

Vragen en antwoorden webinar zorgstandaard Psychotrauma

Deelnemers hebben tijdens het [webinar over de zorgstandaard Psychotrauma](#) op 6 april jl. vragen gesteld aan ervaringsdeskundige Monique Timmermans en klinisch psycholoog Sjef Berendsen. De vragen die niet zijn behandeld in het webinar worden hieronder alsnog beantwoord door Monique (vraag voor ervaringsdeskundige) en Sjef.

Behandelingen

Vraag: Jullie noemen herhaaldelijk dat de traumabehandeling gemiddeld 8 tot 16 sessies beslaat. Betreft dit enkelvoudig of meervoudig trauma? En geldt dit voor zowel PTSS als DESNOS, ofwel C-PTSS?

“In de zorgstandaard staat dat ook bij complexe PTSS snel gestart kan worden met traumagerichte therapieën. Recent onderzoek van Chris Hoeboer en collega’s (“Does complex PTSD predict or moderate treatment outcomes of three variants of exposure therapy”, maart 2021) laat onder andere zien dat 14 tot 16 sessies van drie verschillende varianten exposure therapie bij cliënten met complexe PTSS naar aanleiding van vroegkinderlijke misbruik en ‘gewone’ PTSS eenzelfde klachtendaling laat zien.”

Innovatieve en complementaire behandelingen

Vraag: Sinds 2003 houden we ons bezig met traumabehandelingen naar aanleiding van de cafébrand in Volendam. Sindsdien zetten we natuur en dieren in bij de behandelingen, tot tevredenheid van onze cliënten. Vervolgens plaatste men ons op de rode lijst. Gelukkig is er sinds het boek Traumasporen een andere wind gaan waaien! Hoe wordt er gedacht over dit onderwerp?

“In het [stroomschema](#) van de zorgstandaard staat in stap 5 onder “innovatieve en experimentele behandelingen” dat wanneer de behandeling volgens de geldende richtlijnen onvoldoende leidt tot verbetering van de klachten, de behandelaar open moet staan voor andere behandelwijzen. Ook al zijn die niet of slechts beperkt wetenschappelijk op effect onderzocht. Zoals bijvoorbeeld yoga, meditatie, dialectische gedragstherapie, sensorimotor psychotherapie, dierondersteunde therapie of een hulphond. Verder heeft wetenschappelijk onderzoek aangetoond dat contact met de natuur angst, stress en pijn vermindert en vitaliteit bevordert, wat de effecten van traumabehandeling kan versterken.”

Vraag: Hoe denken de deskundigen over het gebruik van micro psychedelica als behandeling, met name Ayahuasca, psilocybin, LSD, MDMA en eventueel wiet?

“Momenteel worden diverse farmaca onderzocht op hun effectiviteit zoals endocannabinoiden en ketamine, maar ook glucocorticoïdereceptor-antagonisten, substance-Pantagonisten, MDMA en NPY-antagonisten. Over de genoemde psychedelica is nog geen of te weinig wetenschappelijk onderzoek bekend. In het [stroomschema](#) van de zorgstandaard staat in stap 5 onder “innovatieve en experimentele behandelingen” dat wanneer de behandeling volgens de geldende richtlijnen onvoldoende leidt tot verbetering van de klachten, de behandelaar open moet staan voor andere behandelwijzen. Ook al zijn die nog niet of slechts beperkt wetenschappelijk op effect onderzocht.”

Leefsituatie

Vraag: Een patiënt is psychotisch en heeft mogelijk onderliggende trauma's. Is het niet hebben van een woning een contra-indicatie voor traumabehandeling? Of is dit juist dan een goede reden voor klinische behandeling?

“Het niet hebben van een woning is geen contra-indicatie voor traumabehandeling. Voor een ambulante behandeling is het belangrijk dat de betrokken hulpverleners de cliënt faciliteren om de afspraken structureel na te komen. Verder is het voor een ambulante of klinische behandeling essentieel dat er bij de cliënt geen of weinig desorganisatie is, zodat een enigszins coherent gesprek met hem mogelijk is en traumabehandeling ingezet kan worden.”

Ouderen

Vraag: Als ouderenpsychiater zie ik vaak ouderen met een jeugdtrauma waar ze nog nooit over gesproken hebben of mee bezig zijn geweest. Op oudere leeftijd worden ze, vaak voor het eerst, opgenomen met een verslavingsprobleem, depressie of angst. Door verlieservaringen, beginnende cognitieve moeilijkheden of misschien de gedachte van het naderende einde komt een trauma dan voor het eerst naar boven. Hebt u specifiek advies voor de behandeling van deze ouderen?

“Bij ouderen kan traumagerichte therapie zoals EMDR gericht op de intrusieve beelden voor veel verlichting zorgen. Ook wanneer sprake is van cognitieve problemen zoals (beginnende) dementie kan een weinig verbale therapie als EMDR effectief ingezet worden.”

Medicatie

Vraag: Welke klachtenlijst nemen jullie af?

“In de zorgstandaard vind je een lijst van instrumenten om Psychotrauma- en stressorgerelateerde problemen vast te stellen. Gekozen is voor instrumenten die in het Nederlands beschikbaar zijn en waarover onderzoeksbevindingen aanwezig zijn (de meeste zijn gevalideerd of worden gevalideerd). [Hier vind je een overzicht van de instrumenten.](#)”

Suïcidaliteit

Vraag: Wat ik ingewikkeld vind is de voorwaarde dat mensen een bepaalde tijd geen suïcide poging mogen hebben gedaan om hulp voor PTSS te ontvangen, terwijl het soms juist dan zo nodig is. Hoe wordt hiernaar gekeken?

“Veel patiënten met PTSS hebben suïcidale gedachten en deze gedachten nemen af na een traumagerichte behandeling. Suïcidaliteit op zich is dus geen exclusie criterium. Wel moeten behandelaars de ernst van de suïcidaliteit inschatten en bij ernstige, acute suïcidaliteit eerst interventies uitvoeren om de suïcidaliteit te verlagen. Lees meer in [deze bijlage van de zorgstandaard.](#)”

Eerstelijnszorg

Vraag: Wat zou de eerstelijnszorg (bijv. de POH-GGZ) kunnen doen om decompensatie bij psychotrauma te kunnen voorkomen, met het oog op de lange wachttijd en overbruggingscontact?

“Wanneer hulpverleners in de eerstelijnszorg goed opgeleid zijn in één (lieft twee) van de in de zorgstandaard genoemde eerste keuze traumabehandelingen kan traumagerichte therapie, zoals EMDR gericht op de intrusieve beelden, voor veel verlichting zorgen en decompensatie voorkomen. In de GB GGZ of S GGZ kunnen dan andere beelden en symptomen van PTSS behandeld worden.”

Vraag: Hoe kan ik als huisarts de goede behandelaar vinden, in het woud van de ggz met enorme wachttijsten?

“Op de volgende websites zijn goede behandelaars te vinden:

- *Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma: www.ntvp.nl*
- *Vereniging EMDR Nederland: www.emdr.nl*
- *Vereniging voor Cognitieve en Gedragstherapieën: www.vgct.nl”*

Vraag: Is het mogelijk om traumabehandeling toe te passen in de huisartsenpraktijk? En waar ligt dan de grens tussen behandelen in de huisartsenpraktijk of doorverwijzen naar de GB GGZ of S GGZ?

“Wanneer in de huisartsenpraktijk de desbetreffende hulpverlener goed opgeleid is in één (lieft twee) van de in de zorgstandaard genoemde eerste keuze traumabehandelingen, kan traumabehandeling plaatsvinden. Met name bij PTSS naar aanleiding van enkelvoudig trauma. Wanneer behandeling in de eerste maanden na de traumatische gebeurtenis plaatsvindt kan dit afdoende zijn. PTSS naar aanleiding van meervoudig trauma of PTSS waarbij sprake is van (ernstige) comorbiditeit wordt met name in de GB GGZ of S GGZ behandeld.”

Medicatie

Vraag: In de zorgstandaard staat een beperkt stukje over medicatie dat vooral gaat over SSRI's/SNRI's als eerste keus. Andere middelen zoals doxazosine zouden ook redelijk bewezen zijn. Hoe komt het dat dit en andere opties niet zijn opgenomen in de zorgstandaard? Zijn deze middelen dusdanig weinig bewezen effectief dat het niet het vermelden waard is?

“Andere medicatie zoals bijvoorbeeld doxazosine is vaak ‘off label medicatie’. Dat betekent dat het medicatie is die niet voor dat doeleinde ontwikkeld is, maar als bijwerking heeft dat het bijvoorbeeld goed werkt tegen nachtmerries. Waarschijnlijk zijn om deze reden middelen als doxazosine nog beperkt wetenschappelijk bij PTSS onderzocht. Daarnaast gaat het bij PTSS om herbelevingen waarbij de nachtmerries een specifieke uiting zijn en zich onderscheiden van andere nachtmerries.”

Comorbiditeit

Vraag: Er wordt gezegd: als er psychose is dan toch PTSS behandelen. Maar wat doe je met de psychotische verschijnselen bij iemand die bijvoorbeeld stemmen hoort die nare of bedreigende opdrachten geven, of iemand die steeds meer suïcidaal wordt?

“Belangrijk is om met de cliënt vast te stellen of psychotische verschijnselen zoals stemmen die nare of bedreigende opdrachten geven, trauma gerelateerd zijn. Zo ja, dan kan traumagerichte therapie als effect hebben dat die stemmen minder worden of verdwijnen. Als iemand steeds meer suïcidaal wordt, is de vraag wat diegene daarmee wil bereiken? Dit kan bijvoorbeeld gericht zijn op een einde maken aan malende gedachten of toenemende indringende beelden. Door de behandeling vervolgens te richten op de malende gedachten of de toenemende indringende beelden, zal de suïcidaliteit gaan afnemen.”

Vraag: Bij de mensen met Complexe PTSS, zeker als het vroegkinderlijk is, weten we dat er vaak sprake is van DIS, waardoor ontregeling op de loer ligt als je 'zomaar gaat behandelen'. Hoe voorkom je dit?

“In de zorgstandaard staat dat circa 10 – 30 % van mensen met PTSS last heeft van dissociatieve klachten. Op basis van divers onderzoek is echter gebleken dat de meeste eerste keus traumagerichte behandelingen die in de zorgstandaard genoemd staan, even effectief zijn voor patiënten met als zonder het dissociatieve subtype, zonder een eerste fase van emotieregulatie. Bovendien blijkt dat dissociatieve verschijnselen afnemen tijdens een op traumaverwerking gerichte interventie, zonder expliciete aandacht daarvoor. Ook werden geen hogere drop-out of andere nadelige effecten (zoals ontregeling) gevonden bij mensen met veel dissociatieve klachten. Voor informatie over zorg en behandeling van dissociatieve stoornissen ga je naar de [zorgstandaard Dissociatieve stoornissen](#).”

Ervaringsdeskundige

Vraag: Hoe zou jij als ervaringsdeskundige andere mensen helpen die een ontwrichtende ervaring meemaken en een psychische kwetsbaarheid hebben? Wat zou je willen dat iemand doet? En wat vooral niet?

“Ik heb weinig ervaring met het helpen van mensen met psychische kwetsbaarheid en richt me voornamelijk op het gesprek met beleidsmakers en hulpverleners om verandering in de zorg te brengen. Desalniettemin heb ik wel nagedacht over jouw vraag.

Als ervaringsdeskundige wil ik bieden wat ik mis bij hulpverleners. Dat begint met tijd. Ik zou de patiënt het gevoel willen geven dat ik er ben zonder tijdschema dat leidend is voor de duur en het moment van het gesprek. Het tweede dat ik zou willen doen is heel goed luisteren. Wat geeft de patiënt aan als probleem zonder dat ik daar allerlei oordelen in de vorm van hokjes en diagnoses op plak.

In het allereerste stadium hebben mensen vooral behoefte aan structuur, positiviteit en erkenning. Een primitieve dagplanning opschrijven waar ik me aan kon houden vond ik aanvankelijk prettig. Maar ik ging ook samen met mijn PIT-hulp een kerstboom opzetten. Daar had ik totaal geen behoefte aan. Maar toch, toen hij stond kreeg ik blije reacties van mijn kinderen en ervaarde ik een soort van succes. In die aanvangsfase was dat al uniek. Ik vond het fijn dat mijn PIT-hulp eerlijk zei wat opname betekende voor mij en mijn gezin. Hij praatte met mij over koetjes en kalmpjes. Was ontzettend opgewekt en had het nooit over mijn trauma. Mensen denken “Praten lucht op”, maar dat is alleen als er ook oplossingen door het praten over de problemen komen. Anders is praten hetzelfde als herbeleven.*

Als iemand uit de aanvangscrisis is dan vind ik dat je die persoon niet te beschermend moet behandelen. Daag de persoon uit om wat te doen. Ik ging werken bij Rabobank en ik durfde niet van de parkeerplaats naar het gebouw. Mijn IPS'er heeft mee 'proef-gewandeld'. De eerste drie*

ochtenden liep ze mee naar de bank. Daarna belde ze me nog een aantal ochtenden terwijl ik alleen liep. Toen deed ik het alleen. Uiteindelijk heb ik jarenlang vrijwilligerswerk volgehouden doordat ze mij door die eerste weken heen hielp. Zoiets intensiefs kan niet door een psycholoog, maar wel door een ervaringsdeskundige. Ik denk dus dat jouw toegevoegde waarde ligt in de tijd nemen, het gezonde in de mens zien, luisteren naar zijn behoeftes en van daaruit in kansen denken. Iedere mens heeft ergens een drive en een kracht. Als jij die weet te vinden en aan weet te wakkeren dan doe je goed werk.

*

PIT = Psychiatrische Intensieve Thuishulp.

IPS = Individuele Plaatsing en Steun: een methode om mensen met een ernstige psychische aandoening te helpen bij het verkrijgen en behouden van betaald werk.