

Intensieve behandeling van de posttraumatische stress-stoornis; ervaringen bij politiemensen

door B.P.R. Gersons

Samenvatting

Politiemensen worden regelmatig het slachtoffer van traumatische gebeurtenissen in hun werk en kunnen diensgevolge een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) ontwikkelen. Behandelingprogramma's zijn gebaseerd op verschillende opvattingen over de pathogenese van PTSS. De resultaten verschillen aanzienlijk. Eigen ervaringen worden gepresenteerd waarbij zich een groep aftekent die met een korte behandeling waarin de ervaringen weer in alle heftigheid worden opgeroepen, volstaat en een groep waar langdurige behandelingen noodzakelijk blijken. Het terugroepen van de afgeweerde herinneringen via hypnotherapie lijkt in alle gevallen essentieel, waarna men ook op symbolische manier de controle over het eigen leven teruggekregen heeft.

Inleiding

In dit artikel wordt ingegaan op de mogelijkheden van behandeling van de posttraumatische stress-stoornis (PTSS) bij politiemensen. Tot nu toe is vooral gerapporteerd over de behandeling van oorlogsslachtoffers of van aselechte populaties PTSS-patiënten. Eerder is verslag gedaan van een inventarisatie van posttraumatische stressreacties na schietincidenten bij politiemensen en van technieken van behandeling (Gersons e.a. 1984, 1986, 1987, 1988, 1989). Nu volgt na een korte beschrijving van PTSS en van opvattingen en bevindingen over de pathogenese een overzicht van in de literatuur beschreven behandelwijzen. Daarna volgt een presentatie van de eigen ervaringen, geïllustreerd aan de hand van casuïstiek. Afgesloten wordt met een discussie.

Het beeld PTSS

Het syndroom posttraumatische stress-stoornis (PTSS) biedt een eenduidige omschrijving voor de psychische gevolgen van een veelheid aan traumatische ervaringen, zoals oorlog, verkrachting, incest,

geweld, ernstige bedreiging, rampen, etc. (Giel 1989). Zo'n kwart van de door een ernstig psychotrauma getroffen mensen blijkt PTSS te ontwikkelen (Kleber en Brom 1989). Regelmatig is er sprake van comorbiditeit in de vorm van andere angststoornissen en depressie. Er bestaat daarom twijfel over de mate van causaliteit van het trauma bij PTSS (Gerardi e.a. 1989).

De omschrijving van PTSS¹ start met (A) een typering van de stressor; een gebeurtenis die *buiten het patroon van de gebruikelijke menselijke ervaringen* ligt en die duidelijk leed zou veroorzaken bij vrijwel iedereen. De traumatische gebeurtenis wordt (B) voortdurend *herbeleefd*. Een aantal verschijnselen wijst op (C) het hardnekkig *vermijden* van prikkels die bij het trauma hoorden, vaak samengaan met afstomping van de algemene reactiviteit. Daarnaast bestaan er verschijnselen die wijzen op (D) een *verhoogde prikkelbaarheid*. De stoornis moet tenminste (E) een maand bestaan.

Over de wijze waarop het trauma leidt tot het ontwikkelen van een posttraumatische stress-stoornis bestaan verschillende hypothesen, die ieder op zich een basis voor een eigen aanpak in de behandeling bieden.

Tabel 1: Pathogenese van PTSS

trauma	(psychodynamisch model)
★	vroeg
★	dissociatie
stress	(leertheoretisch model)
★	conditionering, angst
★	locus of control
neurofysiologie	(biologisch model)
★	inescapable shock
★	kindling

De *psychodynamische* verklaring houdt in dat de traumatische ervaring zo ingrijpend is, dat iemand de volle omvang van het gebeuren niet tot zich kan laten doordringen. De herinnering aan het traumatische gebeuren wordt onbewust *verdrongen*. Middels *dissociatie* kunnen ermee verbonden, heftige emoties worden afgesplitst (Van der Kolk e.a. 1989; Van der Hart e.a. 1989). *Alexithymia* kan optreden, – een door het trauma geïnduceerde gevoelsarmoede, gepaard gaande met initiatiefverlies –, als reactie op de te heftige emoties (Krystal 1978). Onbewuste conflicten kunnen de verwerking van het trauma verhinderen (Spiegel 1988 (a); Spiegel e.a. 1988 (b)). De ervaring van het trauma kan een narcistische krenking inhouden, waardoor een positief zelfbeeld beschadigd wordt en de beschermende fantasie van onkwetsbaarheid moet worden opgegeven (Parson 1988; Blum 1987). In de psychodynamische theorie wordt de nadruk gelegd op het *trauma*, een negatieve ervaring met een bedreigend karakter, waarbij de factor stress van

secundaire betekenis is (Bleich e.a. 1986). In de psychodynamische theorie wordt de 'beheersing' c.q. verdringing van de traumatische ervaring gezien als het resultaat van de werking van de afweermechanismen. Als motieven voor dit niet-bewuste afweerproces worden gezien: het beteugelen van de te heftige emoties die ermee verbonden zijn (zoals het beleven van heftige onmacht en woede), het afweren van verboden wensen/triumpfen (zoals seksuele wensen en doodsdrijf). Dit kan zeer complex zijn. Zo kunnen recente traumata lijken op vroegere traumatische ervaringen in de kindertijd. Maar ze kunnen ook de triomf over vroegere krenkingen inhouden. Daarbij bestaat een uitvoerige discussie over het verschil tussen fantasie en werkelijkheid. Zie voor een uitvoeriger bespreking hierover Ulman en Brothers (1988) en Drayer (1990).

Tussen de psychodynamische en leertheoretische verklaringen in ligt het overgangsgebied van de *cognitieve* benaderingen. Cognitieve schemata, die men over zichzelf en de wereld heeft, raken verstoord door de traumatische ervaring (Laufer 1988; Lifton 1988). Men blijkt kwetsbaar, en het vertrouwen in anderen raakt in het gedrang (Horowitz 1986). Een conflict over normen en waarden, die men in de samenleving als vanzelfsprekend acht, breekt uit, zoals met betrekking tot respect en veiligheid (Boehnlein e.a. 1985; Boehnlein 1987). Dit wordt gecompliceerd door *secundaire victimisatie*, waarmee het proces wordt aangeduid van het slachtoffer verwijten dat deze de traumatische ervaring heeft uitgelokt of niet vermeden heeft (b.v. bij verkrachting) (Ochberg 1988).

In de *leertheoretische* verklaring wordt evenals in het neurofysiologische model de nadruk gelegd op de *stress*, waarbij het trauma als stressor fungeert (Bret e.a. 1985; March 1990). Een *geconditioneerde respons* is ontstaan, waarbij elke herinnering aan het trauma nu de stressor vormt, die PTSS kan blijven onderhouden. In de leertheoretische benadering ligt daarom de nadruk op de herbelevingsverschijnselen. Cognitieve schemata spelen in die zin nog een rol, dat een persoon met een 'locus of control' gericht op de buitenwereld, en minder op eigen copingmogelijkheden, vatbaarder is voor het krijgen van PTSS.

In de *neurofysiologische* verklaring gaat het om een bedreiging vanuit de buitenwereld (zowel lichamelijk als psychisch), waarop het organisme reageert met stress (Selye 1975; Watson e.a. 1988). Blijft het organisme als het ware 'gemobiliseerd' tegen een gevaar dat al geweken is, dan spreekt men van *heterostasis*; een niet adequate evenwichtstoestand van het organisme. Heterostasis vormt bij PTSS een verklaring voor de blijvende verschijnselen van verhoogde prikkelbaarheid. Met het 'inescapable shock'-model wordt nog een stap verder gezet, waarmee wordt aangeduid de blijvende schade en veranderingen op het niveau van neurotransmitters, die ontstaan wanneer het organisme geen uitweg meer ziet (Van der Kolk e.a. 1985). De hypofyse-bijnier-

schors-as is blijvend geactiveerd geraakt (Van der Kolk e.a. 1985). Een andere biologische verklaring wordt gevormd door de kindling-sensitatiehypothese. Deze houdt in dat bepaalde limbische structuren als gevolg van vroegere trauma's gevoeliger geworden zijn voor stress, waardoor PTSS ontstaat. Onverwerkte trauma's vormen zodoende een vulnerabiliteitsfactor voor PTSS later (Kolb 1987; Breier e.a. 1987).

Behandelwijzen; de literatuur

De opvattingen over, en de wijzen waarop patiënten met een posttraumatische stress-stoornis behandeld worden, sluiten nauw aan bij de veronderstellingen over de pathogenese. Gecontroleerde studies op basis waarvan meer eenduidige conclusies getrokken kunnen worden, zijn nog nauwelijks voorhanden. Daarnaast treft men pleidooien aan voor een meer eclectische benadering, waarin de verschillende therapeutische elementen een plaats krijgen (Bleich e.a. 1986; Figley 1985).

Lindy e.a. (1988) rapporteerden over een zorgvuldig geëvalueerde *psychoanalytische* behandelingsstudie volgens een protocol voor focale psychotherapie, waarbij 23 Vietnam-veteranen met een langer dan 15 jaar bestaand PTSS behandeld werden. De resultaten na 18 maanden waren teleurstellend op symptomatisch niveau, al bleken de patiënten zelf wel tevreden. De vermijdingssymptomen waren niet afgenomen. De herbelevingssymptomen slechts in geringe mate. Het gebrek aan feitelijk resultaat bij deze zeer geselecteerde groep patiënten werd geweten aan de 'chroniciteit' van het PTSS-beeld. Steunende of confronterende elementen in de behandeling worden daarom door anderen van belang geacht. Blum (1987) wijst op de mogelijkheid tot positieve identificatie met de behandelaar, waardoor de passieve slachtofferrol alsnog kan worden ingeruild voor een actieve 'mastering' van de ervaren hulpeloosheid. Schuldgevoelens kunnen dat overigens in de weg staan (Clewell 1987). Het gebrek aan therapeutisch resultaat kan het gevolg zijn van een door het trauma ontstane persoonlijkheidsstoornis (Kardiner e.a. 1947; Lifton 1988).

De volgende therapeutische stromingen impliceren een actieve benadering van de zijde van de therapeut. Het gaat daarbij om technieken, waarmee verdrongen herinneringen worden opgeroepen en catharsis van emoties kan plaatsvinden. Horowitz (1986) en Marmar e.a. (1988) beschrijven zo'n protocol waarin in 12 zittingen psychodynamische en cognitieve elementen verweven zijn. Van der Hart e.a. (1988) en Gersons (1988a) beschrijven het actief meester worden over de ervaringen door gebruik te maken van schrijfpoddrachten, eventueel in de vorm van een afscheidsbrief of -ritueel.

Hypnotherapie wordt gebruikt om de herinneringen middels imaginaire guidance zo levendig mogelijk in de beleving terug te roepen

(Kingsbury 1988; Venn 1988). Spiegel (1988) verklaart het therapeutisch effect mede doordat het individu op een symbolische wijze weer het gevoel van controle over zijn leven terug krijgt en niet zoals in een psychoanalytische behandeling zijn machteloosheid en hulpeloosheid moet erkennen. Dat laatste staat een voldoende 'abreaction' in de weg (Brende 1985). De vermelde positieve effecten zijn overigens (nog) niet in gecontroleerde studies aangetoond.

Lyons e.a. (1989) beschrijven een gecontroleerde *gedragstherapeutische* behandelingsstudie van PTSS middels flooding na hypnotherapie in sessies van 2-2,5 uur, 1-2 maal per week. De resultaten waren naar verwachting positief ten aanzien van herbelevingsverschijnselen, maar ook hier weer negatief ten aanzien van de vermijdingssymptomen. Als complicaties traden bij 9% tijdelijk angstaanvallen en psychotische reacties op. Niet vermeld werd hoeveel sessies voor een positief resultaat nodig waren. De auteurs wijzen erop dat de angst van de therapeut zelf voor de traumatische ervaringen van de patiënt in de weg kan staan van het bevorderen van de herbeleving.

Psychofarmaca worden in ruime mate bij PTSS toegepast, maar hun werkzaamheid is omstrede. Positieve effecten worden gemeld van amitriptyline (100 mg/dag) op de slaap, dromen, hyperaltheid, startle respons, geheugen- en concentratieklachten (Bleich e.a. 1986; Falcon e.a. 1985; Lerer e.a. 1987; Friedman 1988), eventueel in combinatie met clonidine (Kinzie e.a. 1989), maar worden vooralsnog niet bevestigd in een gecontroleerde studie (Reist e.a. 1989). Van phenelzine wordt een positief effect vermeld op angst en depressie (Frank e.a. 1988). Van der Kolk (1987) is van mening dat medicatie soms een voorwaarde is om het de patiënt mogelijk te maken de overweldigende gevoelens te herbelevan.

Gecontroleerde studies, waarin van meerdere behandelmethoden gebruik gemaakt werden, vermelden wisselende resultaten. In een Nederlandse studie werd hypnotherapie toegepast in combinatie met traumadesensitisatie bij personen waar PTSS ontstaan was binnen vijf jaar na een heterogene groep van trauma's. 60% van de behandelde groep vertoonde in vergelijking met 26% in een controlegroep een positief effect (Brom e.a. 1989). Een intensieve, multimethodische intramurale behandeling van 5 weken bij Vietnam-veteranen met chronische PTSS (Hyer e.a. 1989) gaf daarentegen alleen maar een verslechtering te zien. Perconte (1989) constateerde met een vergelijkbare aanpak met dagbehandeling dezelfde teleurstellende resultaten. De zeer wisselende resultaten van behandeling van PTSS geven McFarlane (1989) aanleiding op te roepen tot het uitvoeren van stringent opgezette, gecontroleerde behandelstudies.

Intensieve behandeling van politiemensen

Na het opzetten van een zelfhulpteam voor politiemensen, die schietincidenten hadden meegemaakt (Gersons 1984) werden politiefunctionarissen met PTSS voor behandeling verwezen. In het ontwikkelde behandelprotocol werd niet gekozen voor één van de genoemde specifieke benaderingen. Voorafgaande aan de feitelijke behandeling, werd een uitvoerige intake verricht waarbij de diagnose posttraumatische stress-stoornis volgens DSM-III-R gesteld werd en waarbij organische factoren werden uitgesloten.

Het behandelprotocol was gebaseerd op de volgende uitgangspunten. (1) PTSS is een *fysioneurose*, zich uitend in onder andere verhoogde waakzaamheid, schrikreacties, slaap- en concentratiemoeilijkheden, waarvoor antidepressiva aangewezen kunnen zijn. (2) PTSS is het gevolg van een *gestagneerde verwerking*, waardoor de traumatische ervaring niet van een betekenis voorzien kan worden en daarmee een plaats in de levensgeschiedenis krijgen. Het is daarbij van ondergeschikt belang of men vooral lijdt aan herbelevingsverschijnselen, of dat de herinneringen juist 'met succes' worden afgeweerd met als gevolg 'numbing' en 'detachment'. Verondersteld werd wel dat wanneer de 'flashbacks' op de voorgrond staan, emoties als woede en verdriet onvoldoende worden beleefd en toegelaten. Bij de behandeling wordt dit aangemoedigd. Bij 'numbing' daarentegen gaat het er allereerst om de beelden weer terug te halen. Daarna komen de emoties los of kunnen op gang gebracht worden. (3) PTSS valt samen met iemands *levensgeschiedenis*. Oude, onverwerkte traumata koppelen zich aan recentere. Het focus van de psychotherapie zal daarom zowel naar vroeger als naar het heden gericht moeten zijn. (4) Als er sprake is van een *persoonlijkheidsstoornis*, al of niet medebepaald door de traumatische ervaring, kan een langerdurende, intensieve psychotherapie noodzakelijk blijken.

Het behandelingschema was daarom als volgt opgezet.

1. De patiënt wordt gevraagd de traumatische gebeurtenissen in chronologische volgorde nauwkeurig op schrift te stellen. Aangegeven wordt dat het erom gaat elke gebeurtenis zo precies mogelijk in de herinnering terug te roepen. De vaak moeilijke emoties staan dat tot nu toe in de weg. Om dat te bevorderen wordt gebruik gemaakt van de volgende mogelijkheden:

a. Na korte relaxatie (afwisselend spieraanspanning en -ontspanning van vuisten en onderarmen, meestal zo'n driemaal achter elkaar) en de ogen sluiten wordt middels imaginaire 'guidance' stapje voor stapje de traumatische gebeurtenis zo werkelijk mogelijk in de beleving teruggehaald. Het vragen naar of benoemen van contextkenmerken van de beleving als wind, 'frisse' lucht, donker, geuren, momenten van de dag, najaar en zo meer bevordert

- het realiteitsgehalte. De erbij te voorschijn tredende gevoelens worden door de therapeut benoemd.
- b. Herinneringsmateriaal, – 'linking objects' –, zoals foto's, krantenberichten en kleding worden gebruikt om de herbeleving dichterbij te brengen.
 - c. Tussen de sessies door wordt de patiënt aangemoedigd om liefst dagelijks gedurende een vast half uur de traumatische gebeurtenis op schrift te stellen, waarbij gevoelens geuit en opgeschreven kunnen worden.
2. Het onder 1 genoemde wordt geplaatst in de 'Malan'-driehoek (Malan 1979). Waar deed het trauma aan herinneren? Wat riep het op? Welke gevoelens traden daarbij op? Welke gevoelens naar de therapeut ontstaan daarbij?
 3. Bij de behandeling moet ook worden ingegaan op het hier en nu; gevolgen voor het gezin (de partner wordt standaard eenmaal uitgenodigd), interacties en communicaties in het gezin, de werkplek (secundaire victimisatie), geleden schade en de gevolgen daarvan.
 4. Bij aanhoudende slaapproblemen en depressieve gevoelens wordt amitriptyline tot 150 mg per dag gegeven.
 5. De patiënt wordt, wanneer de herbelevingen met succes en met het uiten van intense emoties hebben plaatsgevonden, aangemoedigd afscheid te nemen van het gebeuren middels bij voorbeeld een afscheidsbrief.

Dit eclecticisch samengestelde 'draaiboek' omvat elementen uit de hypnotherapie en kortdurende psychodynamische psychotherapie. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van afscheidsrituelen, al of niet in combinatie met antidepressiva. Het doel van de behandeling is het verwerkingsproces opnieuw 'op te starten' waarbij de nadruk gelegd wordt op 'turning passive into active', het weer macht krijgen over eigen doen en laten, over de gevoelens, en het herstel van het vertrouwen in anderen.

Casuïstiek; de behandeling van politiemensen²

Over de behandeling van zeven politiefunctionarissen waarbij de auteur direct betrokken was, wordt hier globaal verslag gedaan en van drie meer in detail (zie tabel 2). Hun leeftijd varieerde van 29 tot 45 jaar. Allen waren mannen en op één na waren zij gehuwd. Op een na werkten zij reeds meerdere jaren bij de politie (tot ruim twintig jaar). De traumatische ervaring die door betrokkenen in verband gebracht werd met hun klachten, gingen bij drie direct vooraf aan het uitbreken van PTSS. Bij twee anderen duurde dit respectievelijk 1 en 2 jaar. Bij de overige twee lagen er liefst 12 en 13 jaar tussen het eerste trauma en de start van PTSS. Vier maakten melding van sequentiële traumatisering. Behandeling werd meestal gezocht nadat

Tabel 2: Overzicht behandelde casussen

	Tra	Trapt	Ptbeh	Zit	Hyp	Andp	Res	Werk
A	1	2	2	7	3	-	+	+
B	seq.	1	3	4	1	-	+	+
C	seq.	12	3	4	1	-	+	+
D	1	0	2	23	2	+	+	+
E	seq.	0	1	22	4	-	+	+
F	seq.	13	0,5	28	6	+	+	-
G	1	0	11	30	4	+	+	-

Tra = aantal trauma's

Trapt = aantal jaren tussen het trauma en begin PTSS

Ptbeh = aantal jaren tussen begin PTSS en start behandeling

Zit = aantal behandelzittingen

Hyp = aantal hypnotherapeutische sessies

Andp = gebruik antidepressiva

Res = resultaat van de behandeling

Werk = terugkeer in het politiewerk

seq. = meerdere traumata meegemaakt

de klachten tot problemen in de werksituatie geleid hadden en de bedrijfsarts een specialistische behandeling voorstelde. De duur tussen start van de klachten en het zoeken van de behandeling varieerde tussen de 0,5 en 3 jaar met een uitschieter van 11 jaar.

Er vonden tussen 1 en 6 hypnotherapiezittingen plaats, met een gemiddelde van drie, waarbij steeds van herinneringsmateriaal (foto's, krantenartikelen, doorboorde trui, etc.) gebruik gemaakt werd. Bij drie personen werden in de loop van de behandeling antidepressiva voorgeschreven vanwege aanhoudende hyperarousal en slaapproblemen. Het aantal zittingen varieerde per behandeling tussen 4 en 30. De drie korte behandelingen besloegen 4 tot 7 zittingen, terwijl de vier langduriger behandelingen varieerden tussen de 22 en 30. De kortste behandeling duurde 1 maand en de langste 2 jaar en 4 maanden. Het resultaat van de behandeling was bij 6 positief. Bij hen waren geen PTSS-symptomen meer aanwezig. Bij G was de uitkomst matig, omdat wantrouwen en slaapproblemen bleven bestaan. Ook bij hem waren de herbelevingsverschijnselen verdwenen, maar vermijding met name van het politiebureau bleef aanwezig. Twee keerden niet meer in het politiewerk terug.

We zullen nu nader op de behandelingen ingaan. De casussen A, B en C zijn voorbeelden van kortdurende, succesvolle therapieën leidend tot herintrede in het werk, waarbij antidepressiva niet nodig waren. We vermelden hier de behandeling van B.

B was een drieëndertigjarige man, die reeds meer dan vijftien jaar bij

de politie werkzaam was. Hij had drie incidenten meegemaakt. Eenmaal had hij een voortvluchtige gedood, maar daar geen bijzondere 'naweeën' van beleefd. Echter vier jaar geleden had hij een zeer bedreigende achtervolging meegemaakt, waarbij hij een ander niet dodelijk had getroffen. Sindsdien voelde hij zich opgejaagd, had last van weerkerende beelden. Na een vechtpartij twee jaar later voelde hij zich zeer bedreigd, en begon hij zulke situaties actief te mijden. Na een ziekenhuisopname voor een lichamelijke stoornis namen de PTSS-klachten zo toe, dat hij niet meer kon werken.

Het PTSS-beeld werd bepaald door vooral vlak voor het slapen optredende flashbacks van de achtervolging, en gevoelens alsof het zich plotseling zou gaan herhalen. Hij probeerde actief te vermijden dat de herinneringen terugkwamen. Hij was erg emotioneel, iets wat hij niet van zichzelf kende. Er was sprake van geïrriteerdheid en uitvallen naar de kinderen. Hij was schrikachtig. Er bestonden geen slaapproblemen meer. Hij had duidelijk moeite zich te concentreren. In de eigen levenssfeer hadden zich recent ook moeilijkheden voorgedaan.

In één hypnotherapeutische sessie werd de achtervolging in detail opgeroepen. Dit leidde tot gevoelens van intens verdriet. De volgende keer bleek het gevoel van gejaagdheid geheel verdwenen. Ook de andere verschijnselen bleken bij follow-up niet meer aanwezig te zijn. Het therapeutische effect startte hier al bij de twee intake-sessies.

Het is moeilijk vast te stellen wat in deze korte behandelingen de therapeutische factoren waren. De psychopathologie liep nogal uiteen, terwijl ook de aard en intensiteit van de ervaren traumata verschilde. De 'abreaction', waarmee bedoeld wordt zowel het beleven van de intense gevoelens van verdriet en onmacht, maar dat ook lijkt op het innerlijk afscheid nemen van het gebeurde, als het herkrijgen van controle over zichzelf en de wereld, lijkt in alle drie gevallen van essentieel belang te zijn geweest.

D, E en F zijn eveneens voorbeelden van behandelingen met een goed resultaat, waarbij weliswaar F niet meer in het werk terugkeerde. De behandelingen duurden hier veel langer (tussen 22 en 28 zittingen), en D en F kregen ook antidepressiva voorgeschreven. We vermelden hier de behandeling van F.

F was een negenendertigjarige man, toen hij zich voor behandeling meldde. Hij werkte inmiddels al zo'n zeventien jaar bij de politie. Komend uit een politieg gezin moest voor hem de realiteit van het politiewerk niet onbekend zijn. De lijst van door hem meegemaakte geweldsituaties, die hij op verzoek opmaakte, telde ten minste elf trauma's. Het begon met gewelddadige ME-acties waar hij aan deel moest nemen. Vervolgens maakte hij mee hoe een man zichzelf na talloze conflicten in brand stak en overleed. Dan volgt een achtervol-

ging en een vuurgevecht met bankovervallers, waarbij zijn pistool niet afging. Een maand later vuurde hij een waarschuwingsschot af, dat achteraf niet geaccepteerd werd. Weer volgen zware rellen met ernstige bedreiging en veel gewonde, nu nog invalide collega's. Daarna kwam een periode in een district met haast dagelijks traumatische ervaringen. In één weekend moest hij bij voorbeeld vijf moorden verwerken. Dan volgen weer rellen, maar een tweede confrontatie met bankovervallers, die gedood werden, vormt een breekpunt. Een hierbij betrokken collega pleegt later suïcide. Aan het einde van deze reeks krijgt hij opdracht kinderen 'letterlijk' uit de ouderlijke macht te ontzetten, waarbij een keer een baby door een ouder tegen de muur werd doodgeslagen. De laatste zes jaren gingen gepaard met onbegrip en negatieve beoordelingen door meerderen.

Een jaar voor aanmelding was hij ten slotte in elkaar gestort. Hij dacht een hartaanval te hebben, waarvoor hij in het ziekenhuis werd opgenomen. Later bleek dit een hyperventilatieaanval te zijn geweest. Er volgden op zichzelf nuttige echtpaargesprekken op de RIAGG, maar het PTSS-beeld werd niet herkend. F sprak er ook niet over. Zijn werk bleef buiten beschouwing.

Het PTSS-beeld bij aanmelding bestond inmiddels al enige jaren en bevatte de facto alle beschreven verschijnselen. Er was vooral sprake van angstaanvallen met hyperventilatie, transpiratie, fobische klachten, een depressieve stemming en libidoverlies.

Ook hier werd de partner in de behandeling betrokken voor uitleg, steun en ook onderlinge gesprekken. Er werd uitvoerig gebruik gemaakt van foto's, bewaarde krantenberichten en van de 'doorgaande brief'. Er vonden zes intensieve hypnotherapeutische sessies plaats. Omdat de man zeer kwetsbaar leek, werd voorzichtig gestart met beschrijvingen van, naar zijn keuze, de eerste confrontatie met bankovervallers, waarbij doodsangst naar voren kwam. Bij de eerste hypnotherapiesessie werd de ervaring met het weigerende pistool herbeleefd, waarbij een enorme spanning zich ontladde in verdriet en machteloosheid. Dit gaf een geweldige opluchting. Bij een volgende sessie ontstond opnieuw een gespannen gevoel, omdat een fragment tijdens het meest gevaarlijke moment van directe doodsdreiging niet in de herinnering kon worden teruggehaald. Wel herinnerde hij zich dat zijn hele leven als in een film aan hem voorbij trok. De sessie werd nog een tweetal malen herhaald, waarna depressieve gevoelens, schuldgevoel en verdriet de overhand kregen. Daarna kwam de verlamme, verdrongen gedachte vrij, 'dat kind dat zonder vader zou moeten opgroeien'. De blokkade bleek samen te hangen met het schuldgevoel dat hij op dat moment door dood te gaan zijn gezin in de steek zou laten. De stemming verbeterde hierop aanzienlijk. Vervolgens kwamen vroegere ervaringen aan de orde, met name rond de oorlogservaringen van zijn vader. De stemming bleef labiel en werd

vergezeld van heftige rugpijn. Ook de andere traumatische ervaringen werden doorgewerkt. Met behulp van amitryptiline 75 mg/dag verbeterden het slapen en de stemming. Besloten werd om de behandeling af te sluiten met een afscheidsbrief, waarin hij afscheid zou nemen van de politie en welke later bij wijze van ritueel in het bijzijn van zijn gezin verbrand zou worden. De brief begon met: 'Dit wordt de moeilijkste brief van mijn leven. Door het schrijven van en met deze brief neem ik afscheid van de politie'. Dan volgen gedeelten over verdriet, boosheid en kwaadheid, opluchting en bevrijding, en over de onzekere maar nu ook vertrouwen wekkende toekomst. Hij eindigde met: 'Beste politie, ik wens jullie een heleboel geluk toe, wees alsjeblieft zuiniger op je mensen, het gaat jullie goed. Een ex-rechercheur die dag en nacht leefde in zijn rol, maar die nu afscheid neemt als een redelijk vrij mens'. Het verbranden van de brief in aanwezigheid van echtgenote en zoon werkte als een verlossing, die gevierd kon worden met een feestelijke maaltijd.

Ten slotte beschrijven we een behandeling die minder resultaat had. G was bij aanmelding een vijfenveertigjarige politiemans, die al veel behandelingen elders had ondergaan. Hij werkte reeds tweeëntwintig jaar bij de politie. Al achttien jaar gebruikte hij slaaptabletten. Ondanks naar zijn zeggen massale tegenwerking en onbegrip van meerderen, was hij zeer gevaarlijke verdachten op het spoor gekomen. Bij de aanhouding door niet geïnformeerde collega's, kwamen deze om het leven. Hij moest toen vreselijk huilen, had liever zelf tot de slachtoffers behoord. Sindsdien is het 'bergafwaarts' met hem gegaan. Hij leed aan paniekaanvallen met hyperventilatie, angstzweet, en fobische klachten. Het slapen lukte niet meer, omdat hij constant op 'scherp' bleef staan. Hij was bijzonder geïrriteerd, tot verdriet van zijn gezinsleden. Vrienden en kennissen bleven op den duur weg.

Het PTSS-beeld was hier op zichzelf beperkt. Vermijding stond op de voorgrond en er waren verschijnselen van verhoogde prikkelbaarheid. Bovendien bestond er suïcidaliteit en was de achterdocht soms zo groot, dat de greep op de realiteit vergeleed. Ook hier werd weer gewerkt met het palet van echtgenote, fotoboeken, doorgaande brief en hypnotherapie. Echter van prominent belang bleek de niet verwerkte dood van zijn vader als gevolg van een aanrijding, die hij als jongen vlak voor zijn ogen had zien gebeuren. Over deze dood van vader bleken heftige schuldgevoelens te bestaan. Met behulp van de foto van vader en de doorgaande brief kon de dood van vader geleidelijk aan verwerkt worden. Amitryptiline 125 mg/dag had een gunstige uitwerking op het slapen. Daarnaast vonden gezinsgesprekken plaats. Een enorme woede naar de politie werd wel gevoeld, maar bleef onder de oppervlakte hangen. De behandeling werd steeds meer steunend en structurerend van karakter. Bij het afsluiten van de behan-

deling was de toestand van G redelijk stabiel, al bleef hij gespannen. Een afkeuring was inmiddels gerealiseerd.

Discussie

Met de beschrijving van de casussen is het verhaal er niet eenvoudiger op geworden. Het betreft hier uiteraard een kleine, willekeurige selectie van politiemensen met PTSS. Het behandelingsprotocol is al doende ontwikkeld, al was de auteur reeds goed bekend met de aard van de problematiek en met het spectrum van de gebruikte behandelingsmethodieken.

Opvallend is dat drie van de zeven agenten ondanks een aanzienlijke last van PTSS-verschijnselen in zeer korte tijd met succes behandeld konden worden. Het leek bij hen primair te gaan om het accepteren van hun ervaringen en heftige gevoelens, waarmee zij geholpen moesten worden en waarin de therapeut hen voor moest gaan. Ondanks hun negatieve ervaringen wensten ze terug te keren naar het beroep van politieagent, dat veel voor hen betekende. Deze wens maakte het voor hen makkelijker om de met vele hulpmiddelen opgeroepen herbeleving te aanvaarden en door te maken. Veelal bleek hier één hypnotherapeutische sessie voldoende. Daarna kon men innerlijk afscheid nemen van de gebeurtenis en had men opnieuw controle verkregen over het eigen functioneren en gevoelens. Ook de rehabilitatie, hier letterlijk eerherstel, na talloze vernederingen is van grote betekenis hierbij. De toestand van heterostasis, vooral bestaande hier uit het verdringen van de heftige emoties, kan relatief snel doorbroken worden.

Anders ligt het bij de vier politiemensen waar de behandeling lag tussen de twintig en dertig sessies. Bij hen speelde een mengeling van diepe vernedering, 'afbranden' na te veel trauma's en de koppeling met vroegere traumata mee. Hun wens om terug te keren naar de traumatische omgeving van de politie was ambivalent of zelfs verdwenen. Het impliceerde daarom het afscheid nemen van een beroep met aanzien, waar men lang in had geïnvesteerd en veel voor over had gehad. Een nieuw, wenkend toekomstperspectief was niet voorhanden. Alleen de blijvende rol van slachtoffer vormde soms het 'aanvaardbare', beter gezegd te aanvaarden alternatief. Van rehabilitatie, -eerherstel -, is dan geen sprake. Desondanks had de behandeling ook hier zeker resultaat, waarbij elementen uit de eigen levensgeschiedenis en persoonlijkheid meer dan in de kortdurende behandelingen betrokken werden. Ook hier speelde het (gedeeltelijk) herkrijgen van controle over het eigen functioneren en gevoelens een vitale rol. Niet alleen de persoonlijkheid is door de traumatische ervaringen langzamerhand beschadigd, ook de feitelijke sociale situatie biedt steeds minder speelruimte.

Bij het ontwikkelde, eclecticische behandelingschema is het steeds

primair gegaan om het met vele hulpmiddelen op gang brengen van de gestagneerde verwerking. Daarna kwam de eigen levensgeschiedenis zonodig aan de orde, terwijl de persoonlijkheidsproblematiek op de achtergrond bleef. Medicatie werd wel gebruikt maar niet volgens een vast protocol. Er zijn aanwijzingen de behandeling in twee fasen te verdelen; een kortdurend protocol, dat voor een aantal voldoende zal zijn en een langerdurend deel, dat nodig is wanneer er van genoemde complicaties sprake is.

De resultaten met de behandeling van PTSS bij de politiemensen zijn op zichzelf hoopgevend. Het gaat uiteraard om een exploratieve beschrijving. Het betreft een specifieke groep, – de politie –, alleen mannen en met in vergelijking tot bij voorbeeld Vietnam-veteranen een beperkt 'trauma-repertoire'. Een langdurige follow-up is nodig om te zien in hoeverre de resultaten stand houden. Over de verschillende geschetste pathogenetische processen valt op basis van dit materiaal niets te zeggen. Daarvoor is het nodig gecontroleerde behandelingsstudies uit te voeren, waarin strikt van één benadering gebruik gemaakt wordt. Op grond van deze beperkte ervaringen deel ik met Bleich e.a. (1986) het standpunt om voorlopig in de dagelijkse praktijk te kiezen voor een multimethodisch, eclectisch behandelingsprotocol. Daarbij is het nog moeilijk aan te geven welke factoren nu essentieel zijn voor een goed herstel. Echter het syndroom PTSS is nog zo complex, dat een enkelvoudige benadering het nadeel heeft dat de behandelingsresultaten voor een deel van de slachtoffers onvoldoende zal blijken te zijn.

Noten

1. Er bestaan inmiddels twee omschrijvingen van PTSS (DSM-III, Ned. versie 1982, DSM-III-R Ned. versie 1988). Hier maken we gebruik van de herziene versie in de DSM-III-R:

a. Iemand heeft een gebeurtenis doorgemaakt, die *buiten het patroon van de gebruikelijke menselijke ervaringen* ligt en die duidelijk leed zou veroorzaken bij vrijwel iedereen, bij voorbeeld ernstige bedreiging van iemands leven of van de fysieke integriteit; ernstige bedreiging of letsel toegebracht aan iemands kinderen, echtgenoot of andere nauwe verwanten en vrienden; plotselinge vernietiging van iemands huis of woonomgeving; of het zien van iemand die recentelijk of juist op dat moment ernstig gewond of gedood is door een ongeluk of lijfelijk geweld.

b. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend *herbeleefd* op ten minste een van de volgende manieren:

1. terugkerende en opdringerige onaangename herinneringen aan de gebeurtenis (bij jonge kinderen terugkerende spelletjes waarin de thema's of aspecten van het trauma naar voren komen),
2. herhaaldelijk akelig dromen over de gebeurtenis,
3. plotseling handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (ook het gevoel het opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties en

- dissociatieve ('flashback') episodes, zelfs als zij voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie),
4. intens psychisch lijden bij blootstelling aan gebeurtenissen die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken, of elk jaar op de dag dat het trauma plaatsvond.
- c. Hardnekkig *vermijden* van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit ten minste drie van de volgende verschijnselen:
1. pogingen gedachten of gevoelens horend bij het trauma te vermijden,
 2. pogingen activiteiten of situaties die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden,
 3. onmogelijkheid zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren (psychogene amnesie),
 4. duidelijk verminderde belangstelling voor belangrijke activiteiten (bij jonge kinderen verlies van kortgeleden geleerde vaardigheden zoals zindelijkheid of taalvaardigheden),
 5. gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen,
 6. beperkt uiten van affect, bij voorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben,
 7. gevoel van een beperkter toekomst, bij voorbeeld verwacht geen carrière te zullen maken, geen huwelijk, geen kinderen, of geen lang leven te zullen hebben.
- d. Voortdurende verschijnselen van *verhoogde prikkelbaarheid* (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit ten minste twee van de volgende:
1. moeite met inslapen of doorslapen,
 2. prikkelbaarheid of woedeuitbarstingen,
 3. moeite met concentreren,
 4. overmatige waakzaamheid,
 5. buitensporige schrikreacties,
 6. fysiologische reacties op blootstelling aan gebeurtenissen die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken (bij voorbeeld een vrouw die verkracht werd in een lift breekt het zweet uit wanneer zij een lift binnenstapt).
- Duur van de stoornis (symptomen in B, C en D) ten minste een maand.
- Specificeer verlaat begin indien het begin van de verschijnselen ten minste zes maanden na het trauma ligt.
2. Alle behandelde politiemensen (behalve D die niet meer bereikt kon worden) zijn akkoord gegaan met de geanonimiseerde publikatie van hun behandeling zoals in de tekst is weergegeven. Het verhaal van D is daarom niet opgenomen.

Literatuur

- Bleich, A., R. Garb, M. Kottler (1986a), Treatment of prolonged combat reaction. *British Journal of Psychiatry* 148, 493-496.
- Bleich, A., B. Siegel, R. Garb, B. Lerer (1986b), Posttraumatic disorder following combat exposure: clinical features and psychopharmacological treatment. *British Journal of Psychiatry* 148, 493-496.
- Blum, H.P. (1987), The role of identification in the resolution of trauma. *Psychoanalytic Quarterly* 56, 609-627.

- Boehnlein, J.K. (1987), Culture and society in posttraumatic stress disorder: implications for psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 41, 4, 519-530.
- Boehnlein, J.K., J.D. Kinzie, R. Ben, J. Fleck (1985), Oneyear follow-up study of posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. *American Journal of Psychiatry* 142, 8, 956-959.
- Breier, A., M. Albus, D. Pickar, T.P. Zahn, O.M. Wolkowitz, S.M. Paul (1987), Controllable and uncontrollable stress in humans: alterations in mood and neuroendocrine and psychophysiological function. *American Journal of Psychiatry* 144, 11, 1419-1425.
- Brende, J.O. (1985), The use of hypnosis in post-traumatic conditions. In: W.E. Kelly. *Posttraumatic stress disorder and the war veteran patient*. Brunner/Mazel, New York.
- Brett, E.A., R. Ostroff (1985), Imagery and posttraumatic stress disorder: an overview. *American Journal of Psychiatry* 142, 4, 417-424.
- Blom, D., R.J. Kleber, P.B. Defares (1989), Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57, 5, 607-612.
- Clewell, R.D. (1987), Moral dimensions in treating combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic* 51, 1, 114-130.
- Drayer, P.J. (1990), *Sexuele traumatisering in de jeugd*. SUA, Amsterdam.
- Falcon, S., C. Ryan, K. Chamberlain, G. Curtis (1985), Tricyclics: possible treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 46, 385-389.
- Figley, C. (1985), *Trauma and its wake*. Brunner/Mazel, New York.
- Frank, J.B., T.R. Kosten, E.L. Giller, E. Dan (1988), A randomized clinical trial of phenelzine and imipramine for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 145, 10, 1289-1291.
- Friedman, M.J. (1988), Toward rational pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: an interim report. *American Journal of Psychiatry* 145, 3, 281-285.
- Gerardi, R., T.M. Keane, W. Penk (1989), Utility: sensitivity and specificity in developing diagnostic tests of combat-related post-traumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Clinical Psychology* 45, 5, 691-703.
- Gersons, B.P.R. (1984), Psychische gevolgen van schietincidenten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 39, 9, 899-911.
- Gersons, B.P.R. (1986), Incidents de tir: les conséquences psychiques chez les policiers. *L'Officier de Police* 4, 19-42.
- Gersons, B.P.R. (1987), Afweermechanismen en afscheidsrituelen. In: O. van der Hart, *Afscheid nemen*. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Gersons, B.P.R., R.M.F. Sorel (1987), Uit het lood geslagen; een inventariserend onderzoek naar psychotraumatische stress en enkele andere gevolgen van ernstige schietincidenten bij de Amsterdamse politie. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* 65, 698-702.
- Gersons, B.P.R. (1988a), Adaptive defense mechanisms in posttraumatic stress disorders and leave-taking rituals. In: O. van der Hart, *Coping with loss*. Irvington Publ., New York.
- Gersons, B.P.R. (1988b), Leavetaking rituals in theoretical perspective: a psychodynamic view. In: E. Chigier, *Grief and bereavement in contemporary society*. Freund Publ., Londen.
- Gersons, B.P.R. (1988c), After the shooting: mutual help and brief psychotherapy for police officers who have been involved in shooting incidents. In: E. Chigier, *Grief and bereavement in contemporary society*. Freund Publ., Londen.

- Gersons, B.P.R. (1989), Patterns of posttraumatic stress disorder among police officers following shooting incidents; the twodimensional model and some treatment implications. *Journal of Traumatic Stress* 2, 3, 247-257.
- Giel, R. (1989), De psychosociale kant van rampen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 31, 4, 223-239.
- Gold, P.W., F.K. Goodwin, G.P. Chrousos (1988), Clinical and biochemical manifestations of depression: relation to the neurobiology of stress. *The New England Journal of Medicine* 319-7, 413-420.
- Hart, O. van der, S. Boon (1988), Schrijfopdrachten en hypnose voor de verwerking van traumatische herinneringen. *Directieve Therapie* 8, 4-44.
- Hart, O. van der, P. Brown, B. van der Kolk (1989), Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress* 2, 4, 379-395.
- Horowitz, M.J. (1986), *Stress response syndromes*, Aronson, Northvale/Londen.
- Hyer, L., M.G. Woods, R. Bruno, P. Boudewyns (1989), Treatment outcomes of Vietnam veterans with PTSD and the consistency of the MCMI. *Journal of Clinical Psychology* 45, 4, 547-552.
- Kardiner, A., en H. Spiegel (1947), *War stress and neurotic illness*. Paul Hoeber, Inc., New York.
- Kingsbury, S.J. (1988), Hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder: an isomorphic intervention. *American Journal of Clinical Hypnosis* 31, 2, 81-90.
- Kinzie, J.D., P. Leung (1989), Clonidine in Cambodian patients with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 177, 9, 546-550.
- Kleber, R.J., en D. Brom (1989), Incidentie van posttraumatische stress stoornissen na frontervaringen, geweldsmisdrijven, ongevallen en rampen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 31, 10, 675-691.
- Kolb, L.C. (1987), A neuropsychological hypothesis explaining posttraumatic stress disorders. *American Journal of Psychiatry* 144, 8, 989-995.
- Kolk, B. van der, M. Greenberg, H. Boyd, J. Krystal (1985), Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: toward a psychobiology of post-traumatic stress. *Biological Psychiatry* 20, 314-325.
- Kolk, B. van der, O. van der Hart (1989), Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry* 146, 12, 1530-1540.
- Kolk, B. van der (1987), The drug treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders* 13, 203-213.
- Krystal, H. (1987), Trauma and affects. *Psychoanalytic Study of the Child* 33, 81-116.
- Laufer, R.S. (1988), The serial self; war trauma, identity, and the adult development. In: J.P. Wilson, Z. Harel, B. Kahana, *Human adaptation to extreme stress; from the Holocaust to Vietnam*. Plenum Press, New York/Londen.
- Lerer, B., A. Bleich, M. Kotler, R. Garb, M. Hertzberg, B. Levin (1987), Post-traumatic stress disorder in Israeli combat veterans. *Archives of General Psychiatry* 44, 976-981.
- Lifton, R.J. (1988), Understanding the traumatized self; imagery, symbolization, and transformation. In: J.P. Wilson, Z. Harel, B. Kahana, *Human adaptation to extreme stress; from the Holocaust to Vietnam*. Plenum Press, New York/Londen.
- Lindy, J.D. (1988), *Vietnam: a casebook*. Brunner/Mazel, New York.
- Lyons, A.L., T.M. Keane (1989), Implosive therapy for the treatment of combat-related PTSD. *Journal of Traumatic Stress* 2, 2, 137-152.

- Malan, D.H. (1979), *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. Butterworth, Londen.
- March, J.S. (1990), The nosology of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 4, 61-81.
- Marmar, C.M., M.J. Horowitz (1988a), Diagnosis and phase-oriented treatment of posttraumatic stress disorder. In: J.P. Wilson, Z. Harel, B. Kahana, *Human adaptation to extreme stress; from the Holocaust to Vietnam*. Plenum Press, New York/Londen.
- Marmar, C.R., M. Freeman (1988b), Brief dynamic psychotherapy of post-traumatic stress disorders: management of narcissistic regression. *Journal of Traumatic Stress* 1, 3, 323-337.
- McFarlane, A.C. (1989), The treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Medical Psychology* 62, 81-90.
- Ochberg, F.M. (1988), *Post-traumatic therapy and victims of violence*. Brunner/Mazel, New York.
- Parson, E.W. (1988), Post-traumatic stress disorders; theoretical and practical considerations in psychotherapy of Vietnam war veterans. In: J.P. Wilson, Z. Harel, B. Kahana, *Human adaptation to extreme stress; from the Holocaust to Vietnam*. Plenum Press, New York/Londen.
- Perconte, S.T. (1989), Stability of positive treatment outcome and symptom relapse in post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 2, 2, 127-136.
- Reist, C., C.D. Kauffmann, R.J. Haier, C. Sangdahl, E.M. Demet, A. Chic-Demet, J.N.N. Nelson (1989), A controlled trial of desipramine in 18 men with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 146, 4, 513-516.
- Ross, R.J., W.A. Ball, K.A. Sullivan, S.N. Caroff (1989), Sleep disturbance as the hallmark of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 146, 6, 697-707.
- Selye, H. (1975), Homeostasis and the reactions to stress: a discussion of Walter B. Cannon's contributions. In: C.M. Brooks, K. Koizumi, J.O. Pinkston. *The life and contributions of Walter Bradford Cannon 1871-1945*. State University of New York, Downstate Medical Center.
- Spiegel, D. (1988a) Dissociation and hypnosis in post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress* 1, 1, 17-34.
- Spiegel, D., T. Hunt, H.E. Dondershine (1988b), Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 145, 3, 301-305.
- Ulman, R.B., D. Brothers (1988), *The shattered self: a psychoanalytic study of trauma*. The Analytic Press, Hillsdale.
- Venn, J. (1988), Hypnotic intervention with accident victims during the acute phase of posttraumatic adjustment. *American Journal of Clinical Hypnosis* 31 2, 114-117.
- Watson, I.P.B., L. Hoffman, G.V. Wilson (1988), The neuropsychiatry of posttraumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry* 152, 164-173.

Dit artikel werd mede mogelijk gemaakt door een subsidie van het Praeventiefonds t.b.v. het onderzoek 'Posttraumatische stress-stoornissen bij de politie'.

Summary: Intensive treatment of post-traumatic stress-disorder; experiences with policemen

Police officers, in the course of their work, regularly fall victim to traumatic events, leading in some cases to the development of a post-traumatic stress disorder (PTSD). Treatment programmes are based on a number of different views about the pathogenesis of PTSD, and the results are likewise widely divergent. This paper represents an account of personal experience in the field; one group sufficed with short-term treatment in which the full impact of past traumas was recalled to memory, whilst another group required more prolonged treatment. Results show that in all cases the recalling to mind of suppressed memories by means of hypnotherapy is absolutely essential in enabling clients, in a symbolic way, to re-know the feeling that they are again in control of their own destinies.

B.P.R. Gersons was destijds als hoogleraar Ambulante en Sociale Psychiatrie verbonden aan de Rijksuniversiteit Utrecht.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 14-11-1990.