

ik ga op reis en neem mee...

gestalttherapie met cliënten met posttraumatische stress als bagage

inleiding	2
1. posttraumatische stress-stoornis (ptss)	3
1.1. inleiding	3
1.2. els, een voorbeeld	3
1.3. wat een trauma is	3
1.4. wat ptss is	4
1.5. eenvoudige en complexe ptss onderscheiden	4
1.6. van trauma naar ptss	5
2. voor ptss relevante begrippen uit de gestalttheorie	6
2.1. inleiding	6
2.2. gestaltformatieproces of contactcyclus	6
2.2.1. contactverstoringen	7
2.3. gewaarzijn	7
2.4. het zelf	8
3. ptss bekeken vanuit de gestalttheorie	9
3.1. inleiding	9
3.2. ptss als onaffe gestalt	9
3.3. ptss en ondersteuning en zelffuncties	10
3.4. ptss en nacontact	11
3.5. samenvatting	12
4. gestalttherapeutisch werken met cliënten met ptss	13
4.1. inleiding	13
4.2. fasering van het therapeutisch proces	13
4.3. beginfase: vertrouwen en ondersteuning	14
4.3.1. vertrouwen	15
4.3.2. ondersteuning	16
4.4. middenfase: werken aan de zelffuncties	17
4.5. contactfase: aangaan van het gebeurde en gevolgen	18
4.6. eindfase: integratie en tot rust komen	20
samenvatting	22
literatuurlijst	23
bijlage 1 - volledige dsm-IV criteria voor de posttraumatische stress-stoornis	25
bijlage 2 - behandelcontract	26

Inleiding

In deze inleiding wil ik mijn motivatie voor de keuze van het onderwerp posttraumatische stress-stoornis (ptss) uit de doeken doen. Ik zal mijn vraagstelling en de verschillende deelvragen die er uit voortkomen beschrijven. Tenslotte zal ik de lezer aangeven hoe deze scriptie is opgebouwd.

Waarom posttraumatische stress?

Ptss wordt in de reguliere diagnostiek als een angststoornis gezien. Ik ben geïntrigeerd door het verschijnsel angst. Ik vermoed als motivatie achter gedrag vaak angst en denk dat angst in de gestalttheorie onderschat wordt. Ongetwijfeld projecteer ik daar in, want zelf nogal een angsthaas, weet ik alles van monsters onder het bed, wakker schrikken van onverwachte geluiden en uitbrekend angstzweet. Als kind al. Nu, na een verkrachting, heb ik met mijn eigen posttraumatische stress om te gaan.

In mijn werk heb ik vaak getraumatiseerde mensen bijgestaan. In het werken met vluchtelingen en asielzoekers kwam ik sterk getraumatiseerde mensen tegen. Bij de SOS-telefonische hulpdienst heb ik regelmatig bange mensen en mensen met mishandelings- en oorlogstrauma's bijgestaan in hun lange nacht.

Kijkend naar de wereld van nu lijkt de dreiging die uitgaat van terrorisme veel mensen in de houdgreep van de angst te houden. De aanval op Amerika van 9/11, de oorlog in Afghanistan, Irak en Darfur, zijn gebeurtenissen van wereldformaat, met overlevenden en getuigen met posttraumatische stress in het kielzog, net als het natuurgeweld van de tsunami. Dichter bij huis sluiten instellingen en bedrijven steeds vaker contracten met traumateams, die elk moment klaar staan om slachtoffers van traumatische gebeurtenissen op te vangen. Kortom, angst en in het bijzonder ptss maakt een belangrijk deel uit van het veld waarin ik leef en werk en ik wil me er verder in verdiepen.

Ik beperk mij, ingegeven door mijn relatieve onervarenheid als therapeut, tot de eenvoudige ptss die op volwassen leeftijd ontstaat. Deze ontstaat wanneer iemand eenmalig met een mogelijk levensbedreigende gebeurtenis wordt geconfronteerd.

Mijn centrale vraag is: *hoe werkt de gestalttherapeut met mensen met een post-traumatische stress-stoornis?* De deelvragen die daaruit voortvloeien zijn: *Hoe kan ptss beschreven worden in termen van gestalttherapie? Wat zijn aandachtspunten bij het therapeutisch werken met deze cliënten? In welke fasen verloopt het therapeutisch proces? Welke thema's komen naar voren bij deze cliënten en hoe daarmee te werken? Hoe de cliënt te helpen de traumatische ervaring en gevolgen te integreren en weer verder te gaan?*

Ik wil deze scriptie een compacte handreiking laten zijn voor gestalttherapeuten en anderen die therapeutisch werken met cliënten met ptss. Daartoe zal ik literatuur omtrent ptss en gestalt bestuderen, ordenen en compact weergeven. Daarnaast zal ik eigen ervaringen van mezelf en met mijn cliënten en anderen met ptss gebruiken.

In hoofdstuk 1 ga ik in op de reguliere opvatting over ptss, hoe ptss ontstaat en focus ik in op eenvoudige ptss. In hoofdstuk 2 leg ik gestaltconcepten uit die benodigd zijn om de benadering van ptss vanuit de gestalttheorie te kunnen begrijpen. In hoofdstuk 3 wordt ptss vanuit de gestalttheorie bekeken. In hoofdstuk 4 volgen de consequenties daarvan voor het gestalttherapeutisch werken met deze cliënten, de fasen waarin het therapeutisch proces verloopt, alsook aandachtspunten en thema's bij deze cliënten en hoe daarmee te werken. Tenslotte vat ik mijn bevindingen en ervaringen samen.

1. posttraumatische stress-stoornis (ptss)

1.1. inleiding

Voor we kijken naar hoe we als therapeut effectief kunnen werken met mensen met een post-traumatische stress-stoornis, ptss, is het belangrijk goed te begrijpen wat ptss is en hoe ze zich ontwikkelt. Daartoe beschrijf ik wat onder een trauma verstaan wordt en hoe de ptss, volgens de dsm-IV, gedefinieerd wordt. Dan zal ik het onderscheid aangeven tussen gewone of eenvoudige en complexe ptss. Tenslotte beschrijf ik factoren die de ontwikkeling van ptss beïnvloeden. Ik begin met een voorbeeld.

1.2. els, een voorbeeld

Els is vijftien jaar geleden door een vreemde verkracht, ze was toen 22 jaar. Ze werkte als begeleider in het meidenuis. Tijdens een slaapdienst werd ze wakker met een man boven op zich. Hij zei: "Als je schreeuwt, vermoord ik je". Hij verkrachtte haar. Toen hij wegging, zei hij: "Als je hulp gaat halen of het aan iemand vertelt, vermoord ik je". Ze werd daarna overweldigd door de enorme angst ieder moment verkracht of vermoord te kunnen worden. Ze vertrouwde niets of niemand meer, ze dacht soms dat ze gek werd van angst. Anderhalve maand na de verkrachting is ze in therapie gegaan: "Ik kon mijn eigen schoenveters niet meer strikken". Jaren heeft ze last gehad van overweldigende herinneringen en nachtmerries. Na vijftien jaar slaapt ze nog altijd met oordopjes, omdat ze van geluiden schrikt, en altijd met de ramen dicht. Ze vermijdt nog steeds de stad waar het gebeurd is en films en romans die over verkrachting gaan.

1.3. wat een trauma is

Iedereen maakt in zijn leven ingrijpende ervaringen mee die pijnlijk zijn en angst oproepen. Het verliezen van een vriend, ontslag, relatieproblemen, een operatie: we voelen ons een tijd minder prettig, machteloos misschien. Deze ervaringen horen bij het bestaan, ze leren ons omgaan met het leven. We noemen ze wel eens 'traumatisch'.

Wanneer is er nu sprake van een trauma in klinische zin?

Er is sprake van een trauma als iemand iets meemaakt waarbij hij bedreigd of geconfronteerd is met de dood of ernstige verwonding, waarbij heftige gevoelens van verbijstering, machteloosheid en afschuw ontstaan (zie bijlage 1, dsm-IV-criteria voor ptss, criterium A). Bovendien heeft het meemaken van zo'n gebeurtenis blijvende gevolgen: het leven verandert erdoor.

De stressveroorzakende factor bij ptss is dus van het leven-of-dood niveau. Uit diverse onderzoeken is gebleken dat maar liefst zo'n 60 tot 90% van bijvoorbeeld de Amerikanen in hun leven één of meerdere malen een dergelijk trauma meemaakt (Kleber, 1999, 45).

In 1991 maakte de psychiater Terr (In Aarts & Visser, 1999, 1-3) het onderscheid tussen type I- en type-II trauma's. Een trauma van het type I heeft betrekking op een eenmalige of duidelijk afgebakende gebeurtenis zoals een overval, natuurramp, bevalling, ongeluk etc. Bij type II-trauma's gaat het om herhaaldelijk of aanhoudende traumatisering, zoals langdurig misbruik of bedreiging, gijzelneming, oorlogssituaties, vlucht uit het vaderland etc. Het is belangrijk dit onderscheid te maken aangezien de gevolgen van type II-trauma's ernstiger gevolgen kunnen hebben.

1.4. wat ptss is

De term posttraumatische stress-stoornis (ptss) - in het Engels: posttraumatic stress disorder (ptsd) - werd pas in 1980 in de dsm-III geïntroduceerd en gedefinieerd. Daarvoor werd dezelfde stoornis wanneer deze zich ontwikkelde bij mensen in oorlogs(gevechts)-situaties, aangeduid met termen als shell shock, combat fatigue en oorlogsneurose. Kort samengevat is een ptss een stoornis die zich ontwikkelt bij personen die een trauma als boven omschreven hebben meegemaakt, waarna zij de volgende symptomen ervaren:

- herbeleving van het trauma,
- vermijding en afstomping
- verhoogde prikkelbaarheid.

Bovendien lijden de slachtoffers aan het gebeurde en gevolgen, of verhindert het hen adequaat te functioneren (zie bijlage 1 voor de volledige dsm-IV-criteria voor ptss). Men spreekt van een acute ptss als de duur van de symptomen langer dan één maand is en korter dan drie maanden. Van een chronische ptss is sprake als de symptomen drie maanden of langer aanhouden. De verwachting is dat de stoornis dan niet meer zondermeer verdwijnt. Ik neig daarvoor meer naar zes maanden tot een jaar.

De meeste mensen zijn na een traumatiserende ervaring behoorlijk van slag en hebben zowel de neiging de gebeurtenis en de erbij horende emoties te vermijden, terwijl ze die ook steeds weer herbeleven. Dit is volkomen normaal. Het vermijden van datgene dat je leven bedreigde getuigt van gezond verstand. Het steeds weer opnieuw beleven van de gebeurtenis in gedachten en dromen kan een manier zijn om het trauma te verwerken. Ptss veroorzaakt zoveel lijden doordat het gebeurde je dag en nacht achtervolgt, hoe hard je ook probeert dat te vermijden. Steeds weer opnieuw beleef je de traumatische gebeurtenis op indringende wijze. Je raakt overspoeld door emoties en angsten bij alles wat aan het gebeurde doet denken. Dit ontwricht je dagelijks leven, je hebt de controle niet meer. Je wordt moe, omdat je gespannen blijft. Je blijft angstig. Je kan het gebeurde niet plaatsen, het verdeelt de wereld en jezelf in ervoor en erna: de continuïteit is weg. Het meemaken van een traumatische gebeurtenis is tevens een existentiële ervaring. De persoon ontkomt er niet aan zijn kijk op de wereld te moeten bijstellen. Ptss doet je realiseren dat het een illusie is te denken dat de wereld een veilige plek is of dat je alles over je lot te zeggen hebt. Het vertrouwen in de wereld en de toekomst is weg. Ook voelt men zich vaak eenzaam en weinig geneigd het gebeurde met anderen te bespreken.

Beeld: Iemand met ptss doet zich aan mij voor als iemand die op reis is met bagage die hem onmogelijk te dragen lijkt: te zwaar, te onhandig, niet passend bij hem... Hij wil er helemaal niet aan. Toch draagt hij het, hoe hard hij dat ook ontkent. Het zwabbert aan alle kanten om hem heen, belast hem, doet zijn lijf zeer, bemoeilijkt zijn reis. En confronteert hem daardoor steeds weer opnieuw ermee.

1.5. eenvoudige en complexe ptss onderscheiden

De dsm-classificatie staat nog uitgebreid ter discussie. Een ptss wordt relatief vaak veroorzaakt door een type I-trauma, een type II-trauma heeft echter doorgaans ernstiger gevolgen. Meerdere trauma-onderzoekers (Symforagroep, 2004, 6) pleiten er voor de stress-reactie op een trauma te onderscheiden in een gewone of eenvoudige ptss en een complexe ptss. De eenvoudige ptss wordt gezien bij trauma type I. Bij trauma type-II is de symptomatologie meestal complexer en diffuser, zij grijpt meer in op de persoonlijkheid, met name wanneer het trauma op jonge leeftijd plaatsvond (Aarts en Visser, 1999, 273). In plaats van complexe ptss spreekt men ook wel van disorders of extreme stress not otherwise specified (DES NOS).

Mijn ervaring is dat wat zich in eerste instantie als eenvoudige ptss in zuivere vorm aandient, toch meestal gecompliceerder ligt: emotioneel arme omgevingen waarin mensen opgegroeid zijn, hebben hen niet de vaardigheden geleerd om om te gaan met heftige emoties en een disruptie van het leven. Daarnaast is de voortdurende stress van ptss enorm belastend voor het organisme, waardoor bij sommigen lichamelijk disfunctioneren zoals schildklierziekte of chronisch vermoeidheidssyndroom ontstaat. Hierin weerspiegelt zich voor mij dat een diagnose een model is, dat door te abstraheren de werkelijkheid beschrijft en zo hanteerbaar maakt. De werkelijkheid blijft altijd complexer dan het model. Was dat niet zo, dan was het model als model onbruikbaar. Ik beperk mij in deze scriptie tot de gewone of eenvoudige ptss, die op volwassen leeftijd ontstaat.

1.6. van trauma naar ptss

Niet iedereen ontwikkelt een ptss na het meemaken van een traumatische gebeurtenis. Uit onderzoeken (Kleber, 1999, 48) blijkt dat na het meemaken van een traumatische gebeurtenis tussen de 5 en 30% van de mensen een ptss ontwikkelt. Ongeveer de helft van de mensen die een ptss ontwikkelen, herstelt binnen de eerste drie maanden, op eigen kracht en/of met behulp van een sociaal netwerk. De symptomen verminderen dan met de tijd. Een minderheid echter ontwikkelt de chronische variant en blijft vele jaren symptomen houden, deze kunnen zelfs het hele leven blijven bestaan (Frances & First, 1999, 111-115).

Er zijn vele factoren die mee bepalen of mensen al dan niet een ptss ontwikkelen. Ten eerste zijn daar eigenschappen van het trauma: de ernst ervan, eventuele fysieke gevolgen, de relatie tot de dader. Verder ontwikkelt zich vaker ptss wanneer er geweld door een ander mens gebruikt is (oorlog, seksueel geweld), dan na bijvoorbeeld een natuurramp.

Persoonlijke eigenschappen spelen ook een rol: vrouwen ontwikkelen tweemaal zo vaak ptss als mannen. Ook leeftijd en persoonlijkheidsfactoren zijn relevant. Herhaling van een soortgelijk trauma (bijvoorbeeld herhaalde verkrachting of bankoverval etc.) maakt de waarschijnlijkheid van het ontwikkelen van ptss groter.

De eerste opvang blijkt een grote rol te spelen in het ontstaan van ptss. Ondersteund worden en de ervaring met anderen delen helpt ptss te voorkomen. Deze anderen zijn bij voorkeur vertrouwde personen of mede-slachtoffers. Uit onderzoek (Aarts en Visser, 1999, 242; Bauer & Toman, 2003, 67) is ook gebleken dat, wanneer in een toestand van uitputting na de traumatische ervaring, de nadruk ligt op beleving en uiting van emoties, de waakzaamheids-symptomen kunnen verergeren.

Twee vaak voorkomende complicaties bij ptss zijn middelengebruik en depressie. Het bezig blijven met het trauma en de bijhorende gevoelloosheid kunnen een zware last vormen voor familieleden en vrienden. Dit kan weer leiden tot relatieproblemen (Vandereycken et al., 1994, 233).

2. voor ptss relevante begrippen uit de gestalttheorie

2.1. inleiding

Om ptss vanuit de gestalttheorie te kunnen begrijpen, zijn de volgende begrippen met name van belang: het gestaltformatieproces oftewel de contactcyclus en mogelijke verstoringen daarvan, de rol van gewaarzijn daarin en tenslotte het zelf. Ik zal in dit hoofdstuk de betekenis van deze begrippen volgens de gestalttheorie uit de doeken doen.

2.2. gestaltformatieproces of contactcyclus

We gaan er van uit dat de mens zo goed mogelijk voor zichzelf zorgt en zijn behoeften probeert te bevredigen, in wisselwerking met zijn omgeving. We kunnen hierbij wel een organisme- en omgeving onderscheiden, maar dit is een kunstmatig onderscheid.

Organisme en omgeving zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, in wat we het veld noemen. De mens is een organisme in een omgeving en ervaart aspecten van dat veld, waarbij telkens één aspect meer of minder op de voorgrond staat: figuur tegen (achter-)grond. Zo is het niet alleen iets van de persoon, maar zijn het net zo goed de mogelijkheden van de omgeving die de behoefte gestalte geven, in continue wisselwerking.

De behoefte die het meest op de voorgrond staat zal de mens het eerst proberen te bevredigen. Daartoe maakt hij contact met zijn omgeving. Als de behoefte bevredigd is verdwijnt ze naar de achtergrond, waarna een volgende zich weer aan kan dienen. Dit proces wordt gestaltformatieproces (Perls, Hefferline en Goodman, 1951) of contactcyclus (Lambrechts, 2001, 418-429) genoemd: er wordt een gestalt, een betekenisvol geheel, gevormd. Zo eten we als we honger hebben: we worden ons eerst gewaar van onze honger, oriënteren ons op de mogelijkheden, we komen in actie om met voedsel in contact te komen, verorberen het (het contact), waarna we ons bevredigd voelen en weer tot rust komen.

●Dit proces bestaat uit meerdere fasen, ik geef ze hier beknopt weer:

Voorcontact:

Het voorcontact is de eerste fase van de cyclus, waarin wensen, behoeften, drijfveren of onvoltooide situaties een rol spelen. Langzaam verschijnt er een figuur op de voorgrond (Lambrechts, 2001, 420-421). Ons lijf staat daarbij centraal en de hoogte van de ademhaling geeft aan hoe spannend het is. Er ontstaat bereidheid tot actie: oriëntatie in het veld van persoon en omgeving naar wat de behoefte kan bevredigen.

●Contactmaken en contact:

Nadat actiebereidheid is ontstaan worden de spieren gespannen, de persoon komt in actie om zo in contact te komen, met voedsel bijvoorbeeld. Dan vindt het contact, de uitwisseling, plaats (van Praag, 1998, 91).

Nacontact:

●Dit is de fase waarin verwerking van het contact en integratie plaatsvindt en een nieuw besef van wie je bent ontstaat. Het is de fase van afronding en loslaten, het weer tot rust komen, waarna opnieuw een behoefte naar voren kan komen.

Contact is dus geen statisch gegeven, maar een proces. Dit gehele proces kan zich afspelen in een paar seconden of jaren in beslag nemen.

Elk organisme interacteert met zijn steeds veranderende omgeving teneinde zijn behoeften te bevredigen. We spreken van creatieve aanpassing wanneer de persoon nieuwe wegen vindt in bestaande situaties en tevens zijn eigen identiteit behoudt.

●2.2.1. contactverstoringen



●Contactverstoringen verstoren de contactcyclus waardoor we niet tot het gewenste contact of bevrediging komen. Dit heeft een gezonde en een ongezonde kant. Zo is het verstandig om eerst goed rond te kijken en je pas in te houden, in plaats van impulsief de straat over te rennen naar die goede vriend die je al een tijd niet gezien hebt. Wanneer je altijd je impulsen inhoudt, zonder je daar ook maar gewaar van te zijn, is het een ongezond patroon geworden.

●In zo'n ongewaar patroon verwarren we wat van onszelf is met wat van de omgeving is. Bij projectie ervaren we wat van onszelf is als zijnde van de omgeving: we zijn zelf boos, maar denken dat de ander dat is. Introjectie betekent dat we iets wat van de omgeving is, bijvoorbeeld waarden en normen, als van onszelf ervaren. We handelen vervolgens naar normen en waarden die niet van onszelf zijn. Retroreflectie ontstaat wanneer we het contactmaken dat op de omgeving gericht is, ombuigen. We houden de actie die de behoefte kan vervullen in of richten hem tegen onszelf. Zo bestraffen we bijvoorbeeld onszelf, in plaats van degene op wie we boos zijn. Bij confluentie vervloeien we met de omgeving, we ervaren geen verschil tussen onszelf en de ander. Hoe dan de eigen behoeften te bevredigen? Bij egotisme bewaakt iemand zijn grenzen goed: hij houdt de controle en staat zichzelf niet toe nieuwe ervaringen met zijn omgeving op te doen.



Soms vermijden mensen alles wat nieuw en origineel is, en verstoren daarmee het contact tussen zichzelf en de omgeving. Dit proces van vermijding speelt zich volgens Perls (1969, 59-60) af in lagen, zoals clichés, rollen en de impasse. In de impasse zit de persoon vast. Wat er in het verleden was is niet meer bevredigend en de toekomst is te bedreigend. De persoon gaat steeds terug naar het verleden, hoewel hij zich daarbij niet prettig voelt. Het nu is buiten beeld geraakt. Een implosie volgt wanneer de energie alleen naar die delen van zichzelf gaat die de persoon kent. Hij vermijdt de 'gaten', vanwege de (doods)angst die dat oproept. De explosie komt voort uit het verkennen van de implosie: de persoon komt weer tot leven en kan zijn emoties weer uiten. Er ontstaat weer gewaarzijn van het moment en de eerder geblokkeerde emoties. Het gestaltformatieproces kan gecompleteerd worden.

Er is sprake van een onaffe gestalt of onafgemaakte zaak als het gestaltformatieproces niet volledig of niet naar tevredenheid doorlopen is. Voorbeelden van onaffe gestalten zijn: een taak die je nog wilt afmaken, een (traumatische) gebeurtenis die je nog niet verwerkt hebt of het nog steeds hunkeren naar de waardering die je nooit van je vader kreeg.

2.3. gewaarzijn

Het is in het gestaltformatieproces van belang om gewaar (*aware*) te zijn van zowel de omgeving als de innerlijke ervaringen teneinde je behoefte te voelen en creatief te kunnen

reageren op de mogelijkheden die zich aandienen.

Gewaarzijn vindt altijd plaats in het hier en nu en gewaarzijn is altijd gewaarzijn van het hier en nu. Perls verwoordt het mooi: "To me, nothing exists except the now. Now = experience = awareness = reality. The past is no more and the future not yet. Only the now exists." (in Naranjo, 1993, 18). Door gewaar te zijn leef je in het nu en kun je het aangaan, vermijd je niet wat er nu leeft en speelt. Alleen door gewaar te zijn kun je vrij zijn en je eigen weg kiezen (Naranjo, 1993, 38).

● Gewaarzijn is bovendien altijd lijfelijk van aard. Lambrechts (2001) omschrijft dit als volgt :

●

● "Uitgangspunt van de gestalttherapie is de onmiddellijke ervaring die zich voordoet op de grens van organisme en omgeving. [...] Deze ervaring doet zich voor als een bijzonder lijfelijk gebeuren. Ze is zintuiglijk-lichamelijk. Het lichaam is immers het organisme dat contact neemt met zijn wereld. Karakteristiek voor deze ervaring is dat ze zich uitdrukt in het hier-en-nu." (blz. 269)

● Je kunt alleen in het hier en nu je behoeften gewaar zijn en vervullen. Ook van onafgemaakte situaties kun je je alleen in het hier en nu gewaar zijn en zij kunnen alleen in het hier en nu afgerond worden.

2.4. het zelf

Het zelf staat in de gestalttheorie voor het systeem van contact maken (Yontef, 1993, 330). Je zou het de -veranderlijke- kern van een persoon kunnen noemen, van waaruit contact maken mogelijk is en van waaruit creatieve aanpassing mogelijk is (Latner, 1974, 47). Het zelf is geen statisch gegeven, maar een proces, voortdurend in beweging en ontwikkeling. Het als eenheid ervaren van het zelf is één van de belangrijkste behoeften van het organisme.

Functies van het zelf, of zelffuncties, zijn de manieren waarop het zelf het proces van contact maken organiseert en moduleert: de gereedschappen die we inzetten om onze acties en interacties tot stand te brengen, de intensiteit van onze ervaring te managen en het zelf te ervaren.

Drie belangrijke aspecten, of fasen van het zelfproces zijn: het het-aspect (of id), het ik-aspect (of ego) en het persoonlijkheidsaspect (of personality).

-Het id- of het-aspect speelt met name in het voorcontact. De vragen die hierbij horen zijn: Wat voel je? Wat vind je op?

-Het ego- of ik-aspect speelt in het contact maken en in het contact. Ze staat voor de wil, voor het maken van keuzes. Ze kiest toenadering of afstandnemen. Hierbij horen de vragen: Wat wil je (gezien je behoefte en wie je bent)? Waar kies je voor?

-Het persoonlijkheidsaspect speelt in het nacontact. Het is het resultaat van de interactie met de omgeving en betreft wie iemand 'is': zelfbeelden, zelfkennis, rollen. De vragen die erbij horen zijn: Wie ben je? Wie ben je niet? Wie ben je geworden? (Müller, 1993, 11)

Alledrie functies van het veld, afhankelijk van de wisselwerking tussen organisme en omgeving, geven ze, met bijbehorend gewaarzijn, richting aan de creatieve aanpassing (Lambrechts, 2001, 420-421).

Hiermee is de basis gelegd om in het volgende hoofdstuk specifiek in te gaan op de processen die een belangrijke rol spelen bij ptss.

3. ptss bekeken vanuit de gestalttheorie

3.1. inleiding

In de gestaltliteratuur uit de vormende jaren van de beweging, de jaren vijftig, wordt niet gerefereerd aan ptss, aangezien deze pas in 1980 gedefinieerd wordt. Door de grondlegger, Perls, werd wel al geschreven over shell shock en war neurosis, stoornissen die later mede aanleiding geven tot definiëring van ptss in de dsm. Traumatische gebeurtenissen en hun gevolgen worden in gestalttermen in het algemeen verklaard met behulp van het begrip onaffe gestalt, incomplete gestalt of onafgemaakte zaak - in het Engels: unfinished business-. De term onaffe gestalt omvat echter veel meer dan traumatische gebeurtenissen en hun gevolgen. Zoals Hardie (2004) in haar literatuuroverzicht van gestalt en ptss concludeert, is daardoor een groot deel van de gestaltliteratuur over psychotrauma 'verloren' gegaan in het geheel aan literatuur over onaffe gestalten.

Specifiek over ptss schrijven Melnick en Nevis in 1992, Kepner in 1996 en in het Nederlandse taalgebied van Praag in 1998. Dit past in het gestalteveld, dat in de jaren '80 nog anti-psychiatrisch en anti-diagnostisch is, en zich in de jaren '90 meer richt op erkenning en aansluiting bij de reguliere gezondheidszorg. Niet langer anti-diagnostisch, want realiserend dat je altijd diagnostiseert (Melnick en Nevis, 1992, 59-60), kijken we door onze gestaltbril vooral naar wat de cliënt doet en nemen we dat als uitgangspunt. De 'stoornissen' die hij vertoont zien we als creatieve aanpassingen aan het (vroegere) veld. Ik beschouw ptss dan ook als 'syndroom' in plaats van als 'stoornis'.

Voor mij sluiten de verschillende ingangen en accenten uit de gestaltliteratuur over ptss op elkaar aan. Ik wil de hoofdlijnen ervan in dit hoofdstuk uiteenzetten en een aanzet tot integratie geven.

3.2. ptss als onaffe gestalt

Perls, Hefferline & Goodman (1951) beschouwen een trauma als een onaffe gestalt. Omdat het de basistendens van het organisme is elke situatie of transactie die onvoltooid is af te maken, blijft er aandacht naar toe gaan:

"It is a basic tendency of the organism to complete any situation or transaction which for it is unfinished" (blz. 77)

Zij beschrijven "the tendency of unfinished situations to complete themselves" (blz. 238). "Every time enough tension accumulates in the organism to make the task dominant, there is another try at a solution" (blz. 293). Dit verklaart hoe iemand die iets traumatisch heeft meegemaakt en er nog niet klaar mee is steeds, wanneer andere behoeften naar de achtergrond gaan, of wanneer een stimulus aan de gebeurtenis doet herinneren, met het gebeurde geconfronteerd wordt. Herbelevingen, plotseling overweldigd worden door emoties en flashbacks zijn hier voorbeelden van.

Rust is onmogelijk, want juist dan komt de onaffe situatie naar boven. Dit verklaart de verhoogde prikkelbaarheid en slapeloosheid, die bij ptss horen.

Het is niet mogelijk het leven als voorheen voort te zetten, want:

"A new situation arises and the old situation is still unfinished. The new situation may be either a new stimulus or a distraction sought to lessen the pain, disappointment, etc. In meeting the new situation, the old unfinished situation is necessarily suppressed: one swallows one's anger, hardens oneself, pushes the urge out of mind. Yet in the new situation, the painful suppressed excitation

persists as part of the ground. The self turns to cope with the new figure, but it cannot draw on the powers engaged in keeping down the suppressed excitation. Thus the ground of contacting the new figure is disturbed by the existence of the painful suppression [...]." (blz. 430)

Alle nieuwe ervaringen worden zo verstoord en gekleurd door de grond van de onafgeronde gestalt. Er is een voortdurend probleem in het contact.

Van Praag (1998, 151-165) relateert psychotrauma ook aan onaffe gestalten. Een incomplete gestalt is een vreemd element dat, omdat het niet geïntegreerd is, om aandacht blijft vragen. Cliënten ervaren een grote discontinuïteit, in beleving van zichzelf en in tijd en ruimte. Alles is anders na het trauma (van Praag, 1998, 160; Fischer, 2003, 21). "Het gebeurde overschreed de ervaring en kon derhalve niet geïntegreerd worden in het zelf" (van Praag, 1998, 151). Er ontstaat een impasse. Van Praag relateert dit expliciet aan het zelf. Centraal staat de behoefte van de persoon om zichzelf als een eenheid te beschouwen. Zolang het gebeurde en de effecten nog niet geïntegreerd zijn, is een deel van de persoon vervreemd van de rest. De persoon schept een sub-zelf dat bijvoorbeeld wel over de ervaring praat, maar de gevoelens die erbij horen niet toelaat. De behoefte aan eenheid zal het gebeurde steeds weer activeren, en gaat gepaard met angst voor fragmentatie, om uit elkaar te vallen.

Het voort blijven bestaan van de onaffe gestalt kan voortkomen uit verstoringen in de verschillende fasen van de contactcyclus. Het doorlopen van de gehele cyclus is nodig voor integratie. Zolang deze onvoldoende is doorlopen, zal het gebeurde een onafgemaakte zaak blijven.

Overigens, ter nuancering: ook al praten we over het afronden van een gebeurtenis, het is de vraag of een trauma en gevolgen ook ooit echt 'af' zijn. Ze worden hooguit 'beter' afgerond, 'meer' of 'bevredigender' dan eerst.

3.3. ptss en ondersteuning en zelffuncties

In zijn boek 'Healing tasks' richt Kepner (1996) zich op volwassenen die in hun jeugd misbruikt zijn. Deze overlevenden hebben niet zozeer een 'ziekte' waar ze tegen aan lopen, hun natuurlijke groei is verstoord. De ondersteunings- en zelffuncties hebben zich bij hen niet voldoende kunnen ontwikkelen. Vanuit deze gedachte ontwikkelde Kepner een model waarbij de ontwikkeling van ondersteuning en zelffuncties een belangrijke rol vervult. Daarna kunnen de traumatische gebeurtenis en gevolgen anders gestructureerd worden en uiteindelijk geassimileerd.

"Reconsolidation [with what happened to them] comes about because one has made contact, in Gestalt terms, with something new (or perhaps with something old, which had become stale or useless). Having actively met and engaged with some experience that one's previous organization could not adequately hold, and having grappled with it in a way that changed one's relationship to it, one assimilates this experience so that it results in one's growth.

This cycle of contact-assimilation- growth is basic to gestalt therapy's understanding of human process." (blz.131)

Hierin zien we weer de notie terug van een onaffe gestalt, die steeds maar weer om aandacht blijft vragen totdat er werkelijk contact mee gemaakt wordt, vanuit een veranderde organisatie. Dan vindt assimilatie en bijbehorende groei van het zelf plaats.

Ik vind deze visie zeer bruikbaar voor het werken met volwassenen met ptss. Het gaat bij eenvoudige ptss om eenmalige traumatisering die op volwassen leeftijd niet zo diep ingrijpt in de persoonlijkheid. Er is dan ook geen sprake van de verstoring van de ontwikkeling van het zelf als gevolg van het trauma. Wel is het zo dat veel volwassenen, om welke reden dan ook, de ondersteunings- en zelffuncties in onvoldoende mate beheersen om op adequate wijze met de heftige herinneringen en emoties contact te kunnen maken en zo het gebeurde te integreren. Denk daarbij onder andere aan het kunnen ondersteunen van jezelf, ondersteuning in je omgeving creëren, de intensiteit van je emoties kunnen reguleren, kunnen voelen wanneer iets je te veel wordt etc. Pas als deze functies ontwikkeld zijn wordt het mogelijk volledig contact te maken met het gebeurde.

3.4. ptss en nacontact

Melnick en Nevis (1997, 102-105) beschouwen ptss als een verstoring van de laatste fase van de contactcyclus, zij noemen deze de demobilisatie-fase. Zij beschouwen ptss dus als een onaffe gestalt, waarbij zij de demobilisatie aanwijzen als de fase waarin de gestaltformatie misgaat. Het gaat hierbij om dat deel van het gestaltformatieproces of contactcyclus dat ik aanduid met 'nacontact': nadat het contact met de gebeurtenis, met de herinneringen en de erbij horende emoties, heeft plaatsgevonden: de tijd voor loslaten, integratie en weer tot rust komen. De overvloed aan energie die nog aan het trauma en gevolgen verbonden is, moet nog opgebruikt of uitgestoten worden, gedemobiliseerd.

De traumatische ervaring te groot om makkelijk in de grond te worden opgenomen, geïntegreerd. Ik herken dit, ik zie cliënten met ptss vaak hiermee worstelen. De grond, waarin het gebeuren geïntegreerd wordt, blijkt soms niet groot genoeg. Als iemands veld voornamelijk bestaat uit de eigen persoon, zou het gebeuren bijna het hele veld vullen, wat onaangenaam is en vermeden wordt.

Melnick en Nevis splitsen het proces van nacontact in kleinere processen op: je afwenden van, assimileren of kauwen op het gebeurde, de leegte (of impasse) benaderen. En tenslotte: erkenning van hoe het gebeurde je veranderd heeft. Dan ontstaat er een nieuwe en wijzere wisselwerking met de wereld. Hier speelt met name het persoonlijkheidsaspect van het zelf: wie ben ik (geworden)? De eenheid van het zelf wordt hiermee hersteld. Ook deze laatste herken ik, analoog aan "Ik had nooit gedacht dat het mij zou kunnen overkomen", hebben mensen met ptss soms erg veel moeite hun zelfbeeld bij te stellen:

Els heeft thuis een kopie van de aangifte van de verkrachting. De eerste jaren kijkt ze er wekelijks naar: "Ik moest mezelf steeds ervan overtuigen dat het mij, Els, persoonlijk, echt overkomen was". Ik kon het gewoon niet geloven.

3.5. samenvatting

We hebben ptss gezien als een onaffe gestalt en zo de belangrijkste aspecten ervan vanuit een gestaltkader verklaard. Vervolgens zijn twee visies beschreven die aangeven waar verstoring van de gestaltformatie mogelijk mee samenhangt: onvoldoende ondersteunings- en zelffuncties en problemen met het nacontact, met name het integreren. In het volgende hoofdstuk richten we ons op de gevolgen die dit heeft voor het gestalttherapeutisch handelen met cliënten.

4. gestalttherapeutisch werken met cliënten met ptss

4.1. inleiding

We hebben in het vorige hoofdstuk verschillende, elkaar aanvullende, zienswijzen op ptss besproken. En nu: er komt een cliënt mijn praktijk binnen. Wat zie ik, wat hoor ik, wat merk ik? En hoe ga ik aan het werk?

Kees is angstig als hij voor het eerst bij mij binnenkomt. Hij gaat zo ver mogelijk van me vandaan zitten en kijkt me nauwelijks aan. Hij blijft op het puntje van zijn stoel zitten. Ik zie en hoor zijn ademhaling nauwelijks, zijn lijf staat gespannen. Zijn stem is zacht, met weinig kracht, en ik hoor er weinig emoties in. Hij vertelt in de eerste drie sessies nog niet wat hij 12 jaar geleden heeft gemaakt dat zo traumatisch was. Hij vertelt me wel over de effecten ervan op zijn leven. Hij vraagt me of ik bereid ben afschuwelijke details te horen. Hij vertelt dat als hij over het trauma vertelt, mensen vaak met hun eigen sores komen en hoe vervelend hij dat vindt. Ik heb steeds het gevoel dat ik hem niet kan bereiken, alsof hij met zijn aandacht ergens anders is.

Als ik hem in de vierde sessie uitnodig na te gaan of hij wil vertellen wat hij heeft meegemaakt, steekt hij direct van wal. Hij vertelt wat hij heeft meegemaakt, zakelijk, met zo nu en dan een nauwelijks zichtbare verontschuldigende glimlach.

Gestalttherapie is niet gericht op symptoom-bestrijding. Toch komt deze cliënt met zijn symptomen bij mij. Ik ga er van uit dat de aandacht voor het zelfproces, voor hoe hij het doet, voor wat zijn patronen (geworden) zijn, hem zal helpen de traumatische gebeurtenis en gevolgen (beter) af te ronden. Verbindingen dienen hersteld te worden, stagnatie doorbroken, het gebeurde geïntegreerd. Daarbij is het van het grootste belang dat ik de cliënt niet opnieuw, secundair, traumatiseer, door het hem weer alleen te laten doen, of hem weer door zijn emoties overspoeld te laten worden, net als toen.

Steeds weer wanneer de verbinding met de cliënt verbroken is, sta ik erbij stil en ga na wat dit met de situatie en de interactie met de cliënt te maken heeft (Fischer, 2003, 24).

Als gestalttherapeut maak ik steeds weer verbinding met mezelf: Wat ervaar ik zelf in het contact? Is er starheid opgetreden, een impasse? Wat merk ik daarover? Daarna het contact met de cliënt hierover aangaan. Niet zwichten voor de inhoud dus, maar gewaarzijn van wat er in het hier en nu gebeurt in het contact met de cliënt.

Het grootste deel van het therapeutisch proces bestaat uit het scheppen van de mogelijkheden, samen met de cliënt, om uiteindelijk het gebeurde te kunnen verwerken en integreren. Leidraad daarbij is: Wat heeft deze cliënt daarvoor nodig?

4.2. fasering van het therapeutische proces

Ik werk bij deze cliënten met een gefaseerde aanpak voor, waarbij ik leun op Kepner's (1996) aanpak.

Ik begin het therapeutisch proces met aandacht voor vertrouwen en ondersteuning, omdat deze voorwaarden zijn voor de rest van de therapie. Zonder vertrouwen in de therapeut zal het niet mogelijk zijn de moeilijke gebeurtenis en alles wat ze teweeg heeft gebracht, te verwerken in therapie. Zonder voldoende ondersteund te zijn door jezelf en je omgeving, ook niet. Dit zijn geen voorbereidselen voor 'werkelijke' therapie: het is een grote stap weer te vertrouwen op zichzelf en anderen, en jezelf weer te laten ondersteunen. Wat in deze fase aan herinneringen en emoties omtrent het gebeurde opkomt, wordt door mij gevalideerd: ondersteunend geaccepteerd.

In de middenfase zijn het met name de functies van het zelf waar we aan werken. Ik merk hoe de cliënt met emoties omgaat, hoe hij zijn grenzen bewaakt etc. We onderzoeken de

zelffuncties, soms aan de hand van herinneringen aan de traumatische gebeurtenis, experimenteren met nieuw gedrag.

In de contactfase wordt het contact vol aangegaan met emoties, schaamte en schuldgevoel die rondom het trauma spelen. Daarna komt de eindfase, het nacontact, het tot rust komen en beseffen dat en hoe je veranderd bent.

Gefaseerd betekent in de praktijk niet lineair, maar eerder spiraalvormig:

"At each round, at each pass, a new reorganisation of the whole field, the whole *gestalt*, occurs as new capacities are integrated and assimilated, old traumas are undone, and a new self emerges in engagement with the world" (Kepner, 1996, 3)

In elke fase komen aspecten van andere fasen aan bod. Werkgebieden dienen zich steeds opnieuw aan, steeds dieper gaand.

In de volgende paragrafen beschrijf ik het gestalttherapeutisch werken in de verschillende fasen van de therapie. Het is in dit kader niet mogelijk om uitputtend te zijn. De volgende paragrafen zijn vooral bedoeld om de lijn erin helder neer te zetten.

De valkuil voor mij in dit proces is de herkenning en daarop volgend het willen helpen, "redder in nood" willen zijn: verantwoordelijkheid die bij de cliënt hoort overnemen en niet genoeg afstand meer kunnen nemen.

4.3. beginfase: vertrouwen en ondersteuning

Ptss is niet altijd eenvoudig vast te stellen. De hulpvraag van de cliënt die binnenkomt is niet altijd direct met het trauma verbonden. En praat de cliënt wel over het trauma, dan is dat vaak op een afstandelijke manier (van Praag, 1998, 151).

In het gestaltdiagnostisch proces is het daarom belangrijk een goede inschatting te maken van de cliënt en zijn functioneren, voor en na het trauma. Wat zijn de mogelijkheden, de relaties, de beperkingen van deze cliënt? Wat is zijn concrete leefsituatie en geschiedenis? (Fischer, 2003, 23). Hiermee begint het voor gestalttherapie zo belangrijke fenomenologisch werken: Wat is de betekenis van het gebeurde voor zijn leven? De cliënt zien en accepteren, in het geheel van zijn eigen wereld, met eigen creatieve aanpassingen. In het verlengde van het fenomenologisch werken de inclusie: Je verplaatsen in de cliënt, zonder te confluëren. Te ervaren hoe dat bij jou zou voelen (Yontef, 1993, 132).

Hiermee zal ook duidelijk worden of aan de dsm-IV criteria voor ptss wordt voldaan. In het contact met de cliënt wijzen angst, een oppervlakkige ademhaling, wantrouwen, het moeilijk verbinding kunnen maken, het beschrijven van het leven in ervoor en erna, en een gedeeltelijke afwezigheid van de cliënt naar ptss.

Als er zich andere verschijnselen als dissociaties aandienen, of als het gebeurde herinnert aan eerdere trauma's, is er sprake van een grotere complexiteit. Check zorgvuldig de mate van depressie en eventuele suïcidaliteit, verslavingen, medicatie, vermoeidheid en angst, en eventuele relatieproblematiek. Wanneer er sprake is van complexe ptss of dissociatieve stoornissen, maak ik de afweging hoe kwetsbaar de cliënt is, en of therapie in mijn privé-praktijk met weinig opvangmogelijkheden en beperkte continuïteit, de juiste keuze is. Mijn eigen ervaring en draagkracht als therapeut betrek ik natuurlijk ook hierbij.

Zorgen voor veiligheid, het maken van duidelijke afspraken over de therapie, is een eerste stap. Een behandelcontract is volgens van Praag (1998, 162) het eerste aspect van het maken van een werkrelatie. Vanwege het geschaadde vertrouwen is duidelijkheid

gewenst. Ik geef in het kennismakingsgesprek altijd een contract (zie bijlage 2) aan de cliënt. Het spreekt voor zich dat je als therapeut de bereidheid hebt je aan het contract te houden, je cliënt er aan te houden en eventuele fouten toe te geven.

In deze beginfase staan vertrouwen en ondersteuning centraal. Hoe gaat de cliënt om met vertrouwen? Hoe is het met zijn zelfvertrouwen? Laat hij zich ondersteunen? Door de therapeut, door zijn omgeving? Ondersteunt hij zichzelf?

4.3.1. vertrouwen

Al in de eerste sessie merk ik of de cliënt mij in vertrouwen neemt en hoe hij dat doet. Is hij zich gewaar van hoe hij dat doet? Houdt hij dingen voor zich? Of gooit hij er ineens alles uit? Voel ik me door hem uitgetest? De therapeutische relatie en het contact maak ik steeds bespreekbaar. Met name wanneer je cliënt slachtoffer geworden is van een medemens, zal de achterdocht groter zijn dan je ooit kan vermoeden (van Praag, 1998, 152). We zullen er steeds naar moeten vragen en soms sterk moeten aandringen om het vertrouwen nader te onderzoeken.

Kees belt mij op na de vierde sessie. Hij heeft er spijt van dat hij mij zoveel verteld heeft, hij voelt zich niet prettig. Hij schaamt zich over een aantal dingen die hij verteld heeft en hij wil de volgende sessie uitstellen.

Kees test mij ook. Eerst wil hij pers op dinsdagavond afspreken. Dan ineens niet meer, maar perse op woensdagmiddag. Eerst staat hij op eens in de week, dan op eens in de twee weken. Ik voel dat hij mij gadeslaat als hij deze voorstellen doet.

Alice daarentegen gooit vanaf het begin alles er uit. Ze legt haar hele hebben en houwen bij mij neer. Zo doet ze dat ook bij anderen. Bij haar is het alles of niets. Ze is de stoere 'Al', die voor jou zorgt. Of ze neemt je in vertrouwen en is dan de kleine Alice, een hoopje ellende. Er lijkt niets tussenin te zitten.

In beide gevallen is het zaak het vertrouwen tot een terugkerend item te maken. Specifiek gestaltmatig is het werken aan het gewaarzijn van vertrouwen: Hoe doe je dat, vertrouwen? Een doorlopend proces van gewaarzijn, in het begin aangemoedigd door de therapeut, later eigen gemaakt.

In de vijfde sessie met Kees hebben we het over hoe hij dat doet, vertrouwen. Hij heeft vaak achteraf spijt van wat hij in vertrouwen aan iemand verteld heeft. Hij schaamt zich dan voor zichzelf. We brengen meer gewaarzijn in of hij wat hij wil vertellen werkelijk, nu, aan mij, wil vertellen. Of hij er later, thuis, spijt van zou kunnen krijgen.

Ook met Alice onderzoek ik haar vertrouwen in mij. Ze zegt dat ze me volkomen vertrouwt. Zo handelt ze ook. Als ik vraag naar waar haar vertrouwen in mij vandaan komt, heeft ze een heel rijtje: ik ben moeder, boeddhiste, mijn advertentie kwam op het juiste moment, mijn sterrenbeeld klopt etc. We onderzoeken nader: Wat heeft ze gemerkt als ze bij mij is? Waarin vertrouwt ze me? Een hele waslijst. Waarin niet? Er komt niets bij haar op. Ook als ik haar voorbeelden geef waarin ze me niet zou kunnen vertrouwen, herkent ze niets.

Ze moet me wel vertrouwen, zegt ze, ze heeft zich helemaal aan mij heeft overgeleverd. Zo vermijdt ze zelf verantwoordelijkheid te nemen voor haar vertrouwen.

4.3.2. ondersteuning

Ondersteuning, support, is volgens Kepner (1996)

"..the relational ground of the environment that provides the context for all growth and development, the framework of attachment and relationship to

caring and responsive others, by whose actions we learn to affirm our own existence, basic trust and to care for ourselves." (blz. 3)

Hoe maak ik de therapeutische omgeving tot een ondersteunende omgeving? Kepner stelt dat contact slechts plaats kan vinden als de ander zich acceptierend opstelt.

In deze beginfase komt vaak schaamte voor. Schaamte over het gebeurde, de rol van de cliënt daarin, dat hij er na jaren nog last van heeft etc. Wanneer schaamte bij de cliënt opkomt, ga ik er op waarderende wijze mee om, ik ga het niet uit de weg. Erkennen dat het schaamte is en dat schaamte heel normaal is, is een begin. Vaak liggen introjecten ten grondslag aan schaamte en kan het nodig zijn deze nader te onderzoeken.

Volgens van Praag (1998, 152) is gestalt voor trauma-slachtoffers geschikt vanwege haar aandacht voor gewaarzijn. Ik leer de cliënt zichzelf te ondersteunen door zich te gronden, zich gewaar te worden van lijf en zijn omgeving, van mij, en voorkomen overspoeld te worden door emoties. Ik kan de cliënt helpen gewaar te worden van de support die hij zelf al dan niet creëert in zijn omgeving. Hem laten ervaren wat het betekent dat ik probeer contact met hem te maken, er voor hem ben, containment biedt en zijn mogelijkheden benadruk. Wanneer de cliënt zich daar bewust van kan zijn, zijn dit belangrijke correctieve emotionele ervaringen (Fischer, 2003, 23-24).

Naast de therapeutische omgeving is er de rest van het veld, waarin ondersteuning nodig is:

Alice neemt, behalve mij, slechts twee vriendinnen in vertrouwen. Ze heeft nauwelijks contacten met anderen, op haar zoon na. We onderzoeken hoe ze vermijdt zich door anderen te laten ondersteunen. We zien een deur die helemaal open gaat of dicht blijft. We gaan na wat haar tegenhoudt haar oude vriendinnen te bellen.

Ik verplaats me in haar en merk dat ik me eenzaam zou voelen. Het lijkt mij eenzaam, geef ik haar terug. Ik vraag haar hoe het zou zijn de deur af en toe een beetje open te doen.

Een maand later heeft ze wat afspraken met anderen gemaakt en een oude vriendin gebeld. Ze gaat zelfs naar een verjaardagsfeestje, wat ze al jaren vermeden heeft. Ze zegt dat ze de deur op een kier open heeft gezet.

Ik ben me er hierbij van bewust dat Alice ook geneigd is voor anderen te zorgen -voor mij in dit geval-. We balanceren vaak op het randje, de grens: doet ze het voor mij, of voor zichzelf? Ook dit onderzoeken we.

Tegelijkertijd zorg ik er als therapeut voor dat ik zelf ook een netwerk heb om me te laten ondersteunen.

4.4. middenfase: werken aan de zelffuncties

Het gestaltdiagnostisch proces is een doorlopend proces. We zien of en hoe de cliënt door onvoldoende zelffuncties, moeilijk de onaffe situatie op bevredigende wijze af kan maken.

"Without adequate self functions, the abreaction of traumatic memories is itself often experienced as traumatic because nothing new is brought into the survivor's relationship to the archaic situation so as to make contact with it in the present experientially *different* from contact in the past." (Kepner, 1996, 4-5)

Wanneer er voldoende vertrouwen en ondersteuning opgebouwd is, richten we ons op het ontwikkelen van die zelffuncties. We gaan eerst na of en welke zelffuncties aandacht

behoeven. Als voorbeelden noem ik: het omgaan met lichamelijke en interpersoonlijke grenzen, het reguleren van intensiteit, ritme en frequentie van je ervaring, het toelaten van gevoelens en ervaren dat ze vanzelf weer uitdoven, het onderscheiden van verleden van heden en het je toe-eigenen van je polariteiten. Ook het leren herkennen van introjecten, ze beproeven en eventueel uitspugen, heeft in deze fase een plaats, evenals bewustwording van projecties.

Aan zelffuncties werken betekent voor mij: eerst gewaar worden van hoe je het doet en vervolgens alternatieven exploreren. Hoe iemand het doet is nooit fout. Hoe je het gedaan hebt, heeft altijd een functie, het is ooit een creatieve aanpassing geweest.

Van der Bij (1999, 46-51) beschrijft gestalttherapeutische experimenten die zij gebruikt met slachtoffers van seksueel geweld.

Ze zegt over deze experimenten:

"Om de angst werkbaar te houden en tegelijk de cliënte te ondersteunen dichterbij de ervaring te komen, kunnen experimenten dienstbaar zijn. We mogen daarbij niet vergeten dat deze experimenten structureel voldoende open moeten zijn, zodat de cliënte haar eigen beleving erin kan uitdrukken, en tegelijk voldoende afgebakend, zodat de cliënte zich niet kan verliezen." (blz. 47)

Een experiment betreft het werken met grenzen. Analoog hieraan heb ik met een cliënte aan het lichamenlijk begrenzen gewerkt:

Ik stel Alice voor een experiment te doen op het gebied van begrenzen. Dat wil ze graag. "Dat is belangrijk", zegt ze. Ik geef haar een rol wc-papier en zeg haar dat ze daarmee een ruimte voor zichzelf kan creëren, een ruimte die van haar is. Ze gaat direct op de grond zitten. Ze werkt heel geconcentreerd en neemt ruim de tijd. Ze maakt een bijna perfecte cirkel om zich heen, van toiletpapier. De cirkel is zo groot als de lengte van haar armen het toelaat. Ik vraag haar te zeggen wat er met haar gebeurt. Ze zegt dat ze dit als kunstenaar -ze heeft kunstacademie gedaan- ook steeds deed. Dat ze nu eindelijk weet wat ze steeds aan het doen was: een veilige omgeving voor zichzelf creëren. Ze zucht: "Ja, hier gaat het om". Ik vraag haar of de cirkel groot genoeg is, of te ruim misschien. "Hij is precies goed", zegt ze. Als de cirkel af is, blijft ze in het midden zitten, op de grond. Ik vraag hoe ze zich voelt. "Veilig", zucht ze. Ze is blij met de cirkel om haar heen. Ze wordt zich ook gewaar van hoe onveilig ze zich normaal voelt. Na een poosje vraag ik haar "Stel je voor dat ik naar je toe kom en aan je grens kom, wat zou je doen?" Ze reageert terughoudend, blijft vooral naar haar cirkel kijken en zuchten. "Wat houd je tegen om nog meer te experimenteren?", vraag ik haar. "Ik ben bang dat je over mijn cirkel heen gaat", zegt ze, "dat je hem niet respecteert". En ze barst in huilen uit. Na een tijdje zegt ze: "Als je belooft er niet overheen te gaan, wil ik het wel". Ik beloof niet in haar cirkel te komen. We spreken af dat ik eromheen zal lopen. Dat doe ik. Ze zit als een berg, ze concentreert zich op haar buik, zoals ze bij t'ai chi en shiatzu geleerd heeft. Ze zegt niets, ik hoor haar diep ademen. Als ik na een tijdje rondlopen te dicht bij de cirkel kom, gromt ze ineens met een diep stem: "Don't you dare!". We bespreken het gebeurde na: Hoe ze zich sterk maakt, geen kik geeft. Zich ondertussen een klein kind voelt, op de grond zittend. Ze wordt zich gewaar van hoe ze het doet, haar grenzen bewaken. We hebben het over de functie en de kracht daarvan. En hoe alleen ze het doet als het erop aankomt.

Als ze opstaat raapt ze het papier bij elkaar en vouwt het tot een pakketje: "Deze neem ik mee naar huis".

Door een andere betekenis te geven aan het gedrag en te experimenteren met gedragsalternatieven, kan de cliënt het eigen leven (weer) meer gaan besturen, komt er plaats voor verruiming, integratie en verbinding (Fischer, 2003, 23).

Hoe sensationeel en verhelderend experimenten ook zijn, een groot deel van het werken aan begrenzen vindt plaats in de alledaagse interactie die bij therapie hoort: plannen van een nieuwe sessie, hoe we samen bepalen wat er in een sessie gebeurt. Bij alles wat ze inbrengt, bijvoorbeeld in hoe ze zich weer openstelt voor anderen, is begrenzing een issue: is ze zich gewaar van haar grenzen, hoe komt ze voor zichzelf op in het contact, wat houdt haar tegen?

Meditatie kan een rol spelen in de therapie als de cliënt niet goed met het overweldigende aspect van emoties weet om te gaan. Kim en Kramer (2002, 1-7) beschrijven hoe meditatie je leert emoties toe te laten terwijl je je blijft gronden, leert de controle los te laten en te vertrouwen. Ook van Praag (1998, 163) noemt meditatie in dit kader. Hij vult aan dat het ook belangrijk is de cliënt te leren communiceren wat er met hem gebeurt.

Juist bij mensen met een ptss zal er in deze fase angst opkomen: angst voor het nieuwe, onbekende, angst voor afwijzing, angst voor het oncontroleerbare. Juist bij deze cliënten is het belangrijk de aarzelingen, de weerstanden te onderzoeken. Voor mij is dit de enorme kracht van gestalt bij deze cliënten, aangezien hierin zich de focus op niet-veroordelend gewaarzijn, respect voor hoe de cliënt het doet en waarde vrij onderzoek, zich helder weerspiegelt.

Hierbij hoort ook het onderzoek of de cliënt het oude wel los wil laten: welk deel van hem wil dat wel, welk niet? Deze delen met elkaar in contact brengen (bijvoorbeeld in een dialoog) is een mogelijkheid hier gewaarzijn en integratie in te brengen. Volgens Melnick en Nevis (1997, 104) is dit een eerste aanzet tot afronding.

4.5. contactfase: aangaan van het gebeurde en gevolgen

In deze fase gaat de cliënt het contact met het gebeurde vol aan, zonder terughouden, voldoende ondersteund, zonder weer slachtoffer te worden.

els heeft jaren in een impasse gezeten. Ze kwam niet verder met dat ze verkracht was. Sinds een paar maanden heeft ze het gevoel dat ze weer een stuk verder gekomen is met de verwerking. Het woord 'af' past niet, zegt ze, want het komt nooit af. Door in de veilige, vertrouwde context van de therapie de dader symbolisch te confronteren met haar boosheid, te schreeuwen en te slaan, is ze verder gekomen. Daarbij hield ze zich staande, temidden van haar heftige emoties, kon ze zich gewaar blijven van wat er gebeurde en wist zich in een steunende omgeving. Ze heeft het gebeurde 'opnieuw' gedaan, anders nu. Daardoor is ze veranderd.

Perls, Hefferline en Goodman (1951) hebben veel geschreven over het afronden van onafgemaakte zaken. De gestalttherapie kent een wijde reeks van technieken die gericht zijn op het in het heden aangaan van contact met het onafgemaakte uit het verleden, zoals trauma's. Aangaan in het veranderde veld: het veilige, steunende veld van de therapie, het veranderde zelf. Fantasie, visualisatie, het uitvergroten van lichaamstaal, werken met een lege stoel etc., zijn middelen om in deze fase met ptss te werken (Cohen, 2002, 2). Naast natuurlijk contactvolle dialogen met de therapeut.

Uit onderzoek naar ptss bij overlevenden van vliegcrashes (Pollard, Mitchell en Daniels, 2002, 3) blijkt het werken met de lege stoel om bijvoorbeeld schuld en woede te uiten een

effectieve methode, net als de dialoog met innerlijke polariteiten. De nadruk blijft op het gewaarzijn en de betekenis voor de cliënt.

Kepner (1996) beschrijft deze fase met de termen: ontdoen, opnieuw doen en rouwen (*undoing, redoing and mourning*):

"Undoing involves restoring the proper relationship of organism to environment through the use of expressive work, therapeutic reenactment, and dialogue, as well as through real-life situations." (6)

"Undoing (and redoing) involves the working through of the unfinished business that all survivors carry: the things that could not be said, never described, feelings unexpressed or unfelt, the events that became directed at the self but should now be turned back towards the environment". (109)

In deze fase worden de retroreflecties, alles wat ingehouden werd tijdens en na de traumatische gebeurtenis, niet langer ingehouden maar naar buiten gericht en in handelingen omgezet. Ook de introjecten die een rol spelen worden opnieuw geproefd en zonodig uitgespuugd.

Schaamte en schuldgevoel komen in deze fase opnieuw om de hoek kijken.

Deze fase kan lang duren, mijn valkuil: te snel willen, ongeduldig worden.

Van Praag (1998, 161) beschrijft de stagnatie, impasse, die ontstaat door het zoveel mogelijk uit de buurt blijven van belangrijke emoties, met als achterliggende angst de angst voor verandering. In deze fase worden de belangrijke emoties opgezocht. Van Praag beschrijft hoe je hierbij met de ademhaling kan werken. In voorafgaande fasen is mogelijk gewerkt aan gewaarzijn van de blokkering van de ademhaling, die immers het gevoel van angst geeft (Perls, Hefferline en Goodman, 1951, 128-129). In deze fase kan de ademhaling verdiept worden, waardoor geblokkeerde emoties en opwinding weer vrij komen, analoog aan retroreflecties. De cliënt kan, gegrond, met de adem als ankerpunt, verbonden met therapeut, meer contact aangaan zonder zich er in te verliezen.

Overigens komt er vaak beweging in de impasse wanneer in het proces van gewaarzijn de cliënt zich bewust wordt van de betekenis van iets. Dit doet zich soms voor als een *Aha-Erlebnis*. Bijvoorbeeld in het eerste besef van de cliënt over de macht die ze een dader over haar leven heeft gegeven.

Met het vol aangaan van het gebeurde wordt ook rouw in zijn rauwste vorm opgeroepen. Rouw om het gebeurde, compassie voor het lijden dat het teweeg heeft gebracht, het verloren levensgeluk, de verloren naïviteit dat zo iets jou nooit zou overkomen. Ik zorg voor een dragende omgeving, ik ben getuige en deel in het verdriet.

4.6. eindfase: integratie en tot rust komen

De laatste fase van het proces is de fase van het nacontact. Het is de fase van integratie en herstel. Kepner (1996) noemt het herbevestiging (*reconsolidation*) en beschrijft hem als volgt:

"It is a reorganisation of the whole field, by which we mean the person or organism *and* the environment [...]. It is a repetitive process by which we solidify and reorganize our experience. [...] He becomes a different person, and his interactions with others are also changed." (Kepner, 1996, 6-7)

Er is een nieuwe gestalt gevormd. Kepner's cliënten, met complexe ptss, maken deze fase meestal niet in therapie door, maar met hun nieuwe ervaringen en netwerk. Integratie

is een langdurig proces, dat altijd voor het grootste deel buiten het therapeutisch contact om verloopt.

Melnick en Nevis (1997, 102-105) geven met name deze fase van de gestaltcyclus bij ptss aandacht. Zij geven wegen aan om met de opgeroepen rouw om te gaan. Ik vind met name hun suggestie repertoire toe te voegen om met dit verdriet om te gaan en het gebeurde een plaats te geven zeer nuttig: rituelen, de blues zingen, kaarsen branden etc. Zij wijzen er op dat het in deze fase belangrijk is de energie van de cliënt niet opnieuw te mobiliseren, bijvoorbeeld door als therapeut meer dan de cliënt geïnteresseerd te zijn in de traumatische gebeurtenis. Zij bevelen kleine ervaringen aan, die de energie verzachten. Het is misschien niet mogelijk de energie verbonden aan het trauma volledig te demobiliseren, maar assimilatie in de (gewijzigde) grond van de cliënt is wel mogelijk.

In de beginfase is de grond van de cliënt al verbreed door het werk aan vertrouwen en ondersteuning. In deze fase komt vaak een groter en transcendent (want overstijgend) perspectief op, dat aan de cliënt en zijn directe omgeving voorbijgaat, het hele veld omvat. De cliënt kan dan het gebeuren integreren in de verbreedde grond van zijn bestaan. Het is mijn ervaring dat in deze fase de energie van de cliënten weer stroomt, gericht op het hier en nu en vrijgekomen mogelijkheden. Erkenning van dit proces is belangrijk en vindt voor een klein deel in de therapeutische setting plaats. De cliënt weet dat hij veranderd is, iets geleerd heeft. Het is de persoonlijkheidsfunctie die in deze fase een rol speelt: Hoe ben je veranderd? Wat heb je geleerd?

"Wie ben je geworden door alles wat je hebt meegemaakt?", vraag ik Els "Boeddhiste", zegt ze direct, stralend. Ik vraag: "Wat betekent dat voor jou?". Ze is minutenlang stil en zegt dan, langzaam, zoekend: "Ik ben rijker dan daarvoor. Ik ben veranderd van iemand die calvinistisch, heel hard, in het leven stond, naar iemand die met liefde, compassie, zacht, in het leven staat". Haar stem is zachter geworden. Ze spreidt haar armen uit en zegt "Open naar alles wat leeft".

Beeld: De ondraaglijke, zware, onhandige en niet passende bagage heeft de nodige aandacht gekregen. De persoon heeft het goed ingepakt, in een goede draagtas, een rugzak misschien, die hem goed past. Hij draagt het op zijn reis, maar het doet hem geen pijn en het belemmert hem niet meer. Als het hem even teveel is, vraagt hij om hulp. Hij heeft geleerd hoe te dragen.

Samenvatting

In deze scriptie hebben we ons gericht op de eenvoudige ptss, ontstaan op volwassen leeftijd, wanneer iemand eenmalig een levensbedreigende situatie meemaakt. De belangrijkste symptomen zijn herbeleving, vermijding en afstomping en verhoogde prikkelbaarheid. Mensen ervaren een grote discontinuïteit en hebben hun vertrouwen verloren.

Vanuit de gestalttheorie beschouwen we ptss als een onafgemaakte gestalt. Het organisme streeft ernaar onafgemaakte zaken af te maken, waardoor het gebeurde steeds weer geactiveerd wordt en rust onmogelijk is. Verstoring van de gestaltformatie kan samenhangen met een tekort aan ondersteuning en zelffuncties, en onvoldoende nacontact.

Voor het gestalttherapeutisch werken met cliënten betekent dit dat we beginnen met het opbouwen van het benodigde vertrouwen en ondersteuning, vervolgens de zelffuncties onderzoeken en zonodig ontwikkelen, waarna het contact met het gebeurde vol kan worden aangegaan. Tenslotte besteden we de nodige aandacht aan het nacontact, de integratie van het gebeurde en het tot rust komen van de cliënt.

Literatuurlijst

- American Psychological Association (APA). Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2001.
- Aarts, P.G.H. & Visser, W.D. (Ed.). Trauma: diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1999.
- Bauer, A.L. & Toman, S. A gestalt perspective of crisis debriefing: working in the here and now when the here and now is unbearable. In: Gestalt review, 7 (1), 2003, 56-71.
- Bij, N. van der. Seksueel geweld. Gestalttherapeutische experimenten bij het begeleiden van slachtoffers. In: Tijdschrift voor gestalttherapie, 6, 1999, 46-51.
- Fischer, E. Een vogel leren vliegen. Overwegingen over traumabehandelingen. Tijdschrift voor gestalttherapie, 10, 2003, 21-25.
- Frances, A. & First, M.B. Stemming en stoornis. Een gids voor iedereen die meer wil weten over kenmerken en diagnose van psychische stoornissen. Amsterdam: Nieuwezijds, 1999.
- Kepner, J.I. Healing tasks. Psychotherapy with adult survivors of childhood abuse. Gestalt Press: Cambridge MA, 1996.
- Kleber, R.J. Trauma en verwerking. In: Aarts, P.G.H. & Visser, W.D. (Ed.). Trauma, diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1999.
- Lambrechts, G. De gestalttherapie tussen toen en straks. Berchem, België: EPO, 2001.
- Latner, J. Toegang tot de gestalttherapie. Haarlem: De Toorts, 1974.
- Melnick, J. & Nevis, S.M. Diagnosis: the struggle for a meaningful paradigm. In: Nevis, E. (Ed.). Gestalt therapy perspectives and applications. New York: Gardner Press, 1992.
- Melnick, J. & Nevis, S.M. Diagnosing in the here and now: the experience cycle and DSM-IV. British Gestalt Journal, 6, 1997, 97-106.
- Müller, B. Isadore From's contribution to the theory and practice of gestalt therapy. In: Studies in gestalt therapy, 2, 1993, 7-21.
- Naranjo, C. Gestalt therapy. The attitude and practice of an atheoretical experientialism. Nevada City: Gateways, 1993.
- Perls, F., Hefferline, R.F., and Goodman, P. Gestalt Therapy. Excitement and growth in the human personality. New York: Dell Publishing, 1951.
- Perls, F. Gestalt therapy verbatim. Lafayette, Cal.: Real People Press, 1969.
- Praag, D. van. Gestalttherapie. Veld en existentie. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998.
- Symforagroep. Richtlijn Posttraumatische Stress-Stoornis. Diagnostiek en behandeling. Interne publicatie Symforagroep, Amersfoort, 2004.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp P.M.G. Handboek Psychopathologie, deel 1. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994.
- Yontef, G.M. Awareness, dialogue and process. Essays on gestalt therapy. New York: The Gestalt Journal Press Inc., 1993.

websites:

- Cohen, A. Gestalt therapy and post-traumatic stress disorder: the potential and its (lack of) fulfillment. In: Gestalt! 6, 1. <http://www.g-gej.org/6-1/gestaltptsd.html>. Gestalt GlobalCorporation: 2002.
- Hardie, S. A literature review for PTSD in gestalt therapy. In: Gestalt! 8, 1. <http://www.g-gej.org/8-1/litreview.html>. Gestalt GlobalCorporation: 2004.
- Kim, J. & Kramer, G. Insight Dialogue Meditation with Anxiety Problems. In: Gestalt! 6, 1. <http://www.g-gej.org/6-1/insightdialogue.html>. Gestalt GlobalCorporation: 2002.
- Pollard, H.P., Mitchell, C. & Daniels, V. Airline crash survivors, vietnam veterans and 9/11. In: Gestalt! 6 (1). <http://www.g-gej.org/6-1/airlinecrashes.html>. Gestalt GlobalCorporation: 2002.

Bijlage 1

Volledige dsm-IV criteria voor de posttraumatische stress-stoornis:

A. De betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende van toepassing zijn:

- betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen
- tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw

B. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op één (of meer) van de volgende manieren:

- (1) recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen.
- (2) recidiverend akelig dromen over de gebeurtenis
- (3) handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (hiertoe behoren ook het gevoel van het opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties en dissociatieve episodes met flashback, met inbegrip van die welke voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie)
- (4) intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.
- (5) fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.

C. Aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende:

- (1) pogingen gedachten of gevoelens of gesprekken horend bij het trauma, te vermijden
- (2) pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden
- (3) onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren
- (4) duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten
- (5) gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen
- (6) beperkt spectrum van gevoelens (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben)
- (7) gevoel een beperkte toekomst te hebben (bijvoorbeeld verwacht geen carrière te zullen maken, geen huwelijk, geen kinderen, of geen normale levensverwachting)

D. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma), zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende:

- (1) moeite met inslapen of doorslapen
- (2) prikkelbaarheid of woedeuitbarstingen
- (3) moeite met concentreren
- (4) overmatige waakzaamheid
- (5) overdreven schrikreacties

E. Duur van de stoornis (symptomen in B, C en D) langer dan één maand.

F. De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

(APA, 2001, 266-268)

Bijlage 2 - Behandelcontract

gestaltpraktijk corine claveaux

pesthuislaan 29, 1054 rh amsterdam. tel: 020 6899386 / info@claveaux.org / www.claveaux.org

Met onderstaande regels en afspraken wil ik verduidelijken wat we van elkaar kunnen verwachten. Het doel ervan is de therapie zo effectief mogelijk te laten zijn.

Het doel van de kennismakingssessie is te kijken of het 'klikt' tussen ons, te onderzoeken waar je mee komt en te kijken of gestalttherapie aansluit bij wat je wilt. In deze sessie staat het kennismaken met elkaar voorop en kun je proeven aan hoe het is om bij mij in therapie te zijn.

De eerste vijf therapeutische sessies zijn om nader te onderzoeken of deze therapie past bij jou en bij wat je wilt. In overleg bepalen we de doelen van de behandeling. Deze kunnen we in de loop van de therapie bijstellen aan de hand van regelmatige evaluaties.

Financiële afspraken: In de kennismakingssessie spreken we af wat een sessie je kost. Je dient aan het einde van elke sessie te betalen. Als je later dan 24 uur van tevoren een afspraak afbelt, ben je toch een bijdrage verschuldigd. Afbellen is altijd mogelijk via mijn antwoordapparaat.

Planning van de sessies:

Ik verwacht dat je op de afgesproken tijd aanwezig bent.

Aan het einde van elke bijeenkomst maken we een nieuwe afspraak. Neem je agenda mee.

Mocht je om wat voor reden dan ook niet op de afgesproken tijd kunnen komen, bel dan op tijd af, **uiterlijk 24 uur van te voren**. Zoniet, dan kost je dat een bijdrage (zie boven). Je kunt me altijd bereiken via mijn antwoordapparaat.

Voor het maken of wijzigen van afspraken en voor korte vragen heb je de grootste kans me te spreken te krijgen op dinsdag en woensdag tussen 10 en 5 uur: 020 6899386. Ook kun je me bereiken via e-mail: info@claveaux.org. Ik check mijn e-mail één keer per dag. Gebruik daarom voor het afzeggen van een afspraak voor de volgende of dezelfde dag de telefoon.

Een aantal weken per jaar zal er geen therapie zijn in verband met vakanties, bijscholing etc. Als tussentijdse opvang nodig is en het lukt je niet dit zelf te regelen, bespreek dit dan met mij.

Mocht je de therapie willen beëindigen, dan plannen we een laatste evaluerende en afsluitende sessie. Het is niet de bedoeling zomaar ineens weg te blijven.

Overig:

-Tijdens de sessies is het niet toegestaan te roken. Tevens is het af te raden voor de therapie alcohol of (soft)drugs te gebruiken. Mocht ik vinden dat je te zeer onder invloed bent om zinvol te kunnen werken, dan maken we een afspraak voor een nieuwe sessie.

-Het gebruik van geweld zowel door cliënte als therapeut is **niet** toegestaan. In geval van geweld volgt beëindiging van de therapie. Met geweld bedoel ik het beschadigen van en/of letsel toebrengen aan materialen of persoon.

-Seksuele handelingen tussen therapeut en cliënt behoren **niet** tot de behandeling en zijn binnen de hulpverleningsrelatie niet toegestaan. Dit verbod geldt tot vier jaar nadat de therapie is beëindigd.

Informatie aan derden: Alleen als je daar schriftelijk toestemming voor hebt gegeven, zal ik informatie aan derden verstrekken. Denk aan informatie aan huisarts, specialist etc. Je hebt inzage in de informatie die ik aan derden verstuur.

Crisisopvang is in mijn particuliere praktijk niet mogelijk. Bij een eventuele crisis kun je je wenden tot je huisarts of tot de RIAGG crisisdienst. Ook kun je gebruikmaken van de SOS-telefonische hulpdienst: 020 6757575.

Bespreek klachten of vragen over de therapie zo snel mogelijk met mij.