

## Stichting STRAKX

Onderzoek en Innovatie

Vroegkinderlijke Chronische

Traumatisering Volwassenen (VCT-V)

● STRAKX is een schakel tussen in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen, behandelaren, onderzoekers, maatschappij en vele anderen. STRAKX wil ervoor zorgen dat volwassenen met psychotrauma en ervaringen van mishandeling en/of verwaarlozing en seksueel misbruik in de kinderjaren overal in Nederland terecht kunnen voor de best mogelijke wetenschappelijk onderbouwde traumabehandeling.

---

Achtergrond informatie bij de Meldactie NZa

● **Gespecialiseerde**

**Traumabehandeling**

**werkt!**

**Stichting STRAKX Onderzoek en Innovatie Vroegkinderlijke  
Chronische Traumatisering – Volwassenen (VCT-V)**

Vorselaarstraat 30, 1066 NN Amsterdam

T 020 364 26 39 E

info@strakxisnu.nl

www.strakxisnu.nl

© St. STRAKX Onderzoek en Innovatie VCT-V Copyright 2016 alle  
rechten voorbehouden.

**Citeren**

Rensen drs. G.M. (2017); Gespecialiseerde Traumabehandeling werkt!; STRAKX is NU Achtergrondinformatie bij  
meldactie NZa; Amsterdam, Stichting STRAKX Onderzoek en Innovatie VCT-V.

## **Gespecialiseerde traumabehandeling werkt: de fasegerichte behandeling is de aanbevolen behandeling voor mensen met jeugdtrauma's.**

### **Herstellen van ernstige en aanhoudende traumatisering in de kindertijd**

Herstellen van de gevolgen van ernstige en aanhoudende traumatisering in de kindertijd betekent hoop hervinden en moed verzamelen, een positief zelfgevoel ontwikkelen en een betekenisvol bestaan opbouwen. Om zo ondanks de vaak desastreuze gevolgen het leven weer op te pakken en vorm te geven. Dit vereist kracht maar het leidt ook tot kracht, macht over eigen leven, zeggenschap, verbondenheid met anderen, autonomie, tot bloei komen van talenten en een zinvolle levensinvulling.

### **De fasegerichte behandeling**

Voor mensen met ervaringen ernstige en aanhoudende traumatisering in de kindertijd, waaronder psychische mishandeling, fysieke mishandeling, verwaarlozing of seksueel misbruik (Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering-VCT) die behandeling zoeken in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is de fasegerichte behandeling de best mogelijke traumabehandeling ofwel de 'standard of care'. Het een behandelmethode waarvan gebleken is dat dit een effectieve methode is die (inter)nationaal als eerste keuze wordt aangemerkt<sup>1</sup>. De behandeling bestaat uit drie fasen die elkaar deels overlappen:

#### **1. Stabilisatie en symptoomreductie (zo kort als kan)**

Vaardigheden voor stabilisatie en symptoomreductie en voorbereiden op traumaverwerking.

#### **2. Traumaverwerking (zo lang als aangewezen)**

Verwerken traumatische herinneringen, exposure / blootstelling en integreren.

#### **3. Integratie (zo lang als aangewezen)**

Integratie van het verleden, heden en toekomst, nieuw perspectief en herstel.  
Doorgaande traumaverwerking en integratie traumaervaringen.

---

<sup>1</sup> Brand, 2014; Courtois, 2009; Draijer, Langeland, Boon, 2012, Hart, Nijenhuis, Steel, 2010.

Na verloop van tijd kunnen mensen die deze behandelingsfasen doorlopen, de gevolgen van de traumatische ervaringen beter hanteren in hun dagelijks leven en integreren in de eigen levensgeschiedenis. De psychische klachten en symptomen die het gevolg zijn van de traumatische jeugdervaringen nemen geleidelijk af. En ook de vaak hiermee samenhangende andere psychische klachten zoals depressie, persoonlijkheidsproblematiek, psychoses, eetproblemen e.a. Ook nemen de vaak met de traumatisering samenhangende fysieke en maatschappelijke problemen af. De kwaliteit van leven, de fysieke gezondheid en maatschappelijke participatie neemt in hoge mate toe<sup>2</sup>.

## Gespecialiseerde traumabehandeling werkt: de verwerking van de traumatische ervaringen is essentieel.

### De verwerking (exposure) van traumatische ervaringen is essentieel

Bij volwassenen die gespecialiseerde traumabehandeling voor ernstige en aanhoudende traumatisering in de kinderjaren zoeken, wordt er in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nogal eens vanuit gegaan dat traumaverwerking – het aangaan van de confrontatie met de traumatische herinneringen (exposure) gecontra-indiceerd (niet aangewezen) zou zijn en wordt hiervan afgezien.

#### Mispercepties

Als argument wordt vaak gebruikt dat de problematiek vanwege de impact van de aanhoudende en ernstige traumatisering in de kinderjaren te veelomvattend zou zijn en de psychische, fysieke en maatschappelijke gevolgen waarmee iemand kampt te ernstig.

Als tweede argument wordt vaak aangevoerd dat cliënten exposure gerichte traumabehandeling zoals EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) en Cognitief exposure, of Geleide Realisatie niet aan zouden kunnen, vanwege het gevaar van crisis en decompensatie.

---

<sup>2</sup> Brand, 2014; Courtois, 2009; Draijer, Langeland, Boon, 2012; Hart, Nijenhuis, Steele, 2010.

Te vaak wordt ook gedacht dat in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen deze vormen van traumabehandeling niet zouden wensen en dat beter 'vooruitgekeken kan worden dan achterom gezien'.

Uit onderzoek blijkt echter dat men net zoveel van exposure gerichte traumabehandeling profiteert als cliënten met minder complexe traumaproblematiek. Er is dus geen enkele reden om hiervan af te zien<sup>3</sup>.

### **Wel meer voorzorgsmaatregelen nemen en inbedden in meeromvattende behandeling**

Wel is het voor mensen met ervaringen van ernstige en aanhoudende traumatisering in de kinderjaren vaak nodig om meer voorzorgsmaatregelen te nemen (zoals genoemd in de eerste behandelfase) en een langere voorbereidingstijd in acht te nemen dan bij mensen na eenmalige traumatisering of mensen met minder complexe traumatisering. Juist omdat het vaak gaat om meerdere vormen van traumatiserende ervaringen die vaak samengaan. En die vanwege de vroege traumatisering over het algemeen ook gepaard gaat met hechtingsproblematiek. Dit is bij de meeste mensen die lijden onder Complexe Post Traumatische Stressstoornis (CPTSS) en Dissociatieve Stoornissen -vaak ook met de Borderline Persoonlijkheidsstoornis- het geval<sup>4</sup>.

## **Gespecialiseerde traumabehandeling werkt: Praten over traumatiserende ervaringen in de kinderjaren is noodzakelijk.**

### **Lang doorlopen**

Mensen met ervaringen van vroege en aanhoudende traumatiserende ervaringen lopen

---

<sup>3</sup> Jongh, Broeke, 2012; Lampe, Mitmansgruber, Gast, Chlussler, Reddeman, 2008, Minnen, 2010

<sup>4</sup> Jongh, Broeke, 2012; Draijer, Langeland, Boon, 2012; Lampe, Mitmansgruber, Gast, Chlussler, Reddeman, 2008, Minnen, 2010; Hart, Nijenhuis, Steele, 2010

vaak lang met hun klachten rond en lijden hier sterk onder, de stap om hulp te vragen is groot en wordt niet snel genomen. Daarom is het belangrijk dat diegenen die de stap genomen hebben voelen dat ze serieus worden genomen en dat professionals de ernst van de klachten serieus nemen en de cliënt voldoende tijd geven hun verhaal zelf te vertellen<sup>5</sup>. Daarbij gaat het niet alleen om het vertellen van het verhaal maar juist ook omdat dit de noodzakelijke voorbereiding is om tot traumaverwerking over te gaan.

### **Niet alles in een keer te vertellen**

Iemand is aanvankelijk wellicht niet in staat om alle relevante details te vertellen. Dit kan te maken hebben met lacunes in het geheugen, het onvermogen om de impact van een bepaalde gebeurtenis te beseffen, dreigementen van de daders(s), of het vermijden van pijnlijke gevoelens zoals angst, schaamte of schuldgevoel<sup>6</sup>.

Daarom is goed om voorzichtig en kritisch te zijn in het bespreken van traumatische ervaringen. Te snel achter elkaar gestelde vragen of vragen die op een of andere manier bedreigend of te indringend zijn er kunnen ertoe bijdragen dat de iemand decompenseert (in crisis raakt). Bij mensen met complexe Dissociatieve Stoornissen moet er rekening mee gehouden worden dat zij op verschillende momenten zeer verschillend kunnen reageren op vragen over vroegere traumatisering<sup>7</sup>.

## **Gespecialiseerde traumabehandeling werkt: Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling (MIT)**

### **Alle dimensies van het bestaan betrekken.**

Omdat mensen met ervaringen van ernstige en aanhoudende traumatisering in de kinderjaren naast psychische stoornissen vaak ook last hebben van lichamelijke ziektes en sociaal- maatschappelijke problemen is een Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling (MIT) het meest aangewezen. Dit houdt in dat alle dimensies van het

---

<sup>5</sup> Richtlijn Angststoornissen, Trimbos Instituut, 2013

<sup>6</sup> Hart, Nijenhuis, Steele, 2010

<sup>7</sup> Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2010

bestaan (psychische, lichamelijke, maatschappelijke, mentale en spirituele) in de behandeling worden betrokken.

Bij de Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling (MIT) gaat het niet alleen om vermindering van psychische klachten en symptomen, maar vooral ook om zelfregie en zelfredzaamheid, het vergroten van veerkracht en gezond gedrag en het sociaal-maatschappelijk actief zijn. Dat betekent zo gezond mogelijk kunnen leven, op bij de persoon passende wijze participeren in de maatschappij en een zinvol leven kunnen leiden<sup>8</sup>. De opvattingen van iemand die traumabehandeling volgt over ziekte en gezondheid, veerkracht en een zinvolle levensinvulling zijn daarbij leidend.

### **Verschillende samenhangende therapievormen**

Binnen de Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling (MIT) worden verschillende samenhangende therapievormen aangeboden, zowel reguliere psychotherapievormen als complementaire behandelwijzen. Voorwaarde is dat wetenschappelijk onderzoek de effectiviteit en veiligheid heeft aangetoond en positieve resultaten laten zien in (reviews van) meerdere goed uitgevoerde studies<sup>9</sup>.

Zo kan bijvoorbeeld gekozen worden voor een combinatie van:

- Cognitieve Gedragstherapie, indien aangewezen samengaand met inzicht gevende psychodynamische therapie;
- En ook samengaand met bijvoorbeeld Mentalisation Based Therapy (MBT), schematherapie, systeemtherapie, medicatie en vormen van lichaamsgerichte behandeling zoals psychomotore therapie, Sensori Motor Psychotherapie (SP) en Hart Coherentie-training;
- De traumabehandeling gaat ook altijd samen met traumaverwerkingsmethoden zoals EMDR, Imaginair Exposure en Geleide Realisatie.

---

<sup>8</sup> Huber, Van Vliet, Giezenberg, Knottnerus, Towards, 2012

<sup>9</sup> Hoenders, Appelo, Van den Brink, Hartogs, Berger, Tasma, 2013

### **Naast reguliere ook complementaire behandelingen**

Veel mensen geven aan dat zij naast de reguliere, bekende behandelingen gebruik willen maken van complementaire behandelvormen. Ze zoeken naar nieuwe wegen om hun klachten te verminderen en maken hier graag hun eigen keuzes in<sup>10</sup>. Daarom omvat de Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling (MIT) ook de mogelijkheid voor een keuze uit complementaire behandelingen:

- Lotgenotengroepen, maatjesprojecten;
- Acupunctuur, EFT, haptonomie, yoga, mindfulness, Chi Quong;
- Sporten en running therapie, PTSS Hond;
- Leefstijltrainingen, ontspanning en stressvermindering;
- EHealth en MHealth.

Besluit men tot complementaire behandeling, dan geldt bij een reguliere DSM-5 diagnose dat de daarbij passende fasegerichte behandeling moet worden toegepast. De complementaire behandeling komt niet in plaats van de reguliere behandeling, maar er kan voor een combinatie gekozen worden.

### **Somatisch onderzoek en behandeling bij lichamelijke ziekten**

Bij mensen met ervaringen van ernstige en aanhoudende traumatisering in de kinderjaren is er naast de psychische problematiek vaak ook sprake van somatische problematiek. Zoals cardiovasculaire problemen, diabetes mellitus, longziekten, gynaecologische problemen, problemen aan het bewegingsapparaat, neuro- fysiologische problemen<sup>36</sup>.

Onderzoek door een arts waarbij deze let op somatische aandoeningen die geregeld voorkomen is aangewezen. Dat is vooral ook van belang als de cliënt niet regelmatig een huisarts bezoekt<sup>37</sup>. De verschillende risicofactoren voor cardiovasculaire ziekten moeten worden nagegaan, alsook ziekten en klachten van het zenuwstelsel, en het

---

<sup>10</sup> Hoenders, Appelo, Van den Brink, Hartogs, Berger, Tasma, 2013



bewegingsstelsel. Daarnaast kan een lichamelijk en een algemeen neurologisch onderzoek plaatsvinden<sup>11</sup>.

Vanwege het integrale karakter van de Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling (MIT) werken GGZ behandelaren daarom nauw samen met behandelaren in de eerste lijn, huisartsen en waar aangewezen medisch specialisten, fysiotherapeuten, haptonomen, maatschappelijk werkers, tandartsen en ander professionals.

### **Niet alleen GGZ- Client**

Iemand met ervaringen van ernstige en aanhoudende traumatisering in de kinderjaren die in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) behandeling zoekt, is niet alleen GGZ cliënt maar ook ouder, partner, vriend, collega, sporter enzovoorts. Daarom moet er structurele aandacht zijn voor het sociale en maatschappelijke leven van iemand en diens nabije naasten. Wonen, werk, dagbesteding, inkomen, sociale en maatschappelijke participatie, veerkracht, zelfredzaamheid, sociaal netwerk.

## **Gespecialiseerde traumabehandeling werkt: ambulante behandeling vaak van langere duur.**

### **Setting en behandelduur**

Iemand met ervaringen van ernstige en aanhoudende traumatisering in de kinderjaren die De behandeling is primair ambulant. In tijden van crisis kan een 'crisis boost' noodzakelijk zijn. Soms zal het ook nodig zijn (bijvoorbeeld bij perioden van traumaverwerking) om met de cliënt en zijn / haar omgeving te zoeken naar goede opvang thuis, naar coaching door een ervaringsdeskundige of naar de mogelijkheid van overnachtingen elders binnen een gespecialiseerde setting. De behandelduur is naar de huidige inzichten gemiddeld 1 tot 4 jaar, uitgaande van 100 tot 150 consulten per jaar bij Complexe Post Traumatische Stressstoornis (CPTSS) en minder complexe Dissociatieve Stoornissen. Bij hoge co-

---

<sup>11</sup> Inspectie gezondheidszorg, GGZ Nederland, 2008; Swols e.a., 2011; Theunissen e.a., 2013; Berg v.d. e.a., 2014.

morbiditeit en een complexere voorgeschiedenis van traumatiserende ervaringen in de kinderjaren kan de behandeling langere tijd in beslag nemen uitgaande van 100 tot 150 consulten per jaar. Bij complexe Dissociatieve Stoornissen waaronder de Dissociatieve Identiteit Stoornis (DIS) is dat vrijwel altijd het geval. De behandelduur kan in deze gevallen 10-15 jaar duren.

Net als bij andere EPA problematiek (Ernstige Psychiatrische Aandoeningen) kan er sprake zijn van chroniciteit en is langere begeleiding gedurende het leven nodig. Waar aangewezen met terugkeer naar voorgaande behandelfasen.

**De Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling is ontwikkeld op basis van literatuur, onderzoek, reviews, gesprekken met behandelaren, ervaringsdeskundigen en onderzoekers. Lees meer over gespecialiseerde traumabehandeling op [www.strakxisnu.nl/traumabehandeling](http://www.strakxisnu.nl/traumabehandeling).**

## Referenties

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5 ed., text rev.). Washington, DC: Author.
2. Brand, B.L., Loewenstein, Spiegel, D., (2014) Dispelling myths about Dissociative Identity Disorder treatment. An empirically based approach. *Psychiatry*, 77 (2), 169-189.
3. Briere, J., Kaltman, S., Green, B.L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 223-226.
4. Courtois, C.A., Ford, J.D. Eds; (2009); *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide*. The Guilford Press, New York, 2009.
5. Delespaul, Ph., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., Van Os, J.; *Goede GGZ! (2015) Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie; Diagnosis Uitgeverij*.
6. Draijer, N., Langeland, W., Boon, S.(2012), *Complexe trauma gerelateerde stoornissen na vroegkinderlijke traumatisering. C-PTSS, borderline persoonlijkheidsstoornissen en dissociatieve stoornissen*. In: *Handboek Posttraumatische stressstoornissen*, red. Vermetten E, Kleber, R.J., Van der Hart, O., De Tijdstroom.
7. Droes, J., Witsenburg, C.(red) (2012). *Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel*. Amsterdam: SPW.
8. 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.
9. 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. *Am J Psychiatry*; 160(8): 1453-1460.
10. 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. In: Lanius, R.A., Vermetten, E., Pain, C., editors (2010); *The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic*; Cambridge: Cambridge University Press; 2010: 77-86.

11. Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. (2008). Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. (2nd Edition ed.). New York: The Guilford Press.
12. Hart, O. van der, Nijenhuis, E.R.S., Steele, K. (2006). The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York / Londen: Norton. (Nederlandse uitgave: Het belaagde zelf: Structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering. Amsterdam: Boom, 2010)
13. Hoenders, H.J.R., Appelo, M.T., Van den Brink, H., Hartogs, B.M.A., Berger, C.J.J., Tasma, H.H.(2013); Protocol voor complementaire en alternatieve geneeswijzen; naar een verantwoorde toepassing binnen de GGZ; Tijdschrift voor Psychiatrie; 51 343-348.
14. Huber, M.A.S., Van Vliet, M., Giezenberg, J.A., Knottnerus, J.A. (2012); Towards a conceptual framework relating to 'Health and the ability to adapt and to selfmanage'. Operatierationalisering gezondheidsconcept. Rapport 2013 000VG. Louis Bolk Instituut Driebergen.
15. International Society for the Study of Dissociation. Guidelines for treating Dissociative Identity Disorder in adults. J Trauma Dissoc (2005); 6(4): 69-149.
16. Jongh, A., Broeke, ten, E. (2012), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). In: Handboek Posttraumatische stressstoornissen, red. Vermetten E, Kleber, R.J., Van der Hart, O., De Tijdstroom 2012.
17. Lampe. A., Mitmansgruber, H., Gast, U., Chlusser, G. & Reddeman, L. (2008). Therapieevaluation der Psychodynamische Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationaer Setting. Neuropsychiatry, 22, 189197.
18. Lanius, R.A., Vermetten, E. & Pain, C. (red). (2010). The impact of early trauma on health and disease; the hidden epidemic. London. Cambridge Univesity Press.
19. McFarlane, A.C., & Van der Kolk, B.A. (1996). Trauma and its challenge to society. In B.A. van der Kolk, A.McFarlane, & L. Weisath (red.) Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society (24-46). New York: The Guilford Press.
20. McLaughlin K.A., Greif Green J., Gruber M.J., Sampson N.A., Zaslavsky A.M., Kessler R.C. (2010); Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity

- survey replication II. Associations with persistence of DSM-IV disorders. Arch Gen Psychiatry; 67(2): 124-132.
21. Minnen, A., van. (2010), Cognitieve gedragstherapie (CTG). In: Handboek Posttraumatische stressstoornissen, red. Vermetten E, Kleber, R.J., Van der Hart, O., De Tijdstroom.
  22. Planije M., Smits C.; (2006); Inventarisatie van 'best practices' voor GGz cliënten met comorbide somatische diagnose. Utrecht: Trimbos-instituut, Programma Re-integratie.
  23. Resick, P.A., Bovin, M.J., Calloway, A.L., Dick, A.M., King, M.W., Mitcell, K.S., Wolf, E.J. (2012), A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5, Journal of Traumatic Stress, 25, 1-12
  24. Rensen, G.M. (2016); Module screening, diagnostiek en evaluatiediagnostiek op (Complexe) Posttraumatische StressStoornis (PTSS) en Dissociatieve Stoornissen bij volwassenen met een vermoeden van – psychotrauma en een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering; Amsterdam, Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke chronische Traumatisering (CELEVT).
  25. Rensen G.M. (2016); STRAKX Outline Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling voor volwassenen met psychotrauma en een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering bij (Complexe) Posttraumatische StressStoornis (PTSS) en Dissociatieve Stoornissen; Amsterdam, Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke chronische Traumatisering (CELEVT).
  26. Speeltjes, P., Thielen, F., ten Have, M., Graaf de, R., Smit, F. (2016) Kindermishandeling, de economische gevolgen op de lange termijn; Tijdschrift voor Psychiatrie, 58-10, 706-711.
  27. Swolfs, S.N., Boerkoel R.A., Rijnders, C.A. (2011); De meerwaarde van een somatische screening op een polikliniek psychiatrie. Tijdschrift voor Psychiatrie; 53: 201-10.
  28. Verdurmen, J., ten Have, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., van 't Land, H., & Vollenbergh, W. (2007). Psychische gevolgen van kindermishandeling op volwassen leeftijd : resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence study' (NEMESIS). . Utrecht: Trimbos instituut.
  29. Vermetten, E., Kleber, R.J. Haagen, J. (2012); Aspecten van psychologische methoden en procedures. In: Handboek Posttraumatische stressstoornissen, red. Vermetten E, Kleber, R.J., Van der Hart, O., De Tijdstroom.

### Aantekeningen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---