

## *Over de Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling bij vroeggetraumatiseerde volwassenen; een nieuw behandelerspectief*

Drs. G.M. (Martijne) Rensen is sociaal wetenschapper, directeur Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke Traumatisering



(CELEVT) en oprichter en directeur van STRAKX Traumacentra (i.o.). Zij is ontwikkelaar van de Multidisciplinaire Integrale

Traumabehandeling (MIT).

*Vanwege de veelal samenhangende psychische, fysieke en maatschappelijke problematiek is bij vroeg getraumatiseerde volwassenen is een fasegerichte Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling (MIT) noodzakelijk.*

Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (VCT) is de meest basale en langdurige determinant voor gezondheid en welbevinden. Volgens grootschalige overzichtsstudies ( o.a. Trimbos Instituut) heeft in Nederland circa 50-70% van de mensen met psychische stoornissen een voorgeschiedenis van chronische traumatisering in de kinderjaren (Verdurmen et al., 2007). Onder VCT wordt verstaan: de schadelijke psychische, biologische en sociale gevolgen van (een combinatie van) stressvolle en potentieel traumatische gebeurtenissen tijdens de kinderjaren. Deze gebeurtenissen zijn aanhoudend, langdurig, binnen de interpersoonlijke context en met verstoring van de ontwikkelingsfasen, zoals:  
Aanhoudende en langdurige mishandeling (emotioneel, fysiek, seksueel);  
Aanhoudende en langdurige verwaarlozing (psychisch, pedagogisch, fysiek);  
Het getuige zijn van aanhoudend en langdurig geweld in het gezin;

Het verkeren in oorlogsomstandigheden en/ of hebben moeten vluchten;  
Het langdurig moeten ondergaan van pijnlijke medische handelingen;  
Het meemaken van meerdere traumatische verliezen binnen het gezin.

Trauma wordt in dit verband gezien als een subjectieve respons van een individu op een gebeurtenis, niet de kwaliteit van de gebeurtenis (Rensen, 2017).

### **Gedesorganiseerde hechting**

Er is een sterke relatie tussen vroege traumatisering met gedesorganiseerde gehechtheid en psychiatrische problemen in de volwassenheid. Daarbij is vooral het niet verwerkt zijn van de vroege traumatische ervaringen belangrijk. In gehechtheidsonderzoek wordt dit *onverwerktheid* genoemd. Dat houdt in de (on)mogelijkheid de traumatische ervaringen te verwerken en gepreoccupeerd zijn met en het overweldigd zijn door trauma en verlies. Dit uit zich in tekortkomingen in het denken over de traumatische ervaringen, het spreken over deze ervaringen en extreme gedragsreacties rond de traumatische ervaringen (Nicolai, 2001). De duidelijkste correlaties liggen tussen desorganisatie van gehechtheid in de babytijd, latere vroegkinderlijke trauma's en complexe posttraumatische stressstoornis (cptss), dissociatieve stoornissen en de borderline persoonlijkheidsstoornis.

### **Psychische, fysieke en sociale gevolgen**

De vroege traumatisering staat in lineaire relatie tot een complexiteit van vaak samenhangende psychische stoornissen, variërend van problemen met hechting,

complexe posttraumatische stressstoornis (cptss), dissociatieve stoornissen, angststoornissen, alcohol- en drugsverslaving tot depressie, eetstoornissen, somatisatiestoornissen, schizofrenie/ psychotische episoden en persoonlijkheidsstoornissen, zelfbeschadiging en suïcidaliteit. En er is een aantoonbaar verband met somatische problemen, waaronder cardiovasculaire problemen, diabetes mellitus, longziekten, gynaecologische problemen, bewegingsstoornissen en neurofysiologische aandoeningen. Veel in de kinderjaren chronische getraumatiseerde mensen hebben maatschappelijke en sociale problemen, zoals een achterstand in opleiding en carrière, arbeidsuitval door ziekte en werkloosheid, sociaal isolement, dakloosheid, criminaliteit en herhaald (huiselijk) geweld (Dube, Felitti, Dong, Giles, & Anda, 2003; Edwards, Holden, Felitti, & Anda, 2003; Felitti & Anda, 2010; Speetjens, Thielen, Ten, & Smit, 2016).

### **Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling (MIT)**

Bij de MIT gaat het om het geheel van reacties, klachten en symptomen waarbij zowel de aanhoudende traumatisering als de meervoudige psychische, somatische en sociaal-maatschappelijke gevolgen een rol spelen. MIT sluit aan bij een wereldwijde ontwikkeling waarbij reguliere en complementaire behandelingen, waarvan wetenschappelijk onderzoek de effectiviteit en veiligheid heeft aangetoond, gecombineerd worden (Hoenders et al., 2010). De reacties op ernstige en aanhoudende traumatisering in de kinderjaren worden gezien als gezonde reacties op abnormale gebeurtenissen in vaak levensbedreigende situaties waarvan herstel mogelijk is als mensen de pijnlijke confrontaties ook aangaan en deze worden geïntegreerd in iemands levensverhaal. Dit

vereist moed en kracht en een intensief behandeltraject, maar het langdurig tegenhouden -of niet behandelen- lijdt tot blijvende psychische klachten.

### **Trauma-focused**

Bij vroeg getraumatiseerde volwassenen wordt er nogal eens van uitgegaan dat traumabehandeling gecontra-indiceerd zou zijn en wordt hiervan afgezien. Als argument wordt vaak gebruikt dat de problematiek vanwege de hoge comorbiditeit of de complexiteit van de traumatisering hiervoor te zwaar is. Zo wordt hierbij vaak aangevoerd dat cliënten traumabehandeling niet aan zouden kunnen vanwege het gevaar van decompensatie. Te vaak wordt ook gedacht dat vroeg-getraumatiseerde volwassenen traumabehandeling niet zouden wensen en dat beter 'vooruitgekeken kan worden dan omgezien'. Uit onderzoek blijkt echter dat traumabehandeling bij deze cliënten zeer effectief is en dus vaker zou moeten worden toegepast dan nu het geval is (van Minnen, Zoellner, Harned, & Mills, 2015).

### **Fasegerichte traumabehandeling**

De fasegerichte behandeling is een meeromvattende traumabehandeling die internationaal als eerste keuze wordt aangemerkt. Door de behandeling op te delen in verschillende fasen wordt het traject enerzijds overzichtelijk gehouden, anderzijds wordt de cliënt (geleidelijk) begeleid in het benoemen en vervolgens in het aangaan van de confrontatie met en integratie van de traumatische herinneringen.

#### *Fase 1: Stabilisatie en symptoomreductie*

De eerste behandel fase omvat meestal twee complementaire benaderingen. Een benadering die in het teken staat van het overwinnen van de angst voor het aangaan van een samenwerkings- en vertrouwensrelatie met de therapeut. En

een op de klachten en symptomen gerichte benadering waarin het leren omgaan met symptomen en het hanteren hiervan in het dagelijks leven, verbetering van de emotieregulatie en het voorbereiden op traumabehandeling centraal staat.

#### *Fase 2: Traumabehandeling*

De traumatische herinneringen zijn geen gewone, narratieve herinneringen, maar onwillekeurige, pijnlijke en sterk emotionele en lichamelijke ervaringen, die herbelevingen zijn van vroege traumatische ervaringen zijn. In de tweede behandelingsfase worden deze traumatische herinneringen met behulp van traumaverwerkingsmethodes getransformeerd tot gewone narratieve herinneringen.

#### *Fase 3: Re-integratie en rehabilitatie*

Een van de opgaven in de laatste behandelingsfase is dat de cliënt niet langer overleeft, maar leert te leven terwijl hij of zij zich de herinneringen aan traumatiserende gebeurtenissen steeds meer eigen maakt en een nieuw levensperspectief ontwikkelt. Omdat traumatische ervaringen de persoonlijke ontwikkeling in een aantal opzichten in de weg hebben gestaan, zal er ook sprake zijn van rouw om wat gemist is en het ontdekken van nieuwe mogelijkheden en capaciteiten.

De behandelingsfasen zijn niet lineair, maar worden vaak afgewisseld. Het idee achter de fase-gerichte behandeling is dat de cliënt aanvankelijk onvoldoende stabiel is om de directe confrontatie met de traumatische herinneringen aan te kunnen. Het is dan allereerst van belang om vast te stellen *wat* iemand instabiel maakt en welke specifieke interventies die instabiliteit kunnen verminderen. In sommige gevallen komt de instabiliteit door 'spontane' triggers en bijbehorende

herbelevingen, dan kan de behandelaar in de stabilisatiefase sneller traumaverwerkingsmethoden (fase-2 werk) inzetten om te stabiliseren. In fase van traumabehandeling zullen ook stabilisatie-interventies worden toegepast – dan kan zelfs tegelijk en opvolgend in één sessie (Draijer et al., 2012; Steele, Boon, & van der Hart, 2016; Stöfsl & Mooren, 2010; Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006).

#### **Integratie van verschillende theoretische oriëntaties**

De *standard of care* is individuele psychodynamisch georiënteerde psychotherapie met aandacht voor afweermechanismen en overdrachtsfenomenen en andere aspecten in relatie tot de hechtingsproblematiek. Cognitief gedragstherapeutische technieken worden eclectisch geïntegreerd voor de behandeling van disfunctionele trauma-gebaseerde aannames of bij het leren omgaan met emoties, stressvolle ervaringen of triggers. Soms aangevuld met (tijdelijke) medicatie.

Er kan gekozen worden uit een verscheidenheid aan therapeutische interventies zoals emdr, exposure en geleide realisatie & synthese, met bijvoorbeeld psychoeducatie, lichaamsgerichte- en vaktherapie, systeemtherapie, hartcoherentie training, MBT, ACT. Somatische screening en waar aangewezen is behandeling door een (huis)arts nodig. Daarnaast vaak ook haptotherapie, fysiotherapie en complementaire behandelingen zoals verschillende vormen van natuurgeneeswijzen, ontspanningsoefeningen en traumasensitief yoga. De complementaire behandeling komt niet in plaats van de reguliere fasegerichte behandeling, maar er kan voor een combinatie gekozen worden (Hoenders et al., 2010). Ondersteunende zorg is vaak

nodig in de vorm van schuldhulpverlening, maatschappelijk werk, ervaringsdeskundigheid. Om deze zorg te kunnen bieden wordt vanuit de gespecialiseerde GGZ intensief samengewerkt met zorgverleners in de regio, huisartsen (poh-ggz), maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten, haptotherapeuten en andere professionals in de eerst en tweede lijn. Bij STRAKX Traumacentra wordt op landelijk niveau ook samengewerkt met onder andere lotgenotengroepen, Slachtofferhulp Nederland, een stichting voor Hulphond, de advocatuur. De behandel- en kosteneffectiviteit wordt structureel gemeten door evaluatiediagnostiek en effectmeting (Treatment Monitor).

De behandelduur is naar de huidige inzichten gemiddeld 1 tot 4 jaar bij cptss en minder complexe traumatisering. Bij hoge co-morbiditeit en een complexere vroege traumageschiedenis kan de behandeling langere tijd in beslag nemen. Bij complexe dissociatieve stoornissen waaronder de dissociatieve identiteitsstoornis is dat vrijwel altijd het geval. Net als bij andere EPA-problematiek (Ernstige Psychiatrische Aandoeningen) kan er sprake zijn van chroniciteit en is langere begeleiding gedurende het leven nodig (Rensen, 2017). Het gevaar bestaat echter dat de bestempeling van chroniciteit een alibi vormt om bij gecompliceerde problematiek een veeleisende behandeling te vermijden en in plaats daarvan de cliënt aan zijn of haar lot over te laten

Longitudinaal onderzoek van Amerikaanse collega's over de effectiviteit van de fasegerichte behandeling stemt optimistisch. Een baseline steekproef onder 292 klinici en 280 vroeg getraumatiseerde cliënten (VCT) met complexe traumagerelateerde stoornissen wees uit dat de psychische problemen fors afnamen na de

eerste behandelfase en sterker afnamen naarmate cliënten de daaropvolgende behandelfasen doorliepen. De zorgkosten namen vergelijkbaar af en de kwaliteit van leven steeg navent de behandelfasen werden doorlopen (Myrick, Webermann, Langeland, Putnam, & Brand, 2017).

### Literatuurlijst

- Draijer, P., Langeland, W., Boon, S., Vermetten, E., Kleber, R., & van der Hart, O. (2012). (De behandeling van) complexe traumagerelateerde stoornissen na vroegkinderlijke traumatisering. C-PTSS, borderline persoonlijkheidsstoornissen en dissociatieve stoornissen. *Handboek posttraumatische stressstoornissen*, 619-638.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive medicine*, 37(3), 268-277.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460.
- Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: Implications for healthcare. *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*, 77-87.
- Hoenders, H. J. R., Appelo, M. T., Van den Brink, H., Hartogs, B. M. A., Berger, C. J. J., & Tasma, H. H.

- (2010). Protocol voor complementaire en alternatieve geneeswijzen; naar een verantwoorde toepassing binnen de GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 343-348.
- Myrick, A. C., Webermann, A. R., Langeland, W., Putnam, F. W., & Brand, B. L. (2017). Treatment of dissociative disorders and reported changes in inpatient and outpatient cost estimates. *European journal of psychotraumatology*, 8(1), 1375829.
- Nicolai, N. (2001). Hechting en psychopathologie: een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43(5), 333-342.
- Rensen, G. (2017). Outline Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling [MIT] voor volwassenen met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering bij (Complexe) Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) en Dissociatieve Stoornissen.
- Speetjens, P., Thielen, F., Ten, M. H., & Smit, F. (2016). Kindermishandeling, de economische gevolgen op de lange termijn. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(10), 706-711.
- Steele, K., Boon, S., & van der Hart, O. (2016). *Treating Trauma-Related Dissociation: A Practical, Integrative Approach (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*: WW Norton & Company.
- Stöfösel, M., & Mooren, T. (2010). Complex trauma *Complex trauma*: Springer.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*: WW Norton & Company.
- van Minnen, A., Zoellner, L. A., Harned, M. S., & Mills, K. (2015). Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD: a literature review. *Current psychiatry reports*, 17(3), 17.
- Verdurmen, J., Ten Have, M., De Graaf, R., Van Dorsselaer, S., van't Land, H., & Vollebergh, W. (2007). Psychische gevolgen van kindermishandeling op volwassen leeftijd. *Resultaten van de 'Netherlands mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS)*. Utrecht: Trimbos-instituut.