



IN DIT KATERN...

Nieuw jaar, nieuwe plannen

Met dit voorjaarsnummer viert *Impact Magazine* haar eerste verjaardag! Naast dit NtVP-katern zijn de rubrieken een herkenbaar deel van het tijdschrift geworden, met de rubriek Supervisie als één van de best gelezen en (digitaal) gedeelde. Deze rubriek, gemaakt door en dankzij ons uitgebreide netwerk, is vanaf dit nummer ook herkenbaar van de NtVP.

Professionals in de psychotraumazorg: hebt u een vraag over indicatiestelling, behandeling of meer theoretische achtergrond op het gebied van de psychotrauma, stel die via info@NtVP.nl en wij koppelen u aan experts uit ons netwerk. Deze keer gaat het om hoe PTSS het beste behandeld kan worden als er tevens sprake is van hersenletsel. Iets wat ook geregeld in de veteranenzorg voorkomt, het thema van deze *Impact Magazine*.

Onze plannen voor 2018 presenteerde voorzitter Mariel Meewisse tijdens de Algemene Ledenvergadering (ALV) op 31 januari. Een kleine greep hieruit: de criteria voor certificering als psychotraumatherapeut worden herzien en we starten met het accrediteren van opleidingen op het gebied van vroege opvang. Delen van psychotraumaken-

nis uit binnen- en buitenland wordt een nog belangrijkere activiteit. We treffen de laatste voorbereidingen voor het jaarcongres op 31 mei, en werken hard aan het programma van het ESTSS congres 2019 dat zal plaatsvinden in Rotterdam. Nieuwe initiatieven zijn o.a. nieuwe Special Interest Groups en online video's met recent gepromoveerden over hun proefschrift. De volledige agenda is terug te lezen op NtVP.nl.

Tijdens de ALV hebben we afscheid genomen van bestuursleden Anja Lok en Rafaele Huntjes, wie we zeer dankbaar zijn voor hun inzet de afgelopen jaren. Met trots kan ik hier mededelen dat ik me vanaf dit jaar lid van het bestuur mag noemen. Ik verheug me op de activiteiten waar ik me als bestuurslid voor kan inzetten en op het verspreiden van nieuws en kennis daarover onder meer op deze plek! Een voorzetje daarvan is het verslag van Lonneke Lenferink over twee recente lezingen uit de lezingencyclus. Veel leesplezier!

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





Bestaat de Dissociatieve Identiteit Stoornis? en Stabiliseren versus Intensiveren

NtVP Lezingencyclus

Aansluitend aan de Algemene Ledenvergadering op 31 januari vonden twee lezingen plaats in de NtVP Lezingencyclus. De eerste lezing 'Dissociatieve Identiteit Stoornis: Een stoornis met meerdere gezichten' werd gehouden door Dr. Miriam Lommen (Rijksuniversiteit Groningen) die deze lezing overnam van Dr. Rafaële Huntjens (Rijksuniversiteit Groningen). Tijdens de tweede lezing werd de opzet gepresenteerd van de Improving PTSD treatment for Adults with Childhood Trauma (IMPACT)-studie door MSc. Chris Hoeboer en Dr. Maartje Schoorl (beiden Universiteit Leiden).

Bewijs voor een dissociatieve identiteit

Heb je dat ook wel eens: hardop tegen jezelf praten wanneer je alleen bent of wanneer je naar iemand aan het luisteren bent, je opeens realiseren dat je het gedeeltelijk of helemaal niet hebt gehoord wat er zojuist is gezegd. Allebei zijn het voorbeelden van dissociatie in het dagelijks leven. Wanneer deze symptomen significant lijden veroorzaken zou het kunnen wijzen op een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS). DIS wordt gekenmerkt door vijf symptoomclusters: 1) depersonalisatie, 2) derealisatie, 3) identiteitsverwarring, 4) amnesie en 5) identiteitswijziging. De laatste twee symptoomclusters zijn het meest van belang voor differentiaal diagnostiek.

Huntjens richt zich in haar onderzoek o.a. op het zoeken naar bewijs voor het bestaan van DIS, zoals staat omschreven in de DSM. In één van haar studies onderzoekt ze o.a. het fenomeen inter-identiteit amnesie, waarbij wordt verondersteld dat mensen met DIS herinneringen in één identiteit niet kunnen ophalen vanuit een andere identiteit. In een gecontroleerde studie werden DIS patiënten gevraagd om een lijst met trauma-gerelateerde, positieve en neutrale woorden te leren (Lijst A). Vervolgens werden de deelnemers gevraagd om te wisselen van identiteit en een nieuwe lijst met woorden te leren (Lijst B). In tegenstelling tot de hypothese van inter-identiteit amnesie, werden in beide identiteiten zowel woorden uit Lijst A en Lijst B onthouden. Deze bevinding is meerdere malen gerepliceerd door verschillende onderzoekers op zowel impliciete als

expliciete geheugentaken. Huntjens pleit dan ook voor het herzien van de DSM-criteria van DIS.

Naast dit geheugenonderzoek presenteerde ze ook behandelonderzoek waarin gekeken wordt naar de effectiviteit van schematherapie bij deze groep patiënten.

Stabiliseren of intensiveren bij complex trauma?

Tijdens de tweede lezing werd uitleg gegeven over de IMPACT-studie dat momenteel van start is gegaan. Deze studie richt zich op mensen met posttraumatische stress stoornis (PTSS) ten gevolge van vroegkinderlijk, interpersoonlijk herhaald trauma. De centrale vraagstelling van dit onderzoek is: 'Is stabiliseren of intensiveren een verbetering ten opzichte van richtlijn behandeling van PTSS?'

Richtlijn behandeling bestaat uit traumagerichte CGT of EMDR. Echter heeft circa de helft van de cliënten hier nauwelijks tot geen baat bij en is het uitvalpercentage hoog. In de IMPACT-studie worden alternatieve behandelmethoden onderzocht. In een drie-potige studie worden de effecten van richtlijnbehandeling vergeleken met stabiliseren en intensiveren. In de richtlijnbehandeling-conditie ontvangen mensen 16 wekelijkse sessies waarbij exposure centraal staat. In de stabiliseren-conditie ontvangen de mensen eerst 8 wekelijkse sessies waarbij het aanleren van emotieregulatie-vaardigheden en veranderen van interpersoonlijke patronen centraal staan. Vervolgens ontvangen ze 8 wekelijkse exposure-sessies. Dit twee-fasen model is gebaseerd op het idee dat mensen met PTSS eerst vaardigheden nodig hebben om blootstelling aan trauma aan te kunnen. In de derde conditie, intensiveren, ontvangen mensen 12 exposure-sessies in 4 weken. Vervolgens vinden er nog 2 boostersessies plaats. Eerdere studies naar de effecten van intensiveren toonden aan dat deze behandelvorm leidde tot snellere verbetering en minder uitval t.o.v. standaardbehandeling. *De verwachting is dat de IMPACT-studie informatie zal verschaffen over de effectiviteit en kosteneffectiviteit van de twee innovatieve behandelvormen t.o.v. de standaardbehandeling.*

Ook zal onderzocht worden voor wie wat het beste werkt. De eerste resultaten van een pilot-studie zijn bemoedigend. Wij zien dan ook uit naar de resultaten van deze studie!



Hersenletsel en PTSS

Wat is de beste traumabehandeling?

Ik heb meerdere patiënten in behandeling met NAH. Regelmatig hebben zij naast PTSS-klachten ook last van cognitieve klachten en prikkelgevoeligheid. Wat is voor deze doelgroep de meest geschikte traumabehandeling?

Mevr. A. Meeuwisse, GZ-psycholoog in revalidatiecentrum

Expert Ellen Janssen

Goed dat je PTSS herkent bij mensen met hersenletsel: deze wordt nogal eens over het hoofd gezien door de overlap met klachten van het hersenletsel. Ongeveer 14-25% van de mensen die een niet-aangeboren hersenletsel oplopen, heeft in het jaar na het letsel een post traumatische stress stoornis [zie o.a. 1]. PTSS komt dus relatief veel voor na hersenletsel.

In de internationale peer-reviewed literatuur zijn nog weinig studies te vinden naar de effectiviteit van en eventuele aanpassingen in de behandeling van PTSS in deze doelgroep. De richtlijn *Behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel* [2] adviseert de reguliere richtlijn voor de behandeling van PTSS [3] te volgen, bij gebrek aan wetenschappelijke evidentie in de literatuur tot 2004 met betrekking tot behandeling van PTSS in deze doelgroep.

Recent zijn er enkele studies verschenen naar het effect van Prolonged Exposure (PE) op PTSS bij militaire veteranen met traumatisch hersenletsel. In deze studies werd een significante daling in PTSS-klachten gezien na behandeling met PE [4,5]. Degenen met matig tot ernstig

hersenletsel lieten een snellere afname in klachten zien dan degenen met mild traumatisch hersenletsel [4]. Een recente RCT bij patiënten met mild tot ernstig traumatisch hersenletsel en depressieve en/of angstklachten, waaronder PTSS, liet een positief effect zien van (aan traumatisch hersenletsel aangepaste) cognitieve gedragstherapie op angst- en depressieve klachten [6]. In een recente review over PTSS na CVA, werden geen gecontroleerde studies naar de psychotherapeutische behandeling van PTSS in deze groep gevonden [7]. Er zijn, voor zover mij bekend, geen studies verschenen over het effect van EMDR op PTSS bij mensen met NAH. Kortom: de wetenschappelijke literatuur biedt (nog) geen afdoende antwoord op je vraag naar de meest geschikte traumabehandeling voor deze groep.

Klinische ervaring leert dat EMDR over het algemeen goed toepasbaar is bij mensen met NAH. De relatief eenvoudige rationale, het weinig verbale karakter, de betrekkelijk korte behandelduur en de sterk gestructureerde en voor-spelbare aanpak zijn elementen die goed aansluiten bij patiënten met cognitieve beperkingen. Voorwaarden voor behandeling met EMDR zijn dat de patiënt op eenvoudig



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.

niveau kan communiceren, korte tijd de aandacht kan richten op het targetbeeld en de associaties, enig onderscheid kan maken tussen vroeger en nu en de sensaties kan verdragen die tijdens de behandeling kunnen optreden. Ik verwijs je naar naar Vink, Janssen en Zaal [8], van Oort en van Zandvoort [9] en Janssen [10] voor praktische tips en eventuele aanpassingen in de behandeling met EMDR bij deze doelgroep. Veel succes!

Expert Jeanette Dijkstra

Het samengaan van PTSS en hersenletsel is ook niet zo vreemd als je bedenkt dat NAH en PTSS vaak ontstaan na een verkeersongeval, geweldsdelict, mishandeling, of levensbedreigende aandoening, waaronder een CVA of hartstilstand. Goed dat je dit dus is opgevallen, het wordt namelijk ook vaak gemist. Dit komt omdat er grote overlap kan bestaan tussen de symptomen die na NAH gezien worden en na PTSS, zoals verhoogde prikkelbaarheid, passiviteit, somberheid, angst, vermoeidheid en slaapproblemen [8,9]. Als mensen naar je verwezen worden voor de behandeling van PTSS, dan zie je dit uiteraard niet zo snel over het hoofd, maar als iemand naar je verwezen wordt met cognitieve klachten na NAH, dan is die kans een stuk groter omdat de symptomen dan vaak als passend bij NAH worden gezien. Bij een enkelvoudig trauma is EMDR de aangewezen behandeling naast traumagerichte cognitieve therapie [3]. Aangezien het bij NAH vaak over een enkelvoudig trauma gaat, ligt het voor de hand dat deze richtlijn ook van toepassing is bij mensen met NAH. Bij mijn weten is er (nog) geen specifieke literatuur over het effect van EMDR op PTSS bij NAH. EMDR lijkt echter wel de voorkeur te hebben omdat het kortdurend is en dus minder (emotioneel) belastend, geen praattherapie is en dus weinig taalvaardigheden en geheugen nodig heeft en er geen feitelijke

AUTEURS

Ellen Janssen GZ-psycholoog in opleiding tot klinisch neuropsycholoog, GGZ Oost Brabant, NAH Huize Padua



Dr. Jeanette Dijkstra Klinisch neuropsycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, Maastricht Universitair Medisch Centrum, Afdeling Psychiatrie en Psychologie



herinnering aan de gebeurtenis hoeft te zijn, omdat het bij EMDR gaat om de interpretatie achteraf, en niet om de feitelijk doorgemaakte situatie. EMDR lijkt op basis van bovenstaande dan ook de meest geschikte behandelmethode van PTSS bij NAH.

LITERATUUR

1. Scholten, A.C., et al., Prevalence of and Risk Factors for Anxiety and Depressive Disorders after Traumatic Brain Injury: A Systematic Review. *J Neurotrauma*, 2016. 33(22): p. 1969-1994.
2. Revalidatieartsen, N.V.v., *Richtlijn: Behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel*. 2007, CBO/Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen: Utrecht.
3. Balkom van, A.L.J.M., et al., *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie): Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. 2013, Trimbos-instituut: Utrecht.
4. Wolf, G.K., et al., Prolonged Exposure Therapy With Veterans and Active Duty Personnel Diagnosed With PTSD and Traumatic Brain Injury. *J Trauma Stress*, 2015. 28(4): p. 339-47.
5. Sripada, R.K., et al., Mild traumatic brain injury and treatment response in prolonged exposure for PTSD. *J Trauma Stress*, 2013. 26(3): p. 369-75.
6. Ponsford, J., et al., Efficacy of motivational interviewing and cognitive behavioral therapy for anxiety and depression symptoms following traumatic brain injury. *Psychol Med*, 2016. 46(5): p. 1079-90.
7. Garton, A.L., et al., Poststroke Post-Traumatic Stress Disorder: A Review. *Stroke*, 2017. 48(2): p. 507-512.
8. Vink, M., E. Janssen, Zaal, A., Eye Movement Desensitization and Reprocessing, in *Handboek Neuropsychotherapie*, P. Smits, Ponds, R., Farenhorst, N., Klaver, M., Verbeek, R., Editor. 2016, Boom: Amsterdam. p. 189-211.
9. Van Oort, R., van Zandvoort, M., Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bij niet-aangeboren hersenletsel. *Tijdschrift voor neuropsychologie*, 2016. 11(2).
10. Janssen, E., EMDR bij NAH. *Nieuwsbrief sectie Revalidatie NIP*, 2017.