



Sophie van Leeuwen



Wervelwind

Dit jaar voelden 4 en 5 mei anders aan. Al 75 jaar lang riepen we in Nederland 'dit nooit weer'. En nu was er ineens tóch weer oorlog in Europa. Het besef daalde weer in dat vrijheid geen gegeven is. Ook bij bestuursleden, medewerkers en commissieleden van de NtVP veroorzaakte de oorlog een wervelwind aan gevoelens en gedachten. Allereerst medeleven en de wens om Oekraïners bij te staan, omdat wij ons als hulpverleners en onderzoekers in het psychotraumaveld maar al te goed beseffen dat een oorlog diepe sporen nalaat, die generaties lang kunnen blijven doorwerken. Daarbij ook voorzichtigheid, door het besef dat effectieve psychische hulpverlening in crisissituaties niet gelijk is aan psychische hulpverlening aan mensen in veilige omgevingen. Frustratie, omdat het ineens leek alsof er een onderscheid werd gemaakt tussen Europese en niet-Europese oorlogsslachtoffers en vluchtelingen. Maar ook hoop, omdat alle initiatieven die ontstonden hartverwarmend waren.

De NtVP voelde zich, net als collega-beroepsverenigingen, verantwoordelijk om een rol te spelen in de kennisdeling. Zo ontstond het initiatief om samen met de VEN, VST, NVGzP, VGCT en het NIP een benefietwebinar te organiseren over eerste psychologische hulp aan oorlogsgeïmponeerden. Ook verzamelden en bundelden we alle relevante bronnen en creëerden we op onze website een informatiepagina over psychologische eerste hulp.

Het was snel schakelen in deze wervelwind. Tegelijkertijd gingen ook onze andere werkzaamheden door. We dachten samen na over het thema van dit nummer: 'reguliere

zorg'. Wat is dat? Kun je dit wel loskoppelen van 'psychische zorg'? Posttraumatische stress gaat vaak gepaard met lichamelijke symptomen en medische aandoeningen kunnen invloed hebben op iemands mentale gesteldheid. Psychotrauma kan onder andere leiden tot eetproblemen, slaapproblemen, verslavingen of gedragsveranderingen, welke op hun beurt weer invloed kunnen hebben op lichamelijke gezondheid. Samenwerking tussen de medische zorg en geestelijke gezondheidszorg is daarom essentieel. In dit katern besteden we aandacht aan twee onderwerpen die zich op het snijvlak van de psychotraumazorg en medische zorg bevinden. Janne Punski-Hoogervorst schrijft over trauma en delier, één van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen in de ziekenhuiszorg. In de supervisie-rubriek beantwoorden Rianne de Kleine en Chris Hoeboer de vraag van Nomi Bodor over het behandelen van cliënten met PTSS en comorbide verslavingsproblematiek.

De wervelwind gaat door. We weten niet welke potentieel traumatische ervaringen het leven nog voor ons in petto heeft. Wel weten we dat de NtVP zich blijft inzetten voor kennisdeling, deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbewaking. Daarbij staat samenwerking en verbinding voorop. Daarom nodigen we u van harte uit voor ons NtVP jaarcongres op 30 september, met als thema 'Psychotrauma door systemen heen.' Meer informatie vindt u op:

www.ntvpcongres.nl

Sophie van Leeuwen - Psycholoog en communicatiemedewerker NtVP



HET DELIER EN PTSS

Overlap in oorzaken of een direct verband?

Door Janne Punski-Hoogervorst

Het delier is een acuut psychiatrisch toestandsbeeld, dat wordt gekenmerkt door plotselinge verwardheid met cognitieve disfuncties, zoals concentratieproblemen, desoriëntatie en een wisselend bewustzijn. De stoornis is direct gekoppeld aan lichamelijke ziekte, en is één van de meest voorkomende psychische stoornissen binnen de reguliere zorg.

Naar schatting heeft 14 tot 24% van de patiënten tijdens een ziekenhuisopname last van een delier; de cijfers voor patiënten met een IC-opname zijn zelfs 70 tot 87%¹. Ondanks veelvuldig voorkomen van het delier, is het ziektebeeld helaas nog altijd ondergediagnosticeerd en daarmee veelal onderbehandeld.

Een deel van de patiënten met een delier ervaart naast de cognitieve problemen ook hallucinaties en wanen. Tijdens mijn maanden op de psychiatrisch consultatieve dienst van een algemeen ziekenhuis, werden deze dagelijks door patiënten in alle geuren en kleuren beschreven. De één vertelde 's nachts door een orkest te zijn bezocht, terwijl een ander vrachtwagens voorbij zag komen langs het raam op de negende verdieping. Weer een ander probeerde herhaaldelijk de konijntjes op een camera vast te leggen, zodat ik deze ook zou kunnen zien. Toch waren er ook patiënten die

minder vriendelijke hallucinaties of wanen beschreven. Ik herinner me nog goed de patiënt die, toen ik binnenkwam voor het consult, balancerend op een stoel op het bed stond om camera's uit het plafond te verwijderen. Een andere patiënt beschreef dat zich 's nachts hele scènes uit de Tweede Wereldoorlog hadden afgespeeld: de afgehakte hoofden zouden nu nog op het randje van het bed staan.

Dat het meemaken van heftige gebeurtenissen een impact heeft op de (latere) psychische gezondheid, is alom bekend. Toch wordt binnen de traditionele definitie van psychotrauma vooral gerelateerd aan het meemaken van 'real-life' gebeurtenissen, zoals het ervaren van een levensbedreigende situatie. Hieronder zouden ook ernstige medische trauma's kunnen worden geassocieerd, zeker wanneer deze gaan om situaties waarin een patiënt balanceert op de rand tussen leven en dood. Toch is er ook toenemend aandacht voor de

impact van gebeurtenissen die voor een patiënt als levens-echt overkomen, maar zich niet daadwerkelijk in de echte wereld hebben afgespeeld. Een deel van deze aandacht richt zich op de impact van hallucinaties en wanen tijdens een delirante episode, en de relatie tot het later ontstaan van een posttraumatische stressstoornis (PTSS).

Verschuillende onderzoeken suggereren dat het delier een belangrijke risicofactor is voor het ontstaan van PTSS en traumagerelateerde symptomen na ziekenhuisopname. Een deel van deze studies heeft gerapporteerd dat de herbelevingen – typerend voor PTSS – inhoudelijk gerelateerd zouden zijn aan de psychotische ervaringen en waanideeën die tijdens de opname in het kader van een delier optraden. Zeker wanneer ervaringen en ideeën een groot deel van de gaten in het geheugen van een patiënt - een veelvoorkomende consequentie van het delier – inkleuren, lijkt het delier sterk samen te hangen met de inhoud van PTSS¹.

In een gevalstudie uit 2007 beschrijven Dr. DiMartini en haar collega's vier van hun transplantatiepatiënten, die tijdens hun opname in het kader van een delirant toestand beeld levensbedreigende hallucinaties en wanen ervaren². Deze psychotische ervaringen kleurden voor alle vier de patiënten de inhoud van hun latere posttraumatische herbelevingen. Een studie uit 2015 van Dr. Wade en haar collega's schetst een vergelijkbaar beeld. Zij vonden tijdens diepte-interviews met zeventien intensive care patiënten dat zij meer traumatische herbelevingen overhielden aan de hallucinaties en wanen (in het kader van een delier), dan aan de IC-opname zelf; hoewel medische trauma's en daaraan gerelateerde klachten ook werden beschreven. Veelal gaven patiënten aan niet zeker te zijn welke gebeurtenissen zich daadwerkelijk hadden afgespeeld. Delirante belevingen van mishandeling, orgaanverhandeling, en vergiftiging werden als zeer beangstigend ervaren en werden – volgens de onderzoekers – veelal beschreven als scenario's die rechtstreeks uit een horrorfilm leken te komen³.

Ondanks dergelijke onderzoeken die PTSS direct koppelen aan het delier, schetst de bredere literatuur nog altijd een complex beeld van de relatie tussen het delier en latere posttraumatische klachten. Hoe deze relatie ook in elkaar zit, het lijkt belangrijk om zowel de medische trauma's tijdens een ziekenhuisopname als de soms angstaanjagende belevingen in het kader van een delier te beperken; door adequate behandeling tijdens de opname en een traumasensitieve begeleiding tijdens het herstelproces achteraf.

REFERENTIES

1. Bolton, C., Thilges, S., Lane, C., Lowe, J., & Mumby, P. (2021). Post-traumatic Stress Disorder Following Acute Delirium. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(1), 31–39. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09689-1>
2. DiMartini, A. F., Dew, M. A., Kormos, R., McCurry, K., & Fontes, P. (2007). Posttraumatic Stress Disorder Caused by Hallucinations and Delusions Experienced in Delirium. *Psychosomatics*, 48(5), 436–439. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.5.436>
3. Wade, D. M., Brewin, C. R., Howell, D. C. J., White, E., Mythen, M. G., & Weinman, J. A. (2015). Intrusive memories of hallucinations and delusions in traumatized intensive care patients: An interview study. *British Journal of Health Psychology*, 20(3), 613–631. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12109>

AUTEUR

Janne Punski-Hoogervorst is basisarts met ervaring in de acute psychiatrie en verslavingsgeneeskunde. Zij is momenteel als arts-onderzoeker en promovenda verbonden aan de Universiteit Haifa, Israël.



Over NtVP

De Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP) is een onafhankelijke vereniging, die streeft naar continue kwaliteitsverbetering op het gebied van psychotraumatologie voor diegenen die zich professioneel of binnen een professionele organisatie met psychotrauma bezighouden.

De NtVP maakt deel uit van de Europese vereniging voor Psychotrauma (ESTSS). De ESTSS heeft verbindingen met een groot aantal nationale verenigingen, waardoor een Europees breed netwerk van Psychotrauma verenigingen ontstaat.



COLOFON

Dit katern wordt verzorgd door de werkgroep Communicatie van de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma.

Redactie: Lonneke Lenferink
Contact: info@NtVP.nl
© NtVP 2022

In de Supervisierubriek beantwoorden experts uit het netwerk van NtVP uw vragen over onderwerpen uit het brede werkveld van de psychotraumazorg. Hebt u een vraag over indicatiestelling, behandeling of wetenschap over psychotrauma? Stuur deze naar info@NtVP.nl onder vermelding van Impact Supervisie.



Behandeling van PTSS en middelengebruik

De vraag

Is het nodig om volledig te stoppen met het gebruik van middelen om te kunnen profiteren van traumatherapie?

Nomi Bodor

Antwoord van de expert

Een stoornis in het gebruik van middelen is één van de meest voorkomende comorbide klachten bij mensen die lijden aan een posttraumatische stress stoornis (PTSS).¹ Mensen met PTSS gebruiken middelen vaak als zelfmedicatie tegen de PTSS-symptomen.² Het blijkt uit enkele studies dat een verbetering in PTSS-symptomen vooraf gaat aan een verbetering in middelenmisbruik, terwijl de omgekeerde relatie minder sterk lijkt te zijn.^{3,4} Dit wijst erop dat eerst volledig stoppen met middelen voor de start van traumatherapie geen logische volgorde is. Toch zijn er twee redenen die dikwijls worden aangedragen om eerst te stoppen met het gebruik van middelen: a) het idee dat middelenmisbruik verergert door traumatherapie en b) het idee dat mensen die middelen gebruiken niet profiteren van traumatherapie.

Middelengebruik

Een review in 2015 naar mogelijke contra-indicaties voor PTSS-behandeling vond geen bewijs voor de hypothese dat middelenmisbruik *verergert* door traumatherapie.⁵ Alhoewel enkele studies vonden dat alcoholmisbruik gerelateerd is aan ernstigere PTSS-klachten, vond een recente review uit 2020 geen studies die hebben gekeken naar de invloed van middelenmisbruik op de behandeluitkomsten van psychotherapie voor PTSS.⁶ Het is dus nog onduidelijk of mensen die middelen gebruiken minder profiteren van traumatherapie.

Vanuit theoretisch oogpunt zou het veel uit kunnen maken wanneer de patient een middel gebruikt. Logischerwijs is het problematisch wanneer iemand tijdens een therapie-sessie onder invloed is. Maar, ook de uren vlak na een sessie zijn belangrijk: de geheugenopslag (consolidatie) van wat iemand heeft geleerd vindt namelijk in de uren na de sessie plaats. Daarbij is het klachtcontingent gebruik van middelen problematisch. De meestgebruikte traumatherapieën hebben gemeen dat zij de patient beogen te leren dat hij of zij het aankan om de traumatische herinneringen onder ogen te komen en de emoties die daarbij komen kijken te verdragen. Als middelen gebruikt worden bij opkomende klachten, verhindert dat mogelijk deze leerervaring. Hoewel de wetenschappelijke evidentie dus beperkt is, lijkt het zeker geen kwaad te kunnen om patiënten die middelen

gebruiken te adviseren om deze middelen niet vlak voor en na behandelsessies in te nemen.

Stoornis in het gebruik van middelen

In gecontroleerde studies naar de effectiviteit van traumagerichte behandelingen was het lang de gewoonte de aanwezigheid van een (ernstige) stoornis in het gebruik van

middelen als een exclusiecriteria voor deelname op te nemen, waardoor er weinig bekend is over de effectiviteit van traumagerichte therapie bij deze groep patiënten. Er wordt in de zorgstandaard *Psychotrauma- en stressorge-relateerde stoornissen* voor deze groep een geïntegreerde behandeling aanbevolen, waarbij traumatherapie samen met behandeling voor het gebruik van middelen plaatsvindt. Dit soort gecombineerde behandelingen zijn de laatste jaren veel onderzocht en blijken effectief in het reduceren van PTSS-symptomen en het gebruik van middelen. Een voorbeeld hiervan is Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure (COPE)^{7,8}, waarbij patiënten 12 sessies krijgen waarvan 8 met imaginaire exposure en 4 gericht op omgaan met het middelengebruik. Geïntegreerde behandeling blijkt effectief in het reduceren van PTSS symptomen en het gebruik van middelen.⁸ Kortom, ook bij een stoornis in het gebruik van middelen is het niet nodig om voor de start van de traumatherapie volledig te stoppen met het middelengebruik, maar het is dan wel aangeraden om systematisch aandacht te besteden aan het middelengebruik door middel van een geïntegreerde behandeling.

REFERENTIES

1. McCauley, J. L., Killeen, T., Gros, D. F., Brady, K. T., & Back, S. E. (2012). Posttraumatic stress disorder and co-occurring substance use disorders: Advances in assessment and treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(3), 283–304. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12006>
2. Ullman, S. E., Relyea, M., Peter-Hagene, L., & Vasquez, A. L. (2013). Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual assault victims. *Addictive Behaviors*, 38(6), 2219–2223. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.01.027>
3. Back, S. E., Brady, K. T., Sonne, S. C., & Verduin, M. L. (2006). Symptom improvement in co-occurring PTSD and alcohol dependence. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(9), 690–696. <https://doi.org/doi:10.1097/01.nmd.0000235794.12794.8a>
4. Hien, D. A., Jiang, H., Campbell, A. N., Hu, M. C., Miele, G. M., Cohen, L. R., ... & Nunes, E. V. (2010). Do treatment improvements in PTSD severity affect substance use outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial in NIDA's Clinical Trials Network. *American Journal of Psychiatry*, 167(1), 95–101. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09091261>
5. 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), 1–16. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0549-1>
6. Barawi, K. S., Lewis, C., Simon, N., & Bisson, J. I. (2020). A systematic review of factors associated with outcome of psychological treatments for post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1774240. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1774240>
7. Back, S. E., Foa, E. B., Killeen, T. K., & Mills, K. L. (2014). Concurrent treatment of PTSD and substance use disorders using prolonged exposure (COPE): Therapist guide. *Treatments That Work*.
8. Ruglass, L. M., Lopez-Castro, T., Papini, S., Killeen, T., Back, S. E., & Hien, D. A. (2017). Concurrent treatment with prolonged exposure for co-occurring full or subthreshold posttraumatic stress disorder and substance use disorders: A randomized clinical trial. *Erapy and Psychosomatics*, 86(3), 150–161. <https://doi.org/10.1159/000462977>

OVER DE EXPERTS

Chris Hoeboer is recent gepromoveerd bij de Universiteit van Leiden op een onderzoek naar de behandeling van PTSS ten gevolge van vroegkinderlijk trauma. Op dit moment doet hij bij het AmsterdamUMC onderzoek naar het screenen van traumagerelateerde klachten, de prevalentie van PTSS, mentaal herstel na partnergeweld en sociale veiligheid tijdens COVID-19. Chris is bestuurslid bij de NtVP en beheert de portefeuille onderzoek.



Chris Hoeboer

Rianne de Kleine werkt als Universitair Docent aan de Universiteit Leiden. Zij doet onderzoek naar leerprocessen en behandel-effecten bij angstgerelateerde stoornissen, voornamelijk PTSS. Zij is hoofdonderzoeker van de OPEN-up studie, een gecontroleerd onderzoek naar de optimalisatie van exposure effecten bij PTSS. Naast haar werk aan de universiteit is zij werkzaam in de klinische praktijk als behandelaar en onderzoeker bij PsyQ/ParnassiaGroep en in opleiding tot GZ-psycholoog.



Rianne de Kleine