

Vraag & antwoord

De Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP) biedt in de rubriek Supervisie ruimte aan traumaprofessionals om casuïstiekvragen te stellen over diagnostiek, indicatiestelling of behandeling, en te laten beantwoorden door experts uit het brede veld van de psychotrauma.

Hebt u een vraag over psychotraumacasuïstiek? Stuur die dan naar info@NtVP.nl. Diverse experts in de psychotraumazorg beantwoorden uw vraag binnen deze rubriek of op NtVP.nl.



Moet ik een trauma behandelen als dat niet op de voorgrond staat?

Regelmatig zie ik mensen die in mijn ogen een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt, maar daar nauwelijks last van hebben gehad. Ze hebben zich er makkelijk bij neergelegd dat het is gebeurd en zijn er niet boos of verdrietig over geweest. Dit is natuurlijk prettig voor de cliënten, maar de twijfel die bij mij ontstaat is of dit wel reëel is. Zou de klap niet later alsnog komen? Moet ik er écht niks mee?

A. Meeuwisse, MSc, GZ-psycholoog in de volwassenenrevalidatie



Ingrid Wigard, klinisch psycholoog en psychotherapeut

Dit is een interessant dilemma. Soms is het bijna niet voor te stellen dat iemand geen last heeft of heeft gehad van een traumatische gebeurtenis. Er is echter een verschil tussen last hebben van iets en klachten ontwikkelen die voor behandeling in aanmerking komen.

Om antwoord te kunnen geven op de vraag of een traumatische gebeurtenis een behandelfocus moet zijn, is van belang of er in het heden nog klachten zijn die te maken hebben met wat er eerder is gebeurd. Het gaat dus om de relatie tussen de klachten van nu en het trauma van toen.

Relatie tussen schokkende ervaringen en psychische ziekten

Niet iedereen die een traumatische gebeurtenis mee-

maakt, ontwikkelt klachten die uiteindelijk leiden tot een psychische ziekte zoals PTSS of depressie. In Nederland maakt 80% van de volwassenen een traumatische ervaring mee en 10% daarvan ontwikkelt uiteindelijk een PTSS (de Vries & Olff, 2009). Het meemaken van een traumatische gebeurtenis leidt dus eerder niet dan wel tot PTSS, komt veel voor en is van alle tijden. Normale stressreacties treden vaak op in de eerste dagen en weken erna. Er kan sprake zijn van herbelevingen, prikkelbaarheid of juist een verdoofd gevoel, slaapproblemen, overmatige alertheid, sterk wisselende emoties. Het zijn normale reacties op een abnormale gebeurtenis. Wanneer de normale stresssymptomen niet overgaan, kan dit het functioneren van iemand sterk ontwrichten. Vaak hangen deze klachten samen met de kernsymptomen van PTSS. Maar ook andere problematiek, zoals een depressie, negatief zelfbeeld, emotieregulatieproblematiek, dwangklachten, eetproblematiek, somatische klachten, et cetera., kunnen een relatie hebben met een eerder doorgemaakt trauma. Het is belangrijk om het beloop van de klachten in kaart te brengen en een



Het is van belang om gevalideerde, gestructureerde, diagnostische instrumenten te gebruiken

hypothese te vormen over de relatie tussen de traumatische gebeurtenis en de klachten nu.

Goede diagnostiek

Omdat het doormaken van een traumatische gebeurtenis nogal eens wordt verward met een PTSS, is het van belang om gevalideerde, gestructureerde, diagnostische instrumenten te gebruiken (Trimbosinstituut, 2013). De Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) en de Life Event Checklist (LEC-5, onderdeel van de CAPS) zijn behulpzaam bij het in kaart brengen van PTSS-symptomen en de traumatische gebeurtenissen. Andere instrumenten voor psychopathologie zijn het Structured Clinical Interview for DSM Axis I disorders (SCID-I) of het M.I.N.I. Internationaal Neuropsychiatrisch Inter-

view (MINI-plus). Het afnemen van een gestructureerd diagnostisch interview is tegelijkertijd een belangrijke interventie. Het dwingt je om op een transparante, open maar gestructureerde wijze te spreken over de traumatische gebeurtenissen. Dit helpt patiënt en therapeut om binnen een veilig kader moeilijke onderwerpen op tafel te krijgen. Je kunt direct observeren of het inderdaad weinig emoties oproept bij de patiënt om erover te spreken. Dikwijls blijkt bij afname dat er wel degelijk PTSS-symptomen zichtbaar worden, ook al geeft iemand eerder aan er geen last meer van te hebben. Maar ook als blijkt dat er inderdaad geen sprake is van PTSS-symptomen of andere problematiek, dan is dat helder geworden door afname van het instrument. Documenteer de resultaten van het diagnostisch interview goed in het dossier, zodat een volgende hulpverlener niet opnieuw deze vraag oproept en de diagnostiek over gaat doen.

Shared decision making

Als je goed hebt uitgezocht of er inderdaad nog sprake

is van klachten in het hier en nu, is van belang de patiënt goed te informeren over de diagnostiek en de behandel mogelijkheden volgens de principes van *shared decision making*. Het gaat hierbij om een patiëntgerichte benadering, waarbij patiënten actief kunnen participeren in de besluitvorming (Westerman & Maurer, 2016). Het is dan aan de patiënt om in overeenstemming met de behandelaar tot een keuze te komen. Dus nooit zomaar beginnen, als je denkt dat het zinvol kan zijn, maar de patiënt goed informeren en tot overeenstemming komen.

Drs. Ingrid Wigard is klinisch psycholoog en psychotherapeut, P opleider Noord-Holland, supervisor VGCT, Specialismeleader Trauma en Dissociatie, Specialismeleader Psychotrauma PsyQ, promovenda aan de UVA.



Maartje Schoorl,
klinisch psycholoog

Traumatische gebeurtenissen leiden in de meeste gevallen niet tot psychische klachten. Slechts in een kleine groep komt PTSS voor. Uit epidemiologisch onderzoek weten we dat de kans op PTSS na traumatische blootstelling in Nederland gemiddeld 14% is, maar andere

vormen van posttrauma-psycho-pathologie, zoals een depressie of een angststoornis, zijn even veelvoorkomend en vaak comorbide (de Vries & Olff, 2009; Santiago et al., 2013). Dat betekent nog steeds dat mensen over het algemeen veerkrachtig zijn. Gelukkig maar, want bijna iedereen maakt in zijn of haar leven een traumatische gebeurtenis mee.

Wel goed dat je alert bent op mogelijke psychische gevolgen van traumatische gebeurtenissen. Het komt in de GGZ regelmatig voor dat er te weinig oog is voor de gevolgen van bijvoorbeeld vroegkinderlijk trauma, wat tot onderbehandeling kan leiden (D'Andrea et al., 2012). Ook kan disfunctionele betekenisgeving van een traumatische gebeurtenis bijvoorbeeld onderliggend een depressie in stand houden (Young & Klosko, 2005).

Helaas is er ook een keerzijde van (te) veel aandacht voor traumatische gebeurtenissen. Als een patiënt zelf geen klachten aangeeft, kan de suggestie van de professional dat er mogelijk wel reden is tot zorg, ongerust maken (nocebo-effect; Reinders, Arts & Ras, 2011). Voorop staat dat in de diagnostische fase nauwkeurig moet worden

Helaas is er ook een keerzijde van (te) veel aandacht voor traumatische gebeurtenissen

onderzocht wat de impact is van de traumatische ervaringen en de relatie met de huidige klacht. Zoals eerder beschreven gelden de CAPS, SCID-I en MINI daarvoor als geprefereerde instrumenten. Tenzij hieruit blijkt dat de traumageschiedenis in verband staat met de huidige klacht, zou ik dan ook adviseren geen extra aandacht te besteden aan de traumatische gebeurtenissen en de patiënt te volgen in zijn/haar normale verwerking.

Dr. Maartje Schoorl is klinisch psycholoog, behandelaar en onderzoekscoördinator afdeling Psychotrauma PsyQ Den Haag, universitair hoofddocent klinische psychologie Universiteit Leiden, hoofdopleider GZ Leiden en KP V&O Leiden/Rotterdam.

REFERENTIES

- D'Andrea W, Ford J, Stolbach B, Spinazzola J, van der Kolk BA. 'Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis', *Am J Orthopsychiatry*. 2012 Apr;82(2):187-200. doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x.
- De Vries G, Olff M. 'The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands', *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 22, No. 4, August 2009, p. 259–267
- Reinders M, Arts W, Ras D. 'De klap komt nog – een verhandeling over het nocebo-effect', *Gedragstherapie*. 2011;44:39-51.
- Santiago PN, Ursano RJ, Gray CL, Pynoos RS, Spiegel D, Lewis-Fernandez R, Friedman MJ, Fullerton CS. 'A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: intentional and non-intentional traumatic events', *PLoS One*. 2013 Apr 11;8(4):e59236. doi: 10.1371/journal.pone.0059236. Print 2013.
- Trimbosinstituut. *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen* (3e revisie, 2013).
- Westerman G, Maurer J. 'Het Dialoogmodel, Het cocreëren van een gedeeld verhaal', *Tijdschrift voor Psychotherapie*. 2016;42(6):370–383.
- Young JE, Klosko JS. *Schemagerichte therapie: handboek voor therapeuten*. Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.