



Sophie van Leeuwen

EDITORIAL

Verzwegen

Als Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP) spannen wij ons in om het onderwerp psychotrauma beter op de kaart zetten. Op dit gebied is een verschuiving zichtbaar in de samenleving. Naast dat psychotrauma steeds meer wordt vertegenwoordigd op televisie en in literatuur, is er in de laatste 10 jaar ook een sterke stijging zichtbaar in het aantal PTSS-classificaties. Dit lijkt erop te wijzen dat behandelaren PTSS eerder herkennen, maar ook dat mensen eerder hulp durven te zoeken om traumatische gebeurtenissen te verwerken. Het taboe rondom psychotrauma lijkt af te nemen, wat op termijn hopelijk ook leidt tot meer begrip en steun vanuit de omgeving. Ervaren steun speelt immers een significante rol in veerkracht na schokkende gebeurtenissen.

Onlangs sprak ik hierover met mijn oma. In haar kindertijd verloor zij op traumatische wijze haar broer. Door haar omgeving werd nauwelijks stilgestaan bij de impact van deze gebeurtenis. Haar ouders waren vol van verdriet, maar paktten hun leven weer op en zwegen over wat er gebeurd was. Nu, bijna zeventig jaar later, vertelt mijn oma hoe dit voor haar was. Ze zag haar moeder veranderen, maar wist niet hoe zij haar kon helpen. Haar verhaal deed mij denken aan het allesoverheersende maar nooit benoemde verdriet dat Marieke Lucas Rijneveld beschrijft in haar roman *De avond is ongemak*. De hoofdpersoon van dit boek groeide net als mijn oma op in een gezin waarin niet werd gesproken over rouw en verlies. Nu, zeventig jaar na het verlies van haar broer, vertelt mijn oma mij dat de beelden van de sterfdag haar nog steeds achtervolgen. Als psycholoog, maar ook als kleindochter, vraag ik me af hoe het voor haar zou zijn geweest als zij destijds door haar omgeving was gezien en gesteund. Een leerkracht, een tante, een buur..., iemand met wie zij had kunnen delen hoe groot de impact van dit



Mijn oma (in de geruite jurk) met haar broers en zussen ongeveer twee jaar voordat zij haar broer (midden achteraan) verloor.

verlies voor haar was. Iemand die haar had verteld dat het als kind niet haar taak was om haar moeder te troosten.

Het is daarom niet alleen onze missie als NtVP om het bewustzijn over psychotrauma onder zorgprofessionals te vergroten, maar juist ook in de hele samenleving. Onze kennisdeling speelt hierin uiteraard een hoofdrol. Op onze Algemene Ledenvergadering van 25 januari is besproken dat één van de speerpunten voor 2023 is om onze nieuwe website online te laten gaan, met als doel o.a. een breder publiek te bereiken. Ook *Impact Magazine* is een belangrijke pijler in onze kennisdeling. U als lezer kunt hierin ook een rol spelen. Het is namelijk aannemelijk dat u in uw leven iemand zoals mijn oma ontmoet, die uw steun kan gebruiken. Zo krijgt u de kans om zelf een verschil te maken.

Sophie van Leeuwen - Psycholoog en communicatie-medewerker NtVP

Een persoonlijke blik op de ontwikkeling van het Nederlandse psychotraumaveld

door Harry van Tienhoven

Ik ben van 1988 tot 2019 werkzaam geweest in het psychotraumaveld als arts, systeem- en psychotraumatherapeut aanvankelijk bij het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen (CGV; opgericht midden jaren 1980) later bij ARQ Centrum '45. Mijn collega's en ik letten destijds bij de zorg voor asielzoekers en vluchtelingen vooral op twee risicofactoren: 1) hun algemene gezondheidstoestand, zoals importziekten en achterstallige medische problematiek, en 2) doorge- maakte traumatische ervaringen. Voor dat laatste hadden we enkele vragenlijsten tot onze beschikking, zoals de Harvard Trauma Questionnaire¹ en de Hopkins Score lijst². De rest kwam neer op onze klinische blik; de posttraumatische stressstoornis was pas net in de DSM-III-R opgenomen en traumabehandeling stond nog in de kinderschoenen. We hoorden van collega's vooral over ervaringen uit Amerika met de zorg voor oorlogsveteranen. Toen verscheen in 1992 het boek *Trauma en Herstel* van de Amerikaanse psychiater Judith Herman³, waarin zowel de problematiek van Vietnam oorlogsveteranen als slachtoffers van seksueel geweld de aandacht kregen. Wij herkenden hierin wat in onze praktijk bij vluchtelingen gezien werd en probeerden daarbij aan te sluiten in ons werk bij het CGV.

Intussen werd al sinds 1960 traumabehandeling gegeven aan Joodse slachtoffers van de Holocaust in het Sinai Centrum. Daarnaast bestond sinds 1973 Centrum '45 voor overige oorlogsgetroffenen van de Tweede Wereldoorlog, Indische oorlogsgetroffenen en verzetsdeelnemers. Hier werden psychotherapie, lotgenotencontact, schrijftherapie en creatieve therapie toegepast. In deze tijd waren deze centra enkel toegankelijk voor oorlogsgetroffenen, en konden vluchtelingen en asielzoekers nog niet worden verwezen.

Wat we in het psychotraumaveld regelmatig hebben gezien, is dat de komst van grote groepen vluchtelingen uit één regio vaak een impuls geven aan de hulpverlening. In de jaren '80 was dit de komst van vluchtelingen uit Zuid-Amerika, waarbij het verschijnsel van marteling onder de aandacht kwam. In Nederland werd hierdoor sterker de noodzaak onderkend van de aandacht voor het lichaam in de behandeling middels psychomotore therapie. In de jaren '90 kwamen groepen vluchtelingen uit voormalig-Joegoslavië naar Nederland, voor het eerst in opvangcentra met alleen landgenoten. Tevens kwamen Joegoslavische hulpverleners mee die zich inzetten voor hun landgenoten en bijdroegen aan het oprichten van het Psychotrauma Centrum Zuid-Nederland. Ondertussen werd het CGV verzelfstandigd en ging het in 1993 verder onder de huidige naam Stichting Pharos. Naast directe hulpverlening werd Stichting Pharos het aanspreekpunt voor verschillende Riaggs's om hun kennis over de behandeling van vluchtelingen en asielzoekers te vergroten. Nog altijd zet Stichting Pharos zich in om gezondheidsverschillen in Nederland te verkleinen.

In 1996 opende Centrum '45 een specialistisch centrum, de Vonk. Hier konden asielzoekers en vluchtelingen met PTSS opgenomen en behandeld worden⁴. Voor het eerst ook bekwaamden enkele therapeuten zich in de nieuwe therapievorm EMDR. Daarvoor werd gebruik gemaakt van Imaginaire Exposure. Echter, deze methode was nog niet geprotocolleerd, waardoor behandelingen verschilden en soms langdurig konden zijn.

Aandacht voor andere doelgroepen van eigen bodem, zoals politiepersoneel, militairen en slachtoffers van seksueel

geweld, maakten duidelijk dat PTSS wijdverbreid was en behandeling behoefde. Voor politiepersoneel ontwikkelde Berthold Gersons de Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD (BEPP) waarin betekenisgeving een belangrijk onderdeel vormde. Tenslotte ontstond door een samenwerking met Duitse behandelaren de mogelijkheid om ons te bekwamen in een derde behandelmethode, de Narratieve Exposure Therapie (NET). Bij Centrum '45 schoolden behandelaren zich in deze methode die voor asielzoekers en vluchtelingen een makkelijker te introduceren behandeling bleek.

In de beginjaren van Centrum '45 waren de hulpverleners zich bewust dat opgroeien in een gezin waarin ouders oorlogsgeweld hadden meegemaakt, gevolgen heeft voor de kinderen. Deze naoorlogse generatie had last van ervaringen die zij zelf niet hadden meegemaakt. Pas vele jaren later werd in de hulpverlening aan vluchtelingen ingezien dat traumatisering gevolgen heeft voor de gezinsrelaties en werd er naar behandelmodellen gezocht waarin het hele gezin wordt betrokken. Vanaf ongeveer 2000 richtte het Jeugd-en Gezinsteam zich op deze tot nu toe relatief in de schaduw gebleven doelgroep. Naast behandelmethoden voor kinderen - EMDR, Kid-NET - werd Multi-Family Therapy geïntroduceerd, een methode ontwikkeld door Eia Asen uit Londen. Hierbij komen gezinnen samen in een groepsbehandeling waarbij gezinsleden een voorbeeld kunnen zijn voor elkaar. Tenslotte kregen ook de jongste kinderen aandacht in de Infant Mental Health groepen, waarbij getraumatiseerde ouders worden geholpen om oog te krijgen voor de nadelige gevolgen van hun post-traumatische klachten voor hun jonge kinderen.

Wat het psychotraumaveld in Nederland duidelijk laat zien is de toegenomen kennis en toegankelijkheid voor diverse patiëntengroepen. Het begrip psychotrauma is gemeengoed geworden maar is ook sterk opgerekt. De hulpverlening draagt daar deels aan bij door uit te dragen dat elk trauma behandeld en verholpen kan worden. Over de beperkingen en de chroniciteit zwijgt zij liever. Een

traumatische gebeurtenis speelt zich af in een context en gaat vaak met schending van iemands mensenrechten gepaard. Al deze aspecten zouden voor de hulpverlener in de GGZ reden moeten zijn tot enige bescheidenheid wat betreft haar rol⁵.

LITERATUUR

1. Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *The Journal of nervous and mental disease*, 180(2), 111–116.
2. Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL). A measure of primary symptom dimensions. *Modern problems of pharmacopsychiatry*, 7(0), 79–110. <https://doi.org/10.1159/000395070>
3. Herman, J. L. (1992). *Trauma & herstel: de gevolgen van geweld. van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Wereldbibliotheek.
4. Begemann, F. (1997). De Vonk: Een afdeling van Centrum '45 voor getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers. *ICODO info*, 14, 45-54.
5. Eaton, A. & Vries de, J. (2022). Denk je wel eens bij een client: dit telt niet?" Essay: Trauma als verhaallijn. *De Groene Amsterdammer*, 49, 48-51.

OVER DE AUTEUR

Na een studie Medicijnen aan de VU en de huisartsenopleiding koos ik voor de gezondheidszorg ten behoeve van asielzoekers en vluchtelingen en ging werken bij het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen. Later werd dit Stichting Pharos. Ik volgde een opleiding tot systeemtherapeut en maakte vervolgens deel uit van het Jeugd- en Gezinsteam van ARQ Centrum'45 waar ik na het volgen van verschillende traumabehandelingsmethoden NtVP psychotraumatherapeut werd. Nu na mijn pensionering werk ik nog als supervisor bij het psycho-sociaalteam van Dokters van de Wereld en als associate ben ik verbonden aan Antares Foundation.



Harry van Tienhoven

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.

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 NtVP Katern: Sophie van Leeuwen & Janne Punski-Hoogervorst
Contact: communicatie@ntvp.nl
© NtVP 2023



SUPERVISIE

In de Supervisie rubriek beantwoorden experts uit het netwerk van de NtVP uw vragen over onderwerpen uit het brede werkveld van de psychotraumazorg. Hebt u een vraag over indicatiestelling, behandeling of wetenschap over psychotrauma? Stuur hem naar communicatie@NtVP.nl onder vermelding van Impact Supervisie.



Het gebruik van medicinale cannabis bij PTSS

De vraag

Er is tegenwoordig veel aandacht voor het gebruik van medicinale cannabis, ook vanuit zorgvragers met PTSS. Is er voldoende evidentie om dit aan te raden als (ondersteunende) behandeling?

Antwoord van de experts

De afgelopen jaren is de interesse in de mogelijke therapeutische waarde van cannabis sterk toegenomen. Een aantal redenen hiervoor zijn 1) de legalisering van het gebruik in bijvoorbeeld Canada, Californië en New York, 2) de wijdverspreide overtuiging dat cannabis klachten als angst en depressie kan verminderen^{1, 3}, 3) het grootschalige gebruik van cannabis als zelfmedicatie voor diverse (psychische) klachten² en 4) positieve resultaten uit (diermodel) studies. Voor zorgvragers met PTSS zijn reguliere behandelingen helaas niet altijd effectief, waardoor 30% chronische klachten ervaart². Het valt hiermee in de lijn der verwachting dat ook zorgvragers met PTSS geïnteresseerd zijn in de mogelijke therapeutische effecten van cannabis.

Wat doet cannabis eigenlijk?

Cannabis bevat verschillende stoffen, waarvan de belang-

rijkste tetrahydrocannabinol (THC) en cannabidiol (CBD) zijn. Gebruikers verwoorden het gevoel dat THC oproept als high, terwijl dat van CBD wordt beschreven als stoned. Daarnaast kan THC psychoseopwekkend werken terwijl CBD juist angst dempende effecten heeft en het psychotische effect van THC zelfs tegen kan gaan³. De stoffen grijpen aan op twee cannabinoïd receptoren (CB₁ en CB₂) die zich op diverse plaatsen in het centrale en perifere zenuwstelsel bevinden⁴. Door deze wijdverspreide aanwezigheid van CB-receptoren zijn de effecten van cannabis divers. Zo is aangetoond dat CB₁-receptoren in de amygdala een rol spelen bij het reguleren van angst, dat CB₁-receptoren in de prefrontale cortex antidepressieve eigenschappen hebben, en dat CB₁-receptoren in de hippocampus symptomen als hyperarousal verminderen^{5,6}. Bovendien heeft cannabis effecten op bijvoorbeeld de eetlust, hartslag en pijnervaring.

Welke effecten heeft het voor zorgvragers met PTSS?

Het meeste onderzoek naar de effecten van cannabis op PTSS-symptomen is op dit moment preklinisch. De resultaten van deze dierstudies laten zien dat cannabis angst en negatieve emoties kan verminderen door het verlagen van het stresshormoon cortisol en direct aangrijpen op de angstsystemen in de prefrontale cortex, amygdala en hippocampus⁶. Ondanks deze veelbelovende resultaten is het klinisch onderzoek naar de werking van cannabis en de effecten van de CB-receptoren op psychische klachten,

waaronder PTSS-symptomen, beperkt. Zo toont een kleine studie met een experimentele- en controlegroep aan dat gebruik van nabilone - een synthetische cannabinoïde stof vergelijkbaar aan THC - met name nachtmerries en slaapstoornissen vermindert die veelal aanwezig zijn bij mensen met PTSS. De totale PTSS-scores zijn in dit onderzoek niet gerapporteerd⁷. Andere onderzoeken vinden aanwijzingen dat cannabis negatieve herinneringen en vermijdingsgedrag vermindert. Echter, de resultaten van deze onderzoeken zijn beperkt en meer klinisch onderzoek is nodig om de veiligheid en effectiviteit van cannabis bij PTSS te onderzoeken⁵.

Baadt het niet dan schaad het niet?

Naast het beperkte onderzoek naar het effect van medicinale cannabis op PTSS-symptomen, is er nog een aantal redenen waarom voorzichtigheid is geboden bij het gebruik van cannabis in deze populatie. Onderzoeken tonen aan dat mensen met PTSS een twee tot vier keer hogere kans hebben op het hebben van een stoornis in het gebruik van middelen. Met name cannabis wordt veelal gebruikt als zelfmedicatie vanwege de rustgevende en angstremmende werking, vooral bij hogere doseringen CBD. Echter, cannabis kan ook een angstopwekkend effect hebben, zeker bij hogere doseringen THC⁵. Voor zorgvragers met PTSS kan dit betekenen dat PTSS-gerelateerde klachten juist toenemen in plaats van afnemen.

Daarnaast dient men rekening te houden met de algemene risico's van langdurig gebruik van cannabis. Hieronder vallen het risico op tolerantie en afhankelijkheid van het middel en schade aan de longen. Daarnaast bestaat er bij hogere doseringen THC een risico op het ontstaan van een drugsgeïnduceerde psychose⁵. Andere bijwerkingen van (medicinale) cannabis zijn duizeligheid, coördinatiestoornissen, desoriëntatie, vermoeidheid, misselijkheid en maag-darmklachten⁷.

Conclusie

Kortom, de wetenschappelijke ondersteuning voor het gebruik van medicinale cannabis bij PTSS is beperkt. Daarnaast bestaan welbekende bijwerkingen van (langdurig) gebruik van cannabis en lijken zorgvragers met PTSS gevoeliger te zijn voor verslavingsproblematiek. Gezien de interesse in het gebruik van medicinale cannabis en het veelvuldig voorkomen van cannabis als vorm van zelfmedicatie is het aan te raden een open gesprek te voeren over het gebruik hiervan, met daarbij aandacht voor de sterkte en samenstelling van de cannabis, de risico's en beperkt bewezen effectiviteit. Voor het aanraden van medicinale cannabis als (ondersteunende) therapie is tot op heden nog onvoldoende bewijs.

LITERATUUR

1. S. Keyhani et al., 'Risks and Benefits of Marijuana Use: A National Survey of U.S. Adults', *Ann. Intern. Med.*, vol. 169, no. 5, pp. 282–290, Sep. 2018, doi: [10.7326/M18-0810](https://doi.org/10.7326/M18-0810).
2. N. Morina, J. M. Wicherts, J. Lobrecht, and S. Priebe, 'Remission from post-traumatic stress disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of long term outcome studies', *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 34, no. 3, pp. 249–255, Apr. 2014, doi: [10.1016/j.cpr.2014.03.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.002).
3. R. J. M. Niesink and M. W. van Laar, 'Does Cannabidiol Protect Against Adverse Psychological Effects of THC?', *Front. Psychiatry*, vol. 4, 2013, doi: [10.3389/fpsy.2013.00130](https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00130).
4. M. R. Amin and D. W. Ali, 'Pharmacology of Medical Cannabis', in *Recent Advances in Cannabinoid Physiology and Pathology*, vol. 1162, A. N. Bukiya, Ed. Cham: Springer International Publishing, 2019, pp. 151–165. doi: [10.1007/978-3-030-21737-2_8](https://doi.org/10.1007/978-3-030-21737-2_8).
5. L. Orsolini et al., 'Use of Medicinal Cannabis and Synthetic Cannabinoids in Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Systematic Review', *Medicina (Mex.)*, vol. 55, no. 9, p. 525, Aug. 2019, doi: [10.3390/medicina55090525](https://doi.org/10.3390/medicina55090525).
6. J. Sarris, J. Sinclair, D. Karamacoska, M. Davidson, and J. Firth, 'Medicinal cannabis for psychiatric disorders: a clinically-focused systematic review', *BMC Psychiatry*, vol. 20, no. 1, p. 24, Dec. 2020, doi: [10.1186/s12888-019-2409-8](https://doi.org/10.1186/s12888-019-2409-8).
7. R. Jetly, A. Heber, G. Fraser, and D. Boisvert, 'The efficacy of nabilone, a synthetic cannabinoid, in the treatment of PTSD-associated nightmares: A preliminary randomized, double-blind, placebo-controlled cross-over design study', *Psychoneuroendocrinology*, vol. 51, pp. 585–588, Jan. 2015, doi: [10.1016/j.psyneuen.2014.11.002](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.11.002).

OVER DE EXPERTS

Janne Punski-Hoogervorst is basisarts met ervaring in de acute psychiatrie en verslavingsgeneeskunde. Zij is momenteel als arts-onderzoeker en promovenda verbonden aan de Universiteit Haifa, Israël, waar zij onderzoek doet naar aandachtstoornissen bij zorgvragers met PTSS. Daarnaast is zij covoorzitter van de militaire SIG van de ISTSS en editor van de 'Biological Perspectives'-sectie van de ISTSS Stresspoints' nieuwsbrief. Bij de NtVP is Janne bestuurslid met de portefeuille Communicatie.



Janne Punski-Hoogervorst

Arjen Neven is psychiater op het TOPGGz Centrum Dubbele Problematiek (CDP) van Fivoor in Den Haag. Daarnaast werkt hij op de afdelingen Duurzaam Verblijf Verslaafden en de Weerlanden.

Deze afdelingen zijn gespecialiseerd in IDDT: Integrated Dual Diagnosis Treatment (geïntegreerde behandeling van psychische en verslavingsstoornissen). Verder is Arjen lid van het Landelijk Expertise- en Innovatiecentrum Dubbele Diagnose (LEDD) van het Trimbos Instituut en is hij opleider bij Fivoor voor de forensische keuzestages voor artsen in opleiding tot specialist.



Arjen Neven