

TRAUMA EN OUDERENZORG: heelt tijd alle wonden?

Op 16 mei 2019 volgde ik in Antwerpen bij De Stroming de studiedag *Trauma en ouderenzorg: heelt tijd alle wonden?* Aanvankelijk was ik teleurgesteld in deze dag, had verwacht concrete aanknopingspunten te vinden als eutoniepдагоог. Maar de dag had grotendeels een wetenschappelijk theoretisch karakter en bij therapie was het lichaam nergens aangrijpingspunt. Zoals je kunt lezen heb ik toch meer aan deze dag gehad dan ik aanvankelijk dacht.

De lezingen hadden de volgende thema's:

1. Post Traumatisch Stress Syndroom bij ouderen (PTSS),
2. Verband tussen trauma in de kindertijd en psychose op latere leeftijd,
3. De impact die trauma kan hebben op de binding met anderen,
4. Vergeven... maar niet vergeten. Wat als tijd niet alle wonden heelt?
5. EMDR-therapie bij ouderen en Narratieve Exposure Therapie bij ouderen.

De lezingen hadden redelijk wat overlap. Wat mij betreft versterkten ze elkaar daardoor. Ik zal vooral iets vertellen over de eerste en derde lezing; en daarnaast een heel interessante en leesbare link sturen van een krantenartikel over oude oorlogstrauma's, dat de behandeling met EMDR en Narratieve Exposure Therapie helder en beknopt uitlegt.

❖ PTSS BIJ OUDEREN

1% van de ouderen heeft een PTSS, 13% lijdt aan een sub-syndroom. Dan voldoen ze niet aan alle strenge criteria van deze diagnose, maar hebben wel ernstige klachten en worden echt belemmerd in hun dagelijks functioneren.

Er is sprake van een trauma: de betrokkene werd blootgesteld aan een feitelijke of dreigende dood, aan ernstige verwondingen, en/of seksueel geweld.

- Op jonge leeftijd hebben ze te maken gehad met het overlijden van een ouder, broer of zus of ze hebben iemand zien verongelukken. PTSS komt ook regelmatig voor bij (oud)militairen.
- Het andere grote thema bij PTSS is misbruik.

Bij PTSS hanteert men de volgende criteria, gerelateerd aan de traumatische ervaring:

1. Herbeleving
2. Vermijding
3. Negatieve gedachten en stemming (dwanggedachten)
4. Hyperactivatie
5. De stoornis duurt langer dan één maand of langer dan drie maanden (chronisch PTSS)
6. Er is sprake van lijdensdruk, beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren, of beperkingen op andere belangrijke terreinen.
7. De stoornis kan niet worden toegeschreven aan fysiologische effecten van medicatie of alcohol of aan een lichamelijke aandoening.

Deze criteria worden onderverdeeld in symptomen.
NB Bij PTSS voldoet iemand aan al deze criteria.

Mensen die aan PTSS lijden hebben bijvoorbeeld flashbacks, herbelevingen, dwanggedachten en/of nachtmerries; kunnen dissociëren; vermijden zaken die hen aan het trauma herinneren; lijden aan verhoogde schrik, verminderde concentratie, slapeloosheid.

Zij schamen zich voor deze klachten en brengen ze niet spontaan ter sprake; ze gaan eerder met lichamelijke klachten naar de dokter dan met het hele scala aan PTSS-klachten. Pas wanneer je voorzichtig doorvraagt, komen ze op tafel.

Ruth: Het kan voorkomen dat iemand naar een eutoniecursus komt met (onbegrepen) lichamelijke klachten waar een PTSS onder verscholen ligt. Het kan dan gebeuren dat een deelnemer aan een cursus plotseling symptomen heeft zoals boven beschreven. Zelf heb ik meegemaakt dat een heel enthousiaste deelnemer ineens niet meer kwam, en toen ik hem opbelde heel boos en afwerend reageerde. Dat was na de oefening waarin in ruglig een been in steun/beide benen in steun een been zijwaarts tastte en neerwaarts.

Perioden met en zonder klachten kunnen elkaar afwisselen; de klachten kunnen vanzelf ook weer verdwijnen.

Een oudere met PTSS had een nare jeugd, voelt zich eenzaam, is naar eigen zeggen niet gezond, heeft lang geleden iets vreselijks meegemaakt en heeft recentelijk ook narigheid gehad, is vaker vrouw dan man.

De klachten kunnen al jong zijn ontstaan, maar ook pas op hoge leeftijd. PTSS gaat vaak samen met depressiviteit en angstklachten.

Gevolgen zijn: meer kans op pyjamadagen en dagen met beperkingen, op eenzaamheid en slecht ervaren gezondheid, ontevredenheid met het leven, verhoogd gebruik van kalmeringsmiddelen en meer bezoek aan medisch specialisten.

Veel mensen hadden strategieën gevonden om te kunnen functioneren maar wanneer die wegvallen, valt een bepaalde bescherming weg. Dan wordt onmacht ervaren en kan een oud trauma weer geactiveerd worden. Wegvallen van strategieën kan optreden door bijvoorbeeld werkloosheid, pensionering, uit huis gaan van kinderen, scheiding, overlijden van de partner, eigen ziekte of invaliditeit.

Bij dementie kan een PTSS optreden doordat andere lussen in de hersenen geactiveerd worden, en ook wanneer mensen ter bescherming worden vastgebonden in bed of op hun stoel.

❖ VERBAND TUSSEN TRAUMA IN DE KINDERTIJD EN PSYCHOSE OP LATERE LEEFTIJD

De tweede spreker sprak over TRAUMA BIJ (LAAT) ONTSTAAN VAN EEN PSYCHOSE. Bij psychose heb je last van wanen: gedachten die niet kloppen, of van hallucinaties: waarnemingen zonder dat er daarvoor een concrete prikkel is. Voor een psychose kun je een genetische kwetsbaarheid hebben, maar omgevingsfactoren spelen een grotere rol. Net als PTSS komen ook psychosen vaker voor bij vrouwen.

Risicofactoren zijn: verminderd zicht of gehoor, een gevoel van kwetsbaarheid of verminderd psychisch functioneren, genetische belasting. Een grote risicofactor is emotionele verwaarlozing in de jeugd. Verlies van controle speelt daarbij een grote rol.

Beschermende factoren zijn het hebben van een goed netwerk, van een vertrouwenspersoon vroeger en nu. Verliezen mensen deze persoon, dan komen ze sneller alleen te staan wat kan leiden tot ontevredenheid, lichamelijke klachten en een gevoel van onveiligheid, waardoor ze meer kans lopen de drempel van een psychose over te gaan. Therapie bestaat ook aan werken om vertrouwen te krijgen.

❖ TRAUMA EN IMPACT OP ONZE BINDING MET ANDEREN - ILSE VAN HOECKE

De laag onder PTSS of depressie.

Een trauma is een blessure die zijn sporen nalaat in ons denken, in ons lichaam en in onze ziel. Bij trauma is ons basisvertrouwen geschonden. Er is controleverlies geweest. Mensen zijn hun tools kwijt.

Onze emotionele basisbehoeften zijn:

- Veiligheid
- Verbondenheid
- Autonomie
- Realistische grenzen gesteld door volwassenen
- Zelfexpressie
- Spontaniteit en spel

Altijd is er een wisselwerking tussen deze zes basisbehoeften. Verstoringen leiden tot eenzaamheid, kilte, over bescherming, overmatige toegeeflijkheid of juist het stellen van te hoge eisen door anderen, onderdrukking van het IK ← → te hoge eisen aan zichzelf en te groot plichtsbefef.

Als gevolg nemen mensen hun toevlucht tot schema's. Ze worden bijvoorbeeld wantrouwig of hebben verlatingsangst; ze ontwikkelen claimgedrag; ze ontwikkelen hun eigenheid niet; ze voelen zich onveilig of minderwaardig; ze zijn afhankelijk; ze durven niet te falen en experimenteren daarom niet; ze zijn eisend of hebben onvoldoende zelfcontrole; ze onderwerpen zich en offeren zich op; ze zijn emotioneel geremd; ze stellen extreem hoge eisen aan zichzelf; ze gaan houderig door het leven. → Persoonlijkheidsproblematiek ontwikkelt zich.

Als antwoord op het beschadigen van de basisbehoeften kunnen bepaalde strategieën worden ontwikkeld: bijvoorbeeld een borderline persoonlijkheid, een afhankelijke persoonlijkheid, een narcistische persoonlijkheid, een paranoïde persoonlijkheid en een antisociale persoonlijkheid. Wanneer je dergelijk gedrag ziet, vraag je dan af: zou het kunnen dat...? Een hypothese.

Mogelijke effecten op individueel niveau zijn: schuldgevoel bij het slachtoffer, afhankelijk worden, dus niets meer alleen kunnen doen, geen initiatief nemen, angstig worden dat je mensen kunt verliezen.

Bij gezinnen met een zekere gezonde hechting kan er worden gepraat, daar geven de leden van het gezin woorden aan wat er gebeurd is, sluit de reactie van de anderen aan bij de gebeurtenis, reageert men voorspelbaar → de weerbaarheid van de gezinsleden wordt vergroot. Heel belangrijk is dat cliënten hun verhaal kunnen vertellen, want vertellen is erkennen: IK besta met mijn moeilijke emoties. Volg daarbij als luisteraar het tempo van degene die vertelt.

Waarom heb je die strategie moeten ontwikkelen? Welke basisbehoefte is niet bevredigd? Symptomen zijn aangeleerd om het systeem in stand te houden, in therapie is het belangrijk te kijken hoe daar NU mee wordt omgegaan. Het systeem bepaalt de individuele reactie van een lid en omgekeerd.

Mw. Van Hoecke liet een figuur zien met hyper arousal, optimale arousal, hypo arousal. Ga bij hyper arousal naar het hier-en-nu (*herkenbaar, ook bij Eutonie*). Breng bij hypo arousal het gevoel naar buiten.

Doel van hulpverlening is onder andere: zelf een veiligheidscontext creëren, verbeteren van beheersen van emoties, ontwikkelen van schokvastheid, emoties delen, steunen op, positieve herkadering.

Ruth: Vooral in deze lezing kon ik een verbinding maken met eutonie.

- *Komen onze basisbehoeften niet prachtig aan bod in de eutonie?*
 - *Ik hoorde niet-vooringenomenheid bij het tegenkomen van bepaald gedrag: Als je ... ziet, vraag je dan af of...*
 - *Iemand heeft immers bepaalde symptomen ontwikkeld, moeten ontwikkelen, als strategie om met de situatie om te gaan. Hierbij dacht ik aan 'onze' neutraliteit.*
 - *Door de erkenning die iemand krijgt wanneer hij in eigen tempo mag vertellen.*
 - *In het gaan naar het hier-en-nu.*
 - *In de doelstellingen van hulpverlening: een veiligheidscontext creëren, ontwikkelen van schokvastheid, steunen op en positieve herkadering zie ik veel wat eutonie ook biedt.*
-

❖ EMDR THERAPIE BIJ OUDEREN EN NARRATIVE EXPOSURE THERAPIE BIJ OUDEREN

In de laatste lezing, **EMDR en Narratieve Exposure Therapie**, kwam naar voren dat het zinvol kan zijn ook op hoge leeftijd nog in therapie te gaan.

In de serie *Mijn Bevrijding* verscheen in *de Volkskrant* van 3 januari 2020 onder de titel *Opgekropte trauma's* een artikel dat het onderwerp van de dag goed illustreert met persoonlijke verhalen.

<https://www.volkskrant.nl/mensen/boven-de-tachtig-komt-het-oorlogstrauma-alsnog-boven~be733982/>

Uit dit artikel over de behandeling met EMDR en NET:

Nieuwe technieken

Zowel Dashorst als De Keijser ziet het vaker voorkomen dat mensen zoals Kees op late leeftijd wél over hun verlies gaan praten, en dat gesprekken met (klein)kinderen een therapeutisch effect kunnen hebben. In de behandelpraktijk wijzen ze ook naar de voordelen van nieuwe technieken van de afgelopen vijftien jaar.

De eerste is EMDR, waarbij mensen praten over hun traumatische gebeurtenissen terwijl ze met hun ogen een vinger of lichtbalk volgen die snel heen en weer beweegt. Hierdoor raakt het brein 'afgeleid' en dempt de emotionele lading van een herinnering. 'Nu hebben we het sneller over moeilijke dingen', zegt Dashorst. 'Juist het uitstellen, wat we vroeger deden, maakt getroffen en instabiel.'

Bij tachtig- en negentigplussers die terugkijken en geconfronteerd worden met wat ze in de oorlog meemaakten, werkt de tweede techniek, Narrative Exposure Therapy (NET), volgens Dashorst vaak nog beter. 'Daarbij leggen we de levensweg van een patiënt uit met een touw en plaatsen we stenen op de pijnlijke herinneringen en bloemen op de mooie herinneringen.' De therapie is begin deze eeuw ontwikkeld door hulpverleners in vluchtelingenkampen in Soedan. Bij ouderen werkt deze vorm goed omdat zij vaak al in een fase zitten waarop ze terugkijken op hun leven, zegt Dashorst, en op deze manier ook over hun mooie herinneringen kunnen praten.

Door me te verdiepen in dit onderwerp werd ik me meer bewust hoeveel mensen groot, onzichtbaar leed met zich meedragen (en dat geldt voor alle leeftijden). En hoe belangrijk het is om zonder oordeel te luisteren en alleen al daardoor mensen erkenning te geven. Het houdt me zeer bezig en heeft me verrijkt.

Misschien herken je in dit verslag iets wat je in je cursussen hebt meegemaakt. Misschien zijn er verbanden met de dagen bij Dr. Lermaniaux?

Ik hoop dat dit verslag reacties oproept en bijdraagt tot uitwisseling tussen eutoniedagopgevoerden.