



Joke van Bokkem over evidence based behandelen van trauma

Welke therapie werkt voor wie?

Tekst: **Elseline Scherpenisse** Foto: **Nienke Hofstede**

De beschikbare *evidence based* psychotherapieën voor traumaslachtoffers zijn de afgelopen jaren steeds talrijker geworden. Tussen de traumagerichte therapieën bestaan verschillen, maar ook overeenkomsten. De pioniers van deze therapieën beschreven in een overzichtsartikel de overeenkomsten tussen deze behandelvormen (zie kader onderaan dit artikel). De vraag welke traumabehandeling de voorkeur heeft is een terugkerend dilemma in de klinische praktijk. Er is echter nog geen gedegen onderzoek gedaan naar de keuze welke therapie voor wie het beste werkt. Specialist Joke van Bokkem heeft ervaring met verschillende behandelvormen en vertelt over haar ervaringen.

Joke van Bokkem is gespecialiseerd in het evidence based behandelen van de gevolgen van complex trauma en heeft ervaring met EMDR, Narratieve Exposure Therapie (NET), Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP) en Imaginaire exposure. Sinds 2010 werkt zij als klinisch psycholoog en Psychotraumatheapeut NtvP bij Centrum '45 in Oegstgeest met diverse doelgroepen. Ze behandelt daar vooral complex getraumatiseerde mensen. Daarnaast heeft ze een vrijevestigde praktijk.

Hoe ga jij van start als een patiënt zich aanmeldt voor traumabehandeling?

“Gedegen diagnostiek is de basis om tot een juiste indicatiestelling en een passend behandelbeleid te komen. Zeker omdat er bij PTSS vaak sprake is van comorbiditeit zoals angst, depressie, persoonlijkheidsproblematiek en verslaving. Voor de PTSS-screening volgens de DSM 5 maken we tegenwoordig gebruik van de PTSS-checklist (PCL-5) en de CAPS-5. De keuze voor een bepaalde vorm van traumabehandeling is maatwerk. Momenteel is die keuze meestal afhankelijk van de deskundigheid van de therapeut en van de context van de patiënt. Zo is bijvoorbeeld de narratieve exposure therapie (NET) de eerste keus bij vluchtelingen en asielzoekers, omdat traumatische gebeurtenissen vaak als een rode draad door hun leven lopen. Het is echter belangrijk om als behandelaar met een *open mind* in de diagnostische fase te kijken welke therapie het meest passend is. Je maakt een keuze voor de vorm van traumabehandeling op basis van het klachtenpatroon en het verhaal van de patiënt. Nu er zoveel verschillende methoden zijn, is de

indicatiestelling erg belangrijk zodat de traumabehandeling die je inzet goed aansluit bij het beeld.”

Hoe kom jij tot de keuze voor een specifieke traumabehandeling?

“Nadat de diagnose PTSS is gesteld en er een juiste indicatiestelling voor traumagerichte therapie is, maak je de keuze voor een specifieke behandelvorm. Als bepaalde gebeurtenissen steeds terugkomen en er sprake is van veel intrusies en herbelevingen, kies ik al snel voor EMDR. Maar bij mensen met veel verlieservaringen en gecompliceerde rouw met bijkomende heftige emoties, sluit BEPP beter aan.

NET is een passende keuze voor iemand die meerdere traumatische ervaringen heeft meegemaakt en bij wie er meer een rode lijn door het levensverhaal en de context loopt, bijvoorbeeld door migratie.

Het doorbreken van de vermijding is de eerste interventie bij alle traumabehandelingen. Vergroting van de motivatie, psycho-educatie en voorbereidende cognitieve gedragsinterventies gericht op spanning- en emotieregulatie zijn belangrijk in die eerste fase van de behandeling. Vroeger was de tendens: eerst stabiliseren en op termijn traumabehandeling. Tegenwoordig start ik de therapie met het versterken van de weerbaarheid. Ik bereid de patiënt voor, zodat hij of zij de confrontatie met traumagerichte therapie aangaat en deze niet te lang uitstelt.”

Combineer je ook weleens verschillende traumabehandelingen?

“Ik kies voor één behandelmethode en volg dan ook dat ►

protocol, om de methode haar werk te laten doen. Bij EMDR zie ik vaak op korte termijn al effect, bij NET en BEPP is het effect soms pas na afloop van de behandeling zichtbaar (Nijdam et al., 2012). Ik ben geen voorstander van een combinatie van therapieën, maar ik denk wel dat je ze soms complementair aan elkaar kunt gebruiken. Een vluchteling had bijvoorbeeld de NET-behandeling bij mijn collega bijna afgerond. Hij bleef echter last houden van één bepaalde gebeurtenis die terugkeerde in zijn nachtmerries en *flashbacks*. Ik heb toen aanvullend EMDR gedaan, alleen op dat ene beeld. Daarna kon de hele traumabehandeling van deze patiënt met goed resultaat worden afgerond. Een andere behandelmethode kan, naar mijn mening, soms net nog aanvullend zijn en met een iets andere ingang, gericht op de specifieke persisterende klachten, een positiever eindresultaat geven.”

Welke innovatieve bewegingen zie jij in het traumaveld?

“Op dit moment zien we een ontwikkeling van intensivering van behandelingen. EMDR was daarin de voorloper, en nu volgen ook andere therapieën. *E-health* en *virtual reality* zijn enorm in opmars. Bijvoorbeeld door blootstelling aan een reconstructie van de traumatische ervaring via een bril. Ik zie dit als een enorme toekomstige uitdaging en ben benieuwd hoe dit gaat doorwerken in het hele therapieveld. Bij Centrum '45 bieden we nu ook 3MDR aan (zie kader): terwijl de patiënt geconfronteerd wordt met de meest belastende herinneringen, worden alle zintuigmodaliteiten zo optimaal mogelijk aangesproken. Tegelijkertijd blijft de patiënt in beweging. Doordat patiënten meer met hun aandacht in het hier en nu blijven, is er minder kans op dissociatie en wordt de vermijding doorbroken.

Ik vind dat de therapeutische relatie ten allen tijde de meest werkzame basis vormt bij de complex getraumatiseerde patiënt. Hoe complexer het trauma, des te meer de relatie met de therapeut sturend blijft in het proces. Het zelfregulerend vermogen van de therapeut weegt mee in het effect van de gebruikte traumamethode. Hier zou meer onderzoek naar gedaan moeten worden.”

Kun je iets vertellen over de hoog-intensieve traumatherapie (HITT) in de kliniek van Centrum '45?

“In onze kliniek bieden we op dit moment twee vormen van hoog-intensieve traumatherapie aan: de HITT-EMDR-behandeling in de kliniek duurt één week. De patiënt krijgt daarbij twee keer per dag een EMDR-sessie en op de laatste dag een *exposuresessie*. Het programma van de hoog-intensieve NET duurt twee weken. Daarin bie-

“De keuze voor een bepaalde vorm van traumabehandeling is maatwerk.”

den we, naast de NET-behandeling, ook creatieve therapie en *exposure* aan. Tijdens de opname krijgen de patiënten een multidisciplinair behandelprogramma met onder andere traumasensitieve yoga, relaxatie, *exposure*-oefeningen en sport- en bewegingsadviezen. Twee therapeuten voeren de traumagerichte behandeling uit. Het voordeel van duo-behandelaarschap is dat de co-therapeut soms net een andere ingang in de traumabehandeling kiest, en dat kan positief werken.

Ik merk aan de deelnemers tijdens dit intensieve programma dat hun verwerkingsproces versneld plaatsvindt, waardoor ze letterlijk ander gedrag vertonen. Hun mimiek wordt anders, ze ervaren fysiek minder spanning, gaan emoties voelen en er is opluchting. De vermijding wordt echt doorbroken. Deze patiënten zijn dan dankbaar dat ze ergens doorheen zijn gegaan en daarvoor trots op zichzelf, en dat geeft een enorme kracht. Onderzoek naar de effectiviteit van ons HITT-programma is in volle gang. De eerste resultaten zijn veelbelovend.”

“Behandelaren onderschatten soms de belangrijke rol van *exposure* na de traumabehandeling. We zijn erg gericht op symptoomreductie van de PTSS en de comorbide problemen. Wat in je leven juist positieve herinneringen heeft gegeven, moet ook aandacht krijgen. Door de PTSS kunnen patiënten soms geen contact maken met de positieve gebeurtenissen die er ook zijn geweest. Het is belangrijk om tijdens en na de traumagerichte behandeling positieve herinneringen te versterken en uitgebreid aandacht te geven aan de betekenisgeving. Daarmee neemt vaak ook de veerkracht toe. Na de traumabehandeling moeten mensen in hun dagelijks leven gedragsverandering gaan laten zien, zodat de levenskwaliteit toeneemt en hun levensstijl verbetert. Vaak hebben ze na de opname nog vervolgetherapie nodig, bijvoorbeeld gericht op leefstijlverbetering.”

Als je kon kiezen, wat zou je dan nog verder willen onderzoeken?

“De meeste onderzoeken zijn gericht op de effectiviteit van de behandelmethode. Er zou wat mij betreft meer onderzoek moeten komen naar de *matching* van de patiënt aan de traumagerichte therapie, na de diagnosestelling. Met welke klachten kwam iemand binnen, wat was de diagnose, voor welke therapievorm is gekozen en werkte

dat? Vervolgens zou ik meer vergelijkingsonderzoek tussen de verschillende methoden willen zien. Wat zijn de overeenkomsten en de verschillen? Verder onderzoek naar de rol van de therapeutische relatie in het effect van de behandelmethode vind ik ook van groot belang. Tot slot ben ik benieuwd hoe je de meest werkzame elementen vanuit de verschillende *evidence based* therapieën met elkaar zou kunnen integreren, zodat je niet meer die verschillende concurrerende therapieën hebt. Van een competitief naar een complementair model waarin behandelvormen elkaar aanvullen voor het beste resultaat.” ■

3MDR

3MDR staat voor *multi-modular Motion-assisted Memory Desensitization and Reconsolidation*. Hierbij worden onder blootstelling aan zelf gekozen traumagerelateerde beelden enkele afleidende taken uitgevoerd. De behandeling heeft overeenkomsten met EMDR, alleen worden bij 3MDR visuele, auditieve en fysieke elementen toegevoegd. Zo wordt het imaginaire beeld vervangen door een visueel beeld (levensgrote foto's worden in een 180 graden gezichtsveld getoond) en luistert de patiënt naar gerelateerde muziek. Ook loopt de patiënt gedurende de sessie op een loopband. Tijdens een sessie wordt ongeveer 2,5 kilometer wandelend afgelegd. 3MDR doorbreekt vermijding en verhoogt betrokkenheid door de inzet van persoonlijk materiaal in een virtuele omgeving.

BEPP

De Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP) is een aangetoond effectieve behandeling voor PTSS. Tijdens de BEPP wordt desgewenst de partner betrokken bij de behandeling. De therapie bestaat uit zestien sessies, waarin eerst uitleg over de klachten en de relatie met het trauma wordt gegeven. Door middel van imaginaire *exposure* wordt terug gegaan naar de traumatische ervaring om verdriet en boosheid toe te laten. Door het schrijven van bijvoorbeeld een boze brief en/of afscheidsbrief aan overleden mensen komen belangrijke gevoelens voor de verwerking aan bod. Als de klachten dan aanzienlijk verminderd zijn, wordt de aandacht gericht op de impact van het trauma op iemands leven en op wat hij of zij ervan kan leren. De behandeling wordt afgesloten met een afscheidsritueel.

NET

Narratieve Exposure Therapie (NET) is een kortdurende behandeling die specifiek is ontwikkeld voor de behandeling van PTSS, en vooral van PTSS ten gevolge van meervoudige schokkende gebeurtenissen gedurende het leven. Bij NET staat de levensgeschiedenis van de cliënt centraal. In de behandeling wordt, na uitgebreide psycho-educatie, een levenslijn op de grond uitgelegd. Vervolgens wordt de levenslijn doorgewerkt met narratieve *exposure* en wordt een levensdocument opgesteld.

Gersons, B.P.R., Meewisse, M.L., Nijdam, M.J. (2015) Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD. In: Schnyder U., Cloitre M. (eds) Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders. Springer, Cham
(bron: www.traumabehandeling.net)

Psychotherapieën voor PTSS: wat hebben ze gemeen?

Zeven pioniers van wetenschappelijk effectief bezeten psychotherapieën voor PTSS gaven in het artikel *'Psychotherapies for PTSD: what do they have in common?'* een samenvatting van de door hen ontwikkelde behandelmethoden. Vervolgens gaven ze hun visie op de drie belangrijkste basisinterventies die traumabehandelingen volgens hen gemeen hebben en tenslotte aanwijzingen voor belangrijk toekomstig onderzoek.

De auteurs concluderen dat de momenteel beschikbare psychotherapieën voor traumaslachtoffers veel overeenkomsten hebben. Punten waarop ze overeenkomen zijn psycho-educatie, het aanleren van emotieregulatie en *co-pingvaardigheden*, imaginaire *exposure*, cognitieve ver-

werking en herstructurering. Ook wordt in alle psychotherapieën op emoties gericht en spelen geheugenprocessen een sleutelrol. Het reorganiseren van de geheugenfuncties en de opbouw van een coherent traumaverhaal staan centraal in alle genoemde behandelingen.

Voor toekomstig onderzoek vinden deze auteurs het van belang dat er meer inzicht komt in de onderliggende werkingsmechanismen. Ook benadrukken zij dat er behandelingen moeten worden ontwikkeld die zijn toegespitst op specifieke patiëntengroepen. Zij pleiten voor een breed continuüm van traumazorg dat start bij primaire preventie en eindigt bij re-integratie na het trauma.

Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E.P., Gersons, B.P.R., Resick, P.A., Shapiro, F., Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in common?, *European Journal of Psychotraumatology*, 6:1, 28186