

---

# 'WANNEER JE LICHAAM SPREEKT'

Kan yoga een rol spelen binnen de sociaal psychiatrische behandeling van PTSS?

**Anneke Sips**, SPV in opleiding, Werkzaam als SPV binnen wijkteam 'De Baarsjes', Arkin - Amsterdam [anneke@thehouseoflove.nl](mailto:anneke@thehouseoflove.nl)

## Samenvatting

Emotionele pijn en traumatische ervaringen worden nog lang nadat het trauma is geëindigd opgeslagen in het lichaam. Het is natuurlijk dat de mens wil overleven en het lichaam en de geest reageren op gevaar en trauma. Gevaarlijke situaties worden opgeslagen zodat deze in de toekomst herkend kunnen worden. Het kan tevens stress veroorzaken dat fysieke klachten kan opleveren. Vanuit de sociaal psychiatrische visie worden psychische klachten begrepen als een resultante van vier niveaus van functioneren (psychisch, lichamelijk, sociaal en individueel) en kunnen patiënten met de diagnose Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) op alle vier de niveaus van functioneren klachten ontwikkelen. Er zijn aanwijzingen dat in de behandeling van PTSS, de aandacht voor de wisselwerking tussen deze vier niveaus ontbreekt. Dit artikel beschrijft een onderzoek naar PTSS, de sociaal psychiatrische behandeling en hoe yoga zich verhoudt tot de vier niveaus van functioneren. Heeft yoga een toegevoegde waarde binnen de behandeling, en hoe kan yoga hierbij toegepast worden. Het onderzoek omvat een literatuurstudie over de gevolgen van een traumatische gebeurtenis en of yoga een zinvolle aanvulling op behandeling kan zijn. Het zal blijken dat er voldoende wetenschappelijke basis is om yoga als aanvullende behandeling binnen het reguliere behandelaanbod te overwegen. Dit onderzoek biedt mogelijkheden voor verdere uitwerking van yoga in de behandeling van PTSS .

## Inleiding

In 2010 gaf ik, vanuit mijn praktijk als yogaleraar, yogales aan vrouwen in Rwanda die getraumatiseerd zijn als gevolg van de genocide in 1994. Dit deed ik gedurende drie maanden voor een Amerikaanse non-gouvernementele organisatie genaamd Project Air als yoga-discipline binnen een ACT team met als doel verlichting van klachten en daardoor een betere kwaliteit van leven te verkrijgen. In de praktijk als SPV in Amsterdam, heb ik eveneens regelmatig te maken met patiënten die lijden aan een post traumatische stress stoornis (verder te noemen PTSS). Ik zie dat patiënten net als de vrouwen in Rwanda erover klagen dat ze hun lichaam niet voelen of juist lichamelijke klachten ervaren. Hierbij spelen controleverlies over gevoelens en lichaam (het niet kunnen slapen en ontspannen wanneer zij dat willen), depressieve gevoelens en stress een rol. Dit is geen toeval. Emotionele pijn en traumatische ervaringen worden nog lang nadat het trauma is geëindigd opgeslagen in het lichaam. Van der Kolk (1994) beschrijft dit als 'het lichaam houdt de score bij'. Het is natuurlijk dat de mens wil overleven en dat het lichaam en de geest reageert op gevaar en trauma. Het is goed om gevaarlijke situaties te onthouden zodat deze in de toekomst vermeden kunnen worden. Echter het behouden van deze stress in het lichaam kan ook voor de hierboven beschreven nare bijverschijnselen zorgen. Patiënten met de diagnose PTSS hebben vaak last van klachten op alle vier de niveaus van functioneren, maar er wordt volgens de literatuur over PTSS behandeling die ik las weinig aandacht besteed aan de vier niveaus in zijn geheel (o.a. Jongedijk, 2008; Jongedijk, 2010).

Ik vraag me af of yoga hier een rol kan spelen. Kan yoga worden toegepast als complementaire behandelwijze in de sociaal psychiatrische behandeling van PTSS?

## **Theoretische bevindingen gedefinieerd**

### ***PTSS , wat is dat?***

Het woord 'trauma' betekent letterlijk letsel of verwonding. Hiermee kan lichamelijk letsel bedoeld worden, maar een andere mogelijkheid is psychotrauma. Er dient duidelijk onderscheid te worden gemaakt tussen 'gewone' nare en ingrijpende gebeurtenissen enerzijds en traumatische gebeurtenissen anderzijds. Bij patiënten met PTSS wordt volgens de DSM-IV de traumatische gebeurtenis voortdurend herbeleefd. Zij vermijden aanhoudend prikkels die bij het trauma horen of hebben last van afstomping van de algemene reactiviteit, dat niet als zodanig aanwezig was vóór het trauma. Zij hebben aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid. De duur van de stoornis is langer dan een maand en de stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen. Deze symptomen zijn in eerste instantie (direct na een traumatische gebeurtenis) te beschouwen als een normale reactie. Het zijn uitingen van een verstoord evenwicht wat hervonden moet worden. Deze acute stress reactie kan gezien worden als een natuurlijk respons, gericht op overleving (Gersons 2002 via Olff 2002). Mensen beschikken over mentale veerkracht en een zelfherstellend vermogen waarop in eerste instantie vertrouwd wordt. Ieder heeft zijn eigen verwerkingsproces. Het wordt pas disfunctioneel wanneer deze verschijnselen blijven bestaan. Eigenlijk is PTSS de stagnatie van een normaal verwerkingsproces.

Een groot deel van de wereldbevolking maakt gedurende het leven één of meer psycho-traumatische gebeurtenissen mee. De grootste en meest invloedrijke studie over onder andere de prevalentie van PTSS is de National Comorbidity Survey (NCS) uitgevoerd door Kessler (Kessler et al., 1995). Uit dit onderzoek bleek dat ongeveer 61% van de mannen en 51% van de vrouwen een traumatische gebeurtenis hadden meegemaakt. Gelukkig ontwikkelde niet iedereen PTSS. De NCS (Kessler et al., 1995) vond een PTSS prevalentie van 7,8% van de totale proef waar PTSS bij vrouwen twee keer zoveel voorkwam dan bij mannen (10,4% v. 5%). Co-morbiditeit bij PTSS komt ook vaak voor; het is eerder norm dan uitzondering (Kessler et al., 1995; Creamer et al., 2001). De stoornissen die voornamelijk gelijktijdig met de PTSS aanwezig waren zijn misbruik of afhankelijkheid van middelen (75%), gegeneraliseerde angststoornis (44%) en depressie (20%).

### ***Symptomen van PTSS***

Herbeleving en actieve vermindering kunnen gezien worden als vrij specifieke symptomen bij PTSS (Jongedijk, 2008). Daarnaast worden psychosomatische symptomen al heel lang in verband gebracht met trauma. Aan het eind van de 19e eeuw werden door bekende psychologen en psychiaters als Freud, Janet en Briquet vele lichamelijke klachten beschreven bij seksueel getraumatiseerde patiënten. Er wordt gesteld dat 70% van de patiënten met PTSS slaapafwijkingen en onbegrepen en lichamelijke onverklaarbare klachten (LOK) heeft (Jongedijk, 2008; Van Liempt et al., 1994). PTSS en de co-morbiditeit met deze (onverklaarbare) lichamelijke klachten vragen om extra aandacht in verband met de mogelijke impact dit heeft op het verder verloop van de aandoening en functionele beperkingen die het kan geven (Jongedijk, 2008; Van Liempt et al., 1994). Olff (2002) beschrijft (onverklaarbare) lichamelijke klachten als moeheid, rugpijn, pijn op borst, hartkloppingen, spierpijn, misselijkheid, benauwdheid, duizeligheid, maag en darm-klachten.

Vaak worden patiënten met LOK uitgebreid medisch onderzocht, maar krijgen niet de juiste behandeling. Dit zorgt voor ongemak en hoge kosten. Zowel de patiënt als behandelaar zijn dan niet tevreden over de behandeling (Olf 2002). Ten slotte kan men als gevolg van psychotrauma gebrek aan sociaal steunsysteem krijgen. Deze sociale kwetsbaarheid kan komen doordat patiënten steunsysteem verliezen door hun gedrag.

### ***PTSS gezien vanuit de sociaal psychiatrische visie***

Vanuit de sociale psychiatrische visie wordt de mens niet los gezien van de context daaromheen. Querido<sup>1)</sup> legde uit dat elk mens leeft in een omgeving van krachten en tegenkrachten. Hij was ervan overtuigd dat mensen over een groot repertoire beschikken om te reageren op bedreigingen van buitenaf. Typerend voor het sociaal psychiatrisch denken is dat het accent ligt op de wisselwerking tussen de vier niveaus van functioneren (van der Padt & Venneman, 2010). Deze niveaus zijn: Het lichamelijke niveau, het maatschappelijke niveau, het individuele niveau en het sociale niveau.

Op lichamenlijk niveau komt het vaak voor dat patiënten met PTSS psychosomatische klachten hebben. Volgens Zwart (1998) worden PTSS klachten vaak lichamenlijk beleefd en gepresenteerd. Op individueel niveau betekent het dat het meemaken en moeilijk kunnen verwerken van traumatische life-events iets zegt over het coping gedrag, het gebrek aan veerkracht, het psychisch functioneren en het zelfbeeld waarbij een patiënt het gevoel van walging kan hebben. Dit laatste is volgens Jongedijk (2008) iets wat vaak voorkomt bij PTSS. Net zoals angst en pijn kan walging zorgen voor bescherming. Soms wordt de walging zo extreem dat het niet meer functioneel is. Dit kan leiden tot bijvoorbeeld automutilatie (walging van eigen lichaam) of overdreven veel wassen (gevoel vies te zijn). Op sociaal niveau kan het problemen met zich meebrengen in relaties, met collega's op het werk, omdat mensen of geobsedeerd zijn door het trauma of juist ervoor weglopen. In onderzoek werd aangetoond dat mensen die minder sociale steun ontvangen vaker PTSS ontwikkelen en meer symptomen van PTSS vertonen (Hadders & Utrecht, 2008).

### ***Casus***

*R. L., een veteraan die vocht in Bosnië in 1993<sup>2)</sup> gaf in een interview aan dat het steunsysteem snel minder werd. Ik had op een gegeven moment alleen mijn vrouw nog. Dit had te maken met mijn prikkelbaarheid, mijn korte lontje, ik was nors, kortaf en anderen vonden het niet prettig meer om in mijn buurt te zijn. Praten met mijn vrouw over m'n problemen verliep moeizaam. Ik probeerde weg te lopen voor het trauma door 12 uur per dag te werken en putte me daardoor helemaal uit. Ik dacht dat het hebben van zoveel afleiding zou helpen niet met het trauma bezig te zijn. Ook dacht ik dat wanneer ik uitgeput thuis zou komen, ik 's nachts wel zou kunnen slapen.*

Op maatschappelijk niveau kan kwetsbaarheid optreden wanneer patiënten problemen hebben rondom inbedding in de maatschappij door (langdurig) ziekteverzuim van het werk door de symptomen, eenzaamheid, sociaal isolement, armoede en stigmatisering (Beekakker-Schelee, 2011). Patiënten met PTSS lopen een kans klachten te ontwikkelen op meerdere niveaus van functioneren.

### ***De behandeling van PTSS en de rol van de SPV hierin***

De behandeling bestaat volgens de Multidisciplinaire Richtlijn (GGZ richtlijnen PTSS) uit medicatie en psychologische interventies. In deze richtlijnen worden de trauma gerichte therapievormen (trauma focussed therapy, TFT) zoals cognitieve gedragstherapie (CGT), exposure therapie of EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) aanbevolen. Het resultaat van behandeling hangt af van het soort trauma en in welke levensfase het ontstaan is.

Er is weinig aandacht voor lichaamsgerichte therapie in behandeling van PTSS. Er wordt wel gesteld dat lichaamsgerichte therapie een vast onderdeel in de behandeling van PTSS zou moeten zijn naast de psychotherapie (Zwart, 1998). Uit onderzoek bij de Vonk<sup>3)</sup> bleek dat naarmate patiënten meer lichamelijke klachten presenteren, ontwikkelen zij des te minder actieve coping mechanismen omdat zij daardoor meer vermijden en steun zoeken. De richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis is gerevisieerd in 2009.

Hieronder valt ook de diagnose PTSS. In beide versies is het stepped-care model uitgangspunt van de instructie. Het doel van behandeling wordt hier omschreven als het streven naar herstel. Na herstel wordt terugval preventie geboden voordat behandeling wordt afgesloten. Indien een professional hiervoor geschoold is, kan deze naast terugval preventie ook cognitief gedragstherapeutische interventies uitvoeren. Daarbij heeft de SPV een belangrijke rol in het signaleren van klachten en motiveren voor behandeling (concept richtlijn herzieningen van de Multidisciplinaire richtlijn, 2009).

Uiteraard is er ook aandacht voor de omgeving van een cliënt en zou de SPV het systeem bij de behandeling en begeleiding van PTSS dienen te betrekken.

### **Casus R.L.**

*Ik ben voor drie traumatische ervaringen behandeld in de jaren van behandeling. De eerste behandeling (2000 - 2002) bestond uit schrijftherapie en de tweede behandeling in 2007 uit EMDR. In het begin miste ik persoonlijke aandacht naar mij als mens in de PTSS behandeling. Er werd in rap tempo vragenlijsten afgenomen. Ik voelde me niet als persoon gezien maar vond dat er te snel een sticker op me werd geplakt. Er werd te snel naar het probleem en oplossingen gekeken in plaats van naar mij als persoon. Thuis wisten ze niet wat ze met me aan moesten. Ik was een emotioneel wrak! Ik mocht mijn partner wel een keer meenemen naar therapie, maar ze zou meer betrokken moeten worden. In al die tijd is ze één of tweemaal mee geweest denk ik. Mijn vrouw wist nooit wat me allemaal overkomen was. Pas toen ik in therapie was heb ik het haar verteld. Het begrip is daarna beter geworden. Hierin zie ik een belangrijke rol voor de SPV weggelegd in behandeling. Het zien van de mens achter de patiënt en het betrekken van het systeem bij de behandeling. Ik heb verder nooit lichaamsgerichte behandeling gekregen, hier heeft niemand ooit met mij over gesproken.*

In de behandeling van PTSS wordt er weinig aandacht besteed aan de vier niveaus in zijn geheel. Zeker het lichamelijke aspect lijkt weinig aan bod te komen. De vraag is: Zou yoga als lichaamsgerichte interventie een bijdrage kunnen leveren aan de behandeling van in ieder geval de lichamelijke klachten bij PTSS? Zou dit van invloed kunnen zijn op het verdere beloop van de aandoening en herstel? En hoe kan de SPV hierin een rol spelen?

### **Yoga, wat is dat eigenlijk?**

Yoga is een algemene term om de beoefening van fysieke houdingen en ademwerk, wat in aandacht uitgevoerd wordt, te beschrijven.

Er zijn vele soorten yoga en in het westen worden vooral de meest bekende en populaire vormen beoefend. Alhoewel yoga in het westen vaak wordt gezien als enkel een fysieke beoefening, omdat de beoefening vaak begint met lichaamshoudingen bijvoorbeeld in een yogastudio of sportschool, is het meer dan dat. Krishnamacharya (1888-1989) wordt als de grootvader van de hedendaagse yoga gezien samen met twee van zijn meest beroemde studenten B.K.S. Iyengar en P. Jois.

Yoga is van oudsher verdeeld over acht aspecten (in Sanskriet 'aānga' zie tabel 1). Volgens Iyengar (2002) kan yoga gezien worden als bestaande uit drie lagen: de externe,- interne,- en de binnenste lagen. Of mentaal, fysiek en spiritueel. De acht aspecten van yoga kunnen op deze manier onderverdeeld worden in deze drie niveaus. Het eerste niveau van yoga bestaat uit *do's en don'ts*. Yama en niyama zijn de sociale en individuele etnische disciplines die al van oudsher voorkomen in alle beschavingen. Niyama leert over wat er moet gebeuren voor het welzijn van het individu en de samenleving. Yama gaat over wat we moeten voorkomen te doen om individu en samenleving niet te schaden. Het tweede niveau zijn āsana, prāyāma, pratyāhāra. Āsana is het beoefenen van verschillende houdingen met het lichaam. Prāyāma is de wetenschap van de adem. Pratyāhāra is het observeren van de geconditioneerde reactie. Het derde en laatste niveau van yoga wordt apart beschreven in de yoga sutras <sup>4)</sup> als 'de rijkdom' van yoga. Dhāraā, dhyāna en samādhi zijn de effecten van yoga, maar zijn dus niet een deel van de oefening op zich. Dhāraā betekent concentratie of complete aandacht. Dhyāna is meditatie en samādhi is het hoogtepunt van yoga: totale gelukzaligheid.

tabel 1 het 8-voudige pad van yoga

Ashtānga Yoga	
yama	maatschappelijke bewustwording (sociaal-ethische voorschriften)
niyama	individueel bewustzijn (persoonlijke ethische disciplines)
āsana	lichaamshoudingen gesynchroniseerd met de adem (hier begint yoga bij veel mensen)
prāyāma	ademhalingsbewustzijn (ademhalingsoefeningen)
pratyāhāra	terugtrekking van de zintuigen (observeren van de geconditioneerde reactie)
dhāraā	Concentratie
dhyāna	meditatie / vasthouden van aandacht (mentale focus)
samādhi	vereniging / zelfrealisatie

Yoga is een integrale oefening van het combineren van elementen van aandachtstraining, meditatie, ademwerk en ritmische beweging in de vorm van lichaamshoudingen (?sana) waarbij de focus ligt op het heden. Wanneer deze ritmische beweging samen met anderen wordt uitgevoerd kan het een gevoel van saamhorigheid geven (Spinazzola et al., 2011).

De meditatieve aspecten van yoga zijn aangetoond effectief in het verminderen van angst, depressie, stress en in de behandeling van middelengebruik. Ook is aangetoond dat meditatie helpt bij onder andere emotie-regulatie, verwerking door zelf reflectie en het zien van perspectief. Lichamelijke pijn kan verzacht worden en lichamelijke gesteldheid verbeterd door yoga. De therapeutische kwaliteiten van yoga asana (houdingen), zijn waarschijnlijk gerelateerd aan neuro-cognitieve aspecten van PTSS.

### ***Kritische noot***

Yoga wordt ook beoefend in het kader van een zoektocht naar antwoorden op levens- en zingevingsvragen. Interesse tonen in deze existentiële problematiek en aandacht voor levensbeschouwelijke thema's bevordert het begrip en de patiënt zal eerder geneigd zijn hierover te spreken met de behandelaar. Dit veronderstelt een kundige behandelaar maar ook yoga-docent en evenwichtige psyche om dit in goede banen te leiden. Decuypere (1986) zegt in het tijdschrift voor psychiatrie dat er wellicht al een kwetsbaarheid aanwezig was wanneer iemand bijvoorbeeld psychotisch wordt na een yogasessie. De yoga zou het uitgelokt kunnen hebben. Volgens Decuypere is yoga ongevaarlijk mits je je verstand gebruikt. 'In handen van onevenwichtige mensen kan het soms explosief materiaal zijn, vooral wanneer ze ongecontroleerd 'liefhebben'. Door onjuist gebruik van yoga kunnen mensen fysiek of mentaal uit balans raken en juist problemen creëren. Dit dient natuurlijk voorkomen te worden. Het is goed om als behandelaar hierover in gesprek te zijn met de patiënt. Samenwerking tussen behandelaar en yogaleraar is van belang. Een yogaleraar zou een patiënt niet moeten verwarren door deze aan het twijfelen te brengen over de methoden van een arts door ongevraagd advies te geven over zijn of haar behandeling. PTSS is een heteroog ziektebeeld wat gepaard gaat met een zeer diverse co-morbiditeit (Creamer et al., 2001). Het vereist een individueel behandelprotocol. Yoga zou overwogen dienen te worden naast de bestaande PTSS behandeling wanneer de patiënt hiervoor open staat.

### ***Yoga en het sociaal psychiatisch denken***

Zoals eerder beschreven wordt er gesteld dat patiënten met PTSS vaak slaapafwijkingen en onbegrepen en onverklaarbare lichamelijke klachten hebben. Yoga sluit als eerste aan op het lichamenlijk niveau. Bij yoga worden er lichamelijke houdingen uitgevoerd die invloed hebben op de lichamelijke en geestelijke gesteldheid. Als een patiënt zelf lichamelijke pijn kan verzachten en het lichaam krachtiger kan maken kan dit bijdragen aan het herstel van het gevoel van vertrouwen in het eigen lichaam. Een patiënt kan het gevoel van machteloosheid kwijtraken wanneer deze ervaart dat hij of zij zelf iets kan doen om de pijnklachten te bestrijden. Dit laatste geldt ook voor slapeloosheid. Door er zelf voor te kunnen zorgen beter te slapen, zal vertrouwen in zichzelf gewonnen worden. Wanneer men deze succes ervaringen vervolgens aan zichzelf toeschrijft, dan zal dit erg motiverend werken. Patiënten kunnen hun lichamelijke reacties leren kennen, hun lichaamsbewustzijn ontwikkelen en ze kunnen gaan merken dat de oefeningen hun lichamelijke spanningspijnen kunnen gaan verminderen. Zo ontdekken zij de relatie tussen psychische spanning met lichamelijke pijn. Ze zijn beter in staat in deze gevoelens te erkennen, uiten, benoemen en daardoor te verwerken (Zwart, 1998). Vermijding kan overgaan in controle en een patiënt kan meer houvast krijgen bij heftige gevoelens rondom traumatisering. Patiënten leren omgaan met hun lichamelijke grenzen en het zelfbeeld kan verbeteren. Door het verbeteren van het zelfbeeld komt het individuele niveau aan de orde, wat ook een aangrijp punt van yoga kan zijn binnen de sociale psychiatrie. Yoga is een *mindful practice*, het wordt in aandacht beoefend waardoor er 'exposure' ontstaat die men zelf onder controle heeft. In tegenstelling tot wat er gebeurt bij trauma, heeft men in yoga zelf altijd een keuze. De beoefening van yoga kan op elk moment door een patiënt gestaakt worden. Hierdoor kan coping ontwikkeld worden. Zij zouden op zoek kunnen zijn naar zingeving of spiritualiteit. Yoga is geen religie en staat los van religie al is er overlap met bepaalde visies vanuit het Hindoeïsme en Boeddhisme wat ook aangrijpt op het individuele niveau.

Het sociale niveau zal niet direct het belangrijkste aangrijp punt zijn bij yoga, maar het is wel mogelijk. Yoga kan individueel beoefend worden met een leraar of een daarvoor opgeleide therapeut maar vaak gebeurt het in een (kleine) groep.

De leraar of therapeut doet zelf ook mee waardoor er gelijkwaardigheid ontstaat. Er is peer ondersteuning. Hieruit kunnen sociale contacten voortkomen. De kracht van de patiënt en zijn of haar netwerk staan centraal in sociale psychiatrie, hier kan yoga op inhaken door het netwerk ook uit te nodigen mee te doen met de lessen. Hier is weinig over geschreven en het vergt verder onderzoek naar het resultaat hiervan. In PTSS behandeling kan het hebben van een gedeelde ervaring met anderen bijdragen aan herstel door te leren anderen niet af te stoten. Geïntegreerde beweging en ademhaling met anderen kan een gevoel van verbondenheid geven (Emerson, 2011). 'Het individu wordt een deel van een collectief, verenigd door ritmische elementen in synchrone beweging wat een gevoel van verbinding kan geven en een onderdeel is van de genezing van trauma' (Spinnazola et al., 2011).

Dit kan ook eenzaamheid en sociaal isolement tegengaan wat een kenmerkend is voor het maatschappelijk niveau binnen de sociale psychiatrie. Het gaat in de sociale psychiatrie principieel niet om de individuele patiënt maar altijd om de patiënt in de maatschappelijke en sociaal culturele context en verhoudingen. Door een betere controle te hebben op (onbegrepen) lichamelijke klachten, beter te kunnen slapen en in een betere gezondheid te zijn, zal men minder kwetsbaar zijn voor bijvoorbeeld (langdurig) ziekteverzuim van het werk (Beekakker-Schelee, 2011). Hierdoor wordt de kans op eenzaamheid en sociaal isolement verkleind.

### ***Kan yoga een rol spelen in de sociaal psychiatrische behandeling van PTSS en wat kan de SPV hierin doen?***

In de behandeling van PTSS wordt er weinig aandacht besteed aan de vier niveaus in zijn geheel. Zeker het lichamelijke aspect lijkt weinig aan bod te komen. Op het lichamelijke niveau kan yoga zeker een antwoord bieden aan tekortkomingen binnen de behandeling van de sociaal psychiatrische behandeling van PTSS. De fysieke beoefening van yoga houdingen kan ervoor zorgen dat een patiënt met PTSS in contact staat met zijn of haar lichaam in het heden. Dit geeft hen een veilig gevoel omdat zij vaak overspoeld worden door lichamelijke sensaties (van der Kolk, 2006). Zoals beschreven zijn de belangrijkste kenmerken van yoga (houdingen, ademhaling en meditatie) effectief gebleken bij het verminderen van symptomen bij trauma. Psychiater van der Kolk heeft samen met yogaleraar David Emerson in Amerika een methode ontwikkeld waarbij yoga gebruikt wordt in de behandeling van PTSS: 'The Trauma Center Yoga Program'<sup>5)</sup>. Van der Kolk (1994) benoemde dat het doel van het behandelen van PTSS is om mensen te helpen in het heden te leven, zonder zich te voelen of gedragen volgens de irrelevante eisen die behoren tot het verleden. Als gevolg van het natuurlijk overlevingssysteem van het lichaam zijn veel mensen met PTSS voornamelijk gericht op het trauma en niet op het hier en nu. Deze methode noemen zij ook wel '*Trauma Sensitive Yoga*'. Deze methode is grondig onderzocht en wordt met succes toegepast binnen de behandeling van PTSS in Amerika. 'Trauma-gevoelige yoga' is een fysieke 'down-to earth' vorm van yoga. Het is gericht op vaardigheden. Het is een langzaam proces waar geduld en herhaling voor nodig zijn. David Emerson beschrijft in zijn boek 'overcoming trauma through yoga' (2011) dat er uit onderzoek vier grote thema's zijn ontstaan voor het gebruik van yoga bij mensen met een trauma. Deze zijn: het ervaren van het huidige moment, het hebben van een keus, het nemen van effectieve maatregelen en het creëren van ritme.

Er zijn verschillende manieren waarop yoga een plaats zou kunnen vinden binnen de sociaal psychiatrische behandeling van PTSS. In de nieuwe concept richtlijnen wordt er altijd gestart met de basisinterventies psycho-educatie, activering en tegengaan van vermijding (concept richtlijn herzieningen van de Multidisciplinaire richtlijn, 2009). Deze interventies kunnen onder andere door een SPV uitgevoerd worden. Er kan in ieder geval psycho-educatie over yoga gegeven worden en ingezet worden als activering.

Naast het afnemen van een anamnese en het maken van een analyse maakt een SPV een (behandel-) plan. Wanneer een patiënt deel zou willen nemen aan yoga (speciaal voor de doelgroep), kan de SPV ondersteuning bieden door het in dit plan te verwerken. Ook in de uitvoering van SPV behandeling kan yoga een aandeel hebben. Zoals de SPV ook bijvoorbeeld CGT interventies (of deeltechnieken) uitvoert wanneer deze hiervoor geschoold is, geldt dit ook voor yoga interventies. Er kan bijvoorbeeld gekozen worden om elke behandelsessie te beginnen en eindigen met deeltechnieken uit de yoga wanneer de SPV zich hierin laat scholen. Om het verpleegkundig methodisch kader af te sluiten wordt er natuurlijk geëvalueerd en het plan zo nodig bijgesteld. Bovengenoemde interventies zijn deels de uitkomst van *best practice* en effectief gebleken en deels zou nog verder onderzocht dienen te worden. In Nederland zijn yoga programma's in de behandeling van PTSS in ontwikkeling. In Juni 2012 start er een pilot bij Centrum '45 te Oestgeest: Trauma sensitieve yoga bij een groep veteranen volgens de methode van van der Kolk.

### Conclusie

Patiënten met de diagnose PTSS hebben vaak last van klachten op alle vier de niveaus van functioneren, waarbij er onvoldoende aandacht wordt besteed aan de vier niveaus in zijn geheel. Vooral op het lichamelijke en het sociale niveau schiet de behandeling tekort. Yoga sluit voornamelijk aan op het lichamelijke niveau waardoor lichamelijke klachten die vaak aanwezig zijn bij PTSS kunnen afnemen en patiënten controle over hun lichaam kunnen krijgen. Bij yoga wordt er gewerkt aan optimalisatie van het zelf helend vermogen van een persoon. Yoga sluit niet volledig aan op alle 4 niveaus van functioneren maar wel op die niveaus waar gangbare therapie tekort schiet. Gezien de gunstige effecten van yoga bij PTSS kan er gesteld worden dat deze lichaamsgerichte benadering is uitgegroeid tot een complementaire behandelwijze in de sociaal psychiatrische behandeling van PTSS. Een tool die in overweging genomen kan worden. Meer onderzoek is nodig naar de werking van yoga bij trauma om de werkzaamheid en effectiviteit te evalueren.

---

### Noten

- <sup>1)</sup> Querido, Arie. 1901- 1983. Een belangrijke psychiater in de ontwikkeling van de visie en werkwijze van de sociale psychiatrie.
- <sup>2)</sup> R. L. is 6 maanden in Bosnië geweest trauma meegemaakt. Hij is 43 jaar, getrouwd en heeft een zoon (2000). Hij kreeg niet direct last van PTSS. Eind 2000 werd hij voor het eerst behandeld tot 2002. Daarna is het in 2007 opnieuw begonnen. Geïnterviewd door Anneke Sips op 03-06-2012.
- <sup>3)</sup> De Vonk: Sinds 1994 heeft Centrum '45 een afdeling voor getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers. Deze afdeling heet de Vonk en bevindt zich in Noordwijkerhout. De Vonk heeft een kliniek een dagkliniek en een polikliniek.
- <sup>4)</sup> Eén van de belangrijkste oude teksten over yoga, waarin onder andere deze 8 aspecten worden omschreven. De yoga sutra's zijn dan 2000 jaar geleden geschreven door Patanjali, die gezien wordt als een van de grootste yogis ooit.
- <sup>5)</sup> Het Trauma Center Yoga Programma, is een samenwerkingsverband van yoga leraren en trauma expert artsen en is ontwikkeld als een vorm van Hatha yoga als aanvulling op de behandeling voor PTSS en verwante aandoeningen sinds 2003 (Emerson et al., 2009).

### Literatuurlijst artikelen

- Bromet E, M, H., RC, K., CB, N., & A., S. (1995). Post Traumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52 (December 1995), 1048-1060.
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, a C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological medicine*, 31(7), 1237-47. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11681550>
- Dayna, M. (2008). "Yoga in America" Market Study Practitioner Spending Grows to Nearly \$6 Billion a Year. *Yoga Journal*, October.
- Decuypere, J. (1986). Ziek of mystiek? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 10(28), 719-731.
- Graaf, R. D., Dorsselaer, S. V., & ten Grave, M. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*. Utrecht: Trimbos.
- Hadders, Z., & Utrecht, U. (2008). Trauma's , sociale steun en copingstijl als voorspellers voor posttraumatische stress. Symptomatologie bij een groep Vluchtelingen. *Stress: The International Journal on the Biology of Stress*.
- Jongedijk, R. A. (2010). Begeleiding en behandeling van patiënten met een posttraumatische stressstoornis. *Modern Medicine*, (4), 127-130.
- Jongedijk, R. A. (2010). Diagnostiek van de posttraumatische stressstoornis. *Modern Medicine*, (3), 111-115.
- Jongedijk, R. A. (2008). De gevolgen van psychotraumatische ervaringen: meer dan PTSS alleen? *Cogiscope*, 01 (Aps 1994), 13-17.
- Kessler, R. C., Care, H., & Ma, B. (1994). Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview ( CIDI ) in the US National Comorbidity Survey. *International Journal*, 7(Cidi).
- Kolk, B. A. v. d. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 277-93. doi:10.1196/annals.1364.022
- Kolk, B. A. v. d. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of post traumatic stress. *Information Age*, 1-21.
- Krishnamacharya, S. T. (1938). *Yoga Makaranda - Yoga Saram ( The Essence of Yoga )* First Part. Madurai C.M.V. Press, October.
- Liempt, S. van, Vermetten, E., de Groen, J. h. m., & Westenberg, h. g. m. (1994). Slaapafwijkingen bij posttraumatische stressstoornis. *Harvard review of psychiatry*, 49, 629-638. Retrieved from <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10673229409017088>
- Lindy, Jacob, D., Green, B. L., & Grace, M. (1992). Somatic reenactment in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics* ISSN: 0033-3190, 57(4), 180-186.
- Mouthaan, J., Sijbrandij, M., Reitsma, J. B., Gersons, B. P. R., & Olf, M. (2011). Internet-based prevention of posttraumatic stress symptoms in injured trauma patients: design of a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 2, 1-10. doi: 10.3402/ejpt.v2i0.8294
- Olf, M. (2002). *De PTSS en onbegrepen lichamelijke klachten*, 1-18.
- Onderwater, K., Padt, I. van der, Romme, M., Venneman, B., & Verberk, F. (2002). Dossier Sociale Psychiatrie: Strategie nota sociale psychiatrie. *NVSPV kennisite*, maart.
- Sack, M., Lahmann, C., Jaeger, B., & Henningsen, P. (2007). Trauma prevalence and somatoform symptoms: are there specific somatoform symptoms related to traumatic experiences? *The Journal of nervous and mental disease*, 195(11), 928-33. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181594846
- Spinazzola, J., Rhodes, A. M., Emerson, D., Earle, E., & Monroe, K. (2011). Application of yoga in residential treatment of traumatized youth. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(6), 431-44. doi: 10.1177/10783903111418359
- Liempt, S. van, Vermetten, E., de Groen, J. h. m., & Westenberg, h. g. m. (1994). Slaapafwijkingen bij posttraumatische stressstoornis. *Harvard review of psychiatry*, 49, 629-638. Retrieved from <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10673229409017088>
- Vancampfort, D., Probst, M., & Knapen, J. (2011). Lichaamsgerichte werkvormen binnen de psychomotorische therapie voor mensen met schizofrenie: een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor*, 53, 531-541. Retrieved from <http://www.mendeley.com/research/lichaamsgerichte-werkvormen-binnen-psychomotorische-therapie-voor-mensen-met-schizofrenie-een-literatuuronderzoek/>
- Zwart, M. (2001). Impulscontrole in Psychomotorische Therapie met getraumatiseerde vluchtelingen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, maart 2001. [56 . 218 - 230]

### Literatuurlijst boeken

- Emerson, D., Hopper E. (2011). *Overcoming Trauma through Yoga*. North Atlantic Books: Berkeley.
- Jong de, J. (2011). *Handboek academisch schrijven*. Coutino: Bussum.
- Padt van der, I & Venneman, B. (2010). *Sociale psychiatrie*. Boom Lemma: Den Haag.

### **Richtlijnen en Internet**

- Conceptrichtlijnherzieningen van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen bij volwassenen (eerste revisie). (2009).
- Dynamisch Stress-Kwetsbaarheidsmodel via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/wat-zijn-de-determinanten-van-psychische-on-gezondheid/>
- Ggzrichtlijnen (2011), geraadpleegd op 21 april 2012 via [http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn\\_id=35](http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=35)
- Padt, Ruhe, Cremers, & Derks. (n.d.). E-130-Eindopdracht-handleiding-SP-10.
- Project Air via [www.project-air.org](http://www.project-air.org)
- The Trauma Center, Brookline, MA via [http://www.traumacenter.org/clients/yoga\\_svcs.php](http://www.traumacenter.org/clients/yoga_svcs.php)