

Klinische behandeling voor psychotrauma

J.E. Hovens*

Inleiding

Behandeling van klachten na een psychotrauma en van de post-traumatische stress-stoornis (PTSS) in het bijzonder is gecompliceerd. In de literatuur wordt een grote verscheidenheid van behandelstrategieën aangegeven. De aard van de voorgestelde behandelingen bestrijkt ruwweg het totale spectrum van farmacotherapie en psychotherapie.

Gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen is dun gezaaid. Solomon e.a. (1992) vonden bij een literatuuronderzoek weliswaar 255 verwijzingen naar behandeling, maar slechts elf onderzoeken bleken methodologisch verantwoord. Vijf publikaties gingen over het gebruik van in het bijzonder antidepressiva bij de behandeling van PTSS. De overige zes bestudeerden cognitieve en gedragsmatige interventies. Slechts één onderzoek vermeldde resultaten van een klinische behandeling (Boudewyns en Hyer, 1990). Sindsdien is het onderzoek van Carlier e.a. (1994) naar ambulante behandeling gepubliceerd.

Onderzoek naar het gebruik van psychofarmaca is verre van eensluidend en het merendeel van de geneesmiddelen is slechts beperkt onderzocht (Friedman en Southwick, 1995). Het overzichtartikel van Solomon e.a. (1992) wijst vooral op het belang van gedragstherapeutische technieken met exposure (blootstelling aan gevreesde stimuli). Een recent overzichtartikel over de nieuwe techniek 'eye movement desensitization reprocessing' (EMDR) (Van der Velden en Kleber, 1996) wijst op ernstige methodologische tekortkomingen bij de interpretatie van de experimentele gegevens.

Nagenoeg alle onderzoek baseert zich op niet-klinische patiënten en op grond van deze literatuur zou men zich dan ook de vraag kunnen stellen of klinische behandeling wel geïndiceerd is voor mensen met een psychotrauma. Opname in een psychiatrisch ziekenhuis, ook al is dat een gespecialiseerd traumacentrum, heeft immers bijwerkingen. Er is kans op stigmatisering als psychiatrische patiënt. Dat is een maatschappelijk fenomeen waar de behandelaars weinig invloed op kunnen uitoefenen. Er is ook de kans op hospitalisatie en het verlies aan autonomie. Bij trauma-overlevenden is die kans aanzienlijk, juist omdat in de traumatische situatie de slachtoffers zich overweldigd en machteloos voelden. Opname in een ziekenhuis herhaalt dan deels de traumatische gebeurtenis, want de patiënt heeft in het ziekenhuis vrijwel geen controle over de dagelijkse gang van zaken. Niet voor niets wordt er door deskundigen vaak op gewezen dat een dergelijk verlies aan autonomie averechts werkt.

Desondanks lijkt klinische psychotherapie in een aantal geval-

* Dr. J.E. Hovens is psychiater en hoofd behandeling van 'De Vonk', behandelafdeling voor getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers van Centrum '45. De beschreven gegevens dateren uit de periode dat hij hoofd was van de kliniek voor oorlogsgetroffenen van Centrum '45.

Beknopt
literatuuroverzicht

len aangewezen. Carlier e.a. (1994) wijzen er op dat patiënten met depressies, ernstige vermijdingssymptomen en inefficiënte coping-strategieën minder geschikt zijn voor hun (ambulante) behandelprotocol.

In dit artikel wordt de literatuur over klinische behandeling besproken en een schets gegeven van patiënten die opgenomen worden in Centrum '45. Aan de hand daarvan wordt beargumenteerd waarom klinische opname noodzakelijk is.

In eigen literatuuronderzoek werden zes onderzoeken gevonden die resultaten vermeldden van klinische behandeling. Uit de zoektocht kwamen alleen gegevens naar voren over Vietnam-veteranen.

Scurfield e.a. (1990) beschrijven beknopt een studie van Harmand e.a. (1987). In dit empirisch onderzoek blijken Vietnam-veteranen klinisch te verbeteren in PTSS-symptomatologie, dat wil zeggen dat er minder problemen zijn met autoriteiten, minder flashbacks, minder woedeaanvallen en schuldgevoelens, terwijl er ook een duidelijke verbetering optreedt in de zorg naar anderen. Bij follow-up verbeteren enkele symptomen nog iets verder, maar problemen met indringende herinneringen, gebrek aan plezier, gebrek aan intimiteit, gespannenheid, waakzaamheid, slaap-, concentratie-, en geheugenstoornissen blijven bestaan. De auteurs concluderen dat zonder verdere ambulante behandeling de PTSS, zelfs na een geslaagde behandeling, niet verder verbetert (zie Scurfield e.a., 1990, p. 187).

Het eigen onderzoek van Scurfield e.a. (1990) beschrijft patiënten die een twaalf weken durend klinisch programma volgden. De belangrijkste kenmerken van dit programma zijn:

- 1) het gelijktijdig opnemen van tien veteranen elke zes weken,
- 2) groepstherapie met psycho-educatie als belangrijkste behandelwijze,
- 3) nadruk op het milieu en lotgenotenschap,
- 4) stafleden die zelf veteraan zijn,
- 5) goede contacten met hulpverleners buiten het ziekenhuis, en
- 6) medicamenteuze ondersteuning.

Honderdtachtig veteranen werden voor een follow-up benaderd. Hiervan reageerden 86 (48%) personen van wie 75 (89%) nog in nabehandeling was. De gemiddelde follow-up termijn was zestien maanden na ontslag. De belangrijkste bevindingen waren een verbetering in zelfwaardering en in interpersoonlijk contact, en een vermindering van de PTSS symptomen 'verdoving van het gevoel' en van hyperarousal fenomenen. De herbelevingen en slaapstoornissen bleken te persisteren.

Boudewyns en Hyer (1990) bespreken een experimenteel onderzoek onder 51 Vietnam-veteranen, waarvan er 38 het experimentele programma voltooiden. Het onderzoek vond plaats binnen het reguliere twintig weken durende programma, waarin vooral gewerkt werd met confronterende groepstherapieën met de nadruk op de ervaringen in Vietnam. Daarnaast waren er talrijke groepen om specifieke vaardigheden te leren. Patiënten werden in cohorten van vijf tot acht patiënten opgenomen om de

cohesie onderling te bevorderen. Binnen het experimentele programma werden vervolgens patiënten ingedeeld in twee condities, namelijk een groep die 'exposure' therapie kreeg, dat wil zeggen blootstelling aan gevreesde stimuli tot uitdoving plaatsvond, en een groep die individuele gesprekken kreeg. Men verwachtte dat patiënten uit de experimentele exposure-groep na verloop van tijd minder angstig zouden reageren op het aanbieden van angstopwekkende stimuli, wat waarneembaar zou zijn op fysiologische meetinstrumenten. Dat bleek niet het geval te zijn, wat verklaard zou kunnen worden door het gegeven dat ook in het normale klinische programma er al veel gepraat werd over de traumatische gebeurtenissen: de exposure voegt dan weinig toe.

Funari e.a. (1991) onderzochten veranderingen in psychologische profielen met behulp van de Millon Clinical Multiaxial Inventory, een vragenlijst die karaktertrekken vastlegt. Het klinische programma wordt beschreven als vooral bestaande uit groepsactiviteiten. Van de 112 patiënten die in aanmerking kwamen voor het onderzoek resteerden uiteindelijk 45 patiënten die het programma voltooiden. De gemiddelde duur was twintig weken. Bij de voltooiers bleek er sprake te zijn van een vermindering van schizoïde, vermijdende en passief-agressieve trekken op de Millon vragenlijst en eveneens een vermindering van PTSS gerelateerde angst en somberheid.

Munley e.a. (1994) deden recent een onderzoek dat er op gericht was voorspellende variabelen te vinden voor mensen die een programma zouden voltooien. Verschillen tussen 14 uitvallers en een willekeurige groep voltooiers liet op de Millon vragenlijst en op een schaal voor PTSS geen verschillen zien. Het programma bestond uit gedurende vijf weken klinische intensieve groepstherapie, ontspanningsoefeningen en bezigheidstherapie.

Tot slot is er een onderzoek van Hammerberg en Silver (1994) dat de resultaten naging van een 90 dagen programma voor PTSS. Het basispakket van dit programma bestond uit driemaal per week groepstherapie, psycho-educatie vijfmaal per week, ontspanningsoefeningen eenmaal per week, 'droom'groepen een- tot tweemaal per week, lotgenotengroepen tweemaal per week, en een- à tweemaal per week individuele therapie, waarbij onder meer gebruik werd gemaakt van 'exposure' technieken. Na afloop van het programma bleek 48% van de patiënten die het programma afmaakten (N=39) een aanzienlijke vermindering van klachten hadden, 39% had geen vermindering van de klachten en 13% had zelfs enige vermeerdering van klachten. De follow-up, één jaar later, liet een terugkeer naar de eerdere symptomatologie zien.

De verschillende onderzoeken kunnen niet goed met elkaar vergeleken worden wat betreft methodologische opzet, selectie van patiënten, meetinstrumenten, en programma-opzet. Toch doemt een somber beeld op: de herbelevingen en de slaapstoornissen lijken moeilijk beïnvloedbaar en er wordt bij follow-up dan ook weinig verbetering gezien. Wellicht dat juist daarom Munley e.a. (1994) zoeken naar voorspellende factoren voor het kunnen vol-

toeien van een programma. Daarin zouden dan aanknopingspunten voor behandeling gevonden kunnen worden. Het onderzoek gaf daarvoor echter geen aanwijzingen.

Ook kunnen overeenkomsten genoemd worden tussen de verschillende programma's: er wordt vooral in groepen gewerkt, waarbij lotgenotenschap, psycho-educatie en het bespreken van de traumatische ervaringen, dat gezien kan worden als een vorm van 'exposure', op de voorgrond staan. Een andere overeenkomst is de relatief korte duur van de programma's en dit is wellicht de oorzaak van de weinig bemoedigende resultaten. Opmerkelijk is dan toch dat in een programma van 140 dagen (twintig weken) er wel veranderingen geconstateerd worden in persoonlijkheidstrekken (zie Funari e.a., 1991). Het uitvalpercentage in dit programma was echter hoog en er worden geen follow-up gegevens gepresenteerd, waardoor het onduidelijk blijft of deze resultaten van meer blijvende aard zijn. Het onderzoek van Scurfield e.a. (1990) wijst in dezelfde richting, maar hier bleek dat het merendeel van de patiënten na de klinische behandeling verder poliklinisch begeleid werd, terwijl minder dan de helft van de patiënten voor follow-up bereikt kon worden.

Klinische patiënten bij Centrum '45

Patiënten in de boven besproken onderzoeken leden klinisch gezien aan ernstige PTSS-symptomatologie, waarvoor opname geïndiceerd kan zijn. Patiënten met organische psychosyndromen of psychosen werden in elk onderzoek uitgesloten. Patiënten met een op de voorgrond staande antisociale persoonlijkheid werden evenmin betrokken in de onderzoeken. Hetzelfde gold voor op de voorgrond staand alcohol- of drugsmisbruik, hoewel bij veel patiënten er wel sprake is van middelenmisbruik.

Op Centrum '45 worden soortgelijke criteria gebruikt om patiënten in- en uit te sluiten voor klinische opname, en om de mogelijkheid van therapeutische beïnvloeding na te gaan. Bij organische psychosyndromen en psychosen is er sprake van een ernstig psychiatrisch toestandsbeeld, waarvoor reguliere psychiatrische hulp geïndiceerd is. Middelenmisbruik is een contra-indicatie indien het middelenmisbruik niet gebruikt wordt als een vorm van zelfregulering van de symptomatologie en als er geen afspraken gemaakt kunnen worden over het staken van het middelenmisbruik. Verwijzing naar het verslavingscircuit is dan aan de orde. Er zijn geen formele contra-indicaties voor persoonlijkheidsstoornissen. Wel wordt er ernstig rekening gehouden met de gedragingen van patiënten ten opzichte van de medepatiënten.

Voor klinische behandeling op Centrum '45 komen alleen patiënten in aanmerking waarbij de klachten gekenschetst worden als zeer ernstig, en waarbij het sociale steunsysteem niet toereikend is of ontbreekt. Dit kan blijken uit het feit dat poliklinische of dagklinische behandeling onvoldoende resultaat heeft geboden.

Om de problematiek in kaart te brengen van de door ons opgenomen patiënten volgen hier enkele gegevens. In de periode februari 1994 t/m februari 1995 werden 10 mannen en 19 vrouwen opgenomen. De gemiddelde leeftijd was 57 jaar met een standaard afwijking van zes jaar. De leeftijd varieerde van 49 tot 77 jaar.

Ongeveer tweederde van de patiënten had een Indische oorlogsachtergrond en ongeveer eenderde een Europese. Eenentwintig van hen hadden volgens de Zelfinventarisatie Lijst voor PTSS (Hovens, 1994) een posttraumatische stress-stoornis. Acht patiënten voldeden niet aan de criteria voor PTSS.

Bij opname vulden alle patiënten een uitgebreide psychopathologie-vragenlijst in, de SCL-90 (Arrindell en Ettema, 1987), en een vragenlijst hoe zij met stressvolle situaties omgaan, de Utrechtse Coping Lijst (UCL) (Schreurs e.a., 1988).

Om de ernst van de psychopathologie te bepalen werden de patiënten vergeleken met gegevens van psychiatrische patiënten, zoals die beschreven worden in de handleiding van de SCL-90. De resultaten worden samengevat in Tabel 1.

SCL-90 Scores					
Patiënten Centrum '45 vergeleken met opgenomen psychiatrische patiënten					
	Centrum '45 (N=29)		Psychiatrie (N=105)		p
	Gemiddeld	SD	Gemiddeld	SD	
Angst	33,1	10,2	28,5	10,3	<.05
Agorafobie	18,3	8,9	16,2	7,7	n.s.
Depressie	55,9	13,8	47,8	15,2	<.05
Somatische klachten	33,4	10,7	27,4	10,3	<.01
Insufficiëntie	27,6	8,5	23,9	8,5	<.05
Wantrouwen	46,3	12,6	45,8	15,5	n.s.
Hostiliteit	11,1	3,6	8,3	3,7	<.001
Slaapproblemen	10,6	3,6	12,6	5,9	<.05
Totale score	258,6	61,8	226,8	68,1	<.05

Tabel 1

Op vrijwel alle subschalen van de SCL-90 hebben de opgenomen patiënten van Centrum '45 een hogere score dan een groep van opgenomen psychiatrische patiënten. Zij zijn angstiger, somberder en vijandiger. Zij hebben meer somatisatie en obsessief-compulsieve klachten en ook de totaalscore van de SCL-90 is belangrijk hoger. Daarentegen hebben de psychiatrische patiënten meer slaapproblemen. Hoewel deze cijfers zeker aanduiden dat de patiënten van Centrum '45 ernstige klachten hebben, moet men zich ook realiseren dat veel klachten, zoals die gemeten worden door de SCL-90, gerelateerd zijn aan de PTSS. Dat betekent dat de patiënten van Centrum '45 een geselecteerde groep

vormen, terwijl de opgenomen psychiatrische patiënten een heterogeen gezelschap vormen.

Voor de vergelijking over het omgaan met problemen en gebeurtenissen werden de patiënten vergeleken met personeelsleden van de NS. De gegevens van deze NS-personeelsleden werden gebruikt bij de ontwikkeling van de UCL. De resultaten worden samengevat in Tabel 2.

Utrechtse Coping Lijst					
Patiënten Centrum '45 vergeleken met NS-personeel					
	Centrum '45 (N=28)		NS-personeel (N=1200)		p
	Gemiddeld	SD	Gemiddeld	SD	
Actief aanpakken	17,2	4,7	18,4	3,6	n.s.
Palliatieve reactie	19,4	4,4	15,3	3,6	< .001
Vermijden	18,3	5,4	14,7	3,3	< .001
Steun zoeken	11,3	3,2	11,1	3,0	n.s.
Depressieve reactie	17,7	3,4	10,6	2,9	< .0001
Expressie van emoties	5,4	1,6	6,3	1,7	< .01
Geruststellende gedachten	12,2	3,3	11,5	2,6	n.s.

Tabel 2

Het hoeft geen verwondering te wekken dat de patiënten zich meer trachten af te leiden, meer situaties vermijden en weinig emoties tonen. Dit zijn, evenals 'depressief gedrag', gedragingen die passen bij chronische PTSS. Dit laat zien dat het omgaan met de vroegere traumatische gebeurtenissen geleid heeft tot een ingesleten patroon van vermijdende en depressieve omgangsvormen. Met andere woorden gezegd: er lijkt sprake te zijn van gestold verleden; het trauma heeft zijn invloed doen gelden op het hele leven en de manier waarop men in het leven staat. Daarom dient de kern van de behandeling vooral op deze 'omgangsvormen' gericht te zijn.

Specificiteit bij Centrum '45

Klinisch opgenomen patiënten hebben naast ernstige klachten ook problemen met inefficiënte coping strategieën of omgangsvormen. Juist de omgangsvormen zijn vaak geen klacht. Bovendien onttrekken zij zich vaak aan inzicht in de gevolgen die de omgangsvorm te wegbrengt. Dat is op zich ook niet vreemd, omdat met behulp van omgangsvormen patiënten klachten trachten te minimaliseren.

Om verandering aan te kunnen brengen in deze omgangsvormen is contact en interactie met anderen noodzakelijk. Daarom is de basis van de behandeling binnen de kliniek van Centrum '45 de sociotherapie.

Bij sociotherapie gaat het niet om aandragen van oplossingen voor klachten of levensproblemen, maar om hulp bij het verhelderen van de omgangsvormen die gekozen worden om bepaalde klachten of problemen aan te pakken. Om tot veranderingen te kunnen komen is de belangrijkste voorwaarde contact en interactie (De Haas, 1991). Contact kan beschreven worden als de mate waarin mensen zich kunnen *openstellen*, respectievelijk kunnen *afsluiten* voor informatie van anderen. Interactie kan beschreven worden als de mate waarin mensen zich *aanpassen* aan anderen, respectievelijk in welke mate *zijzelf invloed uitoefenen* op anderen.

De vaardigheden die nodig zijn om contact vorm te geven, zich te kunnen openstellen versus zich te kunnen afsluiten, lijken vooraf te gaan aan de vaardigheden die nodig zijn om interactie vorm te geven, zich aan te passen en invloed uit te oefenen. Zonder contact is er dus ook geen interactie.

Indien mensen zich te veel openstellen voor anderen kunnen zij overspoeld raken. Als mensen zich te veel afsluiten voor contact kunnen zij in een isolement terecht komen.

Indien mensen zich te veel aanpassen kan dat leiden tot een stuurloos, machteloos volgen. Als mensen te nadrukkelijk invloed uitoefenen kan dat ontaarden in negatief domineren.

De sociotherapie tracht mensen zicht te geven op de wijze waarop zij contact realiseren en de wijze waarop zij de interactie vormgeven.

Besluit

Uit de beschrijving van de opgenomen patiënten van Centrum '45 komt naar voren dat er sprake is van ernstige psychopathologie en van sterk vermijdende en depressieve omgangsvormen, terwijl de expressie van emoties laag is. Verondersteld wordt dat juist die ingesleten omgangsvormen de kern vormen van de late gevolgen van traumatisering. De hypothese dat juist de vermijdende en depressieve omgangsvormen bij deze patiënten verhinderen dat de angst gerelateerde klachten, dat wil zeggen de herbelevingen, de slaapstoornissen, de somatisatie verschijnselen en de obsessieve klachten, verminderen is dan plausibel.

In de kliniek van Centrum '45 is daarom gekozen om de behandeling vorm te geven binnen het kader van de sociotherapie. Alleen in een leefklimaat dat door sociotherapeuten te beïnvloeden is, kunnen vermijdende en depressieve reactiepatronen door contact en interactie veranderd worden.

Juist de beïnvloeding van dit leefklimaat lijkt verschillend van de eerder beschreven onderzoeken. Primair lijkt men zich elders te baseren op een programmatische behandeling van de herbelevingen en de vermijdingsreacties op angstaanjagende stimuli. Hoewel de techniek van exposure hierbij superieur lijkt te zijn, toont het onderzoek van Hammerberg en Silver (1994) aan dat de kans op recidive hoog is. Ook blijkt uit onderzoek dat exposure geen effect heeft op de vermijdingsklachten en op de emo-

tionele verdoving (Keane e.a., 1989). De resultaten uit de onderzoeken van Scurfield e.a. (1990) en Funari e.a. (1991) lijken wel te wijzen op een verandering van vermijdende en depressieve omgangsvormen. De behandeling lijkt hier echter niet op toegepast. Het kan niet uitgesloten worden geacht dat het lotgenootschap in deze behandelingen een dergelijk effect, zonder het specifiek te sturen, tot stand brengt. Wordt echter geen expliciete aandacht besteed aan de omgangsvormen, dan is de kans groot dat de resultaten niet blijvend van aard zijn. Bij Scurfield e.a. (1991) is er dan ook een hoog uitvalspercentage bij follow-up en zijn de overigen nog in poliklinische behandeling, terwijl Funari e.a. (1992) geen follow-up resultaten vermelden.

Hiermee kan echter niet gesteld worden dat het sociotherapeutisch model voldoende is om de problematiek van de patiënten in toto te behandelen of zelfs te begrijpen. Psychotherapie, gedragstherapie, groepstherapie, gezins- en relatietherapie, creatieve therapie, psychomotore therapie, maatschappelijke ondersteuning en psychofarmacologische beïnvloeding zijn ingrediënten die voor individuele patiënten in meerdere of mindere mate noodzakelijk zijn. Wel kan gesteld worden dat sociotherapie een noodzakelijke voorwaarde is om bij deze patiënten duurzame veranderingsprocessen op gang te brengen.

Bij de in dit artikel beschreven patiënten heeft geen follow-up plaatsgevonden. Indien dit model van een klinisch systeem juist is, dan is te verwachten dat op de UCL de omgangsvormen 'vermijden' en 'depressieve reactie' sterk verminderen en 'het uiten van emoties' zal toenemen. Zonder verandering in deze omgangsvormen is het niet te verwachten dat een vermindering van klachten op de SCL-90 duurzaam zal zijn. Uit eerder onderzoek kan wel afgeleid worden dat het klinisch systeem redelijk lijkt te voldoen. Feenstra en Mook (1994) rapporteerden dat 73% van voorheen opgenomen patiënten een aanzienlijke verbetering in hun symptomen ervaarden, 17% enige verbetering en 10% geen enkele verbetering.

Indien de kliniek van Centrum '45 afgezet wordt tegen de eerder besproken klinische behandelingen dan vallen twee zaken op, die overigens nauw aan elkaar gerelateerd zijn. In de kliniek van Centrum '45 is er niet zozeer sprake van een programmatische aanpak (gericht op symptomen), maar van een procesmatige aanpak (gericht op omgangsvormen). De termijn van behandeling op Centrum '45 is aanzienlijk langer dan bij de beschreven onderzoeken. In de literatuur lopen de programma's uiteen van vijf tot twintig weken, terwijl de gemiddelde opnameduur bij Centrum '45 momenteel ongeveer tien maanden is. Dat kan ook niet anders, omdat de beïnvloeding van processen niet te programmeren is, hooguit te optimaliseren.

Tot slot kan geconcludeerd worden dat getraumatiseerde patiënten die zich sterk isoleren, extreme vermijdingsreacties vertonen, nauwelijks over hun traumatische ervaringen kunnen praten en ernstige depressieve kenmerken vertonen, het meest gebaat zijn met een klinische behandeling. Een gespecialiseerde afdeling met sociotherapeutische behandeling is daarvoor aangewezen.

Daar zijn verschillende redenen voor: alleen op een gespecialiseerde afdeling is kennis van de specifieke achtergronden rond de traumatische gebeurtenissen aanwezig en deze contextuele kennis lijkt noodzakelijk om met getraumatiseerde patiënten te kunnen werken (Begemann, 1995). Met lotgenoten op één afdeling biedt de mogelijkheid een traumagevoelige context te creëren om het isolement te doorbreken. Sociotherapie richt zich op het aangaan van contact en de interactie tussen mensen waarbij tegelijkertijd begrip getoond wordt voor de moeite die dit kost als gevolg van de doorgemaakte traumatische gebeurtenissen. Het opnieuw leren op adequate wijze om te gaan met anderen, ondanks de trauma's, biedt het perspectief dat de omgangsvormen die het isolement instandhouden effectief gewijzigd worden.

Een dergelijke aanpak is procesmatig in tegenstelling tot een programmatische aanpak. In het laatste geval worden patiënten via een sterk gestructureerd programma behandeld voor bepaalde klachten. Isolement is echter geen nauw omschreven klacht, maar vereist op maat gesneden interventies die in loop van de tijd aangepast worden aan de vorderingen van de individuele patiënt. Het is het verschil tussen confectie en maatkleding. Het moge duidelijk zijn dat bij de hierboven beschreven patiënten maatkleding gewenst is.

Met dit artikel is inzichtelijk gemaakt waarom klinische behandeling voor getraumatiseerden zinvol is en voor een aantal patiënten zelfs noodzakelijk.

Noot

Met dank aan Nico van Tol en Anton Haans die nauw betrokken waren bij een eerdere versie van dit artikel.

Literatuur

- Arrindell, W.A. en J.H.M. Ettema, *SCL-90: Handleiding bij een Multidimensionele Psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1987.
- Begemann, F.A., *Erkenning en solidariteit? Een hermeneutische en kritische visie op de hulpverlening aan oorlogsgetroffenen*. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1995.
- Boudewyns, P.A. en L. Hyer, Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veteran PTSD patients treated with direct therapeutic exposure. In: *Behavior Therapy* vol. 21 (1990), 63-87.
- Carlier, I.V.E., R.D. Lamberts en B.P.R. Gersons, *Ingrijpende gebeurtenissen in politiewerk*. Arnhem: Gouda Quint, 1994.
- Feenstra, W. en J. Mook, *Tevredenheidsonderzoek Centrum '45*. Interne publicatie Centrum '45. Oegstgeest, 1994.
- Friedman, M.J. en S.M. Southwick, Towards pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder. In: Friedman, M.J., D.S. Charney en A.Y. Deutch, *Neurobiological and clinical consequences of stress*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1995.

- Funari, D.J., A.M. Piekarski en R.J. Sherwood, Treatment outcomes of Vietnam veterans with Posttraumatic Stress Disorder. In: *Psychological Reports* vol. 68 (1991), 571-578.
- Haas, O. de, Psychotherapeutisch intervenieren binnen cliëntgerichte benadering. In: Swildens, H. (red.). *Leerboek gesprekstherapie: de cliëntgerichte benadering*. Amersfoort: Acco, 1991.
- Hammarberg, M. en St.M. Silver, Outcome of treatment for Posttraumatic Stress Disorder in primary care unit serving Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress* vol. 7 (1994) 2, 195-216.
- Harmand, J., T. Starkey en L. Ashlock, A follow-up of Miami model graduates 6-12 months afterward. In: *Veteran Center Voice* vol. 8 (1987), 8-9.
- Hovens, J.E., *Research into the psychodiagnostics of Posttraumatic Stress Disorder*. Delft: Eburon, 1994.
- Keane, T.M., J.A. Fairbank, J.M. Caddell en R.T. Zimmering, Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy* vol. 20 (1989), 245-260.
- Munley, P.H., D.S. Bains, J. Frazee en T. Schwartz, Inpatient PTSD treatment: A study of pretreatment measures, treatment dropout, and therapist ratings of response to treatment. *Journal of Traumatic Stress* vol. 7 (1994) 2, 319-325.
- Schreurs, P.J.G., G. van de Willige, B. Tellegen en J.F. Brosschot, *De Utrechtse Coping Lijst: UCL*. (The Utrecht Coping Questionnaire). Lisse: Swets en Zeitlinger, 1988.
- Scurfield, R.M., S.K. Kenderdine en R.J. Pollard, Inpatient treatment for war-related Posttraumatic Stress Disorder: Initial findings on a longer-term outcome study. In: *Journal of Traumatic Stress* vol. 3 (1994) 2, 185-201.
- Solomon, S.D., E.T. Gerrity en A.M. Muff, Efficacy of treatments for Posttraumatic Stress Disorder. In: *Journal of the American Medical Association* 268 (1992), 633-638.
- Velden, P.G. van der en R.J. Kleber, Met het oog op morgen: een overzicht van EMDR-studies. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie* vol. 38 (1996) 1, 30-39.