

Uit: Psychodrama in de praktijk. Therapie op de vloer

Redactie:

Henk Gilhuis, Pierre de Laat, Frits van Hest

Hoofdstuk 6 **Monodrama, psychodrama à deux**, Edith Wegman

*Der Mensch ist nur da ganz Mensch, wo er spielt.
Friedrich Schiller*

In *The Words of the Father* (1941) schrijft Moreno over de mogelijkheden van psychodrama binnen individuele therapie. In de jaren vijftig maakt hij het onderscheid tussen monodrama en autodrama. Autodrama speelt zich af binnen groepstherapie en daarin regisseert de protagonist zijn interne delen zelf. Monodrama is toegepast psychodrama binnen individuele therapie: *psychodrama à deux*.

Monodrama ontwikkelt zich binnen de relatie van therapeut en cliënt. Er is sprake van verbale en non-verbale communicatie: de therapeut en de cliënt zijn niet alleen in gesprek met elkaar maar bewegen zich ook gezamenlijk op het speelveld. Objecten en spel zijn de dramatische middelen. Het is een creatief, gecompliceerd en grillig proces. 'Het gaat niet alleen om de bevrijding van de geblokkeerde spontaniteit en creativiteit, maar ook om het ontdekken van het onbewuste gedrag dat onder de oppervlaktestructuur van de interactie tussen therapeut en cliënt ligt' (Jorda, 1996, p. 65).

Bij monodrama zijn alleen de therapeut en de cliënt aanwezig. Dat betekent dat de protagonist alle rollen zelf speelt en de therapeut het proces begeleidt. Omdat de groep als spiegel ontbreekt, zal de therapeut veel van de groeps- functies moeten beheren en integreren. Dat vraagt niet alleen vakkennis van de therapeut maar ook moed om de onderdrukte gevoelens van zijn cliënt uit te spelen.

Monodrama betekent dat het individu centraal staat. Maar het betekent met dat alles slechts om het individu draait. Net als in groepstherapie staat de protagonist in het middelpunt van zijn interacties met anderen. De zoektocht gaat over de kunst om in verbondenheid te leven met zichzelf en met anderen. Dat is het uitgangspunt. Die zoektocht is extra inspirerend als dat met behulp van drama plaatsvindt: 'Der Mensch ist nur da ganz Mensch, wo er spielt

Toepassing

Monodrama kan toegepast worden in de volgende situaties:

- als de cliënt kiest voor individuele therapie,
- als de cliënt nog niet aan groepstherapie toe is, bijvoorbeeld omdat hij nog te veel schaamte heeft voor groepstherapie,

- als de cliënt niet geïndiceerd is voor groepstherapie, bijvoorbeeld in het geval van een ernstige narcistische of antisociale persoonlijkheidsstoornis,
- als de cliënt met zijn probleem voorlopig in de anonimiteit wil blijven.

Monodrama is een geschikte behandelvorm voor veel psychische of psychosomatische problemen, maar ook voor levensvragen, coaching en supervisie. De methode is geschikt voor zowel volwassenen als kinderen en kan binnen veel referentiekaders toegepast worden, onder andere zoals die in deel 4 beschreven worden. De filosofie en de praktijk van monodrama staan in dit hoofdstuk in het kader van psychodrama als narratief (in hoofdstuk 4 vindt u informatie over het narratief perspectief). In het vervolg van dit hoofdstuk zullen we in drie paragrafen het volgende bespreken:

- *de praktijk van monodrama* (voorbereiding, behandeling, warming-up, speel- fase, nabespreking),
- *de belangrijkste psychodramatechnieken binnen monodrama* (monologue inte rieur, dubbelen, rolwisselen, spiegelen, de lege stoel, het gebruik van voor- werpen, het interview binnen de rolwisseling, surplus-realiteit),
- de rol van de therapeut.

De praktijk van monodrama

DE VOORBEREIDING: DE UITNODIGING

Als de cliënt onbekend is met monodrama en psychodrama dan wordt de methode in één of twee zittingen uitgelegd door de therapeut. Op deze manier kan de cliënt contact maken met zowel de werkwijze als de rollen van de therapeut.

De therapieruimte wordt getoond en de therapeut vertelt aan de cliënt dat er ruimtelijk een onderscheid gemaakt wordt tussen spelen en praten. In het gespreksdeel worden de doelen besproken, het behandelcontract gemaakt en vindt de sharing plaats. Op het speelveld wordt gespeeld. De speelstoelen en de voorwerpen staan in een hoek bij elkaar of in een kast en kunnen naar behoefte worden gebruikt voor het spel. Een monodramazitting duurt ongeveer vijftig minuten: de warming-up duurt tien minuten, de speelfase dertig en de sharing tien minuten.

In de eerste bijeenkomst maakt de cliënt kennis met rollen en rolwisseling. spiegelen en dubbelen en wordt er geoefend met voorwerpen en lege stoelen. Ook worden kleine vignettes gemaakt. Het verschil tussen externe rollen (bijvoorbeeld moeder, nichtje of werkgever) en interne rollen (de clown, de aanpasser, de doordouwer) wordt getoond en uitgelegd. Ook voorwerpen kunnen een rol krijgen. Tot slot laat de therapeut zien welke rollen hij zelf zou kunnen spelen en hoe een monodramazitting wordt afgesloten. 'Handelen is heilzamer dan praten, zegt Moreno. "De therapeut is zo actief, concreet en zichtbaar mogelijk in zijn uitleg."

De cliënt die deze werkwijze niet kent, voelt zich niet vanzelfsprekend veilig in deze situatie. Dat betekent dat de therapeut hem niet moet overvoeren met informatie en dat hij hem laat weten dat hij kan experimenteren met deze methode en te allen tijde kan stoppen met het spel.

DE BEHANDELING: DE AFSPRAKEN

Het eerste deel van de behandeling is vooral bedoeld om een heldere diagnose op te stellen. In de middenfase staat het behandelcontract centraal, en de laatste fase is gericht op integratie, afronding en de oriëntatie op een nieuw begin.

Iedere zitting wordt voor een actueel thema gekozen: het thema van de dag. Dit thema staat in relatie met het behandelcontract. Het verloop van de behandeling is van buiten naar binnen: van de actualiteit naar de kern van het probleem. De nabesprekingen zorgen voor integratie, en als de ervaringen geïntegreerd zijn kan de cliënt starten met een nieuw thema.

DE WARMING-UP: DE ONTMOETING

In de opwarmingsfase ontmoeten cliënt en therapeut elkaar in het hier-en-me persoonlijk, lichamenlijk, en psychologisch. Het thema van de dag wordt besproken en als er aan de hand van het thema een speelbaar beeld, situatie, gedachten of gevoel naar boven komt, en de therapeut voorstellen om dit beeld concreet te maken in het spel.

Het kan zijn dat de cliënt eerst nog wat meer wil vertellen. Kennelijk is hij dan nog niet aan spelen toe. De therapeut zal hem niet onderbreken en hem zijn verhaal laten vertellen. Immers, de cliënt moet zich veilig genoeg voelen om te gaan spelen. Bovendien is het van belang dat de cliënt zich niet aanpast aan de wens van de therapeut, maar zijn eigen behoefte tot spelen ontwikkelt.

Ondertussen kan de therapeut letten op de lichaamstaal, de spreektaal en de specifieke voorbeelden of metaforen die de cliënt hanteert. Deze persoonlijke expressie kan uitvergroet worden binnen de therapie, zodat de cliënt meer inzicht krijgt in zijn handelwijze.

Voorbeelden van een warming-up binnen monodrama:

- de brief: Aan wie zou je e-mail/brief willen schrijven?
- de goodie-bag: welk voorwerp uit de mand spreekt je aan?
- het personage: Met wie heb je je deze week geïdentificeerd? Voorbeelden uit een boek, een film of beeldende kunst?
- een sociogram.

Een sociogram (zie ook het eerder beschreven actiesociogram in hoofdstuk 5) is de geschreven of getekende versie van een sociaal netwerk. De tussenmenselijke betrekkingen in het sociale systeem van de cliënt kunnen zichtbaar worden met behulp van dit instrument. Ze kunnen van belang zijn voor de diagnostiek en verdere verloop van de behandeling. Door middel van een sociogram, wordt duidelijk wie de belangrijke relaties van de cliënt zijn, hoe ze ten opzichte van elkaar geordend zijn en hoe hij zich bij hen voelt, wat hij over hen denkt, welke beelden hij bij hen heeft en welke rollen hij zelf speelt.

Het sociogram kan worden getekend, of met behulp van objecten (verschillende stenen, munten, knopen) worden vormgegeven. Vervolgens kan er mee worden gespeeld, inclusief rolwisselingen. In de praktijk van het sociogram worden niet alleen de tussenmenselijke betrekkingen zichtbaar, maar ook het non-verbale gedrag van de cliënt.

DE SPEELFASE: HET VERHAAL

Peter vertelt over een hevige migraine aanval die hij gisteren, tijdens een volleybalwedstrijd, kreeg (Zijn behandelcontract gaat over angsten die vaak gepaard gaan met fysieke klachten). Terwijl hij vertelt, wringt hij met beide handen alsof hij ze stevig was. De therapeut vraagt hem een sociogram van het volleybalteam te tekenen. In het gesprek over zijn gedachten en gevoelens met betrekking tot zijn medespelers laat hij weten zich onveilig te voelen bij een van zijn medespelers. Opnieuw wringt hij met zijn handen. De therapeut stelt voor om de opstelling van het volleybalteam met behulp van stoelen neer te zetten.

Als het duidelijk is dat de cliënt wil spelen zal de therapeut hem uitnodigen om een aspect van zijn verhaal concreet te maken op het speelveld. De therapeut staat als eerste op. Hij vraagt de cliënt om de concrete situatie of het beeld vorm te geven. De houding en de vraagstelling van de therapeut is uitnodigend en helder. Dat is de kunst van het begeleiden: de vraag zodanig stellen dat de cliënt protagonist wordt en in zijn eigen verhaal stapt!

Het verhaal wordt vormgegeven en gespeeld met behulp van stoelen en voorwerpen. De stoelen vertegenwoordigen de antagonist, de voorwerpen hebben een symbolische functie: zij vertegenwoordigen de verbeelding van de protagonist.

Peter laat met behulp van stoelen zien wat er tijdens de wedstrijd gebeurde: Jarno, zijn teamgenoot aan de linkerkant botste tegen hem op, gaf hem een grote mond omdat hij kennelijk in de weg stond en omhelsde hem vervolgens innig met de woorden: "Allez,

niet moeilijk doen maar gewoon weer doorgaan! Deze gebeurtenis bracht hem danig van zijn stuk en weer wrong hij met zijn handen. Toen de therapeut vroeg wat zijn handen wilden, liet Peter weten dat hij zijn teamgenoot het liefste wilde wurgen. In de rolwissel met Jarno werd duidelijk dat Jarno als twee druppels water op de broer van Peter lijkt. Het is de broer bij wie hij zich niet veilig voelt. De therapeut laat Peter zien en ervaren dat hij zijn gevoelens voor zijn broer projecteert op zijn teamgenoot.

De psychodramatechnieken zoals rolwisseling, dubbelen, spiegelen, interview en monologue intérieur kunnen alle toegepast worden. De therapeut stuurt, initieert en bewaakt het proces en kan dubbelen. Als de speelfase is afgerond wordt alles ontrold, en in de oorspronkelijke positie teruggezet. Ook de voorwerpen die als hulp object fungeerden worden ontrold. Hierbij is het belangrijk dat de therapeut helpt de volgorde van de gespeelde scènes aan te houden, zodat de cliënt het overzicht houdt. Dan gaan cliënt en therapeut terug naar het gespreksdeel van de therapieruimte.

DE NABESPREKING: DE INTEGRATIE

In de nabespreking is er in eerste instantie ruimte voor *stilte*. Stilte om van de spelwerkelijkheid naar de werkelijkheid van het hier-en-nu terug te keren. Stilte om te laten zakken wat er net beleefd is. Stilte om de betekenis van het spel te ervaren. Bij groepstherapie wordt de stilte van de protagonist doorbroken door de ontrolling van de groepsleden. In het monodrama zal de therapeut de stilte even laten duren, en daarna aan de cliënt vragen hoe hij zich voelt.

Dan volgt de sharing. De therapeut en cliënt bespreken de belevenissen van de cliënt aan de hand van de gespeelde scènes, waarbij de therapeut aanstuurt op inzicht en integratie. De therapeut geeft feedback over de rollen en verbindt de ervaringen met het thema van de dag en het behandelcontract van de cliënt. Erlacher-Farkas (1996) spreekt over Rollenfeedback, Rollenwahl-feedback en Sharing.

De Rollenfeedback is te vergelijken met het ontrollen. Erlacher-Farkas vindt het van belang dat de keuzevolgorde met betrekking tot interne en externe rollen aangehouden wordt. Juist in monodrama waarin veel hulpobjecten en scènes een plaats kunnen hebben, blijft het thema op deze manier overzichtelijk en daarmee verhelderend in de nabespreking. Daarnaast wordt er veel aandacht besteed aan de plek waar het object geplaatst wordt ten opzichte van de protagonist.

In de Rollenwahl-feedback vraagt Erlacher-Farkas naar het motief van de keuze van het type voorwerp: Waarom kiest een protagonist een jas voor de broer en een bal voor de teamgenoot? In het gesprek over de motivatie komt vaak nieuwe informatie naar boven. Het nabespreken is van belang omdat de reden van de keuzes verhelderend werkt voor de protagonist en bijdraagt tot zijn inzicht.

Peter: 'Mijn broer hield altijd zijn jas aan. Hij zei tegen mijn ouders dat hij het altijd koud had, maar ik wist wel beter, en daar werd ik bang van. Mijn teamgenoot Jarno staat in zijn vrije tijd altijd te spelen met een bal: hij kan niet stilzitten, hij is altijd in beweging.

De motivatie voor de keuze van de rollen is het belangrijkste deel van de nabespreking van het monodrama. Op het moment dat de cliënt het voorwerp pakt, wordt de motivatie vaak al spontaan uitgesproken. Een monodrama is zeer intensief. Als het afgesloten is, is er veel om te laten bezinken en over na te denken: het lichaam voelt vaak aan als na een (dag)droom, en de symbolen die gebruikt zijn kunnen nog lang op het netvlies en in het bewustzijn blijven hangen. Herinneringen en associaties met gebeurtenissen kunnen volgen. De therapeut gebruikt zijn ervaring en deskundigheid om de cliënt hierop te wijzen en hem aan te raden niet direct te gaan werken of naar huis te gaan, maar een kleine rustpauze te nemen, te gaan wandelen of nog even in de wachtkamer te gaan zitten.

De belangrijkste technieken binnen monodrama

Nu ben ik alleen
Oh wat een laag en ploertig schepsel ben ik!
Is het geen wonder dat de speler hier,
Door louter kunst door louter droom van hartstocht,
Zijn ziel zo in zijn fantasie laat opgaan,
Dat alle kleur, al doende, uit zijn gezicht trekt,
Zijn oog vol tranen, wanhoop in zijn blik,
Zijn stem geknakt. Heel zijn postuur gebarend.....
William Shakespeare, Hamlet

MONOLOGUE INTÉRIEUR

Anders dan de alleenspraak in groepstherapie is de monologue intérieure binnen monodrama nauw verbonden met de techniek van het dubbelen. Het geeft de protagonist de mogelijkheid die gevoelens, gedachten en beelden uit te spreken, die in groepstherapie door de dubbels gedaan worden. Het voordeel van de monoloog is dat de protagonist hardop zijn gedachten kan formuleren zonder dat er een antwoord verwacht wordt.

De monologue intérieure wordt actief geïnitieerd als de therapeut het gevoel heeft dat de cliënt veel 'in zijn hoofd' zit. Dan nodigt hij de cliënt uit voor een gesprek met zichzelf. Als de cliënt is uitgesproken kan hij hem opnieuw uitnodigen, nu met de vraag of hij de monoloog ook direct aan de therapeut kan vertellen. Dit voorkomt dat de protagonist slechts contact met zichzelf maakt en niet echt naar buiten komt met zijn verhaal.

Het is van belang dat er veel tijd genomen wordt voor deze monoloog. De protagonist wordt in het monodrama immers niet geholpen door een grote variatie aan dubbels zoals dat in groepsdrama gebeurt. Hij staat er alleen voor en heeft daarom tijd nodig om zijn interne verhaal te vertellen. Door middel van de monoloog worden de gedachten van de cliënt zichtbaar en hoorbaar en kunnen daardoor begrepen en speelbaar worden.

DUBBELEN

Het principe van het dubbelen in monodrama is hetzelfde als in de groep. Het verschil is dat in het geval van monodrama alleen de therapeut dubbelt.

De therapeut staat achter de antagonistestoel of het voorwerp, of schuin naast de cliënt. Hij dubbelt in de ik-vorm. Daarnaast dubbelt hij de lichaamshouding, de toon van de stem en de specifieke gebaren.

In principe neemt de protagonist de dubbel over in zijn eigen woorden, Net als bij psychodrama in de groep: als de protagonist vindt dat de dubbel niet klopt, kan hij de dubbel ontkennen of op zijn eigen wijze veranderen. Het is dus ook bij monodrama niet erg als de dubbel niet klopt. Integendeel, het zet de protagonist juist aan tot actie,

ROLWISSELING

De rolwisseling bij monodrama kunnen we onderscheiden in twee varianten:

1. de rolwisseling met de sociale rollen uit de externe wereld van de protagonist,
2. de rolwisseling met de rollen uit de interne wereld van de protagonist.

De rolwisseling met de sociale rollen kan plaatsvinden met behulp van verschillende stoelen. De protagonist start met een stoel voor zichzelf, gevolgd door de stoel van de ander, de antagonist. Hij bepaalt vanuit zijn eigen stoel de beleefde afstand tussen hen. Dan begint de dialoog. Tijdens deze dialoog zal de protagonist meerdere malen van rol wisselen. De therapeut begeleidt dit proces met stimulerende interventies.

Yablonski (1992) zegt over de rolwisseling: 'Het overnemen en beleven van de rol van de ander vormt de kern van alle interactie. Dit proces, dat zich fysiek en emotioneel in psychodrama afspeelt verbetert de waarneming van zichzelf en van de ander en verbetert de communicatie.'

De rolwisseling met de innerlijke rollen van de protagonist kan gebeuren met behulp van verschillende soorten stoelen, maar gebeurt vaak met behulp van voorwerpen. Het voorwerp staat symbool voor de betreffende innerlijke rol, en wordt op een door de protagonist uitgekozen plek of stoel gelegd en de dialoog start met een monoloog. Tijdens de dialoog zal de protagonist meerdere malen van rol wisselen. Ook hier zal de therapeut actief interveniëren.

De functie en de waarde van de rolwisseling in monodrama is divers:

- de rolwisseling met de interne rollen laat zien welke rollen niet of nauwelijks ontwikkeld of zelfs verwaarloosd zijn (diagnostische functie),
- De verdieping in andere rollen dan die de protagonist gewend is, betekent een uitbreiding van zijn rolrepertoire (therapeutische functie),
- het toeigenen van 'vreemde' rollen verhoogt de empathie van de protagonist (sociale functie),
- als besloten wordt om 'oude' rollen niet meer te spelen en nieuwe rollen aan te nemen, dan scheidt dat nieuwe kansen en mogelijkheden (creatieve functie).

SPIEGELEN

In monodrama is de therapeut de enige die de protagonist kan spiegelen. Hij kan de houding van de protagonist spiegelen; een blikrichting; hij kan een paar zinnen laten horen of nadruk leggen op de expressie van de stem. Hij vertegenwoordigt als het ware de rol van de spiegel.

De confrontatie voor de protagonist is vaak heftig omdat hij onverwacht geconfronteerd wordt met iets van zichzelf waar hij misschien nog niet aan toe is. Vaak heeft de protagonist dan ook het gevoel dat hij 'nageaapt' wordt, of dat hij het niet goed genoeg doet. De weerstand die dat oproept is niet vruchtbaar voor de therapie en de relatie met de therapeut. In veel gevallen is het beter te dubbelen dan te spiegelen.

DE LEGE STOEL

De lege stoel vervangt de rollen die in psychodrama door de antagonisten gespeeld worden. Op het speelveld staan, ideaal gezien, veel soorten stoelen waar de protagonist uit kan kiezen: ouderwetse en moderne, krukjes en gekleurde stoelen.

Deze speelstoelen moeten op allerlei plaatsen en op verschillende manieren in de ruimte geplaatst kunnen worden en verschillende functies kunnen hebben. Als de protagonist kan kiezen uit verschillende type stoelen dan vergroot dat de symbolische waarde en draagt de keuze bij aan de kleur en betekenis van het verhaal van de protagonist.

Geertje heeft een dilemma. Zij begrijpt zichzelf niet: in relatie met haar collega's praat ze de ene keer honderduit en de andere keer durft zij haar mond bijna niet open te doen. Zij wordt uitgenodigd om dit interne dilemma vorm te geven met behulp van de stoelen. Zij zet een houten stoel in het midden (de ik-stoel), links daarvan zet zij een hoge barkruk en rechts daarvan een klein melkkrukje. Zij gaat op de houten stoel zitten en kijkt naar links en naar rechts. Zij verplaatst zich naar de barkruk, dan naar het melkkrukje, en weer terug. Ze voelt het verschil in haar lijf en begint te praten...

VOORWERPEN

Voorwerpen, kussens en gekleurde lappen dragen bij aan het vormgeven en het spelen van het verhaal van de protagonist. Door de zichtbare aanwezigheid van de voorwerpen wordt hij meer uitgedaagd tot spontaniteit en het symboliseren van zijn verhaal, de woorden komen er als vanzelfsprekend erachteraan.

Abel pakt een zwart kussen en legt het midden in de ruimte. Dan neemt hij een legopoppetje en een stuk hout. Hij legt het poppetje onder het stukje hout. Samen met de therapeut neemt hij afstand en kijkt ernaar. Als hij het voor zich ziet begint hij te huilen en te vertellen. Hij vertelt over het contact met zijn buurjongen twintig jaar geleden. Abel was zes en de buurjongen vijftien jaar. Abel was dol op hem. Hij keek tegen hem op en ging vaak bij hem spelen. Op een dag kwam de buurjongen (het stuk hout) onverwachts op hem (het legopoppetje) liggen en randde hem aan (het zwarte kussen). Als Abel erover vertelt en het onder ogen ziet, heeft hij veel verdriet, vooral over het geschonden vertrouwen.

HET INTERVIEW BINNEN DE ROLWISSELING

Als we meer willen weten over de relaties met belangrijke anderen en de beelden die de cliënt daarbij heeft, dan is het interview een belangrijk hulpmiddel.

Het interview vindt plaats tussen de therapeut en een antagonist, gespeeld door de protagonist. De protagonist plaatst twee stoelen in de ruimte: die van zichzelf en die van de antagonist. Hij gaat zitten op de stoel van de antagonist en de therapeut interviewt hem in deze rol. Bijvoorbeeld: de rol van zijn vader. De therapeut spreekt hem aan met 'U' en vraagt hem in eerste instantie naar zaken die feitelijk zijn, zoals leeftijd, beroep, en vrije tijd besteding. Naarmate het gesprek vordert gaat het gesprek over de relatie met de protagonist. Het is belangrijk dat 'de vader' betrokken raakt want dan gebeurt er wat met de protagonist. Aan het einde van het gesprek bedankt de therapeut 'de vader' voor het gesprek. De protagonist legt de rol van vader af en gaat terug naar zijn eigen stoel. In het nagesprek wordt gereflecteerd op de relatie met vader. Het interview zorgt voor een verdieping van de rol, het vergroot de identificatie en zorgt voor meer bewustwording.

SURPLUS REALITEIT

Surplus-realistieit, het hart van psychodrama, geeft binnen monodrama de cliënt de mogelijkheid om op een veilige manier, zonder de blik van anderen, te spelen met zijn fantasieën.

Surplus realiteit is de doen alsof situatie, waarin de protagonist al zijn innerlijke, symbolische figuren, gevoelens en gedachten tot uitdrukking kan brengen. Hier spreekt de verbeelding en wordt een verbinding gemaakt tussen emotionele momenten en dramatische techniek. Het is een ervaring die boven de realiteit uitstijgt. Hier kan de protagonist nar zijn of koning, kind of engel, hier kan hij dromen of de toekomst verbeelden hier kan hij zijn wensen uitspelen. De fantasieën van de protagonist kunnen uitgedrukt worden met behulp van spelscènes, maar ook met behulp van tekeningen, dans, muziek en verzonden verhalen.

Uitgangspunt is dat de wens van de protagonist om contact te maken met zijn verbeelding, serieus genomen wordt. Omdat surplus-realistieit over de verbeelding gaat en niet over de realiteit geeft het de protagonist de kans om én afstand te nemen én toch uitdrukking te geven aan zijn innerlijk leven.

Lonneke, een jonge vrouw moet voor de rechtbank verschijnen voor een klein vergriep. Ze ziet er tegen op en is zeer angstig. Ze heeft een criminele vader en weet wat de gevolgen kunnen zijn. Ze is echter nog nooit voor de rechter geweest en stelt zich vreselijke toestanden voor.

De therapeut heeft nu drie keuzemogelijkheden om Lonneke te helpen omgaan met deze externe realiteit:

1. hij vergelijkt deze situaties met vroegere gebeurtenissen uit haar leven,
2. hij exploreert de binnenwereld van Lonneke aan de hand van haar gevoelens en gedachten,
3. hij past surplus-realistieit toe.

De therapeut kiest voor het laatste omdat Lonneke nogal krampachtig en verstijfd van angst in haar stoel zit. Ze lijkt 'bevroren'.

De therapeut praat met Lonneke over haar fantasieën. Ze ziet een grote zwarte pad voor zich die een klein muisje wil vermorzelen. Met enige aarzeling wil ze daar wel over spelen. Uit de kist met knuffels kiest ze een groot zwart beest en een klein muisje. In haar linkerhand heeft ze het monster en in haar rechterhand het muisje. Ze speelt als een kind: het muisje probeert steeds gillend weg te komen, maar het zwarte monster wint en desks, met veel lawaai en gegrom het muisje meerdere keren plat op de grond. In het gesprek dat er op volgt vraagt de therapeut aan Lonneke of ze ook kan fantaseren over hoe een dergelijke gebeurtenis eigenlijk zou moeten gaan. Wat zou ze zich wensen? Lonneke pakt een grote giraffe met een zucht snoetje uit de knuffelmand en een stevig klein paardje. In het spel moet het paardje eerst een tijdje achter de giraffe aanlopen. Dan staan ze stil. De giraffe draait zich om. Hij knabbelt eerst wat aan de takken van een boom en dan spreekt hij het paardje toe vriendelijk maar streng. Het paardje luistert met opgestoken oortjes en geeft met hoefgetrappel aan dat het begrijpt wat hij zegt. In het nagesprek is Lonneke minder krampachtig en kan van zich zelf zien dat ze haar angst voor de realiteit veel te groot maakt. Ze durft nu met meer vertrouwen naar de rechtbank te gaan.

Veel cliënten hebben last van 'bevroren beelden'. Dit zijn beelden die zich om een of andere reden hebben vastgezet in hun gedachten, op het netvlies zijn blijven staan, of, als herhalende geluiden, regelmatig klinken. Als we nu in een dergelijke situatie de surplus-realiteit kunnen toepassen, is er een kans dat er beweging in het beeld komt. De cliënt krijgt én de kans haar gevoelens en gedachten op eigen wijze vorm te geven én de mogelijkheid om op een nieuwe manier tegen de externe realiteit aan te kijken. In plaats van te bevroren, kan de cliënt de regie weer in handen nemen.

'In de surplus-realiteit zijn er geen grenzen tussen heden, verleden en toekomst of tussen dag en nacht' (Shearon, 1996, p.138). Surplus-realiteit verbindt de wereld van de fantasie met de werkelijkheid. Moreno zegt hierover: 'Als de mens zich in een onbekende wereld begeeft waar hij geen rekening hoeft te houden met grenzen of logische oplossingen kan hij zich vrij bewegen. Dan is hij, in scheppende zin, zowel de maker als de speler van zijn script.'

Ook in de behandeling van getraumatiseerde mensen kunnen scènes uit de surplus-realiteit geïntroduceerd worden. Tragische levensscenario's kunnen getransformeerd worden: zowel wat betreft verandering van een traumatische gebeurtenis als wat betreft het vinden van een ander emotioneel antwoord. Een dergelijk gebruik van de verbeelding heeft niet tot doel de waarheid te verdraaien maar om de binnenwereld van de getraumatiseerde te versterken, zodat hij zich beter kan verhouden met de onmogelijke werkelijkheid van de buitenwereld.

Een dergelijke existentiële bekrachtiging van de innerlijke werkelijkheid is wel afhankelijk van een ondersteunende omgeving en interpersoonlijk support (Kellerman, 2000, p.32).

De rol van de therapeut

-Luisteren met een beeldend oog Nand Cuvelier

De rol van therapeut in monodrama kent meerdere aspecten. Hij is therapeut spelleider, en speelt af en toe mee als dubbel. Dit vraagt om nauwkeurigheid en deskundigheid, want als de therapeut meespeelt, moet hij voorkomen dat er rolverwarring en ongewenste tegenoverdrachtsreacties ontstaan. Om dit te voorkomen is het volgende noodzakelijk.

- Meespelen betekent in monodrama: alleen dubbelen! De therapeut dubbelt de antagonistrol in plaats van dat hij de rol speelt. Hij gaat achter de antagonistestoel/het object staan, hij neemt de houding van de antagonist aan en spreekt een kenmerkende zin of gedachte uit. Als er een gesprek met de protagonist volgt, houdt hij zich aan korte kenmerkende zinnen. Als de scène afgelopen is, neemt hij weer een andere positie in en zegt hardop dat hij de rol van therapeut aanneemt.
- Het moet voor de protagonist te allen tijde helder en zichtbaar zijn welke rol de therapeut aanneemt.
- Dit geldt ook voor de rol van stand-in. Als de therapeut de stand-in van de protagonist wordt, zal hij dubbelen door achter de stoel van de protagonist te gaan staan en slechts een gebaar, een handeling of een korte zin laten horen.
- De therapeut speelt dus nooit de rol van de protagonist!

De dubbels van de therapeut zijn er op gericht om de protagonist uit te dagen, zodat hij een stap verder kan komen in zijn proces van verandering. Daarnaast is het van belang dat hij zorgt voor de eenheid van tijd, plaats en persoon, zodat de levensfases van de protagonist niet door elkaar gaan lopen. Ook kan hij er voor zorgen dat de interactie zó verandert, dat geblokkeerde spontaniteit vrijkomt, bevroren spieren in beweging gebracht worden en nieuwe bronnen ontdekt en benut worden.

Als de therapeut kan luisteren met een beeldend oog laat hij creativiteit toe zowel bij zichzelf als bij de protagonist. Creativiteit van de therapeut is een kracht die de protagonist kan stimuleren om vorm te geven aan de externe wereld en op een symbolische wijze gedachten, gevoelens en gedrag uit te drukken. De middelen die de therapeut kan inzetten zijn divers:

- beeldende kunst, muziek, literatuur, poëzie, mythologie en theaterteksten,
- poppen van allerlei aard: playmobile, lego, knuffels, en matroeshkadolls,
- miniatuur psychodramatheaters zoals: de Psychodrama Puppets kit (Moira Verhofstadt, www.psychodrapuppets.be).
- de Rosenthalstage (Rosenthal) en de Communicube, (www.communicube.co.uk, Casson, 2007, p. 201).

Ten slotte

Psychodrama à deux is een therapievorm die veel cliënten veiligheid biedt omdat anderen niet meekijken of commentaar leveren. De therapeut kan deze therapie inzetten als zelfstandige therapie of als opstapje naar de groep.

Echter, soms kan deze veiligheid voor de cliënt ook een benauwend karakter krijgen omdat hij geen 'maatjes' heeft op wie hij kan terugvallen. Zijn spontaniteit komt dan in het gedrang. In dat geval kan een verstilde getuige hem helpen. Deze getuige heeft een vaste plek in de ruimte en heeft de vorm van een beeld, een schilderij of een voorwerp. Tijdens, of aan het einde van het spel, kan, door middel van een rolwisseling, aan het beeld (gespeeld door protagonist of therapeut) gevraagd worden wat hij heeft gezien of gehoord vandaag.

Het beeld: "Ik zie dat je behoefte hebt aan een geestverwant, dat je niet langer alleen wil zijn maar behoefte hebt om contact te maken met de buitenwereld."

Hoofstuk 8

Trauma en psychodrama

Pim van Dun

In een moment van steen groeit zelfs geen verdriet
en de namen hebben geen naam
Zia Mohaved

Het woord trauma betekent 'wond'. Een verwonding van het lichaam na een ongeluk of door een medische ingreep wordt een trauma genoemd. Zulke gebeurtenissen kunnen psychische gevolgen hebben waardoor we spreken van een psychotrauma. Een psychotrauma kan echter ook het gevolg zijn van de indruk, die een schokkende gebeurtenis achterlaat bij een slachtoffer. We maken allemaal meer of minder schokkende gebeurtenissen mee in ons leven. Waaruit de één een trauma ontwikkelt en de ander niet.

Wat er aan ten grondslag ligt als iemand posttraumatische klachten ontwikkelt en wat kan helpen om dat trauma te overwinnen is het algemene thema van dit hoofdstuk. Welke helende rol psychodrama daarbij zou kunnen spelen is het specifieke thema. We maken ook kennis met Vera, een vrouw van tegen de vijftig uit het voormalige Joegoslavië, die op dappere wijze de strijd aanbindt met de overblijfselen van schok en verlies in zichzelf.

Enkelvoudige en complexe traumatisering

In de GGZ krijgen wij te maken met meerdere soorten trauma's die ontstaan vanuit allerlei soorten gebeurtenissen. Zo kan iemand getraumatiseerd geraakt zijn na een eenmalige schokkende gebeurtenis zoals een overval, een verkeersongeluk, een natuurramp of een verkrachting. Anderen leven langdurig onder traumatiserende omstandigheden. Daarbij kunnen we denken aan jonge mensen die hun leven doorbrengen in een onveilige en/of gewelddadige omgeving. Het opgroeien in zo'n omgeving laat diepe sporen na in iemands opvattingen over zichzelf, de ander en de wereld. Als er ondanks die moeilijke omstandigheden toch stabiele hechtingsrelaties kunnen bestaan met ouders, verzorgers of vertrouwelingen, zal dat bevorderend werken voor de veerkracht die hij kan ontwikkelen om de problemen in zijn leven aan te kunnen. Het kan ook gebeuren dat iemand moet overleven in een omgeving waarin hij volkomen op zichzelf is aangewezen doordat de ouders of verzorgers van wie hij afhankelijk is, juist degenen zijn die zich schuldig maken aan seksueel misbruik of mishandeling. Dan valt degene aan wie men zich gehecht heeft om te kunnen overleven samen met de degene die je pijn doet. Dat heeft implicaties voor de ontwikkeling van iemands persoonlijkheidsstructuur. Het lijkt soms niet mogelijk om één geïntegreerd persoon te blijven als de wereld om je heen zo onvoorspelbaar is. Wat de ene dag goed is en beloond wordt, kan een volgende dag afgekeurd en bestraft worden. Degene die overdag zegt van je te houden, die lief voor je is, schendt 's nachts je integriteit en verandert in een indringer die je vreselijk pijn doet. Van der Hart en anderen spreken van 'het belaagde zelf', dat om te overleven zijn toevlucht neemt tot structurele dissociatie, een onbewust proces van opsplitsing van de persoonlijkheid in delen (Van der Hart, 2006).

In de diagnostische classificatiesystemen DSM-IV en 5 vinden we trauma beschreven onder angststoornissen: de posttraumatische stressstoornis (PTSS). Met als kenmerken: *blootstelling aan een traumatische ervaring door eigen ondervinding of als getuige waarbij sprake was van doodsdreiging, ernstige verwonding en/of schending van de fysieke integriteit*. Beelden van de traumatische gebeurtenis verschijnen bij voortdurend op het netvlies. Men droomt er over en gedraagt zich alsof de gebeurtenis nog steeds voortduurt bijvoorbeeld door ineens te krimpen bij een onverwacht hard geluid of het ruiken van een bepaalde geur. Bij blootstelling aan interne of

externe stimuli, die aan het trauma doen denken, is er sprake van intens psychisch lijden inclusief de daarbij horende fysiologische reacties.

"Ik weet wel dat ik nu niet meer mishandeld wordt maar het vóélt zo vaak alsof het niet voorbij is."

"Steeds als ik op wat voor manier dan ook herinnerd word aan die ramp, ga ik zweten. Mijn hart slaat over en ik ga trillen. Dan wordt ik doodsbang."

De client stelt alles in het werk om niet herinnerd te worden aan het trauma; probeert er niet aan te denken, vermijdt bepaalde plaatsen, vermijdt krantenartikelen of televisieprogramma's. Hij voelt zich onthecht of vervreemd van anderen en activiteiten die normaliter plezier geven doen dat niet meer. Bepaalde aspecten van het trauma worden niet herinnerd en het emotionele leven vervlakt, terwijl het gevoel overheerst dat de wereld nooit meer de oude is geworden. Daarnaast is er meestal sprake van slaapproblemen, prikkelbaarheid, concentratieproblemen, overmatige waakzaamheid en heftige schrikreacties. Ook depressiviteit lift vaak mee op de aan het trauma toe te schrijven klachten. Het is vanzelfsprekend belangrijk om als psychodramatherapeut te weten welke soort trauma aan de orde is bij een patiënt. Om dat vast te stellen is vaak verre van eenvoudig.

Bij enkelvoudige traumatisering op latere leeftijd is het drama-trio persoon, plaats, handeling' meestal bekend. Dan kan aan de hand van een diagnostische vragenlijst als de schokverwerkingslijst een goede indruk verkregen worden van de ernst van het trauma en de impact die de traumatische gebeurtenis heeft op iemands leven. (Brom, en Kleber, 1992). Deze lijst differentieert of de klachten vooral met herbeleving of met vermijding te maken hebben.

De diagnostiek is een stuk lastiger, als de traumatisering op jonge leeftijd begon, lang heeft voortgeduurd en de betrokken cliënt er geen herinneringen aan heeft. Er kunnen klachten zijn, die wijzen in de richting van complexe traumatisering, zoals het ontbreken van herinneringen vóór een bepaalde leeftijd, geregeld de tijd kwijt zijn of kleding in de kast vinden, waarvan iemand niet weet hoe die daar komt. Een uitgebreid psychodiagnostisch onderzoek kan dan behulpzaam zijn. Zeker wanneer er sprake is van dissociatie, wordt de eigenlijke diagnose vaak pas duidelijk in het contact met de behandelaar en daar kan veel tijd overheen gaan. Hierbij moet vaak eerder aan jaren dan aan maanden gedacht worden. Het mag duidelijk zijn, dat we in de behandeling vooral de vraag van de cliënt in het oog moeten houden. Daarop moet worden aangesloten.

Psychodrama is een heel krachtige werkvorm die met voorzichtigheid moet worden toegepast. Onbedoeld kan psychodrama leiden naar vergeten herinneringen van een cliënt, waarvan de bewustwording meer problemen oproept dan dat er op door worden opgelost. Als de geest uit de fles is, zie hem er dan maar weer eens in te krijgen. Wanneer er sprake is van een dissociatieve toestand, vinden we dat een contra-indicatie om met psychodrama te werken. Om meer zicht te krijgen wat er wel en niet mogelijk is in de toepassing van psychodrama bij

cliënten met een trauma geschiedenis, kan het helpen om workshops bij ervaren therapeuten te volgen en gebruik maken van de beschikbare literatuur over psychotrauma.

Traumabehandeling

Er is veel literatuur over de behandeling van psychotrauma beschikbaar. Volledigheid nastreven valt buiten de competentie van dit boek, maar enkele vooraanstaande schrijvers en thema's zullen we kort behandelen.

JANET: DE DRIE FASEN VAN TRAUMABEHANDELING

Het schrijven over de behandeling van psychotrauma begint bij de Franse psychiater en filosoof Pierre Janet (1859-1947). In de tachtiger jaren van de negentiende eeuw beschreef Janet dissociatieve en obsessief-compulsieve aspecten van psychotrauma. Janet is als tijdgenoot van Freud in de loop der jaren in de vergetelheid geraakt. Het is onder andere aan voortrekkers in de hedendaagse psychotraumatologie, zoals Herman, Van der Hart en Van der Kolk te danken dat zijn gedachtegoed sinds de tachtiger jaren van de twintigste eeuw opnieuw onder de aandacht gebracht wordt. Het is daarbij verrassend hoe onverminderd actueel zijn concepten ook nu nog zijn en aansluiten bij bevindingen uit onderzoeken in de hedendaagse neurobiologie. Als verklaring voor het bestaan van posttraumatische klachten noemde hij het onvermogen van het geheugen om de schokkende gebeurtenissen, waaraan iemand was blootgesteld, op te nemen als betekenisvolle ervaringen. Hij benadrukte het belang van een veilige werkrelatie tussen therapeut en cliënt als voorwaarde voor behandeling van psychotrauma. Janet onderscheidde drie fasen in de traumabehandeling.

- In fase 1 richt de behandeling zich op stabilisatie en symptoomreductie, zodat de cliënt de taken die bij het dagelijks leven horen beter aan kan.
- In fase 2 gaat het om de behandeling van het trauma, waarbij gewerkt wordt aan de reconstructie en doorwerking van de traumatische gebeurtenissen. Daarbij bediende Janet zich van hypnose en imaginatie als therapeutische methodes. Anno 2014 kunnen we daar een scala aan methodes toevoegen waarvan eye movement desensitisation and reprocessing (EDMR) en imaginaire exposure (IE) de bekendste zijn. Het zal de lezer niet verbazen dat ook psychodrama als verbijzonderde vorm van imaginaire exposure in vitro in dat rijtje thuishoort.
- In fase 3 ligt het focus op integratie en consolidatie van de traumatische gebeurtenissen in het gewone leven. Hier maakt de cliënt de stap van trauma slachtoffer naar trauma overlevende. De cliënt kan een nieuwe levensstijl te laten ontwikkelen.

LATERE ONTWIKKELINGEN

Herman schreef in 1992 het zeer toegankelijke boek *Trauma and Recovery* dat in 1993 ook in Nederlandse vertaling *Trauma en Herstel* verschenen is. Dit boek geeft onder andere een heldere kijk op de gevolgen van traumatisering door fysieke mishandeling van kinderen voor

hun persoonlijkheidsontwikkeling. Twee vooraanstaande vrouwen in de Nederlandse psychotraumatologie, Nel Draijer en Nelleke Nicolai, bevelen het aan als een werk dat door elke hulpverlener gelezen zou moeten worden om een goed begrip te ontwikkelen van de gevolgen van traumatisering en de maatschappelijke ontkenning ervan als in standhoudende factor.

Verder verwijzen we naar het werk van de Nederlanders Nijenhuis en Van der Hart en de Canadese Steele over structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering. Zij schreven *Het Belaagde Zelf* als de in 2010 verschenen Nederlandse vertaling van *The Hounded Self* (Van der Hart e.a., 2006). Een boek dat in drie delen:

- een theorie aanreikt over het herkennen en begrijpen van trauma gerelateerde problematiek,
- een 'handelingspsychologie' beschrijft die laat zien hoe deze cliënten over en over inefficiënte mentale en gedragsmatige handelingen blijven herhalen,
- een beproefde methode introduceert om cliënten te begeleiden naar herstel en integratie.

OGDENS SENSORIMOTOR PSYCHOTHERAPIE EN HET TOLERANTIEVENSTER

In 2001 introduceerden Nijenhuis en Van der Hart een tot dan toe in Nederland onbekende Amerikaanse psychotherapeute, Pat Ogden, die een op wetenschappelijke inzichten gebaseerde vorm van lichaamsgerichte psychotherapie heeft ontwikkeld: de sensorimotor psychotherapie. Zij leerde ons dat iemand die een ingrijpende gebeurtenis meemaakt niet automatisch ook getraumatiseerd raakt, want in principe is de gemiddelde mens in staat om met stresserende omstandigheden om te gaan. Bij dreiging maakt het lichaam stresshormonen aan die ons in staat stellen adequaat op de dreiging te reageren. Soms echter is de gebeurtenis té overrompend, té plotseling, té onverwacht en té groot en dat kan leiden tot traumatisering.

Iemand die getraumatiseerd is, is niet in staat geweest om te vechten of te vluchten, om zichzelf in veiligheid te brengen en te herstellen van de ervaring. De componenten van de 'natuurlijke' reactie op gevaar blijven dan in het systeem aanwezig en worden patroonmatige reacties op de verwachting van gevaar' (Ogden, Minton en Pain, 2006).

Ogden e.a. gebruiken het tolerantievenster (Siegel, 1999) als een model dat de ruimte aangeeft waar binnen iemand kan werken aan zijn problemen. Dit tolerantievenster, ook wel naar verwezen als het window of tolerance, is een behulpzaam instrument bij psychotherapieën gericht op de behandeling van psychotrauma. Om te begrijpen hoe we ons dat tolerantievenster moeten voorstellen kijken we eerst naar de werking van het autonome zenuwstelsel. De concepten die de werking van het autonome zenuwstelsel verklaren zijn in de afgelopen jaren sterk veranderd. In het verleden lag het accent op de gedachte dat het autonome zenuwstelsel bestaat uit twee delen: het sympathische, op actie gerichte deel (dat ons helpt vechten of vluchten) en het parasympathische, op ontspanning gerichte deel van het zenuwstelsel, dat zorgt voor herstel na inspanning en stress. Destijds werd de werking van het autonome zenuwstelsel min of meer voorgesteld als een balanssysteem, een wip. Daarbij werd het sympathische deel

gezien als aanjager en het parasymphathisch deel als rustbrenger. De nadruk ligt dan op de motorische functies van het autonome zenuwstelsel boven de sensorische.

Nieuwe inzichten in de werking van het zenuwstelsel geven een verhelderend nieuw beeld, dat de problemen bij posttraumatische stress, maar ook bij stress, hechtingsproblemen, depressie en burn-out inzichtelijk maakt (Siegel, 1999; Porges, 2003; over de visie van Porges, zie ook: Dykema, 2006, en Pringel, 2011). De werking van het zenuwstelsel wordt nu niet gezien als een wip, maar als een hiërarchisch georganiseerd model. Het autonome zenuwstelsel past zich aan aan de mate van veiligheid of dreiging waaraan iemand is blootgesteld. Porges spreekt van het polyvagale model, genoemd naar de nervus vagus, het belangrijkste deel van het parasymphatische zenuwstelsel dat de communicatie verzorgt tussen het brein en organen in de buikholte, hart en longen.

De nervus vagus heeft twee takken:

- een aan de buikzijde van het lichaam gelegen ventraal deel, verbonden met de prefrontale cortex, van waaruit de motorische sturing van remmen en gas geven wordt geïnitieerd,
- een aan de rugzijde van het lichaam gelegen dorsaal deel, dat via het ruggenmerg naar de organen loopt, die meer onder het middenrif gelegen zijn en van waaruit sensorische informatie wordt gecommuniceerd met de hersenstam.

We kunnen ons de hiërarchische stappen van het autonome zenuwstelsel voorstellen in volgorde van de evolutionaire ontwikkeling van onze hersenen. De mate van veiligheid die we ervaren in contact is daarbij van cruciaal belang.

Als we ons veilig voelen in het contact met een ander, dan is de ventrale vagus van de parasymphaticus actief. Dat is het deel dat uniek is voor mensen en dat onder andere de gelaatsuitdrukking, de toon van de stem en het gehoor regelt. Dit zijn essentiële middelen in het contact met de ander. We stemmen ons af en zijn in staat tot sociaal engagement. In die ruimte kunnen we leren van cognitieve activiteit en van tussenmenselijke ervaringen. Het is ook in deze ruimte dat we in staat zijn te symboliseren en te spelen. In het kader van dit boek is het van belang om te beseffen dat dit de enige ruimte is waar we in staat zijn te profiteren van psychodrama. De term 'safety first' is hier dan ook geen understatement.

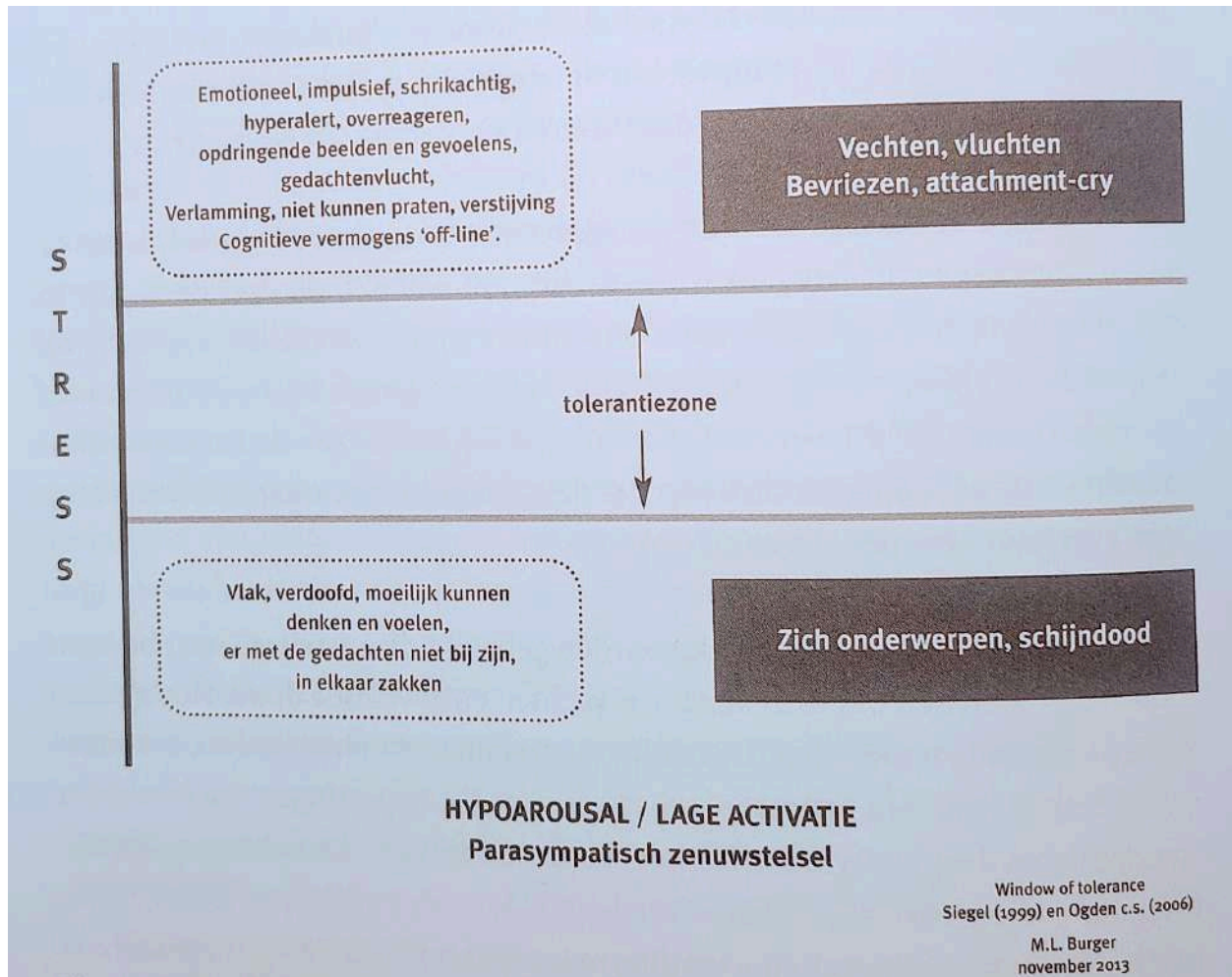
Als we ons onveilig of bedreigd voelen in het contact met een ander dan neemt de stress toe en wordt het zogenaamde zoogdierenbrein, evolutionair een ouder deel van het zenuwstelsel, geactiveerd. Het sympathisch zenuwstelsel faciliteert motorische acties als vechten of vluchten al dan niet vergezeld van de attachment-cry (Mamáááá!!!), waarmee in wanhoop en paniek de veiligheid biedende nabijheid van de verzorger wordt gezocht. (Pankzepp, 1998). We zijn dan vooral bezig met het scannen van de omgeving op gevaar en op vluchtwegen en kunnen ons moeilijker concentreren op details. Er is sprake van hoge activatie, we zijn in paniek.

Wanneer een situatie wordt waargenomen als levensbedreigend, komt de oudste structuur van het parasympatische zenuwstelsel, de dorsale vagus, in actie. Dan is er sturing vanuit een deel van het reptielenbrein, dat in reactie op de levensbedreiging aanzet tot bevrozing van beweging hetgeen lijkt op totale overgave (geveinsde dood). Zoals de muis, die niet meer aan de kat kan ontkomen en er 'dood' bij ligt in de hoop dat de kat zijn interesse zal verliezen en op zoek gaat naar een meer levendige prooi.

In het bovenstaande worden werkwoorden gebruikt die verwijzen naar bewuste motorische activiteit of passiviteit zoals vechten en geveinsde dood. Het is echter van groot belang te beseffen dat het hier activiteiten van het autonome zenuwstelsel betreft. Het zijn neurobiologisch gestuurde aanpassingen aan levensomstandigheden die plaatsvinden buiten het bewustzijn om. De bevroren ('freeze') toestand van een ernstig gedissocieerde persoon wijst niet op weldadige rust, maar eerder op verlamming. De stilte, behorend bij 'freeze' wordt veroorzaakt door uitputting van de HHB-As (hypothalamus-hypofyse-bijnierschors-as) door de overmatige en langdurige blootstelling aan cortisol (Elzinga e.a., 2004). Het is geen sinecure om iemand bij wie het zoogdieren- of reptielenbrein geactiveerd is, zodanig te beïnvloeden, dat hij zich weer veilig gaat voelen. We zullen er bij voorkeur voor moeten zorgen dat het niet zover komt. Getraumatiseerde mensen zijn geconditioneerd op gevaar en overmatig waakzaam. Wanneer de defensieve systemen goed hun werk hebben kunnen doen, raakt iemand volgens Ogden dus niet getraumatiseerd.

Iemand raakt wel getraumatiseerd als hij de natuurlijke actietendensen van het verdedigingssysteem niet hun werk heeft kunnen laten doen. De overweldiging was er te plotseling. Ook kan het gaan om een dreiging van meer subtiele en niet ophoudende aard, zoals bij een ontwikkelingstrauma. In beide gevallen was er geen kans om te vluchten of om de aanval af te weren. Het lichaam raakt dan gevangen in die onafgemaakte actietendens en blijft reageren alsof de dreiging nog steeds aanwezig is. Een slachtoffer kan wel leren om zich-

HYPERAROUSAL / HOGE ACTIVATIE
Sympatisch zenuwstelsel



Figuur 8.1 Het tolerantievenster

zelf enigermate te reguleren, maar zodra er geappelleerd wordt aan de traumatische gebeurtenissen, komt het stresssysteem in actie met de tendens om te vechten, vluchten, bevriezen of zich over te geven. Als we zo, om het in slecht Nederlands te zeggen, 'over of onder-aroused' zijn dan gaat het om overleving, over het redden van het vege lijf. We zijn dan niet in staat om nieuwe vaardigheden te leren of om cognitief in proces te komen. We hebben de zone van normale sociale contactname (de tolerantie zone) verlaten. We zijn 'uit' het tolerantievenster.

Het is aan onze cliënt te zien wanneer dat het geval is. Het lichaam is hier een trouw maatje, want het helpt de cliënt om zichzelf opnieuw te reguleren. We zien de fysiologische reacties, we merken of er nog contact is. En wanneer dat niet het geval is, is onze eerste opdracht om

iemand terug te brengen in het tolerantievenster. Dat proces gaat niet top-down, maar bottom-up: richt iemand op zijn lichamelijke sensaties. Vragen en aanwijzingen als deze zijn van belang:

"Wat merk je nu in je lichaam?"

'Voel de grond waar je op staat.'

"Voel je de stoel waar je op zit.

"Merk je hoe je ademt?"

"Weet je waar je bent?"

Het is vandaag (noem dag en datum) en ik ben (noem je naam). We zijn hier (noem plaats).

Ogden en anderen geven in hun werkwijze een scala lichaamsgerichte technieken waarmee iemand kan leren om zichzelf bij een over of onderactivering weer terug te brengen in het tolerantievenster en daarmee zichzelf weer te gaan reguleren (Ogden, Minton en Pain, 2006). In het Nederlands taalgebied mag in dit verband de naam Spierings (2011) niet ontbreken. Zij geeft al jaren levendige workshops rond stabilisatie van getraumatiseerde patiënten. Haar speelse stijl zal psychodramatherapeuten aanspreken.

Naast het enkelvoudig trauma op latere leeftijd en de complexe traumatisering in de (vroeg) jeugd wijzen Ogden en anderen op *ontwikkelingstrauma's*. Daarmee doelen zij, om het wat kort door de bocht te zeggen, op de gevolgen van de missers van onze opvoeders. Er zijn in de relatie tussen ouder en kind altijd momenten dat de ouder onvoldoende aan de behoeften van het kind tegemoet kan komen. In het vorige hoofdstuk over psychodrama en persoonlijkheidsstoornissen is gewezen op het belang van het mentaliserend vermogen bij de ouder om het kind te begrijpen en zelf te leren mentaliseren. Deze omgang tussen ouder(s) en kind is voor het belangrijkste deel bepalend voor iemands persoonlijkheidontwikkeling. Ook deze ontwikkelingstrauma's hebben hun somatisch substraat in iemands lichaamshouding, -sensaties en -beleving. Sensorimotor psychotherapie werkt met die lichaamsbeleving als focus en helpt de cliënt via gerichte aandacht (mindfulness) alsnog de bewegingen te maken, die nodig zijn om aan zijn gemiste behoeften tegemoet te komen. De sensaties die de cliënt dan ervaart worden veroorzaakt door 'lading' die nog in het lichaam zit. Hij ervaart eerst een toename van de onrust. Door contact te maken met die sensaties kunnen ze in relatie met de therapeut ontkoppeld worden van de oude interpretaties en bijvoorbeeld de weg wijzen naar wat Janet een 'act of triumph' noemt. Een beweging waarin de overwinning op het trauma wordt vormgegeven. Het gaat vaak om bewegingen als:

- uitreiken om te vragen,
- naar je toe trekken om in bezit te nemen,
- weerstaan om een grens aan te geven,
- vastpakken om steun te zoeken.

Ook hier is het lichaam een trouw maatje, omdat het helpt bij het vinden van nieuwe betekenissen voor onszelf in oude situaties. Het is juist deze vorm van trauma, waarmee we als

psychodramatherapeuten in het werk met mensen met persoonlijkheidsproblematiek veelvuldig te maken krijgen. Zoals we verderop zullen zien in het laatste psychodrama van Vera.

PSYCHODRAMA EN TRAUMABEHANDELING

Kellerman en Hudgins (2000) benadrukken dat er veel vraagtekens bestaan met betrekking tot het toepassen van psychodrama bij getraumatiseerde mensen. die vooralsnog zonder helder antwoord blijven. Bijvoorbeeld:

- Zouden getraumatiseerde mensen moeten worden behandeld in homogene groepen?
- Is psychodrama bij patiënten die lijden aan chronische PTSS (t.g.v. oorlogs-trauma of bij holocaust-overlevenden) even effectief als bij mensen met een recent eenmalig trauma?
- Wat is de optimale duur van psychodramatherapie bij verschillende soorten traumatisering?
- Wat is vereist inzake 'ego-sterkte' en welke psychologische 'uitrusting' van de getraumatiseerde persoon is gunstig voor een succesvolle therapie met psychodrama?

Al dergelijke vragen werpen hun licht op de noodzaak van nader en meer gespecificeerd onderzoek naar de processen en resultaten van behandeling, teneinde de grote hoeveelheid case studies te kunnen valideren, die Kellerman en Hodgins in hun boek produceren. Zij besteden opvallend veel aandacht aan dissociatie en de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS).

Herkenning en behandeling van DIS is ons inziens specialistenwerk. Wij adviseren behandelaars van trauma patiënten bij een vermoeden van DIS altijd een psychiatrisch consult te arrangeren. Er bestaat nog geen consensus over de juiste diagnose en behandeling van DIS. Het bestaande onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling is voornamelijk gebaseerd op beschrijving van individuele gevallen. Deze behandelingen bevatten bijna altijd psychotherapie. Bij de behandeling van trauma gerelateerde klachten wordt meestal uitgegaan van een benadering die gericht is op de drie fases volgens Janet.

Do's en don'ts voor psychodrama met traumapatiënten

Het allerbelangrijkste in het werk met traumaslachtoffers is dat we hen in hun psychodrama niet opnieuw in de situatie moeten brengen die ze tijdens het trauma hebben meegemaakt. We 'flooden' ze er dus niet doorheen. Dat heeft geen zin. Iemand komt al snel buiten het leerzame gebied van het tolerantie-venster zoals we eerder zagen en leert dan niet meer. Integendeel: hij haakt af.

STRUCTURELE VEILIGHEID

In de sessie betekent dit, dat de psychodramatherapeut met zijn cliënt eerst op zoek gaat naar de aan de lezer inmiddels bekende veilige plek (zie hoofdstuk 3). Dit is de plaats waar iemand heen kan gaan, als hij zich bedreigd, angstig, klein of verdrietig voelt. Een plaats waar troost gevonden kan worden. Troost! Let op, het is onze ervaring dat getraumatiseerde mensen vaak

doodsbang zijn voor het moeten ontvangen van troost. Van meerdere cliënten leerden we, dat als iemand hen troost geeft, 'het' in hun beleving over moet zijn. 'Dan mag je er niet meer over zeuren. Er zit nu een pleister op, het is afgekust, nu weer stoer zijn

Deze overtuiging staat haaks op de uitwerking van het ontvangen van echte troost: iemand geeft troost en dan gaat het over. Je wordt vastgehouden, misschien gewiegd, troostende woordjes worden gesproken. *'Is het nog niet over? Geeft niet, blijf maar bij me tot het wel over is. Je mag verwijlen, je mag er zijn en er is mededogen voor de pijn die je voelt en dan gáát 'het' over'.* Die ervaring kennen veel getraumatiseerde mensen niet.

Soms is er geen veilige plek te vinden. Kunnen onze protagonisten zich deze niet zelf herinneren? Neem dan de tijd en gebruik de fantasie van protagonist, groep en jezelf om een vorm te vinden voor de beleving van veiligheid. Iemand koos ooit een riviertje als veilige plek omdat ze wist dat de dader niet kon zwemmen. Susie Taylor, een Britse psychodramatherapeut, laat haar protagonisten veiligheid vinden door het maken van een intern atoom (Rakemann, 2010). Dit bestaat uit vier symbolisaties:

- *intrapersoonlijk*: Een kwaliteit van jezelf (bijvoorbeeld humor, zorgzaamheid, doorzettingsvermogen). Welke boodschap geeft deze kwaliteit jou?
- *interpersoonlijk*: Belangrijke steunfiguur in je leven (levend, overleden, een dier, vroeger, nu). Wat is zijn/haar boodschap aan jou?
- *transpersoonlijk*: God, de natuur, de kosmos, muziek, de fantasie, de zon, etc.,
- verworvenheden: Een diploma, een examen, medailles, het baren van een kind, enzovoort.

Iemand vond haar veilige plek tussen de meeldraden en de stamper van een gefantaseerde roos in een gefantaseerde bloementuin. Door de nadruk te leggen op het daadwerkelijk creëren van een veilige plaats, maken we in gedrag duidelijk dat het ons ernst is om de protagonist een veilige ervaring te bieden. En gedrag heeft met name voor het kind in de protagonist veel meer betekenis dan alle met de mond beleden empathie.

DE PROTAGONIST ALS REGISSEUR

In psychodrama willen we de protagonist in staat stellen om contact te maken met het kind in zichzelf, de pijn die dat kind ervaren heeft en de overtuigingen die hij daardoor over zichzelf heeft opgedaan. Tijdens het werk in psychodrama met getraumatiseerde cliënten zullen we de beleving van het kind met respect en voorzichtigheid benaderen. Vaak wordt er daarom voor gekozen om de protagonist niet zelf de rol te laten spelen van degene die aan het trauma wordt blootgesteld. Er is weinig voor nodig om ons lichaam in een staat te brengen, waarin de traumaherinnering weer dermate levendig is, dat het lijf alle mogelijke defensieve krachten in stelling brengt. Plop! Uit het tolerantievenster, weg drama en terug naar stabilisatie.

De protagonist is er hier bij gebaat om wat afstand te voelen tot de problematiek. Hij beweegt zich vaak een hele tijd buiten de scène als de persoon van nu naast de psychodramatherapeut.

De scène wordt opgebouwd met antagonisten. De protagonist praat in, doet voor, bouwt decor, regisseert mee, maar nergens in de positie van het slachtoffer.

We zijn als psychodramatherapeut niet uit op catharsis of op het doorbreken van de situatie. De protagonist wordt zorgvuldig begeleid om voorzichtig contact te maken met het thema en de rollen rond een gebeurtenis, die zijn leven meestal gedurende lange tijd vergald heeft. Het gaat om een emotionele exploratie ten dienste van integratie. Pas in een verdere fase van het spel kan de protagonist gevraagd worden om in de huid van het slachtoffer te kruipen. Daar is altijd een fase van rescripting aan vooraf gegaan.

HERSCHRIJVEN VAN HET TRAUMA VERHAAL

Rescripting is een techniek, die vooral wordt toegepast in schematherapie, waarin de traumatiserende situatie via imaginatie wordt herschreven in termen van hoe die had moeten zijn. Niet dat de geschiedenis herschreven wordt: wat gebeurd is is gebeurd. Maar er worden accenten gezet bij het gemis dat gevoeld is en er wordt bedacht, hoe de gebeurtenis had moeten verlopen. Er wordt gefantaseerd (bij imaginatie) of gespeeld (in psychodrama) hoe dat geweest zou zijn. Een beeld van de beladen situatie en/of de dader wordt opgeroepen c.q. neergezet. Het gaat om een beeld dat de cliënt aankan, en nooit een heel traumaverhaal. Meestal is het iets dat voorafging of een beeld van de agressor op afstand.

Vervolgens wordt iemand uit het verleden of heden, die bescherming kan bieden, gevraagd om het voor de cliënt op te nemen; om de dader aan te spreken en de cliënt te troosten. Dit kan ook door de volwassen cliënt van nu gedaan worden. Het gaat in dit proces dus zowel om troost geven als het bieden van protectie.

Deze steunrol kan door een antagonist gespeeld worden of door de cliënt zelf in de rol van helper. Na rolwisseling- en dat is cruciaal - zal de cliënt echter de steun en troost ook ontvangen in de rol van slachtoffer. Echter en dat is ook essentieel- als de protagonist gevraagd wordt om in de huid van het slachtoffer te kruipen is de dreiging al voorbij of nog niet aanwezig. Er zijn voorzorgsmaatregelen genomen, waardoor er een ander verhaal ontstaat dan het traumaverhaal. We komen terug op dit rescripting scenario in psychodrama bij de behandeling van psychotherapiemodellen en psychodrama (deel 4) in hoofdstuk 11 over schematherapie. Ook wordt daar een voorbeeld beschreven (Wilfried) en een ander voorbeeld (Iris) staat in hoofdstuk 9 over IPPT

INGETOGENHEID BIJ DE AFRONDING

Aan het einde van een psychodrama waar een psychotrauma wordt uitgewerkt is doorgaan sprake van ingetogenheid.

- de protagonist heeft zich iets kleins toegestaan,
- de protagonist heeft diep in zichzelf contact gemaakt met iets dat hij gemist heeft en nooit zal krijgen,
- de protagonist kan rouwen om wat teloor ging.

- de protagonist heeft steun gevonden die er nooit was,
- de protagonist heeft een situatie uit zijn leven een meer bevredigende betekenis kunnen geven.

Een casus: Vera

Vera is geboren in Bosnië en Herzegovina en zij herinnert zich zichzelf als een blij kind zonder veel zorgen. Vera heeft de oorlog op de Balkan meegemaakt als moeder in een jong gezin met twee kleine kinderen. Haar man heeft gevochten in het leger en is krijgsgevangen genomen. Ze raakten bijna alles kwijt: veel van hun verwanten, hun huis, hun werk. Ze hadden enkel nog elkaar als gezin.

Na de vrijlating van haar man is het gezin gevlucht naar Nederland. In Rotterdam is het echtpaar opnieuw begonnen waarbij ze grote tegenslagen hebben moeten overwinnen. Het leven in een asielzoekerscentrum ging over overleven tussen andere getraumatiseerden. Hun goede middelbare schoolopleiding werd hier niet erkend, maar ze kregen na een tijd een woning. De kinderen deden het goed op school. Opleidbaar als ingenieur kon haar man aan het werk als lasser in de scheepsbouw. Vera kwam zelf terecht in de vleesverwerkende industrie, waar ze als machineoperator tewerkgesteld werd. Het werd weer mogelijk om contacten met de familie in Bosnië te hebben. Een aantal goede jaren volgden. Tot haar man door een relatief onbenullige gebeurtenis opeens de oorlogsbeelden weer in zijn hoofd kreeg. Hij werd somber, angstig en weigerde buiten de medicatie van de huisarts elke andere vorm van hulp. Vera hield het gezin draaiende, ze deed het huishouden en werkte lange dagen in het vleesbedrijf. De kinderen gingen naar de middelbare school en waren inmiddels goed geïntegreerd in de Rotterdamse samenleving .

Dan gebeurt er een ongeluk op haar werk. Ze komt met haar vinger in een machine terecht en verliest een stukje van het topje van haar middelvinger. Dat is de opmaat voor een hernieuwd gevoel álles kwijt te zijn. Het somatisch herstel van de vingertop amputatie verloopt vrij voorspoedig, maar geestelijk voelt ze zich een wrak. Haar lichaam blijft in de gealarmeerde staat van het trauma. Als ze min of meer gedwongen gaat re-integreren op haar werk mislukt dat en ze blijft ziek thuis en komt in conflict met de uitkeringsinstanties.

Het duurt bij elkaar twee jaar voor ze met een chronische depressie wordt aangemeld bij een GGZ-instelling. Ze gaat deelnemen aan een deeltijdprogramma van vier maanden voor patiënten met chronische depressie en dysthymie. Later vervolgt ze de behandeling in een ambulante psychotherapiegroep. Het patroon van haar deelname aan de groepen is als volgt: ze komt als nieuw groepslid angstig binnen, laat het groepswork aan zich voorbij gaan en lijkt gedissocieerd. Ze lijkt gevangen in de staat van posttraumatische bevroering.

Langzaam maakt ze toch contact in de groep en bloeit daarvan op. Ze laat zich dan in met de andere groepsleden vanuit een rationele houding. Er lijkt binnen de behandelsessies geen contact mogelijk met haar gevoel. Als haar tijd in de groep er bijna op zit, raakt ze volslagen in paniek. Van de zo sterk geworden Vera blijft niets meer over.

Tot er met haar besproken wordt dat de behandeling nog niet klaar is en ze hoort dat ze kan gaan deelnemen aan de psychodramagroep. Ze krijgt hoop, herstelt zich en neemt op soortgelijke wijze deel aan deze psychodramagroep. Dit patroon wordt in de groep besproken. Opnieuw stelt Vera het uit om echt aan het werk te gaan. Verstandelijk beseft ze dat het goed zou zijn om over haar problemen te praten, maar zodra ze dat doet komt er alleen een rationele visie naar buiten. Er is dan een deel van haar persoonlijkheid aan het woord dat geen contact heeft met wat er zo pijnlijk is en dat gericht is op overleving en dat doet vanuit haar verstand. Haar lichaam voelt onmiddellijk de paniek opkomen als ze zich emotioneel inlaat met de groep.

In het begin van haar deelname aan de psychodramagroep is ze ontregeld. Ze kan nauwelijks spreken en huilt zodra ze aangesproken wordt. Ze geeft als reden voor haar gedrag de verandering van medicatie waar ze slecht op reageert. De therapeuten en de groep accepteren dat en Vera is weken achtereen schijnbaar alleen fysiek aanwezig in de groep. Buiten de groep lijkt ze weer beter in staat zich staande te houden. Allengs wordt de groep veiliger voor haar en laat ze zich verleiden om zelf eens een psychodrama te doen.

EERSTE PSYCHODRAMA: DE WORSTMACHINE

Ze heeft het lang voor zich uitgeschoven, maar ze wil aan het werk met de worstmachine die haar vinger te pakken nam. Eerst wordt de plek van het ongeluk gemarkeerd. De machine neemt bijna de hele zaal in beslag.

1. Er komt een plek in ruimte voor de Vera van voor het ongeluk. Ik ben tevreden met wat we hebben opgebouwd, maar maak me ook zorgen om mijn man

2. Het ongeluk zelf krijgt weinig aandacht en is ook nauwelijks emotioneel beladen

3. Het moment waarop ze is gevallen, haar mislukte reïntegratie. Het is de derde dag dat ze weer aan het werk is. De therapeut vraagt haar in een rolwissel de machine te spelen. 'Ik ben oud en kapot', laat ze de machine zeggen. "Vera kan met mij omgaan, maar ik zorg voor gevaarlijke situaties. Vervolgens neemt een antagonist de rol over,

4. Vera staat aan de machine en heeft last van haar hand. Ondanks de pijn vindt ze dat ze door moet gaan, ze mag niet kwetsbaar zijn. Het mag niet te zien zijn voor anderen. Maar nu moet ze iemand inwerken en lukt het haast niet om de pijn te verbergen. Tegelijkertijd voelt ze dat ze niet meer kán. 'Het moet', zegt ze tegen zichzelf. Vera voelt nu opnieuw hoe ze zich toen voelde, er is even contact mogelijk met de pijn zonder dat de ratio het overneemt. Het evenwicht voelt breekbaar en de therapeut nodigt haar uit om naar zichzelf te kijken.

5. Spiegelen: van een afstandje kijkt ze naar de antagonist die als stand-in haar rol speelt. Ze vindt zichzelf masochistisch en kan het niet aan zien. Ze zegt dat ze iemand nodig heeft die haar stopt. 'Wie kan dat?' vraagt de therapeut. Haar moeder kan dat wel.

6. In rol van moeder stopt ze zichzelf. "Je mag naar huis, je mag ziek zijn, het komt wel goed." Ze zegt geen knuffel nodig te hebben, maar ontvangt deze toch gretig als de antagonist - die moeder speelt - de knuffel wel geeft.

7. Ten slotte kan ze met letterlijke ruggensteun van moeder opnieuw kijken naar de machine en naar haar hand.

8. In de sharing krijgt ze herkenning en compassie, dat doet Vera goed.

De volgende week blikt Vera terug op haar psychodrama. Het is goed geweest. Naderhand heeft ze veel gehuild. Ze heeft er (opnieuw) nauwelijks met iemand over gesproken, maar nu in elk geval wel een beetje met haar man, terwijl ze hem tot dan toe nog nooit iets gezegd heeft over wat ze in de groep doet. Ze wil graag verder op dit pad. Korte tijd later vraagt ze opnieuw om protagonist te zijn.

TWEEDE PSYCHODRAMA: VANUIT EEN BOSNISCHE BLOEMENTUIN

Vera wil begrijpen waarom ze zo streng voor zichzelf is. Ze realiseerde zich in haar vorige psychodrama dat ze dat van haar moeder heeft overgenomen. Moeder was een hele sterke vrouw, die altijd door ging. Moeder hield alle ellende, waaronder een zwaar drinkende vader, weg bij de kinderen. Als Vera terugdenkt aan de grote tuin, waarin ze graag speelde, emotioneert haar dat. Ontroerd en verdrietig tegelijk: "Dat is er nu niet meer."

1. Vera is terug als 9-jarige in de tuin van haar jeugd. Veel gras, bomen, bloemen, een grote eettafel en een hele grote kast met allerlei verzamelde spulletjes. Ze speelt er samen met haar vriendinnetje Myra. Ze voelt zich blij en onbezorgd. Moeder zorgt voor alles

2. Moeder is een rood vest voor kleine Vera aan het breien, speciaal voor de schaakkampioenschappen. Moeder is trots op haar dochter. Zij is altijd bezig voor haar kinderen. Ze gaat de hele nacht door om het vestje af te krijgen. Dit raakt Vera. Moeder had het zwaar, zij moest alles alleen doen en wilde dat de kinderen niets te lijden hadden onder hun alcoholistische vader. Volwassen Vera raakt hier ook geëmotioneerd. Ze bewondert haar moeder. Ze is trots. Haar moeder is haar ideaal, haar voorbeeld. Maar het maakt haar ook jaloers en dat geeft schaamte.

3. Ze gaat in gesprek met moeder in de tuin van het ouderlijk huis. Na rolwissels kan ze uitspreken, dat het lastig voor haar is dat moeder zo perfect is. Ze wil daar met moeder over praten. Moeder zegt dat zij ook moe en kapot was, maar dat ze dit aan niemand liet zien. Zij strekken zich uit op hun tuinstoel en beleven samen een moment van rust.

4. Vera is later heel tevreden met het effect van dit psychodrama. Ze is jaloers op moeder en dat mag nu ook; dit geeft rust. Ze wilde graag op moeder lijken. Dat is sommigen gegeven, maar Vera niet. Zij gaat het doen met haar eigen kwaliteiten. Ze klinkt er rustiger over en is blij, dat ze dit met de groep als getuige aan zichzelf heeft kunnen laten zien.

DISCUSSIE

Als we de levenslijn van Vera bezien heeft ze nogal wat meegemaakt. Zij is opgegroeid in een gezin met een alcoholverslaafde vader, die voor veel onrust zorgde. Deze narigheid had ze grotendeels uit haar bewustzijn geblokkeerd. Vroeger thuis was het fijn. Moeder was geweldig en wordt geïdealiseerd. Zij heeft in elk geval tot op zekere hoogte voor veiligheid kunnen zorgen. Aan de andere kant was moeder in het grote gezin overbelast en niet optimaal beschikbaar voor haar dochter.

Het temperament van Vera is eerder introvert dan extravert te noemen. De hechting aan moeder zal in dat dynamisch krachtenveld vermijdend van kleur zijn. De karakterstijl die Vera daarop ontwikkeld heeft, wordt in termen van de sensorimotor psychotherapie benoemd als *sensitive withdrawn* (gevoelig teruggetrokken) en *self reliant* (op zichzelf aangewezen). Vera heeft een niet bepaald benijdenswaardig lot getroffen en is daarin lange tijd goed blijven functioneren. In de groep laat ze ofwel de eerste stijl zien, teruggetrokken in zichzelf ofwel de andere kant, op zichzelf, behulpzaam, maar de ander niet toelastend. Ze gaat geen verbinding met anderen aan.

In de psychodrama's zien we Vera eerst werken aan een enkelvoudig trauma op latere leeftijd: de gevolgen van het ongeluk in de vleesfabriek, waardoor haar *self reliant* karakterstijl faalt. Het is een krenking voor haar dat ze niet meer in staat was om haar oude patroon van 'doorgaan tot ze er bij neervalt' vol te houden. Tijdens het psychodrama (her)ontdekt ze moeder in zichzelf en daarmee de begrenzing. Dat geeft haar rust: 'Je mag naar huis, je mag ziek zijn, het komt wel goed'.

In het tweede drama zien we haar werken met een ontwikkelingstrauma. De geïdealiseerde moeder die onnipotent lijkt, wekt tevens haar woede en jaloezie. In de identificatie is ze pas goed als ze hetzelfde kan als moeder. Daardoor komt ze nooit aan rust toe en moet ze bezig blijven. Het is in het gesprek met moeder dat ze het aandurft om haar kwetsbaarder kant te tonen. In wezen een parallel met wat ze in de groep doet, door psychodramatijd te vragen in plaats van zich terug te trekken, zoals ze tot dan toe gedaan heeft. 'Mamma als jij zo sterk bent wil ik daar niet voor onder doen. Ik ben zo jaloers dat jij het wel kunt en ik niet'. Pas dan kan ze beseffen dat moeder haar uitputting net als Vera voor de wereld verborgen houdt, maar die wel degelijk kende en haar dochter toestaat zich ook zo te voelen. Daarmee is de behoefte aan rust gerechtvaardigd. En kan koers gezet worden naar het vinden van steun.

Ten slotte

Psychodrama's die over trauma handelen, worden meestal niet gekenmerkt door een heftige ontknoping en momenten van catharsis, maar eerder door ingetogenheid, door zichzelf iets toe te staan, door afscheid nemen van iets dat je hindert of door het vinden van steun.

Verder hebben we gezien dat er voor de psychodramatherapeut die met getraumatiseerde cliënten werkt, inspirerende literatuur beschikbaar is. Dit helpt om een theoretisch kader te vinden, waarbinnen veilig met getraumatiseerde mensen gewerkt kan worden.

Als iemand getraumatiseerd is, is er altijd sprake geweest van blootstelling aan gevaar en intense gevoelens van angst en onmacht. In het werken aan trauma kent de patiënt de angst dat het opnieuw gebeurt, dat het weer zo erg wordt. We zagen dat het lichaam maar al te makkelijk situaties beleeft alsof het nog steeds aan de gang is. We moeten er dus op bedacht zijn dat de poging om met het trauma af te rekenen op zichzelf hertraumatiserend kan werken. De lichamelijke sensaties van de traumacliënt zijn daarin voor zowel voor hemzelf als voor zijn psychodramatherapeut het trouwste maatje. Via zijn lichaam ervaart iemand wat hem zo angstig en onrustig maakt, dat hij buiten het tolerantievenster terechtkomt. Door dicht bij de boven- en ondergrenzen van het tolerantievenster te werken maar wel er binnen te blijven kan het trauma overwonnen worden en de ervaring integreren.