



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

## Trauma en dan: wel fasegericht, geen exposure

**Gold, S.N. (2000). *Not trauma alone: Therapy for child abuse survivors in family and social context*. Philadelphia: Brunner/Routledge; 272 blz.; \$ 36,95.**

*Onno van der Hart\**

Nadat in de jaren tachtig de behandeling van chronisch getraumatiseerde cliënten nogal eens uit de hand liep doordat therapeuten de aandacht te zeer, te snel of te eenzijdig richtten op de exploratie en aanpak van de traumatische herinneringen, groeide in de jaren negentig de consensus onder specialisten dat deze behandeling vooral fasegericht dient te zijn (bijv. Brown, Schefflin, & Hammond, 1998; Chu, 1998; Courtois, 1999; Herman, 1993; Nijenhuis, 1994; Van der Hart, 1991). Een gangbare indeling is: 1 stabilisatie en symptoomreductie, 2 behandeling van traumatische herinneringen, en 3 persoonlijkheids(her)integratie en rehabilitatie. De kern van uiteenlopende fasegerichte benaderingen is dat de behandeling van traumatische herinneringen voorafgegaan dient te worden door een korter of langer durende fase, gericht op stabilisatie en symptoomreductie. Als dergelijk traumawerk aan de orde is, dient dit in de regel te worden afgewisseld met een fase 1-aanpak. Voor sommige cliënten dient de behandeling tot de stabilisatiefase beperkt te blijven – onder meer omdat hun spankracht blijvend ontoereikend is om de zware confrontatie met de traumatische herinneringen aan te kunnen. Behandeling tijdens de stabilisatiefase richt zich op bevorderen en instandhouden van een goede therapeutische relatie (als noodzakelijke voorwaarde voor effectieve interventies); bevorderen van veiligheid van de cliënt; verbeteren van affectregulatie; verhogen van de spankracht; beter omgaan met gereactiveerde traumatische herinneringen en dissociatieve symptomen; beperken van symptomen als suïcidaal gedrag en middelenmisbruik; verbeteren van dag- en nachtritme; en versterken van het sociale systeem.

Met zijn boek *Not trauma alone* heeft Steven N. Gold een unieke bijdrage geleverd aan de ontwikkelingen op het terrein van fasegerichte behandeling. Het gaat ook om een wat curieuze bijdrage, omdat de auteur nauwelijks aan fasegerichte behandeling refereert en de – mijns inziens onjuiste – indruk wil wekken dat het bij zijn behandelmodel om iets heel anders gaat. Gold is als hoogleeraar verbonden aan het Center for Psychological Studies, en als directeur aan het Trauma Resolution Integration Program, Nova Southeastern University, Ford Lauderdale, Florida. Hij betoogt dat, ondanks de gegroeide consensus omtrent fasegerichte benaderingen, de behandeling van chronisch getraumatiseerde cliënten over het algemeen nog steeds te veel op trauma gericht is en wel in het bijzonder op seksueel trauma. Niet alleen zijn mensen die als kind seksueel zijn misbruikt, vaak ook het slachtoffer geweest van lichamelijke en emotionele mishandeling en verwaarlozing, zij zijn veelal in gezinnen opgegroeid waarin het ook op allerlei andere manieren mis was. Het gaat om gezinnen waarin de kinderen de vaardigheden niet aangeleerd werd die nodig zijn voor een behoorlijk dagelijks leven. Gold doelt hierbij op het niet geleerd hebben emoties te reguleren, hechtingsproblematiek, een negatief zelfbeeld en niet weten wat kenmerkend is voor

---

\* *Prof. dr. O. van der Hart* is psycholoog/psychotherapeut. Correspondentieadres: p/a GGZ Buitenamstel, Oldenaller 1, 1081 HJ Amsterdam. E-mail: onnovdh@wxs.nl

gewone contacten en relaties. Deze gebreken worden in therapie aan het oog onttrokken door de trauma-gerelateerde klachten waarvoor zij uiteindelijk hulp zoeken én doordat de therapeut te zeer op misbruik of mishandeling gericht is. Hierbij kunnen we denken aan posttraumatische stress-klachten, maar ook aan misbruik- en mishandeling-gerelateerde hechtingsproblematiek en moeilijkheden bij het vinden van een emotioneel evenwicht.

Zoals Gold zelf beaamt, zijn de langetermijnevolgen van trauma en van een inadequate gezinsachtergrond niet of nauwelijks van elkaar te onderscheiden. Desondanks lijkt het een zinvol idee om de genoemde gebreken die gebaseerd zijn op tekortkomingen van het gezin van herkomst, te zien als de context voor trauma als mishandeling en misbruik. Dat legt de basis voor een behandelmodel, zoals Gold voorstaat, waarin de aandacht vooral dient uit te gaan naar op het opheffen van de onderscheiden gebreken in persoonlijk en interpersoonlijk functioneren van de cliënt, in plaats van opzoeken en aanpakken van traumatische herinneringen. In de eerste plaats is vereist het vormen van een therapeutische relatie, die gekenmerkt wordt door samenwerking tussen cliënt en therapeut. De therapeut dient zich hierbij te realiseren, aldus Gold, dat cliënten een intense behoefte hebben om zorg te ontvangen en ergens bij te behoren, en tegelijkertijd als de dood zijn dat de therapeut hen net als andere mensen met minachting bekijkt en aan hun lot zal overlaten. De therapeut moet de cliënt een duidelijke structuur bieden voor de behandeling, waarbinnen hij of zij om te beginnen de tijd neemt de cliënt, diens achtergronden en problemen te leren kennen. Onder deze problemen stelt de therapeut zeker ook de gebreken in de (inter)persoonlijke vaardigheden vast, waarop vervolgens de focus van de behandeling wordt gericht. Gold beklemtoont dat de therapeutische relatie op zich al de mogelijkheid biedt voor cliënten om zich essentiële interpersoonlijke vaardigheden als samenwerken, onderhandelen en gemeenschappelijk probleem oplossen eigen maakt. Hij spreekt van *remedial training*, waarin ook het zich eigen maken van de volgende vaardigheden uitvoerig aan bod komt:

- 1 omgaan met en moduleren van heftige emoties;
- 2 bevorderen van in het nu leven en van continuïteit;
- 3 leren reflecterend en kritisch te denken;
- 4 doorbreken en vervangen van inadequate gedragspatronen (waaronder verslavingen, eetstoornissen, zelfbeschadiging);
- 5 uitbreiden van adaptieve vaardigheden voor een gewoon leven;
- 6 integreren van traumatische herinneringen. In de regel houdt hij deze volgorde aan, maar hij geeft ook aan dat deze per cliënt kan verschillen.

Gold merkt op dat als er aanzienlijke vooruitgang is geboekt op deze zes gebieden, de cliënt goed is voorbereid om de confrontatie met het traumatisch materiaal – traumatische herinneringen aan mishandeling of misbruik – op een productieve manier aan te gaan en te leren leven met de trauma's die hij of zij onderging. Ik vind het wat merkwaardig dat Gold tot de vaardigheden waarbij de cliënt eerst vorderingen moet hebben geboekt, ook 'Het integreren van traumatische herinneringen' (*resolving trauma*) rekent, in plaats van dit als de afhankelijke variabele te beschouwen. Zijn deze vaardigheden niet of nauwelijks ontwikkeld, dan is de kans op decompensatie bij confrontaties met traumatische herinneringen hoog. Gold gaat ervan uit dat het precies het gebrek aan deze vaardigheden is dat overlevenden van herhaalde mishandeling of misbruik in de kindertijd onderscheidt van mensen die als volwassene een eenmalige traumatische ervaring hebben opgedaan. Met andere woorden, het gaat om het

onderscheid tussen complexe PTSS en 'eenvoudige' PTSS, waaraan in recente jaren steeds meer aandacht wordt besteed.

De aandacht die Gold vervolgens besteedt aan de aanpak van traumatische herinneringen is zeer gering. Dat heeft zeker te maken met zijn opvatting dat de behandeling van traumatische herinneringen niet meer nodig is als cliënten met behulp van remedial training sterk vooruit zijn gegaan in hun dagelijks functioneren, zij veel minder last hebben van intrusie- en andere PTSS-symptomen en de kwaliteit van hun leven flink is toegenomen.

'In essentie, wanneer onze cliënten goed genoeg functioneerden om met succes traumatisch materiaal te verwerken, zagen in de regel noch onze cliënten noch wijzelf werkelijke aanleiding om ons in de behandeling met deze herinneringen bezig te houden.'

Dit is ook de boodschap die Gold en collega's (2001) uitdragen in hun recente artikel over de behandeling van cliënten met een dissociatieve identiteitsstoornis. Wat Gold in zijn boek concreet aan technieken voor de behandeling van traumatische herinneringen besteedt is dan ook te verwaarlozen: een paar bladzijden, waarvan de lezer nauwelijks wijzer wordt. De essentie is dat de behandeling van traumatische herinneringen die betrekking hebben op misbruik of mishandeling in de kindertijd, heel geleidelijk moet geschieden. Het accent dient volgens hem in de regel en zeker meer in het begin van de behandeling te liggen op het onderzoeken en verwerken van de aan trauma-gerelateerde cognitieve distorties, storende emoties en gerelateerde gedragingen. Het vertellen over het trauma moet globaler en minder uitvoerig zijn dan bij exposure-methoden gebruikelijk is. Het gaat vooral om cognitieve herstructurering, die herhaaldelijk moet worden afgewisseld met de genoemde vaardigheidstraining.

Ook al spreekt Gold nauwelijks van een fasegerichte benadering en tracht hij zijn model tegen dergelijke benaderingen af te zetten, ik kan niet anders dan concluderen dat hij systematisch een belangrijke fase 1-aanpak beschrijft, waarin verhoging van de mentale spankracht centraal staat en waarin relatiegerichte en probleemoplossende benaderingen goed zijn geïntegreerd. Deze combinatie is kenmerkend voor tal van bestaande fasegerichte benaderingen (vgl. Brown, Schefflin, & Hammond, 1998; Van der Hart, & Nijenhuis, 1999). Golds fase 1-aanpak wordt steeds afgewisseld met kleine stukjes fase 2-interventies, specifiek gericht op de behandeling van traumatische herinneringen. Hij weet deze afwisseling in de praktijk zo te perfectioneren, dat gebruikelijke exposure-technieken zelden meer nodig blijken. Dat is de kracht van zijn benadering. Het weerspiegelt ook de meest recente ontwikkelingen in het veld, waarin fase 1-behandeling steeds meer aan belang wint en de aanpak van traumatische herinneringen steeds meer het karakter van kleine uitstapjes vanuit fase 1 krijgt (zie Briere, 2002). Wat in dit boek niet zozeer tot uiting komt maar wel in het genoemde artikel over de behandeling van cliënten met DIS, is het gegeven dat vaardigheidstraining binnen fase 1 in combinatie met individuele therapie uitstekend in groepsverband kan plaatsvinden. En het ontbreken van aandacht voor persoonlijkheids(re-)integratie – fase 3 in gangbare fasemodellen – is een belangrijke omissie. Dit gemis wordt duidelijk geïllustreerd in een van de uitvoerige gevalbeschrijvingen in het artikel van Gold et al. (2001). Hierin mist elke discussie over het feit dat de behandeling werd afgesloten ondanks het voortbestaan van

dissociatieve klachten en het daarmee gepaard gaande gebrek aan integratie van de persoonlijkheid.

Concluderend, ondanks het feit dat hij het anders doet voorkomen, heeft Gold een belangrijke bijdrage geleverd aan de fasegerichte behandeling van volwassen cliënten die als kind herhaaldelijk zijn mishandeld of misbruikt en die in tal van opzichten veel tekort zijn gekomen, niet het minst aan veilige hechting. Hij zou met dit boek nog sterker voor de dag zijn gekomen, als hij zijn benadering duidelijker in termen van de genoemde behandelfasen had beschreven.

## Referenties

- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, T. Reid, & C. Jenny (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment, sec. Edition* (pp. 175-202). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Brown, D., Schefflin, A.W., & Hammond, C.D. (1998). *Memory, trauma treatment, and the law*. New York: Norton.
- Chu, J.A. (1998). *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex post-traumatic and dissociative disorders*. New York: John Wiley & Sons.
- Courtois, C.A. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. New York: W.W. Norton & Co.
- Gold, S.N., Elhai, J.D., Rea, B.D., Weiss, D., Masino, T., Morris, S.L., & McIninch (2001). Contextual treatment of dissociative identity disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2(4), 5-36.
- Hart, O. van der (red.) (1991). *Trauma, dissociatie en hypnose*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hart, O. van der & Nijenhuis, E.R.S. (1999). Psychotherapie en hervonden herinneringen, deel I Fasegerichte traumabehandeling tegenover recovered memory therapy. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 25, 387-405.
- Herman, J. (1993). *Trauma en herstel*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Nijenhuis, E.R.S. (1994). *Dissociatieve stoornissen en psychotrauma*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.