



Het ene trauma is het andere niet

Tekst: **Agnes van Minnen**

Met het woord *'trauma'* gaan mensen in het dagelijks leven vaak scheutig om. Zo meldde Ali B ooit dat hij een *trauma* had overgehouden aan een tongzoen. Ook vinden we het *traumatisch* als we de finale van het WK-voetbal verliezen (hoewel het EK-vrouwenvoetbalteam natuurlijk veel goed maakt) en is het bij een mistbankje in het oosten des lands al snel *'code rood'* in het hele land.

Trauma in de zin van PTSS is in de *DSM-5* echter veel strikter omschreven. Kort gezegd gaat het dan om seksueel geweld, lichamelijk geweld of een situatie waarin een (plotselinge) dood optrad of dreigde. Het is van belang om op te merken dat veel nare levensgebeurtenissen niet aan deze omschrijving voldoen. Emotionele verwaarlozing bijvoorbeeld, hoe naar ook, valt hier niet onder. Een scheiding, ontslag of het ziekbed van je oma ook niet.

Herbelevingen van een trauma zijn van nature fragmentarisch, specifiek en sensorisch. Het gaat dan om een bepaald moment van het trauma dat op je netvlies gebrand staat. Je ruikt de geur van toen weer, je hoort dat ene typerende geluid en je voelt die hand weer op je huid. Dat éne moment beleef je elke keer opnieuw en het roept angst op omdat je denkt dat je opnieuw in gevaar bent. Zo vertelde Kees-Jan dat hij heel vaak lichamelijk was mishandeld door zijn vader, jarenlang. Uit al die jaren waren 'slechts' drie hele specifieke momenten 'blijven hangen', waaronder de eerste keer dat zijn vader hem met een riem sloeg: "Het is tijdens zo'n herbeleving net of mijn vader weer voor me staat. Ik zie dan zijn warrige, woeste blik heel levensecht voor me, ik ruik het leer van de riem en de alcohollicht, vermengd met tabak en voel opnieuw de striemen op mijn huid. Het angstzweet breekt me dan uit."

Bij nare levensgebeurtenissen zien we daarentegen veel vaker *herinneringen*. Deze zijn globaal, algemeen, en cognitief. Het gaat dan vaak over alle nare situaties bij elkaar, waar je in algemene zin over nadenkt of reflecteert en waarvan je steeds andere voorbeelden kan noemen. Dergelijke herinneringen roepen meestal gevoelens van verdriet en woede op. Inge vertelde bijvoorbeeld dat haar moeder niet goed voor haar zorgde in haar jeugd; ze was er niet, of staarde een beetje voor zich uit op de bank.

"Meestal was mijn moeder niet thuis als ik uit school kwam, en als ze er wel was, luisterde ze nooit. Ook kookte ze vrijwel nooit, en als ik dan als achtjarige probeerde te koken, schold ze me uit. Ik weet niet meer precies wat ze dan zei, maar het kwam er altijd op neer dat ik niet deugde. Als ik eraan terug denk word ik boos: hoe kun je je kinderen zo in de steek laten? En ik voel ook gemis: wat had ik graag een warme moeder gehad die klaar zat met de thee."

Bij Kees-Jan is er sprake van een 'echt' trauma en hij heeft typische klachten die bij PTSS horen. Bij Inge daarentegen is er geen sprake van een trauma, maar eerder van een 'rotleven'. Haar klachten kunnen niet gerubriceerd worden onder de PTSS-criteria. Het is van belang om op te merken dat dit onderscheid niets zegt over hoe *erg* het is wat iemand heeft meegemaakt: een trauma is niet per definitie erger of minder erg dan een rotleven, ze kunnen allebei heel naar zijn en je kunt van beide veel last hebben.

Voor de behandeling is dit onderscheid wel essentieel. Bij een trauma en bijbehorende PTSS-klachten hoort een behandeling die bewezen effectief is voor PTSS. Bij een rotleven past beter een behandeling die recht doet aan andere klachten die meestal optreden als gevolg hiervan, zoals een persoonlijkheidsstoornis, een laag zelfbeeld of een depressie.

De meeste mensen die wij in onze praktijken zien hebben het beide: ze hebben trauma's meegemaakt én een rotleven gehad. In dat geval raad ik aan om eerst de PTSS-klachten te behandelen en dan pas de overige klachten. De reden hiervoor is dat PTSS-klachten vaak de andere klachten overschaduwen, in stand houden of verergeren. En sommige mensen, zoals Ali B en de gefrustreerde voetbalsupporters, hebben natuurlijk helemaal geen behandeling nodig, maar wellicht wel een troostend biertje.

Agnes van Minnen is klinisch psycholoog/psychotherapeut en VGCT-supervisor. Ze is als directeur behandelprogramma werkzaam bij het Psychotrauma Expertise Center PSYTREC te Bilthoven en daarnaast als hoogleraar 'angstregulatie en behandeling van angststoornissen' werkzaam bij de Radboud Universiteit Nijmegen. Zij doet onderzoek op diverse terreinen, met name op het gebied van dissociatie en posttraumatische stressstoornis.