



COLUMN

Zin in meer!

Wie trauma zegt, zegt verscheidenheid. Verscheidenheid in wat mensen meemaken, hoe ze het meemaken, maar vooral ook wat de uitkomsten daarvan zijn. En toch is de focus van ons hulpverleners en onderzoekers nauw gericht op PTSS. Tijd voor verbreding dus, aandacht voor meer aspecten dan 'alleen' PTSS. Een meer dan terecht thema voor het jaarcongres. Die verscheidenheid, zo werd mij – nu voor het eerst vanuit het oogpunt van de congrescommissie - duidelijk, kenmerkt ook juist het werk van onze leden. Gek genoeg maakte dat juist het samenstellen van het programma een creatieve, maar vooral soepele activiteit. Onder de bezielende leiding van voorzitters Miriam Lommen en Kathleen Thomaes en vlekkeloos georganiseerd door congresbureau SCEM konden alle ideeën snel worden gerealiseerd.

Wat wapenfeiten: in 4 keynotes en 18 parallelworkshops droegen in totaal 47 sprekers hun kennis over aan de 270 bezoekers op het gebied van trauma en psychose, misverstanden omtrent seksueel geweld, schuld en schaamte,

weerbaarheid, trauma op de werkvloer en meer.

Ook organiseerden we voor het eerst halfdagse preconference trainingen. Door het uiteenlopende karakter van het programma liepen bezoekers wel een klein, maar gelukkig tijdelijk, risico op keuzestress. Om eerlijk te zijn: een klein moment van diezelfde keuzestress maakte zich ook van mij meester bij de verslaglegging van de brede waaier aan onderwerpen, zoals u verderop in dit katern kunt lezen. Een kleine goedmaker voor een ieder die meer had willen horen of lezen, is de beschikbaarheid van de handouts via de website van congresbureau SCEM (zie www.scem.nl/downloads) en een sfeerimpressie op NtVP.nl. Hopelijk kriebelde dit brede pallet aan nationale smaken alvast uw zin in het internationale buffet tijdens het Europese ESTSS congres van 14 tot 16 juni 2019. Voor de congrescommissie smaakte dit afgelopen jaarcongres naar (nog) meer!

Joanne Mouthaan

Bestuurslid NtVP, redactielid Impact Magazine

Over NtVP

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

Dit doet de NtVP door zich in te zetten voor:

- het ontwikkelen en verbeteren van kennis, opleiding, wetenschappelijk onderzoek en standaarden ten aanzien van de preventie, het ontstaan, diagnostiek en de behandeling van aan psychotrauma gerelateerde klachten;
- het bieden van een multidisciplinair netwerk met psychotrauma expertise, waarin kennis wordt gedeeld en leden discussie voeren ter bevordering van hun professionele ontwikkeling;
- het behartigen van de belangen van het vakgebied van psychotraumatologie.

De NtVP is in mei 2006 opgericht en vormt in Nederland en België een netwerk van professionals die werkzaam zijn op het gebied van psychotrauma. Het is een verbindende schakel tussen de ontwikkelingen in ons taalgebied en de internationale ontwikkelingen.

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

Colofon

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

Redactie: Joanne Mouthaan en Ellen Klaassens
Contact: info@NtVP.nl
© NtVP 2018



AUTEURS

Kimberley Stam

Projectmedewerker
NtVP en junior onder-
zoeker bij WarTrauma
Foundation



Joanne Mouthaan

Universitair docent
klinische psycho-
logie Universiteit
Leiden, lid werkgroep
Communicatie NtVP
en redactielid Impact
Magazine.



Ondanks, of misschien dankzij, het brede congresstema en het bijbehorende programma was er een duidelijke rode draad zichtbaar: met welke comorbiditeit je ook te maken krijgt, behandeling gericht op traumaklachten werpt zijn vruchten af. In het Lunterse congrescentrum De Werelt gaven keynote sprekers Mark van der Gaag, Maggie Schauer, Kathleen Thomaes en Ig. Nobelprijswinnaar Kees Moeliker hun visie op het thema. Ervaringsdeskundigheid had tevens een plek in het plenaire programma: Hameeda Lakho, ervaringsdeskundige en auteur, ging in gesprek met dagvoorzitter Frits Boer (emeritus hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie AMC) over de betekenis van breder kijken naar trauma.

VERSLAG VAN HET NTVP 2018 JAARCONGRES

Oog voor meer dan PTSS

'Traumabehandeling bij PTSS en psychose - vooral doen'

Het programma startte voor sommige deelnemers fanatiek: met een live quiz toetste Mark van der Gaag (VU universiteit en Parnassia) valse aannames van traumabehandeling bij mensen met een psychose en PTSS. Het publiek deed het bovengemiddeld goed op stellingen als 'Psychose en PTSS komt maar weinig voor' of 'Traumabehandeling verergert paranoiae gedachten'. Hoe anders was dit in 2011, toen uit een inventariserend onderzoek bleek dat tweederde van de behandelaars in de GGZ mensen met een psychose niet geschikt achtten voor traumabehandeling. Divers onderzoek heeft inmiddels aangetoond dat PTSS klachten bij psychose wel degelijk succesvol behandeld kunnen worden en dat naast de PTSS klachten ook de psychotische klachten verminderen. Of er wordt behandeld met EMDR of Exposure blijkt geen verschil te maken. Van der Gaag wil behandelaars twee adviezen meegeven: Ga vooral door met het behandelen van PTSS bij psychose, ook bij dissociatie, en zorg als behandelaar dat je goede supervisie krijgt.

'Verkrachting overkomt ook mannen'

In hun parallelsessie legden dr. Iva Bicanic (UMC Utrecht) en dr. Agnes van Minnen (PSYTREC en Radboud Universiteit) 10 misverstanden over seksueel misbruik nader uit. Eén van de misverstanden: Als het je eenmaal overkomt, gebeurt het je daarna nooit meer. Het blijkt dat verkrachting juist een indicator is voor herhaling, ofwel *re-victimisatie*. Verkrachting is een 'high risk' trauma, dit betekent dat de kans groot is dat mensen na een verkrachting PTSS klachten krijgen. Posttraumatische stress zorgt ervoor dat mensen niet altijd adequate copingstijlen hanteren, waardoor de kans op herhaling juist toeneemt. Behandeling voor PTSS klachten is cruciaal om deze cirkel van re-victimisatie te doorbreken. Dat mannen kunnen niet verkracht worden door een vrouw, blijkt ook een heersende misopvatting. Uit



Annemieke Driessen had het snelst alle vragen over psychose en trauma van Mark van der Gaag goed.



Improbable research van Kees Moeliker.

rapportages blijkt dat 15% van de verkrachtingsaangiften door een man wordt gedaan. Vrouwen kunnen mannen dwingen tot penetratie, dit wordt ook wel *forced penetration* genoemd. Seksueel geweld door vrouwen kan ook niet fysiek zijn, bijvoorbeeld in de vorm van verbale agressie, stalken of het hebben van macht over iemand.

'Richt vooral op schuldgevoel en herschik verantwoordelijkheid'

In de keynote van dr. Maggie Schauer (Universität Konstanz) wordt ingegaan op schuld en schaamte na psychotrauma. Schuldgevoelens leiden vaker tot PTSS en zijn een teken dat iemand de controle over een situatie kwijt is of een slecht geweten heeft. Schaamte daarentegen komt naar boven als men niet in staat is iets te verbergen wat betrekking heeft op onszelf, zoals lichaamsfuncties, lusten, autonomie en rivaliteit. Schauer raadt aan in een traumabehandeling vooral prioriteit te geven aan de schuldgevoelens omdat deze gekoppeld kunnen worden aan verantwoordelijkheid, terwijl schaamte juist symbool staat voor een nederlaag. Door verantwoordelijkheid voor de gebeurtenis te bespreken komt ook de schuldvraag boven die niet altijd bij de patient ligt. Er is dan actief grond om te werken aan het herschikken van maladaptieve overtuigingen.

'U bent de dokter dus vertelt u het maar'

Aram Hasan (CoTeam en Centrum '45) en dr. Ellen Klaassens (Centrum '45) geven uitleg bij de Interventie toolbox (iToolbox) voor PTSS bij getraumatiseerde vluchtelingen en migranten. De iToolbox, ontwikkeld door Hasan, is een hulpmiddel om mensen uit een andere cultuur duidelijk te maken waar zij last van hebben. Door middel van doosjes met verschillende kleuren, symbool voor psychische en sociale symptomen van psychotrauma, angst en depressie, worden klachten gevisualiseerd en daardoor meer voelbaar. Daarnaast helpt de methodiek met het aanbrengen van een structuur en orde in de klachten. Voor de behandelaar is het bruikbaar voor diagnostiek, voor het helder krijgen van de behandelvraag en het formuleren van een doel. Voor de therapiefocus wordt maar aan een doosje tegelijk gewerkt. In de praktijk gebeurt het niet zelden dat het formuleren van een doel aan de behandelaar overgelaten, aldus Klaassens. Dat terwijl het maken van eigen keuzes juist zo belangrijk is om patienten het gevoel van eigen regie terug te laten krijgen. Hasan en Klaassens benoemen vier belangrijke bouwstenen in succesvolle zorgverlening aan deze doelgroep: geven van hoop, geven van erkenning, het serieus nemen van de persoon en het bieden van perspectief.

'Schrik niet van een diagnose, niet als hulpverlener en niet als patiënt.'

Met een indrukwekkende trailer (zie [youtube.com/watch?v=PtyJZTvk5eg](https://www.youtube.com/watch?v=PtyJZTvk5eg)) introduceert Hameeda Lakho haar verhaal. Vanuit haar traumatische verleden en haar ervaringen met herstel adviseert, coacht en begeleidt Lakho als ervaringsdeskundige lotgenoten en professionals over de gevolgen en betekenis van trauma. In haar gesprek met Frits Boer vertelt Lakho dat het in behandeling vooral telt dat hulpverleners luisteren wanneer de cliënt wil praten.

Zelf maakte ze diverse keren mee dat de therapeut niet openstond voor haar verhaal. Wat een verschil maakt in behandeling is het helpen duiden en onderzoeken van de mechanismen achter de emoties: wat maakt mij zo boos of onzeker. Om als ervaringsdeskundige cliënten bij te staan is opleiding belangrijk: de eigen ervaringen ondergeschikt maken zodat het mogelijk wordt om met cliënten over hun ervaringen te praten.

Dit betrof slechts een greep uit het programma. Andere interessante workshops gingen bijvoorbeeld over trauma en verslaving, veerkracht en weerbaarheid, diagnostiek en behandeling bij cliënten met verstandelijke beperkingen, secundaire traumatisering en nog veel meer. Nieuw dit jaar waren ook de preconferentie trainingen op het gebied van Imaginatie en Rescripting therapie en Narratieve Exposure Therapie op 30 mei, beide met enthousiaste deelnemers. Hoewel het diverse programma enige keuzestress opriep, kunnen geïnteresseerden in andere onderwerpen de handouts via www.scem.nl opvragen. Met het brede programma en het grote bezoekersaantal was NtVP 2018 een geslaagd jaarcongres en een nationaal voorproefje voor het Europese ESTSS congres 14-16 juni 2019. Houdt u daarvoor de website estss2019.eu in de gaten!



Miriam Lommen, Aram Hasan en Ellen Klaassens bij de workshop iToolbox.



Frits Boer in gesprek met ervaringsdeskundige Hameeda Lakho.

VRAAG & ANTWOORD

De Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP) biedt in de rubriek Supervisie ruimte aan traumaprofessionals om casuïstiekvragen te stellen over diagnostiek, indicatiestelling of behandeling, en te laten beantwoorden door experts uit het brede veld van de psychotrauma. Hebt u een vraag over psychotraumacasuïstiek? Stuur die dan naar info@NtVP.nl. Diverse experts in de psychotraumazorg beantwoorden uw vraag binnen deze rubriek of op NtVP.nl.



Wat is het risico op terugval van dissociatie?

Hoe stel ik vast of een cliënte na een succesvolle PTSS behandeling risico loopt op toekomstig dissociëren bij terugkeer naar werk? In het kader van een geschiktheidsassessment zou ik graag advies hebben over het vaststellen van een risico op dissociatie in het kader van een PTSS bij een brandweerm medewerkster die wil terugkeren in operationele dienst. Sinds medio 2016 volgt de cliënte een herintredingstraject. Naar aanleiding van een aantal incidenten in actieve dienst ontwikkelde zij een PTSS, welke nu na behandeling onder controle is. Met betrekking tot haar werkzaamheden ervaart de cliënte nog diverse klachten waardoor twijfel bestaat aan haar geschiktheid voor operationele dienst. Zij geeft aan dat zij diverse keren blokkeert, geen actie onderneemt bij lastige situaties, waardoor de actie – intelligentie langer duurt dan noodzakelijk is. Dissociatie is daarin op bepaalde momenten een gevolg van haar acties. Er wordt niets meer opgenomen qua informatie. Is het mogelijk binnen een psychologisch assessment om het risico op toekomstig dissociëren vast te stellen en welke instrumenten zouden hiervoor in aanmerking komen?

Drs. A.S. Meerstra-van Putten, gecertificeerd NIP psycholoog Arbeid en Organisatie en Coach, Freudenberg

Expert Annegret Krause-Utz

Dissociatie, bijvoorbeeld depersonalisatie of derealisatie, is een veel voorkomend symptoom bij getraumatiseerde mensen en gaat gepaard met problemen in verschillende processen, zoals geheugen en doelgericht gedrag [1]. Dissociatie wordt doorgaans gezien als een strategie om trauma-gerelateerde stress te moduleren (zie onder meer [2]). Tijdens dissociatie kunnen traumatische situaties als een onwerkelijke, filmachtige scène worden ervaren, alsof de persoon er van een afstand naar kijkt. Sensorische elementen van de gebeurtenis kunnen in een vervormde wijze worden waargenomen (bijvoorbeeld geluiden lijken van ver te komen, delen van het lichaam kunnen gevoelloos of groter dan normaal lijken). Op deze manier kan dissociatie een innerlijke afstand tot bezwaarlijke ervaringen creëren. Dissociatie kan zowel acuut zijn ('toestands- of state dissociatie') als een algemene neiging om dissociatieve symptomen te ervaren ('kenmerks- of trait dissociatie'), terwijl allebei ook hand in hand gaan. Dissociatieve ervaringen zijn niet noodzakelijk pathologisch, maar, in mindere mate, ook aanwezig in niet-klinische gezonde populaties. Dissociatie wordt dan pathologisch als de actie is verstoord, bijvoorbeeld geheugenprocessen, wat kan leiden tot psychogene amnesie of 'freezing' (er wordt geen actie meer ondernomen). Er zijn aanwijzingen dat personen die peritraumatische dissociatie hebben gehad, eerder in het leven dissociëren in andere stressvolle levenssituaties, maar deze relatie is heel complex en ook afhankelijk van andere factoren, bijvoorbeeld soort en ernst van de traumatisering, persoonlijkheidskenmerken, graad van depressie, en algemene neiging tot dissociatie; ook de duur van de dissociatie tijdens het

trauma kan een rol spelen voor de prognose (zie onder meer [3-6]).

Dissociatieve symptomen kunnen echter na het trauma ook weer verdwijnen en uit algemene onderzoeken kunnen geen conclusies worden getrokken over het individuele geval. Daarom is het essentieel om de dissociatieve symptomatologie en andere mentale stress zorgvuldig te evalueren om een juiste beoordeling te maken. Er zijn verschillende manieren om de graad en chroniciteit van dissociatie te meten, bijvoorbeeld de Dissociative Questionnaire (DIS-Q, [7]), Dissociative Experience Scale (DES, [8]) of Structural Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D, [8]). Deze instrumenten kunnen helpen om de symptomen voor het individuele geval nauwkeuriger te beoordelen.

Expert Pieter Eland

Bij een geschiktheidsassessment van een brandweerm medewerkster met dissociaties in het kader van een post-traumatische stressstoornis (PTSS), is de primaire vraag die beantwoord dient te worden: 'Kan de betreffende persoon voldoen aan de gestelde (basis)medische eisen zonder dat dit leidt tot schade aan de gezondheid of veiligheid van betrokkene of die van anderen?'

Om tot een gedegen antwoord op deze vraag te komen is bekendheid met onderliggende problematiek en een goede kennis van de werkzaamheden van de brandweerm medewerkster een vereiste.

Ter verduidelijking: dissociatie, in de vorm van depersonalisatie of derealisatie, is het verbreken of ontwrichten van de gewoonlijk geïntegreerde functies van het bewustzijn, het geheugen, de identiteit of de perceptie van de omgeving [9]. Vele studies

hebben de relatie tussen dissociatie en traumatische ervaringen aangetoond en daarnaast beschouwen vele onderzoekers dissociatie als een gangbare posttraumatische reactie (zie onder meer [10]). Dit heeft in 2013, bij de introductie van de DSM-5, geleid tot opname van het dissociatieve subtype bij PTSS. In Nederland zijn enkele zelfrapportage-instrumenten beschikbaar voor het screenen op de aanwezigheid van dissociatieve symptomen, namelijk de eerder genoemde DES [8] en DIS-Q [7], de Somatoform Dissociation Questionnaire, 20 item versie (SDQ-20, [11]) en de Somatoform Dissociation Questionnaire, 5 item versie (SDQ-5, [11]). Deze instrumenten zijn niet geschikt om toekomstig dissociëren vast te stellen. De DES, internationaal het meest gebruikte instrument, is een zelfinvullijst waarmee de frequentie van algemene dissociatieve ervaringen kan worden vastgesteld. De DIS-Q is zelfinvulvragenlijst en informeert naast dissociatieve symptomatologie ook naar 'zwaar belastende, levensbedreigende of traumatische gebeurtenissen in het persoonlijke leven'. De SDQ-20 is een 5-punts-zelfinvulvragenlijst en omvat twintig uitspraken die betrekking hebben op verschillende lichamelijke verschijnselen en is daarmee een maat voor somatoforme dissociatie. De SDQ-5 is een korte zelfinvullijst, die dienst kan doen als screeningsinstrument voor dissociatieve stoornissen. Voor de classificatie van dissociatieve stoornissen kan gebruik worden gemaakt van de SCID-D [8].

Ongeveer 15-30% van de mensen met PTSS behoort tot het dissociatieve subtype [12], het subtype waarvan klinisch het vermoeden bestaat dat het een negatieve uitkomst heeft op exposure gerelateerde traumabehandelingen [2,13]. De brand-

weermedewerkster heeft op basis van een complexe wisselwerking tussen genetische factoren en omgeving reeds een PTSS ontwikkeld [14]. Zij zal mogelijk door genen beïnvloede persoonlijkheidsfactoren bezitten die een rol kunnen spelen in het risico op PTSS, zoals neuroticisme en sensatiezoekend gedrag. Wanneer zij de neiging heeft spannende situaties op te willen zoeken (werken in de operationele dienst bij de brandweer), verhoogt dit de kans dat zij (wederom) wordt blootgesteld aan een schokkende gebeurtenis, die mogelijk tot recidief PTSS (dissociatieve subtype) kan leiden [15]. Uitsluitel of de brandweermedewerkster in staat is om terug te keren in operationele dienst, kan worden verkregen door het aanvragen van een adviesrapportage bij een zakendeskundig psychiater of psycholoog.

AUTEURS

dr. Annegret Krause-Utz, *universitair docent klinische psychologie Universiteit Leiden, is opgeleid in Cognitieve Gedragstherapie en DBT en gespecialiseerd in Borderline Persoonlijkheidsstoornis en complex trauma met als onderzoeksinteresse emotie dysregulatie en dissociatie.*



Kapitein-ter-zee-arts drs. Pieter Eland, *hoofd psychiatrische Advisering, Bijzondere Medische beoordelingen (BMB), Ministerie van Defensie; psychiater bij Veteranen Intensieve Behandel Unit (VIBU), Vincent van Gogh voor geestelijke gezondheidszorg.*



LITERATUUR

- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernandez, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., ... Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(12), E17-45. doi:10.1002/da.20923.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640-647. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081168.
- Candel, I., & Merckelbach, H. (2004). Peritraumatic dissociation as a predictor of post-traumatic stress disorder: a critical review. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1), 44-50.
- Lensvelt-Mulders, G., van der Hart, O., van Ochten, J. M., van Son, M. J., Steele, K., & Breeman, L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1138-1151. doi:10.1016/j.cpr.2008.03.006
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11-12), 906-914. doi:10.1080/j.1440-1614.2004.01480.x.
- Van der Hart, O., van Ochten, J. M., van Son, M. J., Steele, K., & Lensvelt-Mulders, G. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: a critical review. *Journal of Trauma & Dissociation: The official journal of the International Society for the Study of Dissociation*, 9(4), 481-505. doi:10.1016/j.cpr.2008.03.006.
- Vanderlinden, J., R. Van Dyck, H. Vertommen e.a. (1992), De Dissociation Questionnaire: Ontwikkeling en karakteristieken van een dissociatievragenlijst. *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, 47, 134-147
- Boon, S., & N. Draijer (1995). Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen. Swets & Zeitlinger, Lisse, p. 161.
- Bernstein E. M., Putnam F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 174(12): 727-735.
- Briere J. (2006). Dissociative symptoms and trauma exposure: specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 194(2): 78-8.
- Nijenhuis E.R.S. (1999). Somatoform Dissociation: phenomena, measurement, and theoretical issues. Proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Stein D.J., Koenen K.C., Friedman M.J., Hill E., McLaughlin K.A., Petukhova M., Kessler R.C. (2013). Dissociation in posttraumatic stress disorder: Evidence from the World Mental Health Survey. *Biological Psychiatry*, 73: 302-3102
- van Minnen A., Harned M.S., Zoellner L., Mills K. (2012) Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *Eur. J. Psychotraumatol.* 3: 18805.
- Koenen K.C., Nugent N.R., Amstadter A.B. (2008) Gene-environment interaction in posttraumatic stress disorder: review, strategy and new directions for future research. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 258(2): 82-96.
- Jakšić N., Brajković L., Ivezić E., Topić R., Jakovljević M. (2012). The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD) *Psychiatr. Danub.* 24(3): 256-66.