

"Chronische kindermishandeling en misbruik tast het fundament aan van vertrouwen de basis van menselijk contact en het zijn, het is zo fundamenteel en dus verwoestend in de kern, dat het veel kan verklaren, (zie BA van de Kolk ea), angsten, persisterende suicides, identiteit, nachtmerries, dissociaties, verslaving, automutilatie, auto-immuunziekten, eetstoornissen en nog veel meer. Een veelomvattend complex probleem die aan de fundament aan gepakt moet worden en dat is vertrouwen, een veilige band, de broodnodige support en verwerken stapsgewijs. Maar ik verkondig herstel en een beter leven is mogelijk, moeilijk en ergens simpel vanwege de kern en oorzaak van alles"

**Recente inzichten:** Angststoornissen en depressieve klachten hebben meer gemeen dan we dachten. Het is daarom zinnig om ze niet meer apart te labelen. Tevens zien velen niet dat wat we het fight-flight idee noemen of wel reacties van de sympatische zenuwstelsel, mensen niet alleen de neiging hebben te vluchten - letterlijk of in gedachten - of vechten, maar ook het bevroren lichamelijk of in bewustzijn. Het immobiliseren van actie, dus inhibitie van sympatische en para-sympatische impulsen. Heel veel misbruik getuigd hiervan. Het kind is letterlijk immobiel, kan niets, wordt immobiel gehouden en gedwongen en ondergaat het. Dat zien we ook bij dieren. Het immobiliseren van responsen of bevroren van gezonde responsen als overlevingsgedrag tegen gevaar, vertaald zich dan in rigide gedrag die bevroren wordt in lichaam en bewustzijn, wordt door velen vaak niet goed gezien en soms vergeten.

Eigenlijk weet ik dit al jaren, want het is zo logisch, als je weet dat gevoelens, stemmingen en nog meer in ons binnenste van de hersenen gebeuren en dat we meer dan we willen beseffen het onze gedachten en denken bepaald. Stress wat we met alle dieren gemeen hebben, is de hoofdoorzaak van ook complexe PTSS, omdat het chronisch is geworden en dat met name geen controle ervaren op je situatie. Velen moeten steun en begrip van omgeving ontberen. De GGZ moet veel meer dit sociale aspect van sociale empathie en steun propageren. Het is niet zo moeilijk. Dus supportgroepen realiseren en starten.

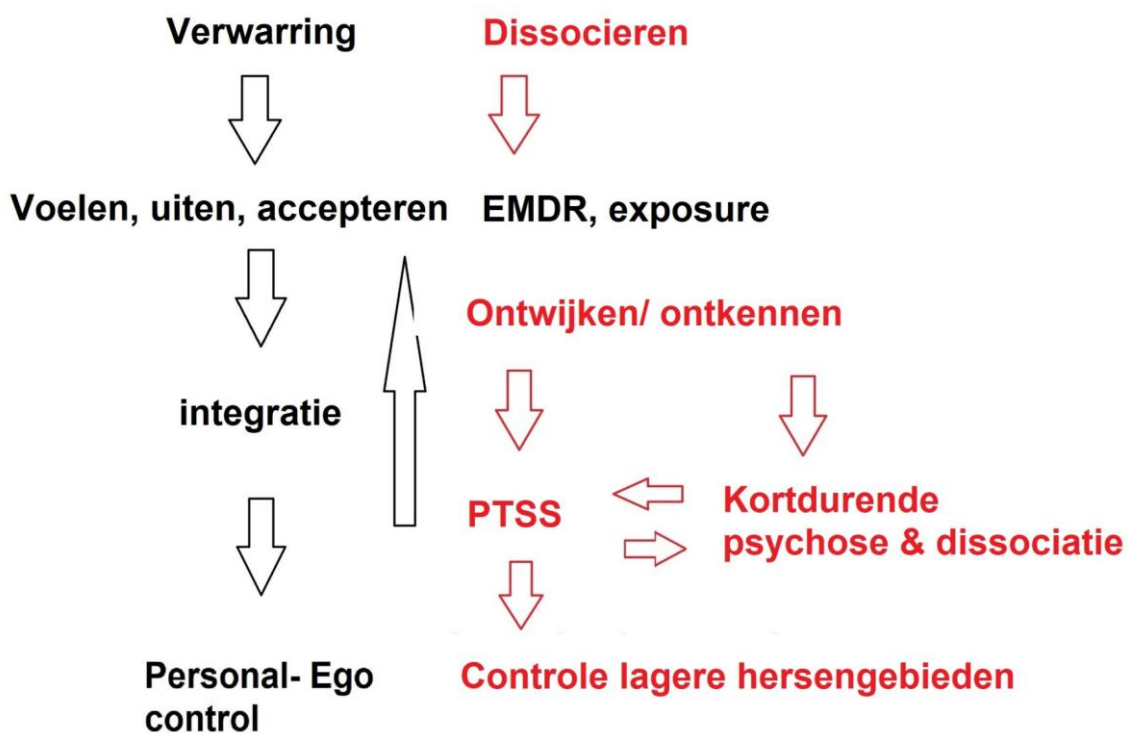
Goede hulpverlening betekent dat men naast een goede diagnose, ook een indruk verwerft van de ernst, omvang en aanvang/ duur van kindermishandeling/ misbruik ervaringen. Dat kan veelal door een gestructureerde interview. Slechts een ervaren therapeut weet hoe belangrijk dat is, want iemand die onbevangen met een cliënt het diepe ingaat, zonder te beseffen wat er allemaal vergeten is, zal verbaasd zijn als tijdens therapie mensen dingen plots gaan herinneren. Hierdoor ontstaan crisissituaties met verergering PTSS verschijnselen, suicidegedachten, verergering dissociatieve responsen, desintegratie die men niet zag aankomen. Veel cliënten hebben veelal een scala aan klachten volgens DSM-5 variërend van dissociatie (is een van de voornaamste symptomen), depressie, persoonlijkheids-problematiek, angsten, fobieën, suicidegedachten, maar ook eetstoornissen, verslaving, auto-mutilatie en nog meer. Naast een gedegen diagnose en beeldvorming van ernst en duur is het ook belangrijk om een lichamelijk en neurologische onderzoek te doen. Tevens kan na een tijd met imaging-technieken gekeken worden over verbetering en dus groei witte massa optreedt in de prefrontale gebieden en bepaalde structuren van oa hippocampus. Dit omdat nu veel meer bekend is hoe ook diabetes, artritis/ reuma en motorische problemen een rol kunnen spelen en verband houden met chronische stress en de uitwerking op het immuunsysteem. Een simpel bloedonderzoek naar HB1-ac, vetzuren, cortisol (base-line) oa kan snel opheldering geven. De kern van de zaak is dat de klachten allemaal samenhangen met de bron of wortel van alle afgeleiden en dat is of zijn traumatische herinneringen die verdrongen worden of door dissociatie mbv een ander bewustzijn gehanteerd worden

emotioneel en qua coping. Opvallend zijn vaak tegenstrijdigheden of innerlijke conflicten in de persoonlijkheid - conflicten tussen identiteiten, hoe het trauma vergeten moet worden - , wat een teken is van slechte integratie van delen van de persoonlijkheid als ooit een verweer of internalisatie van ooit uitwendige conflicten en trauma's inclusief de meningen en standpunten van de misbruikende ouder of wel pleger, maar nu door dissociatie in stand wordt gehouden. Dat is te meer het geval bij cliënten met DIS. Elke therapeut moet de beginselen eigenlijk aanhangen van Carl Rogers.

**Neurologische inzichten:** Vele studies maken duidelijk dat zenuwbanen of wel witte massa in delen van prefrontale cortex en delen ervan die gedrag moeten reguleren en dus emoties afgenomen is, de HPA-as middels hormonen en een overactieve amygdala en afname van hypocampale structuren die dus ook placecells bevatten leidt tot slechte emotieregulatie, oriëntatieproblemen, verhoogde waakzaamheid, stressresponsovergevoeligheid en meer. Simpel gezegd lagere breinregionen nemen de controle over. Toch heeft recent onderzoek aangetoond dat er verbetering is in toename van witte massa in delen van de prefrontale cortex en dan met name Mindfulness. Toch is er nog een wijdverbreid misverstand over cortisol en dan met name dat het een stresshormoon is en niet een stressregulerende. Veel patiënten met PTSS, hebben een te lage base-line van cortisol. Hierdoor werken de functies van werkgeheugen naar langdurig minder goed wat ook samenhangt met glutamaat verandering. Tevens speelt het neurotransmitter glutamaat bij regulatie en opslag van herinneringen een rol. Recent onderzoek naar glia-cells in de hippocampus bij ratten toonden een afname hiervan. Meta-analyses hebben duidelijk afname van witte en grijze massa in bepaalde gebieden van de prefrontale cortex van ventro- en mediale gebieden en afname van hypocampale structuren en ook die van de amygdala aangetoond. Dit verklaart problemen met emotieregulatie, impuls problemen, maar ook slechtere regulatie van de HPA-as en stemmingen en nog meer. Veel belovend zijn nieuwe recente inzichten in hoe we de plasticiteit van de hersenen kunnen openen. We blijven altijd plastisch voor een deel. Deze plasticiteit is niet meer dan het vormen van dendrieten en nieuwe synapsen. Geheugenonderzoekers weten nu middels onderzoek bij weekdieren dat leren gebaseerd is op het vormen van dendrieten en dus synapsen en dat dit wordt aangestuurd middels het DNA in de neuron via uitlopende mRNA. Ik vermoed dat epigenetica en stress een correlerende werking hierin hebben ook aminozuren middels receptoren. De deuren openen naar meer plasticiteit kan de slechte ontwikkeling van neuronale gebieden verbeteren. Hierin ligt de crux van therapie en therapeuten en wetenschappers moeten eens kijken waarom met name Mindfulness hieraan toe bijdraagt.

Het heeft weinig zin om slechts de afgeleiden of wel apart gelabelde problemen slechts te behandelen. In de eerste plaats is het van belang om de cliënt te **erkennen** met zijn/ haar ervaringen in een diagnose die past in zijn/ haar context. Dus complexe PTSS in plaats van persoonlijkheidsproblematiek zoals het stigmatiserende borderline. Men moet meer en vooral bedacht zijn op dissociatieve neigingen en problemen. Daar zijn vragenlijsten voor, denk aan DES. (Elsevier: combined effect size:  **$d = 1.82$ ;  $N = 5,916$** ) Velen hebben ook geheugenproblemen waar men op bedacht moet zijn en aangezien het gebieden zijn die samenwerken kan er sprake zijn van slechte integratie en zelf desintegreren. Cliënten met een traumatische achtergrond bewegen zich tussen vergeten en het hebben van emotionele of beeldende flashbacks en soms fixe dissociaties. Persistierende suicides zijn eigenlijk tekenen van onmacht door sterke emotionele ontreding, verslaving kan ooit begonnen zijn als een zelfmedicatie tegen de stressgevolgen, automutilatie als

een probleem met emotieregulatie en last but not least lichamelijke gevolgen als deels uitputting - gebrek aan support en heen en weer schuiven van cliënten - en de impact van biologische stress op het lichaam. Een goede therapeut is thuis in de psychodynamiek (over- en tegenoverdracht, affectsplitsing), CGT en wellicht ook de systeem-theorie. Ook mogen psychosen niet een exclusie zijn voor bewezen veilige methoden. Onnodig hebben we velen onthouden van goede therapie, uit angst dat het de psychosegevoeligheid zou triggeren. Bij een traumatische ervaring is het niet alleen belangrijk te beseffen wat er gebeurde, maar ook waar het bang voor was. Welke conclusies trok het toen. Hoe moest het zich cognitief verweren, vaak alleen. Hoe legde het kind het gebeuren toen uit in zijn/ haar geestje. Deze angst van wat kon gebeuren kan heel reëel zijn voor het kind. Helaas zijn er cliënten die letterlijk met de dood zijn bedreigd of levensbedreigende situaties hebben meegemaakt, wat niet altijd een angstfantasie hoeft te zijn. Denk aan de dreigingen of gevolgen die dader duidelijk maakte. Gedachten over wat kon gebeuren kan inderdaad een herinnering zijn, maar het is de gedachte van toen. Het moet hierin gezien worden. Het is bekend dat bij rampen mensen vaak op hun interpretatie de omgeving van wat gebeurd reageren. Deze gedachten kunnen mentale plaatjes worden in de geest van de cliënt. Het moet eigenlijk een duiding zijn van de gevoelens en angsten. Het is bij angst ook bekend dat verwachting een centrale rol speelt.



**Psychosen** hebben nog steeds een uitsluitende bio- bio oorzaak denken, gevoed en gereguleerd door een haast wereldwijde psychose-lobby waarmee miljoenen zijn gemoeid en dus belangen. Hoeveel verpleegkundigen en noem maar op hebben zo'n kijkwijze. Dat belang is zo sterk, kennelijk overtuigend en voornaam dat onderzoek naar psychologische interventies en samenhang trauma en psychosen bijna of helemaal niet gebeurt. Tevens verkondigen we daarmee een depressieve boodschap van weinig of geen hoop hebben op herstel en ook dus maatschappelijk. (Professor,

psychiater Jim van Os) "*Is niet nodig en zal niets opleveren want we weten al de oorzaak. Onzin, punt....*"



**Een tekening van een schizofrenie patiënt let op de bizarre en onwerkelijke interpretatie ipv de belevingen van hun die met traumatische psychosen te maken hebben.**

" Emeritus professor Onno van der Hart noemt dat velen met trauma, vaak kort durende psychosen ervaren, waarin men nog enig besef van realiteit heeft. Hij is voor een nieuwe diagnose "dissociatieve psychotische PTSS", dit omdat velen een mengvorm ervaren van psychose met PTSS kenmerken. Ook professor Mark van der Gaag - TTIP (treating trauma in psychosis) onderzoek - stelt dat zij met bijvoorbeeld oorlogstrauma's lang niet zo'n bizarre psychose ervaren als zij met bijvoorbeeld schizofrenie. Ook Freud noemde in de 19e eeuw al dat onbewuste delen van het trauma zich manifesteren in de psychose. Bovendien zo stelt Onno van der Hart duren deze psychosen enkele uren in plaats van de dagen, weken en zelfs maanden bij iemand met schizofrenie. Maar ook de gedachten van vele hulpverleners is vaak dat herstel een ijdele droom is. Een voorbeeld: "Stel ik zou voelen en ervaren dat ik genezen ben in min of meerdere mate, hoe velen denken dan al gauw aan het feit dat het puur komt door gebruik van mijn medicatie." Terecht dat Jim van Os zei een deprimerende boodschap van chronisch denken en weinig hoop hebben of helemaal niet bij herstel en of maatschappelijke. Ik kan me de (onderbuik) gevoelens en op intuïtie gebaseerde gedachten of voorzichtigheid van vele onervaren hulpverleners voorstellen bij hun met die een combinatie hebben van psychosen, bipolaire stoornis met psychosen, nare jeugd met vele trauma's en nog meer, maar de kern moet zijn en dat geldt ook voor de kijk op persoonlijkheidsproblematiek, wat is de essentie en de context. De dieperliggende en samenhangende context. Snappen we het plaatje en ook ach mensen wees niet zo bang, ingegeven door verkeerde intuïtie en wat je meent te zien of moet denken.

**Kenmerkend** bij zowel DIS en (complexe) PTSS, zijn dissociatie, fragmentatie of wel splitsing van egofuncties - lees identiteiten - , vermindering van omvang van hypocampale

structuren, waardoor een mindere feedback en regulatie middels de HPA-as is van emoties en depressie. Anti-depressiva zoals SSRI en NSRI hebben een gunstige invloed hierop. Emotieregulatieproblemen kunnen te maken hebben met significante afname van witte - de vele dendrieten en axonen - en grijze massa in de ventro- en mediale structuren van de prefrontale cortex en orbitofrontale cortex. We kunnen drie hoofdgebieden onderscheiden, namelijk traumaverwerking of wel uitdoving PTSS, emotieregulatie en interpretatie situaties en dus daaruit volgend gedrag. **Hechting moet gescreend** worden - de gedesorganiseerde is duidelijk een aanwijzing van mishandeling en vaak het fundament van oa DIS en bij veel cliënten met een verleden van vroegkinderlijke traumatisering - moet ook aandacht krijgen en is vrij goed behandelbaar, want zonder vertrouwen is het eigenlijk dweilen met de kraan open. Sommigen zijn zo angstig of afwerend dat men haast resistent is. Toch kan ook therapeutische toediening van o.a. oxitocine of recent nog in onderzoek glutamaat remmers gebruikt worden. Tot slot elke psychiater weet dat bij extreme rouw, PTSS, KZ-syndroom en depressie psychosen kunnen optreden, wat niet gezien wordt als een schizo-stoornis. Je zou kunnen zeggen dat rouw gaat om het verlies van iemand en dus acceptatie en dat traumabehandeling gaat over het terugvinden van het zelf en de gevoelens, het wezen van de cliënt. Dus niet slechts om maar te wijzen op symptomen en daar aandacht voor te hebben, maar om gevoelsmatige en intellectuele integratie. Tot slot iets over vaststellen veiligheid en maatregelen. Het enigste wat moet worden vastgesteld is de actuele en reële veiligheid. Dus hoe is het gevaar van geweld vanuit daders en hun invloed. Dit kan snel opgelost worden door zedenpolitie, nadat de cliënt ook aangifte heeft gedaan. Cliënten isoleren of opsluiten is de vraag of dat emotionele veiligheid creëert. Haal ze uit hun slachtofferrol, geef support, voorlichting en biedt ze therapie aan. Werk aan verweer, acceptatie van gevoelens en verontschuldig ze. Het zou goed zijn als opname-afdelingen speciale (C)PTSS afdelingen hadden, waarin werkers gewend zijn om emotionele ondersteuning te geven. Het mee laten doen aan speciale (C)PTSS groepen met lotgenoten kan veel betekenen.

Na vele jaren, ik ben onderhand al 60 en vele behandelingen en na jaren studie van klinische psychologie en vele colleges over kindermishandeling via media van universiteiten van Yale, Harvard en nog wat andere kan ik simpel zeggen, dat "de geest is er pas aan toe als het er toe is en als de omgeving meewerkt" - eindelijk eens de **broodnodige (C) PTSS supportgroepen** opstarten - en verder is het van belang meer open te staan en er gericht naar te vragen. Bijna alle cliënten met kindermishandeling ervaringen getuigen – zo is me ook duidelijk geworden aan de hand van de digitale enquête **N > 180** – dat we uit moeten gaan chronische – lees tientallen jaren – van nare en dus traumatische ervaringen. De insteek moet en zal om de gevoelens van een cliënt moeten gaan. Velen zijn en waren machteloos gemaakt vroeger en soms ook door verkeerde behandelingen. Velen hebben tientallen jaren moeten zoeken naar de juiste insteek. Het is ook waar dat er vele GGZ medewerkers zijn die uit gevoelens en dus ook onderbuik gevoelens het onderwerp en deze cliënten mijden. Hoe dan wel? Het vraagt tijd en het is belonend uiteindelijk. Ook moet er meer gescreend worden op dissociatieve problemen, wat een verband houdt met het geheugen en bewustzijn en aangeleerde – toen nuttige – coping en kijk op dingen. Met slechts cognitief formuleren komen we er niet. Het gaat om ervaringen die gevoelens oproepen en waarin het kind moest overleven. Helaas en dat is meer algemeen, is het feit dat velen geen uitweg nog redding/geloof ervaarden. Velen verzwijgen wellicht hoe hun bestaan en dus persoon bedreigt werd. Dat heb ik ook zelf meegemaakt omdat men overlegde - uit angst om in de gevangenis te belanden – om me te vermoorden. Men heeft me als kleuter met petroleum willen verbranden. Ook heeft mijn vader samen met die benedenbuurman met levend willen begraven. Dat zijn

helaas bizarre ervaringen die toch waar zijn en ik loop het gevaar door de narrative hiervan aangezien men denkt dat ik schizofrenie heb dat het een psychotische fantasie is. Therapie moet zich bewegen tussen draagkracht en het bespreken van flashbacks en plotselinge herinneringen. Als therapeut moet je een moeder, vader en deelgenoot zijn. Het gaat meer vanuit voelen en uiten, huilen en boos zijn naar verstandelijke of wel cognitieve helderheid. Hierdoor achter kunnen laten. Het is inmiddels al jaren duidelijk dat vaak chronische traumatisering leidt tot psychosen op latere leeftijd. Toch is het belang ook in te zien en kennis te hebben van hun met echte schizofrenie en hun psychosen en hun mate van snelheid van herstel. Mijn devies aan slachtoffers is "huil maar, vloek maar, weer maar bang" Als therapeut moet je altijd blijven geloven en vasthouden in herstel, niet in genezing alsof alles weer bij het oude wordt. Deze mensen zijn ziek gemaakt en ze zijn gevoelsmatig eigenlijk heel gezond, want in troost en eindelijk veiligheid ervaren ligt het antwoord.

Toen Nel Draaijer in de jaren '80 een wetenschappelijk verslag schreef over misbruik van meisjes - zij ging toen uit dat het door patriarchale gezinsstructuren kwam (bullshit), noemde ze onderzoek naar misbruik van jongens prematuur. Helaas moet ik zeggen "**men weet het nog steeds niet** en is na 30 jaar nog steeds ergens prematuur en kenmerkt zich verkeerde opvattingen en aannames over hoe jongens en mannen het beleven" Trouwens in de GGZ is er **zoveel ondeskundigheid**, dat er eerst een zeer groot misbruik schandaal in het (wereld) nieuws moet komen, willen de ogen open gaan en de GGZ rekenschap moet geven en open kaart gaat spelen. Terecht dat jongens en mannen niet gauw met hun verhaal komen. Ik heb zelf na ongeveer 55 jaar gemerkt "men weet het niet, het gaat altijd om de gedachten en gevoelens van anderen. Het was, is en zal altijd een probleem van de toehoorder zijn. Op die manier blijven slachtoffers eenzaam en geïsoleerd. Misbruik en zeer ernstige trauma's - met moord - is en blijft met name een probleem die door anderen bestendigd wordt door afweer, ongeloof, opvattingen en gevoelens bij de ander. Ondeskundigheid viert daarin met name hoogtij. Deze belevenis wereld is met name door ons burgerlijk landje en bekrompen denken over hoe het voor slachtoffers zou moeten zijn, volkomen naast de gevoelsmatige en ervarings realiteit. Dat is de keiharde en ontkende collectieve waarheid die niet genoemd wordt. De GGZ is **zo naïef op zo'n grote schaal**, dat men bij veel cliënten niet eens opmerkt wat verzwegen wordt.

Jongens die misbruikt - vaak veelvuldig en waarbij de ernst toeneemt - worden voelen walging en afkeer van hun lichaam, herhalen in hun geest de walging en afkeer, raken verstrikt in hun gevoelens van liefde, macht, invloed, hulpeloos zijn, weten zich geen raad, kunnen niet genieten van aanraking, voelen afkeer van hun intieme verlangens, zitten opgesloten in hun geest, ze voelen zich vies, angstig, raken vertwijfeld, soms tot een suïcidepoging toe. We hebben moeite met hun boosheid die terecht is, hun gevoel van eigenwaarde is ontnomen - sommigen belanden in de prostitutie - , maar durven soms niet te huilen uit schaamte. Die schaamte voor zich zelf, gevoelens, herinneringen, hun wezen - hoe velen krijgen niet te horen dat het niet hun schuld was - zit tot in hun diepste vezels, alsof ze zich zelf verloren hebben, hun ware aard, hoe ze waren en voelen wat ze niet meer kunnen. Dat doet zo'n pijn - mannen gaan een denkbeeldige pantser om zich heen bouwen- een pijn die je niet kwijt raakt door een cognitief gesprekje. Een pijn die genegeerd wordt door psychiaters, psychologen en noem maar op.

## **Geheime pedofiele sadistenclubs of groepen bestaan:**

Het is **zo schokkend** dat de media er vaak geen aandacht aan durft te besteden, toch worden kinderen op zo'n wijze misbruikt, mishandeld, gefolterd en ondergeschikt gemaakt, geestelijk en lichamelijk, dat geheimhouding het voornaamste doel is van deze leden, ook onderling, zoals ik als kind heb meegemaakt door chantage. Het gaat soms om leden met een hoge functie, vergelijk Dutroux. Door ongeloof en de schokkendheid - dus angst bij toehoorders vanwege de overweldigende verhalen - van deze gebeurtenissen gaan veel politici, GGZ en media er met boog om heen en toch is en moet de GGZ dit bewust worden, net als het feit dat baby's misbruikt worden en dat op darkweb liefhebbers van dit soort misbruik elkaar tips en foto's toesturen en delen. Het kenmerk is of de kenmerken zijn van dit soort misbruik zijn: **opgelegde strikte** geheimhouding door doodsbedreigingen, getuige laten zijn van moord door slachtoffers die het aan de kaak willen stellen of hulp zoeken, chantage van leden en het zweren van geheimhouding, een brein die organiseert, geheime bijeenkomsten en overleg. De slachtoffers worden geleerd en bewust gemaakt dat ze worden vermoord als ze hulp zoeken. De slachtoffers die hulp zochten worden geïsoleerd en het zwijgen opgelegd en wellicht vermoord en anoniem begraven of gedumpt. U zult het wellicht niet beseffen, maar deze groepen voelen zich veilig gewoon in een straat, in een kamer, waar men naar buiten toe geheim houdt wat men doet. Het gebeurt niet op afgelegen plekken, maar gewoon in huizen in een gewone straat.

De term 'sadistisch misbruik' wordt voorgesteld om extreme gebeurtenissen aan te duiden die sadistische seksuele, psychische en fysieke mishandeling, foltering, geestelijke overheersing en terrorisme, inductie in geweld, rituele betrokkenheid en kwaadwillige emotionele mishandeling omvatten. Personen met deze extreme jeugdhistorie kunnen zich presenteren met ernstige en meerdere symptomen - psychosen, veelvuldige suïcidepogingen, zeer ernstige diepe wanhoop, verlaten en totaal geïsoleerd voelen - en een langdurige gecompliceerde behandelingskuur. Het naleven van basisprincipes van traumagerichte behandeling is aanbevolen verwijzingen naar relevante databases die niet alleen materialen bevatten met betrekking tot ernstig kindermisbruik en familiaal geweld, maar ook Literatuur over marteling, holocaust, prostitutie, pornografie en seksringen, cultureel misbruik en sadistische misdadigers. Deze misdadigers - soms ook ouders - gaan zo ver dat men op het uitlekken of bekendheid geven aan overgaat tot moord. Moord en dreigen ermee is hun middel om hun perversie en opgelegde geheimhouding onderling in stand te houden. Deze ervaringen hebben qua impact een gevolg die qua ernst te vergelijken is met een KZ-syndroom. Ik zelf heb een deel van mij dat geen gevoel, nog leven, nog hoop, nog licht in zich heeft. Het kenmerk van deze slachtoffers is dat alle hoop er wordt uitgehaald, vaak met een intense en diepe wanhoop tot gevolg. Een deel van het ik als men als een ik ervaart is wezenloos en grauw.

## First things first

- juiste diagnose
- vertrouwen
- uitleg behandeling
- wat te doen bij crisis

- diagnose (meer dan PTSS alleen)

- vragenlijsten: DES
- MMPI (ook depressie, verslaving, persoonlijkheidsprob. )
- PTSS
- geheugen (integratie van functioneren)
- lichamelijk onderzoek; automutilatie, stressverwante klachten
- hart, artritis/ reumatoïde, diabetes
- indruk verwerven van traumatische ervaringen; structured interview.
- reële veiligheid, financiële, huisvesting etc.



## Stabilisatie

- veiligheid
- financieen
- huisvesting



## Herstel en vertrouwen

Werken aan troostende ego

Uitdoven Angst-responsen

- verwerken (EMDR, exposure); emotieregulatie en interpretatie
- mindfulness
- Haptonomie
- Support verbeteren; deelname supportgroep
- aanmoedigen bezigheden



overlap



## Acceptatie

Herformulering

Toepassen

- Nieuwe inzichten toepassen
- Cognitieve en emotionele herprogrammering
  - Seksuele oriëntatie
  - Keuze vrienden
  - Zingeving en besteding

We kunnen therapie zien als leren omgaan (emotieregulatie) met emoties en gevoelens/behoeften, verwerken in later stadium geleidelijk van de ervaringen (EMDR of exposure zijn aangewezen en bewezen te werken), het bespreken en oefenen van het interpreteren van angstige



situaties. Nu duidelijk is dat emotieregulerende systemen in de prefrontale en orbitale cortex duidelijk een afname vertonen van belangrijke witte massa is het zinvol om te onderzoeken middels imaging-technieken welke interventies aanleiding geven tot verbetering, maar nu kan ook middels de zelfde technieken beter fixe dissociatie vastgesteld worden. Tevens is het van belang in het begin van de therapie, te werken aan reële veiligheid, huisvesting, vrienden, support (denk aan deelname supportgroep) financiën etc. Therapie moet gedurende het beloop cliënten stimuleren van het vinden van aansluitende bezigheden, zoals vrijwilligerswerk, studie of iets anders met de bedoeling zelfredzaamheid en vertrouwen te versterken. Ook moet in het begin besproken worden wat er moet gebeuren in tijden van crisis of wel dat de cliënt even te weinig draagvermogen heeft. Ook in therapie moeten overdracht belicht worden in oude relationele ervaringen met de ouders (programmering) en hoe de cliënt kan leren beter met zijn/ haar gevoelens en behoeften kan omgaan. Modelkling speelt hierbij een rol. Maar ook werken aan veiliger hechting. Een therapeut moet altijd in het oog houden, hoe men zich moet bewegen tussen verwerken en de mate van draagkracht. Een therapeut die bang is voor de heftigheid van de ervaringen of liever mijdt is niet geschikt om te helpen. Dat klinkt hard. Verder kan een therapeut ook niet zonder een team, waarin zij/ hij de voortgang kan bespreken. Zonder een team als ondersteuning ga je als therapeut vroeg of laat ten onder emotioneel. Ook moet in de laatste fase worden gewerkt aan afbouwen en het leven weer met andere ogen te gemoed zien. Wel dient men de cliënt er op te wijzen dat het kan gebeuren dat slechte omstandigheden men even weer bij moet stellen en dat een vervolggesprek na een aantal maanden gewenst is.