één hand op de onderbuik, en één op het hart**, met gerichte aandacht op de lichaamsgewaarwordingen die mogelijk opkomende agressie kunnen voorspellen.*

*Welke somatische signalen merkt iemand bij zichzelf op wanneer **de ander** wegstijgt, de ogen dichtdoet, afgewend zit...? En welke doen hem/haar zich het prettigst voelen?*

*Mensen die zich in het verleden niet aan dreigende prikkels hebben kunnen onttrekken, zijn soms het gevoel kwijt dat hun benen hen in staat kunnen stellen om hen te laten ontsnappen. Ze blijven situaties ervaren alsof ze in de val zitten. Samen door de ruimte **bewegen** kan hen die voeling beginnen teruggeven, en het patroon van een bevroren, ingesloten respons doorbreken.*

Oriënteren

Ontwikkeling van nieuwe oriëntatievaardigheden kan helpen om in lastige omstandigheden stabiel te blijven.

Het lichaam als begrenzendende omgeving – huid en oppervlakkige spieren - ervaren via mindfulness en opspannen van de spieren, door zichzelf aan te raken of over de huid te wrijven, of, als dit beter aanvoelt, door de aandacht te richten op het contact van lichaam met bv. de leuning van een stoel. Dit kan helpen om het eigen vermogen beter te gaan herkennen, zowel om dingen binnen te houden, als om dingen buiten te houden ('nee' zeggen), dit laatste gericht op een zelfbeleving van meer zeggenschap dus.

*In contrast hiermee kunnen mensen hun oppervlakkige spieren zachter maken, zodat hun lichaam **toegankelijker** wordt en zich openstelt voor de omgeving ('ja' zeggen).*

Zelfkalmering

Dit kan uitgaan van momenten waarop iemand – vaak onbewust - lichamelijke acties onderneemt – wrijven, de rug tegen de leuning drukken, wiebelen... Vaak doet iemand dat soort bewegingen spontaan wanneer de 'arousal' de 'window of tolerance' dreigt te overschrijden. De therapeut kan iemand helpen zich daar bewust van te worden, waarna de bedoelde spontane acties verder kunnen worden ontwikkeld: herhaling, waarna observatie wat er 'hier en nu' gebeurt.

Van buitenaf: een warm bad, de huid zacht borstelen, massage, geuren, lievelingseten, aanraking van zacht textiel, aangepast licht, oordopjes...

Exploratie en verandering van voortbewegingspatronen die bij iemands traumatische identiteit horen.

SPECIFIEKE HULPMIDDELEN BIJ HYPO-AROUSAL

Oriënteren op de omgeving: zie 5 zaken in de onmiddellijke omgeving – hoor 5 zaken – voel vijf zaken – zie 4 dingen – hoor – voel – vervolgens 3 X, waarna 2 X, waarna 1 X.

Trillen, zingen, dansen

Het beluisteren van **energieke muziek**.

Spel

Roep een gekozen negatief ervaren situatie van hypo-arousal op tot je lichaam in voldoende mate begint te reageren (draag er samen zorg voor om binnen de 'window of tolerance te blijven). Vind woorden voor de gewaarwording(en).

Spel

Focus op lichaam: ervaar je verschil tegenover daarnet? Vind woorden om wat je gewaarwordt te benoemen (daarvoor is een focus van de aandacht nodig).

Bewust verbonden ademen

Roep een gekozen negatief ervaren situatie van hypo-arousal op tot je lichaam in voldoende mate begint te reageren (draag er samen zorg voor om binnen de 'window of tolerance te blijven). Vind woorden voor de gewaarwording(en).

Ademen

Focus op lichaam: ervaar je verschil tegenover daarnet? Vind woorden om wat je gewaarwordt te benoemen.

Beweging

Roep een gekozen negatief ervaren situatie van hypo-arousal op tot je lichaam in voldoende mate begint te reageren (draag er samen zorg voor om binnen de 'window of tolerance te blijven). Vind woorden voor de gewaarwording(en).

Beweging

Focus op lichaam: ervaar je verschil tegenover daarnet? Vind woorden om wat je gewaarwordt te benoemen.

FASE 2: VERWERKING

Theorie

Vooraleer met fase 2 te starten, dient iemand in staat te zijn tot bewuste aandacht, tot gebruik van hulpmiddelen om binnen de 'window of tolerance' te blijven, en om in het hier en nu te blijven, alsook tot zelfreflectie.

We beschreven reeds hoe traumagerelateerde prikkels somatosensorische fragmenten, lichaams- of impliciete herinneringen - spierspanningen, bewegingen, sensaties, autonome arousal... - *triggeren*, en hoe dit het dagelijks leven in belangrijke mate kan verstoren.

Er zijn drie soorten impliciete herinneringen: procedureel (somatische handelingstendenties), perceptueel (zintuiglijke intrusies en sensaties) en emotioneel (uitbarstingen). Vooral het procedurele is hier belangrijk: de defensieve tendenties dus van het lichaam om het oude patroon somatisch opnieuw te enceneren, lang nadat het gevaar is geweken.

Het concrete therapeutische werk

Het veilige kader voor dit werk wordt gecreëerd door het op elk moment kunnen terugschakelen naar hulpmiddelen (fase 1). Wanneer iemands toestand buiten de 'window of tolerance' gaat, blijft stabilisatie dus prioriteit.

Aandacht verdienen ook de hulpmiddelen die iemand oorspronkelijk aanwendde om met de traumatiserende gebeurtenis om te gaan. Bedoeling van dit laatste is dat in de traumatiserende situatie, ondanks de dominerende intense gevoelens van angst en hulpeloosheid, ook niet-traumatische elementen worden geïdentificeerd en opnieuw somatisch worden ervaren. Dit, en vervolgens het pendelen tussen toestanden van competentie en van traumatische reacties, kan integratie bevorderen en fobische vermijding van de herinnering tegengaan, alsook het voortdurend opnieuw afspelen van die herinnering op steeds dezelfde manier.

Verder is het in de eerste plaats het procedurele geheugen dat verstoord dient te worden...

- Geleidelijke exposure is nodig, en het observeren i.p.v. interpreteren of uitageren van de gedachten, emoties, sensaties, percepties en handelingen die met de herinnering samenhangen. Dit observeren verstoort het automatisme.

- Om een traumatische herinnering te kunnen integreren, moet een aspect of een fragment van de herinnering voldoende geactiveerd worden...

Wordt de arousal te weinig geactiveerd, dan kan dit de integratie belemmeren, omdat dan ook de non-verbale herinneringsfragmenten niet voldoende zijn opgeroepen. De arousal kan echter ook oplopen tot buiten de grenzen van de 'window of tolerance', wat eveneens verwerking in de weg staat: te ver in arousal gaan tast immers de frontale en hippocampale activiteit opnieuw aan; het resultaat is dan herbeleving zonder informatieoverdracht van het situationeel toegankelijke naar het verbaal toegankelijke geheugensysteem. Tegelijkertijd wordt ook het sociale betrokkenheidssysteem dan minder of nauwelijks nog beschikbaar.

Wanneer dit toch gebeurt, dient een voldoende veiligheid prioritair te worden hersteld, door interactieve regulatie en door het aanwenden van hulpmiddelen.

- Belangrijk is hier ook de aandacht voor somatische sensaties en bewegingen i.p.v. voor emotionele en cognitieve aspecten: hiertoe vraagt de therapeut aan de cliënt om het verhaal en de emoties even

buiten beschouwing te laten, en zich enkel en alleen te concentreren op het lichaam, op de gewaarwordingen en bewegingstendenties, totdat de arousal bedaart.

Hierdoor wordt de ervaring tijdens het werken draaglijk; de arousal blijft binnen de 'window of tolerance'. Ook wordt niet-chaotische emotionele expressie mogelijk. Dit in tegenstelling met wat er gebeurt bij abreactie, of ontladende herbeleving, en regressie, die gepaard gaan met verlies van bewuste aandacht.

- Een ander punt van zorg voor passende dosering is dat arousalcycli één per één worden doorgewerkt (geen vragen dus naar meer traumatisch materiaal terwijl iemand al geactiveerd is). Door deze verschillende aandachtspunten te respecteren kan bij mensen weer vertrouwen groeien dat werken met arousal hanteerbaar is.

- Kan een fragment met voldoende – niet teveel, noch te weinig – intensiteit worden geactiveerd, dan kan iemand met de hulp van de therapeut handelingen ontdekken die toen 'uitgevoerd wilden worden', maar werden onderbroken. Die komen tot uiting in vaak nauwelijks waarneembare bewegingen (een vuist die zich begint te ballen, het aanspannen van een kaak of een arm...). In het dagelijkse leven zijn dit onwillekeurige, anticiperende aanpassingen die voorafgaand aan een gewilde beweging plaatsvinden.

Tijdens het werken met herinneringen en sensaties kunnen mensen ook een trillen of beven ervaren, wat als een ontlading mag begrepen worden van de overdonderende energie die onze overlevingsmaatregelen toen voortbrachten. Precies vanwege de overdonderende energie waar het hier om gaat, is timing en dosering bij dit werk fundamenteel...

De therapeut vestigt de aandacht van zijn/haar cliënt(e) op deze bewegingen, en nodigt uit om de sensaties te volgen, en de toen onvoltooide beweging nu wel, zij het nu uitdrukkelijk traag en aandachtig, uit te voeren.

Het is echter absoluut niet de bedoeling immobiliserende verdedigingsmechanismen te re-ensceneren. Waar deze opkomen, dient op zoek te worden gegaan naar mobiliserende, zelfredzame, defensieve acties: bv. van enkel schaamte naar aandacht voor wat zich in het lichaam laat ervaren wanneer de aandacht weer wordt teruggebracht naar de seksuele avances, voorafgaand aan een verkrachting – het uitlokken van een voldoende mate van mobilisering dus.

- Wanneer onvoltooide verdedigingsresponsen nu wel worden voltooid, ervaren mensen gevoelens van controle en triomf, én kunnen zij ook daden van triomf stellen, en vervolgens tot een expliciet verhaal komen.

De functie van het verhaal ligt op zich bij deze werkwijze in het samenbrengen van de non-verbale componenten van traumatische herinneringen.

- Iemand kan ook geholpen worden handelingen te stellen die rechtstreeks verstoren wat er procedureel geleerd is en automatisch wordt uitgevoerd.

Kortom, recapitulerend... de bedoeling is dat cliënten...

- 1. ... zich bewust worden van sensaties, zoals getintel, gegons, zwaarte, temperatuurwisselingen, en microbewegingen, zoals trillingen en minuscule veranderingen in spierspanning.*
- 2. ... de aaneenschakeling van lichaamssensaties en kleine bewegingen met aandachtig bewustzijn waarnemen en volgen. Het is daarbij, zoals gezegd, bijzonder belangrijk dat zij dit weten los te koppelen van traumagerelateerd materiaal – de verhalen - en daaraan verbonden emoties, tot de lichaamssensaties en bewegingen bedaren. Ook trillen en beven kan zich hier voordoen.*

De aandacht van de cliënt voor dit alles is 'mindfull', observerend, analyserend, en verslag uitbrengend. De sociale betrokkenheid in het contact met de therapeut zorgt er mee voor dat dit veilig blijft.

3. ... de bewegingen toestaan (en dus uitdrukkelijk niet zelf bewust sturen). Dit leidt vaak tot een gevoel van welbevinden.

4. ... komen tot voltooiing van onvoltooide responsen op dreiging en tot ontlading van de energie die is gemobiliseerd voor overleving – het actiepotentiaal - terwijl de therapeut zorgvuldig moet blijven waarnemen - licht trillen en beven, een aanzet tot beweging, opmerkingen over sensaties als tintelen, gonzen... - en de cliënt blijven aanmoedigen om die sensaties aandachtig te volgen.

Hetzelfde kan gelden voor gerapporteerde gevoelens van angst, nervositeit, boosheid of voorzichtigheid, en voor spanningen in of minieme bewegingen van de nek, die wijzen op de 'speurfase' van de oriëntatierespons.

Belangrijk is dat de cliënt deze zaken 'de ruimte geeft', en ze niet groter, kleiner of sneller maakt dan ze zijn.

Ook dit moet worden verdergezet tot dit tot bedaren komt, eventueel onderbroken met momenten voor zelfregulatie, wanneer de sensaties te intens worden.

Indien iemand daarentegen in een toestand van hypo-arousal komt, moet het werk zich richten op het ontdekken van een actieve verdedigingsrespons, op het aanwenden van somatische hulpmiddelen, zoals opstaan en de benen bewegen of op het zich oriënteren op de hier-en-nu-omgeving.

5. ... stilstaan bij de gevoelens van opluchting, zeggenschap, kalmte, vredigheid en de energie die volgen, en daarvan genieten. Dit gaat gepaard met een gevoel van afstand tegenover en controle over de buitensporige activering zelf.

Pas als dit gebeurd is, komt er ruimte voor emotionele en cognitieve verwerking, omdat deze hogere niveaus van informatieverwerking dan niet meer worden verdrongen door gedisreguleerde sensomotorische tendenties.

Oefeningen op vlak van verwerking (diverse varianten op pendeltechnieken)

- Kies één specifieke stressfactor in je leven, actueel dan wel uit het verleden; een soort situaties, of een thema dus dat je uit evenwicht kan/kon brengen, waar je behoorlijk boos van kan worden, dat je sterk kan raken, stress geven, of dat je de neiging kan geven om op te geven, je slecht in je vel kan doen voelen (welke variant dan ook van één van de twee mogelijke automatische zelfbeschermingsreacties). Denk aan één heel concreet moment waarop dit gebeurde. Geen type momenten dus, maar één heel specifiek moment.

- Hoe hangt dat samen met een negatief aspect van je zelfbeeld en van je autobiografisch verhaal.

Een voorbeeld...

Negatief zelfbeeld: de liefde, vriendschap, appreciatie niet waard.

Triggers: al wat bij mij makkelijk overkomt als genegeerd worden (vb.: relatie)

Effect: boos worden (orthosympathicus), kan zeker ook met een hopeloos gevoel / terugtrekken (dorsale vagale zenuw).

Voorbeelden van momenten die passen binnen ons evidente zelfbeeld of autobiografisch verhaal kunnen we doorgaans heel makkelijk geven. Niets gebeurt echter altijd; er zijn m.a.w. altijd 'uitzonderingen', momenten die hier niet mee kloppen, of klopten. Hier laten zich de voorbeelden

moeilijker vinden.

- Roep zulke 'uitzonderingssituatie' op, een situatie die qua beleving, lichamelijke reactie (minstens in enige mate) contrasteert met de belastende situatie (mag ook gefantaseerd zijn). Exploreer die zo levendig mogelijk; gebruik hierbij de diverse zintuigen. Je blijft met je aandacht bij wat dit teweegbrengt in je lichaam. Probeer persoonlijke woorden en metaforen te vinden voor dat ervaren (begin met 'het is daar alsof ...').

Pendeltechniek (ref. Levine)

- Focus scherp op de zelf gekozen trigger-situatie, maar niet verder dan een voldoende – niet teveel, wel voldoende gemobiliseerd - fysieke reactie (in het gegeven voorbeeld dat 'boos worden' of die 'neiging tot opgeven' weer hier en nu gaan ervaren).

We werken met dubbel bewustzijn (een heel dagdagelijks natuurlijk verschijnsel): je roept die triggerende situatie op, terwijl je uiteraard tegelijkertijd heel goed blijft weten dat je hier bent, je voelt je zitvlak op de stoel, hoort mijn stem, voelt de temperatuur in de kamer ... Dubbel bewustzijn dus als het vermogen bewust te zijn van het feit dat je ergens bent, maar tegelijkertijd in staat bent om 'met een deel van je geest' elders heen te gaan (verbeelding, dan wel herinnering).

- Focus, eens je voldoende fysieke reactie ervaart, onmiddellijk weer op de positief ervaren situatie, en roep die weer zo levendig op. Gebruik al je zintuigen. Blijf je aandacht op die situatie richten, en gebruik het oproepen hiervan a.h.v. je verbeelding/herinnering om je lichaam zo goed mogelijk tot rust te brengen. Neem hiervoor de tijd die je nodig hebt.

Deze pendelbeweging kan meermaals worden herhaald.

Variant

Vraag aan de cliënt om de aandacht afwisselend te richten op (relatief) kalme gedeelten van het lichaam, sensaties, en op lichaamsdelen of gewaarwordingen die pijnlijk of ongemakkelijk zijn.

Idem met geleide fantasie (ref. hypnose - veilige plek)

Roep een, of de, gevonden negatieve situatie op, zo levendig mogelijk, en word gewaar wat er in je lichaam gebeurt. Vind woorden voor wat je gewaarwordt (alsof daar ...).

Geleide fantasie – veilige plek

Focus op lichaam: ervaar je verschil tegenover daarnet? Vind woorden om wat je gewaarwordt te benoemen.

Idem met 3 – 2 – 1 – oefening

Roep een, of de, gevonden negatieve situatie op, zo levendig mogelijk, en word gewaar wat er in je lichaam gebeurt. Vind woorden voor wat je gewaarwordt (alsof daar ...).

3 – 2 – 1 - oefening

Focus op lichaam: ervaar je verschil tegenover daarnet? Vind woorden om wat je gewaarwordt te benoemen.

Idem met butterfly hug (ref. EMDR)

Roep een, of de, gevonden negatieve situatie op, zo levendig mogelijk, en word gewaar wat er in je lichaam gebeurt. Vind woorden voor wat je gewaarwordt (alsof daar ...).

Butterfly hug

Focus op lichaam: ervaar je verschil tegenover daarnet? Vind woorden om wat je gewaarwordt te benoemen.

Andere begeleide ademhalingswijzen (ref. Levine)

Conclusie

In somato-sensorische therapie kan een geslaagde behandeling van een traumatische herinnering worden gedefinieerd als het verwerken van de *effecten* van het traumatische verleden op de actuele organisatie van iemands ervaring. Iemand dient geholpen te worden om dit als dusdanig te herkennen en bestuderen, in plaats van er automatisch op te reageren met traumatische tendenties (dissociatie, gedisreguleerde arousal en maladaptieve verdedigingsresponsen).

Alle gedissocieerde componenten van de herinnering dienen geïntegreerd te worden, waardoor iemand zich in staat gaat voelen om na te denken over het verleden op de momenten waarop hij/zij dat wil of nodig heeft, en er zich geen bottom-up-kaping meer voordoet.

Het eindresultaat is de formulering van een overtuiging *wat* er gebeurd is, *wanneer* het is gebeurd (het ligt in het verleden), en *met wie* het is gebeurd (deze persoon). Janet noemde dit 'realisatie'. Bij de doorwerking is verdriet, 'om alle jaren van ellende', een belangrijke emotie die aan bod moet komen. Vaak komt deze emotie er wanneer de cliënt handelingen voltooit en een hoger niveau van zeggenschap bereikt.

In het omgaan met dit soort verdriet dient berusting te worden bereikt.

Bv.: iemands verdriet omtrent misgelopen relationele intimiteit in de jeugd; hij had, zei hij, 'zich teruggetrokken, en alles over zich heen laten komen'. Dit gemis werd geraakt bij het reiken, wat leidde tot het uitdrukking geven aan dat verdriet.

FASE 3: INTEGRATIE EN SUCCES IN HET DAGELIJKSE LEVEN

In deze derde fase gaat de aandacht vooral naar zelfontwikkeling, aanpassing aan het normale leven, relaties: meer specifiek betreft het hier de handelingsystemen voor sociabiliteit, gehechtheid, verkenning, verzorging, spel, energieregulatie, seksualiteit. De therapeut spoort zijn cliënt aan om naar eigen verlangens te 'luisteren', en initiatief te nemen om deze te bereiken.

Wanneer getraumatiseerde mensen pogingen gaan doen om een normaal leven te leiden, worden ze onvermijdelijk geconfronteerd met hun onopgeloste ontwikkelingstekorten. Er dient dan te worden gewerkt aan het ontdekken en veranderen van cognitieve vertekeningen en de corresponderende lichamelijke tendenties. Cognitieve vertekeningen, en door trauma veroorzaakte emoties en fysieke tendenties houden elkaar immers in stand.

Bv.: De negatieve cognitie 'Ik moet uitstekend presteren voordat iemand van me kan houden.'
Het lichaam van deze persoon toont algehele mobilisatie: spanning, hoge en oppervlakkige ademhaling, snelle en rusteloze bewegingen.

Op elk moment kan het nodig zijn terug te schakelen naar de mogelijkheden van fase 1 en 2. Ook hier krijgt dit weer consequent prioriteit.

Aandacht voor cognitieve vertekeningen / betekenisverlening

Trauma veroorzaakt post-traumatische cognitieve vertekeningen die kunnen blijven bestaan terwijl de symptomen al zijn verdwenen en herinneringen zijn verwerkt. Ook die vertekeningen op zich worden makkelijk weer opgeroepen wanneer mensen pogingen doen om meer deel te nemen aan het dagelijkse leven.

Het belang om ook hier aandacht aan te besteden wordt duidelijk als we bedenken welke positieve impact het heeft op iemands toekomst wanneer die erin slaagt om positievere betekenissen te halen uit de nasleep van een trauma. Dit is tevens een *emotioneel* proces, gezien zulke overtuigingen opkomen met stelligheid en met de emotionele lading die tot hun ontstaan heeft geleid.

Meestal blijft de neiging bestaan om tijdens stress terug te vallen op de oude overtuigingen.

De dynamische relatie tussen centrum en periferie

In deze fase wordt het dynamische evenwicht verkend tussen centrum en periferie.

Uitgangspunt van dit werk is bewustwording van het lichaams*centrum*, het symbolische én fysieke middelpunt dat tevens de kern van het zelfgevoel vertegenwoordigt. Met 'centrum' wordt hier bedoeld op de zijns-spiers of intrinsieke spiers van borstkas en bekken, en de kleine spiers die de ruggenwervels verbinden. Bewust worden van dit 'centrum' laat mensen toe in wezenlijk contact te komen met essentiële aspecten van hun eigen ervaring, en maakt een innerlijk fysiek en psychisch besef van stabiliteit en een krachtiger somatisch zelfgevoel, een belichaamd zelf, mogelijk.

Met 'periferie' wordt bedoeld op die lichaamsdelen die in functie staan van het lopen, reiken, grijpen, vasthouden en loslaten. Deze spiers worden ook wel de 'doe-spiers' genoemd, de grote spiers dus van ledematen en romp, alsook diegene, nodig voor het draaien van hoofd en romp.

Waar centrum en periferie in evenwicht zijn, maakt dit op zijn beurt een open, flexibele wisselwerking met anderen, en soepele, vloeiende, sierlijke beweging mogelijk.

Bedoeling is hier dus de integratie van centrum en periferie te bevorderen, en te onderzoeken hoe dit nieuwe betekenissen en adaptieve handelingen kan ondersteunen, zodat mensen kunnen gaan

bewegen met een zelfvertrouwen, vanuit een zelfgevoel dat voortkomt uit het lichaamscentrum, op een manier die past bij hun verlangens en doelen: vanuit een impuls die vanuit het lichaamscentrum wordt ingezet kunnen de handelingen, annex verwante emoties, dan op een geïntegreerde manier worden uitgevoerd. (Een tegenvoorbeeld: bekkenspiere die samentrekken en het lichaam dat terugdeinst, alleen al bij de gedachte aan seksuele intimiteit.)

In therapie dienen de oefeningen, qua moeilijkheidsgraad, op elk moment een maximale kans op slagen te garanderen, terwijl ze, binnen die grenzen, het hoogst mogelijke integratieve vermogen aanspreken.

Er is tweerichtingsverkeer tussen centrum en periferie: de impact van omgevingsprikkels verloopt vanuit de periferie naar binnen, in een eveneens voortdurend veranderende dynamiek van interacties.

Mogelijkheden van onevenwicht / symptomen...

Iemand kan de spanning in de perifere spieren gebruiken om een zwak of instabiel lichaamscentrum te compenseren: het lichaam wordt dan overeind gehouden via een verhoogde tonus van de extrinsieke spieren. Deze spanning in de periferie werkt dan op haar beurt echter remmend op bewegingen vanuit centrum naar buiten toe, wat kan samenhangen met overtuigingen als 'Het is niet oké om me verbonden te voelen met anderen, want dan ga ik gekwetst worden'.

Lichamelijke verschijnselen die hier mee kunnen samengaan zijn bv. een dichtgesnoerde keel en onbeweeglijke gezichtsspieren, zodat het vermogen om emoties uit te drukken die samenhangen met verbondenheid sterk gehinderd wordt. Bewegingen die hiermee te maken hebben, zoals uitreiken, ontstaan in het lichaamscentrum of/en worden daar ervaren, maar stuiten in dit geval op starheid of spanning in de periferie, en blijven onvoltooid.

Zowel centrum als periferie kunnen gespannen zijn, waardoor iemand het gevoel heeft 'vast te zitten', 'niet te kunnen bewegen'.

Er kan ook weinig *bewustzijn* zijn van het centrum.

Bij onverwerkte onveilig-gedesorganiseerde gehechtheidspatronen tonen mensen opeenvolgende of gelijktijdige bewegingen van naderen en vermijden/verdedigen - bv. reiken, en tegelijkertijd het lichaamscentrum terugtrekken, of niet wegkunnen van een ongewenst contact. Hieraan kunnen we eveneens een gebrek aan integratie van beweging tussen lichaamscentrum en -periferie aflezen. Daarmee corresponderende overtuigingen kunnen dan bv. zijn: 'Mensen zullen misbruik van me maken als ik me blootgeef' of 'Als ik mijn eigen grenzen aanhoud, zal dat me schaden.'

Ook in deze verhouding centrum-periferie kunnen we onvoltooide handelingen herkennen, die ook hier tot voltooiing dienen te komen...

Belangrijkste richtlijnen voor het werk

Een basisvraag is of het centrum stabiel maar ook flexibel genoeg is om de perifere beweging te ondersteunen? Een belangrijke observatie is hoe vloeiend de beweging die vanuit het centrum start verloopt? Of is die beweging schokkerig en onsaamhangend?

De belangrijkste uiteindelijke bedoeling is dat mensen zelf hun maladaptieve handelingen via mindfulness weten te identificeren en bijstellen, niet gericht op 'algemeen verondersteld juiste

manieren van bewegen', dan wel op wat een soepel kunnen inspelen op de behoeften van het moment mogelijk maakt.

Concreter

Zoals gezegd is het werk tijdens deze fase in belangrijke mate gericht op het leven in de buitenwereld: cliënten worden aangespoord om te overwegen welke dagelijkse activiteiten belangrijk voor hen zijn, om vroegere dromen en verlangens weer te ontdekken, én om nieuwe interesses te ontwikkelen en mogelijkheden te verkennen. Algemene bedoeling tijdens deze fase is mogelijk te maken dat mensen steeds meer genoeg en opwindning kunnen gaan ervaren, of zelfs alleen nog maar de afwezigheid van ongemak, zonder angst, ongerustheid of verdoving te triggeren. Een geslaagde behandeling blijkt dan ook uit een toegenomen vermogen om te genieten en plezier te ervaren, wat op zijn beurt tot een beduidende toename van veerkracht leidt.

Het ervaren van genoeg hangt samen met gedragingen als zoeken en naderen; het geeft een positief geladen nieuwsgierigheid die aanspoort om nieuwe socio-emotionele en fysieke omgevingen te verkennen, die stimuleert om risico's te nemen, en zorgt dat we ons meer betrokken voelen bij het dagelijks leven. Genoeg wordt m.a.w. herkend door het organisme als geëgend om gedragssystemen aan te sturen, en vervolgens gaat het bereiken van die doelen op zich opnieuw gepaard met het beleven van genoeg.

Als het doel is bereikt – denk aan 'goed gegeten hebben' – valt het genoeg tijdelijk weg. Mogelijkheden zijn het genieten van baden, eten, aanrakingen, kleuren, geluiden, sensaties op de huid. Wat eveneens plezier geeft zijn rustige en harmonieuze bewegingen, zowel als intense en levendige bewegingen die vloeiend worden uitgevoerd, gaande van centrum naar periferie.

Bedoeling is dus ook hier handelingen van mindere kwaliteit – zelfbeschermende reflexen - te reduceren, en tot complexer, verfijnder, meer divers, meer geïntegreerd gedrag te komen en het handelingsrepertoire uit te breiden. De therapeut moedigt aan om handelingen te bedenken die 'goed' en 'juist' aanvoelen, en om het genoeg van voltooide handelingen te ervaren. Het ervaren van 'triumf – zie eerder – spruit niet enkel voort uit voltooiing van afgebroken mobiliserende acties, maar ook uit dit 'bereiken van een doel'. Een voorbeeld is het onder de knie krijgen van iets moeilijks. Wel moeten de uitdagingen zorgzaam gedoseerd zijn, zodat de kans op falen minimaal is (falen is het tegenovergestelde van plezier).

Dit betekent op verschillende manieren een uitdaging. Het ervaren van toegenomen positief affect op zich kan angst oproepen, en mensen kunnen hun heil zoeken in oude vertrouwde strategieën van verdoving of vermijding. Vaak hebben getraumatiseerde mensen immers geleerd om zich niet te richten op positief affect, noch op eigen wensen, interesses, op wat plezier geeft, en zijn dit zaken die geassocieerd zijn geraakt met kwetsbaarheid voor gevaar, waardoor zij snel een zelf-beschermende reflex kunnen uitlokken.

Ook is de dunne scheidslijn tussen plezierige opwindning en traumatische arousal door deze mensen moeilijk te ervaren, waardoor excitatie vaak iets is geworden wat vermeden moet worden; deze vermijdingsrespons hindert dan op zijn beurt adaptieve responsen van handelingsystemen zoals exploratie, spel, seksualiteit.

Verder wordt het positieve affect beperkt door cognitieve vertekeningen. Soms ervoeren mensen bij bepaalde vormen van trauma in het verleden een gecompliceerde mengeling van pijnlijke en plezierige sensaties, wat tot schuldgevoel achteraf kan leiden, of tot de overtuigingen dat pijn en schaamte bij genoeg hoort, en dat lichaamssensaties eveneens 'pijn' betekenen.

Ook hier blijft dus de overkoepelende bedoeling van therapie van reflexmatige tot reflecterende bewegingen te komen.

Alledaagse problemen, zoals een telefoongesprek, bieden de gelegenheid om ook hier weer mindful te volgen wat er gebeurt in het centrum en in de periferie.

Belangrijke mogelijkheden zijn...

... het spiegelen van de niet-geïntegreerde beweging,

... uitnodigen om contact maken met het eigen centrum, en van daaruit een beweging maken,

... uitnodigen om oogcontact te maken.

Dit werk gaat onvermijdelijk gepaard met momenten van traumatische heractivering: negatieve cognities, maladaptieve somatische tendenties, en traumagerelateerde fobieën resulteren vaak in iemands overtuiging dat hij/zij niet klaar is om zich staande te houden in de wereld.

Gaat het, wanneer er zich een zekere arousal laat zien, over een re-enscenering, of eerder een oriëntatierespons op iets nieuws, waarbij arousal, bij iedereen, per definitie toeneemt? Hier dient weer te worden onderzocht: is dit een juiste perceptie van mogelijk actueel gevaar, of is het een oude respons die de huidige werkelijkheid kleurt? Gaat het over een re-enscenering, dan dient de therapeut de cliënt te ondersteunen om weer hulpmiddelen in te zetten (aarden, oogcontact, centeren), en om handelingen zoals het aanspannen van lichaamsdelen of een inzakken, af te remmen; dit zijn immers zaken die voltooiing van de beweging verhinderen.

Uiteindelijke bedoeling is om te komen tot zelfexploratie, en voeling te krijgen met het centrum (bv. stijve ruggengraat), om vervolgens te gaan verzachten en uitreiken, in eerste instantie puur als fysieke handeling, waardoor het ervaren risico kleiner blijft. Iemand kan vervolgens bv. begeleid worden om ook de gebaren in de periferie soepeler te maken.

Een belangrijke vraag kan hier zijn wat er opkomt wanneer een nieuwe beweging wordt gemaakt. Mogelijk komen met de oude gewoontes verbonden cognitieve vertekeningen op de voorgrond. Daar staat tegenover dat nieuwe bewegingen en uitdagingen, mits de nodige zorgzaamheid en aandacht, een voorzichtige stroom van sensorische (en motorische) informatie naar het brein van de cliënt op gang kunnen brengen, welke het brein kan gaan gebruiken in de beoordeling van informatie vanuit de weefsels en fysiologische processen.

Vooraf in intieme relaties ondervinden mensen moeilijkheden, vanwege in vroegere gehechtheidsrelaties geleerde cognitieve vertekeningen en handelingsintenties. In deze fase wordt daartoe de gehechtheid onderzocht: gehechtheid aan de dader, ontkenning van gehechtheidsbehoeften in een zich afzonderen, onveilige gehechtheidspatronen, en onverwerkte onveilig-gedesorganiseerde gehechtheid. Mensen moeten er, in functie van hun relationele leven, toe komen frustratie te kunnen tolereren, conflicten te kunnen oplossen, en heden van verleden te kunnen onderscheiden.

Er dient gewerkt te worden met de ontstane fobie voor intimiteit. Zulke fobische respons kunnen we herkennen in de communicatie van het lichaam, in het reiken, beetpakken, loslaten, vasthouden, omhelzen... Als mensen onbewust een belemmerde, ineffectieve of afgebroken handeling uitvoeren, zullen ze hun lichaam namelijk vaak gebruiken op een manier die haaks staat op hun bewuste bedoelingen. Het centrum en de periferie werken dan niet harmonisch samen, of nog m.a.w., handelingen worden uitgevoerd op een niet-geïntegreerde manier. (Bv. naar achteren deinzen, de blik afwenden... terwijl ze uitgenodigd worden om tegen een kussen te duwen, wat symbool staat voor een ongewenste toenadering). Om dit in beweging te brengen, dienen de handelingen die voorheen onvoltooid of onontwikkeld zijn gebleven, te worden geoefend en voltooid.

Vragen om te reiken bijvoorbeeld kan zaken heel zichtbaar maken: denk bv. aan iemand die 'wil reiken', maar tegelijkertijd de armen strak langs het lichaam houdt.

Bij sommigen kan het gebaar van het reiken zwak zijn, bij anderen krachtig maar stijf. Cognities die we kunnen treffen zijn bv. 'Wat heb ik aan reiken?! Anderen zullen me alleen maar afwijzen.' of 'een grens aangeven zal als gevolg hebben dat ik alleen achterblijf.'

Het ontwikkelen van grenzen die flexibel, veerkrachtig en veranderlijk zijn (afhankelijk van de innerlijke toestand en de relationele interacties) is een ander belangrijk aandachtspunt. Goede en duidelijke grenzen zijn immers essentieel voor een gezonde intimiteit. Zij verminderen angst voor intimiteit, geven een gevoel van persoonlijke zeggenschap, zij helpen bij veiligheid en arousalregulatie, en zorgen voor een machtsevenwicht. ('Een goed hek zorgt voor goeie burenen.') Getraumatiseerde mensen zijn echter geneigd om relaties aan te gaan waarin eerdere schendingen van grenzen worden herhaald: zij zijn bijvoorbeeld vaak kwetsbaar geworden voor onderdanige gedragingen zoals instemmen, zich schikken, altijd 'aardig' zijn, wat handelingen zijn van mindere kwaliteit. Andere mensen raken overbegrensd, waardoor het moeite kost mensen in de nabijheid toe te laten. Dit zijn beide vormen van defensiviteit, die adaptieve responsen van relationeel handelen in de weg staan.

Een voorbeeld van een hieraan gekoppelde traumatische cognitie kan bv. zijn: 'Ik kan geen vakantie vragen. Ik verdien geen vakantie.'

Bij dit soort werk kan iemand gevraagd worden om in verbinding met het eigen lichaamscentrum te blijven, terwijl hij of zij attent blijft voor sociale signalen van de ander, bv. een partner. Ook werken met de therapeut-cliënt-relatie is hier een mogelijkheid: iemand kan worden gevraagd het eigen lichaamscentrum en de eigen lichaamsperiferie te observeren terwijl hij of zij naar de therapeut toe en van de therapeut weg beweegt (spierspanning, ademhaling, manier van bewegen). Een woord of een zinnetje kan bedacht worden voor de afstand die goed aanvoelt voor de persoon. De passende grenzen kunnen gesymboliseerd worden met bv. touw of kussens. Dit laat mensen toe een somatisch besef van grenzen te ontwikkelen, een somatische 'barometer', gebaseerd op iemands innerlijke ervaring van niet-defensief zelfbewustzijn, welbevinden, geaard zijn en openheid. Naast veiligheid hebben we het hier over rechten en voorkeuren, en dit vanuit somatisch gevoelde grenzen.

Een krachtige mogelijkheid in therapie zelf is ook een fijngevoelig gebruik van aanraking. (Bv. het zachtjes, mits toestemming, op de rug aangeraakt worden door de therapeut bij een persoon die als kind vaak werd geslagen.)