



TRUDY MOOREN

*Professor Marylene Cloitre over haar visie
op traumabehandeling*

Meer bieden dan alleen exposure-therapie



*Claudia Gallegos van de
Military Police geeft
vrouwelijke politie-recruit
instructie, Irak 2010
(foto UPI Photo/eyevine/HH).*

Professor Marylene Cloitre was keynote speaker op het congres dat de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP) voor haar leden organiseerde op 16 november 2010. Marylene Cloitre is een expert op het gebied van wetenschappelijk onderzoek naar complexe trauma's en zij heeft een



Marylene Cloitre (foto ISTSS).

nieuwe methodiek ontwikkeld, STAIR, een combinatie van training in sociale vaardigheden, emotieregulatie en traumaverwerking met narratieve middelen.¹ Trudy Mooren sprak met haar.

U bent onlangs gaan werken bij het National Center for PTSD in Palo Alto, wat voor werk doet u daar?

Het National Center for PTSD, gesteund door de Veterans Administration, is een onderzoeksinstituut dat zich richt op het helpen van veteranen en anderen door middel van onderzoek, educatie en training over trauma en PTSS. De vragen waar we ons nu mee bezig houden zijn: hoe kun je professionals trainen in het diagnosticeren en behandelen van trauma? Dat is tot nu toe niet wetenschappelijk onderzocht. Natuurlijk zijn ook nieuwe behandelingsmethoden nodig, maar als je die hebt ontwikkeld, hoe krijg je bekendheid voor een methode en hoe kunnen professionals getraind worden zodat ze die nieuwe behandeling effectief kunnen geven?

De afgelopen vijftwintig jaar heb ik gewerkt in een klinische setting en deed ik onderzoek binnen de klinische zorg, nu bevind ik me in een heel andere omgeving, namelijk een onderzoekssetting, waar ik mijn eigen sociale professionele netwerk aan het opbouwen ben. Ik zal voornamelijk werken met vrouwelijke veteranen omdat

¹ Voor meer informatie over STAIR zie blz.16 en voor informatie over NtVP zie www.ntvp.nl.

mijn werk in de afgelopen jaren zich met name richtte op vrouwen en daarbij zal ik focussen op onderwerpen als gezinsrelaties en het krijgen en verzorgen van kinderen.

Wie zijn de mensen in uw team, wat zijn hun achtergronden en waar gaat hun belangstelling naar uit?

Het team is divers samengesteld. De meesten zijn klinici of behandelaars die geïnteresseerd zijn in het ontwikkelen van en lesgeven over evidence based behandelingen. Sommigen richten zich op diagnostiek en behandeling in een niet-traditionele omgeving als de eerste gezondheidszorg. Wij trainen doktoren in het herkennen van PTSS en ontwikkelen daarvoor hele korte protocollen van vijf of zeven items die niet veel vaardigheden en kennis vragen maar wel alert maken op het herkennen van signalen bij patiënten met PTSS zodat zij doorverwezen worden naar therapeuten. Daarnaast houdt een groep medewerkers zich bezig met vraagstukken als het belang van 'moral injury'. Het gaat om ethische dilemma's waar mensen mee kunnen worstelen die in gevechtssituaties zijn geweest of een ander mens hebben gedood. Ook als je van mening bent dat je niet anders kon, kun je daar last van hebben. Dan zijn er nog medewerkers die zich buigen over het gebruik van internet als outreachend middel naar leken en professionals.

Is uw werk helemaal toegespitst op veteranen en hun families?

Nee, de missie van het National Center is om trauma te begrijpen. We werken met civiele en veteranenpopulaties om het hele scala aan effec-

ten van trauma en de manieren waarop die zich voordoen in diverse populaties te kunnen doorgronden. Als we geen oog hebben voor die diversiteit zullen we trauma niet begrijpen.

In het algemeen denk je bij een typische veteranenpopulatie aan volwassen mannen. Ik heb altijd gewerkt met vrouwen en kinderen en ik denk dat ik een nieuwe dimensie toevoeg aan het werk van het National Center. Vroeger was er dienstplicht, moesten jongens opkomen voor hun nummer en hoefden zij zich geen zorgen te maken om hun familie. Sinds de dienstplicht is afgeschaft gaat het om vrijwilligers en spelen families een rol bij de keuze om wel of niet in dienst te gaan. Bovendien zijn de vele uitzendingen een belasting voor de gezinnen. De Veterans Administration moet daarom ook aandacht aan het werken met die gezinnen besteden.

U zei dat de Veterans Administration de samenleving en de medische sector bewust wil maken van trauma. Is dat nog nodig in de VS?

Dat is heel erg nodig. Men zegt als grap wel over chirurgen dat ze geen oog hebben voor de emotionele dimensies van hun werk, misschien wel uit noodzaak. Als iemand een ernstig auto-ongeluk heeft gehad en binnen wordt gebracht dan gaat het om actie omdat het soms een kwestie van leven of dood is. Maar we weten dat als men iets dergelijks heeft meegemaakt men PTSS kan ontwikkelen. Dus is het belangrijk om met deze zorgverleners samen te werken.

Willen ze dat ook? Willen ze leren?

Ze willen weten hoe ze het probleem kunnen oplossen. Ze weten dat hun patiënten lijden maar

weten niet hoe ze daarmee om moeten gaan. Patiënten tonen vermijdingsgedrag of zijn vijandig, weigeren mee te werken aan procedures vanwege hun PTSS of willen geen medicijnen. De doktoren willen zich niet bezighouden met PTSS, ze willen dat wij dat doen zodat zij verder kunnen met hun werk.

In uw voordracht op het congres presenteerde u een ontwikkelingsperspectief in leren. In een normale ontwikkeling leert men zijn emoties zo te reguleren dat men in staat is met de moeilijkheden in het leven om te gaan. Neemt u deze notie van emotieregulering ook mee in uw aanbod aan de medische zorg?

Nog niet, maar ik vind dat mensen die in de geestelijke gezondheidszorg werken of bij de eerste hulp moeten leren over het reguleren van emoties. Zij kunnen dat ook voor zichzelf gebruiken omdat zij constant blootgesteld worden aan traumatiserende situaties met een hoog risico op secondary traumatization. Dat geldt ook voor brandweerlieden en politiemensen. Door de constante, chronische blootstelling aan afschuwwekkende gebeurtenissen verzwakken hun emotieregulerende vaardigheden. De politie in New York heeft belangstelling voor preventie en trainingen om deze vaardigheden te versterken.

Is dat ook de impact van 9/11?

Leidinggevenden bij de politie zullen dat bemen want veel politiemensen waren betrokken bij de reddingspogingen. Velen zoals we nu weten hebben een uitgestelde PTSS. Toen zij weer teruggingen naar hun normale werksituatie had



*Vrouwelijke hospikken,
Afghanistan 2008
(foto Jeroen
Oerlemans/HH).*

de accumulatie van andere stressoren op het werk een negatief effect op hun PTSS. Er trad een soort emotionele verdoving bij hen op en zij trokken zich terug uit het gezinsleven.

Is emotionele verdoving en vermijding een gezond copingmechanisme?

Het is een bescherming, maar ik vraag me wel af hoe mensen in hun dagelijkse leven switchen tussen een potentieel bedreigende werksituatie met veel agressie naar een thuissituatie met zorgen voor gezinsleden.

Gaat het eigenlijk niet om flexibiliteit in het reguleren van emoties en om een flexibele aanpassing aan verschillende rollen, verwachtingen en functies?

Dat is de opgave: heel flexibel zijn en je goed kunnen aanpassen om heen en weer te switchen tussen verschillende sociale omgevingen terwijl je je één en dezelfde persoon blijft voelen.

Heeft het traumaveld verwaarloosd dat men gedrag kan variëren in verschillende omgevingen? Het lijkt alsof er maar één uitkomst is: PTSS werkt storend door in alle sociale omgevingen.

Ik denk dat de meeste mensen als ze verdrietig en angstig zijn die gevoelens variëren in verschillende omgevingen. Sommige omgevingen roepen minder op of zijn minder belastend. Ik was wel verbaasd om te ontdekken dat ambulancebroeders vaak Vietnamveteranen zijn. Die veteranen hebben hun eigen manier van omgaan met stress maar kunnen die niet variëren. Bij de ambulancedienst vinden zij een werkomgeving waarin hun copingmechanisme effectief is en geschikt om met stressvolle situaties om te gaan.

Mensen blijken omgevingen op te zoeken die passen bij hoe zij functioneren.

Een onderdeel van uw STAIR-training gaat over emotieregulerende vaardigheden, een ander deel bevat exposure behandeling met narratieve elementen. Hoe verhoudt narrative storytelling zich tot imaginary exposure of tot EMDR?

Ik ken EMDR niet maar ik vermoed dat het zoiets is als exposure. Je vertelt over iets, en de angststimulus is een bepaalde herinnering en als je die gevreesde stimulus keer op keer benadert door over die herinnering te vertellen zal die angstrespons afnemen omdat je je realiseert dat er in wezen niets angstigs is aan een herinnering. Dat is het model van exposure en dat is de manier waarop die behandeling gebeurt. Maar de narrative storytelling gaat niet alleen over het vertellen van een gebeurtenis opdat men in contact komt met zijn gevoelens die vervolgens afnemen, maar men heeft een beter besef van de betekenis van de gebeurtenis. Dat is wat wij willen bereiken. Ik heb altijd gedacht dat het interessant is om een verhaal keer op keer te vertellen, maar ik merkte dat men het verhaal iedere keer iets anders vertelde. Soms werd het meer uitgebreid, soms kreeg men meer inzicht en soms werden deze gewaarwordingen van zichzelf ook deel van het verhaal. Door het vertellen treedt niet alleen gewinning op, men wordt minder bang, maar het gebeurde krijgt ook betekenis. Wat men vertelt krijgt een context: wie was ik toen, waarom deed ik dat, wie liet me dat doen, wie ben ik nu? De interpretatie wordt ook onderdeel van het verhaal.

Denkt u dat de kernideeën die men over zichzelf heeft, zijn aangetast of beschadigd door het trauma en helen ze door het contextualiseren van herinneringen? In mijn werk met traumapatiënten krijg ik soms de indruk dat met name de ideeën over henzelf de traumaherinneringen zo voeden.

De ideeën over henzelf bevestigen, versterken en bekrachtigen de herinneringen. In therapie worden de beelden van patiënten over zichzelf door de therapeut uitgedaagd. Als een patiënt zichzelf waardeloos vindt zal de therapeut zeggen dat hij de patiënt niet ziet als een waardeloos persoon en zijn observaties van de patiënt naar voren brengen. Door wat er in de therapeutische relatie gebeurt kan de patiënt anders over zichzelf gaan denken.

Bij Centrum '45 werken wij met getuigenistherapie, Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP) en Narrative Exposure Therapy (NET) en zijn wij geïnteresseerd in narratieve methodieken. Tegelijkertijd gebruiken we ook andere trauma-gerichte behandelingen, zoals EMDR en imaginaire exposure. De intrigerende vraag is: kunnen we dat doen? Kunnen we ons zowel richten op stabiliserende technieken als op exposure?

Een hele interessante vraag. De exposure-therapie is geboren in het denken over enkelvoudige trauma's bij volwassenen waar de traumatische gebeurtenis als het ware ingekapseld is en losstaat van iemands identiteit. Deze therapie werkt als een soort laser, je doet een ingreep om de deviante gebeurtenis te verwijderen, en dan is alles weer normaal. Maar de kern van trauma is dat voor veel mensen die ervaring door de tijd heen levend blijft en hun zelfbeeld en identiteit ver-

anderen. Ik vind dat we daarom meer moeten bieden dan alleen exposure-therapie.

Als je kijkt naar therapeuten die heel goed zijn in exposure-therapie dan zie je dat ze ook meer doen: ze hebben een therapeutische relatie die steunend is, zij identificeren zich, geven hun patiënt erkenning en zien hun patiënt als een waardevol persoon, als iemand die in staat is om te veranderen. Die elementen worden niet geïdentificeerd. Onze taak is om meer aandacht aan deze elementen te besteden zodat we ze effectief in de behandeling kunnen inzetten en komende generaties traumatherapeuten dat leren.

U wordt voorzitter van de International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). Welke richting gaan we op?

ISTSS is een internationale organisatie maar te veel gericht op Noord-Amerika. Dat willen we veranderen. Meer aandacht voor de meningen en wensen van de leden – wereldwijd.

Vertaling: Lies Schneiders

TRUDY MOOREN is klinisch psycholoog en senior onderzoeker bij Stichting Centrum '45/ Arq. Ze werkt als psychotherapeut op de gezinsafdeling van de kliniek en coördineert het onderzoek op terrein van kind en gezin.