

University of Groningen

Traumagerelateerde klachten

Huntjens, Rafaele; Wessel, Ineke; Bachrach, Nathan; Eidhof, Marloes; Hoeboer, Chris; Lommen, Miriam; Matthijssen, Suzy; Mooren, Trudy; Schoorl, Maartje; van Minnen, Agnes

Published in:
Gedragstherapie

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2023

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Huntjens, R., Wessel, I., Bachrach, N., Eidhof, M., Hoeboer, C., Lommen, M., Matthijssen, S., Mooren, T., Schoorl, M., & van Minnen, A. (2023). Traumagerelateerde klachten: Een aantal populaire behandelingen onder de loep genomen. *Gedragstherapie*, 56(1), 3-32.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@bua.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Traumagerelateerde klachten

3

Een aantal populaire behandelingen onder de loep genomen

RAFAËLE HUNTJENS, INEKE WESSEL, NATHAN BACHRACH, MARLOES EIDHOF, CHRIS HOEBOER, MIRIAM LOMMEN, SUZY MATTHIJSEN, TRUDY MOOREN, MAARTJE SCHOORL & AGNES VAN MINNEN

Samenvatting

Voor de behandeling van traumagerelateerde klachten zijn effectieve, evidence-based behandelingen beschikbaar, maar relatief weinig mensen krijgen daadwerkelijk zo'n behandeling. In plaats daarvan worden andere behandelingen gegeven die populair zijn, waaronder lichaamsgerichte behandelingen, dierondersteunde therapie, speltherapie, EMDR toegepast op vermijding, de Lovett-methode voor preverbaal trauma, geleide synthese en deprogrammeren. Wij nemen deze behandelingen onder de loep. Zijn ze effectief? Wat is het veronderstelde werkingsmechanisme ervan? En wat zijn de mogelijke risico's van deze behandelingen? In de discussie bespreken we mogelijke redenen waarom deze en vergelijkbare behandelingen in de klinische praktijk worden verkozen boven evidence-based behandelingen en een aantal redeneerfouten die aan deze keuzes bijdragen.

Trefwoorden: trauma, PTSS, dissociatieve stoornissen, evidence-based, EMDR

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Volgens het rapport *Zinnige zorg – Verbetersignalement posttraumatische stress-stoornis* krijgt slechts 39% van de mensen met hoofddiagnose posttraumatische-stressstoornis (PTSS) een evidence-based behandeling conform de richtlijnen aangeboden, zoals exposure of EMDR.
- ▶ Het merendeel van de patiënten wordt dus bewezen effectieve zorg onthouden, wat leidt tot lagere kosteneffectiviteit van de zorg, tot langere wachttijden en mogelijk tot schade voor individuele patiënten.
- ▶ Het blijft essentieel om alternatieve behandelingen eerst in gedegen studies te onderzoeken voor zij in de klinische praktijk worden toegepast.

INLEIDING

4

.....

In de afgelopen decennia zijn grote stappen gezet in het onderzoek naar de behandeling van psychische klachten die kunnen ontstaan na het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen. Ook het vertalen van deze kennis naar de klinische praktijk kreeg veel aandacht. Zo werden de afgelopen jaren diverse ggz-standaarden gepubliceerd die concrete aanbevelingen voor de praktijk baseren op actuele wetenschappelijke kennis. In de zorgstandaard *Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen*¹ (GGZ Standaarden, 2020b) valt bijvoorbeeld te lezen dat psychologische behandeling de voorkeur geniet boven farmacotherapie. Eerstekeuzebehandelingen zijn imaginaire exposure, *prolonged exposure*, cognitieve therapie, *cognitive processing therapy*, *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) en *trauma-focused* cognitieve gedragstherapie. Andere behandelingen zijn minder vaak onderzocht, maar eveneens effectief bevonden: imaginaire rescripting (ImRs), beknopte eclecticische psychotherapie voor PTSS (BEPP), narratieve exposuretherapie (NET) en schrijftherapie (bijvoorbeeld Interapy). Ook voor mensen met complexe PTSS² wordt momenteel aanbevolen om direct te starten met traumagerichte therapieën. Zie onder andere de recente richtlijnen van de International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS Guidelines Committee, 2018). In deze richtlijnen wordt aangegeven dat alternatieve, experimentele behandelmethoden pas toegepast dienen te worden als meerdere bewezen effectieve behandelingen zijn toegepast en die niet effectief zijn gebleken.

De zorgstandaard *Dissociatieve stoornissen* (GGZ Standaarden, 2020a) beschrijft meerdere behandelingen die werkzaam zouden kunnen zijn, waaronder een gefaseerde behandeling, schematherapie en directe traumagerichte behandeling. Gerichte aanbevelingen en een beslisboom ontbreken echter, omdat er momenteel nog te weinig onderzoek is gedaan naar deze en andere behandelingen bij dissociatieve stoornissen.

De aanbevelingen in de ggz-standaarden zijn gebaseerd op onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen en het werkingsmechanisme ervan. We bespreken twee voorbeelden van dergelijk onderzoek.

- 1 Onder psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen vallen posttraumatische-stressstoornis (PTSS), complexe posttraumatische-stressstoornis (cPTSS), acute stressstoornis (ASS), persisterende complexe rouwstoornis (PCRS) en hechtingsstoornissen, zoals reactieve hechtingsstoornis (RHS) en ontremd-sociaalcontactstoornis (OSCS).
- 2 De term 'complexe PTSS' wordt in de ICD-11 (WHO, 2022) gebruikt voor problemen met emotieregulatie, interpersoonlijk functioneren en zelfbeeld die zich voordoen in aanvulling op PTSS-klachten.

NOODZAAK VAN STABILISATIE

.....

In de praktijk richtte men zich bij mensen met PTSS gerelateerd aan mishandeling en misbruik tijdens de kinderjaren vaak eerst op stabilisatie, alvorens over te gaan tot traumagerichte behandeling. Klinisch gezien is dit een logische gedachtegang: als een patiënt veel problemen heeft op het gebied van emotieregulatie, ligt het voor de hand om hem een vaardigheidstraining op dat gebied aan te reiken, voordat men een traumabehandeling start, die immers sterke emoties oproept. In de afgelopen jaren werden min of meer gelijktijdig in Nederland drie RCT's³ uitgevoerd die de vraag stelden of deze fasering nuttig en noodzakelijk is voor deze groep. In grote lijnen bleek gefaseerde behandeling niet superieur aan directe traumagerichte behandeling bij mensen met PTSS gerelateerd aan traumatische ervaringen in de kindertijd. Met andere woorden: de effectiviteit van stabilisatie plus een traumagerichte PTSS-behandeling verschilde niet van de resultaten van enkel een directe traumagerichte PTSS-behandeling, een bevinding die wellicht tegen onze klinische intuïtie indruist. Daarnaast bleek dat directe traumaverwerking goed wordt verdragen en bovendien leidt tot grote verbeteringen op verschillende (herstel)domeinen, zoals emotieregulatie, zelfbeeld, interpersoonlijke problemen, en gevoelens van schuld en schaamte. Niet alleen vanuit het perspectief van effectiviteit en veiligheid, maar ook vanuit efficiëntie en zorgkosten, pleiten de uitkomsten van deze studies er dus voor om directe traumaverwerking zo snel mogelijk toe te passen. Wel moet verder onderzoek nog uitwijzen welke PTSS-interventie wanneer het beste werkt, en met welke frequentie en dosering ze het beste kan worden toegepast. Ook moet worden opgemerkt dat de genoemde studies diverse exclusiecriteria hanteerden. Zo werden in een of meerdere van deze studies mensen met een laag IQ, onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, alcoholafhankelijkheid, of een hoge kans op suïcide of zelfbeschadiging uitgesloten van deelname, evenals mensen die te maken hadden met doorgaand misbruik. We weten dus nog niet of de conclusies ook voor die groepen gelden.

- 3 Dat zijn: (1) de IMPACT-studie (Oprel et al., 2021), waarin prolonged exposure en intensieve prolonged exposure zonder voorafgaande stabilisatie werden vergeleken met een gefaseerde behandeling (STAIR + prolonged exposure); (2) de TOPRON-studie (van Vliet et al., 2021), waarin EMDR werd vergeleken met een gefaseerde aanpak (STAIR + EMDR); en (3) een studie naar imaginaire rescripting versus een gefaseerde aanpak (STAIR + imaginaire rescripting) (Raabe et al., submitted).

WERKINGSMECHANISME VAN EMDR

.....

Een ander voorbeeld van de bijdrage van empirisch onderzoek aan de klinische praktijk betreft het onderzoek naar het werkingsmechanisme van EMDR. Bij die vorm van traumabehandeling wordt aan patiënten gevraagd om het naaste beeld van een herinnering op te halen, terwijl ze tegelijkertijd met hun ogen de hand van de therapeut (of het licht op een lichtbalk) die snel van links naar rechts heen en weer beweegt, moeten volgen (Matthijssen et al., 2021). De werkzaamheid van EMDR voor de behandeling van PTSS is in meerdere studies aangetoond (Lewis et al., 2020; maar voor het risico op bias, zie: Cuijpers et al., 2020). Over het werkingsmechanisme bleef echter lang na de intrede van de behandeling veel onduidelijkheid bestaan. Volgens Francine Shapiro's model van *adaptive information processing* (AIP) zou een traumatische gebeurtenis geïsoleerd worden opgeslagen in het geheugen als disfunctionele informatie. Lange tijd ging men als werkingsmechanisme uit van interhemisferische communicatie (Christman et al., 2003). Door bilaterale stimulatie (bijvoorbeeld het volgen van de horizontale vingerbewegingen van de therapeut) zouden er nieuwe neurale verbindingen ontstaan tussen de hemisferen in de hersenen, waardoor de opgeslagen herinnering weer toegankelijk zou worden, en er verwerking en integratie in het grotere geheugennetwerk zou plaatsvinden (Shapiro & Laliotis, 2011). Uit empirisch onderzoek bleek echter evidentie voor een alternatieve verklaring: de werkgeheugentheorie (zie onder anderen: Gunter & Bodner, 2009). Deze theorie gaat ervan uit dat het vasthouden van een nare herinnering in het werkgeheugen niet goed lukt als gelijktijdig een andere taak moet worden uitgevoerd die het werkgeheugen belast. De herinnering verliest hierdoor aan emotionele lading en levendigheid, en wordt uiteindelijk ook op die manier weer opgeslagen in het langetermijngeheugen.

In de klinische praktijk werd, gebaseerd op het AIP-model, overgestapt van oogbewegingen naar klikjes: patiënten kregen een koptelefoon op met geluiden die afwisselend rechts en links te horen waren. Zowel therapeuten als patiënten vonden dit een prettige manier van werken bij EMDR-therapie sessies. Echter, uit onderzoek bleek dat het luisteren naar klikjes minder effectief is dan het maken van oogbewegingen, omdat het luisteren naar klikjes het werkgeheugen minder belast (van den Hout et al., 2011). Daarom wordt nu geadviseerd om bij voorkeur de oogbewegingen te gebruiken.

ZINNIGE ZORG?

.....

De twee voorbeelden laten zien dat populaire of klinisch intuïtieve behandelmethoden niet altijd effectief blijken. Gelukkig wordt er kwalitatief hoogstaand onderzoek op het gebied van psychotrauma uitgevoerd en vin-

den de resultaten hun weg naar de richtlijnen voor behandeling, waardoor de traumagerichte zorg in Nederland steeds beter wordt. Toch valt er nog veel te doen, op het gebied van zowel diagnostiek als behandeling. Uit het rapport *Zinnige zorg – Verbetersignalement posttraumatische stress-stoornis*⁴, gebaseerd op gegevens van drie middelgrote algemene ggz-instellingen in Nederland, blijkt dat er per jaar circa 90.000 mensen met PTSS hulp krijgen in de ggz, maar dat PTSS niet wordt herkend bij 18-35% van de mensen die professionele hulp zoeken. Ook ontvangt slechts een minderheid van de mensen met hoofddiagnose PTSS (39%) daadwerkelijk een traumagerichte behandeling conform de richtlijnen. Bovendien krijgt van die laatsten 41% minder sessies aangeboden dan de richtlijn aanbeveelt. Voor andere traumagerelateerde stoornissen dan PTSS, waaronder de persisterende complexe rouwstoornis en de dissociatieve stoornissen, ontbreken deze cijfers vooralsnog.

Het rapport *Zinnige zorg* roept de vraag op welke traumagerichte behandelingen dan wel in de ggz worden gegeven in de gevallen waarin er geen evidence-based richtlijnbehandeling wordt gegeven. Om de kwaliteit van de zorg op peil te houden en verder te verhogen, is het belangrijk om kritisch naar zulke alternatieven te kijken. In dit artikel nemen we ter illustratie een aantal behandelingen voor volwassenen en kinderen met traumagerelateerde stoornissen onder de loep, inclusief dissociatieve stoornissen. Onze keuze van behandelingen is zeker niet uitputtend, maar slechts een greep uit de behandelmethoden in de klinische praktijk. Deze methoden worden in ieder geval ook in de reguliere ggz aangeboden en kenmerken zich door een zekere populariteit, zoals blijkt uit het trainingsaanbod in het postdoctorale opleidingsprogramma, uit nascholing en uit presentaties op Nederlandse congressen. Aan bod komen: (1) lichaamsgerichte behandelingen, (2) dierondersteunde interventies, (3) de EMDR-methode *level of urge to avoid*, (4) het behandelen van preverbaal trauma met de Lovett-methode, (5) speltherapie, en specifiek voor de dissociatieve stoornissen de behandelmethoden (6) 'geleide synthese' en (7) 'deprogrammeren'. De centrale vragen die aan de orde komen zijn: Hoe gaat de behandeling in haar werk en wat is er bekend over de effectiviteit ervan? Wat zijn de veronderstelde werkingsmechanismen en worden die onderbouwd door empirisch onderzoek? En is de alternatieve behandeling zonder risico? In de discussie bespreken we een aantal onderliggende denkfouten die kenmerkend zijn voor de rationale en/of werkwijze van meerdere beschreven methoden. We eindigen met een onderzoeksagenda.

4 Dit rapport werd in juni 2020 opgesteld door het Zorginstituut Nederland, in samenwerking met patiëntenorganisaties, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars (Zorginstituut, 2020).

LICHAAMSGERICHTE BEHANDELINGEN

.....

Het idee achter lichaamsgerichte behandelingen is dat het trauma zo overweldigend is dat de ervaring wordt opgeslagen als lichaamsherinnering, onbewust en onveranderlijk door de tijd heen (Langmuir et al., 2012; van der Kolk, 1994, 2014). In plaats van als verbale herinnering, wordt het trauma opgeslagen in het zogenaamde ‘reptielenbrein’ (Crawford, 2010; Steenkamp et al., 2012; van der Kolk & Fislser, 1995) of in het lichaam zelf, zoals in het zogenaamde spiergeheugen (Hardeman, 2020; Hoekstra, 2020). Deze lichaamsherinneringen zouden zich uiten in de vorm van fysieke sensaties of klachten, zoals spierspanning, spierpijn, trillingen, tintelingen of hyperarousal. In lichaamsgerichte benaderingen als de *sensorimotor psychotherapy* (SP; Ogden & Minton, 2000) en de *somatic experiencing therapy* (SE; Levine & Frederick, 1997) spreekt men dan ook van de ‘taal van het lichaam’. Ook van der Kolks boek *The body keeps the score* (Nederlandse titel: *Traumasporen*) leunt op deze gedachte en is bijzonder populair. Omdat de richtlijnbehandelingen voor PTSS een grote verbale, cognitieve component hebben, zouden ze niet goed aansluiten bij mensen met zulke lichaamsherinneringen (Kuhfuss et al., 2021). Ook zouden patiënten geen baat hebben bij gangbare traumatherapie als ze overspoeld worden door herinneringen en gaan dissociëren (van der Kolk, 2014). In plaats van hun herinneringen aan het trauma te verwoorden, zoals bij richtlijnbehandelingen, focussen patiënten tijdens lichaamsgerichte behandelingen op hun lichamelijke symptomen en sensaties wanneer ze blootgesteld worden aan (veronderstelde) traumatische cues. Naast lichaamsbewustwording leren ze om hun lichaam te kalmeren en hun spanning te reguleren, bijvoorbeeld door aan positieve dingen te denken, waardoor de spanning zou afnemen (Kuhfuss et al., 2021; van der Kolk, 1994). Daarnaast is cruciaal dat mensen alsnog de beweging afmaken die zij tijdens de stressvolle gebeurtenis niet konden uitvoeren, bijvoorbeeld de dader van zich afslaan, in plaats van te verstijven (Payne et al., 2015).

Dat posttraumatische-stressklachten ook lichamelijke componenten omvatten en dat de behandeling ook gericht moet zijn op het herkennen en reduceren van deze klachten, is onomstreden. Echter, er is kritiek op de achterliggende ideeën van lichaamsgerichte therapie. Ten eerste is er geen wetenschappelijke basis voor het bestaan van lichaamsherinneringen en spiergeheugen voor trauma (McNally, 2003). Zo wordt het idee dat lichaamsherinneringen worden opgeslagen in een lager primitief deel van het brein (het reptielenbrein), dat afgescheiden is van evolutionair gezien nieuwere en hoger gelegen gebieden (met daarin ook functies als taal), niet ondersteund door de laatste wetenschappelijke inzichten (Cesario et al., 2020). Ook het belang van het afmaken van de beweging die tijdens het trauma zelf niet uitgevoerd werd (Payne et al., 2015) wordt niet ondersteund door onderzoek. Verder bestaat er geen empirische evidentie voor een verminderde

effectiviteit van traumagerichte psychotherapie voor PTSS bij mensen met (somatoforme) dissociatie (voor een meta-analyse, zie: Hoeboer et al., 2020; Zoet et al., 2018).

In totaal zijn er drie gecontroleerde studies gedaan naar lichaamsgerichte behandeling. Een daarvan betrof een pilot-RCT naar sensorimotortherapie voor mensen met PTSS ten gevolge van vroegkinderlijk trauma. Deze studie vond geen effect op PTSS-klachten (Classen et al., 2020). Een tweede studie gericht op de somatic experiencing therapie vond een groot effect op PTSS-symptomen (Brom et al., 2017). Een derde studie naar (sub)klinische PTSS comorbide bij chronische pijnklachten vond een statistisch significante, maar beperkte verandering ten opzichte van de baseline in PTSS-klachten (met andere woorden: beperkte klinische relevantie; Andersen et al., 2017). Overigens werden in deze studies niet speciaal mensen geïncludeerd met lichaamsherinneringen, en in de RCT's met positieve resultaten geen mensen met ervaringen van vroegkinderlijk seksueel misbruik of complex trauma, maar veelal met ervaringen van verkeersongelukken.

Er kleeft een belangrijk risico aan lichaamsgerichte interventies wanneer men een stap verder gaat en ervan uitgaat dat deze behandeling ook gegeven kan worden aan mensen die geen verbale herinneringen aan een trauma aangeven, maar die wel lichamelijke klachten vertonen (bijvoorbeeld rugpijn, plas- en bekkenproblemen, slaapproblemen en hoofdpijn) die geïnterpreteerd worden als traumagerelateerd. Dan is er namelijk sprake van omgekeerd redeneren: (1) er zijn lichamelijke klachten, dus moet er zich trauma hebben voorgedaan, en (2) om die klachten te doen afnemen, moet de herinnering aan dat trauma naar boven worden gehaald. Een dergelijke werkwijze heeft als groot risico dat er door suggestie onterechte herinneringen worden opgewekt, wat vaak niet bekend is bij patiënten die deze therapie volgen.

Samenvattend lijkt er enige, zij het beperkte en gemengde, evidentie te zijn voor lichaamsgerichte behandeling als effectieve therapie voor PTSS ten gevolge van onder andere auto-ongelukken en geweld. De methode blijkt niet effectief voor PTSS-klachten bij mensen met vroegkinderlijk interpersoonlijk trauma, en er is geen evidentie voor het vooronderstelde onderliggende werkingsmechanisme. Bovendien ontbreekt tot op heden een directe vergelijking met een van de behandelingen die de richtlijnen aanbevelen. De theorie dat traumatische herinneringen worden opgeslagen in het lichaam en/of in het reptielenbrein is discutabel, net als de aanname dat bewegingen afgemaakt moeten worden in het heden. Verder lijkt de stelling dat mensen met PTSS en lichaamsherinneringen niet profiteren van traumagerichte psychotherapie voorbarig, en kleven er aan de lichaamsgerichte behandelmethodes enige risico's. Die betreffen met name de toepassing van deze behandeling bij mensen met somatische klachten die geen herinnering hebben aan traumatische ervaringen.

DIERONDERSTEUNDE INTERVENTIES

.....

10

Bij dierondersteunde interventies wordt meestal onderscheid gemaakt tussen *animal-assisted (psycho)therapy* (AA(P)T), waarbij een dier op een gestructureerde manier wordt geïntegreerd in een psychotherapie gericht op PTSS, en *animal-assisted activity* (AAA), waarbij een dier op een meer ondersteunende manier wordt ingezet in het leven van iemand met PTSS. Elk van beide vormen heeft een eigen doel: bij AAT gaat het er specifiek om PTSS-klachten te verminderen, terwijl het er bij AAA meer om gaat de kwaliteit van leven te verbeteren.

Over de werkingsmechanismen van AAT bij PTSS is nog niet zoveel bekend, en er is geen gecontroleerd onderzoek naar gedaan. Dat is ook lastig, omdat de betreffende dieren – meestal honden, paarden of andere boerderijdieren – op verschillende manieren ingezet kunnen worden, waardoor ook de werkingsmechanismen kunnen verschillen. Een verondersteld werkingsmechanisme is dat van de dieren een stressreducerende werking uitgaat. Onderzoek heeft bevestigd dat bij contact met het dier de stress inderdaad afnam, wat gemeten werd met fysieke stressindicatoren, zoals hartslag en bloeddruk (Krause-Parello & Friedmann, 2014; Woodward et al., 2017). Ook kan een dier helpen de kwaliteit van leven te verhogen, en wel door de leefwereld van de patiënt te vergroten of diens dagelijkse activiteiten te ondersteunen (O’Haire et al., 2015). Ook er is enig bewijs voor een positief effect op motivatie voor traumagerichte therapie (Germain et al., 2018).

In een recente meta-analyse van Hediger en collega’s (2021) werden 41 studies geïnccludeerd, waaronder slechts acht gecontroleerde studies en slechts twee gerandomiseerde trials. Meestal ging het om honden of paarden die werden ingezet bij oorlogsslachtoffers of slachtoffers van seksueel misbruik. Wat betreft vermindering van symptomen van PTSS en depressie waren dierondersteunde behandelingen effectiever dan een wachtlijstconditie en de effecten waren vergelijkbaar met die van reguliere psychotherapie. Er waren ook enige aanwijzingen dat een hulphond effectief was, maar de bevindingen waren gemengd. De kwaliteit van alle studies op dit gebied was echter laag: er was sprake van heterogene designs, kleine steekproeven en inadequate controlecondities. Ook de toepasbaarheid en veiligheid van AAT is nog niet systematisch gemeten. Kortom, de resultaten van het onderzoek naar de effectiviteit van AAT en AAA zijn gemengd, en de kwaliteit van de betreffende studies is nog onvoldoende om duidelijke conclusies te kunnen trekken. Het onderzoek wordt echter ook bemoeilijkt door de uiteenlopende doelstellingen van AAT: Gaat het om een eerste, laagdrempelige interventie, met als doel de patiënt naar traumagerichte behandeling te bewegen? Is het een interventie om PTSS-klachten te verminderen? Is het een laatste interventie die gericht is op rehabilitatie en acceptatie van de PTSS-klachten, en op verhoging van de kwaliteit van leven? Is de interventie

gericht op ondersteuning in het dagelijks leven (in de vorm van een hulphond die bij de patiënt inwoont)? Of gaat het om een therapievorm waarin de patiënt bijvoorbeeld eens per week een behandelsessie met een paard ondergaat?

Een belangrijke vraag is of er risico's verbonden zijn aan het gebruik van dieren bij de behandeling van PTSS. Vanuit de bestaande leertheorieën over de behandeling van PTSS kan AAT vragen oproepen, omdat de omgang met dieren wordt ingezet als veiligheidsgedrag, wat het effect van bestaande effectieve behandelingen, zoals exposuretherapie, mogelijk tegenwerkt. Anderzijds kan AAT mogelijk de drempel tot traumagerichte interventies verlagen (Germain et al., 2018). Verder is er recent meer aandacht voor de relatief hoge kosten van AAT (Opsimos et al., 2021) en voor de risico's voor het welzijn van de dieren die worden ingezet (Rietveld-Piepers, 2018).

Samengevat is er uit gecontroleerd onderzoek enige evidentie voor de effectiviteit van dierondersteunde interventies wat betreft daling van PTSS-klachten, maar is de kwaliteit van de studies nog onvoldoende. Er zijn aanwijzingen dat de aanwezigheid van een dier stressreducerend kan werken en de kwaliteit van leven kan verhogen, al moeten de potentiële risico's van de inzet van dieren meegewogen worden.

DE LEVEL OF URGE TO AVOID (LOUA)-METHODE

.....

Zoals gezegd is EMDR-therapie een van de eerstekeuzebehandelingen voor PTSS. Bij de behandeling van (complexe) PTSS-problematiek en dissociatieve stoornissen gebruiken verschillende methoden echter varianten op het EMDR-protocol, al dan niet in combinatie met andere technieken. Een voorbeeld is de level of urge to avoid (LOUA)-methode (Knipe, 2007; zie ook: Hauber, 2009), die wordt toegepast als voorbereiding op traumabehandeling wanneer de therapeut de indruk krijgt dat patiënten hun traumabeelden vermijden. Het doel van de LOUA-methode is om deze vermindering te verminderen. Aan patiënten wordt gevraagd om cijfers te geven aan het positieve aspect van hun vermijdingsstrategie en de mate waarin ze niet aan het traumabeeld willen denken. Daarnaast wordt hun gevraagd waar ze de vermindering in hun lichaam voelen. Vervolgens wordt bilaterale stimulatie toegepast. Er wordt geadviseerd om zodra de patiënt aangeeft minder vermindering te voelen, door te gaan met het standaard EMDR-protocol op de eerstvolgende traumagerelateerde beelden of gedachten die opkomen.

Het veronderstelde werkingsmechanisme van deze behandeling is gebaseerd op het *adaptive processing model* (AIP; Shapiro & Laliotis, 2011). Mosquera en Knipe (2017) breiden het begrip 'disfunctioneel opgeslagen informatie' binnen het AIP-model uit met vermijdingsgedrag, dat net als traumatische herinneringen afgezwakt zou kunnen worden door bilaterale stimulatie.

Tot op heden kent de literatuur alleen beschrijvende casuïstiek over de LOUA-methode (Knipe, 2007, 2014). Voor zover ons bekend bestaat er ook geen onderzoek dat het werkingsmechanisme van de methode kan bevestigen. Tevens is er geen evidentie dat deze methode vermindering daadwerkelijk vermindert.

Wat zijn mogelijke nadelen en risico's van deze behandeling? De centrale aanname van de LOUA-methode is dat de herinnering aan het traumatisch beeld dat vermeden wordt weer naar boven komt (Knipe, 2007). Het is de vraag of dit wel zo is, want het is immers ook mogelijk dat er op dat moment een nieuwe associatie wordt gevormd, die vervolgens wordt gelabeld als herinnering. Er bestaat dus een risico dat er zich een foutieve herinnering vormt. En als er al daadwerkelijke herinneringen naar boven komen, zijn dit dan de meest beladen beelden? Kortom, het werkingsmechanisme en de effectiviteit van de LOUA-methode moeten eerst nader onderzocht worden alvorens haar toe te passen in de klinische praktijk, waarbij men het risico op het vormen van onterechte herinneringen in acht moet nemen.

PREVERBAAL TRAUMA EN DE LOVETT-VERHALENMETHODE

.....

Een andere aanpassing van het EMDR-protocol zien we op het gebied van preverbaal trauma, het 'trauma dat kan ontstaan wanneer een kind negatieve ervaringen meemaakt op een leeftijd waarop het nog niet in staat is tot verbale communicatie' (Went, 2014, p. 18). Herinneringen aan zulke trauma's worden verondersteld niet toegankelijk te zijn op bewust niveau. Om traumagerelateerde problemen bij kinderen die mogelijk veroorzaakt zijn door preverbaal trauma te behandelen, ontwikkelde Lovett (1999, 2014) de verhalenmethode. Ouders schrijven een verhaal over de traumatische gebeurtenis die vermoedelijk ten grondslag ligt aan de problemen van hun kind. Tijdens de sessie vertelt de ouder het verhaal aan het kind, dat op schoot zit, terwijl de EMDR-therapeut bilaterale stimulatie toepast. De verhalenmethode is bedoeld voor jonge kinderen met beperkte verbale vaardigheden,⁵ maar kan ook worden gebruikt bij oudere kinderen die vermoedelijk in hun jonge jaren een trauma hebben meegemaakt (Went, 2014) en bij patiënten met een verstandelijke beperking (de Roos et al., 2017). Zo wordt er gesteld dat de behandeling 'werkt als specifieke details van het preverbale trauma aan ouders en therapeut bekend zijn, maar ook als preverbaal trauma wordt vermoed op basis van minder duidelijke signalen' (Went, 2014). Bij deze groepen gaat het dan om het verhaal zoals dat (volgens anderen) werkelijk is gebeurd. Wanneer onzeker is wat er precies is voorgevallen (bijvoorbeeld

5 Volgens het EMDR-protocol voor kinderen en jongeren zijn dat kinderen van 1-3 jaar oud (de Roos et al., 2015).

wanneer het kind geadopteerd is), wordt er zelfs een gereconstrueerd of gefantaseerd verhaal gebruikt (Went, 2014).

Wat betreft werkingsmechanisme volgt Lovett (2014) het AIP-model van Shapiro. In de Nederlandstalige literatuur wordt met betrekking tot het werkingsmechanisme van de verhalenmethode verder gesproken over het activeren van emoties en/of lichaamssensaties en desensitisatie (Went, 2014), en van werkgeheugenbelasting (de Roos et al., 2017; Speel-Flierman, 2017). Bewijs voor de effectiviteit van de verhalenmethode ontbreekt vooralsnog. Gevalsbeschrijvingen zijn positief (bijvoorbeeld: Lovett, 1999, 2014; Schlattmann, 2006; Speel-Flierman, 2017; Went, 2014). Voor zover wij hebben kunnen nagaan, heeft er nog geen (gecontroleerd) effectonderzoek naar deze behandelmethode plaatsgevonden, net zomin als onderzoek naar het werkingsmechanisme ervan.

De Lovett-methode berust op een aantal aannamen, namelijk: (1) dat pre-verbale kinderen hun herinneringen non-verbaal uiten, (2) dat deze non-verbale herinneringen bestendig zijn (zelfs tot in de volwassenheid), en (3) dat de herinneringen kunnen worden uitgelokt door verbale triggers. Wat is de evidentie voor deze aannamen? Uit prospectief onderzoek (Lindholm et al., 2008) blijkt dat een kind dat een stressvolle medische handeling heeft ondergaan (bijvoorbeeld een behandeling tegen benauwdheid) en later specifieke, sensorische details van die ervaring krijgt gepresenteerd (bijvoorbeeld een gezichtsmasker dat bij die behandeling is gebruikt) inderdaad bepaald (probleem)gedrag kan gaan vertonen (bijvoorbeeld huilen of lichamelijke onrust). Uit ander onderzoek na neutrale spelsituaties blijkt echter ook dat zulk gedrag afhankelijk is van de leeftijd en slechts tijdelijk optreedt (Lukowski & Bauer, 2013). Bij drie maanden oude baby's werd het gerelateerde gedrag tot een week na de stressvolle ervaring gezien, bij een kind van 18 maanden was dat 13 weken later (Rovee-Collier, 1999). Eenmalige leerervaringen kunnen dus enige tijd in gedrag waarneembaar blijven, maar het is onwaarschijnlijk dat nare leerervaringen gedurende de preverbale leeftijd op latere leeftijd nog tot probleemgedrag leiden. Daarnaast bleek het probleemgedrag in de genoemde studie vooral op te treden na het presenteren van sensorische cues. Dat roept de vraag op waarom een verbale vorm een preverbale herinnering zou kunnen activeren. De kern van verschillende geheugentheorieën is immers dat succesvol herinneren juist afhangt van een precieze match tussen de oorspronkelijke situatie en de ophaalcues (Kensinger & Ford, 2020): hoe jonger het kind tijdens de ervaring is, hoe specifieker de ophaalcues moeten zijn om de herinnering uit te lokken (Rovee-Collier, 1999). Daarom lijkt een narratief over de situatie juist niet zo geschikt om een non-verbale herinnering te activeren. Als onbekend is welke traumatische gebeurtenis een kind meegemaakt zou kunnen hebben, brengen fantasieverhalen, of door ouders of therapeut ingevulde verhalen, bovendien het gevaar van aangeprete herinneringen met zich mee. De Roos en collega's

(2017) manen dan ook tot terughoudendheid wat betreft het invullen van onbekende details.

Al met al lijken de theoretische aannamen van de verhalenmethode niet overeen te stemmen met wat bekend is uit onderzoek naar het geheugen en ontbreekt (gecontroleerd) empirisch bewijs voor de werkzaamheid van de methode. Er kleven echter wel risico's aan de methode, als men op zoek gaat naar ontbrekende details, als er preverbaal trauma wordt vermoed op basis van ambigue signalen, of als men uit louter lichamelijke 'signalen' afleidt dat er een traumatische ervaring moet hebben plaatsgevonden (omgekeerd redeneren).

SPELTERAPIE

.....

Een andere manier om te werken met verhalen en herinneringen van kinderen met psychotraumaklachten is speltherapie. In deze vorm van behandeling voor kinderen van ongeveer 4 tot 12 jaar worden spelletjes, tekeningen, toneelspel en andere non-verbale technieken gebruikt om kinderen te helpen hun traumatische herinneringen te verwerken. De rationale is dat door spel dat bij de ontwikkeling en leeftijd van het kind past 'symbolische' expressie van gedachten en emoties plaatsvindt (Parker et al., 2021). Met behulp van fantasie en imaginatie kunnen kinderen hun traumatische ervaringen in het spel herhaaldelijk 'vertellen', maar ze ook veranderen, bijvoorbeeld door hun rol van slachtoffer te wijzigen in die van held. Volgens diverse grondleggers is het non-directieve aspect van de speltherapie belangrijk (Ryan & Needham, 2001), evenals het psychodynamische element, namelijk dat kinderen de traumatische gebeurtenis onbewust recreëren in het spel. Verder neemt men aan dat het bij speltherapie belangrijk is om de traumatische herinneringen vooral affectief, perceptueel en lichamenlijk te activeren en verwerken, meer dan op cognitief niveau. Er zijn ons echter geen studies bekend waarin deze aannamen omtrent het werkingsmechanisme van speltherapie zijn onderzocht.

In een meta-analyse naar de effectiviteit van psychologische interventies bij kinderen met PTSS (Mavrenazouli et al., 2019) werden twee gecontroleerde studies opgenomen (Deeba & Rapee, 2015; Schottelkorb et al., 2012) en vergeleken met de effecten van andere effectieve behandelingen, meestal cognitieve gedragstherapie (CGT). Hoewel CGT als meest effectief uit de bus kwam, werd speltherapie ook effectief bevonden. Een andere meta-analyse includeerde 32 gerandomiseerde studies naar speltherapie bij kinderen die kindermishandeling hadden meegemaakt (Parker et al., 2021). Bij 60% van de studies werd een daling van externaliserend gedrag gezien, bij 36% een daling van internaliserend gedrag en bij 50% een daling van algemene stress bij de kinderen. PTSS-klachten werden echter niet gemeten. Er waren grote verschillen in methodologie tussen de studies. Een andere review

van meta-analyses (Sánchez de Ribera et al., 2020) over de behandeling van seksueel misbruik bij kinderen met speltherapie keek naar veranderingen in algemene psychologische *distress*, internaliserende en externaliserende problemen, zelfconcept en sociaal functioneren, maar ook daarin werden PTSS-klachten niet gemeten. Vooral op gebied van sociaal functioneren werden goede resultaten gevonden (middelgrote *effect sizes*). De auteurs concluderen niettemin dat de geïnccludeerde meta-analyses een hoog risico op bias hadden en van slechte methodologische kwaliteit waren. Meer en beter onderzoek is dan ook nodig.

Zijn er ook risico's verbonden aan speltherapie als vorm van behandelen? Er is geen direct onderzoek voorhanden over het risico dat getraumatiseerde kinderen lopen bij – al dan niet – ingrijpen door middel van speltherapie: negatieve effecten zijn noch gemeld, noch onderzocht. Mogelijk speelt het eerdergenoemde risico dat (details van) herinneringen beïnvloed of gecreëerd worden een nadelige rol. Immers, spel bevindt zich op de grens tussen verbeelding en werkelijkheid, en juist voor (jonge) kinderen kan deze grens moeilijk te trekken zijn. Daarom kan speltherapie een nadelig effect hebben wanneer het als instrument voor diagnose of waarheidsvinding wordt ingezet. In de forensische praktijk wordt dan ook afgeraden om poppen en tekeningen te gebruiken om vermeende jonge slachtoffers van zedendelicten aanrakingen te doen specificeren (Rassin, 2012). Zowel bij het gebruik van spelvormen als behandeling en als diagnostisch instrument is onduidelijk hoeveel (onbewuste) beïnvloeding er plaatsvindt. Kinderen beelden uit wat hen bezighoudt. Speltherapeuten volgen kinderen in hun spel. Dit betekent dat ze onder woorden brengen wat er gebeurt in het spel en hoe kinderen de situatie beleven. Ze sluiten aan bij de initiatieven van de kinderen en helpen hen om hun gedachten en gevoelens in spel te uiten. Therapeuten interpreteren wat kinderen laten zien in hun spel en communiceren in beeldvorm met de kinderen (Bartelink, 2012). Maar is wat een kind uitbeeldt ervaring of fantasie? En welke bijdrage is er in deze interactie nog van het kind en welke is er van de behandelaar?

Samenvattend ontbreekt onderzoek naar het onderliggende werkingsmechanisme voor speltherapie. Verder is er weinig gecontroleerd onderzoek gedaan naar speltherapie bij kinderen met PTSS, waarschijnlijk omdat de diagnostiek van PTSS bij kinderen die bijvoorbeeld mishandeling hebben meegemaakt relatief laat op gang is gekomen. De onderzoeken die wel zijn gedaan laten een positief effect zien. Gebruik van poppen of tekeningen als diagnostisch instrument wordt afgeraden.

GELEIDE SYNTHESE

.....

Bij patiënten met een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) maken sommige behandelaars voor de verwerking en integratie van traumatische her-

inneringen gebruik van de techniek van de geleide synthese, die gebaseerd is op de structurele dissociatietheorie (Steele et al., 2018). De onderliggende aanname is dat sommige identiteiten (persoonlijkheidstoestanden) herinneringen hebben aan traumatische gebeurtenissen waar andere identiteiten geen weet van hebben of die ze niet als autobiografisch beschouwen. Zo kan de ene identiteit aangeven te zijn blijven steken in het midden van een herinnering aan een traumatische gebeurtenis, terwijl een andere identiteit het einde van deze gebeurtenis heeft meegemaakt. Of een identiteit vertelt de hele gebeurtenis te hebben meegemaakt, maar zonder daarbij emoties te voelen, terwijl een andere identiteit lichamelijke sensaties rapporteert zonder verdere herinneringen. De synthese bestaat uit het delen van traumatische ervaringen met andere identiteiten die er geen (volledige) toegang toe hebben.

De geleide synthese begint met een stabilisatiefase. In deze fase wennen de identiteiten geleidelijk aan elkaar, vooralsnog zonder traumatische herinneringen te delen. Voordat men overgaat naar de tweede fase – de traumaverwerkingsfase – wordt eerst gepland welke herinnering(en) worden aangepakt en welke identiteiten daaraan zullen deelnemen. Dit vanwege de veronderstelling dat nog niet alle identiteiten intense blootstelling aan de gehele herinnering kunnen verdragen. Het kan zijn dat slechts een klein onderdeel (bijvoorbeeld 1%) van een emotie, geluid of lichamelijke pijn gedeeld wordt, om te voorkomen dat men te veel spanning ervaart. De overige, nog ongedeelde aspecten van de herinnering worden imaginair opgeborgen tot een volgende keer, bijvoorbeeld in een container of kluis. Ook worden er hypnotische technieken gebruikt om identiteiten die het delen nog niet aan kunnen af te zonderen in een imaginaire interne veilige plek, waar ze niet meemaken wat de andere doen. Vervolgens wordt de betrokken identiteiten gevraagd hun fragmenten van de herinnering aan elkaar te vertellen, waarbij er ook aandacht is voor de reactie van elke identiteit op de gebeurtenis en voor diens kernovertuigingen. Tijdens het delen van de herinneringen worden van elke identiteit de SUD-scores (een continue maat voor ervaren distress) bijgehouden, zodat de distress voor alle identiteiten binnen de spanningsboog blijft. Ter afsluiting gaat men intern na hoe het met alle identiteiten gaat en welke identiteit nog iets wil delen over de ervaring. Het delen van (fragmenten van) traumatische herinneringen tussen de dissociatieve identiteiten heeft als doel om volledige integratie van die traumatische herinneringen te bewerkstelligen. De aanname is dat men zich na afloop van de geleide synthese in alle identiteiten het trauma kan herinneren, met inbegrip van die identiteiten die voordien amnestisch waren of geen emotionele reacties voelden (ISSTD, 2011; Steele et al., 2018).

Effectonderzoek naar geleide synthese is ons niet bekend. Kunnen we wel iets zeggen over de geldigheid van de basisaannamen van deze techniek? De voornaamste aanname van de techniek – namelijk dat gedissocieerde herinneringen in sommige identiteiten wel toegankelijk zouden zijn en in andere

niet – wordt niet ondersteund door empirisch onderzoek uit de afgelopen 20 jaar. Herinneringen tussen identiteiten blijken wel degelijk toegankelijk voor mensen met DIS, ook als het autobiografische en traumagerelateerde herinneringen betreft (zie bijvoorbeeld: Huntjens et al., 2012; Marsh et al., 2018). Er lijkt bij DIS eerder sprake van disfunctionele overtuigingen over traumatische herinneringen (bijvoorbeeld: ‘Als ik me alle nare dingen uit mijn verleden zou herinneren, zou ik gek worden’) die ertoe leiden dat mensen geen gebruik (durven) maken van hun intacte geheugen (Huntjens et al., 2022). Het lijkt zinvol om als onderdeel van de behandeling direct te werken aan de weerlegging van deze disfunctionele cognities, in plaats van mee te gaan in de ervaren fragmentatie van identiteiten, met het risico die te versterken. Bovendien werkt het afzonderen van identiteiten ‘die de realisatie van het trauma nog niet aan zouden kunnen’ mogelijk averechts. Hiermee wordt immers de disfunctionele cognitie versterkt dat de patiënt de verwerking van het trauma nog niet aankan, waardoor vermijdingsgedrag in stand wordt gehouden, de patiënt niet wordt gestimuleerd om zelfregie en controle te herwinnen (Neuner, 2008), en de behandeling onnodig lang gaat duren.

Samengevat is er geen onderzoek naar de effectiviteit van geleide synthese. Tevens is er in experimenteel onderzoek geen onderbouwing gevonden voor de uitgangspunten ervan, terwijl er aan deze behandelmethode mogelijk wel risico’s kleven.

DEPROGRAMMEREN BIJ RITUEEL MISBRUIK

.....

Een andere behandeling die sommige therapeuten toepassen bij mensen met een dissociatieve identiteitsstoornis, is deprogrammeren. Een deel van de patiënten met DIS is ervan overtuigd dat ze ritueel sadistisch misbruik hebben meegemaakt binnen een georganiseerd netwerk (Kraaij, 2021). Recent concludeerde de commissie-Hendriks in het rapport *Tussen ongelof, ondersteuning en opsporing* dat slachtoffers de enige bron zijn die dit soort misbruik melden; vanuit andere bronnen werd geen ondersteuning gevonden voor het bestaan ervan. Wel is er ondersteuning gevonden voor het bestaan van georganiseerd misbruik van minderjarigen met gewelddadige kenmerken (Tijdelijke Onderzoekscommissie Georganiseerd Sadistisch Misbruik van Minderjarigen – Commissie Hendriks, 2022; zie ook: Goodman et al., 1994; La Fontaine, 1993; Lanning, 1992). Toch zijn deze patiënten met DIS ervan overtuigd dat er in een dergelijk netwerk nieuwe identiteiten of deelpersoonlijkheden werden gecreëerd. Met name zeggen ze slachtoffer te zijn geweest van *brainwashing* of van *mind control* (Derksen, 2017), met daarmee gepaard gaand verlies van controle over hun doen en laten, inclusief de mogelijkheid om daarover naar buiten te treden. Deze patiënten rapporteren verder tot medeplichtigen te zijn gemaakt, en wel door hen

in deelpersoonlijkheden zelf als dader seksueel misbruik te laten plegen of anderen te martelen.

Kortom, in hun ogen is er sprake van een extreme vorm van manipulatie (van veelal jonge mensen). Ook zijn ze ervan overtuigd dat ze vanwege hun programmering indien nodig uitgeschakeld kunnen worden door het netwerk. Een voorbeeld van hoe die vermeende manipulatie in zijn werk kan gaan, is dat er een beangstigende situatie wordt gecreëerd (bijvoorbeeld door de persoon in het donker op een stoel vast te binden), waarna de deelpersoonlijkheid herhaaldelijk een cue krijgt aangeboden (bijvoorbeeld een symbool). Na deze cue moet de persoon een vaste tekst opzeggen, waarin hij of zij zwerft bij het tonen van deze cue een bepaalde opdracht uit te voeren (bijvoorbeeld om zichzelf het leven te benemen – de ‘suicideopdracht’). Het idee is dat als het slachtoffer de cue op een later moment aangeboden krijgt, hij of zij de tekst die eraan gekoppeld is automatisch opzegt en de opdracht die eraan vastzit, uitvoert. Dat zou het georganiseerde netwerk bijvoorbeeld kunnen doen wanneer het slachtoffer op het punt staat hen te verraden aan buitenstaanders. Een ander voorbeeld van een opdracht is om niets aan derden te vertellen over meegemaakt seksueel of fysiek misbruik door leden van het netwerk. Ook bij het programmeren van (zeer) jonge kinderen zou gebruikgemaakt worden van sadistische methoden, zoals het ‘herhaaldelijk of langdurig onder water dompelen of onder stroom zetten van baby’s’ (Kremer, 1998; zie ook: Miller, 2022).

Een van de interventies die in de klinische praktijk wordt ingezet om de mensen te helpen die dergelijke ervaringen rapporteren, is het deprogrammeren van deze opdrachten. De cue wordt opnieuw herhaaldelijk aangeboden, maar nu wordt een vergelijkbare, maar inhoudelijk andere (functionelere) tekst opgezegd. Er is echter geen empirische evidentie voor deze aanpak, die slechts ondersteund wordt door enkele casusbeschrijvingen (Kremer, 1998). Het is daarom belangrijk om de theoretische onderbouwing van de voorgestelde interventie tegen het licht te houden.

Een term die in de literatuur over deze techniek van intrainen en deprogrammeren geregeld wordt genoemd, is ‘cue-conditionering’. De conditioneringstheorie ziet traumatische gebeurtenissen als ongeconditioneerde stimuli: ze roepen bij iedereen een heftige automatische ongeconditioneerde respons op die niet onder bewuste controle staat, waaronder angst. Alle stimuli die aan het trauma doen denken, zoals geuren en beelden, kunnen vervolgens als cue dienen om de emotionele reactie (angst) weer op te roepen (de geconditioneerde respons). Als gevolg van deze angstrespons zal vaak vermijdingsgedrag plaatsvinden, waarbij de persoon de geconditioneerde cue ontwijkt of vermijdt, en de angst in stand gehouden wordt. Tijdens exposure wordt het vermijdingsgedrag doorbroken. Mensen ervaren dan dat na confrontatie met de cue de ongeconditioneerde stimulus (het trauma) niet plaatsvindt, waarna ook de geconditioneerde respons afgeleerd wordt. De cue wekt dan geen angst meer op.

In eerste instantie zijn er diverse overeenkomsten tussen exposure en deprogrammeren. Bij exposure worden initieel aangeleerde responsen geactiveerd door de eraan verbonden cues aan te bieden. Ook bij deprogrammeren vindt exposure plaats aan de geconditioneerde cue, en verder leert de patiënt dat hij niet langer bang hoeft te zijn en zal hij de vaste geleerde tekst niet meer opzeggen. Bij deprogrammeren vindt echter niet alleen exposure plaats, maar wordt er ook actief iets anders geleerd, namelijk een variant op de vaste tekst. Dat wordt in de literatuur ‘contraconditioneren’ genoemd. Omdat er in de literatuur geen eenduidigheid is over de meerwaarde van contraconditionering ten opzichte van ‘gewoon’ deconditioneren (het uitdoven van de respons), is het de vraag of het aanleren van een alternatieve tekst van belang is tijdens het deprogrammeren. Alleen confrontatie met de cue zonder het opzeggen van de nieuwe tekst zou ook effectief kunnen zijn.

In de literatuur over de conditioneringstheorie wordt, in tegenstelling tot complex gedrag (bijvoorbeeld suïcide), enkel gesproken over veel minder complexe geconditioneerde responsen zoals lichamelijke en emotionele reacties, die bovendien vaak buiten de bewuste controle opgeroepen worden. Het uitspreken van teksten is echter geen onbewuste respons te noemen, maar betreft een set gedragingen die per definitie onder bewuste controle staan. Bovendien geldt dat de koppeling tussen geconditioneerde cue en respons vaak geoefend moet worden, willen conditionering en deconditionering succesvol verlopen. Dit is niet het geval wanneer het bijvoorbeeld om suïcide gaat. Daarmee komt de theorie achter het deprogrammeren op losse schroeven te staan en wordt de leertheoretische logica tenietgedaan.

Onderzoek naar de effectiviteit van deprogrammeren is er niet. Zolang een solide theoretische basis en empirische evidentie voor deprogrammering ontbreken, en de eventuele positieve en negatieve effecten van deze aanpak nog onduidelijk zijn, lijkt voorzichtigheid bij (het promoten van) het gebruik ervan geboden.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

.....

In het voorafgaande hebben we een greep gedaan uit de vele soorten behandelvormen die in de klinische praktijk worden toegepast bij mensen met traumagerelateerde klachten en/of dissociatieve stoornissen. We beschreven de inhoud van de behandelingen en wat er bekend is over hun effectiviteit, de op basis van theorie veronderstelde werkingsmechanismen, of die aansluiten bij de huidige empirische kennis, en of er sprake is van mogelijke schadelijke effecten.

Samengevat blijkt dat er voor alle genoemde behandelingen (nog) onvoldoende bewijs is voor de effectiviteit ervan voor PTSS-klachten en/of dissociatieve klachten. Voor drie van de beschreven behandelingen – lichaamsgerichte therapie, speltherapie en dierondersteunde interventies – zijn er

gemengde of voorzichtig positieve resultaten gevonden, maar is de kwaliteit van de betreffende onderzoeken laag en is er nog te weinig bekend over het veronderstelde werkingsmechanisme. Voor de overige vier behandelingen - de LOUA-methode, de Lovett-verhalenmethode, geleide synthese en de-programmeren - blijkt helemaal geen evidentie te zijn. Er is naar die behandelingen geen onderzoek gedaan en ze worden louter aanbevolen door een of meer mensen die er trainingen in geven.

Dat er nog weinig onderzoek naar deze behandelingen is gedaan, of onvoldoende onderzoek van goede kwaliteit, wil natuurlijk niet zeggen dat ze niet werken. Echter, een belangrijke afweging bij een tekort aan bewijs van werkzaamheid is dat de inzet van *non-evidence-based* technieken ten koste kan gaan van de inzet van evidence-based technieken en dat patiënten zo effectieve zorg onthouden wordt. Dat zal ook de kosteneffectiviteit en de lengte van de wachtlijsten in de ggz niet ten goede komen. Daarnaast brengen deze non-evidence-based technieken risico's met zich mee en kunnen ze dus schade toebrengen. De richtlijnen zoals beschreven in de zorgstandaarden zijn duidelijk: kies voor een evidence-based behandeling. Pas in de laatste stap van het algoritme van de zorgstandaard, wanneer alle eerdere behandelingen zijn mislukt, is er ruimte voor nieuwe en experimentelere behandelvormen.

Het rapport *Zinnige zorg* toonde aan dat het percentage patiënten dat (traumagerichte) evidence-based behandeling conform de richtlijnen krijgt aangeboden schrikbarend laag is (39%) en heeft de ambitie uitgesproken dat dit percentage moet stijgen naar 70%. Wat is daarvoor nodig? Mogelijk vergt de implementatie van de zorgstandaard enige tijd. Een andere mogelijkheid is dat het louter beschikbaar stellen van een zorgstandaard niet voldoende is om het aanbod evidence-based behandelingen te vergroten en dat er meer aandacht dient te komen voor de implementatie van de zorgstandaard in de klinische praktijk. Allereerst is overigens goede diagnostiek aangewezen: voordat er voor een bepaalde behandeling wordt gekozen, is het nodig om de symptomatologie vast te stellen. Daarnaast kan het behulpzaam zijn om te registreren welke behandelingen patiënten daadwerkelijk krijgen, en om na te gaan of er voldoende aanbod en kwaliteit is van scholing in evidence-based technieken. Waar er nu een wildgroei lijkt te zijn in het aanbod van opleidingen, zou de *level of evidence* van de verschillende behandelingen leidend moeten zijn wanneer onderwijsinstellingen hun aanbod bepalen. Verder kunnen we klinici wijzen op mogelijke denkfouten bij de keuze van hun behandeling. We lichten hier drie mogelijke denkfouten toe die in de klinische praktijk vaak voorkomen, met opnieuw niet de intentie om volledig te zijn.

'Ik zie dat het werkt'

Belangrijk is dat behandelaren betere voorlichting krijgen over mogelijke risico's van niet (goed) onderzochte interventies. In de inleiding hebben we al laten zien dat klinische ideeën van therapeuten over wat effectief is bij nader onderzoek niet altijd correct blijken te zijn. Stabilisatie bijvoorbeeld, blijkt minder effectief en minder noodzakelijk dan gedacht. Een ander voorbeeld: hoewel debriefing populair was en het klinisch gezien logisch lijkt om mensen na een ingrijpende gebeurtenis psychologisch op te vangen, blijkt uit onderzoek naar debriefing dat het juist een schadelijk effect heeft en paradoxaal genoeg herstel in de weg kan staan (van Emmerik et al., 2002). In individuele gevallen kan een interventie weliswaar goed resultaat hebben, maar zulk anekdotisch bewijs wil niet zeggen dat die interventie effectief is. De gedachte dat een interventie intuïtief logisch voelt en effectief lijkt bij een casus is dus niet voldoende reden om een interventie toe te passen in de praktijk. Parker en Waller (2015) benoemen in deze context de *self-assessment bias*, die een rol kan spelen in een voorkeur voor *practice-based* werken in plaats van *evidence-based* werken. Deze bias verwijst naar de neiging die we allemaal hebben, dus ook behandelaren, om het eigen kunnen (waaronder klinisch werk) te overschatten, zowel in relatie tot het werk van andere behandelaren als in termen van behandeluitkomst. Niettemin is er in feite maar een matige overeenkomst tussen iemands *self-assessment* en een onafhankelijke inschatting van zijn behandelcompetentie. Deze bias kan versterkt worden door *confirmation bias*: het negeren van nieuwe informatie die iemands eigen overtuigingen tegenspreekt, terwijl diegene tegelijkertijd zoekt naar informatie die zijn bestaande overtuigingen juist versterkt. Er wordt dus onvolledige informatie gebruikt om eigen ideeën te bevestigen (ook wel *jumping to conclusions* genoemd), en naar andere informatie wordt niet gezocht of die wordt genegeerd, bijvoorbeeld wetenschappelijke artikelen waaruit blijkt dat een andere methode effectiever is.

'Het is belangrijk om herinneringen aan trauma naar boven te halen als iemand die onderdrukt'

Een andere denkfout is dat het belangrijk zou zijn om herinneringen aan stressvolle gebeurtenissen die de behandelaar als oorzaak ziet voor de gerapporteerde klachten te hervinden. Bij de LOUA-methode hoopt men dit te bereiken door de vermijding te verminderen, bij de verhalenmethode construeert men zelf het traumaverhaal als dat er niet is, bij lichaamsgerichte therapie wordt gesuggereerd dat de traumatische ervaringen in het lichaam zijn opgeslagen, en bij de geleide synthese en deprogrammeren gaat men uit van afgesplitste herinneringen in aparte identiteiten. Het idee is dat de herinnering verdrongen of gedissocieerd is en eerst naar boven moet wor-

den gehaald, wil ze verwerkt kunnen worden en de patiënt kunnen genezen. Wanneer de patiënt aangeeft geen weet te hebben van negatieve ervaringen, kan dat voor een behandelaar die uitgaat van zulke onbewezen ideeën juist bevestigen dat de gebeurtenissen ingrijpend zijn geweest en juist daarom zijn verdrongen of gedissocieerd. Zulke behandelaren willen de patiënt dan helpen om de herinneringen naar boven te halen en te verwerken.

Deze aannamen zijn echter problematisch en het gevolg van een omgekeerde redenering, die als volgt verloopt: Mensen die ernstige traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt, kunnen traumagerelateerde klachten ontwikkelen, variërend van herbelevingen en voortdurende hyperarousal tot minder voorkomende klachten, zoals de aandrang om veel kleren te gaan dragen om seksueel onaantrekkelijk te zijn, eetproblemen, angst voor donkere ruimten omdat het misbruik in een dergelijke ruimte plaatsvond, enzovoort. Wanneer een behandelaar veel mensen met trauma-ervaringen behandelt, zal deze een duidelijke samenhang gaan zien tussen trauma en deze klachten. Als een patiënt vervolgens geen herinneringen aan trauma rapporteert maar wel dergelijke 'signalen' afgeeft, dan is snel de stap gezet naar een omgekeerde causale redenering (klachten, dus trauma), ook als er mogelijk een heel andere reden is voor de gerapporteerde klachten. Een bruikbare analogie is die van het schaap: een schaap heeft vier poten, maar elk dier met vier poten hoeft nog geen schaap te zijn. Juist het interpreteren van ambigue (lichamelijke) symptomen of signalen als traumagerelateerd is dus risicovol. Als de patiënt verder geen expliciete herinneringen aan een trauma heeft, en de behandelaar er dan van uitgaat dat traumatische gebeurtenissen weggedrukt of gedissocieerd worden in het geheugen, wordt het echt risicovol. Het lijkt noodzakelijk om tijdens de behandeling de vermeend verdrongen of gedissocieerde herinneringen naar boven te halen, maar dat draagt het risico in zich dat er nieuwe (details van) herinneringen worden gecreëerd (Ost et al., 2001). Immers, herinneren is een reconstructief proces, en daarom is het een misvatting om te denken dat geïsoleerde informatie weer naar boven komt in de vorm waarin ze was opgeslagen.

Ten aanzien van mogelijke schadelijke effecten van behandeling van traumagerelateerde problematiek wees de Gezondheidsraad er in het rapport *Omstreden herinneringen* uit 2004 op dat het onmogelijk is om louter op grond van een klinisch beeld tot een aanname te komen of conclusies te trekken over de aanwezigheid van specifieke traumatische gebeurtenissen in de voorgeschiedenis van een patiënt (p. 101) en dat als een patiënt, desgevraagd, geen seksueel misbruik meldt, die mogelijkheid niet actief geëxploreerd dient te worden (p. 102). Ook wees de Gezondheidsraad op het risico dat er door suggestieve beïnvloeding van de behandelaar ingebeelde herinneringen kunnen ontstaan, met name als de verklaring voor (moeilijk verklaarbare) klachten wordt gezocht in een negatieve ervaring uit het verleden, ook als de patiënt zich die ervaring maar vaag of in het geheel niet herinnert. De commissie concludeerde in het rapport: 'De bestaande kennis over de stand

van wetenschap met betrekking tot het geheugen is van groot belang voor het therapeutisch handelen, maar lijkt in de praktijk onvoldoende door te dringen.' Beroepsverenigingen hebben sindsdien hun richtlijnen aangepast, maar onduidelijk is of de adviezen uit de richtlijnen worden nageleefd in de praktijk en of eigen suggestieve werkwijzen herkend worden, bijvoorbeeld dat men mentale beelden al te snel interpreteert als herinneringen.

Concrete individuele gevallen van veronderstelde schadelijke behandeling kunnen worden voorgelegd aan het Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar behandelingen voor traumagerelateerde stoornissen die men in de praktijk aanbiedt, worden nog niet systematisch tegen het licht gehouden, terwijl daar in het geval van een aantal van bovengenoemde behandelingen wel reden toe lijkt.

'De patiënt vindt deze aanpak fijn'

.....

De wens van de patiënt moet uiteraard worden meegewogen in de keuze voor behandeling. Ook daarin is de zorgstandaard duidelijk. Maar er zit soms een discrepantie tussen wat patiënten fijn vinden en wat effectief is. In het eerdergenoemde onderzoek naar het werkingsmechanisme van EMDR bijvoorbeeld, vonden deelnemers geluidspiepjes prettiger dan oogbewegingen. Ze werden te veel afgeleid door de oogbewegingen, zo rapporteerden ze. Maar oogbewegingen waren effectiever juist omdat ze de deelnemers meer afleidden van hun angstige herinneringen. Ook deelnemers aan de debriefing-interventie waren daar tevredener over dan deelnemers over de controleconditie, maar uiteindelijk waren ze wel slechter af wat betreft PTSS-klachten. Wat betreft interventies spreken patiënten vaak hun waardering uit voor non-verbale therapieën en geven zij aan behoefte te hebben aan behandelingen die niet-traumagericht zijn. Wellicht omdat ze traumagerichte behandelingen te confronterend vinden, terwijl confrontatie juist het werkende element daarvan is.

Kortom, het is weliswaar belangrijk om de wens van de patiënt mee te wegen in het behandelbeleid, maar dat mag er niet toe leiden dat een patiënt een niet-effectieve behandeling krijgt aangeboden. Ook aan de kant van patiëntenvoorlichting is er dus werk aan de winkel: patiënten moeten goede voorlichting krijgen over de effectiviteit van traumagerichte behandelingen en over de angstige verwachtingen die gepaard kunnen gaan met deze behandelingen. Maar natuurlijk moeten we ook aan hun wens tegemoet komen door bestaande niet-traumagerichte behandelingen beter te onderzoeken, en de optie van nieuwe, effectieve interventies die minder traumagericht zijn te onderzoeken.

ONDERZOEKSAGENDA

24

Naast aandacht voor de hobbels in implementatie zou toekomstig onderzoek zich meer dan nu kunnen richten op de eigenschappen en beweegredenen van behandelaren om de genoemde non-evidence-based behandelingen aan te bieden en op de situaties waarin ze dat doen. Zo kan het beeld van behandelaren over wat goede behandeling is vertekend raken doordat ze slechts heel selectief de literatuur lezen. Uit een recente review van 66 studies (Speers et al., 2022; zie ook: Waller & Turner, 2018) kwam naar voren dat behandelaren soms te weinig kennis hebben over relevant onderzoek of dat ze een negatieve houding hebben ten opzichte van onderzoek in het algemeen. Ook bleek dat behandelaren die zelf angstig zijn minder evidence-based behandeling toepassen, wat ook gold voor degenen onder hen die minder geneigd zijn tot kritisch denken. Jongere behandelaren met relatief weinig ervaring (die dus recenter waren getraind en geschoold) gebruikten vaker evidence-based methoden, net als behandelaren die waren getraind in cognitieve gedragsmethodes. Het zou goed zijn om onderzoek te doen naar de beweegredenen van behandelaren om juist wel te kiezen voor de alternatieve behandelingen. Worden bijvoorbeeld de genoemde behandelingen – zoals de LOUA-methode en lichaamsgerichte therapie – ingezet omdat de patiënt aangeeft de herinneringen niet te willen of kunnen ophalen, en directe traumagerichte behandeling dus niet mogelijk is, terwijl de behandelaar wel wil helpen? Of is er reeds directe traumabehandeling toegepast en was die niet effectief? Een belangrijke en gerelateerde vraag is welke traumagerichte behandeling voor wie werkt, een van de grootste uitdagingen voor het onderzoek in dit veld de komende tijd. Ook dient er meer aandacht te komen voor de redenen waarom patiënten wel of niet kiezen voor een bepaalde behandeling en voor hun voorkeuren voor behandeling. Zo gaven paneldiscussies (onder andere gevoerd in de context van de genoemde zorgstandaarden) aan dat er veel interesse is vanuit patiënten in vaktherapieën, zoals creatieve therapie en lichaamsgerichte therapieën, als aanvulling op de behandeling van PTSS, en in dierondersteunde interventies. Anderzijds blijkt uit de literatuur dat patiënten heel uiteenlopende behandelvoorkeuren kunnen hebben, waarbij de effectiviteit en het veronderstelde werkingsmechanisme van de betreffende therapie de keuze bepaalt (Schwartzkopff et al., 2021).

Naast (kosten)effectiviteit is onderzoek naar onderliggende werkingsmechanismen dus ook van belang. Uit het uitgebreide fundamentele onderzoek naar EMDR is gebleken hoe essentieel dat kan zijn voor de juiste toepassing van een behandelmethode. Daarnaast lijkt het ook goed om onderzoek expliciet te richten op mogelijke gevaren en risico's van behandelingen. Onderzoek naar bijvoorbeeld de effecten van debriefing hebben immers laten zien dat niet alle nieuwe interventies zinvol zijn en zelfs schadelijk kunnen zijn (van Emmerik et al., 2002). Ten onrechte gaan we er vaak van uit dat

behandelingen nooit kwaad kunnen (Merckelbach et al., 2018; Teachman et al., 2021). Zo wezen Teachman en collega's (2021) op de noodzaak tot het ontwikkelen van betere criteria en instrumenten om schadelijke therapieën te definiëren en identificeren, alsmede op de noodzaak om risicofactoren op te sporen en om uit te zoeken welke behandeling schadelijk is voor wie. Anderen (Merckelbach et al., 2018) braken een lans voor meer aandacht voor therapeutisch falen in de klinische praktijk. Reflectie op wat we verstaan onder klinische expertise en een beter zicht op nadelen van behandeling lijkt wenselijk en noodzakelijk, alsmede het informeren van patiënten hierover.

Patiënten met traumagerelateerde stoornissen hebben behoefte aan goede zorg. Dat die hen nog onvoldoende bereikt, vraagt om meer aandacht voor de implementatie van reeds bewezen effectieve interventies in de aangeraden dosering, waarbij eerst en vooral goede diagnostiek moet zijn verricht. Daarnaast is essentieel om het kaf van het koren te scheiden, en wel door te kijken naar het niveau van het bewijs voor geboden behandelalternatieven en door te reflecteren op mogelijke nadelen en gevaren van geopperde alternatieven. Het onderzoeken van alternatieve behandelingen in gedegen studies blijft essentieel vooraleer een behandeling wordt toegepast in de klinische praktijk, hoezeer we ook zitten te springen om nog betere hulp te bieden aan degenen die het nodig hebben. Als behandelaren en wetenschappers hebben we een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de beste zorg te leveren. We hebben de verantwoordelijkheid om continu te reflecteren op wat we doen en waarom we het doen. Door klinisch werk te combineren met onderzoek kunnen we onderscheiden welke technieken een grote kans van slagen hebben en welke die kans (nog) niet hebben. In de praktijk kunnen waardevolle ideeën voor nieuwe behandelvormen ontstaan. Hypothesen over de werkingsmechanismen en effectiviteit van zulke nieuwe behandelingen moeten vervolgens getoetst worden in wetenschappelijk onderzoek; dat kan zowel in analoge (experimentele) methoden als in studies naar de effectiviteit van behandelingen (Rosen et al., 2019). Uiteindelijk kan een dergelijke werkwijze de (kosten)effectiviteit van de zorg verbeteren. Om deze nieuwe inzichten te kunnen genereren en optimaal te benutten, hebben we een gezamenlijke taak om kennis met elkaar te blijven delen en – nog belangrijker – om onze behandelingen en onderzoek bij te stellen als dat leidt tot (kosten)effectievere behandeling.

Rafaële Huntjens, Ineke Wessel en Miriam Lommen zijn verbonden aan de afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Rijksuniversiteit Groningen.

Nathan Bachrach werkt bij GGZ Oost Brabant, Helmond, en aan Tilburg University.

Marloes Eidhof is verbonden aan Psychotraumacentrum Zuid-Nederland, Reinier van Arkel, Den Bosch, en aan het Behavioural Science Institute (BSI), Radboud Universiteit, Nijmegen.

Chris Hoeboer is werkzaam bij de afdeling Psychiatrie, Amsterdam Universitair Medische Centra locatie AMC, Amsterdam.

Suzy Matthijssen is verbonden aan Altrecht Academisch Angstcentrum, en aan de afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht.

Trudy Mooren werkt bij ARQ Centrum '45, Diemen, en bij de afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht.

Maartje Schoorl is verbonden aan de afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Leiden, en aan het Leids Universitair Behandel- en Expertise Centrum.

Agnes van Minnen werkt bij het Psychotrauma Expertise Centre (PSYTREC) Bilthoven, en bij het Behavioural Science Institute (BSI), Radboud Universiteit, Nijmegen.

Correspondentieadres: Rafaële Huntjens, Rijksuniversiteit Groningen, Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS, Groningen, Nederland. E-mail: r.j.c.huntjens@rug.nl.

Summary *Trauma-related symptoms: A critical evaluation of popular treatments*

In clinical practice, various forms of evidence-based treatment for the treatment of trauma-related symptoms are available. However, relatively few patients receive one of these forms of treatment. Instead, patients receive other popular treatments for trauma-related complaints, such as body-focused treatments, animal-assisted therapy, EMDR for avoidance, play therapy, the Lovett method for preverbal trauma, guided synthesis, and deprogramming. We summarize the effectiveness, hypothesized working mechanism, and possible risks of these treatment methods. In the discussion, we explain possible reasons why these and comparable methods are preferred in clinical practice above evidence-based treatments and several reasoning errors which can contribute to these choices.

Keywords *trauma, PTSD, dissociative disorders, evidence-based, EMDR*

Literatuur

- Andersen, T. E., Lahav, Y., Ellegaard, H., & Manniche, C. (2017). A randomized controlled trial of brief somatic experiencing for chronic low back pain and comorbid post-traumatic stress disorder symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*, 1331108. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1331108>
- Bartelink, C. (2012). *Speltherapie nader omschreven*. <http://docplayer.nl/11752905-Speltherapie-1-speltherapie-nader-omschreven-cora-bartelink.html>
- Brom, D., Stokar, Y., Lawi, C., Nuriel, P. V., Ziv, Y., Lerner, K., & Ross, G. (2017). Somatic experiencing for post-traumatic stress disorder: A randomized controlled outcome study. *Journal of Traumatic Stress*, *30*, 304-312. <https://doi.org/10.1002/jts.22189>
- Cesario, J., Johnson, D. J., & Eisthen, H. L. (2020). Your brain is not an onion with a tiny reptile inside. *Current Directions in Psychological Science*, *29*, 255-260. <https://doi.org/10.1177/0963721420917687>
- Christman, S. D., Garvey, K. J., Propper, R. E., & Phaneuf, K. A. (2003). Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology*, *17*, 221-229. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.17.2.221>
- Classen, C. C., Hughes, L., Clark, C., Hill Mohammed, B., Woods, P., & Beckett,

- B. (2020). A pilot RCT of a body-oriented group therapy for complex trauma survivors: An adaptation of sensorimotor psychotherapy. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22, 52-68. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760173>
- Crawford, M. A. (2010). Long-chain polyunsaturated fatty acids in human brain evolution. In S. C. Cunnane & K. M. Stewart (Eds.), *Human brain evolution, the influence of freshwater and marine food resources* (pp. 13-31). Wiley Blackwell.
- Cuijpers, P., van Veen, S. C., Sijbrandij, M., Yoder, W., & Cristea, I. A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49, 165-180. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801>
- de Roos, C., Beer, R., de Jongh, A., & ten Broeke, E. (2015). *EMDR protocol voor kinderen en jongeren tot 18 jaar*. www.emdr.nl/wp-content/uploads/2016/01/EMDR-KJ-PROTOCOL-2015
- de Roos, C., Knipschild, R., de Jongh, A., & Bicanic, I. (2017). EMDR en her-vonden herinneringen. *EMDR Magazine*, 15, 10-11. <https://hdl.handle.net/11245.1/fce889e0-9adc-4f15-bcaf-a8716445e930>
- Deeba, F., & Rapee, R. M. (2015). Evaluation of an innovative intervention for traumatized children from a low resourced country. *Mental Health & Prevention*, 3, 157-169. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2015.05.001>
- Derksen, M. (2017). Mind control. In *Histories of human engineering: Tact and technology* (pp. 139-176). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781107414921.008>
- Germain, S. M., Wilkie, K. D., Milbourne, V. M. K., & Theule, J. (2018). Animal-assisted psychotherapy and trauma: A meta-analysis. *Anthrozoös*, 31, 141-164. <https://doi.org/10.1080/08927936.2018.1434044>
- Gezondheidsraad. (2004). *Omstreden herinneringen* [Rapport]. www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2004/01/27/omstreden-herinneringen
- GGZ Standaarden. (2020a). *Dissociatieve stoornissen* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/dissociatieve-stoornissen/introductie
- GGZ Standaarden. (2020b). *Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen/introductie
- Goodman, G. S., Qin, J., Bottoms, B. L., & Shaver, P. R. (1994). *Characteristics and sources of allegations of ritualistic child abuse: Final report to the National Center on Child Abuse and Neglect*. National Center on Child Abuse and Neglect.
- Gunter, R., & Bodner, G. (2009). EMDR works but how? Recent progress in the search for treatment mechanisms. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 161-168. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.3.3.161>
- Hardeman, E. (2020). 'Ggz-behandelaars, denk aan het lichaam'. *GZ-Psychologie*, 12, 30-33. <https://doi.org/10.1007/s41480-020-0781-0>
- Hauber, K. (2009). Een bijzondere casus (serie): De behandeling van een dissociatieve identiteitsstoornis. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 35, 109-122. <https://doi.org/10.1007/BF03080481>
- Hediger, K., Wagner, J., Künzi, P., Haefeli, A., Theis, F., Grob, C., Pauli, E., & Gerger, H. (2021). Effectiveness of animal-assisted interventions for children and adults with post-traumatic stress disorder symptoms: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatol-*

- ogy, 12, 1879713. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1879713>
- Hoeboer, C. M., de Kleine, R. A., Molen-dijk, M. L., Schoorl, M., Oprel, D. A. C., Mouthaan, J., van der Does, W., & van Minnen, A. (2020). Impact of dissociation on the effectiveness of psychotherapy for post-traumatic stress disorder: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry Open*, 6, e53. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.30>
- Hoekstra, J. (2020). De taal van het lichaam leidt tot heling. *GGZ Totaal* (e-magazine). https://doi.org/10.1007/978-90-368-1746-2_2
- Huntjens, R. J. C., Dorahy, M. M. J., Read, D., Middleton, W., & van Minnen, A. (2022). The Dissociation-related Beliefs about Memory Questionnaire (DBMQ): Development and psychometric properties. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra000686.supp> (Supplemental)
- Huntjens, R. J. C., Verschuere, B., & McNally, R. J. (2012). Inter-identity autobiographical amnesia in patients with dissociative identity disorder. *PLoS ONE*, 7, e40580. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040580>
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) [Chu, J. A., Dell, P. F., van der Hart, O., Cardeña, E., Barach, P. M., Somer, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Golston, J. C., Courtois, C. A., Bowman, E. S., Classen, C., Dorahy, M., Sar, V., Gelnas, D. J., Fine, C. G., Paulsen, S., Kluft, R. P., Dalenberg, C. J., ... Twombly, J.]. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults: Third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12, 115-187. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>
- ISTSS Guidelines Committee. (2018). *Guidelines position paper on complex PTSD in adults*. International Society of Traumatic Stress Studies. [https://istss.org/getattachment/Treat-](https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_CPTSD-Position-Paper-(Adults)_FNL.pdf)
- ing-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_CPTSD-Position-Paper-(Adults)_FNL.pdf.
- Kensinger, E. A., & Ford, J. H. (2020). Retrieval of emotional events from memory. *Annual Review of Psychology*, 71, 251-272. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-051123>
- Knipe, J. (2007). Loving eyes: Procedures to therapeutically reverse dissociative processes while preserving emotional safety. In C. Forgash & M. Copeley (Eds.), *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy* (pp. 181-225). Springer Publishing Co.
- Knipe, P. (2014). *EMDR toolbox: Theory and treatment of complex PTSD and dissociation*. Springer Publishing Company.
- Kraaij, C. (2021). Shards of glass and dark rituals, *ESTD Newsletter*, 11, 11-14.
- Krause-Parello, C. A., & Friedmann, E. (2014). The effects of animal-assisted intervention on salivary alpha-amylase, salivary immunoglobulin a, and heart rate during forensic interviews in child sexual abuse cases. *Anthrozoös*, 27, 581-590. <https://doi.org/10.2752/089279314x14072268688005>
- Kremer, B. (1998). *Casus m.b.t. sadistisch ritueel geweld*. <https://docplayer.nl/28720711-Casus-m-b-t-sadistisch-ritueel-geweld-een-verslag-van-het-deprogrammeren-bij-een-cliente-met-s-r-a-ervaringen.html>
- Kuhfuss, M., Maldei, T., Hetmanek, A., & Baumann, N. (2021). Somatic experiencing – Effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: A scoping literature review. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 1929023. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929023>
- La Fontaine, J. S. (1993). Defining organized sexual abuse. *Child Abuse Review*, 2, 232-231.
- Langmuir, J. I., Kirsh, S. G., & Classen, C. C. (2012). A pilot study of body-oriented

- group psychotherapy: Adapting sensorimotor psychotherapy for the group treatment of trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 214. <https://doi.org/10.1037/a0025588>
- Lanning, K. V. (1992). *Investigator's guide to allegations of 'ritual' child abuse*. National Center for the Analysis of Violent Crime, Behavioral Science Unit.
- Levine, P. A., & Frederick, A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma: The innate capacity to transform overwhelming experiences*. North Atlantic Books.
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1729633. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>
- Lindholm, T., Sjöberg, R. L., Pedroletti, C., Boman, A., Olsson, G. L., Sund, A., & Lindblad, F. (2008). Infants' and toddlers' remembering and forgetting of a stressful medical procedure. *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 205-216. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsno66>
- Lovett, J. (1999). *Small wonders: Healing childhood trauma with EMDR*. Simon & Schuster.
- Lovett, J. (2014). *Trauma-attachment tangle: Modifying EMDR to help children resolve trauma and develop loving relationships*. Routledge.
- Lukowski, A. F., & Bauer, P. J. (2013). Long-term memory in infancy and early childhood. In P. J. Bauer & R. Fivush (Eds.), *The Wiley handbook on the development of children's memory* (pp. 230-254). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118597705.ch11>
- Marsh, R. J., Dorahy, M. J., Verschuere, B., Butler, C., Middleton, W., & Huntjens, R. J. C. (2018). Transfer of episodic self-referential memory across amnesic identities in dissociative identity disorder using the Autobiographical Implicit Association Test. *Journal of Abnormal Psychology*, 127, 751-757. <https://doi.org/10.1037/abn0000377>
- Matthijssen, S. J., Brouwers, T., van Roozendaal, C., Vuister, T., & de Jongh, A. (2021). The effect of EMDR versus EMDR 2.0 on emotionality and vividness of aversive memories in a non-clinical sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 1956793. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1956793>
- Mavranzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., Trickey, D., & Pilling, S. (2020). Research review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(1), 18-29. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13094>
- McNally, R. J. (2003). *Remembering trauma*. Belknap Press/Harvard University Press.
- Merckelbach, H., Houben, S., Dandachi-Fitzgerald, B., Otgaar, H., & Roelofs, J. (2018). Als psychotherapie faalt. *De Psycholoog*, 10, 10-21. www.tijdschriftdepsycholoog.nl/wetenschap/als-psychotherapie-faalt
- Miller, A. (2022). *Jezelf worden door mind control en geritualiseerd misbruik te overwinnen*. Kenniscentrum Transgeneratieel Georganiseerd Geweld.
- Mosquera, D., & Knipe, J. (2017). Idealization and maladaptive positive emotion: EMDR therapy for women who are ambivalent about leaving an abusive partner. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11, 54-66. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.11.1.54>
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie

- Grundregel oder Mythos? [Stabilization before confrontation in trauma treatment – Elementary rule or myth?] *Verhaltenstherapie*, 18, 109-118. <https://doi.org/10.1159/000134006>
- O’Haire, M. E., Guérin, N. A., & Kirkham, A. C. (2015). Animal-assisted intervention for trauma: A systematic literature review. *Frontiers in Psychology*, 6, 1121. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01121>
- Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6, 149-173. <https://doi.org/10.1177/15347656000600302>
- Oprel, D. A. C., Hoeboer, C. M., Schoorl, M., de Kleine, R. A., Cloitre, M., Wigard, I. G., van Minnen, A., & van der Does, W. (2021). Effect of prolonged exposure, intensified prolonged exposure and STAIR+prolonged exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 1851511. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1851511>
- Opsimos, G., ten Hoor, G., Wijne, A., & Kok, G. (2021). De invloed van hulphonden bij mensen met traumatische ervaringen: Een overzicht van de literatuur. *De Psycholoog*, 11, 30-35. www.tijdschriftdepsycholoog.nl/wetenschap/de-invloed-van-hulphonden-bij-mensen-met-traumatische-ervaringen
- Ost, J., Costall, A., & Bull, R. (2001). False confessions and false memories: A model for understanding retractors’ experiences. *Journal of Forensic Psychiatry*, 12, 549-579. <https://doi.org/10.1080/09585180110091985>
- Parker, M. M., Hergenrather, K., Smelser, Q., & Kelly, C. T. (2021). Exploring child-centered play therapy and trauma: A systematic review of literature. *International Journal of Play Therapy*, 30, 2. <https://doi.org/10.1037/pla000136.supp> (Supplemental)
- Parker, Z. J., & Waller, G. (2015). Factors related to psychotherapists’ self-assessment when treating anxiety and other disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 66, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.010>
- Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: Using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6, 93. <https://psycnet.apa.org/record/2015-34086-001>
- Raabe, S., Ehring, T., Marquenie, L., Arntz, A., & Kindt, M. (Submitted). *Imagery rescripting versus STAIR plus imagery rescripting for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial*.
- Rassin, E. (2012). Het gebruik van poppen en tekeningen bij het horen van kinderen. *Trema*, 3, 76-80.
- Rietveld-Piepers, B. (2018). *De inzet van dieren in zorg en onderwijs*. <https://dehondkandewasdoen.nl/wp-content/uploads/2019/01/Rapport-Dr.-B.-Rietveld-Piepers.pdf>
- Rosen, G. M., Lilienfeld, S. O., & Glasgow, R. E. (2019). Psychiatry’s stance towards scientifically implausible therapies: Are we losing ground? *The Lancet Psychiatry*, 6, 802-803. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30276-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30276-7)
- Rovee-Collier, C. (1999). The development of infant memory. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 80-85. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00019>
- Ryan, V., & Needham, C. (2001). Non-directive play therapy with children experiencing psychic trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6, 437-453. <https://doi.org/10.1177/1359104501006003011>
- Sánchez de Ribera, O. A., Trajtenberg, N., & Christensen, L. S. (2020). Evaluating the quality of meta-analytical reviews using the AMSTAR-2: A systematic review of meta-analytical

- reviews regarding child sexual abuse interventions. *Child Abuse & Neglect*, 104, 104463. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104463>
- Schlattmann, N. (2006). EMDR en de allerkleinsten: Een gevalsbeschrijving. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, 33, 14. <https://francineshapiribrary.omeka.net/items/show/19141>
- Schottelkorb, A. A., Dumas, D. M., & Garcia, R. (2012). Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy*, 21, 57. <https://doi.org/10.1037/a0027430>
- Schwartzkopff, L., Gutermann, J., Steil, R., & Müller-Engelmann, M. (2021). Which trauma-treatment suits me? Identification of patients' treatment preferences for posttraumatic stress disorder (PTSD). *Frontiers in Psychology*, 12, 694038. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.694038>
- Shapiro, F., & Laliotis, D. (2011). EMDR and the adaptive information processing model: Integrative treatment and case conceptualization. *Clinical Social Work Journal*, 39, 191-200. <https://doi.org/10.1007/s10615-010-0300-7>
- Speel-Flierman, E. (2017). De EMDR-verhalenmethode en het belang van ouderbegeleiding. *EMDR magazine*, 13, 6-7.
- Speers, A. J. H., Bhullar, N., Cosh, S., & Wootton, B. M. (2022). Correlates of therapist drift in psychological practice: A systematic review of therapist characteristics. *Clinical Psychology Review*, 93, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102132>
- Steele, K., Boon, S., & van der Hart, O. (2018). *Behandeling van traumagerelateerde dissociatie*. Uitgeverij Mens!
- Steenkamp, J. O., van der Walt, M. J. V., Schoeman-Steenkamp, E. M., & Strydom, I. (2012). Introducing SHIP as a psychotherapeutic model to access the body memory of traumatized clients: Depathologising expressions of trauma. *South African Journal of Psychology*, 42, 202-213. <https://doi.org/10.1177/00812463120420020>
- Teachman, B. A., White, B. A., & Lilienfeld, S. O. (2021). Identifying harmful therapies: Setting the research agenda. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28, 101-106. <https://doi.org/10.1037/cps0000002>
- Tijdelijke Onderzoekscommissie Georganiseerd Sadistisch Misbruik van Minderjarigen – Commissie Hendriks. (2022). *Tussen ongeloof, ondersteuning en opsporing: Over georganiseerd sadistisch misbruik van minderjarigen* [Eindrapport]. www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/12/21/eindrapport-tijdelijke-onderzoekscommissie-georganiseerd-sadistisch-misbruik-van-minderjarigen
- van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Rijkeboer, M. M., Koekebakker, J., Hornsveld, H., Leer, A., Toffolo, M. B., & Akse, N. (2011). EMDR: Eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.11.003>
- van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.
- van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma*. Penguin.
- van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525. <https://doi.org/10.1002/jts.2490080402>
- van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *The Lancet*, 360, 766-

- 771.[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09897-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09897-5)
- van Vliet, N. I., Huntjens, R. J. C., van Dijk, M. K., Bachrach, N., Meewisse, M. L., & de Jongh, A. (2021). Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: Randomized clinical trial. *British Journal of Psychiatry Open*, *7*, 20211057. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1057>
- Waller, G., & Turner, H. (2018). Het terugdringen van therapeutische dwaling: Waarom goedwillende klinici er niet in slagen om evidence-based therapie te bieden, en hoe we weer op koers kunnen komen [Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track]. *Gedragstherapie*, *51*, 85-111. www.tijdschriftgedragstherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/TG-2018-2-5/Het-terugdringen-van-therapeutische-dwaling
- Went, M. A. T. (2014). Ouder-kind-trauma-therapie: Een geïntegreerde psychotherapeutische behandeling met EMDR voor kinderen met preverbaal trauma. *GZ-psychologie*, *6*, 18-24. <https://doi.org/10.1007/s41480-014-0016-3>
- Woodward, S. H., Jamison, A. L., Gala, S., & Holmes, T. H. (2017). Canine companionship is associated with modification of attentional bias in posttraumatic stress disorder. *PLoS ONE*, *12*, e0179912. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179912>
- World Health Organization (WHO). (2022). *ICD-11: International classification of diseases for mortality and morbidity statistics: Eleventh revision*. <https://icd.who.int/en>
- Zoet, H. A., Wagenmans, A., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2018). Presence of the dissociative subtype of PTSD does not moderate the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, *9*, 1468707. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1468707>
- Zorginstituut Nederland. (2020). *Zinnige zorg – Verbetersignalement post-traumatische stress-stoornis* [Rapport]. Zorginstituut Nederland. www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/06/15/zinnige-zorg-bij-ptss-verbetersignalement