

Interpersoonlijke psychotherapie bij posttraumatische stressstoornis

Een nieuwe vorm van traumabehandeling

Markowitz, J. C. (2021) • Bohn Stafleu van Loghum, 162 pp.

Kris Decraemer •

De auteur, Dr. Markowitz, is expert op het gebied van psychotherapie, cognitieve therapie en medicatie. Hij is hoogleraar klinische psychiatrie aan Columbia University in New York en onderzoeker aan het New York State Psychiatric Institute. Het boek beschrijft de Interpersoonlijke Psychotherapie (IPT) als een nieuwe behandelmethode voor posttraumatische stressstoornissen (PTSS). Naast de praktische uitwerking van deze behandelmethode, worden ook onderzoeksresultaten besproken waarin de effectiviteit en de specifieke werkzaamheid van IPT vergeleken worden met de gangbare exposure-behandelwijzen zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) en EMDR.

Het boek start met een korte situering van de diagnose PTSS en de gangbare behandelwijzen zoals CGT en EMDR. Volgens Marcowitz beïnvloedde het onderzoek naar angststoornissen vanuit het CGT-denken ook de DSM-classificatiecriteria voor PTSS, met name de sterke accentuering van angst binnen de diagnose PTSS. Interpersoonlijke Psychotherapie richt zich echter niet op de gewenning aan en uitdoving van angst, maar richt zich op andere facetten waarvan sprake is bij de diagnose PTSS in de DSM-V: 'met name de vele interpersoonlijke kenmerken zoals zich onthecht en vervreemd voelen van ande-

• Klinisch psycholoog-psychotherapeut en opleider, stafid van de Interactie-Academie.
E-mail: kris.decraemer@iaac.eu

ren, prikkelbaarheid of woedeaanvallen hebben binnen een interpersoonlijke context, wantrouwen naar mensen, beschadigde emotionele en sociale intimiteit. Dit alles verzwakt het sociaal functioneren en het functioneren binnen relaties. Mensen met PTSS kunnen vervallen in onaangepaste interpersoonlijke patronen die het risico vergroten opnieuw slachtoffer te worden.’ (p. 116)

De Interpersoonlijke Psychotherapie baseert zich op theorieën over hechting en interpersoonlijk functioneren en stelt dat mensen sociale dieren zijn en gevoelens van de patiënt gelinkt met hun interpersoonlijke context. Interpersoonlijke Psychotherapie is vooral gekend geraakt als een kortdurende, focale psychotherapie voor de behandeling van ambulante depressieve patiënten. Vanaf het ontstaan van Interpersoonlijke Psychotherapie in de jaren zeventig van de vorige eeuw, is er een nauwe band met wetenschappelijk onderzoek. Onderzoek toont dat IPT een goed alternatief biedt voor de behandeling van depressie, naast cognitieve therapie en anti-depressieve medicatie. Sinds begin 2000 wordt onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid van IPT voor PTSS-patiënten. IPT lijkt een goed alternatief te bieden voor patiënten die geen op exposure gerichte behandeling willen zoals CGT of EMDR of er niet op reageren. Onderzoek wijst uit dat er met IPT minder *drop-out* is, vooral bij patiënten met een comorbide depressieve stoornis én PTSS. Dat blijkt uit de gedetailleerde bespreking van de gerandomiseerde klinische trials waarin deze drie vormen van psychotherapie met elkaar werden vergeleken.

IPT mikt op symptoomverbetering binnen het veld van de intermenselijke relaties. De aandacht wordt verplaatst van de preoccupatie met het trauma naar de onmiddellijke interpersoonlijke buitenwereld. Een IPT-therapeut wil bereiken dat patiënten zich opnieuw verbinden met de buitenwereld, makkelijker sociale steun mobiliseren, succeservaringen opdoen en aldus het isolement en wantrouwen doorbreken. Zoals Markowitz schrijft: ‘Het proces van symptoomverbetering bestaat uiteraard ook uit het afleren van vermijdingspatronen, wat kan lijken op het traject van op exposure gebaseerde therapieën (...) Het voornaamste verschil is de therapeutische focus: interpersoonlijke problemen versus gedragsmatige vermijding. IPT bij PTSS kan echter alleen effectief zijn als er ook een ommekeer komt in de gedragsmatige vermijding, ook al gebruikt de behandeling met IPT geen uitgebreide systemische hiërarchieën in vivo.’ (p. 26)

In hoofdstuk 4 en 5 maakt de lezer kennis met het protocol van IPT bij PTSS, de individuele diagnostiek en taxatie van het sociale weefsel en sociale steun rondom de cliënt. IPT onderscheidt diverse interpersoonlijke probleemgebieden: 1) de klachten betreffen rouw om een belangrijk verlies of 2) een interpersoonlijk conflict met een belangrijke, andere persoon, bijvoorbeeld de misbruiker of 3) een verandering in sociale rollen, bijvoorbeeld als er geen contact meer is met de misbruiker. PTSS wordt vanuit een medisch model gelabeld als een behandelbare ziekte die niet de schuld is van de patiënt. De behandeling neemt veertien sessies in beslag. Na de taxatiefase, die drie sessies in beslag kan nemen, volgt de behandelfase.

In de hoofdstukken 6, 7 en 8 wordt de IPT-aanpak geïllustreerd bij elk van die drie probleemgebieden: rolverandering, rouw, interpersoonlijke conflicten. In hoofdstuk 9 komt de eindfase aan bod en wordt een verdere onderhouds-IPT toegelicht. Hoofdstuk 10 bespreekt veel voorkomende moeilijke situaties zoals crisissen, comorbiditeit, hertraumatisering. Hoofdstuk 11 tot en met 13 is gericht op klinici die ook onderzoek wensen te doen en interesse hebben in het lopende onderzoek en onderzoeksresultaten.

Omdat ik zelf werkzaam ben met het protocol SITE (Systemische Individuele Trauma Exposure), herken ik de kracht van een helder en transparant protocol: hoe zullen we samenwerken, waartoe, hoe lang, wie zijn we voor elkaar, wat zijn de verschillende stappen en faseringen, hoe ronden we af, waar mikken we op? Therapeuten die zich willen inwerken in het traumaveld krijgen zo stevige handvatten om op een weloverwogen en stapsgewijze manier aan het werk te gaan. De interpersoonlijke lijdensdruk bij PTSS staat centraal. De therapeut wordt via het protocol IPT bij de hand genomen in hoe je taxeert, hoe je start, wat je zegt, hoe je het zegt. Er wordt ook veel aandacht besteed aan de basishouding in het werken met cliënten met PTSS en het opbouwen van een respectvolle, hoopvolle en transparante afgebakende samenwerking doorheen veertien sessies.

Voor een systemische geschoolde lezer is de focus op het tussenmenselijke veld en op interpersoonlijke processen bekend en vertrouwd. Toch is er een scherp verschil tussen een systemische versus IPT-aanpak. Gelaagde intermenselijke communicatieve processen en complexe tussenmenselijke dynamieken worden niet uitgediept. Het protocol lijkt met name een gedrags-

therapeutische insteek te nemen. Het IPT-protocol werkt volgens mij met een eenvoudige versie van menselijke communicatie. Ik haal hierbij de casus Victor aan (pp. 85-90), een man met seksueel misbruikervaringen en een hoge PTSS- én depressiescore. Op het werk is er sprake van een niet-collegiale werksfeer en van een collega die zich openlijk verwerpend en sadistisch gedraagt. Een collega beledigt Victor ('vuile flikker'), legt troep op zijn bureau en laat er extra werk achter. De therapeut stelt: 'Er zijn in de samenleving geschreven en ongeschreven regels die iedereen kent: wat eerlijk is, is eerlijk, en wat oneerlijk is, is oneerlijk. Er is bepaald gedrag dat iedereen slecht vindt; als iemand zich zo tegen je gedraagt, heb je het recht om boos te zijn en heb je op zijn minst recht op een verontschuldiging. Het is gewoon niet de manier waarop wie dan ook een ander mag behandelen. Als jij daartegen protesteert, sta je volledig in je recht.' (p. 88) Doel van de therapeut is de gevoelens van Victor te mobiliseren via het concept grensoverschrijding en hem te stimuleren om een nieuwe actie te stellen: een verontschuldiging eisen. Er wordt geoefend via een rollenspel. Tijdens het oefenen spreekt Victor de term 'pestkop' uit. De therapeut zegt: 'Als jouw collega zo tegen je doet, en jij ervaart angst, vernedering, je raakt van streek, dan is jouw omschrijving pestkop een perfecte beschrijving ...' Er volgen nog twee oefensessies en uiteindelijk heeft hij ook de moed om zijn collega aan te spreken. Deze collega reageert beschaamd en stopt zijn gedrag. De sfeer op het werk kantelt. Ik puzzel over de verrassend snelle constructieve effecten.

De IPT-therapeut doet hier geen fijnmazige systemische exploraties van de werkcontext, van de tussenmenselijke ruimte, de collegiale historiek, van bedoelingen en effecten, van de cocreatie van intermenselijke omgangsvormen. Collegiale fricties, kortsluitingen en (waarden)tegenstellingen en conflicten worden niet breder gekaderd. De hoofdpester wordt gedetecteerd, zijn pestende intenties zijn gekend. De therapeut versterkt de emotionele geraaktheid van de cliënt, rechtvaardigt de geraaktheid als een signaal dat een fundamentele intermenselijke ethiek geschaad werd en stimuleert de cliënt om het daarbij niet te laten. Een relationeel PTSS-patroon van vermijding, breken, terugtrekken, isoleren, subassertief reageren, wordt actief opgemerkt, benoemd en aangepakt. De therapeut coacht de cliënt om op een weerbare wijze te reageren. Dit nieuwe spreken en doen genereert constructievere afstemmingen. Nieuwe constructievere emoties en een context van hoop vormen een funda-

ment tot meer durven in het door trauma versmalde intermenselijke reageren. Het fundament van IPT lijkt een uitgesproken samenwerking waarin de patiënt verschijnt als een depressieve, stilgevallen, sociaal vermijdende patiënt die op sleeptouw genomen wordt door een actieve, hoopvolle, stimulerende supporter-therapeut. En, de therapeut weet van buitenaf wat ginds weerbaar gedrag is.

Ik denk daarbij aan de vormingscursussen die ik vroeger gaf met de titel “Kwetsbaarheid en weerbaarheid” waarbij deelnemers veel oefenden middels rollenspelen en ook van elkaar konden leren. Ik reikte als cursusleider-therapeut een systemische kijkwijze aan, de complexiteit van menselijke communicatie werd toegelicht, situaties werden ontrafeld. Dat alles om cursisten, naast de stimulerende ervaring van het concrete doen, ook sleutels aan te reiken om hun weg te vinden in de lastige kanten van samenleven en samenwerken. Ik denk tijdens het lezen van dit boek ook aan mijn werk met het systemische exposure protocol bij meervoudig en complex trauma, waarbij ik als therapeut de rol aanneem van een erkennende, vasthoudend bevragende therapeut die op ervaringsgerichte wijze geraaktheden bij de cliënt op de voorgrond trekt in connectie met repetitieve kwetsende en indringende patronen. Het verschil in de werkrelatie, rol en positionering met IPT biedt stof om verder over na te denken.

Maar, de verbazing blijft dat in alle beschreven casussen de IPT-aanpak zo snel constructieve effecten genereert.

In mijn praktijkervaring met mensen met meervoudig hechtingstrauma herken ik de levenslange moeilijke intermenselijke zoektochten naar verbinding en afstemming, passende nabijheid en afstand, naast veel voorkomende kortsluitingen, breuken en isolement. Maar als therapeut heb ik niet de ervaring dat de buitenwereld zo gunstig reageert op nieuwe reactiewijzen zoals in de beschreven voorbeelden. Dat puzzelt me. Mensen ondersteunen om nieuw gedrag te stellen, zich anders te positioneren, alternatieve opties te onderzoeken, meer risico te durven nemen in het intermenselijke veld onderschrijf ik als werkspoor. Ik merk dat de scherpe focus van IPT en het doelgerichte behandelspoor mensen blijkbaar stimuleert om versmalde en gestolde patronen te doorbreken. Er zijn vele wegen in en uit trauma. Het lijkt dat deze weg aanslaat bij een specifieke doelgroep, mensen die concrete stappen willen zetten

en aangesproken worden door dit actieve en kortdurende veranderingsgerichte aanbod. Dat had wat mij betreft wel meer belicht mogen worden, want ook al zijn er vele wegen naar en uit trauma, een wondermiddel bestaat niet.