

## Een andere kijk op de behandeling van Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Dr. Harry A.J. Rump MEd ©

### Summary

It is often assumed that short behavioural evidence-based treatment regimens – such as eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), cognitive therapy (CBT) and imaginary exposure-therapy – are the most effective for PTSD treatment. Because these regimens are evidence-based, they are usually assumed to be good. However, there are quite a few studies challenging their effectiveness. In this paper, depth psychological treatment regimens, such as psychodynamic and psycho-analytic therapies, are compared with these behavioural therapies. The paper concludes that, judged by evidence-based results, the former perform even better. This conclusion, as well as of the state-of-the-art in depth psychology, makes it worthwhile to consider treatment based on depth psychology as an alternative to the behavioural regimens in the treatment of PTSD.

### Inleiding

Het begrip PTSS heeft een grote vlucht genomen na opname in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Destijds afgekort als DSM III (inmiddels hebben we al DSM 5). Destijds werd PTSS meer gerelateerd aan klachten die militairen hadden na een missie. Tegenwoordig is het duidelijker geworden dat trauma's ook kunnen ontstaan door andere situaties. Er wordt onderscheid gemaakt tussen onpersoonlijke stressoren, zoals natuurrampen (bijvoorbeeld orkanen, tsunami's), terreuraanslagen, ongelukken of stressoren die dan interpersoonlijk genoemd worden zoals verkrachtingen, huiselijk geweld, aantasting van de hechtingsrelatie (Allen, Fonagy & Bateman, 2008).

We kennen de term enkelvoudig trauma, maar er zijn ook indelingen gemaakt met begrippen zoals complex trauma, waarbij Mooren en Stöfsl (2011) een poging hebben gedaan om dit begrip te definiëren, en indelingen als PTSS en complexe PTSS (Herman, 1992).

Verder worden trauma's beschreven aan de hand van de aard van het trauma en niet zozeer naar de klachten die erbij horen. Er wordt dan een indeling gemaakt in type 1 trauma en type 2 trauma. Hierbij is type 1 een eenmalige gebeurtenis en type 2 langdurige blootstelling (Terr, 1991; Broeke, de Jongh, Oppenheim, 2009).

Uitgaande van een intrapersoonlijke situatie met een altijd aanwezig spanningsveld tussen een Ik-ego en een Ik-zelf (Rump, 2005) kan een trauma nooit enkelvoudig zijn en is het altijd een herhaling van onmacht situaties in relatie met de omgeving. De sterkte van de gebeurtenis geeft daardoor ook diverse uitingsvormen gerelateerd aan de persoonlijkheidsstructuur van het betreffende individu.

In Nederland kennen we het begrip PTSS ook als het post-concentratiekampsyndroom ofwel het KZ-syndroom. (Bastiaans, 1957). Het werd vastgesteld bij mensen die concentratiekampen overleefd hadden en later klachten kregen. Bastiaans (1986) geeft aan dat een psychotrauma aangeduid mag worden als een geestelijke verwonding die ontstaat als een mens door een situatie zo getroffen wordt, dat hij innerlijk geheel of gedeeltelijk in machteloze afsluiting, verdriet, angst of woede, is vast blijven zitten. Of het psychotraumerend uit zal werken is afhankelijk van het evenwicht tussen draagkracht en draaglast. Bastiaans heeft zijn hele leven, met steun van prins Bernhard, gewerkt aan het behandelen van mensen met een KZ-syndroom. Nederland is het land dat wat betreft publicaties over onderzoek naar Psychotrauma op de 7<sup>e</sup> plaats staat (Vermetten & Olf, 2013). Waarschijnlijk hebben we dit mede te danken aan de WOII achtergrond. Ondanks dit feit kunnen we niet zeggen dat er sprake is van een goede behandeling bij de huidige veteranen.

In een inventarisatie van het Thuis-Front-Zorg over de aanzet tot een proactieve zorgstrategie rond vredesmissies, schrijven Goedhart & Solleveld (2010) in de inleiding dat de zorg voor militairen die ernstige psychosociale gezondheidsproblemen hebben na deelname aan oorlogen of vredesmissies al jaren een onderwerp van discussie is. Er komen vragen als: in hoeverre is PTSS veroorzaakt door een vredesmissie? Hoe kan het voorkomen worden en is daar het nodige voor gedaan? Welke behandeling en hulp moet geboden worden, en wie gaat dat

betalen? Ze geven ook aan dat de Minister van Defensie en de legerleiding zich in de discussie gewoonlijk terughoudend opstellen. Een belangrijke opmerking die ze maken is dat dit al zo is, sinds de *Shellshock* werd ingevoerd bij de eerste wereldoorlog om de ernstige psychische gevolgen van de oorlog aan te duiden. Misschien moeten we wel tot de conclusie komen dat in veel landen, maar zeker ook in Nederland, de mensen die door de desbetreffende regeringen zijn uitgezonden, altijd na afloop door middel van ontkenning in de kou komen te staan of zelfs als daders neergezet worden.

Gezien het feit dat door de diverse definities geen eenduidige beschrijving meer kan worden gegeven, worden de onderzoeken ook enkel gebaseerd op een bepaalde definitie.

Zo worden volgens Jongedijk (2008) bepaalde symptomen niet of onvoldoende beschreven maar wel regelmatig gezien. Hij geeft hiervoor o.a. de volgende symptomen: woede, wraakgevoelens, schuldgevoel, schaamte, dissociatieve symptomen, psychosomatische klachten, wantrouwen, walging, problemen met het hanteren van emoties en affecten, gebrek aan veerkracht, gebrek aan sociaal steunsysteem, hertraumatisering en verminderde lichamelijke gezondheid. Hiermee komt de term complexe PTSS weer in beeld. (Herman, 1992) Tuut (2013) geeft in haar gedegen onderzoek aan dat het hierbij gaat om meer diepgewortelde veranderingen in persoonlijkheid en identiteit naast de klachten zoals ernstige herbelevingen en een verhoogde prikkelbaarheid, die behoren bij PTSS. Verder ontstaan er problemen in het dagelijks functioneren, is er sprake van persoonlijk lijden en zijn er ernstige problemen in de sociale contacten. We kunnen spreken van een invloed op gedragspatronen, opvattingen over zichzelf, de wereld in zijn algemeenheid, en anderen.

Vanwege de niet eenduidige definities lijkt het zinvol te spreken van een ernstige traumatisering die ingrijpende gevolgen heeft voor de persoon zelf en zijn of haar omgeving.

In ieder geval worden drie systeemgroepen onderscheiden namelijk de herbeleving, vermijding en hyperarousal (verhoogde prikkelbaarheid). Toch mogen we de dissociatieve verschijnselen niet vergeten. Hieronder vallen onder andere: verdoving, onthechting, derealisatie, afwezigheid emoties, depersonalisatie, amnesie, etc. Deze verschijnselen horen bij situaties die te groot zijn geweest voor het bewustzijn waar we normaal mee werken.

Als we bij defensie kijken, zien we dat zowel uit Nederlands en internationaal onderzoek blijkt dat het risico op psychische problemen en stoornissen aanzienlijk is bij uitzendingen. Eén op de vijf uitgezonden militairen ontwikkelt klachten of symptomen van PTSS. In het artikel *Geestelijke gezondheidszorg voor militairen en veteranen* (Gersons et al, 2006) wordt uitgegaan van 4 tot 5 % militairen met PTSS. In het onderzoek van Dirkwager en Bramsen (2008) vertoonde 15,5 procent wel posttraumatische stressreacties, maar voldeed 5,6 procent aan alle criteria. Verder wordt in genoemd artikel aangegeven dat de militaire GGZ niet beschikt over een lange-termijnvisie op kennisontwikkeling en onderzoek. Kennis wordt 'te hooi en te gras' verzameld, terwijl wetenschappelijk onderzoek sterk door persoonlijke belangstelling bepaald wordt. Er wordt aangegeven dat de coördinatie van wetenschappelijk onderzoek ontbreekt, evenals samenwerking tussen de verschillende uitvoerende partijen. Er is een geringe wisselwerking tussen de klinische praktijk, onderzoek en beleid, waardoor het kennismanagement zwak is en bepaalde soorten relevant onderzoek ontbreken.

De militaire GGZ dient *evidence based* te werken. Overheden of verzekeringen hechten veel waarde aan het begrip *evidence-based*, waardoor een bepaalde gedragsmethode dan vol ingezet wordt. We zien dat er een gesloten circuit ontstaan is waarin de "wetenschappelijk" bewezen gedragsmethoden worden toegepast en herhaalt. De vraag is echter of deze behandelvormen zoveel beter zouden zijn dan psychodynamische of psychoanalytische therapie.

In dit artikel wordt eerst het ontstaan van PTSS, de andere vormen van trauma en de faseringen bekeken, waarbij ook gekeken wordt naar de cultuur waarbinnen een persoon functioneert en de persoonlijkheidsstructuur. Daarna volgt een overzicht van de huidige behandelmethoden en wordt er gekeken hoe effectief deze behandelingen zijn.

Dan wordt aangegeven wat *evidence-based* eigenlijk inhoudt en wat de reden zou kunnen zijn voor de gerichtheid op de gedragsmatige behandelvormen.

Vervolgens wil ik het verschil aangeven tussen gedragsmatige behandeling of dieptepsychologische behandeling, zoals de psychodynamische of psychoanalytische therapie.

Daarna volgt een overzicht over de effectiviteit van de behandelvormen, de interventies en de rol van de behandelaar. Verder wordt ingegaan op de onderzoeken en resultaten van de behandelvormen, waarbij ook een historische terugblik wordt gegeven omtrent de natuurwetenschappelijke ontwikkeling. De vraag of een dieptepsychologische behandeling *evidence-based* is wordt beantwoord en we kijken naar echte geesteswetenschap. Tenslotte volgt van daaruit de fasering bij de behandeling van (complexe) PTSS ofwel ernstige traumatisering.

### **Het ontstaan van PTSS en de fasen**

Omdat in de huidige literatuur Bastiaans veelal ontbreekt, wil ik toch verwijzen naar de vier fasen van Selyes General Adaption Syndrome (GAS) (Bastiaans, 1986) die hij beschrijft.

De fysioloog Selye beschreef in 1936 de typische stressreacties. Bastiaans geeft aan dat bij de *shockfase* in extreme situaties er een uitschakeling is van het bewustzijn. Er kan depersonalisatie, zelfvervreemding en een soort Ik-verlamming ontstaan. Daarnaast gaat, als het bewustzijn nog niet geheel is uitgeschakeld, een extreme machteloosheid overheersen, waardoor sommigen voor de rest van hun leven in de machteloosheidservaring gefixeerd blijven. We kunnen hier ook stellen dat het centrale mechanisme bij complexe posttraumatische stoornissen dissociatie is, die optreedt als verdedigingsstrategie tegen overweldigende ervaringen (Herman, 1992). Wat hier gebeurt is dat het cognitieve Ik bewustzijn (het bewustzijn waar we normaal mee werken) de situatie in draagkracht niet meer aan kan en er een regressie, teruggaan plaatsvindt naar ons interne basale IK-zelf dat verbonden is met een collectieve energie (Rump, 2014).

Als tweede noemt hij de *alarmfase* of *contra-shockfase* een toestand van innerlijk alarm met alle manifestaties van "arousal". Dit gaat gepaard met allerlei symptomen zoals extreme nervositeit, angst, slapeloosheid, rusteloosheid en alles wat hoort bij hyperesthetisch emotioneel syndroom, een overgevoeligheid voor zintuiglijke en emotionele prikkels. De ingebouwde alarmapparatuur wordt geactiveerd. Normaal zijn angst, pijn, schuld en schaamte een waarschuwingssignaal om het organisme te activeren tot het vinden van een oplossing. Als een mens deze signalen niet meer oppakt wordt alleen nog de dreiging ervaren en kan hij voor de rest van zijn leven in de ervaring van deze gevoelens en de daarmee verbonden gedragspatronen gefixeerd blijven. Dan blijft die mens, angstig pijnlijvend, schuldig, of schaamt zich blijvend. Hier zien we dus symptomen ontstaan die niet beschreven staan bij de PTSS maar wel terugkomen bij de complexe PTSS.

Als derde fase komt de *aanpassingsfase* waarin mens en organisme een oplossing trachten te vinden. Basisprincipes hierbij zijn "fight" of "flight". Dit is afhankelijk of de persoon een sterkere neurotische- of psychotische organisatie heeft (Rump, 2003). Bij "fight" gaan woede en agressie overheersen. Bij "flight" ontstaat een terugtrekken, zoals chronische depressie, apathie, gevoelsarmoede. In deze derde fase begint de vermoeidheid een rol te spelen en ontstaan de nachtmerries.

Als vierde fase treedt de *uitputtingsfase* op waar geen weerstand meer geboden kan worden.

We kunnen dit verbinden met de vier groepen verschijnselen die de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie noemt in het overzicht posttraumatische stressstoornis (PTSS) – diagnose.

In de publicatie *Uitgezonden en afgeschreven* geeft Schalke (2011) treffend aan dat de cultuur binnen defensie anders is dan in de burgermaatschappij. Ze heeft het over "een tandje erbij, niet zeuren maar doorgaan". Ze geeft ook aan dat defensie de volgende omschrijving hanteert: "*Mensen zijn het belangrijkste kapitaal van de krijgsmacht. Het personeel kenmerkt zich door kameraadschap, mentale en fysieke gehardheid en discipline. Leiderschap bij defensie is gebaseerd op wederzijds vertrouwen en zelfstandig handelen.*" Dit is belangrijk voor het beloop van een psychotrauma, daar hier het vrij uiten van gevoelens geblokkeerd is en veelal stoer gedrag ingezet wordt om maar niet gezien te worden als "slap". Met het bestaande gedrag heb je de situatie aangekund en daarom wordt deze vastgehouden.

De traumasymptomen zoals reeds eerder beschreven op pagina 2 bij Jongedijk (2008) vallen niet binnen de gewone diagnose PTSS, maar zijn echter meer zichtbaar bij veteranen. Bastiaans had deze symptomen al beschreven bij de tweede fase.

Vanwege de (te verwachten) houding van de militair heeft debriefing op de manier waarop deze nu toegepast wordt binnen defensie ook geen enkele zin. Ook Jongedijk (2010) geeft aan dat uit een aantal gerandomiseerde onderzoeken is gebleken dat, los van het feit dat de opvang wel gewaardeerd wordt, debriefing doorgaans geen positief of zelfs schadelijk effect heeft op het beloop van de klachten. Het zou de weerstand verzwakken en meer stress geven. Hij stelt dat in de literatuur als alternatief wordt aangegeven dat het opvangmodel zou moeten worden toegepast zonder de emotionele en educatieve kant. Dit houdt in steun, geruststelling, erkenning, het verhaal laten doen; feitenrelaas en begrip geven.

Indien we echter kijken naar de wijze van debriefing, zien we dat het klassieke debriefingmodel groepsgewijs of individueel plaatsvindt aansluitend of binnen enige dagen na de traumatische gebeurtenis. Dan komen de feiten aan de orde, de gedachten tot de gebeurtenis, het uiten van emoties en voorlichting over stressreacties.

Zoals we bij de houding van de militair hebben gezien, zal deze bij debriefing volledig in zijn rol proberen te blijven en zal debriefing geen of zelfs een negatief effect hebben.

Bij burgers zullen in een groep dezelfde fenomenen gaan spelen als bij de militair namelijk: sterker voordoen dan je bent of meegaan in groepsemotie, waarbij de emotie van de groep iets raakt uit het eigen verleden wat geen directe link hoeft te hebben met de werkelijke situatie op dat moment.

Na enkele dagen is het verdedigingssysteem al vol aan het werk. Feiten, gedachten tot de gebeurtenis en voorlichting over stressreacties activeren cognitieve reacties en zorgen voor het vastzetten van belevingen.

Het alternatief dat in de literatuur genoemd wordt heeft zwakke punten op de onderdelen:

- a. *steun*, omdat dit slechts aanwezigheid in zou moeten houden;
- b. *geruststelling*, want dan volgen weer eigen delen van de hulpverlener;
- c. *erkenning*, daarvoor hoeft niets gedaan te worden behalve luisteren;
- d. *begrip geven*, een probleem want de hulpverlener heeft het (meestal) niet meegemaakt en begrijpt er niets van. Beter zou zijn: geen inmenging!

Wat nodig zou zijn is *direct en individueel aandacht geven*. Wat dan belangrijk wordt is het creëren van een veilige situatie waarbinnen iemand zijn verhaal kan doen. Zonder cognitieve vragen, waarbij de begeleider alleen maar aanwezig hoeft te zijn en laat vertellen. Dit houdt in dat er *wel* emoties kunnen komen. Als voorbeeld: indien iemand zich in zijn vinger heeft gesneden en er wordt gevraagd hoe dat voelt, wordt het antwoord waarschijnlijk los van emotie: "O, dat valt wel mee" Als de persoon echter gevraagd wordt te vertellen wat hij ziet als hij naar de vinger kijkt, komen er automatisch emoties los. Dit heeft te maken met het "beeld". Een beeld verbindt de persoon met zijn innerlijke belevingswereld. Het vertellen over een beleefde situatie geeft innerlijke beelden die gemakkelijk lichaamsinnervaties op kunnen roepen zoals emoties.

De aanbeveling met betrekking tot debriefing in het artikel *Geestelijke gezondheidszorg voor militairen en veteranen* (2006) met onderdelen als: bespreken hoe het verlopen is, wat ervan te leren is, stoom afblazen en eventuele aandacht geven aan ingrijpende gebeurtenissen, dat in de toekomst voor het grootste deel door militairen zelf uitgevoerd zou kunnen worden, kan militair-technisch nuttig zijn. Het heeft echter weinig zin in het kader van traumaverwerking.

Juist mensen die geleerd hebben het hoofd te bieden aan moeilijke situaties, zullen de ontwikkelde strategieën ook toepassen na de traumatisering. Dit leidt tot een patiënten delay en sociaal isolement, omdat getracht wordt de klachten zelf te dempen. Verholt (2012) geeft aan dat veteranen zich gemiddeld 9,7 jaar na de laatste uitzending voor het eerst aanmelden voor behandeling (Hopman, 2008). Dit komt overeen met de 8 tot 9 jaar die Schalke (2011) vermeldt. Verder geeft Verholt aan dat er onder de militairen stigma's gelden zoals: als zwak gezien worden en geen vertrouwen meer krijgen van collega's uit de eenheid (Kim et al., 2011).

Daarnaast is een belangrijke uitspraak van veel veteranen weergegeven, namelijk: "Ik ontkende mijn klachten / ik erkende mijn klachten niet." Ook moeten we de angst voor etikettering niet uitsluiten.

In het artikel: "Van wie verwachten militairen hulp, EFT voor PTSS" wordt aangegeven dat van de 1,64 miljoen uitgezonden Amerikaanse soldaten naar Irak en Afghanistan zo'n 20% PTSS heeft". Van de 53% van hen die in 2007 zelf hulp hebben gezocht bij een behandelaar in de reguliere gezondheidszorg, heeft slechts de helft een minimum aan goede hulp gekregen (Tanielan et al, 2008). Wat militairen zelf tegenhield om hulp te zoeken bij de reguliere zorg waren de volgende redenen:

- bang dat de medicijnen negatieve bijeffecten zouden hebben;
- negatieve consequenties voor hun militaire loopbaan;
- van familie en vrienden betere hulp verwachten dan van de reguliere gezondheidszorg;
- verwachting dat de collega's minder vertrouwen in hen zouden hebben;
- bang dat de behandeling niet geheim zou worden gehouden;
- verwachting dat zelfs goede geestelijke gezondheidszorg niet bijzonder effectief zou zijn.

In een Engelse studie van militairen die deelgenomen hebben aan vredesmissies tussen 1991 en 2000 (Greenberg, N., 2006) wordt aangegeven dat de meeste militairen over hun ervaringen spreken met collega militairen die dezelfde ervaringen meegemaakt hebben, met hun echtgenoot of partner, met een ander familielid, met een collega militair die niet in dezelfde uitzending zat, met burgervrienden of kennissen. Slechts vijftien procent praatte met mensen op een hogere positie in de militaire hiërarchie.

Iemand met een sterkere neurotische organisatie zal door het afsluitingsprincipe meer kampen met angsten en onderdrukte woede, de onderdrukking geeft een grote spanning hetgeen weer zorgt voor impulsdoorbraken en extreme woede aanvallen. Dit kan zich ook gaan uiten in huiselijk geweld. Hierdoor ontstaat een situatie, waarbij het hele gezin gericht is op de stemming van de getraumatiseerde. Zo ontstaan ook veel scheidingen. We zien dat het uiten van woede van invloed is op de relatie (Guerrero et al., 2008) en (Beach, Martin, Blum & Roman, 1993).

Bij mensen met een sterkere psychotische organisatie zal de schaamte en schuld een grotere rol spelen. Deze mens heeft minder ik-sterkte, waardoor ook een terugtrekken (in zichzelf) of vluchtbeweging ontstaat. Men zet een falen of minderwaardigheid in naar zichzelf.

Schalke (2011) geeft ook aan dat in onderzoeken die gedaan zijn de focus eerst lag op "survival guilt" en "combat guilt", maar dat Rietveld (2009) meer vormen van schuld en schaamte heeft gedestilleerd.

In een overzicht dat Rietveld hanteert wordt aangegeven dat:

- a. schaamte ons idee over wie we willen zijn ondersteunt, ons helpt te streven naar goedheid, idealen en onze verplichting handhaaft tot het sociaal bepalen wie we zijn.
- b. Schuld ons bindt aan sociale en morele standaarden, ons gevoel ondersteunt dat er orde en betekenis is in de wereld met het gevoel dat we controle hebben, de waarde van verenigbaarheid met anderen en vergeven worden ondersteunt, ervoor zorgt dat we ons een deel voelen van de gemeenschap die de morele orde ondersteunt en onze morele ontwikkeling sterkt.

Het is nodig dat een persoon een zekere norm van goed of fout en van goed of kwaad moet beseffen en accepteren, moet accepteren dat er bepaalde standaarden zijn voor zijn/haar gedrag, open moet staan voor de vraag over de verantwoording daarvan, een zelfreflectief vermogen en zelfkritiek moet hebben om de discrepantie te kunnen herkennen tussen de bestaande waarde en zijn of haar gedrag, bepaalde waarden ook als relevant moet beschouwen, een waardebesef moet hebben, over een empathisch vermogen moet beschikken en zich moet kunnen verplaatsten in de ander.

Hierna wordt aangegeven dat schuld en schaamte zelfbewuste, morele en sociale emoties zijn en dat beide functionele emoties en cognities zijn.

Dit laatste is geheel geschreven op een zelfsturende mogelijkheid uitgaand van een cognitieve controle. Dit gaat uit van een wilsprincipe.

Iets eerder wordt echter aangegeven dat: "Mensen die eerder geneigd zijn tot schuldgevoelens, kunnen zich beter in anderen verplaatsen en zijn meer empathisch en meer met de behoeften en wensen van anderen bezig dan mensen die minder snel geneigd zijn zich schuldig te voelen."

Deze passage geeft meer de werkelijkheid weer. We hebben namelijk te maken met mensen die als *overlevingssysteem* in eerste instantie gericht zijn op de ander. Of om het nog duidelijker te zeggen "bestaan bij de gratie van de ander". Er zit nagenoeg geen enkele cognitieve sturing in, omdat het basisprincipe van "gerichtheid op de ander" altijd stuurvoorrang heeft.

Dit is duidelijk anders dan bij mensen met een neurotische organisatie, omdat die groep in eerste instantie het "strijden en verdringen" als *verdedigingssysteem* in kan zetten.

Schalke (2011) zegt dan ook terecht, dat schaamte het gehele zelf aantast en daarmee gerelateerd is aan zelfhaat. "Ik vind mijzelf waardeloos, anderen zullen dit ook vinden." Ze geeft aan dat dit resulteert in de behoefte tot je verstoppen of anderen te ontvluchten. Hierin vinden we de reactie die hoort bij een psychotische organisatie namelijk "aanpassen of vluchten". Dit "vluchten" staat synoniem voor: afstand nemen, idealiseren, derealisatie, depersonalisatie, en de vorm die het in extreme situaties aanneemt: dissociatie.

Wat duidelijk wordt is dat het verschil in het type mens niet meegenomen wordt in de onderzoeken. Hierdoor beginnen zaken door elkaar te lopen, omdat de reacties van beide typen verschillend zijn.

Zoals we ook bij de fasen in het overzicht van Bastiaans (1986) hebben gezien heeft ieder mens vanuit zijn neurotische organisatie een *verdedigingssysteem* ter beschikking met coping reacties. Hoe weinig dit ook kan zijn. Zodra de draagkracht het af laat weten neemt een "automatisch werkend" *overlevingssysteem* het over. Hierdoor komt de situatie niet meer binnen in het Momentaan (cognitief) bewustzijn en blijft het in het Gedissocieerd bewustzijn (Rump, 2014). Daar wordt het als het ware bevroren tot het moment dat de ik-sterkte weer zodanig is dat het cognitief bewust en geïntegreerd kan worden.

Hiermee komen we bij het verschil tussen splitsing/verdringing en dissociatie.

Er is veel geschreven over splitsing waarbij dissociatie meestal wordt ondergebracht bij splitsing. Dit komt omdat er sinds het ontstaan van de psychoanalyse uit werd gegaan van een bewust deel, en een onbewust deel dat diende als opbergmogelijkheid van pijnpunten. Nicolai (1997) vraagt zich af wat de overeenkomst is tussen het afsplitsen van traumatische herinneringen en gevoelens, en het splitsen van verschillende zelf- en objectbeelden, of dat het zaken zijn van verschillende orde. Ze bekijkt dit in het kader van verschillen tussen de borderline persoonlijkheidsstoornis en de dissociatieve stoornissen, speciaal met betrekking tot de behandeling hiervan. In hun onderzoek bij patiënten met een zogeheten echte borderline persoonlijkheidsstoornis en een dissociatieve groep hebben Boon en Draijer (1993) vastgesteld dat de dissociatieve groep een geschiedenis van trauma's heeft en veel meer dissociatieve symptomen zoals: depersonalisatie en derealisatie, tijd kwijt zijn, identiteits-verwarring, identiteits-wijziging en amnesie.

Nicolai geeft aan dat Freud in zijn vroege geschriften de term Spaltung gebruikt om aan te geven, dat in het psychische apparaat twee verschillende fenomenen aanwezig zijn, die *niets van elkaar weten*. Het gaat dus om het gesplitst zijn van bewustzijn.

In het topografisch model van rond 1915 vat Freud splitsen op als een horizontale splitsing tussen dat wat bewust en dat wat onbewust is. In het economische gezichtspunt ontwikkelt het zich dan tot het concept van verdringing als centrale afweer. In het structurele model van 1926 wordt dit verdringen dan een van de afweervormen van het Ik tegenover zich opdringende driftmatige impulsen.

Freuds vroege definitie lijkt sterk op het begrip dissociatie, zoals dit in de traumatheorie gebruikt wordt (Laplanche & Pontalis, 1973). In de traumatheorie (Van der Hart, 1991; Gabbard, 1994) kennen we het begrip van de verticale splitsing. Hiermee wordt aangegeven dat herinneringen uit het bewustzijn geweerd worden. De verticale splitsing komt dan overeen met dissociatie en de horizontale met verdringing. Hier moeten we echter nog een kanttekening bij maken, daar het nog steeds benoemd wordt vanuit de richting van het cognitief bewustzijn als een soort mogelijkheid die we zouden hebben. Dissociatie is zoals reeds aangegeven (Rump, 2014) geen manipulatie van het bewustzijn om een onverdraaglijke werkelijkheid niet te kennen, voelen of ervaren zoals Spiegel dit vindt (Spiegel, 1990). Janet zit er veel dichter bij, omdat hij vindt dat bij dissociatie, bepaalde denkbeelden en functies ontsnappen aan de controle en de kennis van het persoonlijk bewustzijn (Van der Hart, 1991). Dit verschil is van wezenlijk belang voor de behandeling van PTSS. Overweldigende traumatische ervaringen komen te liggen in een gebied dat nooit bewust is geweest. We hebben nu te maken met een deel dat cognitief bewust is geweest en verdrongen, en een deel dat nooit cognitief bewust is geweest en gedissocieerd is. Dit geeft al aan dat er een gefaseerde behandeling nodig is. In het volgende hoofdstuk zullen we eerst de bestaande behandelwijzen bekijken en het effect dat ze sorteren.

### **Huidige behandelwijzen PTSS**

Er zijn in de loop der tijd verschillende *evidence-based* behandelvormen ontwikkeld voor PTSS. Los van de medicamenteuze behandeling, zoals de benzodiazepinen (rustgevend) en serotonine heropnameremmers (anti-depressie), zijn de meest bekende behandelmethoden: *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), cognitieve therapie (CGT), imaginaire exposure-therapie, langdurige blootstelling aan traumatische herinneringen en *interapy* (schrijfopdrachten via internet).

Binnen de cognitieve gedragstherapie CGT, kennen we ook enkele afgeleide vormen zoals: de korte eclecticische behandeling KEP voor PTSS. Hierbij wordt in een korte behandeling getracht pijnlijke gevoelens en gedachten te veranderen, door middel van vertellen, brief schrijven, afscheid nemen van een nare periode (rituelen). En de *narrative exposure therapy*, exposure in samenhang met het levensverhaal.

#### **EMDR**

Een van deze *evidence-based* methoden is *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR). Deze methode werd door Shapiro (1989) gepubliceerd. Hier zijn vele vragen over te stellen zoals: wat heeft de oogbeweging door het volgen van een snel bewegende vinger voor zin bij de concentratie op herinneringsbeelden. De *subjective units of disturbance* (SUD) – schaal wordt gebruikt om de spanning te meten. Maar de spanning komt altijd op 0 uit als we doorgaan tot mensen zeggen dat ze geen spanning meer voelen.

Bij EMDR wordt de cliënt nadrukkelijk gevraagd om herinneringen van de traumatische gebeurtenis op te halen terwijl hij/zij laterale vingerbewegingen van de therapeut volgt met de ogen. Wanneer de cliënt ongeveer 20 reeksen van oogbewegingen heeft gevolgd, rapporteert hij/zij de lichamelijke sensaties, die ervaren worden. Dit proces wordt herhaald totdat de cliënt een sterk verminderde angst ervaart van de emotionele herinnering.

Er zijn in de loop der tijd heel veel onderzoeken geweest. Onderzoeken wijzen ook uit dat ondanks een daling van de SUD, de PTSS symptomen niet automatisch verminderen (Kersloot, 2014). Dit resultaat zien we ook bij Russell (2008).

De discussie heeft zich nu meer op de oogbewegingen gericht, waarbij de “werkgeheugen theorie” op dit moment het meest gangbaar is (van den Hout & Engelhard, 2012). Oogbewegingen zouden de levendigheid van het beeld verminderen door de visuospatiële informatiecomponent, het zien en verwerken van een waarneming in de ruimte, van het werkgeheugen te belasten. Zo kennen we nu ook de *Emotional Freedom Techniques* (EFT) tijdens de herinnering aan een belastende situatie moet er geklopt worden op plaatsen die verbonden zijn met specifieke punten op energiebanen in het lichaam. Dit alles om beide hersenhelften te activeren. De vingerbeweging en het kloppen lijken verdacht veel op het

principe “ankeren”, als een soort klassieke conditionering, uit Het Neuro-Linguïstisch programmeren dat in de jaren zeventig door Richard Bandler en John Grindler ontwikkeld is. Ook hier worden positieve en negatieve gevoelens “geankerend” en daarna worden de “ankers” met elkaar verbonden om de gevoelens te neutraliseren.

In de richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis (2003) van de GGZ komen we tegen. “Gezien de geringe hoeveelheid onderzoek naar de lange termijn effecten van EMDR bij PTSS en gezien de klinische ervaring dat met name bij PTSS nogal eens ‘anniversary effecten’ kunnen optreden, alsmede andere fenomenen waardoor de klachten na verloop van tijd opnieuw naar voren kunnen komen, is het verstandig om hieromtrent maatregelen te nemen die passen bij ‘good clinical practice’. Deze behelzen adviezen over de handelwijze bij terugkeer van de klachten en duidelijke afspraken met patiënt en huisarts over de mogelijkheid om bij (dreigende) terugval snel te kunnen worden gezien voor een of enkele ‘herhalingsgesprekken.’”

Een interessant gegeven vinden we terug in het onderzoek “EMDR en de werkgeheugentheorie: treden er spiegelbeeldige effecten op bij oogbewegingen en imaginatie?” (Hoeven & van der Schoot, 2010). Hier wordt aangegeven dat hyperconcentratie op een herinnering resulteert in meer complete en waarheidsgetrouwe herinneringen. Deze conclusie is van belang voor de dieptepsychologische behandeling wanneer er gebruik gemaakt wordt van hypnose.

#### CGT

Zowel „Eye Movement Desensitization and Reprocessing” (EMDR) als Cognitieve Gedragstherapie (CGT) blijken volgens onderzoeken effectief zijn in de behandeling van PTSS, en de effecten van EMDR blijken vergelijkbaar zijn met die van CGT (American Psychiatric Association, 2004; Bisson, Ehlers, Mathews, Pilling, Richards & Turner, 2007).

CGT omvat vaak blootstelling, imaginaire exposure (IE), aanleren van copingvaardigheden en ontspanningstechnieken. Bij IE hebben we te maken met een confrontatie met de traumatische gebeurtenis door deze herinnering opnieuw in gedachten te beleven. Bij exposure in vivo wordt iemand in de werkelijke situatie blootgesteld aan de situaties die vermeden worden.

Vanuit een cognitief proces wordt tegenwoordig het falsificeren van disfunctionele verwachtingen gezien als een belangrijk element bij exposure (Korrelboom & ten Broeke, 2010). Hierover is ook al geschreven in het *Handboek psychopathologie* (Vandereycken, Hoogduin en Emmelkamp, 2009) waar aangegeven wordt dat door blootstelling aan de herinnering aan het trauma en de emoties, het trauma zich niet opnieuw gaat voordoen en de emoties verdwijnen. Het gaat om het bewerkstelligen van een andere interpretatie (Foa e.a., 1991). Het onderzoek van Johnsen and Oddgeir (2015) geeft aan dat het effect van de behandeling van cognitieve gedragstherapie (CGT) een dalende trend in de tijd toont. Ze zeggen: "Hedendaagse klinische behandelingsproeven lijken daarom minder effectief dan de therapieën die decennia geleden uitgevoerd werden."

De auteurs bekeken verschillende mogelijkheden van deze resultaten. Als belangrijkste reden nemen ze aan de werking van het "placebo-effect" van CGT en dat de hoop en het geloof in de werkzaamheid van CGT enigszins is gedaald in de afgelopen decennia.

#### Exposure therapie

Zoals we hebben gezien worden er twee soorten van exposure gehanteerd namelijk de Exposure in Vivo (in de werkelijkheid) of de Imaginaire Exposure (in Vitro).

De bedoeling van de exposure zoals die ingezet wordt is dat het leidt tot een uitdoving van de respons, ofwel extinctie van de angst (Foa, Riggs, Massie & Yarczower, 1995). Deze therapie is volgens Nathan (2007) het eerste op het verleden gerichte model voor de behandeling van PTSS waarvan de waarde kwam vast te staan. Het wordt beschouwd als de gouden standaard. De basis van exposure therapie is te vinden in de twee-factor theorie van Mowrer (1960). In de twee-factor theorie worden posttraumatische symptomen verondersteld voort te komen uit een combinatie van klassieke conditionering en operant leren, een gedragshandeling die zelf uitgevoerd wordt.



Mowrer veronderstelde dat angst ontstaat door klassieke conditionering. Gedrag is een respons op de stimulus, prikkel, wat ervoor zorgt dat er vermijdingsgedrag ontstaat. Hierdoor komt iemand niet meer in aanraking met de eerste stimulus en zal hij niet ervaren dat het niet het gevaar teweeg brengt wat hij verwacht. Op deze manier wordt de angst in stand gehouden. Tijdens exposure therapie wordt een persoon net zo lang blootgesteld aan de beangstigende stimulus totdat de angst uitdooft. Hierdoor leert de persoon dat de verwachtingen die hij heeft over de beangstigende stimulus niet waar of overdreven zijn. Door blootstelling aan de stimulus krijgt de persoon informatie over de stimulus die niet klopt met zijn eigen representaties en zullen uiteindelijk zijn cognities over deze stimulus wijzigen waardoor ook de angst vermindert. Exposure therapie richt zich dus niet op de traumatische herinneringen of geconditioneerde reacties, maar de angstreactie op de geconditioneerde stimuli wordt geremd. Vandaar dat dit ook valt binnen de gedragstherapie.

Als een andere vorm van exposure therapie kennen we ook de *Narrative Exposure Therapy* (NET) (Robjant & Fazel, 2010) waarbij getracht wordt de contextuele informatie en de informatie uit het sensorische of zintuigelijke geheugen te integreren in een autobiografisch verhaal. Het sensorische geheugen wordt gebruikt door zowel het cognitief bewustzijn als het "onderbewustzijn". Het is kortstondig maar heeft een grote capaciteit, daarnaast onttrekt het zich aan de controle van het cognitieve bewustzijn.

Bij de NET is het de bedoeling dat de cliënt alle stressvolle gebeurtenissen in een chronologische volgorde krijgt. Het uitgangspunt is dat verschillende angststructuren elkaar overlappen.

In enkele onderzoeken blijkt Exposure therapie toch iets beter te werken dan EMDR of ontspanningstechnieken (Taylor et al., 2003).

Een overzicht van mogelijke contra-indicaties voor Exposure therapie geeft aan dat het ook goed te gebruiken is in aanwezigheid van comorbide depressie, middelenmisbruik, borderline persoonlijkheidsstoornis en dissociatie (van Minnen, Geschaad, Zoellner, en Mills, 2012).

Dit laatste gegeven is lastig omdat in de typische gerandomiseerde gecontroleerde trial voor *evidence-based* therapieën, ongeveer twee derde van de patiënten a priori uitgesloten wordt (Westen et al., 2004). Dat wil zeggen, zij hebben bijvoorbeeld de diagnose PTSS en hebben behandeling nodig, maar vanwege de uitsluitingscriteria, zijn ze uitgesloten van deelname. Ze voldoen dan niet aan de criteria van DSM, hebben een persoonlijkheidsstoornis, zijn niet stabiel of mogelijk suïcidaal. Dit zijn echter wel de mensen die we krijgen voor behandeling in de echte wereld van de praktijk.

### **Evidence-based**

In het artikel: *Where is the Evidence for "Evidence-Based" Therapy* (Shedler, 2015) wordt aangegeven dat het begrip, uit de geneeskunde komt. Hier moest het ervoor zorgen dat medische beslissingen gebaseerd zouden moeten zijn op klinisch oordeel, waarden en voorkeuren van patiënten, en relevant wetenschappelijk onderzoek.

Binnen de geesteswetenschappen betekent het *niet* het toepassen van met wetenschappelijk onderzoek bewezen, effectieve methoden. *Evidence-based* werken gaat over kennis wat werkt, bij wie en waarom. (Yperen, 2014). Dit is echter dubbel, want de kenniscyclus die ontstaat verloopt meestal via wetenschappelijk onderzoek en publicaties. Daarnaast zien we uitspraken als: "*Evidence-based* werken houdt in dat je behandelingen aanbiedt waarvan *op grond van wetenschappelijk onderzoek* het beste resultaat...". We zien ook dat wanneer iets bijvoorbeeld op de korte termijn lijkt te werken, het in ons economisch bestel direct een *hype* en daarmee thema van onderzoek wordt met vele tegenstrijdige uitkomsten, die echt niet door iedereen gelezen worden. Het lijkt dan wel een manier waarop Amerikaanse producten met groot PR-geweld op de markt gezet worden. De marketing bepaalt dan het gebruik en niet de waarde van het product. Daarnaast ontstaan omschrijvingen op producten die niets weergeven zoals: "dermatologisch getest". Het staat interessant, maar niemand weet wat getest is.

De effectgroottes van methoden in het sociale domein zijn meestal relatief klein en niet eenduidig, alleen positieve resultaten worden weergegeven en niet de 75% die niet gelukt is (Shedler, 2015).

Door deze huidige gang van zaken, in een tijd waarin alles efficiënt en economisch moet zijn, wordt graag aangestuurd op korte snelle oplossingen.

Naast het feit dat *evidence-based* ervoor kan zorgen dat we gericht blijven op beroepsmatig handelen, heeft het als nadeel dat mogelijk betere of meer werkzame methoden niet worden toegepast omdat ze niet genoemd worden bij de *evidence-based* methoden. In alle bovengenoemde *evidence-based* gedragstherapieën missen we de “ziel”.

De economische gerichtheid heeft zeker te maken met de huidige cognitieve en gedragsmatige aanpak binnen de Geestelijke gezondheidszorg GGZ. We zien hoe vergoedingen verdwijnen en hoe in maart 2010 de psychoanalyse geschrapt is uit het basispakket voor de Zorgverzekeringswet. Het schrappen van deze behandelingsvorm zou kostenbesparend zijn. Als reden van het schrappen wordt aangevoerd dat er gerandomiseerd onderzoek ontbreekt. Een grootschalige studie van Berghout (2010), die aantoonde dat er wel degelijk sprake is van effectiviteit, heeft niets aan deze beslissing kunnen veranderen. We kunnen ons dan afvragen wat er werkelijk aan de hand is met de GGZ.

Naast de economische reden, die we ook terugzien in het willen schrappen van universitaire opleidingen die geen economisch belang meer hebben, zoals de bedoeling was bij de faculteit der geesteswetenschappen aan de UvA, hebben we ook nog te maken met andere beweegredenen.

We kunnen stellen dat vaste geprotocolleerde behandelingen uitgevoerd kunnen worden door therapeuten die daarmee zelf “buiten beeld” kunnen blijven.

Een derde reden zou kunnen zijn dat de zeer starre en soms bizarre uitspraken van Freud gericht op de seksualiteit, door de media vol als karikatuur neergezet zijn (iedereen kent wel het beeld: *what is in a man's mind*). Daarnaast ging de psychoanalyse ook nog uit van vele sessies per week.

Shedler (2015) geeft aan dat *evidence-based* in de wereld van de psychotherapie een eigen betekenis heeft gekregen. Hij zegt dat de term gebruikt wordt ter bevordering van een bepaalde ideologie en agenda, en dat het een codewoord is geworden voor geprotocolleerde behandelingen. Dit is meestal de korte vol gestructureerde cognitieve gedragstherapie (CGT), waarbij de behandeling vooraf wordt geprotocolleerd op een manier die weinig ruimte laat voor een cliënt als individu.

Hij gaat nog verder door aan te geven dat achter de *evidence-based* therapie een “master narrative” ligt, een verhaal dat steeds het landschap van de geestelijke gezondheid domineert. Het “master verhaal” gaat dan als volgt: "In donkere eeuwen, beoefenden niet geteste therapeuten een onwetenschappelijk therapie. Wetenschap laat zien dat *evidence-based* therapieën superieur zijn."

Dit verhaal is uitgegroeid tot een rechtvaardiging voor frontale aanvallen op traditionele, psychodynamische therapieën - dat wil zeggen, psychotherapie die zelfbegrip en inzicht in het kader van een zinvolle, lopende therapierelatie bevordert.

### **Gedragmatige versus dieptepsychologische behandeling.**

Gedragmatige behandelingen zijn vaste geprotocolleerde behandelingen waarbinnen weinig of geen ruimte is voor een cliënt als individu. De cliënt wordt geschoenlepeld in een geprotocolleerde aanpak in plaats van de aanpak af te stemmen op de cliënt. Hier ligt de gerichtheid op gedachten en overtuigingen vanuit een cognitieve focus. Het zijn actief gestuurde sessies, waarbij de therapeut de interactie en de onderwerpen structureert, de richting aangeeft en adviezen aanbiedt. De doelstellingen en behandeling van de cliënt bespreekt en de grondgedachte achter de behandeling en techniek uitlegt. Zich richt op gedachten en overtuigingen en huiswerk op kan geven.

Als we het heden ten dage hebben over een dieptepsychologische behandeling bedoelen we daarmee de psychodynamische of psychoanalytische behandeling. Deze gaat uit van één sessie per week. Het is een behandelingsvorm die zich richt op het verkrijgen van inzicht in de eigen (tegenstrijdige) gevoelens en om er woorden aan te kunnen geven. Hierdoor ontstaat een verwerking en acceptatie. Inzicht in de beleving zorgt dat er beweging en verandering ontstaat en is totaal anders dan cognitief inzicht. Cognitief weten houdt niet in dat iemand het

daardoor zelf kan veranderen. De cliënt wordt bewust gemaakt van weerstands en verdringingsprocessen. Afweermechanismen worden duidelijk zoals bijvoorbeeld: te laat komen, projecties, vermijdingsgedrag, etc. Er wordt duidelijk welke overlevingsmechanismen werkzaam zijn die de verdedigingsmechanismen aansturen. Er komt zicht op terugkerende patronen en thema's zodat hieraan gewerkt kan worden, waarbij een verbinding wordt gelegd tussen verleden en heden. Juist in relatie met de therapeut kunnen principes als overdracht en tegenoverdracht zichtbaar en uitgewerkt worden. Zoals duidelijk wordt gaat het hier niet om het oplossen van symptomen, maar om een integratie van de spanningsvelden binnen een persoon. (Rump, 2003). Het gaat om zelfinzicht en zelfreflectie. De cliënt heeft de mogelijkheid om in alle vrijheid te praten, innerlijke beelden en gevoelens te ervaren, om zichzelf weer te gaan ontdekken met alle mogelijkheden, of zoals het tegenwoordig genoemd wordt: talenten of vaardigheden. Hierdoor kan de cliënt weer aanwezig zijn in de gemeenschap, met eigenwaarde, vrijheid, evenwichtigheid in functioneren zowel intern als extern, met vertrouwen in de toekomst.

### **Effectiviteit**

Shedler (2015) richt zich op de onderzoeken, die de kloof veroorzaken tussen de sterke claims voor *evidence-based* therapieën en de belediging van psychodynamische of inzichtgerichte therapieën, om vast te stellen dat er een gapende kloof bestaat tussen hetgeen gezegd wordt over een onderzoek en wat een onderzoek eigenlijk toont. Hij stelt dat onderzoek aantoonde dat *evidence-based* therapieën “zwakke” behandelingen zijn, waarvan de voordelen triviaal zijn en de meeste patiënten niet beter worden. Zelfs de triviale voordelen houden geen stand. Deze therapieën zijn meestal voor de meeste mensen ineffectief. In zijn artikel onderbouwd hij dit met vele voorbeelden en laat hij zien hoe er met onderzoeken gemanipuleerd wordt.

Een onafhankelijk team van onderzoekers heeft met behulp van verschillende onderzoeksmethoden ontdekt dat het toepassen van psychodynamische methoden in cognitieve therapie een succesvol resultaat gaf (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996). Met betrekking tot het functioneren van een therapeut blijkt dat therapeuten uit de psychodynamische praktijk zowel bij de CGT als bij de psychodynamische behandeling hoog scoorden. Dit in tegenstelling tot de gedragstherapeuten (Jones & Pulos, 1993).

### **Onderzoek**

Er wordt vaak gezegd dat er geen onderzoek wordt gedaan naar psychoanalytische therapie maar dat is niet juist zie <http://www.apsa.org/content/empirical-studies-bibliography>.

Een van de onderzoeken is bijvoorbeeld die van Leichsenring en Rabung (2008) naar de effectiviteit van lange termijn therapie. Hier komt als resultaat uit dat er aanzienlijke betere resultaten worden bereikt op vele gebieden in vergelijking met kortere therapievormen, of *Evidence for the Effectiveness of Jungian Psychotherapy: A Review of Empirical Studies*. (Christian Roesler, 2013).

Tod Essig (2015) verwijst in zijn artikel “Why It's Time To Take A New Look At Psychoanalytic Psychotherapy” in Forbes, naar vele onderzoeken zoals een onderzoek van Busch, Milrod & Sandberg (2009) en een artikel van Shedler (2010) om aan te geven dat er wel degelijk veel over gepubliceerd is.

Hij maakt wel een mooie vergelijking door aan te geven dat CGT kan worden beschouwd als vakkundig van bladmuziek spelen en psychoanalytische psychotherapie goed gestructureerde geïmproviseerde jazz spelen is.

Tegenwoordig zien we ook weer voorzichtig verbindingen ontstaan tussen de psychoanalytische psychotherapie en de neuropsychologie, zoals het artikel *The effects of psychotherapy on brain function: A systematic and critical review* (Barsaglini, A., et al., 2013) en *Changes in Prefrontal-Limbic Function in Major Depression after 15 Months of Long-Term Psychotherapy* (Buchheim et al., 2012) of *Neural Predictors of Successful Brief Psychodynamic Psychotherapy for Persistent Depression* (Roffman J. et al., 2014).

### **Dieptepsychologie *evidence-based*?**

Zoals gezegd gaat *evidence-based* over kennis wat werkt, bij wie en waarom. (Yperen, 2014).

Als we naar de geschiedenis van de dieptepsychologie kijken zien we dat als het gaat over kennis van wat werkt, bij wie en waarom, er een enorme kennis is aan empirisch vastgestelde feiten. Vanaf 3000 v.Chr. tot in het midden van de zesde eeuw na Chr. wordt middels tempelslaap gewerkt aan het psychisch welbevinden van de mens door middel van het gebruik van trance, ofwel het werken met het Gedissocieerd bewustzijn ("onbewuste"). Via Avicenna (een Perzische medicus en "psycholoog" die als eerste een verschil maakt tussen de slaap en hypnose), Paracelsus, Mesmer en Braid, komen we bij Liébeault die als eerste schrijft over de waarde van het rapport, ofwel het contact tussen therapeut en cliënt, dat noodzakelijk is voor de inductie en de werking van de suggestie. Het is de eerste school die, samen met Hippolyte Bernheim, hoogleraar inwendige geneeskunde in Nancy, hypnose ziet als een normaal fenomeen dat door middel van suggestie geïnduceerd wordt.

In dezelfde tijd rond 1850 is het de neuroloog Jean Martin Charcot die hypnose gebruikt in zijn onderzoek naar de verschijnselen van hysterie. Sigmund Freud studeert bij hem en bezoekt ook Bernheim, omdat deze laatste heeft aangetoond dat hypnose niet alleen een uitingsvorm van hysterie is, maar een normaal fenomeen dat geïnduceerd wordt door suggestie. Later neemt Freud contact op met Josef Breuer, die als therapievorm de patiënt over vroegere ervaringen laat vertellen. Deze vorm van praattherapie wordt de grondslag van de psychoanalyse. Naast de psychoanalyse van Freud ontstaat de Analytische psychologie van Jung en de Individual psychologie van Adler.

In Nederland zien we hoe in de lijn van behandeling met hypnose de psychiaters Van Eeden en Van Renterghem in 1887 een psychotherapeutische kliniek genaamd "Instituut Liébeault" beginnen. Jelgersma is sinds 1899 de eerste hoogleraar psychiatrie in Leiden. In 1914 houdt Jelgersma zijn befaamd geworden rectorale rede: 'Ongeweten geestesleven', waarin hij zich publiekelijk uitspreekt voor de psychoanalyse van Freud.

Tot in de jaren tachtig van de 20e eeuw blijft de theorie van Freud erg belangrijk. De Analytische psychologie van Jung krijgt een aantal aanhangers in Nederland, maar pas begin 1990 start het Jungiaans instituut-Academie voor dieptepsychologie therapie-opleidingen met een sterke Jungiaanse grondslag, overigens de enige in Nederland.

Ja, we hebben even, via de lijn van de hypnose en de psychoanalyse van Freud, een poging gehad om de werkelijke geesteswetenschap te starten.

Dieptepsychologie wordt geassocieerd met een psychologie van het "onbewuste". De psychoanalyse van Freud, de Individueel psychologie van Adler en de Analytische psychologie van Jung, zijn drie belangrijke stromingen binnen de dieptepsychologie. Uitgangspunt van deze stromingen is dat een deel van de psychische verschijnselen zich afspeelt in het cognitieve bewustzijn en een groot deel in het "onbewuste". Het betekent dat veel gedrag van een mens niet verklaard kan worden vanuit de bewuste laag. Dit impliceert dat het noodzakelijk is door te dringen in de andere laag om terecht te komen bij de "onbewuste" aansturende krachten en de psychische verschijnselen te kunnen analyseren.

Er is een tijd geweest dat degenen die zich met dieptepsychologie bezighielden gezien werden als een soort fossielen uit de prehistorie.

Hebben al die mensen die getracht hebben iets uit te zoeken wat kon leiden tot een werkelijke "geesteswetenschap", zoals Freud, Adler, Jung, Klein, Abraham, Stekel, Rank, Fromm, Ferenczi, etc. en in Nederland de hele Leiden groep zoals, Jelgersma, Carp, Bastiaans en dan Van Renterghem, Stokvis, Koster, etc. etc. het allemaal fout gehad?

Als we de psychologiegroep zouden moeten geloven, die zo graag "wetenschappelijk" wilde worden en zich de term *evidence-based* hebben toegeëigend, moeten we hier "ja" op zeggen.

Door het streven naar wetenschappelijkheid heeft de psychologie de boot gemist. Jelgersma (1919) zei: "Wat den medicus en vooral den psychiater tot nu toe ontbreekt en wat hij broodnodig heeft, is psychologie. Het is dat, wat ik zou willen noemen de psychologie van het dagelijksche leven en de psychologie als bespiegelende, d.i. als subjectieve geesteswetenschap." Subjectief in de wetenschap is een soort vloek. Door de ontwikkeling van

de neo-cortex hebben we als mens de mogelijkheid gekregen afstand te nemen van onszelf en te kunnen reflecteren. Dit principe hebben we heilig verklaard en volledig geïsoleerd van onszelf. De drang binnen de psychologie om een eigen "wetenschappelijk" vakgebied te creëren heeft geleid tot een verarming in plaats van een verrijking. Door van de mens een aangekleed zenuwstelsel te maken met chemische reacties en mechanische reflexen, zijn de vele soorten uitingsvormen goed in beeld te brengen en vast te leggen. De statistiek kan "er het hart aan ophalen", maar het probleem is wel dat het hart eruit verdwenen is. De techniek is nu het belangrijkste.

Door deze eenzijdige gerichtheid zijn we volledig weggegaan van de beleving en vol terechtgekomen in de zogenaamde "objectieve" cognitie op weg naar een volledige ontmenselijking. Menselijk contact wordt in deze tijd, waarin ook de *social media* met contact op afstand hoogtij viert, ook niet gewenst in de therapie. De therapie kan gedaan worden via de computer of volgens protocollen waarbij de therapeut slechts een technisch expert is die ieder moment vervangbaar is. Daarbij wordt er ook nog uitgegaan van het feit dat dissociatie zelf in te zetten is (Hendriks, L. et al., 2011). De mens moet gaan passen in een protocol in plaats van de therapie aan te laten sluiten bij de cliënt. We hebben dit kunnen zien in het reeds omschreven voorbeeld van het artikel dat gaat over een alternatief model voor behandeling van PTSS met imaginaire exposure.

De 20e eeuw heeft veranderingen gebracht op verschillende gebieden zoals bijvoorbeeld de verandering op het gebied van de exacte wetenschappen door de relativiteitstheorie en de kwantummechanica. Bij vele disciplines ontstaat de idee van relativiteit. Ondanks de verschuiving van objectief naar subjectief is de psychologie blijven steken in de oude uitdrukking van "het objectieve feit" en waarneembaar bewijs.

De mens is veranderd en de maatschappij is veranderd, de ironie is echter dat de onderzoeken of oplossingen nog altijd gericht zijn op de veruiterlijkingen van wat er innerlijk speelt. Om hierin verandering te brengen kan een kwalitatieve benadering ingezet worden door de totale mens in beeld te brengen en het contact tussen cliënt en therapeut te herstellen.

Na zo'n twee eeuwen van bestudering en ontdekking, zien we dat de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen is blijven steken in de oude tijd, want "meten is weten" viert hoogtij. Het mechanistisch principe wordt nog volop gebruikt, want de mens moet zo snel mogelijk gerepareerd worden, om weer te kunnen functioneren in het maatschappelijk proces. We kunnen zelfs stellen dat de cognitieve, gedragsmatige, "robotisering" alleen maar sterker wordt. De mens zelf, evenals de hulpverlener zoekt snelle en gedragsmatige oplossingen. "Time is money" denkt ook de verzekeringsmaatschappij en de farmaceutische industrie, die sinds 1950 opgekomen is, want dit is goed voor hen. Daarmee kunnen we alles toch laten zoals het is zou je denken. In mijn opinie is dat niet zo. We zitten in de huidige tijd met een duidelijk probleem tussen kwantitatief en kwalitatief met daarnaast objectief en subjectief. Er worden veel kwantitatieve onderzoeken ingezet om cijfermatige en systematische uitkomsten te krijgen over grote groepen. Daarnaast is er een specifiek gerichte onderzoekswereld ontstaan vol met statistiek die een eigen leven is gaan leiden. Waar we goed in zijn geworden zijn generalisaties, maar kwalitatief onderzoek levert ons diepgang op. Het is belangrijker om erachter te komen wat er individueel speelt bij een persoon. De objectiviteit heeft ons gebracht bij de kwantitatieve natuurwetenschap, maar de subjectiviteit zou ons kunnen brengen bij de kwalitatieve geesteswetenschap.

We hebben gezien dat binnen de gedragsmatige therapieën, waarschijnlijk zonder daar nog bewust van te zijn, vol gebruik wordt gemaakt van interventies en behandelingsmethoden die ontdekt zijn binnen de ontwikkeling van de dieptepsychologie. De meeste onderzoekers zijn het er bijvoorbeeld over eens dat blootstelling aan een traumatische situatie door middel van *exposure* noodzakelijk is. Alleen gaat men dan uit van klassieke conditionering en operant leren, een gedragshandeling die zelf uitgevoerd wordt (Mowrer, 1960). Deze therapievorm is volgens Nathan (2007) het eerste op het verleden gerichte model voor de behandeling van PTSS waarvan de waarde kwam vast te staan. Het wordt beschouwd als de gouden standaard. Het is ook duidelijk geworden dat therapeuten die opgeleid zijn als dieptepsychooloog op alle therapievormen beter scoren (Jones & Pulos, 1993).

Indien we de definitie van Yperen (2014) volgen waarbij evidence-based werken gaat over kennis wat werkt, bij wie en waarom kunnen we vanuit de schat aan gegevens van al hetgeen door de eeuwen heen empirisch vastgesteld is, hier volmondig zeggen dat een dieptepsychologische behandeling zoals psychodynamische of psychoanalytische therapie volledig *evidence-based* is.

Zelfs als we de medische definitie volgen dat medische beslissingen gebaseerd zouden moeten zijn op klinisch oordeel, waarden en voorkeuren van patiënten, en relevant wetenschappelijk onderzoek, blijkt dat zelfs bij wetenschappelijk onderzoek dieptepsychologische behandeling beter scoort en na afloop van de behandeling nog doorwerkt. Ook dan kunnen we tot maar één conclusie komen dat, voor degenen die dat belangrijk vinden, het antwoord luidt: psychodynamische of psychoanalytische behandelingen zijn al jarenlang *evidence-based*.

### **Geesteswetenschap**

Om goed met een cliënt te kunnen werken is het noodzakelijk zicht te hebben op het functioneren van een mens, de echte geesteswetenschap in de ware zin van het woord. Hiermee komen we bij een gedeeld principe van bewustzijn binnen de mens.

#### Gedeeld principe

Janet (1889) heeft vastgesteld hoe mensen bepaalde gedragingen vertonen zonder zich daarvan bewust te zijn. Hij gaf aan dat de mensen drijfveren buiten het (Momentaan)bewustzijn moeten hebben.

Janet spreekt over dissociatie tussen twee groepen bewustzijnsinhouden, als twee afzonderlijke persoonlijkheden op hetzelfde niveau binnen een subject. Dit is een dubbel principe. Hij verstaat onder dissociatie het ontsnappen van bepaalde denkbeelden en functies aan de controle en de kennis van het persoonlijk bewustzijn (Van der Hart, 1991).

Deze bewustzijnsinhouden kunnen gevoelens, zintuiglijke sensaties, herinneringen, cognities zijn.

In dit verband is de voorlopige mededeling die voorafgaat aan de publicatie van "Studiën über Hysterie", ook interessant (Freud, 1893). Daar wordt in eerste instantie ook nog een gedeeld bewustzijnsprincipe ingezet. In de publicatie wordt nog een onderscheid gemaakt tussen een hypnoïde dispositie die aan de oorsprong ligt van hysterie, namelijk een neiging tot dissociatie die al bestaat voor de manifeste ziekte én een verworven hysterie door druk of trauma. Later neemt Freud afstand van de dispositie in het kader van de afweer. Freud en LeCoultré (1967) beschrijven een intra systemisch proces, dat twee bewustzijnsinhouden uit elkaar houdt omdat een externe realiteit als te pijnlijk ervaren wordt.

Jung heeft het over een fundamentele gespletenheid. Hij heeft zich ook de vraag gesteld of dit "onbewuste" niet een kern zou hebben en zegt hierover dat we niet om het feit heen kunnen dat het Ik-centrum uit het onbewuste omhoog komt, een duistere diepte waar op een of andere manier potentie bestaat. Hij maakt de vergelijking van een menselijk kind dat uit een menselijke moeder geboren wordt, waarbij de diepste natuur van het kind al tijdens zijn potentiële bestaan in de moeder verborgen was. Hieruit leidt hij af dat het "onbewuste" niet een chaotische opeenstapelingen kan zijn van instincten en beelden, maar dat er iets moet zijn dat het geheel bijeenhoudt en uitdrukt. Hij zegt dan: "Het centrum van het onbewuste kan overigens niet het Ik zijn aangezien het Ik in het bewustzijn wordt geboren en aangezien dit ik zich tégen het onbewuste keert, door zoveel mogelijk uit te sluiten" (Jung, 1981). Jung ziet wel een kern of centrum, maar verbindt dit niet aan een Ik-positie, daar hij dit alleen toedicht aan het (cognitieve) bewustzijn. Hij schrijft dat hij de grenzen van wetenschap niet wil overschrijden en daarom niet wil speculeren (Jung, 1981).

Ook Van Eeden heeft het over een delingsprincipe. Hij schrijft: "In mijn vorig opstel over hypnose en suggestie heb ik, de meeste fransche schrijvers navolgend, gesproken van 'het onbewuste.' Deze term is onjuist, een persoonlijkheid die met overleg handelt, die logisch antwoordt, die zich alles herinnert wat er is voorgevallen, zoowel wakend als slapend, dus meer nog dan de gewone wakende persoonlijkheid, kan niet onbewust genoemd worden. Men moet het een tweede persoonlijkheid noemen, een dubbel-ik. [...] Hieruit volgt de waarschijnlijkheid, dat bij elken normalen mensch de personaliteit niet enkelvoudig, maar een complex is van twee hoofdgroepen, waarvan de tweede, het bedoelde dubbel-ik, waarschijnlijk de grootste, nog maar zeer onvolledig is bekend." (Van Eeden, 1889).

Als we de geestelijke gezondheidszorg willen optimaliseren is het noodzakelijk de mens te gaan zien als een zelfstandig denkend, voelend en handelend subject. Een persoon met een ziel ofwel een psyche. Wat we nodig hebben is een dieptepsychologie die zicht geeft op het functioneren van het Gedissocieerd bewustzijn als subjectieve aansturende binnenwereld in relatie tot het Momentaan bewustzijn, de buitenwereld.

Veel gedrag van een mens kan niet verklaard kan worden vanuit de laag van het Momentaan bewustzijn, zodat het noodzakelijk is door te dringen in de laag van het Gedissocieerd bewustzijn. Alleen dáár komen we bij de aansturende krachten die helpen zicht te krijgen op de spanningsvelden om vervolgens door integratie in balans te kunnen komen. De eenzijdige "mannelijke" cognitief gedragsmatige oplossingen gaan het niet oplossen. Ze veroorzaken eerder een groter spanningsveld tussen beide bewustzijnsdelen door het aangeleerde coping gedrag. Daarnaast werkt een "mannelijke" oplossing al helemaal niet bij de "vrouwelijke" persoonlijkheidsstoornissen. Zo wacht een vrouw bij een probleem ook niet op een mannelijke oplossing, maar wil ze begrip. Het begrijpen wordt een essentieel maar lastig onderdeel in onze nog "mannelijk" geïënteerde gezondheidszorg.

Het probleem met "wetenschappelijkheid" of zoals hetgeen er nu gebeurt is met de uitdrukking *evidence-based* is, dat het als een soort onkruid gaat woekeren en alles uitsluit en vernietigt wat er wel van nature is, maar niet geconstrueerd wordt of kan worden. Integratie tussen beiden Ik-ken is slechts mogelijk door tegelijk gebruik te maken van zowel het Momentaan- als Gedissocieerd bewustzijn, een proces waarbij het gebruik van hypnose door Breuer en Freud de aanzet heeft gegeven.

### **Gefaseerde behandeling**

Zoals bij "het ontstaan van PTSS en de faseringen" al aangegeven, is het vanwege de manier waarop een trauma ontstaat, nodig om gefaseerd te werken. Ook Tuut (2013) geeft aan dat (Cloitre, 2009) heeft ontdekt dat een gefaseerde behandeling meer passend is en Mooren en Stöfsl (2011) stellen een driefasenmodel voor dat zich richt op: stabilisatie van functioneren en symptoomreductie, behandeling van traumatische herinneringen, integratie van verleden en heden en perspectief op de toekomst.

Bij de eerste fase wordt door Ten Broeke et al. (2009) aangegeven dat een chirurg ook niet gaat opereren als de conditie van de cliënt het niet toelaat. Ook Bastiaans geeft aan, dat hij al in 1974 in de richtlijnen voor de psychoanalytische psychotherapie, heeft aangegeven dat in de eerste introductiefase gekeken moet worden of bevoegde instanties wel hebben gekeken naar lichamelijke of materiele schade, zodat er een goed behandelingsklimaat is (Bastiaans et al, 1981).

Zoals reeds aangegeven wordt het belangrijk om te kijken naar de persoonlijkheidsstructuur van de cliënt. Dit bepaalt namelijk in hoeverre de persoon de mogelijkheid heeft gehad om delen te verdringen en de sterkte van de dissociatie. Hierdoor zien we ook van waaruit bepaalde comorbide diagnoses ontstaan zijn, die de situatie complexer maken.

Technisch gezien kan voor het deel inzicht en integratie gewekt worden met gesprekstherapie. Hierdoor kan ook de angstreductie bewerkstelligd worden. Er kan eventueel gebruik gemaakt worden van ontspanningstechnieken en angstreductie. Een artikel in het NRC van 7 augustus

2015 vermeldt, dat onderzoekers in JAMA aangeven dat het gemiddelde effect van Mindfulness bij PTSS “bescheiden” is.

Bij de tweede fase is het wel duidelijk dat veel onderzoekers vinden dat er blootstelling moet komen aan de traumatische situatie. Het probleem is echter dat het niet slechts herinneringen zijn zoals dit opgevoerd wordt bij IE.

Verdrongen delen kunnen teruggehaald worden als herinneringen die dan ook weer als zodanig herkend worden. Dissociatieve delen, namelijk die delen die te overweldigend waren en buiten het cognitief bewustzijn zijn gebleven maar die de motor vormen achter de sterke uitingsvormen, zijn geen herinneringen die zo maar teruggehaald kunnen worden. Ze liggen als het ware “achter” de verdrongen delen die bewust gemaakt moeten worden.

Eerst dienen de verdrongen delen bewust gemaakt te worden, waarbij verwerkingsprocessen plaats moeten vinden en interventies ingezet moeten worden, die ervoor zorgen dat de persoon weer kracht gaat ervaren in plaats van de onmacht die gespeeld heeft. Na deze fase kunnen pas de dissociatieve delen aan bod komen. Het remmen of dempen van angstreacties is werken met conditioneringen die niets te maken hebben met verwerking en al zeker niet met integratie tussen de twee Ik-kernen. Alleen al bij de delen die verdrongen zijn (afsluiting) hebben we in de geschiedenis kunnen zien dat op het moment wanneer een persoon op oudere leeftijd lichamelijke klachten gaat vertonen (het lichaam staat symbolisch voor begrenzing) de psychische klachten ook vrij gaan komen.

De tweede fase is een balanssituatie tussen het opbouwen van Ik-sterkte en verwerkings- en integratieprocessen. Actieve imaginatie en indien nodig hypnotische technieken als de sterkere vorm, kunnen gebruikt worden voor verwerking, het opbouwen van Ik-sterkte en integratie. Hypnose geeft een sterkere focus, hetgeen lijkt op de opmerking bij het onderzoek over EMDR van Hoeven & Van der Schoot (2010), dat hyperconcentratie op een herinnering voor meer complete en waarheidsgetrouwe herinneringen zorgt. Het gaat bij hypnose niet alleen om herinneringen, maar om beelden van de situaties uit het verleden die duidelijker worden en makkelijker naar boven gehaald kunnen worden. De therapeut heeft een sterkere controle op de te verwerken delen, doordat hij ervoor kan zorgen dat er geen overspoeling plaatsvindt en een sessie af kan sluiten zonder dat “de deur naar het verleden” open blijft staan.

De tweede fase bestaat uit het werken met verdrongen- en gedissocieerde delen. Zolang deze laatste niet geïntegreerd zijn blijft er een spanningsveld tussen Momentaan- en Gedissocieerd bewustzijn. Door de verwerking van verdrongen delen krijgt een cliënt “lucht”, maar ontstaat er nog geen evenwicht in het functioneren. We kunnen wachten op nieuwe veruiterlijkingen of meer en andere comorbide stoornissen. Het is noodzakelijk de onbekende gedissocieerde delen te integreren in het Momentaan (cognitief) bewustzijn.

Als dit gebeurd is komen we bij de derde fase die weer perspectief moet bieden voor de toekomst. Het levensverhaal is door de integratie weer compleet, maar er kunnen existentiële vragen zijn die nog een plek moeten krijgen. Ook hier kan actieve imaginatie behulpzaam zijn.

We hebben bij sterke vormen van PTSS, trauma of hoe we het ook noemen, te maken met een zeer ernstige invaliderende stoornis zoals Vermetten (2003) het zo treffend noemt.

In de film: “Begrijpt U nu waarom ik huil?” van Louis van Gasteren, zijn delen van een behandeling door Bastiaans van een cliënt met een KZ-syndroom te zien. Hierin geeft de cliënt aan dat de gebeurtenissen een integrerend deel van zijn persoonlijkheid zijn. Hij geeft hiermee heel duidelijk weer hoe dissociatieve delen, deel uit zijn gaan maken van het Gedissocieerd bewustzijn en daarmee sturend zijn geworden als motor achter het handelen. Het Gedissocieerd bewustzijn is niet gekend, maar bepalend voor ons hele zijn.

## **Conclusie**

Op de vraag welke behandelwijze het meest geschikt zou zijn voor de behandeling van ernstige traumatisering zoals bijvoorbeeld (complexe) PTSS komen we aan de hand van de beschikbare gegevens uit bij een dieptepsychologische benadering zoals psychodynamische of psychoanalytische therapie.



We moeten op de eerste plaats vaststellen dat een dieptepsychologische behandeling, zoals psychodynamische of psychoanalytische therapie volledig *evidence-based* is. Er zijn vele onderzoeken (Leichsenring en Rabung, 2008; Christian Roesler, 2013; Busch, Milrod & Sandberg, 2009; Shedler, 2010; Fonagy, P. et al., 2015) die aangeven dat dieptepsychologische behandelingen minstens zo goed of zelfs beter werken. Daarnaast is vastgesteld dat therapeuten die opgeleid zijn als dieptepsycholoog op alle therapievormen beter scoren (Jones & Pulos, 1993). Het toepassen van psychodynamische methoden in cognitieve therapie geeft een succesvol resultaat (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996). Ook na afloop van de psychodynamische therapie vindt er verbetering van de symptomen plaats (Zipfel S. et al., 2014).

Verder blijkt dat in de typische gerandomiseerde gecontroleerde trial voor "evidence-based" therapieën, ongeveer twee derde van de patiënten a priori uitgesloten wordt (Westen et al., 2004). Dat wil zeggen, zij hebben bijvoorbeeld de diagnose PTSS en hebben behandeling nodig, maar vanwege de uitsluitingscriteria, zijn ze uitgesloten van deelname. Als we het hebben over het begrip *evidence-based* voldoet de dieptepsychologische behandelwijze werkelijk aan het uitgangspunt "kennis wat werkt, bij wie en waarom".

Zoals ook al bleek uit onderzoek met betrekking tot het functioneren van therapeuten, hebben we bij deze behandelwijze te maken met therapeuten die opgeleid zijn in een werkelijke "geesteswetenschap". Hierdoor zijn ze in staat de mens te zien als een totaal wezen en niet als een groep van symptomen die aangepakt moeten worden.

Het is van belang uit te gaan van het totale beeld en geen opsplitsingen te maken in PTSS, complexe PTSS of meerdere comorbide stoornissen, omdat deze horen bij het totale beeld. Door de opsplitsing die gemaakt wordt vallen velen "buiten de boot" of krijgen slechts drie behandelingen toegewezen, vanwege het feit dat de zorg momenteel geheel *financial driven* is. De gefaseerde behandeling zorgt ervoor dat er eerst een omgeving gecreëerd wordt waarbinnen gewerkt kan worden aan de werkelijke behandeling van het trauma. Los van de herinneringen komen dan ook de gekristalliseerde lagen aan bod. Ook deze moeten geïntegreerd worden om een persoon die als het ware psychisch uiteengescheurd is te "helen". Dan pas kan er weer gekeken worden naar de toekomst. PTSS wordt in de DSM IV gezien als een as I stoornis en niet als een persoonlijkheidsstoornis (Vermetten, 2003.). In de nieuwe DSM 5 is PTSS verplaatst uit de categorie "angststoornissen" naar een nieuwe categorie "Trauma en stressgerelateerde stoornissen". Zo'n indeling en conclusie ontstaat als er alleen gekeken wordt naar symptomen, maar een uiteengerukt "Ik" geeft wel degelijk een persoonlijkheidsstoornis. Vandaar dat er ook een therapievorm noodzakelijk is die haar invloed heeft op het functioneren van de gehele mens.

## Literatuurlijst

- Allen, J. G. , Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Nieuwezijds. Vertaald uit: *mentalizing in clinical practice*. Washington D.C., American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association, (1980).
- American Psychiatric Association (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines.
- Barsaglini, A., et al., The effects of psychotherapy on brain function: A systematic and critical review. *Prog. Neurobiol.* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.pneurobio.2013.10.006>
- Bastiaans, J. (1957). *Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet*. Proefschrift. Amsterdam: Noord-Hollandsche Uitgevers Mij.
- Bastiaans, J. (1986). *Isolement en bevrijding*. Amsterdam: Balans.
- Bastiaans J. et al. (1981). *Mensen bij gijzelingen*. Alphen aan den Rijn : A.W. Sijthoff.
- Beach, S. R., Martin, J. K., Blum, T. C., & Roman, P. M. (1993). Effects of marital and co-worker relationships on negative affect: Testing the central role of marriage. *American Journal of Family Therapy*, 21, 313-323.
- Bisson, J.I., Ehlers, A., Mathews, A., Pilling, S., Richards, D, & Turner, S (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993). *Multiple personality disorder in the Netherlands*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Broeke, E. ten , Jongh, A. de & Oppenheim, H. (2009). *Praktijkboek EMDR, casus conceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam, Pearson assessment and Information.
- Brom, D., Kleber, R. J. and Defares, P. B. (1989). Brief Psychotherapy for post-traumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607±612.
- Buchheim, A., et al., (2012). Changes in Prefrontal-Limbic Function in Major Depression after 15 Months of Long-Term Psychotherapy. *PLoS One*. 2012; 7(3): e33745. Published online 2012 March 28. doi: 10.1371/journal.pone.0033745. PMID: PMC3314671
- Busch, Fredric N., Milrod, Barbara L. & Sandberg Larry S.(2009). *J Am Psychoanal Assoc* February 2009 57:131-148,
- Cloitre, M. (2009). Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. *CNS Spectrums*, 14, 1, 32-43.
- Dirkzwager, A.J.E. & Bramsen, I. (2008). Deelname aan vredesmissies: gezondheidsgevolgen en behoefte aan zorg bij veteranen en hun familie. *Bijblijven*, 24, 8, 17-26.
- Eeden, F. van (1889). Ons dubbel-ik. *De Nieuwe Gids* 4, 61. Amsterdam: Versluys. W.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. and Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy* 26, 487-499.
- Foa, E.B.,Rothbaum, B.O., Riggs, D.S. & Murdock, T.B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59,715-723.
- Fonagy, P., Rost, F. Carlyle, J. McPherson, S., Thomas, R., Fearon, P., Goldberg, D, Taylor, D. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS) *World Psychiatry* 2015;14:312–321
- Freud S. (1893) Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. Vorläufige Mitteilung. In: Studien über Hysterie. *GW I*, 81-98.
- Gabbard, G.O. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-tv edition*. Washington: American Psychiatric Press.
- Gersons, B.P.R. , Gorissen, W.H.M. , Vries de M. ,Ijzerman, C. , Wiersma, D.A. (2006). Geestelijke gezondheidszorg voor militairen en veteranen. *168 Militaire Spectator. Jrg 175 4-2006*.
- Goedhart A.W. & Solleveld H.A. (2010). *Aanzet tot een proactieve zorgstrategie rond vredesmissies*. Soest: Thuis-Front-Zorg.

- Greenberg, N. (2006) Do Military Peacekeepers Want to Talk about Their Experiences? Perceived Psychological Support of UK Military Peacekeepers on Return from Deployment. In *Human Dimensions in Military Operations – Military Leaders’ Strategies for Addressing Stress and Psychological Support* (pp. 22-1 – 22-10). Meeting Proceedings RTO-MP-HFM-134, Paper 22. Neuilly-sur-Seine, France: RTO. Available from: <http://www.rto.nato.int/abstracts.asp>.
- Guerrero, L.K., La Valley, A.G. & Farinelli, L. (2008). The experience and expression of anger, guilt, and sadness in marriage: An equity theory explanation. *Journal of Social and Personal Relationships*, 25(5), 699-724
- Hart, O. van der (red.) (1991). *Trauma, dissociatie en hypnose*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Hendriks, L. ; Kleine, R.A. de ; Rees, M.M. van; Minnen, van A. (2011). Een alternatieve kijk op de therapeutische houding bij de behandeling van PTSS. Article / Letter to editor (*Dth-kwartaalschrift voor directieve therapie en hypnose*, vol. 31, iss. 4, (2011), pp. 382-397)
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books. Nederlandse vertaling *Trauma en herstel* (1993). Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Hoeven, S. & Schoot van der O. (2010). EMDR en de werkgeheugentheorie: treden er spiegelbeeldige effecten op bij oogbewegingen en imaginatie? *Masteronderzoek Klinische en Gezondheidspsychologie*.
- Hopman, B.E.M. (2008). En dan kom je thuis... *Bijblijven*, 24, 27-34.
- Hout, van den, M.A. & Engelhard, I.M. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 724-738.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Felix Alcan.
- Jelgersma, G. (1919). *De plaats der psychiatrie in de medische wetenschappen*. Leiden: S.C. van Doesburgh.
- Jongedijk R.A. (2008). De gevolgen van psychotraumatische ervaringen: meer dan PTSS alleen? *Cogiscope 0108*.
- Jongedijk. R.A. (2010). Begeleiding en behandeling van patiënten met een posttraumatische stressstoornis, deel 2. *Modern Medicine* 2010. Nr.4.
- Johnsen, Tom J., and Oddgeir Friberg.(2015). “The Effects of Cognitive Behavioral Therapy as an Anti-Depressive Treatment Is Falling: A Meta-Analysis.” *Psychological Bulletin*, May 11, 2015. doi:10.1037/bul0000015.
- Jung, C.G. (1981). *Bewust en onbewust*, (pp.24-26). Rotterdam: Lemniscaat.
- Kersloot, F. (2014). Klachtenverandering en modererende kenmerken van complex trauma gedurende EMDR behandeling bij veteranen. *Masterthesis Klinische en Gezondheidspsychologie*. Universiteit Utrecht.
- Kim, P.Y., Britt, T.W., Klocko, R.P. & Riviere, L.A. (2011). Stigma, Negative Attitudes About Treatment, and Utilization of Mental Health Care Among Soldiers. *Military Psychology*, 23, 1, 65-81.
- Korrelboom, K. & Broeke, E. ten (2010). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie, handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1973). *The language of psychoanalysis*. Londen: Karnac Books.
- LeCoultre, R. (1967). Splitsing van het Ik als centraal neuroseverschijnsel. In P.J. van der Leeuw, E.C.M. Frijling-Schreuder & P.C. Kuiper (red.), *Hoofdstukken uit de hedendaagse psychoanalyse*. Arnhem: Van Loghum Slaterus.
- Leichsenring, F.; Rabung S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of the American Medical Association*, 300(13):1551-1565
- Mooren, T. & Stöfvel, M. (2011). Complex trauma: hoe te behandelen? *GZ-psychologie*, 1, 18-25.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: John Wiley
- Minnen, van A., Harned, M. S., Zoellner, L. and Mills, K. (2012). Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology* 3, 1-14.
- Nathan Peter E. & Gorman Jack M. (Eds.) (2007). Psychosocial treatments for Posttraumatic Stress Disorder. Uit: *A guide to treatments that work I*. Oxford University Press: 3rd.ed, 07
- Nicolai, N.J. (1997). Over splitsen, splijten en dissociëren. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 1997 23 [2] p.85-107
- Rietveld, N. (2009). *De gewetensvolle veteraan: Schuld- en schaamtebeleving bij veteranen van vredesmissies* Oisterwijk: Boxpress
- Robjant, K. and Fazel, M. (2010). The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review. *Clinical Psychology Review* 30, 1030-1039.
- Roesler, Christian. (2013) Evidence for the Effectiveness of Jungian Psychotherapy: A Review of Empirical Studies. *Behav. Sci.* 2013, 3, 562–575; doi:10.3390/bs3040562

- Roffman J., Witte J.M., Tanner A.S., Ghaznavi S., Abernethy R.S., Crain L.D., Giulino P.U., Lable I., Levy R.A., Dougherty D.D., Evans K.D., Fava M. Neural Predictors of Successful Brief Psychodynamic Psychotherapy for Persistent Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, October 2014  
DOI: 10.1159/000364906
- Rump, H.A.J. (2003). *Analytische therapie, de therapiestructuur bij de psychotische organisatie*. Nijmegen: Jungiaans instituut.
- Rump, H.A.J. (2005). *Complexen Theorie, Theorie en functie van complexen*. Nijmegen: Jungiaans Instituut.
- Rump, Harry.A.J. (2014). *Geestelijke gezondheidszorg, verlichting of verdichting*. Nijmegen: Jungiaans instituut
- Russell, M.C. (2008). War-related medically unexplained symptoms, prevalence, and treatment: Utilizing EMDR within the armed services. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 212-226.
- Schalke, W. (2011). Uitgezonden en afgeschreven : Hoe veteranen worstelen met zichzelf en hun omgeving. *Sociale Psychiatrie* 30(98), 13-23. (Ook verschenen in *De Ark*, 20(1), 8-17.)
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.
- Shedler, Jonathan. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*. February–March 2010
- Shedler, Jonathan. (2015). Where is the Evidence for “Evidence-Based” Therapy. *The Journal of Psychological Therapies in Primary Care*, Vol. 4, May 2015: pp. 47–59.
- Spiegel, D. (1990). *Hypnosis, dissociation & trauma. Hidden and overt observers*. In J.L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation*, M-142. Chicago: University of Chicago Press.
- Tanielian, Terri L. and Jaycox, Lisa H. (2008) *Invisible wounds of war : psychological and cognitive injuries, their consequences, and services to assist recovery*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Taylor, S., Thordarson, D.S., Maxfield, L., Fedoroff, I.C., Lovell, K., & Ogradniczuk, J.S. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-338.
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Tuut, M. (2013). *Behandelen van complexe posttraumatische stress-stoornis: een systematische review. Thesis in het kader van de master geestelijke gezondheidsbevordering*. Opleiding Psychologie, Faculteit Gedragwetenschappen, Universiteit Twente.
- Verholt, P. (2012). *Missie voltooid: de ervaren drempels tot zorg in relatie tot klachten en hulpzoekgedrag onder jonge veteranen*. Masterthesis Klinische- en Gezondheidspsychologie. Universiteit Utrecht.
- Vermetten, E.(2003). Posttraumatische Stress Stoornis. Belang van een zorgvuldige diagnose. In: *De rol van het aansprakelijkrecht bij de verwerking van persoonlijk leed*. Van Maanen (red), Den Haag: Boom Juridische Uitgevers, 2003, pp 61-84
- Vermetten, E., & Olf, M. (2013). Psychotraumatology in the Netherlands. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 20832, doi: <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20832>
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130: 631–663. doi:10.1037/0033-2909.130.4.631.
- Yperen, T.A. van. (2014). Evidence-based werken is geen kwestie van top down of bottom up. *Dossier Debat*, 15 december 2014. *Sociale interventies onderzoeken doe je zo!*

*Key words: Psychiatry; psychotherapy; psychodynamic therapy; veterans; debriefing; psychoanalytic therapy; evidence-based therapy; psychotherapeutic processes; traumatic stress; mental illness; posttraumatic stress disorder; PTSD; depression; anxiety disorder; multiple comorbid disorders; imaginary exposure-therapy; CBT; EMDR; behavioural therapies; psycho analysis; mental health; hypnosis; psychology; humanities; trauma; depth psychology; Analytical Therapy;*

Dr. Harry A.J. Rump Med  
22 juni 2017