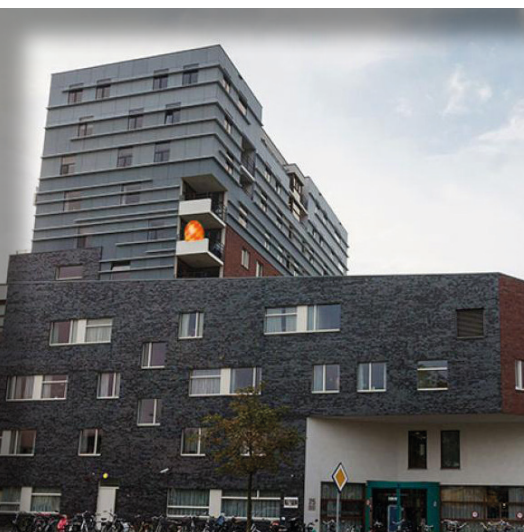


Top Referente Trauma Centra



In PROFIEL



Top Referente Trauma Centra

In profiel



Utrecht
September 2017

 **Trimbos**
instituut
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Projectleiding

Sonja van Rooijen
Anneke van Wamel

Redactie

Anneke van Wamel
Ireen de Graaf
Lex Hulsbosch

Omslagontwerp

Canon Nederland N.V.

Productie

Trimbos-instituut

Opdrachtgevers

TRTC Den Haag
TRTC Drenthe
TRTC Eindhoven
TRTC Transit
TRTC Zeist

Met dank aan:

Nimet Elmaci (TRTC Transit)
Tom Horemans (TRTC Eindhoven)
Anneke Jaspers en Tony Bloemendaal (TRTC Den Haag)
Ellen Jas (TRTC Drenthe)
Christel Kraaij en Desiree Tijdink (TRTC Zeist)

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer AF1565

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00
F: 030-297 11 11

@2017, Trimbos-instituut

Inhoud

Colofon	2
Voorwoord	5
DEEL 1	7
1. Introductie en ontstaansgeschiedenis TRTC	9
2. Kernfuncties	11
2.1 Behandelen gevolgen chronische (hechtings)trauma's	11
2.2 Consultatie	11
2.3 Deskundigheidsbevordering	11
3. Doelgroep	13
3.1. Cliënten met ernstige problemen door vroegkinderlijke traumatisering	13
3.2. Contra-indicaties	16
4. Behandelvisie	17
4.1 Het fasenmodel	17
4.2 Doelen per fase	20
4.3 Ambulante en klinische behandeling	21
4.4 Individuele versus groepsbehandeling	21
4.5 Onderscheidende methodische kenmerken	21
5. Medewerkers	23
5.1. De disciplines en hun taken	23
5.2. Intervisie, supervisie en scholing	24
6. Behandelproces	25
6.1. Aanmelding	25
6.2. Intake	25
6.3. Inhoud van de behandeling	25
6.4. Terug-of doorverwijzing en nazorg	28
7. Speerpunten voor de toekomst	31
7.1. TRTC Nederland: Landelijk expertisecentrum	31
7.2. Behandelvisie en methodiek	31
7.3. Voorkomen van lange wachttijden en te langdurige behandeling	31
7.4. Waarborging kwaliteit van een dekkend integraal aanbod	32
7.5. Deskundigheidsbevordering	32
7.6. Samenwerking	32
Bijlage 1 Afkortingenlijst	33
Literatuur	34

DEEL 2	35
Profielbeschrijving TRTC Drenthe	37
Profielbeschrijving TRCT Eindhoven.....	43
Profielbeschrijving TRTC Altrecht	47
Profielbeschrijving TRTC Den Haag	51
Profielbeschrijving TRTC Transit	57

Voorwoord

Er zijn in Nederland vijf Top Referente Trauma Centra (TRTC) die gespecialiseerd zijn in de diagnostiek en behandeling van vroegkinderlijk trauma, complexe PTSS klachten, dissociatieve klachten en dissociatieve stoornissen. Deze TRTC, verenigd in TRTC Nederland, hebben het Trimbos-instituut gevraagd ondersteuning te bieden bij het opstellen van een profielbeschrijving.

De diagnostiek en behandeling van de groep mensen waarop de TRTC zich richten, vragen bijzondere expertise. De TRTC onderscheiden zich van reguliere (tweedelijns) traumacentra, door specifiek aandacht te hebben voor de gevolgen van traumatische ervaringen die zich op jonge leeftijd binnen hechtingsrelaties hebben voorgedaan en een specifiek en samenhangend geheel van behandelmodules te bieden binnen een specialistisch centrum.

Deze beschrijving beoogt de jarenlange ervaring en expertise van de TRTC te belichten en te verhelderen. Het boekje is bedoeld voor verwijzers, ketenpartners, externe stakeholders, maar ook voor cliënten en hun omgeving. Het maakt duidelijk op welke doelgroep de TRTC zich richten, vanuit welke visie gewerkt wordt en hoe behandeling vorm krijgt.

De beschrijving is ontwikkeld op basis van uitgebreide interviews met behandelaars, verpleegkundigen, managers en cliënten van de TRTC. Daarnaast zijn beleidsdocumenten en methodiekbeschrijvingen bestudeerd. Deel 1 beschrijft de gemeenschappelijke kenmerken van de TRTC. Deel 2 bevat vervolgens beschrijvingen van de afzonderlijke TRTC. Elk TRTC heeft immers zijn eigen karakter en specialiteiten.

De TRTC zijn hoogspecialistische centra die zich richten op een specifieke doelgroep. Met deze beschrijving wil TRTC Nederland een bijdrage leveren aan de verdere uitbouw en professionalisering van de behandeling van de gevolgen van vroegkinderlijk trauma.

September 2017

DEEL 1

1. Introductie en ontstaansgeschiedenis TRTC

De afgelopen decennia is de deskundigheid op het gebied van diagnostiek en behandeling van complexe stressorgerelateerde stoornissen na vroegkinderlijke traumatisering bij volwassenen sterk gegroeid (Draijer en Langeland, 2009).

Rond 2000 zijn verschillende behandelvormen voor persoonlijkheidsstoornissen ontwikkeld (Dialectische gedragstherapie, Vaardigheidstraining emotieregulatie stoornis, Schemagerichte therapie). Ook kwam er aandacht voor de mogelijkheid van groepstherapie voor cliënten met een complexe posttraumatische stressstoornis (CPTSS) (bijv. Dorrepaal e.a., 2008). Dit aanbod voldeed deels ook voor de behandeling van mensen met dissociatieve stoornissen. Er was echter in het werkveld behoefte aan specifieke behandelopties. In reactie hierop verschenen in deze periode een aantal handboeken (Van der Hart e.a. 2006, Boon e.a. 2011) die de basis hebben gevormd voor de diagnostiek en behandeling van vroegkinderlijk trauma en met name die van cliënten met een complexe PTSS en dissociatieve stoornissen.

In 2007 richtte Martijne Rensen het Landelijk Centrum voor Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (LCVT) op. De vijf Top Referente Trauma Centra (TRTC) die nu deel uitmaken van TRTC Nederland waren in de periode 2007-2011 onderdeel van het LCVT. Deze TRTC kwamen voort uit de behandelafdelingen voor cliënten met complexe problematiek, als gevolg van vroegkinderlijke chronische traumatisering. Voor de oprichting van de TRTC werden deze cliënten binnen de GGz-instellingen behandeld door teams voor persoonlijkheidsstoornissen en/of angststoornissen. Aparte teams voor deze cliënten waren nodig omdat de behandelingen voor deze doelgroep niet voldeden.

Aangezien er weinig empirische wetenschappelijke kennis voorhanden was, is pionierswerk verricht om invulling te geven aan diagnostiek en behandeling van deze problematiek. De bepaling van de doelgroepen (seks, leeftijd, startleeftijd traumatisering), methodiek, duur, format (groeps- en individueel) en intensiteit (ambulant, deeltijd of klinisch) van de behandelingen hebben zich in de afgelopen jaren (door)ontwikkeld.

Alle centra hebben zich in de loop van de tijd ontwikkeld in de diagnostiek en behandeling van de problematiek en doelgroep. De centra richten zich op de gevolgen van vroegkinderlijke traumatisering, namelijk CPTSS en dissociatieve stoornissen.

Na het opheffen van het LCVT in 2011 gingen zes TRTC verder als 'Samenwerkingsverband TRTC'. In 2016 gingen vijf TRTC verder onder de naam 'TRTC Nederland', met ondersteuning door het Trimbos-instituut. De deelnemende vijf centra zijn: TRTC Eindhoven (GGz Eindhoven en de Kempen), TRTC Den Haag (Palier), TRTC Altrecht (ook wel: Trauma TRTC; Altrecht GGz), TRTC Drenthe (GGz Drenthe) en TRTC Transit (GGz Centraal). In 2017 is er een website www.TRTCNederland.nl gekomen met informatie over zaken als: gezamenlijke activiteiten (zoals symposia), het behandelaanbod van de afzonderlijke TRTC, bijscholingsmogelijkheden, nieuwe ontwikkelingen en implementatie behandelaanbod, (deelname aan) wetenschappelijk onderzoek. Mede ter ere van het tienjarig bestaan van de TRTC is in september 2017 het eerste congres van TRTC Nederland georganiseerd. In tabel 1 is het aanbod van de verschillende centra te zien.

Tabel 1. De TRTC, het aanbod en de werkgebieden*

TRTC	Onderdeel van	locatie	Diagnostiek	Ambulant (individueel)	Ambulant (groep)	(Meerdaagse) deeltijd	Kliniek
TRTC Drenthe	GGz Drenthe	Beilen	1, 2	1, 2	1, 2	1, 2	-
TRTC Den Haag	Parnassia Groep	Den Haag	1, 2	1, 2	1, 2	-	-
TRTC GGzE	GGz Eindhoven e.o.	Eindhoven	1, 2	1	1	1	-
TRTC Transit	GGz Centraal	Ermelo	1, 2	1	1, 2	1, 2	1, 2
TRCT Altrecht	GGz Altrecht	Zeist	1, 2	1, 2	1, 2	1, 2	-

* 1=verzorgingsgebied GGZ-instelling; 2=tevens buiten verzorgingsgebied instelling

** Persoonlijkheidsproblematiek op de voorgrond

2. Kernfuncties

2.1 Behandelen gevolgen chronische (hechtings)trauma's

De TRTC bieden hoog specialistische, multidisciplinaire en – wanneer nodig - intensieve zorg aan cliënten die vaak al geruime tijd in behandeling zijn (geweest) in de reguliere GGz, maar bij wie de behandeling onvoldoende resultaat heeft opgeleverd.

De TRTC zijn erop gericht om de gevolgen van vroegkinderlijke (hechtings)trauma's terug te dringen. Behandeling in een TRTC heeft als overkoepelend doel om de kwaliteit van leven van de cliënt zodanig te verbeteren dat een cliënt het leven aan kan, hetzij doordat iemand volledig klachtenvrij is, hetzij doordat de cliënt de stoornis accepteert en die een onderdeel van haar leven kan laten zijn. Concreet betekent dat klachtenvermindering, vermindering of verdwijnen van de noodzaak van klinische opnames en vermindering van suïcidaliteit. Behandeling in een TRTC dient om persoonlijk herstel en herstel van maatschappelijk en sociaal functioneren mogelijk te maken. Vanuit de herstelbenadering wordt dit beschreven als: van overmand door de aandoening, worstelen met de aandoening, leven met de aandoening (acceptatie) naar leven voorbij de aandoening.

De focus ligt [in de eerste fase van de behandeling meer] op de gevolgen van hechtingstrauma's en minder op de PTSS:

Als je de fundamenten niet (goed) aanpakt, krijg je de vuurtjes onvoldoende gedoofd

2.2 Consultatie

De TRTC zijn specialistische centra met expertise op het gebied van vroegkinderlijk trauma, complexe PTSS klachten, dissociatieve klachten en dissociatieve stoornissen. Naast behandeling bieden de TRTC consultatie en gespecialiseerde diagnostiek. Dit aanbod is bovenregionaal en qua ondersteuning in eerste instantie gericht op de gespecialiseerde GGz. Cliënten kunnen bovendien een beroep doen op de TRTC voor een second opinion. Consultatie wordt binnen de eigen instellingen gegeven als er sprake is van CPTSS, trauma en/of het vermoeden van een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS). Hoewel de TRTC zich richten op volwassenen, kunnen zij geconsulteerd worden bij jongere cliënten op andere afdelingen tot de mogelijkheden als gespecialiseerde diagnostiek vereist is.

2.3 Deskundigheidsbevordering

De TRTC doen op diverse manieren aan deskundigheidsbevordering; door het delen van (interne) kennis en ervaring, door middel van het volgen en geven van onderwijs, supervisie en intervisie, het bijwonen van symposia en het organiseren van dagen waarbinnen het bevorderen van de deskundigheid centraal staat.¹

¹ Zie voor meer informatie de website van TRTC Nederland: www.trtcnederland.nl

3. Doelgroep

3.1. Cliënten met ernstige problemen door vroegkinderlijke traumatisering

De doelgroep van de TRTC bestaat uit volwassen cliënten vanaf 18 jaar, waarbij sprake is van:

- Vroegkinderlijke chronische traumatisering voor het 10^{de} levensjaar². Het gaat om mensen die tijdens hun kindertijd zwaar en langdurig zijn mishandeld en verwaarloosd. Dat kan gaan om emotionele, lichamelijke en/of seksuele mishandeling of verwaarlozing. Als gevolg hiervan hebben zij psychische en/of psychiatrische klachten, zoals posttraumatische stressklachten, depressie, dissociatieve stoornissen, eetstoornissen, persoonlijkheidsproblematiek en problemen met interpersoonlijke relaties en medisch onverklaarbare klachten.
- Een duidelijke vraag naar gerichte behandeling, met het trauma of de gevolgen daarvan als focus.
- Onvoldoende toereikende behandeling in de gespecialiseerde GGz. De doelgroep betreft vaak cliënten die al lang in behandeling zijn. Ook zijn er vaak problemen op sociaal-maatschappelijk gebied, als gevolg van de psychische en psychiatrische klachten. De TRTC hebben ook patiënten in behandeling bij wie het misbruik nog gaande is, soms wordt dit pas in de loop van de behandeling duidelijk. De TRTC kunnen middels behandeling de patiënten helpen bij het loskomen van dit misbruik. Loskomen betekent in dit geval zowel letterlijk loskomen (contact verbreken), als loskomen van de hersenspoelingen en daaruit voortkomende angsten en gedragspatronen. Gezien de ingesleten en ingeslagen overtuigingen, de gefragmenteerdheid van de persoonlijkheid, de voortdurende bedreigingen van zichzelf en naasten (waaronder de therapeut) en het wantrouwen richting anderen, vergt dit een lange en intensieve behandeling.

Ik heb het gevoel dat ik hier gehoord word. Er wordt serieus gekeken naar mijn klachten. Bij eerdere behandelingen kreeg ik toch steeds te horen dat de dissociatieve stoornis te lastig was. Ik heb altijd het idee gehad dat er iets vreemds met me aan de hand was dat niet ter sprake kon komen omdat het te ingewikkeld was. Bij het TRTC kon dat dus wel en daar moest ik aan wennen.
(een cliënt)

² Ten tijde van de start van de TRTC lag de leeftijdsgrens bij 8 jaar. De huidige leeftijdsgrens van 10 jaar is echter geen vast gegeven waar nooit van af kan worden geweken; in de praktijk wordt er flexibel mee omgegaan.

Het aantal cliënten dat in behandeling is bij de TRTC staat beschreven in tabel 2.

Tabel 2. Aantal cliënten in behandeling in 2017 (per 01-01)

	TRTC Altrecht	TRTC Transit	TRTC Den Haag	TRTC Eindhoven	TRTC Drenthe
Aantal cliënten	132	100	120	280	300

De TRTC richten zich primair op cliënten met de volgende trauma-gerelateerde diagnoses:

- Complexe PTSS
- Complexe PTSS + (milde) persoonlijkheidsproblematiek
- Andere gespecificeerde dissociatieve stoornis (AGDS)
- Dissociatieve identiteitsstoornis (DIS)

Enkele TRTC hebben nog aanvullende specialisaties, namelijk:

- gespecialiseerde zorg aan volwassenen die als gevolg van de uitvoering van een geüniformeerd beroep klachten hebben ontwikkeld, zoals veteranen, politie, brandweer en ambulancepersoneel (TRTC Drenthe),
- specialisatie in de behandeling van cliënten met zelfbeschadigend gedrag en suïcidaliteit (TRTC Den Haag).

Box 1. Definitie DIS en AGDS volgens DSM 5

- 1) Dissociatieve Identiteitsstoornis (DIS), wordt gekenmerkt door:
 - a. Fragmentatie van de identiteit gekenmerkt door twee of meer afzonderlijke persoonlijkheidstoestanden.
 - b. Het vergeten van alledaagse gebeurtenissen, belangrijke persoonlijke informatie en/of psychotraumatische gebeurtenissen.
 - c. De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociaal, beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
 - d. De symptomen kunnen niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (bijv. alcohol of drugs) of een lichamelijke aandoening.
- 2) Andere gespecificeerde dissociatieve stoornis (AGDS, voorheen DSNAO)

Deze classificatie is van toepassing wanneer er sprake is van symptomen die kenmerkend zijn voor een dissociatieve stoornis, maar die niet volledig voldoen aan de criteria voor een specifieke dissociatieve stoornis. Deze wordt gebruikt in situaties waarin de clinicus ervoor kiest te vermelden wat de specifieke reden is waarom het klinisch beeld niet voldoet aan de criteria voor een specifieke dissociatieve stoornis.

Voorbeelden hiervan zijn:

 - a. Chronische en terugkerende syndromen van gemengde dissociatieve symptomen;
 - b. Identiteitsstoornis door langdurige en intense gedwongen gedachtebeïnvloeding. Denk aan hersenspoelen of indoctrinatie tijdens gevangenschap, marteling of langdurige politieke opsluiting, of tijdens lidmaatschap van sekten of terreurorganisaties;

- c. Acute dissociatieve reactie op stressvolle gebeurtenissen. Het gaat hier om acute, voorbijgaande aandoeningen die meestal minder dan een maand duren. Deze worden gekenmerkt door bewustzijnsvernauwing, depersonalisatie, derealisatie, dispercepties, etc.;
- d. Dissociatieve trance, issociatieve trance, gekenmerkt door acute vernauwing of compleet verlies van het bewustzijn van de directe omgeving. Dit uit zich in een zeer ernstig gebrek aan responsiviteit of ongevoeligheid voor omgevingsprikkels.

Box 2. Complexe PTSS

Complex trauma en complexe PTSS (cPTSS) zijn termen die geregeld worden gebruikt in de zorg voor mensen met psychotraumagerelateerde klachten. De termen vestigen de aandacht op langdurige, aanhoudende schokkende ervaringen en de complexe gevolgen ervan. Het zijn echter begrippen die een onduidelijke status hebben in de classificatiesystemen.

De Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (GGz) werkt meestal met de DSM-classificatie. In zowel de DSM-IV als de DSM-5 is geen classificatie cPTSS opgenomen, al is hierover wel heftig gedebatteerd. De voorgestelde symptomen van cPTSS zijn echter wel terug te vinden in de symptomen van de PTSS-classificatie van DSM-5, te weten:

- Overdreven negatieve overtuigingen of verwachtingen
- Vertekende cognities die leiden tot zelf of anderen de schuld geven
- Persisterende negatieve gemoedstoestand
- Roekeloos of zelfdestructief gedrag
- Woede-uitbarstingen
- Dissociatieve symptomen (in DSM-5 een specificeer subtype): depersonalisatie, derealisatie

De ICD (versie 10 en conceptversie 11) heeft wel een categorie die betrekking heeft op complexe problematiek. ICD-10 kent de classificatie Enduring Personality Change After Catastrophic Experience. Na blootstelling aan een extreme stressor moet er sprake zijn van een definitieve en aanhoudende verandering in het individuele waarnemen van en denken over zichzelf en de omgeving (duur is tenminste twee jaar). De persoonlijkheidsverandering is substantieel en verwijst naar tenminste twee van de volgende kenmerken.

- Vijandige of wantrouwende houding tegenover de wereld
- Sociale terugtrekking
- Constant gevoel van leegte of hopeloosheid, vaak geassocieerd met langdurige depressieve stemming
- Blijvend gevoel van bedreiging
- Permanent gevoel van anders dan anderen (vervreemding)

Dit concept wordt hoogstwaarschijnlijk vervangen door de classificatie complexe PTSS in de 11e versie van de ICD van de WHO. Patiënten met complexe PTSS kampen dan met én PTSS én met de drie volgende aanvullende symptoomgebieden.

- Problemen met emotieregulatie
Deze kunnen zich voordoen in de vorm van verhoogde emotionele reactiviteit of juist in een afwezigheid van emoties en vervallen in dissociatie (het affectdomein), en/of in de vorm van gewelddadige uitbarstingen en risicovol of zelfdestructief gedrag (het gedragsdomein).
- Problemen met zelfbeeld
Dit refereert aan persisterende negatieve overtuigingen over zichzelf als minderwaardig, verslagen of waardeloos. Deze overtuigingen kunnen gepaard gaan met diepe en hardnekkige gevoelens van schaamte, schuld of falen.
- Problemen met interpersoonlijke relaties
Dit speelt vooral met het nabij voelen tot anderen. Er kan sprake zijn van een consistent vermijden van of weinig interesse tonen in relaties en sociale betrokkenheid.

3.2. Contra-indicaties

De behandeling die de TRTC bieden zijn niet geschikt voor alle cliënten. De volgende contra-indicaties kunnen worden gehanteerd:

- Psychotische stoornissen, verslavingsgedrag of andere psychiatrische symptomen welke qua duur en ernst zo prominent aanwezig zijn dat de behandeling van deze problemen eerst aandacht vergt.
- Zwaarwegende andere psychische of lichamelijke problematiek die de behandeling van de gevolgen van het vroegkinderlijk trauma belemmert.
- Geen stabiele sociale omgeving, zoals geen vaste woon- of verblijfsplaats, geen vast inkomen of ernstige sociale problematiek.
- Onvoldoende in staat zijn om het (intensieve) behandelprogramma te volgen (beperkte motivatie, geen vervoersmogelijkheden).
- De cliënt heeft een juridische maatregel.
- Verstandelijke beperking.
- Wanneer een cliënt geen informatie wenst te verstrekken over voorgaande behandeling(en).

Kenmerkende klachten van een TRTC-client

- *Lichamelijke klachten, woede, schaamte, hyperactiviteit, slecht contact met vrienden en familie*
- *Nachtmerries, concentratieproblemen, het steeds opnieuw herbeleven van de gebeurtenis*
- *Prikkelbaarheid, zich onbegrepen en miskend voelen, spanningsklachten, schrikachtig-, dromerig-, of teruggetrokken gedrag*
- *Isolement, relatieproblemen, problemen op het werk, alcohol-/drugmisbruik*
- *Moeite met het aangaan van hechtingsrelaties*
- *Dissociatieve klachten zoals amnesie, depersonalisatie, derealisatie, stemmen, identiteitswijziging*

4. Behandelvisie

De vijf TRTC bieden gespecialiseerde behandeling aan cliënten die al op vroege leeftijd bloot zijn gesteld aan zogenoemde hechtingstrauma's (met als gevolg een onveilige hechting). De traumatisering is dikwijls al voor het 10^e levensjaar begonnen ten gevolge van emotionele verwaarlozing, fysieke en/of seksuele mishandeling, traumatische verliezen dan wel het herhaaldelijk ondergaan van pijnlijke medische behandelingen.

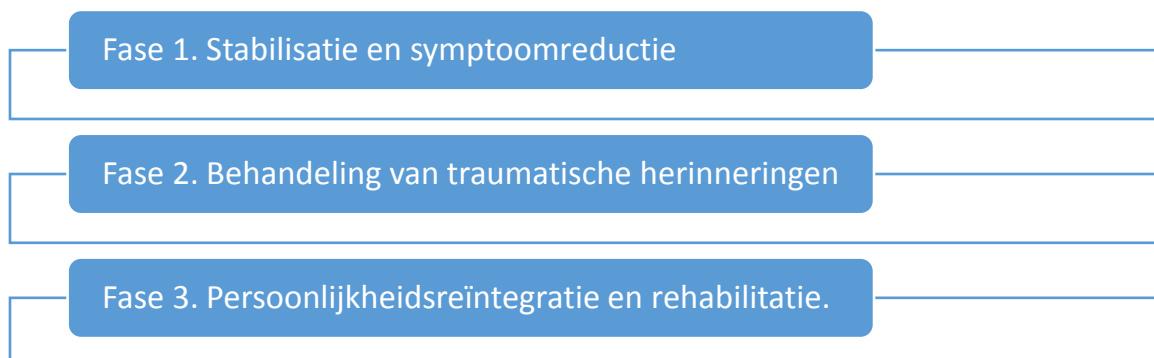
Traumatisering en vooral complexe, chronische traumatisering speelt een belangrijke rol bij het ontstaan en het voortbestaan van ernstige psychische problemen. Veel mensen kampen met uiterst complexe problematiek, zoals een CPTSS of DIS. Deze problemen leiden tot beperkingen op diverse levensgebieden en veroorzaken vaak problematische inter-relationale patronen waardoor er sprake kan zijn van nieuwe, doorgaande of transgenerationale traumatisering.

4.1 Het fasenmodel

Alle TRTC hebben als onderliggend behandelmodel een fasegerichte behandeling, zoals beschreven in Van der Hart, Nijenhuis en Steel (2006). Dit model gaat uit van de theorie van structurele dissociatie. Volgens deze visie kan door chronische structurele traumatisering in de vroege jeugd een opdeling van de persoonlijkheid plaatsvinden. De persoonlijkheid kan zo gefragmenteerd zijn dat er een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) kan ontstaan.

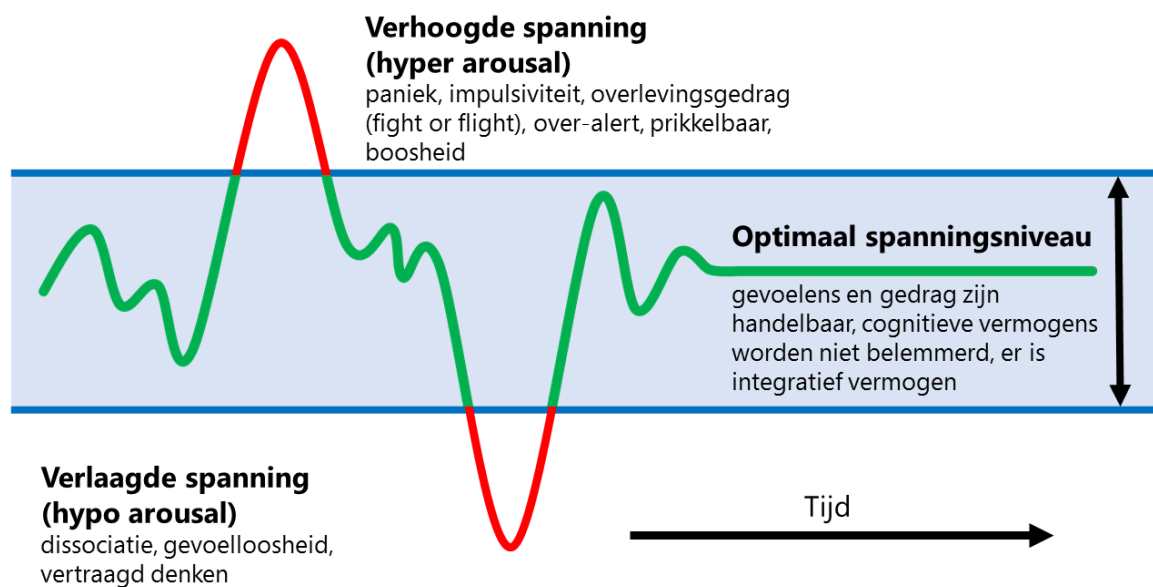
Het drie fasengerichte behandelmodel (zie figuur 4.1) is een model waarbij behandelaars vanuit verschillende therapeutische stromingen (voor een deel een eigen) theoretische en praktische invulling aan verschillende en opeenvolgende fasen kunnen geven. Het fasenmodel wordt niet toegepast op een strikt lineaire manier, maar heeft veeleer het karakter van een spiraal. Steeds wanneer volgende fasen aan bod komen, wordt ook teruggerepen op voorgaande. De behandeling kenmerkt zich hierbij door gelijkwaardigheid tussen hulpverlener en cliënt. De cliënt neemt verantwoordelijkheid voor het werken aan de eigen behandeling, waarbij de raamwerken van Window of Tolerance (zie box 3) en de Trauma-of dramadriehoek (zie box 4) belangrijke uitgangspunten zijn.

Figuur 4.1 De drie fasen



Box 3. Window of tolerance

Iemand die lekker in haar vel zit, voldoende energie heeft, opgewekt en ontspannen is, zit in haar *Window of Tolerance* (Siegel, 1999), het optimale spanningsgebied. Zolang iemand zich in de Window of Tolerance bevindt, kunnen emoties en indrukken verwerkt worden en krijgen ze een plek. Wanneer spanningen te hoog oplopen kunnen mensen echter uit hun Window of Tolerance raken. Dat uit zich op twee manieren: iemand komt in een overactieve staat (vechten-vluchten) terecht of juist in een passieve staat (bevriezen). Het Window of Tolerance is kleiner bij mensen die last hebben van een trauma. Hierdoor raken zij sneller uit balans.



Box 4. Dramadriehoek

De dramadriehoek (ook wel Karpman-driehoek genoemd) is een model voor communicatie en samenwerking. Het model beschrijft vaak voorkomend gedrag waardoor communicatie en samenwerking sterk belemmerd wordt. In de dramadriehoek wordt ervan uitgegaan dat een mens tijdens transacties (menselijke interacties) één (of meer) van drie rollen kan vervullen: de Aanklager, de Redder of het Slachtoffer. Het is een methode om bijvoorbeeld discussies, meningsverschillen en ruzies te analyseren en dus bij uitstek geschikt voor metacommunicatie, bespreken hoe het contact verloopt en waar het uit bestaat.

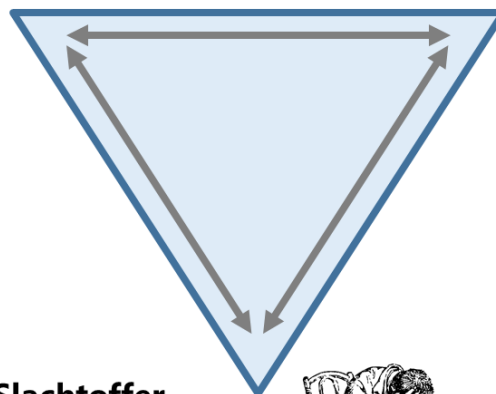
Om effectief te kunnen communiceren of samen te werken moet men uit de dramadriehoek komen. De onbewuste bedoelingen moeten niet langer bepalen wat het effect is voor betrokkenen. Dat betekent in de praktijk dat men handelt op basis van gelijkwaardigheid en leert zelf de verantwoordelijkheid voor eigen gedrag te nemen.



Aanklager

- Agressief
- Boos, klaagt aan
- Oordeelt

Onderschat iemands
kunde en integriteit



Redder

- Extreem behulpzaam
- Opofferend
- Wil graag nodig zijn

Onderschat iemands
capaciteit om voor zichzelf
te denken

Slachtoffer

- Voelt zich onderdrukt
- Hulpeloos
- Klaagt over niet voldane behoeften

Haalt zichzelf naar beneden



4.2 Doelen per fase

Eerste fase van behandeling: stabilisatie en symptoomreductie

In de 1^e fase wordt de werkrelatie tussen cliënt en behandelaar gevestigd en gaat het over veiligheid, hechting en de verhouding tussen draaglast en draagkracht.

Stabilisatie, symptoomreductie en regulatie van het toestandsbeeld

Stabilisatie- en regulatiedoel waarbij het vergroten van de veiligheid de hoogste prioriteit heeft. Andere belangrijke stabilisatie- en regulatiedoelen zijn het verminderen van angst, het voorkomen van verdere escalatie van het toestandsbeeld, het verkrijgen van een behandelperspectief en herstel van een gezonde leefstijl (regelmatig slaap-, bewegings-, en voedingspatroon en dagritme, omgaan met medicatie, middelen, zelfzorg).

Naast het reduceren van dissociatieve of PTSS-symptomen behoren de volgende doelen ook tot symptoomreductie: verminderen van de lijdensdruk, acceptatie van de diagnose en individuele kwetsbaarheid, inzicht in de aard en het ontstaan van de klachten, doorbreken van vastgeroeste leefpatronen en verbeteren van de impulscontrole en de zelfzorg.

Ik-versterking

Met ik-versterking wordt bedoeld: een toename van copingmogelijkheden, verhogen van de draagkracht en vergroten van de realiteitstoetsing. Hieronder vallen ook subdoelen als verbeteren van het sociale functioneren, verbeteren van de communicatie, grenzen aanvoelen en –geven, verbeteren van de emotieregulatie, ontwikkelen van vertrouwen en het ontwikkelen van een positiever zelfbeeld. Training zal nodig zijn voor vaardigheden als: onderscheid maken tussen interne en externe realiteit, reflecteren, stresstolerantie, alleen zijn verdragen en in staat zijn zichzelf te kunnen troosten.

Tweede fase van behandeling: traumatische herinneringen

De tweede fase begint met het ordenen en clusteren van traumatische herinneringen. Daarna volgt de traumaverwerking.

Traumaverwerking betekent de integratie van de traumatische herinneringen; zij moeten deel worden van de persoon. Traumaverwerking komt neer op synthese en realisatie. Synthese is het herkennen en verbinden van cognities, sensaties, bewegingspatronen, affecten en zelfgevoel aan en rondom het trauma. Realisatie bestaat uit *presentificatie* ('het gebeurde toen en ik leef nu') en *personificatie* ('het gebeurde met mij'). De herinneringen zijn niet langer verborgen noch overspoelend. Doelen die in deze fase ook worden nagestreefd zijn het veranderen van de negatieve kerncognities betreffende zichzelf, de anderen en de wereld, het doorbreken van het existentiële isolement, verminderen van schuld- en schaamtegevoelens en het uiten van de emoties die horen bij het leed en de pijn.

In de praktijk komt het voor dat er sprake is van gedeeltelijke traumaverwerking. Dit houdt in dat niet alle, maar één of enkele specifieke trauma's worden verwerkt die het dagelijks leven ernstig beïnvloeden of verstoren.

Fase 2 kan niet worden uitgevoerd wanneer er onvoldoende indicatie voor is (niet mogelijk of niet aan te raden) of wanneer de patiënt hier zelf voor kiest. Er vindt dan zo mogelijk een overgang plaats van fase 1 naar fase 3. De kans is dan echter

wel groot dat patiënten kwetsbaarder blijven en eerder terug zullen vallen bij tegenslagen later in het leven.

Derde fase van behandeling: persoonlijkheidsreïntegratie en rehabilitatie

Sociaal-maatschappelijke reïntegratie

In de laatste fase gaat het om het vinden van een nieuw evenwicht voor de cliënt, zowel in zichzelf als met zijn/haar omgeving. Toekomstperspectief moet aangepast worden aan een veranderd zelfbeeld en niveau van functioneren. Als de tweede fase heeft plaatsgevonden, dan moet het verwerkte verleden worden geïntegreerd in het zelfbeeld en in het wereldbeeld. Vaak is rouwverwerking aan de orde over het gemis aan aandacht, liefde, een normale jeugd en verloren kansen. Er ontstaat zicht op waar de verantwoordelijkheid lag voor de traumatisering. Dit kan ook consequenties hebben voor de actuele relaties met ouders en/of familieleden. Sociale contacten, leren en/of werken, vrijetijdsbesteding (aandacht besteden aan nieuwe interesses) zijn allemaal werkdoelen ter verbetering van het zelfstandig dagelijks functioneren in de maatschappij. Het herkennen van signalen van terugval is belangrijk, alsmede daar adequaat op te leren reageren (terugvalpreventie). Tot slot vormt de onthechting van de cliënt t.a.v. van de therapeut onderdeel van deze laatste fase.

4.3 Ambulante en klinische behandeling

Alle TRTC bieden ambulante behandeling aan. Dat betekent dat cliënten een of meerdere keren per week voor een gesprek of vaktherapeutisch contact naar het TRTC toekomen. TRTC Transit, TRTC Eindhoven, TRTC Altrecht en TRTC Drenthe bieden daarnaast ook deeltijdbehandeling aan. Cliënten zijn dan een of meerdere dagen per week op het TRTC voor behandeling. TRTC Transit heeft bovendien een opnamekliniek. Cliënten komen in aanmerking voor opname als eerdere hulpverlening ontoereikend is gebleken, het steunsysteem overbelast is, cliënten soms de voorkeur hebben voor intensiever en kortere fase 1 & 2 behandeling of wanneer er gericht coaching nodig is bij zelfzorg en dagstructuur.

4.4 Individuele versus groepsbehandeling

TRTC behandeling vindt zowel individueel als in groepen plaats. Psychotherapeutische contacten, maar ook veel vaktherapeutische contacten zijn individueel. De traumaverwerking vindt bijna altijd in individuele behandeling plaats.

Groepstherapie is een therapievorm waarbij de inbreng van de groep een zeer belangrijke rol speelt en waarin cliënten kunnen oefenen met vaardigheden. Veel groepen zijn dan ook gericht op het aanleren van vaardigheden, bijvoorbeeld van (emotieregulatie)vaardigheden maar ook op psycho-educatie. Deelname aan de groepen kan ook zorgen voor steun, herkenning en erkenning.

4.5 Onderscheidende methodische kenmerken

De TRTC zijn derdelijns afdelingen die zich onderscheiden van reguliere (tweedelijns) traumacentra doordat de focus specifiek ligt op de combinatie van hechtingstrauma's en PTSS klachten als gevolg van vroegkinders trauma. in mindere mate op enkelvoudige posttraumatische stressstoornissen (PTSS) die op latere leeftijd zijn ontstaan. Tevens

bieden de TRTC behandeling aan cliënten die elders geen baat bleken te hebben bij de zorg of behandeling.

*Je hebt van alles een beetje, een beetje persoonlijkheidsstoornissen,
een beetje wat anders. In eerdere behandelingen die ik heb gehad, werd steeds een
stukje behandeld. Hier is de plek dat het grotere geheel gezien werd,
eerder nog dat dat ik het zelf kon zien.
(een cliënt)*

5. Medewerkers

5.1. De disciplines en hun taken

De TRTC werken met multidisciplinaire teams. De omvang van de teams is gemiddeld 23 medewerkers (kleinste team bestaat uit 16 mensen, grootste team bestaat uit 31 mensen). Medewerkers werken veelal parttime, mede omdat fulltime werken met deze doelgroep een zware wissel op medewerkers kan trekken.

De multidisciplinaire teams bestaan uit (sociaal psychiatrische) verpleegkundigen, psychiater(s), psychologen (klinisch psychologen, GZ-psychologen of basispsychologen), psychotherapeuten, vaktherapeuten (psychomotorisch, beeldend en psychodrama therapeuten). Daarnaast beschikken enkele teams ook over relatie- en gezinstherapeuten, maatschappelijk werkenden, ervaringsdeskundigen en andere artsen. Soms maken professionals in opleiding deel uit van het team, zoals psychiaters, GZ psychologen en klinisch psychologen.

- De GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en psychiater diagnosticeert en behandelt cliënten met complexe PTSS en dissociatieve stoornissen.
- De sociaal psychiatrische verpleegkundige biedt sociaalpsychiatrische behandeling ten behoeve van stabilisering en verminderen van symptomen, vergroten van controle over dagelijks leven.
- De GGz-verpleegkundige werkt als groeps- en milieutherapeut en richt zich op de verschillende levensgebieden van cliënten. Hij biedt ondersteuning en begeleiding bij de gevolgen van vroegkinderlijke traumatisering en de voorkomende beperkingen en mogelijkheden die daarvan het gevolg zijn.
- De vaktherapeuten (beeldend therapeut, psychodramatherapeut en psychomotorisch therapeut), leiden het handelen van de patiënt doelgericht naar (lichaamsgerichte) ervaringen die de dissociatieve stoornissen/CPTSS positief kunnen beïnvloeden.
- De relatie en gezinstherapeut biedt relatiepartner en/of- gezinstherapie en ouderbegeleiding. Hij geeft psycho-educatie aan naasten, probeert de onderlinge relaties te versterken en disfunctionele communicatie en interactiepatronen te doorbreken.
- De maatschappelijk werker richt zich op de wisselwerking tussen cliënt en zijn sociale omgeving. Hij richt zich o.a. op problemen op het gebied van wet- en regelgeving, financiën, werk, instanties.
- De psychiater doet medicatieconsulten en let op de somatische aspecten.

Het werken met deze groep cliënten vraagt specifieke vaardigheden van een team, waaronder kennis over vroegkinderlijke traumatisering, de effecten die dit heeft op de ontwikkeling (van de persoonlijkheid) van cliënten en de gevolgen hiervan voor de (therapeutische) relatie. Ook het vermogen en de ruimte om te kunnen reflecteren op eigen ervaringen (in de therapie) is van essentieel belang. Voldoende mogelijkheden voor intervisie en supervisie voor medewerkers is een noodzakelijke randvoorwaarde voor een goede behandeling en beschermt medewerkers tegen secundaire traumatisering of emotionele uitputting.

5.2. Intervisie, supervisie en scholing.

Op de TRTC is veel aandacht voor de ondersteuning van het team. Medewerkers zijn intensief betrokken bij cliënten, die veel (emotioneel) persoonlijk beroep op hen doen. In de therapeutische relatie kan het bijvoorbeeld voorkomen dat de cliënt de behandelaar als dader kan gaan zien. De behandelaar wordt dan gezien als een bedreiging of een 'vijand'. Dit kan een hulpverlener raken, maar mag de therapie niet in de weg staan. Om hiermee om te gaan is ondersteuning nodig.

De traumatiserende ervaringen van cliënten die gedeeld worden, zijn soms zwaar om te horen, ook voor ervaren hulpverleners. Omdat de meeste teams uitsluitend met deze doelgroep werken en weinig lichte problematiek zien, is ondersteuning nodig om hen te beschermen tegen secundaire traumatisering of emotionele uitputting. Intervisie en supervisie zorgen hiervoor. TRTC-intervisie vindt wekelijks plaats, supervisie meestal maandelijks. Ook externe supervisors worden ingezet. Daarnaast zijn er dagelijks overdrachtsmomenten en is er veel onderling overleg en contact tussen de medewerkers.

Openheid en veiligheid om emoties en spanningen in het team formeel en informeel te kunnen bespreken zijn noodzakelijk. De TRTC teams steunen en zorgen voor elkaar. Nieuwe medewerkers worden intern ondersteund, begeleid en geschoold door meer ervaren medewerkers. Er zijn weinig specifieke opleidingstrajecten voor deze doelgroep. De complexe problematiek vraagt specifieke vaardigheden van het team, onder andere kennis over vroegkinderlijke traumatisering, de effecten op de ontwikkeling van cliënten en dynamiek die kan optreden in het behandelproces.

Het is een uitdaging om te kunnen omgaan met wat je ziet en hoort van cliënten, op papier of bij de cliënt. Je went er wel aan, maar soms is het wel moeilijk. Het komt voor dat ik me fysiek onwel voel van de verhalen. Ik wil er het liefst dan gelijk over praten, en dat kan met mijn collega's gelukkig ook. Dit is ook een terugkerend onderwerp in intervisie: wat doet dit met je en jouw wereldbeeld?
(TRTC Zeist)

6. Behandelproces

6.1. Aanmelding

De TRTC zijn hoogspecialistische voorzieningen. Dat betekent dat de meeste cliënten worden doorverwezen door gespecialiseerde GGz-instellingen (of afdelingen van de eigen instelling) en vrijgevestigde psychotherapeuten. Daarnaast verwijzen de verschillende TRTC naar elkaar door. Ook huisartsen kunnen cliënten aanmelden, mits er sprake is van eerdere behandeltrajecten elders. Een TRTC biedt een intensieve en gespecialiseerde vorm van behandeling en adviseert daarom dat er eerst meer laagdrempeligere vormen van behandeling moeten zijn geprobeerd. De TRTC werken bovenregionaal.

Aanmeldingen worden beoordeeld door de verantwoordelijke functionaris. Deze functionaris vraagt informatie op bij de verwijzer en voert het eerste (telefonische) gesprek met de cliënt. Hierin wordt onder andere gevraagd naar wat er al aan behandeling is gedaan, wat daarin wel en wat niet geholpen heeft. Ook het aan kunnen gaan van hechting is een gespreksonderwerp.

6.2. Intake

Als de cliënt in aanmerking lijkt te komen voor behandeling, volgt de intakeprocedure. Daarin wordt het diagnostisch traject gestart (als hiervoor een indicatie is). Het onderzoeken van de aanwezigheid van traumatische ervaringen in de jeugd en de wijze waarop de gerelateerde problematiek zich manifesteert (bijvoorbeeld door de aanwezigheid van een hechtingsstoornis en andere traumagerelateerde symptomen), is een belangrijk onderdeel van de diagnostische fase.

Aan het eind van de intake wordt beoordeeld of er aanvullend onderzoek nodig is. Het kan dan gaan om vervolgonderzoek naar dissociatieve stoornissen (o.a. SCID-D), naar PTSS (KIP) en/of CPTSS (SCID-DESNOS). De onderzoeken worden daarna in het multidisciplinair overleg besproken. Daaruit volgen een conclusie en een behandeladvies die teruggekoppeld worden aan de cliënt en de verwijzer.

6.3. Inhoud van de behandeling

Behandeling in een TRTC vindt meestal ambulant, deeltijd en soms klinisch plaats. Behandeling omvat altijd individuele (psychotherapeutische) gesprekken, aangevuld met verschillende groepstherapieën (als de cliënt dat aan kan). De TRTC bieden daarmee een individueel en multidisciplinair behandelprogramma.

De TRTC hebben bovendien specifieke behandelonderdelen en therapieën, gericht op voor de TRTC specifieke doelgroepen of settings (bijv. veteranen door TRTC Drenthe of de therapeutische gemeenschap in TRTC Eindhoven).

De behandeldoelen en invulling verschilt per fase van de behandeling (zie paragraaf 4.2).

Pre-therapie

TRTC die een intensief meerdaags deeltijd en klinisch aanbod hebben, bieden een aantal voorbereidende behandelonderdelen aan. In TRTC Eindhoven is dat de Welkom & Oriëntatiefase, in TRTC Transit de Observerende Vaardigheids- Training (OVT). Binnen TRTC Drenthe wordt een traumacursus aangeboden. In deze trainingen leren cliënten

alvast een aantal vaardigheden aan waarmee ze meer kans maken te kunnen profiteren van de intensieve behandeling.

Psychosociale behandeling

Psychosociale behandeling heeft als doelen stabilisering en het verminderen van symptomen, plus het vergroten van controle over het dagelijks leven (zelfzorg, veiligheid, dagstructuur). Dit vindt vooral plaats in fase 1 en fase 3 van de behandeling van cliënten met CPTSS of dissociatieve stoornis. Er kunnen diverse interventies worden ingezet, zoals het geven van psycho-educatie over hechting en dissociatie, triggertraining, het verbeteren van de coping, technieken om zelfdestructief gedrag onder controle te krijgen, het maken en leren gebruiken van een crisisplan, spannings- en emotieregulatietraining, het verbeteren van relaties met anderen (o.a. door het stellen van gezonde grenzen), het vergroten van de assertiviteit, coaching naar werk/activiteiten, het stimuleren van lotgenotencontact en deelname aan 'herstelprogramma's'.

Psychosociale behandeling is geïndiceerd wanneer:

- Een cliënt (nog) niet met (psycho)therapie kan beginnen vanwege bijvoorbeeld: een groot aantal sociale problemen, ambivalente motivatie, zeer grote crisisgevoeligheid (doorgaans is dit bij start van fase 1 behandeling)
- Een cliënt niet meer in (psycho)therapie kan zijn vanwege bijvoorbeeld: uitval in therapie, afronding van therapie, maar nog wel noodzaak tot begeleiding (doorgaans is dit in kader van fase 3 behandeling)
- Het noodzakelijk is een cliënt naast (psycho)therapie begeleiding te bieden op het vlak van bijvoorbeeld: sociale problemen, daginvulling, aanvullende crisisinterventie. Doorgaans is dit in het kader van fase 1 of fase 2 behandeling.

Psychotherapie

Cliënten hebben individuele psychotherapeutische contacten gericht op het trauma en de gevolgen daarvan. Hierin worden de drie eerder beschreven fasen aangehouden: stabiliseren en reguleren van de klachten en verminderen van symptomen, verwerken van de trauma's, rouw/integratie en resocialisatie.

Groepspsychotherapie vindt vooral plaats in het kader van fase 1 behandeling. Hierbij staat samenwerken tussen de gedissocieerde delen van de persoonlijkheid, het begrijpen van ervaringen, leren van elkaars ervaringen, oefenen van gedrag en vaardigheden centraal. Aan de hand van persoonlijke doelstellingen werken de deelnemers aan het verkrijgen van inzicht in hun problemen, het oplossen ervan en het aanleren van nieuw gedrag.

Traumabehandeling

De TRTC bieden diverse specifieke traumagerichte behandelingen (vooral in het kader van fase 2 behandeling), waaronder:

- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is in de TRTC gericht op diverse PTSS klachten.
- Narrative Exposure Therapy (NET) is een evidence based behandelvorm, specifiek ontworpen voor de behandeling van de (complexe) posttraumatische stress stoornis (PTSS) ten gevolge van meervoudige traumatiserende gebeurtenissen.
- Cognitieve gedragstherapie, prolonged exposure.
- Schematherapeutische interventies: imaginatie en rescripting.

Niet alle TRTC bieden alle interventies aan (m.u.v. EMDR).

Vaardigheidstrainingen

Binnen de TRTC (in het kader van fase 1 behandeling) veel aandacht voor het aanleren van vaardigheden. In de trainingen leren cliënten meer controle te krijgen op de klachten die te maken hebben met de gevolgen van chronische traumatisering. Voor een deel bestaan de trainingen uit psycho-educatie over de diagnose DIS of CPTSS. Verder komen onderwerpen aan de orde als emotieregulatievaardigheden, omgaan met boosheid en omgaan met crisissen.

Farmacotherapie en somatische aspecten

Wanneer dat geïndiceerd is, kan medicatie ingezet worden in de behandeling. Dit loopt via de psychiater, die in het algemeen eerst inventariseert welke medicatie in het verleden en op dit moment wordt gebruikt en met welke effecten. Ook de (mogelijk ambivalente) houding die een cliënt heeft ten opzichte van (bepaalde) medicatie wordt besproken. Met cliënten die veel medicatie gebruiken op het moment van aanmelding wordt besproken of het mogelijk is om met (een gedeelte van) deze medicatie te stoppen. De psychiater ziet cliënten met een medicamenteuze behandelvorm regelmatig en bespreekt de frequentie van de medicatiecontacten.

Bij start van de behandeling zal de psychiater ook de somatische voorgeschiedenis en de actuele lichamelijke problemen in kaart brengen. Indien nodig zal de psychiater tijdens de behandeling met de huisarts, andere somatische specialisten en/of paramedische hulpverleners (bijv. fysiotherapeut, diëtist) contact onderhouden over de lichamelijke problemen en interactie tussen lichamelijke en psychische klachten.

Vaktherapie

In de vaktherapie als behandelvorm ligt de aandacht bij het aanleren van taken en vaardigheden die van belang zijn in de behandeling van CPTSS en dissociatieve stoornissen. Door ervaringsgericht te werken komt de dynamiek naar voren tussen aan de ene kant het specifieke van vaktherapie - wel handelen, wel voelen - en aan de andere kant het specifieke van de dissociatieve stoornis en de CPTSS - vermijden, vertrekken en bevriezen, dus juist niet handelen en niet voelen. Ervaringsgericht werken en binnen de window of tolerance blijven is mogelijk door oefengericht te werken met aandacht voor psycho-educatie en aandacht voor hoe de patiënt het geleerde thuis toe kan passen.

Bij hoge spanning, angst en schaamte kan een vaktherapeutische werkvorm/oefening afstand bieden die het mogelijk maakt om contact te houden en conflicten vorm te geven. Vaktherapie biedt een mogelijkheid om de beleving en het trauma te delen met de therapeut, zonder direct in contact te zijn met de ander. Het contact met de therapeut verloopt dan veelal via de werkvorm of de oefening.

Naast de meer algemene doelen zoals emotieregulatie, grenzen leren aangeven, gevoelens herkennen en erkennen waaraan bij de verschillende vaktherapieën wordt gewerkt wordt psychomotorische therapie specifiek ingezet voor het verbeteren van de lichaamsbeleving of 'Sense of Self'. Dit door de eigen lichaamssignalen te leren herkennen, op het gebied van emoties, maar ook dissociatie leren voelen aankomen en gaan herkennen van aanwezigheid van dissociatieve delen.

Bij beeldende therapie kunnen traumatische beelden en herinneringen erkend worden, van een afstand bekeken worden en symbolisch opgeborgen worden op een manier waarbij de patiënt binnen de window of tolerance kan blijven.

Bij Psychodrama ligt het accent op het leren onderscheid te maken tussen verschillende dissociatieve delen binnen zichzelf en de ander buiten zichzelf. In het vergroten van dat onderscheid wordt het mentaliserend vermogen opgebouwd, versterkt.

Vaktherapie wordt in de TRTC zowel individueel als in groepsvorm gegeven. De TRTC bieden allemaal beeldende therapie en psychomotorische therapie. TRTC Den Haag biedt daarnaast ook drama- en muziek therapie, TRTC Transit biedt ook psychodrama.

Relatietherapie / systeemtherapie

Afhankelijk van de situatie en wensen van de patiënt kan een partner, kind, familielid of andere relatie bij de behandeling betrokken worden. Op indicatie is systeemtherapie beschikbaar. Een vorm van relatietherapie die bruikbaar is bij de relatieproblemen door hechtingsstoornissen is Emotionally Focused Therapy (EFT). Verder is in een aantal TRTC de mogelijkheid om in de behandeling zelf de partner of kinderen uit te nodigen naasten uit te nodigen om bijvoorbeeld psycho-educatie te geven, te evalueren of om zorgen te bespreken. TRTC Altrecht, TRTC Eindhoven en TRTC Drenthe bieden ook een partnergroep aan.

Sociotherapie

De TRTC die een klinisch en (meerdaags) deeltijd-aanbod hebben bieden sociotherapie. In deze therapievorm staat het dagelijks leven (ook op de afdeling) centraal en vormen de afdeling, het contact met medecliënten en medewerkers een belangrijke mogelijkheid tot oefenen. Hierdoor kunnen cliënten oefenen met samenwerken, contacten aangaan, problemen oplossen of activiteiten organiseren.

Hoe ziet een dag op TRTC Transit eruit?

Deeltijd: “we starten om 9 uur. Tot de lunch zijn er 2 groepstherapiemomenten met daartussen een koffiepauze. Daarna lunchen we gezamenlijk. In de middag is er groepstherapie en/of individuele therapie. De hoeveelheid behandeldagen is wisselend, afhankelijk van welke groepen er gevolgd worden en wat er verder aan bijvoorbeeld aan themagroepen ingezet wordt.

Klinisch: de klinisch opgenomen cliënten beginnen de dag om 7:40 met een gezamenlijk ontbijt, maar hun dag ziet er verder hetzelfde uit als die van de deeltijdcliënten. Zij volgen de groepen gezamenlijk met deeltijd cliënten. Daarna kookt de groep en wordt er samen gegeten. Om 19.30 is er koffie of thee. In de avonden wordt impliciet gewerkt aan leren ontspannen, samenleven, plannen van dagtaken en leren hanteren van emoties en grenzen met betrekking tot het dagelijks leven.

6.4. Terug-of doorverwijzing en nazorg

Bij traumagerelateerde stoornissen vertrekt de behandeling vanuit de hulpvraag van de cliënt en worden doelen hierop afgestemd. Belangrijke doelen zijn het verminderen en hanteerbaar maken van de posttraumatische stress en de dissociatieve reacties. De doelen zoals deze in het fasenmodel zijn beschreven worden als einddoel gehanteerd voor cliënten die deeltijd of klinisch in behandeling zijn.

Niet alle behandelingen verlopen volledig succesvol. Veel cliënten winnen echter in de loop van de behandeling meer zelfvertrouwen door het om kunnen gaan met de traumagerelateerde en dissociatieve klachten en zien vooruitgang. Het is een proces van vallen en opstaan, maar wel met een algehele trend van vooruitgang.

Mocht de behandeling niet naar tevredenheid verlopen, maar zien de behandelaren nog wel behandelperspectief dan wordt er soms ook naar een andere TRTC verwezen of wordt er een second opinion aan een andere TRTC gevraagd.

In het algemeen worden cliënten na afronding van de behandeling terugverwezen naar de huisarts en POH-GGz (voor opvolging van stabiliteit), FACT-teams en wijkteams (voor verder creëren van stabiliteit en ontwikkeling op diverse levensgebieden), Beschermd Wonen (als zelfstandig wonen (nog) geen optie is), vrijgevestigde psychotherapeuten en gespecialiseerde GGz (als er nog behandeling noodzakelijk is, maar niet meer door het TRTC). Afscheid nemen van het TRTC team wordt als moeilijk ervaren door cliënten, hetgeen te begrijpen is vanuit de gehechtheidsproblematiek.

7. Speerpunten voor de toekomst

7.1. TRTC Nederland: Landelijk expertisecentrum

In 2016 is TRTC Nederland opgericht, een landelijke samenwerking van de vijf TRTC.

TRTC Nederland beoogt de behandeling van vroegkinderlijk trauma verder uit te bouwen en te professionaliseren. Door de bundeling van krachten is er een stevige organisatievorm voor een gezamenlijke visie op de behandeling van vroegkinderlijk trauma bij cliënten met zeer ernstige problematiek.

TRTC Nederland spant zich in om de huidige lange wachttijden voor behandeling aan te pakken en mogelijkheden voor tijdige uitstroom te vergroten. Een begrensde en kosteneffectieve specialistische behandeling is alleen mogelijk met een regionaal hoogwaardig en dekkend integraal aanbod. Ook is er een gezamenlijk aanbod in deskundigheidsbevordering binnen en buiten de TRTC en innovatie van zorgproducten, vanuit een gezonde financiële bedrijfsvoering. In de volgende paragrafen gaan we nader op deze ontwikkelingen in.

7.2. Behandelvisie en methodiek

Alle TRTC hebben als onderliggend behandelmodel het drie fasengerichte behandelmodel, zoals beschreven in paragraaf 4.1. Daarnaast kunnen de behandelaars vanuit verschillende therapeutische stromingen (voor een deel een eigen) theoretische en praktische invulling geven aan verschillende en opeenvolgende fasen. Tevens wordt nagedacht over het moment en de duur van de afzonderlijke fases van behandeling bij CPTSS en dissociatieve stoornis.

Ook is mogelijk om daarnaast een aanvullend aanbod te ontwikkelen, zoals bijvoorbeeld TRTC Den Haag die het aanbod wil aanvullen met het Neurosequential Model of Therapeutics (NMT, Perry, 2006). En bij TRTC Drenthe is een behandelprogramma voor PTSS, dissociatief subtype (een nieuwe diagnostische categorie in de DSM-5) ontwikkeld. Dit is een behandelprogramma met technieken uit de sensomotorische psychotherapie en *compassion focused* psychotherapie. Sommige TRTC nemen deel aan lopend onderzoek naar de effecten van schemagerichte behandeling bij dissociatieve stoornissen

7.3. Voorkomen van lange wachttijden en te langdurige behandeling

Cliënten hebben vaak ernstige, complexe problematiek en een intensieve, langdurige behandeling is meestal nodig. Een mogelijk gevolg hiervan is dat cliënten soms lang op een wachtlijst staan om voor behandeling bij een TRTC in aanmerking te komen. Omdat dit door het samenwerkingsverband TRTC als zeer onwenselijk wordt beschouwd, hebben de TRTC hiervoor diverse oplossingen bedacht en willen deze in de toekomst verder door ontwikkelen, zoals:

- Uitbreiding van het groepsaanbod.
- Aanbieden van een wachtlijst interventie, zoals bijvoorbeeld een stabilisatie- en regulatiecursus.
- Het verkorten van de behandeling, door sneller met interventies te starten, gericht op traumaverwerking en door het meer begrenzen van de behandelduur.
- Inzetten van e-health.

7.4. Waarborging kwaliteit van een dekkend integraal aanbod

In 2017 worden twee zorgstandaarden geschreven die van toepassing zijn op de doelgroepen die behandeld worden bij de TRTC. Het betreft de zorgstandaard dissociatieve stoornis en zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen.

Een zorgstandaard geeft, zo veel mogelijk vanuit wetenschappelijk onderbouwde inzichten en rekening houdend met het perspectief van patiënten, een op actuele inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele zorg. Diverse medewerkers van de TRTC hebben meegewerkt aan het schrijven van genoemde zorgstandaarden.

7.5. Deskundigheidsbevordering

Deskundigheidsbevordering vindt bij alle TRTC plaats. Dit is beschreven in paragraaf 2.3. In de toekomst wil men het aanbod deskundigheidsbevordering verder uitbreiden.

7.6. Samenwerking

De TRTC zijn onderdeel van een GGz-instelling en samenwerking met andere (derdelijns)afdelingen vindt plaats door het delen van expertise, overleg en (mogelijkheden tot) doorverwijzing. Deze samenwerking wordt in de toekomst geïntensifieerd door ook samen innovaties te ontwikkelen.

Tussen de TRTC onderling wordt ook gebruik gemaakt van elkaars expertise en capaciteiten. Zo kan een second opinion worden aangevraagd bij een ander TRTC dan waar de cliënt in behandeling is of kan de cliënt worden doorverwezen naar een TRTC als dat passender is (b.v. voor klinische opname bij Transit).

TRTC Transit is sinds begin 2017 is onderdeel van Centrum voor Psychotherapie Midden (CVP-Midden Nederland). Het Centrum bestaat uit vier hoog-specialistische afdelingen; Marina de Wolf voor angst- en dwangstoornissen, Zwaluw en De Enk voor persoonlijkheidsstoornissen en Transit. De hoog-specialistische afdelingen werken samen en proberen voor cliënten met meerdere stoornissen een passend behandeling aan te bieden.

Ook met andere partijen wordt samen gewerkt. Zo is TRTC Drenthe bezig met de ontwikkeling van een standaard aanbod aan het Centrum seksueel geweld en wil dit TRTC onderdeel uitmaken van een convenant met partners die zich richten op het omgaan met (vermoedens van) seksueel misbruik. Internationale samenwerking vindt ook plaats met de European Society for Trauma and Dissociation (ESTD).

Bijlage 1 Afkortingenlijst

AGDS	Andere Gespecificeerde Dissociatieve Stoornis
(C)PTSS	(Complexe) Posttraumatische-Stressstoornis
DGT	Dialectische Gedragstherapie
DIS	Dissociatieve Identiteitsstoornis
DSNAO	Dissociatieve Stoornis Niet Anders Omschreven
EFT	Emotionally Focused Therapy
ESTD	European Society for Trauma and Dissociation
GGz	Geestelijke Gezondheidszorg
ICD	International Classification of Diseases
LCVT	Landelijk Centrum voor Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering
NMT	Neurosequential Model of Therapeutics
TRTC	Top Referent Trauma Centrum/Top Referente Trauma Centra
VERS	Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis
WHO	World Health Organization

Literatuur

Boon, S. Steele, K & Hart, O. van der (2011). *Coping with Trauma-Related Dissociation: Skills Training for Patients and Therapists*. New York, NY: Norton.

Dorrepaal, E., Thomaes, K., & Draijer, N. (2008). *Vroeger en Verder. Stabilisatiecursus na misbruik of mishandeling. Werkboek en handboek*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.

Draijer, N., Langeland, W. (2009). *Trauma, hechting en Verwaarlozing een tweedimensionaal model voor diagnostiek en indicatiestelling bij vroegkinderlijke traumatisering*. Cogiscope, vol. 6(4), 31-38.

Hart, Van der O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2006). *Het belaagde zelf*. Amsterdam: Boom Cure & Care.

Perry, B.D. (2006). Applying Principles of Neurodevelopment to Clinical Work with Maltreated and Traumatized Children: The Neurosequential Model of Therapeutics. In N. Boyd Webb (Ed.), *Working with Traumatized Youth in Child Welfare* (pp. 27-52). New York, NY: The Guilford Press.

Siegel, D. (1999). *The Developing Mind*. New York, NY: Guilford.

DEEL 2

Profielbeschrijving TRTC Drenthe

Het Topreferent Traumacentrum (TRTC) Drenthe is gevestigd in het gebouw De Etstoel in Beilen, en is onderdeel van GGZ Drenthe.



Ingang van de Etstoel

De specialisatie TRTC Drenthe is het behandelen van ernstige en complexe psychotrauma problematiek; te weten complexe PTSS en hoog dissociatieve stoornissen.

Het TRTC is er om cliënten te helpen de gevolgen van chronische traumatisering terug te dringen en de weg te vinden in het leven. Er wordt gewerkt aan herstel en het vergroten van kwaliteit van leven. Als specialistisch centrum heeft het TRTC een functie in de gespecialiseerde GGZ, waarbij zij zich richt op intensieve en langdurige psychotherapeutische behandelingen.

Ook cliënten buiten de regio Drenthe kunnen bij dit TRTC terecht voor consultatie, second opinions, specialistische diagnostiek en specialistische behandeling. TRTC Drenthe is een hoog-specialistische voorziening, cliënten worden doorverwezen door huisartsen, door andere afdelingen binnen GGZ Drenthe, door andere gespecialiseerde GGZ-instellingen of via vrijgevestigde psychotherapeuten. Daarnaast wordt er ook naar elkaar doorverwezen tussen de verschillende TRTC's. De meerderheid van de medewerkers werkt parttime.

De afdelingen

Het TRTC bestaat uit de volgende afdelingen:

1. Complex trauma en dissociatieve problematiek voor chronisch vroegkindelijk getraumatiseerde mannen en vrouwen met een poliklinisch aanbod en deeltijdbehandelingen in groepen, waaronder:
 - stabilisatiegroep voor cliënten met complexe PTSS
 - stabilisatiegroep voor cliënten met complexe PTSS, dissociatief subtype
 - verwerkingsgroep voor cliënten met complexe PTSS
 - nazorggroep voor cliënten met complexe PTSS
 - stabilisatiegroep voor cliënten met complexe PTSS en een persoonlijkheidsstoornis
 - nazorggroep voor cliënten met complexe PTSS en een persoonlijkheidsstoornis

Cliënten met hoog dissociatieve stoornissen (DIS of DS NAO) en cliënten met complexe PTSS die niet geïndiceerd zijn voor groepsbehandeling wordt individuele therapie aangeboden op de polikliniek hoog dissociatieve stoornissen.

Cliënten met complexe PTSS, waarbij na toepassing van eerdere evidence based behandelvormen op een reguliere poliklinische traumabehandeling, sprake is van onvoldoende herstel, zijn geïndiceerd voor de deeltijdbehandeling in een groep.

2. Veteranen en geüniformeerden: poliklinische zorg, modules, deeltijdbehandelingen, lotgenotencontactgroepen en nazorg.

Behandeling voor veteranen

Binnen de GGZ is er een laagdrempelig herstelgericht zorgprogramma met een deeltijdbehandeling, modules en poliklinische behandeling voor veteranen met *uitzend gerelateerde traumaproblematiek* en hun eventuele partner en kinderen. Hierbij is erkenning voor hun ervaringen en klachten, maar daarnaast wordt gewerkt aan herstel middels traumaverwerking, communicatie, het versterken en opbouwen van hun eigen coping strategieën.

Poli voor geüniformeerden

De poli heeft een regio-overstijgend aanbod voor politiemensen, ambulancepersoneel en brandweerpersoneel, die ten gevolge van hun beroep psychische klachten hebben ontwikkeld. De behandeling bestaat uit een poliklinische zorg (individueel, in een groep en systeemgericht).

Dit TRTC is uniek in het aanbod van deeltijdbehandelingen in groepen en het zorgprogramma voor veteranen en geüniformeerden.

Doelstelling en doelgroep

Het TRCT helpt mensen om beter met de gevolgen van traumatische ervaringen om te gaan zodat er in het dagelijkse leven minder last van hebben.

TRTC Drenthe biedt gespecialiseerde zorg voor de volgende doelgroepen:

- Volwassenen die voor het 8^e jaar langdurig traumatische ervaringen hebben meegemaakt zoals: mishandeling, seksueel misbruik of lichamelijke of emotionele verwaarlozing.
- Volwassenen die ten gevolge van de uitvoering van een geüniformeerd beroep klachten hebben ontwikkeld: veteranen, politie, brandweer en ambulancepersoneel.

Deze ervaringen hebben voor vele cliënten gevolgen voor het omgaan met emoties en relaties, hun functioneren in de maatschappij en hun gezin. Het TRTC is erop gericht om cliënten te helpen in hun weg naar herstel. De specialisatie is het diagnosticeren en behandelen van ernstige en complexe psychotrauma problematiek.

Verloop behandelproces

Aanmelding en intake

De huisarts, Klinisch psycholoog, of psychiater kan een cliënt aanmelden voor het zorgprogramma CPTSS en hoog dissociatieve stoornissen. Voor informatie kan een cliënt

zelf contact opnemen met het TRTC. Na de aanmelding voert de cliënt eerst een informatief gesprek met een verpleegkundige. In dat gesprek kan de cliënt vragen stellen over de behandeling en besluiten of hij/zij voor behandeling in aanmerking wil komen. Dan volgt een aantal individuele gesprekken en psychologisch onderzoek om te bepalen of een cliënt geïndiceerd is voor een behandeling bij het TRTC.

De aanmeldingen van de veteranen gaat via het Landelijk Zorgsysteem Veteranen (LZV, www.lzv-groep.nl). Dit is een landelijke ketenzorg met een eigen centraal landelijk aanmeldpunt van het Veteraneninstituut. Aanmelding loopt voor een klein deel via de voordeur van het TRTC en zal dan terug geleid worden naar het LZV. Een medewerker van het team is keten coördinator (SPV) en heeft zitting in het Regionaal Casuïstiek Overleg (RCO) Noord-Oost van het LZV waar alle aanmeldingen en uitstroom besproken wordt. In het team beheert de zorg coördinator de wachtlijst.



Behandelplan

Kenmerk van het TRTC is dat zowel naar trauma's en hechting als naar persoonlijkheidsproblematiek wordt gekeken. Het model van de structurele dissociatie ligt hieraan ten grondslag. De behandeldoelen worden in samenspraak met de cliënt geformuleerd en vastgelegd in het behandelplan. Elk half jaar worden de behandelingen met de cliënt geëvalueerd en wordt de koers uitgezet voor de komende periode.

Terug-of doorverwijzing

Er kan besloten worden dat een cliënt doorstroomt naar een volgende fase van de behandeling. Het komt echter ook voor dat er sprake is van geen of te weinig vooruitgang of zelfs ontregeling door de behandeling. De behandeling kan daarop aangepast worden. Het komt daarbij voor dat er in overleg met de cliënt besloten wordt de cliënt door te verwijzen naar een ander zorgprogramma binnen GGZ Drenthe (bijvoorbeeld langdurige zorg). Er is sprake van korte lijnen met andere afdelingen binnen GGZ Drenthe. Er zijn ook verwijzingen naar andere instellingen, dit is afhankelijk van de problematiek, de hulpvraag en de woonplaats van cliënten.

Inhoud van de behandeling

De behandeling is gebaseerd op het driefasen model (in deel 1 van dit boekje wordt dit model besproken).

A. Zorgprogramma CPTSS en hoog dissociatieve stoornissen

De behandeling binnen de polikliniek hoog dissociatieve stoornissen wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team. De behandeling kan uitgevoerd worden door een (combinatie van) een Klinisch psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog, psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, vaktherapeut en/of een verpleegkundige.

Op de polikliniek zijn ca. 70 cliënten in zorg, een derde hiervan heeft te maken met CPTSS met persoonlijkheidsproblematiek, een derde heeft een DIS en een derde DS-NAO.

Binnen de deeltijdafdelingen is er een gedifferentieerd behandelaanbod ontwikkeld. Deze differentiatie is gericht op de ernst van de onderliggende kwetsbaarheid in de persoonlijkheid, is sekse- en leeftijdsspecifiek en biedt de mogelijkheid van een gefaseerde behandeling volgens richtlijnen. Er zijn ééndaagse en tweedaagse deeltijdprogramma's en nazorgprogramma's. In totaal zijn er ca. 10 behandelgroepen met een maximum van 8 cliënten in een groep. De deeltijdbehandelprogramma's bieden een hoge mate aan structuur, met aandacht voor motivatie, therapietrouw, consistent toepassen van theoretische kaders, de therapeutische alliantie en een actieve houding van de therapeut. Afhankelijk van de doelgroep wordt er gewerkt met (elementen van) mentalization based treatment, schematherapie, cognitieve gedragstherapie, EMDR en emotion focused therapie. Het groepsaanbod bestaat standaard uit verbale en non-verbale therapie (psychomotorische en beeldende therapie). Aan de hand van thema's wordt uitleg gegeven over de (gevolgen van) trauma waarbij o.a. gebruikt gemaakt wordt van het tolerantievenster, machtsdriehoek, emotionele regulatie, G-schema's. Alle onderdelen van het deeltijdprogramma en alle therapeuten werken wekelijks aan hetzelfde thema. De thema's wisselen per groep. Er is altijd sprake van een individuele (psycho)therapie, naast het groepsaanbod. De deeltijdbehandelingen zijn gelimiteerd in de tijd. Een cliënt doorloopt een programma van drie maanden, wat in de verschillende behandelfasen een aantal keer herhaald kan worden. De maximale behandelduur kan daardoor variëren, maar is altijd gelimiteerd. Drop out in de behandelingen is laag (ca. 2%). Dit wordt mogelijk verklaard door de *holding* en *containment* die in de multidisciplinaire deeltijdbehandeling geboden wordt. Binnen de deeltijd zijn ca. 80 cliënten in zorg.

B. Zorgprogramma voor veteranen en geüniformeerden

Het aanbod bestaat uit poliklinische zorg (individueel en systeem), modules gericht op psycho educatie en vaardigheden, deeltijdbehandelingen (groepen met veteranen en groepen met gezinnen), lotgenotencontactgroepen en nazorg.

De behandeling is gericht op herstel en vergroten van kwaliteit van leven middels symptoomreductie en stabilisatie, het vergroten van gevoel van erkenning voor hun inzet bij defensie en de klachten die ze daardoor hebben ontwikkeld. Het vergroten van affect- en impulsregulatie, het vergroten en opbouwen van het zelfsturend vermogen en identiteit, het vergroten van inzicht in de gevolgen van de uitzendingsservaringen op het dagelijkse leven, het herstellen en/of bevorderen van evenwicht tussen draagkracht en draaglast, het verminderen van de uitzending gerelateerde klachten en zo mogelijk verwerken van opgedane trauma's. Het versterken/verbeteren van het functioneren binnen de sociale context en in de burgermaatschappij, op het gebied van werk, communicatie met officiële instanties en vrijetijdsbesteding. Het verbeteren van het contact met de primaire steunsystemen zoals partner, kinderen en familieleden.

Er is recent een module gestart met psycho-educatie over beroep gerelateerde klachten in dit werkveld en trauma, in combinatie met lotgenotencontact.

Samenwerking

Het zorgprogramma veteranen heeft een convenant met het LZV (Landelijk Zorgsysteem Veteranen), zie ook www.lzv-groep.nl. Dit is een militair en civiele zorgketen waarin de samenwerking landelijk en regionaal is geregeld. Er is landelijk een veteranenloket waar cliënten zich kunnen aanmelden.

Daarnaast is er samenwerking met andere afdelingen binnen en buiten de GGz om de zorg voor cliënten zo optimaal mogelijk te organiseren. Zo wordt er samengewerkt met het ABP (SMO, BMB, zorgloket), verschillende nulde lijn instellingen, VNN (verslavingszorg Noord-Nederland), echtpaar- en gezinsbehandeling, reclassering en de AFPN van GGZ Drenthe (Ambulante Forensische Psychiatrie Noord). Een Bed op recept (BOR) behoort tot de interventiemogelijkheden binnen de afdeling acute zorg van GGZ Drenthe. Hier wordt niet vaak gebruik van gemaakt door cliënten.

Het zorgprogramma geüniformeerden werkt samen met de bedrijfsartsen van de Politie Noord Nederland, (in toekomst ambulancepersoneel en brandweer). Er wordt samengewerkt met maatschappelijk werkers van de Basis (LZV) die verwijzingen doen voor politie en brandweer. Daarnaast is er een samenwerkingsverband met Psychotraumacentrum Zuid-Nederland en centrum 45/PDC die dezelfde doelgroep behandelen. Samen bieden zij een aparte klinische voorziening bij crisis. Veteranen vanuit Drenthe kunnen naar Centrum 45 verwezen worden voor *High Intensive Treatment* (klinische opname).

Het TRTC is voldoende verbonden binnen het netwerk van het LZV, met groeipotentie op zowel onderzoek als nieuwe cliëntvragen (brandweer en politie).

Daarnaast is er samenwerking met de Hoecsteen (Herstel Ondersteunend Educatie Centrum), een kweekvijver voor onderlinge steun en kennisuitwisseling over ervaringsdeskundigheid om het herstelgerichte gedachtegoed verder implementeren in de zorgprogramma's binnen GGZ Drenthe. Er wordt ook doorverwezen naar Psytrec.

Profielbeschrijving TRCT Eindhoven

Algemeen

De TRTC Eindhoven is gevestigd in het gebouw De Grijze Generaal. Het TRTC biedt intensieve, langdurige, multidisciplinaire, ambulante behandeling volgens het drie fasenmodel. Hieraan voorafgaand vindt een Welkom & Oriëntatiefase plaats.

In de behandeling bij het TRTC heeft de Therapeutische Gemeenschap (TG) een centrale rol. De TG kent verschillende groepsvormen, onderverdeeld in structuurgroepen en ontwikkelgroepen.



De Grijze generaal

Organisatie: Welkom & Oriëntatiefase en Therapeutische Gemeenschap

De behandeling kent een voortraject (Welkom & Oriëntatiefase) van maximaal 1 jaar.

Na de W&O fase volgt de Therapeutische Gemeenschap (TG) waarin maximaal 4 jaar behandeling kan plaatsvinden. Deze lange behandeling is nodig om de complexe gevolgen van chronisch trauma aan te kunnen pakken. Het grootste deel van de behandeling binnen de TG vindt plaats in groepen. Daarnaast krijgt elke cliënt individuele therapie. De traumaverwerking vindt grotendeels in de individuele therapie plaats.

De TG, die ondertussen meer dan 160 cliënten telt, bestaat uit structuurgroepen (dagelijkse basis van de TG) ontwikkelgroepen (t.b.v. de ontwikkeling van de TG en het TRTC) en modules.

Therapeutische gemeenschap:

- *Structuurgroepen zijn: Ankergruppen, Dagelijks Bestuurgroepen, Participatieraad.*
- *Ontwikkelgroepen zijn: Brainstormgruppen, Klankbordgruppen, Werkgroepen*
- *Modules zijn: Vaardigheidstraining, vaktherapie, psycho-educatie, 'in en uit de puree', 'Trauma de baas', Stabilisatiegroep, Dagbehandeling*

Doelstelling

Het doel is om de gevolgen van chronische (hechtings)trauma's terug te dringen.

Doelgroep

Het TRTC Eindhoven heeft 280 cliënten in behandeling (peildatum: januari 2017), waarvan de meerderheid vrouw is (80%). 70% van de cliënten heeft al diverse andere behandelingen gehad voordat ze bij het TRTC Eindhoven uitkwamen. Bijna altijd is er sprake van chronische vroegkinderlijke traumatisering en daaruit voortvloeiende hechtingsproblemen. Diagnostisch staan complexe vormen van PTSS en complexe dissociatieve stoornissen op de voorgrond.

Verloop behandelproces

Aanmelding en intake

Aanmelding gebeurt via de verwijzer (huisarts, specialist). Een cliënt kan zelf ook contact opnemen voor informatie. Zo nodig kan het Top Referent TraumaCentrum bemiddelen bij de aanmelding. Nadat de aanmelding is ontvangen, worden een aantal gesprekken gevoerd om meer zicht te krijgen op de problematiek (individuele gesprekken, afname van testen en afname van interviews). Doel is om te onderzoeken of de cliënt tot de doelgroep van het TRTC behoort en welke behandeling passend zou kunnen zijn.

Behandelplan

Als de cliënt tot de doelgroep van de TRTC behoort, wordt samen met de cliënt een behandelovereenkomst opgesteld. Tijdens de behandeling bekijkt de behandelverantwoordelijke samen met de cliënt of de behandeldoelen bereikt zijn en of deze bijgesteld moeten worden. Op basis van deze evaluaties wordt steeds een nieuwe behandelovereenkomst opgesteld. Naargelang de behandeling vordert, is er ook meer aandacht voor de perspectieven van de cliënt met betrekking tot werk, studie of andere zaken in het dagelijks leven.

Terug-of doorverwijzing

Mocht blijken dat het TRTC geen geschikte behandeling kan bieden, dan geeft de TRTC een concreet advies voor alternatieven. Als de behandeling bij het TRTC ten einde loopt, wordt onderzocht of er nog nazorg of een vervolgbehandeling nodig is.

Inhoud van de behandeling

Het specifieke aan de visie op behandeling bij het TRTC is vooral gelijkwaardigheid; het is de bedoeling dat de behandelaars en begeleiders zo min mogelijk de expert-positie innemen. De behandeling is iets dat cliënten en het behandelteam samen moeten doen. In dit kader ligt ook veel verantwoordelijkheid voor het werken aan de behandeling bij de cliënten; zij moeten immers zelf beter met hun situatie om leren gaan.

Het TRTC is een zelforganiserend triadisch centrum. Cliënten, naasten en hulpverleners doen het samen waarbij de verantwoordelijkheid zo laag mogelijk wordt gelegd en communicatie zo transparant mogelijk is.

Welkom & Oriëntatiefase

Voordat mensen starten met de TG, wordt in de Welkom & Oriëntatiefase al het nodige aan voorbereidende (behandel)activiteiten gedaan:

- Zelf aan het werk met o.a. e-health, ondersteund door psycholoog/spv/casemanager
- Specialistische diagnostiek
- Psycho-educatie over vroegkinderlijk trauma en de gevolgen later in het leven

- Betrekken van naasten: gesprek over ouderschap, gesprek over partnerrelatie
- Opties die farmacotherapie kan bieden
- Introductie-module Beeldende Therapie
- Introductie-module Psychomotore Therapie
- Eventueel voorbereiding richting Therapeutische Gemeenschap (TG)

Bij de eindevaluatie worden de bevindingen uit de W&O samen met de cliënt omgezet in een actuele hulpvraag. Behandel mogelijkheden binnen en buiten TRTC worden besproken, passend bij de vraag en mogelijkheden van de betreffende cliënt.

Indien cliënten kiezen voor behandeling bij TRTC Eindhoven zijn er 2 mogelijkheden.

De eerste mogelijkheid betreft een kort, op verwerking gericht traject. Omdat hiervoor een hoge mate aan stabiliteit belangrijk is, komt slechts een beperkt aantal van de bij TRTC aangemelde cliënten in aanmerking voor dit traject. De tweede mogelijkheid betreft deelname aan de TG in combinatie met individuele therapie,

Therapeutische Gemeenschap

Eenmaal in de TG vindt de behandeling voor een belangrijk deel plaats via de structuurgroepen (ankergroepen, dagelijks bestuur en participatieraad) en de ontwikkelgroepen, maar er worden ook diverse behandelmodules aangeboden die voortbouwen op de “basiscursus psycho-educatie” die in de W&O fase is gevolgd. Deze cursus, bestaande uit 6 sessies van ieder twee uur, kan groepsgewijs worden gevolgd maar ook individueel via e-health. Na afronding hiervan kunnen cliënten deelnemen aan de module “Psychoeducatie: Relationale gevolgen”. De bij TRTC gehanteerde crisispreventieplannen zijn ook gebaseerd op de psycho-educatie module.

Er zijn twee intensieve vaardigheidstrainingen: één rond complexe vormen van PTSS en één rond DIS. Er wordt in deze trainingen gewerkt aan de hand van uitgebreide scholingsboeken. De trainingen beslaan 24 (complexe vormen van PTSS) tot 30 (DIS) sessies van ieder 2 uur.

Cliënten kunnen een meer of minder intensief ambulant programma volgen. Zo kan Traumadagbehandeling, 1 dag per week gedurende een jaar, toegevoegd worden aan de andere behandelonderdelen. Cliënten kunnen dit alleen volgen als zij eerst een vaardigheidstraining hebben gedaan. Bij de traumadagbehandeling draait het om de kracht van de herhaling en reflectie. De dag wordt afgesloten met beeldende therapie.

Bij de Stabilisatiemodule ligt de nadruk op basale stabilisatie en het versterken van autonomie. Deze module duurt maximum 26 weken, 1,5 uur per week. Verlenging met 8 weken is mogelijk. Bij de start van deze module worden doelen bepaald en kijken deelnemers hoe ze de groep willen inzetten. Het is een open groep, zodat cliënten kunnen leren van elkaar en elkaars deskundigheid.

Er worden diverse modules aangeboden voor Psycho Motorische Therapie PMT; (6 modules) en voor Beeldende Therapie (5 modules). Voor beide vaktherapieën is een introductiemodule beschikbaar van 5 sessies, terwijl de verdiepende modules ieder 12 sessies beslaan. Iedere sessie (voor zowel de introductie als de verdiepende modules) duurt 75 minuten.

De behandeling bij het TRTC wordt zo veel als mogelijk blended vorm gegeven. Cliënten kunnen volop aan de slag via eHealth: er wordt gewerkt met modules van MindDistrict en eigen ontwikkelde modules. In de W&O-fase worden zo'n 40 modules ingezet. Verder wordt de app (The Journey) gebruikt, die mede ontwikkeld is door cliënten en medewerkers van het TRTC.

Er is ook de mogelijkheid om medicatie, farmacotherapie, in te zetten in het behandeltraject. Dit loopt via de psychiater, die in het algemeen eerst inventariseert welke

medicatie in het verleden al is gebruikt en welk effect deze heeft gehad. Ook de houding van cliënten ten opzichte van (bepaalde) medicatie wordt in dit onderzoek meegenomen. Bij cliënten die veel medicatie gebruiken ten tijde van de aanmelding wordt samen gekeken of het mogelijk is om met (een gedeelte van) deze medicatie te stoppen. De psychiater ziet cliënten regelmatig (ongeveer 1 keer per 4 weken als medicatie wordt ingesteld). Voor partners van cliënten bestaat de mogelijkheid om de cursus Trauma de baas te volgen. Hier krijgen ze informatie over de invloed van traumatische ervaringen op een cliënt, zijn partner en het gezin. Partners wisselen onderling ervaringen uit en hebben de mogelijkheid om elkaar na de cursus in een lotgenotengroep te blijven ontmoeten.

Samenwerking

Soms is het traject van het TRTC te intensief (bijvoorbeeld als werk en behandeling gecombineerd moet worden) en zijn cliënten meer gebaat bij een traject buiten het TRTC. Hiervoor wordt aansluiting gezocht bij andere traumacentra, zoals bijvoorbeeld PsyTrec. Een andere vorm van samenwerking die nu al plaatsvindt, is het verrichten van consultatie en specialistische diagnostiek voor externe partijen.

Omdat het belangrijk is om zowel binnen de GGz maar ook daarbuiten (binnen andere hulpverleningsinstellingen, maar ook in de maatschappij) meer aandacht te besteden aan de gevolgen van complexe, chronische traumatisering is GGzE in 2017 gestart met een Expertisecentrum Psychotrauma. Het expertisecentrum psychotrauma streeft de volgende doelstellingen na:

- Vergroten van de aandacht voor complexe, chronische traumatisering en de gevolgen hiervan.
- Uitbreiden en versterken van het netwerk voor opvang, begeleiding en behandeling van cliënten met complexe, chronische traumatisering.
- Verbreden en verspreiden van de kennis t.a.v. complexe, chronische traumatisering.
- Onderzoeken van prevalentie, diagnostiek en behandeling van de gevolgen van complexe, chronische traumatisering.

Enkele medewerkers van het TRTC zijn kartrekkers van dit expertisecentrum en andere teamleden zullen een bijdrage leveren aan het geven van supervisie of het vormgeven van opleidingen of trainingen.

Profielbeschrijving TRTC Altrecht

Het TRTC Altrecht is gevestigd op het Sanatoriumterrein in Zeist in een karakteristieke oude villa, de Coppel geheten. Het TRTC staat vanwege de vestigingsplaats ook bekend als TRTC Zeist. Het is onderdeel van de GGZ-instelling Altrecht, waar mensen met een ernstige en complexe psychiatrische ziekte terecht kunnen voor specialistische behandeling. Jaarlijks behandelt Altrecht zo'n 25.000 mensen. Bij Altrecht werken ongeveer 2700 mensen, onder meer in Utrecht, Nieuwegein, Zeist, Den Dolder en Woerden.



De Coppel

TRTC Altrecht is ontstaan in 2007, vanuit de behoefte om cliënten met Complexe PTSS of een ernstige dissociatieve stoornis binnen een gespecialiseerd team te behandelen, zodat de mogelijkheid gecreëerd werd om een specifiek groepsaanbod te ontwikkelen en de behandelaren zich verder konden specialiseren.

TRTC Altrecht biedt second opinions op het gebied van diagnostiek en behandelbaarheid specifiek gericht op ernstige traumagerelateerde stoornissen. Daarnaast wordt er ambulante individuele en groepsbehandeling aangeboden. Naast psychotherapie en steunend-structurerende behandeling, bevat het aanbod ook beeldende therapie en Psychomotore therapie (individueel en in groepsverband). Er wordt tevens gewerkt met e-health. Het groepsaanbod bestaat uit vaardigheidstrainingen en een eendaagse deeltijd. Er is sprake van gemengde groepen, mits er minimaal 2 cliënten van dezelfde sekse deelnemen.

Momenteel zijn ca 130 cliënten in behandeling in de leeftijd 18 jaar tot 65 jaar. Het merendeel is vrouw (ca 80%), de gemiddelde leeftijd van cliënten ligt rond de 40 jaar (18-65 jaar). Een deel van de cliënten is afkomstig uit de provincie Utrecht, maar de regionale spreiding is vrij groot; veel cliënten komen uit andere provincies.

Doelgroep

De TRTC Altrecht biedt gespecialiseerde zorg aan volwassenen die te maken hebben met de gevolgen van ernstige traumatisering in hun kinderjaren (vroegkindelijke chronische traumatisering). Het gaat om mensen die tijdens hun kindertijd zwaar en langdurig zijn

mishandeld en verwaarloosd. Dat kan zijn op emotioneel, lichamelijk en/of seksueel gebied. Als gevolg hiervan hebben zij zeer ernstige psychische en (vaak) lichamelijke klachten en sociaal-maatschappelijke problemen in het dagelijks leven ontwikkeld.

De TRTC richt zich op de behandeling van enkele specifieke traumagerelateerde diagnoses:

- Complexe Post Traumatische Stress Stoornis (CPTSS)
- Dissociatieve Identiteits Stoornis (DIS)
- Andere gespecificeerde dissociatieve stoornis (AGDS), type 1 en 2 (Dissociatieve Stoornis Niet Anders Omschreven, type 1 in DSM-IV)

Het betreft cliënten die elders in de SGGZ vaak onvoldoende behandeld kunnen worden, omdat het zowel om een traumagerichte als een hechtingsgerichte behandeling gaat en het specifieke expertise vraagt binnen een specialistische team waarin (ook voor de medewerkers) voldoende holding is en samenwerking tussen diverse disciplines, waaronder vaktherapie.

Behandelproces

Aanmelding en intake

Cliënten worden verwezen door huisartsen, vrijgevestigde behandelaren of verwijzers vanuit de basis- of de gespecialiseerde GGZ. De aanmelding wordt beoordeeld door de aanmeldcoördinator (SPV). Er wordt informatie opgevraagd bij de verwijzer. Er wordt uitgebreide diagnostiek ingezet naar de aard en de ernst van de dissociatieve stoornis en/of PTSS en/of persoonlijkheidsproblematiek. In een multidisciplinair overleg wordt het onderzoek besproken en volgt een conclusie en een behandeladvies aan verwijzer en cliënt. Indien een cliënt geïndiceerd is, wordt ook de wachttijd voor behandeling besproken. Helaas kan deze lang zijn, gezien de beperkte omvang van het team, de grote behandelvraag en de behandelduur die over het algemeen een aantal jaar is, waardoor zowel de in- als de uitstroom druppelsgewijs verloopt.

Behandelplannen en doelen

In samenspraak met cliënten wordt er bij start van de behandeling een behandelplan opgesteld, wat elk half jaar wordt geëvalueerd en elk jaar wordt vernieuwd (in samenspraak met de cliënt en het behandelteam). Naast het verminderen van klachten en het stabiliseren van het functioneren, is het verbeteren van de kwaliteit van leven een belangrijk behandelgoal. Vaardigheden die centraal staan zijn o.a. emotieregulatie zelfzorg, zelfbeeld en sociale interactie.

In het behandelplan staan de DSM en de beschrijvende diagnose, probleem- en hulpvraag vanuit behandelaar en cliënt, het zorgpad label en de maximale duur daarvan. Verder de afspraken die gemaakt zijn: wie is hoofdverantwoordelijk, wat is de contactfrequentie en met wie zijn de gesprekken, welke aanvullende behandelingen zijn afgesproken en wie voert die uit en wat zijn de crisisafspraken. Per doel wordt opgeschreven waar naar gestreefd wordt en op welke manier.

Via e-health krijgt de cliënt een deel van dit behandelplanformat, dat ze zelf in kunnen vullen ter voorbereiding, evenals de evaluatie. De cliënt leest en accordeert het behandelplan.

Intensiteit en duur van de behandeling

Cliënten met een dissociatieve stoornis en CPTSS worden meestal één keer per week individueel gezien (doorgaans een sessie van 45 minuten). In principe neemt iedere cliënt tevens deel aan een groep, tenzij er contra-indicaties voor zijn. Het (lotgenoten) contact met medecliënten is meestal erg waardevol, naast het uitwisselen van ervaringen.

Het komt voor dat cliënten nog niet in een veilige situatie zijn, bij wie het misbruik en/of de mishandeling voortduurt. Zij hebben soms op indicatie meerdere contactmomenten per week, omdat dit de hechtings- en samenwerkingsrelatie kan bevorderen en de weerbaarheid om het misbruik te stoppen doet toenemen.

Een totale behandeling kan 5 tot 10 jaar duren.



Wacht- en ontvangstruimte TRTC Zeist

Inhoud van de behandeling

De behandeling bestaat uit individuele gesprekken en op indicatie aanvullende behandeling (individueel, in een groep of middels e-health). Hieronder volgt een overzicht van de verschillende behandelvormen bij TRTC Altrecht. Meer herstelgericht werken is een wens, meer samen met wijkteams, daar waar mogelijk. Dit is volop in ontwikkeling.

Individuele therapie

- Psychotherapie
- Steunend-structurerende behandeling
- Beeldende therapie
- Psychomotore therapie
- Farmacotherapie

Relatietherapie/systeemtherapie

- Op indicatie is er systeemtherapie beschikbaar. Verder is er altijd de mogelijkheid om in de behandeling zelf de partner of kinderen uit te nodigen naasten uit te nodigen om bijvoorbeeld psycho-educatie te geven, te evalueren of om zorgen te bespreken.

Groepstherapie

- DIS vaardigheidstraining: 26 wekelijkse bijeenkomsten van totaal 2 uur, horend bij fase 1 behandeling. In de training leren cliënten meer controle te krijgen op de klachten die te maken hebben met de dissociatieve stoornis, waardoor het dagelijks leven stabiel wordt. Cliënten leren vaardigheden aan om beter met de klachten om te kunnen gaan en er wordt voorlichting gegeven over de diagnose DIS of AGDS. Er is een avond voor naasten en betrokkenen met informatie over DIS en AGDS.
- DIS deeltijd: een verdiepend vervolg op de vaardigheidstraining, 1 dag per week, ongeveer 1 jaar durend. Het is gericht op verdere bewustwording, begrip, acceptatie en verbeteren van de samenwerking met de dissociatieve delen van de persoonlijkheid. Het doel is meer contact te gaan maken met de binnenwereld wat zal leiden tot meer controle en structuur in het dagelijks leven. Er is onderlinge er- en herkenning.
- CPTSS deeltijd: bestaat uit vier blokken. Een blok duurt 15 weken en wordt gegeven op een vaste dag per week. In elk blok werkt de cliënt aan een individueel doel. Blok 1 richt zich op psycho-educatie en leefstijl, blok 2 op emoties en grenzen, blok 3 op emoties en grenzen en 4 op schema's. Er is een avond voor naasten en betrokkenen met informatie over CPTSS.
- Grenzengroep: voor cliënten die problemen hebben met het (h)erkennen van hun grenzen en over hun grenzen willen (leren) communiceren. Het betreft een wekelijkse groep van 2 uur (gedurende 3 maanden tot maximaal 1 jaar) waarbij de alternerend beeldende therapie en Psychomotorische therapie (PMT) wordt gegeven. Beide therapievormen nodigen uit tot handelen en experimenteren en het opdoen van nieuwe ervaringen.
- Partnergroep: voor partners van mensen met DIS en ASDG. Deze groep staat zowel open voor partners van interne cliënten als cliënten die extern behandeld worden. Het betreft 5 bijeenkomsten waarbij informatie en handvatten worden aangereikt waarmee partners leren hoe om te gaan met de DIS of AGDS, de mogelijke gevolgen voor de relatie en/of het gezin. Tevens zijn er terugkombijeenkomsten (ongeveer 3 keer per jaar). Het lotgenotencontact blijkt een belangrijke meerwaarde in deze groep.

E-health (Karify)

- Alle huiswerkopdrachten van de CPTSS en DIS vaardigheidstrainingen worden digitaal aangeboden. Er zijn apps met oefeningen. Email contact met behandelaren vindt via deze beveiligde website plaats en de cliënt heeft de mogelijkheid het behandelplan voor te bereiden, evenals de evaluatie van de behandeling.

Samenwerking

TRTC Altrecht neemt deel aan het landelijke netwerk TRTC Nederland. De uitwisseling met medewerkers van de andere TRTC's vindt daarnaast vooral plaats tijdens congressen, bijeenkomsten, telefonische en/of mailcontacten. Voor langerdurende klinische of intensieve deeltijd behandeling specifiek voor dissociatieve stoornissen of CPTSS wordt doorverwezen naar de TRTC in Ermelo. Indien intensieve traumaverwerking geïndiceerd is, wordt onder andere samengewerkt met de verwerkingskliniek van GGZ Friesland, PSYTREC of Centrum 45. Als er veel onrust in het dagelijks leven is, rond huisvesting of andere omstandigheden, wordt hier eerst aandacht aan besteed, voordat een vorm van psychotherapie wordt ingezet. Het gaat om zaken als een crisisplan, afspraken over wonen, thuisbegeleiding etcetera.

Profielbeschrijving TRTC Den Haag

Het Topreferent Traumacentrum (TRTC) Den Haag is gevestigd in Den Haag op het terrein van de Parnassia Groep aan de Monsterseweg en is in 2010 ontstaan vanuit het Centrum Dissociatieve Stoornissen (CDS).



Ingang TRTC Den Haag

Het TRTC is gespecialiseerd in de poliklinische behandeling van mensen met psychische klachten als gevolg van vroege en langdurige interpersoonlijke traumatisering. Organisatorisch vormt het TRTC een onderdeel van het Centrum Intensieve Behandeling (CIB) van het zorgbedrijf Palier van de Parnassia Groep. Binnen het TRTC Den Haag worden diagnostisch onderzoeken en second opinions verricht en er wordt behandeling gegeven aan individuen, systemen en groepen. Daarnaast biedt het TRTC Den Haag consultatie aan andere GGz-instellingen.

Het TRTC Den Haag heeft momenteel circa 120 patiënten in behandeling, in de leeftijd van 18 tot 65 jaar. Vaak is er bij hen sprake van een lange behandelgeschiedenis. De behandelduur neemt over het algemeen meerdere jaren in beslag. Er is momenteel sprake van een lange wachttijd (circa 2 jaar).

Het TRTC Den Haag heeft een landelijk aanbod, patiënten uit heel Nederland komen in principe voor behandeling in aanmerking. De meeste patiënten komen uit de provincies Zuid-Holland, Noord-Holland en Zeeland.

Het TRTC Den Haag beschikt over een eigen sportzaal. Verder zijn er aparte ruimtes voor beeldende therapie, dramatherapie en activiteitenbegeleiding. Het gebouw is geheel gelijkvloers en rolstoeltoegankelijk.

Doelgroep

Het TRTC Den Haag richt zich op de poliklinische behandeling van patiënten met psychische en psychiatrische klachten als gevolg van vroege en langdurige interpersoonlijke traumatisering. Veel voorkomende vormen van problematiek hierbij zijn posttraumatische stressklachten, depressie- en angstklachten, suïcidaliteit, zelfbeschadigend gedrag, dissociatieve stoornissen, eetstoornissen, persoonlijkheidsproblematiek, problemen met

interpersoonlijke relaties en medisch onverklaarde klachten (bijv. pijnstoornis en aan conversieklachten).

Er is vaak sprake van een verminderd of beperkt mentaliserend vermogen of dissociatieve klachten welke veel invloed hebben op het behandelcontact. Binnen het behandelcontact kan sprake zijn van herhaling van oude traumatiserende patronen in de interactie waarmee rekening gehouden dient te worden tijdens de behandeling.

Als gevolg van de psychische en psychiatrische klachten hebben patiënten bovendien vaak problemen op sociaal-maatschappelijk gebied die ook aandacht vragen. Acting out of ontwrichtend gedrag en crisissituaties komen voor tijdens en buiten behandelcontacten. Het TRTC Den Haag heeft zich gespecialiseerd in de behandeling van zelfbeschadigend gedrag en suïcidaliteit.

Bij patiënten bij wie sprake is van primaire verslavingsproblematiek, een verstandelijke beperking en/of een meer orthopedagogische hulpvraag bestaat de mogelijkheid tot een co-behandeling.

Behandelproces

Aanmelding en intake

Patiënten worden aangemeld door een behandelaar van een andere GGz-instelling of door hun huisarts. Patiënten kunnen zich ook zelf aanmelden, mits zij een verwijfsbrief hebben van hun huisarts of een behandelaar uit de basis of specialistische GGZ. Allereerst wordt gekeken of een patiënt binnen de doelgroep van het TRTC Den Haag valt, waarna een of meerdere intakegesprekken volgen. In het intake-team van het TRTC Den Haag wordt vervolgens beslist of er een indicatie is voor een behandeling. Een diagnostisch vervolgtraject, om een inschatting te kunnen maken van de aard en de ernst van de problematiek, behoort ook tot de mogelijkheden.

Wanneer er een indicatie is voor een behandeling wordt een patiënt op de wachtlijst geplaatst. In het multidisciplinaire teamoverleg van het TRTC wordt vervolgens bepaald wanneer en bij welke behandelaar een patiënt zijn behandeling kan gaan starten.

Behandelplan

Schade als gevolg van seksueel misbruik of verwaarlozing heeft in sommige patiënten verregaande desintegratie en/of structurele dissociatie van de persoonlijkheid tot gevolg³. Wanneer de schade door een primaire verzorger wordt aangericht, door misbruik en/of verwaarlozing, is herstel alleen mogelijk binnen een veilige hechtingsrelatie die een corrigerende ervaring biedt. Het aangaan, bereiken en consolideren van een therapeutische behandelrelatie is hiermee het voornaamste behandeldoel. Door middel van een gezonde, stabiele behandelrelatie wordt ruimte gecreëerd voor een verwerkingsgerichte behandeling. Het behandelcontact wordt vormgegeven vanuit het gedachtengoed van de cliëntgerichtheid psychotherapie, vanuit onvoorwaardelijke acceptatie en authenticiteit⁴. De ernst van de aangerichte psychische schade is bij sommige patiënten dusdanig groot dat begeleidende contacten gericht op consolidatie van het bereikte psychische evenwicht soms de hoogst haalbare behandeldoelstelling is.

Gedurende de eerste behandelperiode wordt, in samenwerking met de patiënt, het behandelplan opgesteld. Wanneer een patiënt akkoord is met het behandelplan, wordt dit

³ Hart, O. van der, Nijenhuis, E., & Steele, K. (2013). Het belaagde zelf. Amsterdam, The Netherlands: Boom.

⁴ Rogers, C. R., & Kramer, P. D. (2012). On becoming a person: A Therapist's View of Psychotherapy (2e ed.). New York, NY, USA: Mariner Books.

in het multidisciplinaire teamoverleg besproken en vastgesteld. Het behandelplan kan in overleg met de patiënt tussentijds gewijzigd worden.

Een keer in de zes maanden vindt er een evaluatie van de behandeling plaats door de patiënt en de betrokken behandelaren. Het individuele behandelplan en de behandelafspraken worden hierbij geëvalueerd. Er worden nieuwe afspraken gemaakt voor de komende periode en er wordt bepaald of de behandeling wordt voortgezet of beëindigd. Hiernaast wordt bij de evaluatie van de behandeling gebruik gemaakt van vragenlijsten om de voortgang van de behandeling inzichtelijk te maken.

De coördinerend en uitvoerend behandelaar zet de behandellijnen uit en stemt deze af met de hoofdbehandelaar. De patiënten zien hun hoofdbehandelaar minimaal één keer per jaar.

Terug-of doorverwijzing

Bij de afronding van de behandeling wordt door de behandelaar een evaluatiegesprek gehouden en er worden opnieuw enkele vragenlijsten afgenomen. De behandelaar schrijft een ontslagbrief aan de huisarts en aan een eventuele nieuwe behandelaar (waarbij ook de praktijkondersteuner van de huisarts en een wijkteam tot de mogelijkheden behoren).



Receptie TRTC Den Haag

Behandeling

Binnen de (psycho)therapeutische behandeling kunnen 3 verschillende fases onderscheiden worden:

Fase 1: gericht op regulatie / symptoomreductie;

Fase 2: gericht op traumaverwerking;

Fase 3: gericht op rouw / integratie en resocialisatie

Tijdens de intakefase wordt beoordeeld of een patiënt in staat is om een inzicht gevende en op verandering gerichte behandeling aan te kunnen. Deze patiënten starten hun behandeling over het algemeen bij een GZ-psycholoog, een psychotherapeut of een klinisch psycholoog.

Iedere patiënt start met een individuele behandelaar, met wie ook een behandelplan wordt opgesteld en naar de inhoud van de behandeling wordt gekeken. In deze eerste behandelperiode staat het opbouwen van een behandelrelatie centraal. (weer enkele zinnen weglaten, voegt mijn inziens weinig toe). De behandelvorm en inhoud die uiteindelijk gekozen wordt, hangt van diverse factoren af als hechtingsstijl, dynamiek in het contact, problematiek, klachten, motivatie en draagkracht.

Behandeling binnen het TRTC kan bestaan uit begeleiding door een SPV, basispsycholoog of ambulant verpleegkundige onder supervisie van een klinisch psycholoog of psychiater of behandeling door een GZ-psycholoog (i.o.), psychotherapeut (i.o.) of klinisch psycholoog (i.o) onder supervisie van een klinisch psycholoog of psychiater.

Inhoud van de behandeling

De individuele behandeling bestaat uit een op begeleiding en stabilisatie gerichte behandeling door een SPV, basispsycholoog of ambulant verpleegkundige of een vorm van psychotherapie door een GZ-psycholoog (i.o.), psychotherapeut (i.o.) of klinisch psycholoog (i.o.). Daarnaast zijn alle patiënten onder behandeling van een psychiater, die zij minimaal een keer per jaar zien.

Naast deze vormen van individuele behandeling behoort een individuele vorm van vaktherapie tot de mogelijkheden. Binnen het TRTC Den Haag wordt beeldende therapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie (PMT) aangeboden.

Een patiënt kan ook deelnemen aan diverse groepstherapieën. Binnen het TRTC Den Haag worden zowel gestructureerde, gesloten groepen (modules) als ongestructureerde, open groepen aangeboden.

Een module is een vaststaand therapieprogramma van meerdere weken, bestaande uit psycho-educatie en het oefenen van diverse vaardigheden. Modules worden gevolgd tijdens een vaste periode en met een vaste groep. Voorbeelden hiervan zijn de module 'Leren oriënteren' en de module 'Omgaan met boosheid'. Daarnaast wordt de stabilisatiecursus Vroeger en Verder en de training Omgaan met traumagerelateerde dissociatie aangeboden.

Bij de open vorm van groepstherapie speelt de inbreng van de groep een zeer belangrijke rol. Voorbeelden van deze vorm van groepstherapie zijn de weekdoelengroep, de huiskamergroep en de gespreksgroep voor patiënten met dissociatieve stoornissen. Bij deze vorm van groepstherapie is instroom doorlopend mogelijk. Tijdens de evaluatie van de behandeling wordt ook stilgestaan bij het al dan niet voortzetten van deelname aan een van deze groepen. Therapiegroepen kunnen ook gevolgd worden door patiënten met een hoofdbehandelaar die niet aan het TRTC Den Haag verbonden is.

Afhankelijk van de situatie en wensen van de patiënt kan een partner, kind, familielid of andere relatie bij de behandeling betrokken worden. In de beginfase wordt gestreefd naar minimaal één gesprek met het systeem. Tijdens de behandeling behoren systeembegeleiding en systeemtherapie tot de mogelijkheden.

Groepen en modules

- Weekdoelengroep
- Huiskamergroep
- Module Oriënteren
- Module Omgaan met zelfbeschadiging
- E-health module Omgaan met zelfbeschadiging
- Stabilisatiecursus Vroeger en Verder
- Training Omgaan met traumagerelateerde dissociatie

Individuele therapieën

- Psychotherapie (waaronder ook diverse vormen van traumaverwerking)
- Op stabilisatie gerichte behandeling/begeleiding
- Psychiatrische en medicamenteuze behandeling
- Vaktherapieën (drama-, muziek-, beeldende en psychomotorische therapie)
- Sport en bewegen

Andere vormen van ondersteuning

- Activiteitenbegeleiding
- Maatschappelijk werk
- Begeleiding en zorgcoördinatie

Samenwerking

Het TRTC Den Haag werkt samen met de ketenpartners in de regio, bijvoorbeeld PsyQ Psychotrauma, Centrum Persoonlijkheidsproblematiek en diverse wijkteams. Op nationaal niveau wordt binnen TRTC Nederland samen gewerkt op meerdere vlakken (het leveren van een bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek, bijvoorbeeld het PAD-2 onderzoek en het grote onderzoek naar Schematherapie bij DIS; meeschrijven aan de zorgstandaard dissociatieve stoornissen), waarbij de inhoudelijke professionals kennis delen en we proberen de kwaliteit van zorg voor deze doelgroep te optimaliseren.

Profielbeschrijving TRTC Transit

TRTC Transit

Top Referent Trauma Centrum Transit is onderdeel van GGZ Centraal en vormt een organisatorische eenheid met het Centrum Voor Psychotherapie. TRTC Transit is gevestigd in gebouw Zonneweide op landgoed Veldwijk in Ermelo.

TRTC Transit is een transmuraal centrum dat behandeling biedt aan cliënten die lijden aan de gevolgen van vroegkinderlijke chronische traumatisering. De traumatisering is bij velen begonnen voor het 8ste levensjaar en heeft veelal te maken met emotionele verwaarlozing, fysiek en/of seksuele mishandeling, traumatische verliezen en herhaaldelijk ondergaan van pijnlijke medische handelingen.



Ingang van gebouw Zonneweide

Voor de deeltijd en klinische behandelingen kunnen cliënten uit heel het land zich aanmelden (bovenregionaal). Voor cliënten die binnen de regio van GGZ-Centraal wonen, is er ook een ambulant aanbod.

Ambulante behandeling is geïndiceerd voor cliënten die voldoende functioneren of juist voor cliënten die door hun trauma zo beschadigd zijn dat zij niet aan groepen kunnen deelnemen. Er wordt gekozen voor deeltijdbehandeling wanneer eerdere (specialistische) ambulante behandeling niet toereikend is gebleken, het gezin/steunsysteem overbelast raakt of in het geval dat cliënten aangeven een intensieve en korte behandeling te willen. Een klinische behandeling vindt plaats wanneer cliënten crisisgevoelig zijn, het steunsysteem overbelast is, eerdere hulpverlening niet toereikend is gebleken én coaching bij zelfzorg nodig is. De ambulante en intensieve behandeling is mogelijk voor zowel vrouwen als mannen, wanneer er minimaal 2 mannen tegelijkertijd in een groep kunnen beginnen.

Doelgroep

Transit biedt behandeling bij de volgende trauma-gerelateerde stoornissen:

- Complexe PTSS, al dan niet in combinatie met (milde) persoonlijkheidsproblematiek
- Dissociatieve stoornis, depersonalisatiestoornis
- Dissociatieve identiteitstoornis

Cliënten tussen de 18 en 60 jaar komen in aanmerking voor behandeling in de zorglijn traumagerelateerde problematiek wanneer sprake is van:

1. Type 2⁵ trauma of een vermoeden daarvan op basis van de aanwezigheid van een traumagerelateerde as 1 stoornis of as 1 stoornissen in combinatie met hechtingsproblematiek en of persoonlijkheidsproblematiek, waarbij de samenhang met een trauma zeer aannemelijk is, en
2. Er sprake is van vroegkinderlijk (voor 11 levensjaar) en langdurige traumatisering, en
3. Er is een duidelijke vraag naar gerichte behandeling, met het trauma of de gevolgen daarvan als focus.
4. Behandeling in de gespecialiseerde GGZ is ontoereikend gebleken.

Aanmelding en intake

Intake

Cliënten worden schriftelijk aangemeld. Doorgaans wordt de aanmelding gedaan door collega's werkzaam in gespecialiseerde GGZ-instellingen, vrijgevestigde hulpverleners of huisartsen. Aan de hand van de verwijfsbrief wordt gekeken of de cliënt in aanmerking komt voor zorgtoewijzing bij TRTC Transit. Wanneer dit het geval is wordt de cliënt uitgenodigd voor een diagnostisch traject welk bestaat uit: een intake, psychologisch onderzoek en de Observerende Vaardigheid Training (OVT). Als dit traject is afgerond wordt definitief besloten of Transit het meest passende aanbod heeft voor de cliënt.

Psychologisch onderzoek

Na de intake wordt een werkhypothese/diagnose gesteld die tijdens het psychologisch onderzoek geobjectiveerd wordt door middel van gestandaardiseerde diagnostische interviews en vragenlijsten. Na de intake zal er door middel van gestandaardiseerde diagnostische interviews DSM-5 classificaties gesteld worden.

Observerende Vaardigheids Training (OVT)

Wanneer uit de intake en het psychologisch onderzoek blijkt dat de cliënt is geïndiceerd voor intensieve behandeling (deeltijd of klinisch) bij TRTC Transit kan hij deelnemen aan de OVT. De cliënt blijft tijdens deze voorbereidende fase in behandeling bij de verwijzer. De OVT is een eendaagse groepsbehandeling voor de periode van 12 weken, twaalf keer een hele dag. Deze groep dient als observatie of het aanbod van Transit (werkwijze en groepstherapie) past bij de hulpvraag en de mogelijkheden van de cliënt. Cliënten krijgen informatie over wat de therapie inhoudt op Transit, wat van cliënten verwacht wordt en wat zij van de behandeling kunnen verwachten. Daarnaast is de training bedoeld om de cliënt vaardigheden aan te reiken die kunnen helpen spanningen en emoties te reguleren en eventuele crisissen te hanteren. Tot slot kan de OVT in sommige gevallen gebruikt worden ter ondersteuning van de tijd dat de cliënt op de wachtlijst staat en er nog geen zicht is op plaatsing.

⁵ *Type II trauma: chronische traumatisering met veel complexere en uiteenlopende gevolgen dan alleen PTSS.



Huiskamer

Behandelplannen en doelen

De ambulante behandelplannen worden één keer per jaar geëvalueerd, de behandelplannen van cliënten die 'intensieve behandeling' volgen (deeltijd en klinisch) worden om de vier maanden geëvalueerd. Dat gebeurt aan de hand van resultaten van stoornis specifieke vragenlijsten en de observaties van de cliënt en multidisciplinaire team. Het behandelproces en doelen worden geëvalueerd en indien nodig bijgesteld.

Duur van de behandeling

De duur van de behandeling is afhankelijk van iemands persoonlijke omstandigheden. De klinische behandelduur is maximaal 1 jaar. Bij de deeltijdbehandeling varieert de behandelduur meestal van 1 tot 3 jaar. De totale behandelduur (inclusief deeltijd en ambulant) is gemiddeld 6 jaar.

Behandeling

Ambulante behandeling

Ambulante behandeling bestaat uit individuele psychotherapie met daarnaast op indicatie groepstherapie psychodrama of individuele beeldende therapie of psychomotorische therapie. Daarnaast is er een ééndaagse behandeling gericht op trainen van vaardigheden en educatie voor CPTSS en voor DIS. Client kan, indien mogelijk en gewenst, alle fases van de behandeling doorlopen.

Deeltijd of klinisch (intensief)

De behandeling richt zich met name op fase 1 en indien mogelijk ook op fase 2.

In de intensieve setting wordt gewerkt vanuit de visie en ervaring dat cliënten in een veilig en therapeutisch milieu kunnen profiteren van groepstherapieën, individuele therapieën en andere activiteiten. Het doel is om met behulp van (werk)relaties met medecliënten en teamleden voldoende te veranderen en groeien om persoonlijk herstel en herstel van maatschappelijk en sociaal functioneren mogelijk te maken. Het accent van de behandeling kan liggen op stabilisatie, symptoomreductie, gedragsverandering, (inter)persoonlijke groei, inzicht of verwerking. Veel van de activiteiten vindt plaats in de groep. Andere

onderdelen zijn individueel of met partner, familie of vrienden. Er is 24 uur per dag verpleging aanwezig. Cliënten nemen 4 tot 5 dagen deel aan groepstherapieën.

Behandelprogramma's (deeltijd- en klinische behandeling)

Er zijn 3 intensieve behandelprogramma's binnen TRTC Transit

1. Structuurgroep (klinische groep met een 5-daags programma)
2. Groep voor dissociatieve stoornissen (3-daagse programma)
3. Groep voor stabilisatie & verder (4-daagse programma)

Deze behandelprogramma's zijn opgebouwd uit:

- Individuele psychotherapie
- Vaktherapie individueel of in een groep
- Sociotherapie: binnen deze therapievorm staat het dagelijks leven (ook op de afdeling) centraal en vormt dat een belangrijk oefenveld. Hierin kan worden geëxperimenteerd met samenwerken, contacten aangaan, problemen oplossen of activiteiten organiseren.
- Groepspsychotherapie: In de groepspsychotherapie staat samenwerken, begrijpen van ervaringen, leren van elkaars ervaringen, oefenen van gedrag en vaardigheden centraal. Aan de hand van persoonlijke doelstellingen werken de deelnemers aan het verkrijgen van inzicht in hun problemen, het oplossen ervan en het aanleren van nieuw gedrag.

Vaktherapie

Vaktherapie is een behandelvorm waarbij methodisch gebruik gemaakt wordt van een ervaringsgerichte manier van werken. De vakdisciplines bij Transit zijn: beeldende therapie, psychodrama en psychomotorische therapie.

Voor vaktherapie ligt in fase 1 van stabiliseren de aandacht bij het aanleren van taken en vaardigheden. Te denken valt aan affectregulatie, symboliseren van ervaringen, leren onderscheiden van heden van verleden, focussen en aandacht richten. De vaardigheid om tegelijkertijd aanwezig te zijn, te handelen en te reflecteren is van groot belang. Bij deze vaardigheden ligt het zwaartepunt accent bij het weer compleet leren waarnemen. Compleet wil zeggen: zonder uitval van sensorische elementen, denkbelden of functies. Aandachtige oordeelvrije observatie van de lichamelijke ervaringen in het hier-en-nu kan eraan bijdragen dat patiënten niet overspoeld worden door vroegere traumatische reacties en om die reden gaan dissociëren. In deze fase wordt in de vaktherapie ook gewerkt aan het verkrijgen van intern overzicht en interne samenwerking middels beeldend werken en herkennen lichaamssignalen.

In fase 2 wordt gewerkt aan het integreren van traumatische ervaringen middels lichaamsgerichte interventies en symbolisch werken bij de verschillende vaktherapieën.

In fase 3 ligt de aandacht bij het opdoen van positieve ervaringen, kracht gaan ervaren en durven gebruiken. Daarnaast is er ruimte voor werkvormen rond rouw en verlies.

Overige ondersteuning

- Maatschappelijk werk: de maatschappelijk werker van Transit biedt ondersteuning bij praktische problemen bijvoorbeeld op het gebied van huisvesting, schulden, omgangsregelingen, etcetera.
- Geestelijke verzorging: binnen GGz Centraal is een geestelijk verzorger werkzaam voor zingeving- en geloofsvragen. Ook verzorgt hij een themagroep Zingeving.
- Systeemgesprekken: Er bestaat mogelijkheid tot relatietherapie of relatiegesprekken waarbij naasten van cliënt uitleg kan krijgen over de behandeling/behandelproces.
- Themagroepen: Vanuit sociotherapie en vaktherapie is er een modulair groepsaanbod dat cyclisch gedurende het hele jaar aangeboden wordt. Een module is een aanbod dat geschreven is op één centrale hulpvraag. De modules zijn overwegend educatief van aard met veel oefenstof. Modules zijn bv: Boos en dan...., Emotieregulatie, Waarnemen, Rouw, Zelfverdediging, Troost en compassie, Zelfbeeld, Nachtmerries leren hanteren.

Uitstroom

Wanneer fase 2 en 3 van de (meestal ambulante) behandeling succesvol worden doorlopen, wordt verondersteld dat de klachten en daarmee ook de hulpvraag van de cliënt is afgenomen. Voor de deeltijd en klinische behandeling is er een maximaal behandelduur van 3 jaar. Daarna kunnen de meeste cliënten ambulant verder in eigen regio.

Het komt voor dat de hulpvraag van de cliënt, bij afsluiting van de behandeling, is veranderd. In het geval van bijvoorbeeld co-morbiditeit kan de cliënt en/of de behandelaar de tijd rijp achten voor de behandeling van eventueel andere aanwezige stoornissen en/of andere probleemgebieden (bijvoorbeeld identiteits-problematiek, relatieproblemen, persoonlijkheidsproblematiek). De behandeling kan dan eventueel binnen de zorglijn worden verlengd. In andere gevallen kan verwijzing naar een andere zorglijn plaatsvinden.

Samenwerking en netwerken

Transit neemt deel aan TRTC Nederland. Er wordt samengewerkt met de andere TRTC's. Daarnaast werken we (soms) samen met andere afdelingen binnen de organisatie (FACT-Teams) en het netwerk van cliënten (bv: begeleidend wonen).

