



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download


U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

## Een alternatieve kijk op de therapeutische houding bij de behandeling van PTSS

De meeste professionals geven aan dat de therapeutische relatie zeer belangrijk is bij psychotherapie. Daarnaast komt uit onderzoek naar voren dat de kwaliteit van de therapeutische relatie (matig maar consistent) samenhangt met een beter resultaat van de behandeling (Martin, Garske  Davis, 2000). Naarmate de therapie meer belastend is, vinden professionals de therapeutische relatie vaak nog belangrijker. Traumabehandelingen worden doorgaans gezien als belastend voor de cliënt (hoewel hier geen bewijs voor is) en daarom zou de therapeutische relatie een grote rol spelen.

Een belangrijk onderdeel van de therapeutische relatie is de benadering van de cliënt. In dit artikel willen we ingaan op drie opvattingen met betrekking tot deze houding, zoals we die in de klinische praktijk vaak tegenkomen: [1] de therapeut moet een vertrouwensband opbouwen met de cliënt voordat deze aan de traumaverwerking begint, [2] de therapeut moet een exclusieve relatie opbouwen met de cliënt en [3] de therapeut moet zich inleven in het trauma en de klachten van de cliënt.

Dit artikel start met een uiteenzetting over de rol van de therapeut binnen een van de meest effectieve traumabehandelingen: *imaginaire exposure*. Vervolgens worden de drie opvattingen beschreven die we vaak in de praktijk tegenkomen en wordt betoogd dat deze benaderingen door de therapeut bij traumabehandelingen beter niet kunnen worden nagestreefd, omdat ze in strijd lijken met de basale cognities van een PTSS-client en veel nadelen kunnen hebben. Tot slot wordt een alternatief model gepresenteerd, geïllustreerd met diverse voorbeelden. Bij dit alternatieve behandelmodel werd geen vertrouwensband tussen therapeut en cliënt nagestreefd. Ook werd er geen persoonlijke, exclusieve een-op-een relatie beoogd. De therapeut stelde zich binnen dit alternatieve model respectvol, hoffelijk, warm en aardig op, maar empathie was altijd vooral gericht op de behandeltechniek.

## EXPOSURE BIJ PTSS

Er is overweldigend bewijs dat cognitieve gedragstherapie (CGT), en dan met name exposure, effectief is bij de behandeling van PTSS en dat dit effect ook blijvend is (Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan & Foa, 2010). Exposurebehandelingen worden dan ook wereldwijd aanbevolen als eerste keus van behandeling in de officiële multidisciplinaire richtlijnen voor de behandeling van PTSS (APA, 2009; Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2008; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, 2009).

Tijdens de imaginaire exposurebehandeling herbeleeft de cliënt de traumatische gebeurtenis langdurig en herhaaldelijk, waarbij hij instructies krijgt de ogen te sluiten en te praten in de ik-vorm en in de tegenwoordige tijd. De therapeut moedigt de cliënt aan zoveel mogelijk details op te halen, met name sensorische informatie. De cliënt wordt gaandeweg de behandeling steeds meer blootgesteld aan de zogenaamde 'kernmomenten', de moeilijkste en angstigste momenten binnen de traumatische ervaringen. Het doel hierbij is het activeren van het angstnetwerk in het geheugen, waarbij de cliënt steeds minder angstopwekkende herinneringen vermijdt. De taak van de therapeut tijdens de imaginaire exposure is gericht op het juist uitvoeren van de techniek, zoals het activeren van het angstnetwerk. In de praktijk moet de therapeut hiertoe soms lastige, schaamteloze vragen stellen en bij vroegkinderlijke trauma's betreft dat vrijwel altijd nare en expliciete seksuele details.

Wat betreft de houding van de therapeut: deze stelt zich tijdens de imaginaire exposurebehandeling bij voorkeur op als coach en technisch expert. De therapeut stuurt en moedigt de cliënt aan de exposure door te zetten en hij zorgt ervoor dat de exposure technisch goed wordt uitgevoerd. Dit doet hij door de juiste vragen te stellen en naar de kernmomenten te sturen. Er is tijdens de exposure weinig tot geen interactie tussen cliënt en therapeut, tenminste niet in de zin van gespreksvoering zoals tijdens een 'traditioneel' therapeutisch gesprek. Voor een uitgebreide en gedetailleerde beschrijving van de techniek van imaginaire exposure wordt verwezen naar het behandelprotocol (Van Minnen & Arntz, 2011).

In de klinische praktijk wordt de imaginaire exposurebehandeling beschouwd als een voor de cliënt belastende therapie, hoewel hier geen directe evidentie voor is. Omdat het een belastende therapie zou zijn, horen we in de praktijk vaak dat therapeuten de therapeutische relatie van groot belang achten. In het volgende deel gaan we hier nader op in.

¶ *Opvatting 1: de therapeut moet een vertrouwensband opbouwen met de cliënt voordat deze aan de traumaverwerking begint*

In de praktijk horen we behandelaars regelmatig zeggen dat het voor de cliënt belangrijk is dat cliënt en therapeut elkaar al wat kennen voordat allerlei intieme details van een trauma door de cliënt gedeeld kunnen worden. Daarnaast vinden sommige therapeuten het niet makkelijk om cliënten angstig te maken, hen te confronteren met hun traumatische verleden en door te vragen naar de meest expliciete details. Een deel van de therapeuten stelt daarom het uitvoeren van exposure uit. Er wordt in dit kader vaak gesproken over 'vertrouwen'. Van klinici horen wij regelmatig dat 'de therapeut het vertrouwen moet winnen van de cliënt' of dat 'een cliënt eerst een therapeut moet vertrouwen voordat gestart kan worden met de behandeling'. Hierbij wordt vertrouwen, een aspect van de benadering door de therapeut, vaak gezien als iets wat moet ontstaan voorafgaand aan de 'eigenlijke' traumabehandeling. Het wordt dus gezien als voorwaarde voor die traumaverwerking. Kortom: eerst vertrouwen, dan de therapeutische interventie.

De vraag is echter of dat een reële verwachting is. Bij PTSS-clieñten zijn twee basale cognities aangetast (Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo, 1999): 'ik ben een competent persoon' en 'de wereld is veilig, ik kan anderen vertrouwen'. Wantrouwen in sociale relaties is dus een kernsymptoom van PTSS. Dit roept de vraag op of het überhaupt wel mogelijk is om een dergelijke vertrouwensband met een PTSS-clieñt op te bouwen. Mueser, Rosenberg, Goodman en Trumbetta (2002) presenteren in lijn hiermee een model waarin PTSS een mederende rol speelt bij de negatieve effecten van trauma op het verloop van psychische stoornissen. Binnen dit model zorgt bijvoorbeeld vermijding ervoor dat PTSS-clieñten sociale relaties vermijden, en zorgt het continu verhoogde spanningsniveau voor een voortdurende waakzaamheid in allerlei situaties en aanhoudend wantrouwen in anderen. Ook in de therapiekamer dus.

Met de PTSS-behandeling wachten tot de cliënt in staat is de therapeut optimaal te vertrouwen lijkt dus op theoretische gronden niet haalbaar. Het is niet logisch om vóór de behandeling te verwachten dat de cliënt de therapeut vertrouwt, terwijl juist het gebrek aan het vertrouwen een symptoom is van het ziektebeeld dat je gaat behandelen. Het vertrouwen kán niet optimaal zijn voorafgaand aan behandeling en dat zou onzes inziens ook de rationale zijn naar de cliënt: 'Je zult me nog niet helemaal vertrouwen, dat hoeft ook niet, dat ligt namelijk niet aan mij of aan jou, maar aan het hebben van een PTSS.' Door daling van de PTSS-symptomen tijdens de behandeling zal het vertrouwen in de wereld en andere mensen vanzelf toenemen. Uit onderzoek bleek inderdaad dat negatieve cognities van cliënten over zichzelf (bijvoorbeeld 'ik ben een

incompetent persoon') en de wereld (bijvoorbeeld 'ik kan anderen niet vertrouwen') significant afnamen na succesvolle exposure-behandeling (zonder aanvullende cognitieve interventies), en de afname hing in hoge mate samen ( $r = .60$ ) met de daling van PTSS-symptomen (Hagenaars, Van Minnen & Hoogduin, 2010).

Een ander punt is dat vertrouwen in de therapeut ook kan ontstaan doordat de therapeut zijn expertise laat zien gaandeweg de behandeling. De cliënt merkt door het juist uitvoeren van de exposuretechniek dat hij of zij in goede handen is, waardoor het vertrouwen in de therapeut zal groeien. Een voorbeeld hiervan zijn exposurebehandelingen die gegeven worden via het internet, waarbij vaak wordt gevonden dat cliënten heel tevreden zijn over de relatie met hun therapeut, ook al is er geen *face-to-face* contact en wordt er direct gestart met de traumabehandeling (Knaevelsrud & Maercker, 2007; Lange et al., 2003).

Samengevat lijkt vertrouwen in de therapeut een belangrijke factor bij de traumabehandeling, maar is het de vraag of dat vertrouwen opgebouwd moet en kan worden voorafgaand aan de exposure. Wij denken dat vertrouwen juist gaandeweg de behandeling ontstaat, en zich vooral ontwikkelt naarmate de PTSS-symptomen afnemen en naarmate de therapeut zijn expertise laat zien wat betreft behandeltechniek.

#### ¶ *Opvatting 2: de therapeut moet een exclusieve relatie opbouwen met de cliënt*

We horen vaak dat klinici vinden dat het contact met een getraumatiseerde cliënt persoonlijk en exclusief moet zijn. De cliënt heeft één therapeut, en hij of zij is de enige die de details van de traumatische gebeurtenis mag horen. Als er bijvoorbeeld een stagiaire op de afdeling is, wordt het soms als onwenselijk beschouwd dat deze meekijkt bij een traumaverwerkingssessie. We zien in de praktijk regelmatig een sfeer van geheimhouding: alles wat gezegd wordt in de sessie is strikt vertrouwelijk, en wordt alleen gedeeld met deze specifieke therapeut. Een wisseling van therapeut tijdens het verwerkingsproces wordt vaak als niet gewenst beschouwd. Als er — door omstandigheden, zoals ziekte — tóch een wisseling van therapeut plaatsvindt, acht men het belangrijk dat er eerst weer een aantal kennismakingssessies volgt voordat verdergegaan kan worden met de daadwerkelijke traumaverwerking.

Echter, veel cliënten rapporteren dat ze het onthullen van nare, persoonlijke en intieme details, wat noodzakelijk is voor de exposurebehandeling, makkelijker doen naarmate de relatie met de therapeut afstandelijker is. Zo blijkt dat er meer onthulling van deze details plaatsvindt bij online intieme vragen dan bij *face-to-face* contact (Camillus, 2008). De behandeling van PTSS via het internet is in

een gerandomiseerd onderzoek dan ook erg effectief gebleken (Knaevelsrud & Maercker, 2007; Lange et al., 2003; Spence et al., 2011).

Het is bovendien onze klinische ervaring dat cliënten de neiging hebben voor de therapeut te gaan zorgen en deze te willen beschermen tegen nare details van hun traumatische verleden. Zo vertelde een cliënte dat zij de nare details van het seksueel misbruik in haar kindertijd voor haar therapeut verzwegen, omdat zij wist dat de therapeut zelf jonge kinderen had. Ook ontstaat er soms een stilzwijgende, wederzijdse overeenstemming tussen therapeut en cliënt over de taboes van bepaalde onderwerpen. Een cliënte met meervoudig seksueel trauma in de kindertijd vertelde dat er nooit meer naar expliciete seksuele details werd gevraagd, nadat de spanning erg hoog opliep bij eerdere confrontaties met deze herinneringen, wat leidde tot dissociatieve symptomen. Nadat deze details eenmaal werden vermeden, durfde de cliënte ze nooit meer ter sprake te brengen. Ook de therapeut kwam er niet meer op terug. De cliënte had het gevoel dat deze details voor haarzelf en de therapeut taboe waren geworden. Een andere cliënte vertelde jarenlang in behandeling te zijn geweest bij een therapeut bij wie binnen de therapie af en aan traumagerichte behandeling plaatsvond. Bepaalde details van de gebeurtenissen had zij niet aan haar therapeut verteld. Hoe langer het contact duurde (en bij meervoudig getraumatiseerden zijn langdurige therapeutische contacten eerder regel dan uitzondering), hoe moeilijker het werd voor de cliënte (en misschien ook voor de therapeut) om bepaalde gebeurtenissen en details te vertellen.

Wanneer de boodschap wordt gegeven dat er een persoonlijke, exclusieve relatie dient te ontstaan waarbinnen de behandeling plaatsvindt, en dat alles wat er in de behandelkamer onthuld wordt geheim zal zijn, ontstaat er een ander nadeel, namelijk dat er opnieuw een soort verbond tussen twee personen ontstaat. Naast het feit dat er op die manier een nieuw geheim tussen twee personen wordt gecreëerd, wordt de boodschap afgegeven dat het exclusieve informatie is, die geheimhouding en discretie behoeft. Dit gaat in tegen het idee dat *disclosure* juist belangrijk is en vermijding om met anderen over de traumatische ervaring te praten, mogelijk schuld- en schaamtegevoelens in stand houdt. Ook kan de therapeut op deze manier een veiligheidssignaal worden tijdens de imaginaire exposure (als mijn therapeut erbij is, durf ik de herinneringen wel op te halen, anders niet), wat ten koste kan gaan van de effectiviteit, met name door de contextgebondenheid van het geleerde, waardoor de kans op terugval groter zou kunnen zijn (Effting & Kindt, 2007).

Samengevat kan het nastreven van een persoonlijke, exclusieve relatie bij een traumabehandeling nadelen hebben. Cliënten vinden

het vaak juist moeilijker om bij een dergelijke therapeutische houding hun traumadetails te delen, dan tijdens meer 'onpersoonlijke' contactvormen. Bovendien kan een dergelijke benadering de PTSS-klachten juist in stand houden.

¶ *Opvatting 3: de therapeut moet zich inleven in het trauma en de klachten van de cliënt*

Empathie wordt gezien als een zeer belangrijk aspect van een traumagerichte behandeling. Betrokkenheid en respect voor de cliënt zijn vanzelfsprekend belangrijke elementen van een empathische therapeutische houding ten opzichte van de cliënt. De empathie tijdens traumabehandelingen richt zich in de praktijk echter soms ook op het valideren van het trauma en de klachten. De therapeut laat bijvoorbeeld merken dat het trauma ernstig is ('O jee, wat erg!'), en dat de cliënt een moeilijk leven heeft gehad ('U hebt veel meegeemaakt, zeg!') en het zwaar heeft met zijn of haar klachten. Daarnaast zien we in de praktijk regelmatig dat empathie zich richt op het zorgen voor de cliënt als deze geëmotioneerd is tijdens het vertellen over het trauma (aanreiken van zakdoekjes en het halen van een glaasje water). Maar het uit zich ook door te stoppen met de behandeltechniek als het te moeilijk wordt voor de cliënt en hier uitgebreid bij stil te staan: 'Ik zie dat je het moeilijk hebt, laten we een pauze nemen. Wat gebeurt er nu met je?'

Voorals de cliënt meervoudig getraumatiseerd is en/of veel comorbide klachten heeft, wordt soms benadrukt dat de cliënt het moeilijk heeft en wordt daarnaast gesuggereerd dat hierdoor de behandeling moeilijker zal zijn: 'De exposurebehandeling werkt goed bij PTSS, maar omdat u ook nog klachten heeft op het gebied van dissociatie/middelengebruik/psychose/depressie/persoonlijkheid, zal de behandeling moeilijker of niet geschikt zijn.' Niet zelden komt het voor dat de therapeut de traumaverwerking uitstelt en eerst tijd wil besteden aan de band met de cliënt en aan stabiliteit. In de praktijk zien we regelmatig dat de traumaverwerking helemaal nooit begint, zelfs niet na jarenlange sessies.

Het onderstrepen van de ernst van de trauma's heeft als nadeel het risico dat de slachtofferrol benadrukt wordt en de pathologie van de cliënt op de voorgrond staat. Bovendien, wat moet de therapeut doen als het trauma, waar de cliënt last van heeft, helemaal niet zo ernstig is in de ogen van deze therapeut? Het benadrukken van het belang van het leren kennen van de cliënt en van stabilisatie, voorafgaand aan de exposurebehandeling geeft ook een merkwaardige boodschap over de behandeling aan de cliënt. Blijkbaar is de behandeling zó stressvol en moeilijk, dat er eerst aan allerlei voorwaarden voldaan moet worden voordat de cliënt de behandeling kan starten.

Samengevat is empathie in de zin van 'betrokkenheid' en 'een respectvolle benadering' een zeer belangrijk onderdeel van de houding van de therapeut. Empathie die echter gericht is op het valideren van het trauma en de bijbehorende klachten kan als nadeel hebben dat de cliënt wordt gezien als hulpbehoevend slachtoffer, en dat de behandeling hierdoor wordt uitgesteld of zelfs nooit wordt gestart.

#### EEN ALTERNATIEF MODEL

De Intensieve Trauma Behandeling (ITB) is een nieuwe behandelvorm waarin een PTSS-client een individuele exposurebehandeling krijgt in een intensieve vorm, namelijk in één week. Deze behandeling is inhoudelijk grotendeels gebaseerd op de exposureprincipes uit Foa's programma (Foa, Rothbaum, Riggs & Murdock, 1991) en de structuur is afgeleid van de intensieve traumabehandeling van Gantt en Tinnin (2007). De behandeling hebben we speciaal ontwikkeld voor cliënten die als kind meervoudig zijn getraumatiseerd en naast hun PTSS-klachten nog veel andere klachten en stoornissen hebben, waaronder (trekken van) de borderline persoonlijkheidsstoornis, dissociatieve en conversiestoornissen, depressie, andere angststoornissen, verslavingsproblematiek, enzovoort. De gedachte achter het ontwikkelen van deze nieuwe behandeling is dat deze cliënten in de dagelijkse klinische praktijk vaak geen traumagerichte behandeling aangeboden krijgen vanwege de comorbiditeit. En als ze deze behandeling wel aangeboden krijgen, lukt de behandeling vaak niet doordat de cliënt door die stoornissen en vaak aanwezige psychosociale stressoren in het dagelijks leven onvoldoende therapietrouw is, waardoor de behandeling niet goed gedoseerd kan worden. Die andere stoornissen en stressoren worden echter op hun beurt weer vaak in stand gehouden door de PTSS-klachten en zo is de cirkel rond. Om die vicieuze cirkel te doorbreken, ontwikkelden we de intensieve traumabehandeling. Daarin beogen we de PTSS snel en gefocust te behandelen door de cliënt als het ware even te isoleren van de dagelijkse leefomgeving en de bijbehorende stressoren.

In een pilotstudy behandelden we vier cliënten die allemaal veel en ernstige comorbiditeit hadden. Alle cliënten hadden al een lange behandelgeschiedenis, maar een traumagerichte behandeling zoals exposure of EMDR was nooit aangeboden, of was ooit begonnen maar vrijwel meteen weer afgebroken omdat ze niet haalbaar leek. De intensieve behandeling was succesvol in alle gevallen, en bleek haalbaar en veilig. Voor een uitgebreide beschrijving van het behandelprogramma en de effecten verwijzen we naar een andere



publicatie, waarin aan de hand van casusbeschrijvingen de behandeling nader wordt toegelicht (Hendriks, De Kleine, Van Rees, Bult & Van Minnen, 2010).

In dit artikel willen we vooral nader ingaan op een alternatieve benadering van de cliënt. We zullen deze bespreken en toelichten aan de hand van alternatieve mogelijkheden als reactie op de drie eerdergenoemde opvattingen. De hieronder beschreven ervaringen en citaten zijn verzameld met een gestandaardiseerd interview voor de cliënt en een vragenlijst voor alle therapeuten over de tevredenheid met betrekking tot de alternatieve therapeutische benadering tijdens de ITB.

#### ¶ *Alternatief I: de therapeut als technisch expert*

Binnen de ITB werd expliciet niet nagestreefd dat de cliënt de therapeut goed kende en er een zekere vertrouwensband ontstond. Integendeel: er werd een alternatieve houding ten opzichte van de cliënt toegepast, namelijk de benadering van de cliënt in zakelijk of technisch perspectief. De therapeut stelde zich op als de expert op het gebied van de behandeltechniek, de exposurebehandeling, en richtte zich vooral op het consequent en goed uitvoeren van deze techniek van traumaverwerking. Er werd daarom na uitleg van de rationale van het behandelprogramma direct gestart met de traumaverwerking, ook al kenden therapeut en cliënt elkaar niet, omdat 'elkaar kennen', of een vertrouwensband immers technisch gezien niet nodig is. De behandeling was intensief en er werd in korte tijd (met een agenda) gewerkt aan traumaverwerking, waarbij werd doorgegaan, ook (en juist) als het moeilijk werd. Een cliënt zei hierover: 'Ik heb nog wel geprobeerd jullie af te leiden met mijn dissociatie, ook al wist ik natuurlijk wel dat dat niet goed was, maar ik had ook al snel door dat het niet werkte bij jullie. Mijn eerdere therapeut trapte er altijd wel in.' De rationale achter de behandeltechniek werd steeds herhaald. De therapeut informeerde steeds de cliënt, waarna de cliënt, op grond van deze informatie, keuzes maakte. De therapeut legde bijvoorbeeld uit dat beginnen met het moeilijkste trauma het beste en het snelste werkt, maar dat ook stapje voor stapje gewerkt kan worden, hetgeen langer duurt maar misschien rustiger is. De cliënt kon op grond van dergelijke voorlichting dan een afgewogen keuze maken en bepalen met welk trauma hij of zij wilde beginnen. De cliënt was dus de baas, alleen wel binnen de kaders van de juistheid van de techniek. Als een cliënt bijvoorbeeld vroeg om te praten over de rol van haar moeder in haar jeugd, losstaand van de trauma's, gaf de therapeut aan dat dit niet hoort bij de behandeltechniek en daarom niet wordt gedaan. Het idee was dat de therapeut het vertrouwen won van de cliënt naarmate hij of zij zich meer liet zien als behandelexpert. Zo vertelde een cliënt: 'Ik kon

aan alles merken dat jullie wisten wat jullie deden en nergens bang voor waren. Daardoor vertrouwde ik jullie helemaal, vanaf het eerste moment.'

#### ¶ Alternatief 2: therapeutrotatie

Als het contact tussen therapeut en cliënt niet meer als persoonlijk wordt gezien, maar de rol van de therapeut vooral gezien wordt als het adequaat uitvoeren van een techniek, roept dat de vraag op of je wel met één therapeut of hoofdbehandelaar moet werken. Immers, meer therapeuten dan één zijn geschikt de betreffende techniek uit te voeren. De exclusieve relatie tussen therapeut en cliënt werd daarom tijdens de behandeling juist niet nagestreefd. Deze werd doorbroken door te werken met een team van meer therapeuten die roteerden. De therapeutrotatie had als doel om de techniek optimaal toe te kunnen passen, dat wil zeggen *disclosure* van kernmomenten te bevorderen en tegen te gaan dat een therapeut als veiligheidssignaal zou gaan dienen en het geleerde contextgebonden zou blijven. Hierbij werkten vier therapeuten in wisselende samenstellingen met één cliënt. Elke therapeut beheerste alle onderdelen van het programma en was dus inwisselbaar, in tegenstelling tot in de multidisciplinaire aanpak, waarbij elke therapeut zich gespecialiseerd heeft in het eigen vakgebied. Er was voor de cliënt ook niet één hoofdbehandelaar; iedereen was gelijk in status en rang. Welke therapeut op welk tijdstip aanwezig was, was afhankelijk van een vooraf bepaald schema, dat vooral praktisch was ingericht. Een cliënt kon niet kiezen welke therapeut welk onderdeel wel of niet deed, en kon daar ook niet om vragen. Soms was een therapeut alleen met de cliënt, soms samen met een andere therapeut. Elke therapeut kon op elk moment weggaan of binnenkomen. Ook midden in een emotionele exposuresessie waarin allerlei geheimen bovenkwamen, werden therapeuten gewoon gewisseld. Op verschillende momenten van de dag kwamen alle therapeuten kort (ongeveer 5 à 10 minuten) samen met de cliënt en werd alles openlijk 'gedeeld' en verteld. Kerndetails van de traumatische gebeurtenissen werden daarbij in detail gepresenteerd aan alle vier de therapeuten. Bij de eventuele ambulante nagesprekken roteerden de therapeuten eveneens.

Binnen de ITB kwam naar voren dat therapeutrotatie voordelen met zich brengt voor de cliënt. Cliënten waren enthousiast over dit alternatieve model en gaven aan dat therapeutrotatie inderdaad hielp om het volledige trauma gedetailleerd te vertellen en om zich te uiten, juist omdat er geen persoonlijke, exclusieve relatie was met de therapeut: 'Het was zo goed dat de vier therapeuten vreemden waren en bleven. Je bouwt met niemand echt een band op en dat maakte voor mij de behandeling een stuk makkelijker.' Ook vonden

cliënten het positief dat iedere therapeut weer een andere en nieuwe invalshoek had: 'Ik vond de kracht van deze behandeling dat elke therapeut weer andere vragen stelde.' De cliënt hoefde zich niet bezig te houden met de therapeut en met de relatie tussen cliënt en therapeut en kon zich concentreren op zichzelf en het behandelproces. Daarnaast werden geheimen breder gedeeld, waardoor er geen nieuw 'geheim' binnen een relatie ontstond. Zoals een cliënt aangaf: 'Ik vond de open sfeer die er was heel erg prettig.'

Bij de cliënt werd expliciet aangegeven dat de therapeut voor zichzelf zorgde. De therapeuten gaven aan zelf op hun grenzen te letten en deze aan te geven. Ze benadrukten ook vaak dat voor hen als therapeuten de verhalen soms misschien wel naar zijn, maar nooit traumatisch. Dit straalden ze ook uit in hun houding, ze vroegen door op specifieke, moeilijke details en benadrukten voortdurend 'het is jouw behandeling, gebruik die optimaal'. Cliënten stelden dat op prijs, en gaven aan dat ze daar in eerdere behandelingen veel mee bezig waren geweest. Een cliënte vertelde dat ze elke week weer vol goede moed naar de therapie sessies ging en dacht: vandaag ga ik 'het' vertellen. 'Maar', zo zei ze: 'Dan zag ik het vermoeide gezicht van mijn therapeute en dan wist ik dat haar huilbaby haar nachtrust weer had verpest, en dan dacht ik: volgende week dan maar...' Andere cliënten gaven aan zwangere therapeutes of jonge therapeuten te willen beschermen tegen die nare verhalen. Een cliënt zei na afloop van de ITB: 'Ik had het idee dat het helemaal om mij ging deze week. Ik ben tegen mijn aard in helemaal niet met jullie bezig geweest, een heel veilig idee dat het gewoon kon. Ik wist gewoon dat jullie wel aan de bel zouden trekken als er iets te moeilijk was voor jullie en daardoor kon ik het loslaten.'

Daarnaast bracht therapeutrotatie ook voordelen voor de therapeut met zich mee. Krampe et al. (2004) gaven dit al eerder aan in hun onderzoek naar therapeutrotatie bij een intensieve behandeling bij alcoholisten, en tijdens de ITB ervoeren de therapeuten dezelfde voordelen. Door therapeutrotatie konden de therapeuten tijdens de ITB op een andere therapeut terugvallen, bijvoorbeeld bij overwerk, afwezigheid (de therapeutrotatie zorgde voor een betere beschikbaarheid bij onder andere crisisinterventies) en bedreiging, maar ook wanneer de afstand tussen therapeut en cliënt te klein werd of bij sterke identificatie. Daarbij deelden de therapeuten de verantwoordelijkheid voor een cliënt. De therapeuten konden overleggen over de voortzetting van de behandeling, maar elkaar ook steunen bij stressvolle situaties, zoals bij sterke emoties die voorkwamen als reactie op de exposure. Therapeutische valkuilen konden voorkomen worden, zoals taboes op oncomfortabele onderwerpen of gebrek aan discipline, bijvoorbeeld wat betreft het uitlopen van sessies. Hierdoor hielden therapeuten zich eerder aan het voor-

gestelde programma. Een therapeut verwoordde het zo: 'Soms liet ik me wel eens verleiden tot een kabbelend gesprek over het leven van de cliënt, wat op dat moment ook relevant voor de behandeling leek. Maar omdat ik wist dat mijn collega over een half uur het volgende behandelonderdeel zou geven, voelde ik me toch wel verplicht om mijn onderdeel eerst goed af te ronden. Soms tegen mijn zin, omdat het een goed gesprek leek. Maar als ik er achteraf op terugkeek, snapte ik vaak zelf niet waarom ik me zo had laten afleiden, en was ik blij dat ik mezelf weer op het "rechte" behandelpad had weten te krijgen.'

Krampe et al. (2004) stellen verschillende voorwaarden aan een goede toepassing van therapeutrotatie:

- ▶ Het is belangrijk dat er een beperkt aantal cliënten en een beperkt aantal therapeuten is en er moet een duidelijk herkenbaar team van therapeuten zijn. In het geval van de ITB was er maar één cliënt en een vast team van vier therapeuten die (vrijwel) elke dag aanwezig waren.
- ▶ De behandeling moet transparant zijn en er moet voorkomen worden dat informatie verloren gaat. Dit kan door gestructureerde teambijeenkomsten. Elk therapeutisch contact met de cliënt moet gedocumenteerd worden, zodat elke therapeut altijd up-to-date is met de huidige staat van de cliënt. Dit lijkt misschien omslachtig, maar het kan heel kort en praktisch ingevuld worden. In ons geval werd de belangrijkste inhoudelijke informatie uitgewisseld tijdens een moment overdag, na de lunchpauze, waarin een van de therapeuten, die 's ochtends het hele traumaverhaal had gehoord, het verhaal aan de cliënt en andere therapeuten presenteerde. Zo werd een exposuremoment voor de cliënt meteen benut om het team bij te praten over alle details en andere belangrijke zaken van die dag. Dit onderdeel duurde slechts 5 à 10 minuten.
- ▶ Het is belangrijk daadwerkelijk het team als voornaamste autoriteit te presenteren. Er wordt bijvoorbeeld geen kritiek op andere teamleden gegeven in het bijzijn van de cliënt en er wordt altijd aangegeven dat besluiten door het team worden genomen ('Het team heeft besloten...'). In het geval van de ITB werd ook altijd gesproken over het hele team, maar er werd ook openlijk overlegd, in het bijzijn van de cliënt, over de te volgen stappen voor het optimaliseren van de behandeltechniek.
- ▶ Het is belangrijk dat er overeenstemming is tussen de therapeuten over de basisconcepten van de behandeling. In de ITB waren alle therapeuten enthousiast over het concept en onderschreef iedereen de uitgangspunten van de behandeling van harte. Niettemin kwam het dikwijls voor dat ze elkaar moesten 'corrigeren' en ontdekten ze dat ze nogal eens vervielen in het

uitwijden over niet-relevante zaken die ter sprake kwamen (kletsen), de neiging om te zorgen voor de cliënt (betuttelen), en stak de irritatie de kop op dat een andere therapeut 'zomaar' binnen kwam vallen en zich ging bemoeien met jouw interventie (autonomie).

¶ *Alternatief 3: empathie gericht op behandeltechniek en de cliënt als expert van zichzelf met gezonde kanten*

De sfeer tijdens de hele week was hoffelijk, aardig, warm, respectvol en waar mogelijk met humor, maar empathie was altijd vooral gericht op de behandeltechniek. Hierbij werd elk gesprek vertaald naar de rationale en de behandeltechniek. Als de cliënt bijvoorbeeld zei slecht geslapen te hebben de afgelopen nacht, dan werd aan de cliënt gevraagd wat dat betekende voor de behandeling. Empathie was uiteraard belangrijk, maar stond dus altijd in het teken van exposure en niet los daarvan. Een voorbeeld: 'Ik snap dat het een moeilijk moment is voor je, maar je weet dat exposure het enige is dat helpt, dus ik stel voor dat we doorgaan.' Aan het valideren van trauma's werd niet gedaan. In plaats daarvan werd altijd benadrukt dat het om een subjectieve beleving gaat: 'Als het voor jou erg of traumatisch was, is dat het belangrijkste, niet wat anderen ervan vinden.'

De cliënt werd beschouwd als de expert van zichzelf en de klachten, was zelf verantwoordelijk voor het bereiken van de doelen, en was in staat voor zichzelf te zorgen. Er werd met de cliënt een 'deal' gesloten voor een werkweek, niet korter en niet langer, met een helder doel, namelijk de PTSS behandelen, niks meer en niks minder.

Dat de cliënt de expert was van zichzelf, hield in dat de cliënt in geval van moeilijkheden tijdens de behandeling zelf oplossingen bedacht, en de therapeuten daarover voorlichtte. De therapeuten gingen bijvoorbeeld ervan uit dat cliënten die dissocieerden tijdens de exposure zelf het beste wisten hoe die dissociatiesymptomen gecoupeerd konden worden. De cliënt kon bijvoorbeeld aangeven: 'Als ik ga dissociëren, merken jullie dat aan me doordat ik dan niet meer reageer, ik heb dan het liefst dan jullie steeds mijn naam noemen, en zeggen dat ik veilig ben.' Als de cliënt niet wist hoe de dissociatie het beste gepareerd kon worden, was de strategie dat er 'gewoon' gewacht werd totdat de klacht verdween, waarna de techniek weer opgepakt kon worden.

Dat de cliënt zelf verantwoordelijk was voor het bereiken van de doelen, werd ook zichtbaar in de tijdsbesteding. De cliënt wist dat er een week de tijd was, en dat die tijd niet verlengd werd, dus moest hij of zij zelf optimaal gebruikmaken van de tijd om er een optimaal resultaat uit te kunnen halen. Vermijdingsgedrag, dissociatief

gedrag, problemen als te laat komen of aangeven dat je niet meer wilt of kunt, werden zo al snel een verspilling van de kostbare tijd.

Dat de cliënt in staat was voor zichzelf te zorgen, was een belangrijk punt van de benadering door de therapeuten. De meeste cliënten waren al jarenlang in behandeling en waren gewend dat er voor hen gezorgd werd, dat ze werden gezien als hulpbehoevend en zwak, en dat ze beschermd moesten worden. Tijdens de behandeling overheerste echter het idee dat de cliënt vooral gezond is, en goed in staat voor zichzelf te zorgen. Klachten plaatsten de therapeuten altijd in de context van de 'gezonde' kanten van de cliënt. 'Je hebt verschillende klachten waar je last van hebt, zoals stemmen die je hoort en aanvallen waarbij je bewusteloos neervalt. Je hebt ook een aantal positieve eigenschappen, zo ben je bijvoorbeeld een doorzetter, en heb je veel levenservaring. Die eigenschappen kun je goed gebruiken tijdens deze behandeling.' Het benadrukken van de 'gezonde' kant van cliënten kwam bijvoorbeeld ook naar voren doordat er, als de cliënt bijvoorbeeld geëmotioneerd was tijdens de exposure, geen troostend glaasje water werd gehaald, en er geen tissues werden aangereikt. Er werd van uitgegaan dat de cliënt prima in staat was om voor zichzelf te zorgen en zelf het glaasje water kon halen. Indien nodig werd alleen gezegd: 'Doe wat nodig is om weer verder te gaan met de exposure, wij wachten wel even.' Ook werd er nooit koffie of thee gehaald of ingeschonken, maar de cliënt kon dit, indien gewenst, op elk moment zelf halen, pakken of inschenken. Cliënten waren vrij om iemand of iets mee te nemen naar de behandeling. Zo nam een cliënt haar eigen kruidenthee mee en een andere nam haar hond elke dag mee, als troostmiddel. Ook werden de cliënten niet in de kliniek opgenomen, maar verbleven ze 's avonds (op eigen kosten) zelfstandig in een zelfgekozen verblijfplaats (hotel of *bed & breakfast*), zolang het maar niet in hun eigen leefomgeving was. Dat dit een omstreden punt is, bleek wel uit het feit dat de therapeuten veel en vaak gebeld werden door familieleden en hulpverleners die dit onverantwoord vonden, en dachten dat de cliënt dit zeker niet aan zou kunnen. Cliënten zelf waren echter enthousiast en waren verrast door het vertrouwen dat ze kregen. Zo gaven cliënten aan: 'Er was veel meer gelijkwaardigheid tussen de behandelaar en mijzelf vergeleken met vorige behandelingen' en: 'Ik heb me altijd patiënt gevoeld, nu voel ik me weer een vrouw van vijftig die aan haar problemen werkt.' Er werd tijdens de behandeling ook weinig aandacht besteed aan mogelijke problemen, zo werd er bijvoorbeeld niet bij de afsluiting van de dag uitgebreid en bezorgd geïnformeerd of het die avond wel zou lukken, er werd geen bed op recept besteld en er werden geen crisisinterventieplannen gemaakt.

## DISCUSSIE

Vertrouwen opbouwen als voorwaarde voor de exposurebehandeling, een persoonlijke en exclusieve relatie tussen therapeut en cliënt, en empathie gericht op het trauma en de daarbij behorende klachten lijkt bij de behandeling van PTSS nadelen te hebben, zeker in het geval van cliënten met een langdurige hulpverleningsgeschiedenis en complexe (interactie)problemen. Een alternatief model is om zakelijker te werken, waarbij de nadruk ligt op deskundigheid en techniek, om verscheidene therapeuten te laten roteren tijdens de behandeling, om de empathie te richten op de behandeling, en de gezonde kanten van de cliënt te benadrukken.

We hebben deze alternatieve therapeutische houding geïllustreerd aan de hand van de behandeling van PTSS. Het alternatieve model lijkt echter ook toepasbaar in andere settings. De therapeutrotatie is bijvoorbeeld ook al beschreven voor cliënten met ernstige alcoholproblematiek. Daarbij lijkt deze benadering voornamelijk geschikt voor complexe cliënten, met veel comorbide (persoonlijkheids)problematiek en een langdurige hulpverleningsgeschiedenis. Bij deze complexe doelgroep is vaak langdurig geïnvesteerd in een vertrouwensband, terwijl het wantrouwen als gevolg van de onverminderde PTSS-klachten bleef. Daarbij wordt bij deze doelgroep het trauma vaak lange tijd met een en dezelfde therapeut gedeeld, wat de contextgebondenheid van het geleerde versterkt en waardoor de bereikte resultaten vaak niet blijvend zijn. Ook is deze doelgroep gewend dat er voor hen gezorgd wordt en dat ze worden gezien als een slachtoffer dat beschermd moet worden. De hierboven beschreven alternatieve benaderingswijze streeft geen vertrouwen voorafgaand aan de behandeling na, zorgt voor het delen van het trauma met verschillende therapeuten, waardoor behaalde resultaten geëeneraliseerd worden en legt de verantwoordelijkheid weer neer bij de cliënt, waarbij gezonde kanten benadrukt worden.

De alternatieve houding is zeker geen 'nieuw' model dat nog niet eerder is toegepast (Krampe et al., 2004). Ervaren gedragstherapeuten kenmerken zich vaak door een houding waarbij empathie gericht is op de behandeltechniek in plaats van op het trauma en de bijbehorende klachten, terwijl zij toch warm, aardig en respectvol zijn. Te denken valt aan de benadering van Ramsey (1977) binnen zijn rouwbehandelingen. Ook horen we van enkele collega's in de klinische praktijk dat het therapeutrotatiemodel al wordt ingezet en dat de verantwoordelijkheid steeds meer bij de cliënt wordt gelegd. Toch is onze ervaring dat een groot deel van de clinici nog vasthoudt aan de in dit artikel beschreven opvattingen.

Natuurlijk roept dit model nog meer vragen op, en is er slechts

een begin gemaakt met dit nieuwe model bij een beperkt aantal cliënten. Hoewel de traumabehandelingen aantoonbaar effectief waren, hebben we geen bewijs dat de alternatieve houding van de therapeuten hieraan heeft bijgedragen. We zijn desalniettemin optimistisch over de voordelen van deze benadering, en — niet onbelangrijk — ook de cliënten waren zeer enthousiast. Opmerkelijk was dat we bij het uitvoeren van dit model de meeste weerstand ondervonden van andere hulpverleners die betrokken waren bij de betreffende cliënt, en niet van de cliënten zelf.

Het is een uitdaging om na te denken over andere toepassingen van het therapeutrotatiemodel, bijvoorbeeld over de toepassingsmogelijkheden in reguliere, ambulante behandelingen. Waarom worden deze behandelingen tot dusver vaak maar door één therapeut uitgevoerd? Zou het met therapeutrotatie kunnen, en zou dat voordelen kunnen hebben? Zijn er mogelijk ook contra-indicaties? Mogelijk werkt het rotatiemodel juist averechts bij kortdurende ongeprotocolleerde behandelingen. Kortom, bij wie kan het wel en bij wie niet? De toekomst zal het leren.

LOTTE HENDRIKS, MSC, RIANNE DE KLEINE, MSC, DRS. MIRJAM VAN REES EN PROF. DR. AGNES VAN MINNEN zijn verbonden aan Overwaal, Centrum voor Angststoornissen, Nijmegen, onderdeel van Pro Persona. Lotte Hendriks, Rianne de Kleine en Agnes van Minnen zijn eveneens verbonden aan het Nijmegen Centre of Anxiety Research and Expertise (NijCare), Radboud Universiteit.

#### Referenties

- American Psychiatric Association (APA) (2009). *Guideline Watch (March 2009): Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. doi: 10.1176/appi.books.9780890423479
- Camillus, C.M. (2008). To e- or not to e-: An analogue study of disclosure rates in e-counseling. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(7-B), 4813.
- Eftting, M. & Kindt, M. (2007). Contextual control of human fear associations in a renewal paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2002–2018.
- Foa, E.B., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F. & Orsillo, S.M. (1999). The Post-traumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303–314.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J. & Cohen, J.A. (eds.). (2008). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs, D.S. & Murdock, T.B. (1991). Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715–723.
- Gantt, L.M. & Tinnin, L.W. (2007). Intensive trauma therapy of PTSD and dissociation: An outcome study. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 69–80.
- Hagenaars, M.A., Minnen, A. van & Hoogduin, C.A.L. (2010). The impact of dissociation and depression



- on the efficacy of exposure treatment for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 19–27.
- Hendriks, L., Kleine, R. de, Rees, M. van, Bult, C. & Minnen, A. van (2010). Feasibility of brief intensive exposure therapy for PTSD patients with childhood sexual abuse: A brief clinical report. *European Journal of Psychotraumatology*, 1, 5626. doi: 10.3402/ejpt.v1i0.5626
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: A randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 7:13. doi: 10.1186/1471-244X-7-13
- Krampe, H., Wagner, T., Küfner, H., Jahn, H., Stawicki, S., Reinhold, J., ... Ehrenreich, H. (2004). Therapist rotation: A new element in the outpatient treatment of alcoholism. *Substance Use & Misuse*, 39, 135–178.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Ven, J. van de, Schrieken, B. & Emmelkamp, P.M.G. (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 901–909.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling (2009). *Richtlijnherzieningen van de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (eerste revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassenen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.
- Minnen, A. van & Arntz, A. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met een post-traumatische stressstoornis: (Imaginaire) exposure. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*. (pp. 181–212). Amsterdam: Boom.
- Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Goodman, L.A. & Trumbetta, S.L. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: An interactive model. *Schizophrenia Research*, 53, 123–143.
- Powers, M.B., Halpern, J.M., Ferenchak, M.P., Gillihan, S.J. & Foa, E.B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 635–641.
- Ramsey, R. (1977). Behavioural approaches to bereavement. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 131–135.
- Spence, J., Titov, N., Dear, B.F., Johnston, L., Solley, K., Lorian, C., ... Schwenke, G. (2011). Randomized controlled trial of internet-delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 28, 541–550.