



Lichaamsgerichte traumabehandeling brengt rust

Kinderen kunnen in hun eerste levensjaren ernstige klappen oplopen, letterlijk en figuurlijk. Juist voor deze jonge kinderen is Sensorimotor Psychotherapie® een effectieve behandelmethodede. Dankzij de lichaamsgerichte aanpak ontstaat rust en controle, waardoor een kind kan ervaren dat het trauma er niet altijd is. Dit geeft openingen naar de toekomst toe.

Anneke Vinke

Casus

Livia van drie jaar woont nu twee maanden in het pleeggezin, maar heeft nog geen nacht doorgeslapen: ze woelt, praat in haar slaap, is vaak wakker, huilt. Ze is voortdurend alert en reageert heftig op alles. Er is geen rust, geen ritme. Lichamelijk is ze volkomen ontregeld. Voor de pleegmoeder reden om contact met de praktijk op te nemen.

Als we samen de eerste levensjaren nalopen, is het gedrag van Livia te herleiden op alles wat ze heeft meegemaakt: onveiligheid, geweld, verwaarlozing. Haar lichaam heeft alles opgeslagen: het herinnert zich het trauma, de onveiligheid. Hoewel de situatie nu veilig is, kan Livia dat nog niet ervaren. Livia's overactieve afweerreacties worden onbewust

gestuurd door het meegemaakte trauma, dat nog geen woorden heeft, maar wel voortdurend zichtbaar is in haar gedrag. Ze heeft geleerd dat ze alleen zo kan overleven. Haar gedrag wordt gestuurd door de onderste regionen van haar brein¹. Dit gaat niet vanzelf over.

Behandeling

Nu zijn er vele beproefde en onderzochte mogelijkheden om pleegmoeder en Livia te ondersteunen. Ritme en regelmaat in het pleeggezin dragen bij aan herstel. Daarnaast kunnen we EMDR inzetten of pleegouders extra ondersteunen door ze een cursus te laten volgen rond opvoeden van getraumatiseerde kinderen. En er zijn meer mogelijkheden, zoals een ouderkindspel doen, videointeractiebegeleiding gebruiken of een gedragsmatig

programma afwerken. Al deze manieren zorgen voor meer rust, ontspanning en traumaverwerking. Soms is dit genoeg, soms niet.

In mijn praktijk liep ik aan tegen de grenzen van deze beproefde, vaak strak geprotocolleerde methoden. Ik kwam terecht bij een aanpak die meer pre-verbaal is, die de taal op de tweede plaats zet en allereerst het lichaam centraal stelt. Een aanpak waarmee we het trauma dat geen woorden heeft gekend, kunnen behandelen: Sensorimotor Psychotherapie® (SP).

Lichaamsgerichte therapie

SP is ontwikkeld in de VS door Pat Ogden. Zij gebruikte daarvoor bestaande therapeutische client-centered, psychodynamische en cognitieve stromingen, affectieve neurowe-

¹ Ogden, P. & Gomez, A. M. (2013). EMDR Therapy and Sensorimotor Psychotherapy with Children.

Window of Tolerance

Als je met iets wordt geconfronteerd dat heftig is, raak je geëmotioneerd. Meestal kan je dat zelf hanteren en dan blijf je dus binnen je window of tolerance (Minton & Pain, 2006) - je zou het voor kinderen/jongeren 'je raampje' kunnen noemen. Als er echter dingen gebeuren waardoor je overspoeld raakt - dan schiet je eruit of naar boven of naar onder. Naar boven: hyperalert gedrag, boosheid, emotionele uitbarstingen; naar onder: hypo-alert gedrag, apathie, dissociatie - het contact stopt en het lijkt alsof het kind niet meer aanwezig is. Dat kan kort of langer duren.

tenschappen, gehechtheidstheorie en lichaamsgericht werk. Het lichaam vormt het startpunt. Vanuit wetenschappelijk inzichten dat de eerste ervaringen lichamelijk zijn en de ontwikkeling van het brein van lagere naar hogere, complexe functies gaat, werkt ze in haar behandelmethode 'bottom up'.

De therapie start bij wat het lichaam laat zien, dit is het aanknopingspunt om in een later stadium van de behandeling

emoties en cognities erbij te betrekken. De therapeut brengt allereerst de volle gezamenlijke aandacht (mindful) naar het lichaam, naar de manier waarop iemand staat, naar de adem, naar gebaren, naar de houding en naar de lichaamssensaties. De therapeut is altijd volgend, nooit intrusief. Het principe is follow-lead-follow, wat betekent dat de therapeut opmerkt wat er is, dit volgt en dat stuurt naar een dieper niveau, emoties en cognities inschakelt, om vervolgens weer te volgen wat er komt.

Voor Livia betekent dit dat (pleeg)moeder en therapeut samen kijken naar bijvoorbeeld de gespannen spieren die ze heeft. We kunnen zeggen 'wow je rug voelt hard, hè' - waarna (pleeg)moeder daar een hand op kan leggen. Of 'voel de hand maar eens' - misschien wordt het wel wat zachter.

Van daaruit gaan we verder en voegen een kwalificatie toe: de hand voelt warm en zacht. De hand zal je geen pijn doen. De hand is veilig. We vertragen, doen dit langzaam en zien zo ontspanning komen.

Het zichtbare verhaal in het lichaam van het kind is het startpunt voor the-

'Wat het lichaam geleerd heeft, vergeet het niet zomaar...'

rapie: waar zit de spanning, de onrust of de beweging die nooit afgemaakt is? Via nauwkeurig observeren ('tracking') wordt de aandacht naar het lichaam gebracht en gezocht naar een woord, een gedachte, een beweging. Samen met de (pleeg)ouder zoeken we naar manieren om daar mee aan de slag te gaan - in optimale onderlinge afstemming. In SP noemen we dat 'embedded relational mindfulness'. Vroegkinderlijk trauma heeft altijd een element van relationeel trauma in zich. Om die reden proberen we in de therapie de relatie met de (pleeg)ouder als helend element in te zetten: in de dyade tussen (pleeg)ouder en kind vindt herstel plaats^{2,3,4}.

Co-therapeut

Bij jonge kinderen is de (pleeg)ouder aanwezig. Deze keuze is ingegeven door het dyadisch werken zoals

Hughes beschrijft en dat consistent is met de gehechtheidstheorie². Samen met de therapeut creëren we zo een veilige therapeutische omgeving waarin kinderen zoals Livia een nieuwe lichamelijke ervaring op kunnen doen die vervolgens emotioneel en cognitief wordt geïntegreerd. De ervaring die als het ware de 'antidosis' vormt voor de jarenlange onveiligheid: 'it takes an experience to antidote an experience' zegt men dan.

Elk kind heeft zijn levensgeschiedenis op een unieke manier georganiseerd. Het kind heeft geleerd om te overleven in barre situaties. Voor de opmerkelijke, sensorimotor getrainde therapeut is deze organisatie zichtbaar via de manier waarop het kind zijn of haar lichaam inneemt: in de houding, de wijze van oogcontact, de ademhaling, de spierspanning, beweging. Het lichaam vertelt het verhaal van dit kind in deze wereld. Als kinderen in mijn praktijk komen, zoals Livia, is dit een verhaal vol onrust, trauma, angst, verdriet.

Livia kan niet ontspannen, zich niet overgeven aan een veilige situatie. Er is nog nooit echt op fysiek niveau veiligheid ervaren.

Behandeling

Samen met de (pleeg)ouder zoeken we naar een manier om juist die nieuwe ervaring in de therapie naar voren te brengen. Daarmee leggen we op neurobiologisch niveau een nieuwe verbinding, die de nare ervaring tot rust te brengt. Dat doen we via een lichamelijke aanpak, via sensomotoriek, beweging, houding, gebaar en sensatie. Goed kijken ('tracking') levert aanknopingspunten op wat bij dit kind past. De gevonden beweging, het gebaar of de houding stellen we centraal, we vertragen, herhalen, maken er een klein eenvoudig en langzaam spelletje van, gaan zacht zingen, praten op een toon en tempo

² Hughes, D. (2009). Attachment Focused Parenting.

³ Hughes, D.A. & Baylin, J. (2012). Brain based parenting. The neuroscience of caregiving for healthy attachment (vertaald in 2014 'Opvoeden doe je met je brein', Hogrefe).

als of je tegen een baby praat. De inhoud is vaak iets in de trant van 'jij bent hier veilig - bij mij ben jij veilig' of 'jij bent welkom zoals je bent'. Cruciaal is het contact en de ervaren veiligheid in de therapieruimte. De therapeutische container moet optimaal zijn: er is een intense afstemming op elkaar. In SP termen spreken we van 'embedded relational mindfulness®'.

Herhaling en vertraging zijn belangrijke elementen in de behandeling - herhaling tot je als therapeut merkt dat de spanning zakt of een beweging spontaan wordt afgemaakt. Er wordt herhaald tot er een daadwerkelijk moment van verandering lichamenlijk zichtbaar wordt. Dan gaan we nog even door om de nieuwe ervaring te verankeren en naar een bewustzijnsniveau te tillen, zodat het kind er mee om kan gaan in plaats van dat het hem/haar overkomt. Zo pellen we keer op keer in elke sessie een klein stukje van het trauma af en helpen kind en (pleeg)ouder om samen te kunnen zijn in rust en veiligheid. Het mindful op elkaar afgestemd zijn is wezenlijk om dit proces te faciliteren.

Belangrijk is dat het kind samen met de (pleeg)ouder ervaart dat hij of zij niet alleen is, dat het in het hier en nu mag voelen en er mag zijn. Ook de grote emoties. Ze mogen er zijn. Via contact en interactie met de therapeut blijven kind en (pleeg)ouder zelf gereguleerd en worden niet overspoeld door emotie of onrust. Therapie moet veilig zijn, maar niet te veilig. We werken in 'the Window of Tolerance' (zie kader) - telkens net tegen de bovenrand aan - zo dat er verandering plaats kan vinden. De nieuwe ervaring zorgt voor verandering, die vervolgens verankerd wordt in het lichaam⁵, in de cognitie en in de emotie. Daar komt taal bij, soms door het herhalen van een beweging, een gebaar. Dit alles ontvouwt zich tijdens de therapie: er ontstaat rust en controle. Het kind heeft de weg gevonden, ervaren dat het trauma er niet altijd is. Dit geeft een opening naar de toekomst toe. Het gedrag dat zo lastig was en het kind in de weg zat, is niet meer nodig of is te hanteren voor het kind en omgeving. Het lichaam is wijs en zal deze weg onthouden. Op niveau van het brein is een nieuwe verbinding gemaakt. Er is plaats

gemaakt voor een nieuw evenwicht dat ook buiten de therapiekamer zich voort zal zetten.

Verandering

Voor Livia en haar pleegmoeder konden in de therapie kleine, korte rituelletjes ontstaan. Langzaam maar zeker hebben deze tot rust geleid, rust en overgave zodat er ruimte kon komen om te groeien en te ontwikkelen. Ruimte die er de eerste drie levensjaren niet was. Zij beiden kunnen deze rituelen inzetten bij moeilijke situaties als de traumatische reactie de kop op steekt.

Kijk voor meer informatie op www.sensorimotorpsychotherapy.org.

auteursinformatie

De auteur Anneke Vinke, is kinder- en Jeugdpsycholoog/ GZ-psycholoog, gespecialiseerd in adoptie, pleegzorg, trauma en gehechtheid.

Met dank aan drs. Fieke Klein Wassink voor het meedenken.



'Het kind heeft
ervaren dat
het trauma er
niet altijd is'

⁴ Baylin, J. & Hughes, D.A. (2016). The neurobiology of attachment focused therapy. New York: Norton.

⁵ Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). Trauma and the body. New York, Norton.