

In dit katern

Welkom bij het katern van de Nederlandse Vereniging voor Psycho-trauma.

In deze tweede uitgave komt u meer te weten over het belang van het NtVP-certificaat van psychotraumatheapeut en bespreken we het recent verschenen handboek *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders: A Practical Guide for Clinicians* (Schnyder en Cloitre, red.).

In dit nummer starten we met de rubriek 'Supervisievraag en -antwoord', waarin het onderwerp zwangerschap en traumabehandeling naar voren komt. Wilt u na het lezen ook graag een casuïstiekvraag voorleggen aan een expert? Stuur deze dan aan Cogiscope@NtVP.nl. De supervisie-vragen en -antwoorden komen ook op www.NtVP.nl.

De redactie

BRAM BIJLEVELD

Interview met Maarten van Son

Het belang van certificering als psychotraumatheapeut

Maarten van Son is voorzitter van de accreditatiecommissie van de NtVP. Deze commissie heeft als taak vast te stellen welke cursussen voldoen aan de eisen die gelden voor het profiel van de psychotraumatheapeut. Naast Van Son bestaat deze commissie uit Ad de Jongh, Rolf Kleber en Ton de Wijs, tevens manager van deze commissie. Maarten van Son is emeritus hoogleraar klinische psychologie aan de Universiteit Utrecht. Hij was actief in onderzoek, onderwijs en als praktiserend klinisch psycholoog. Tevens was hij betrokken bij de opzet en opbouw van de opleiding tot GZ-psycholoog en klinisch psycholoog.

Wat is het nut/belang van de certificering Psychotraumatheapeut NtVP?

De vereniging moet met één stem spreken, aangeven dat het specialistische kennis en ervaring vergt om met PTSS om te gaan. Dat moet blijken uit de eisen die gesteld worden aan de gecertificeerden, uit de kwaliteit en inhoud van de noodzakelijke opleidingsonderdelen en uit de manier waarop deze eisen in de praktijk worden getoetst. Bovendien zou de vereniging als het ware een katalysator, een kennismakelaar, moeten zijn van kennis en ideeën die

in wetenschap en in het veld leven. Uiteraard moet ze bijdragen aan verdere ontwikkelingen op het gebied van preventie, diagnostiek en behandeling van PTSS. Er is nog veel te ontwikkelen op het gebied van psychotrauma. De generatie van collega's die het initiatief hebben genomen voor het oprichten van de NtVP zijn in feite de pioniers op dit gebied. Kennis begon zich pas te ontwikkelen na de eerste wereldoorlog en in Nederland is de kennis erover nog maar recent wijder verbreid.

Met de vereniging kun je als professional je vak-

gebied op het podium zetten. Ik denk dat PTSS nog vaak wordt onderschat en als zodanig niet herkend. Te weinig nog worden de gevolgen ervan gekend, ook door professionals. Het standpunt van de NtVP is dan ook dat het specifieke competenties vergt om met PTSS te werken en dat de vereiste competenties boven de kwalificaties van de BIG-registraties uitstijgen. De titel psychotraumatherapeut garandeert dat het NtVP-lid met deze titel het gehele gebied overziet en de meest adequate diagnostiek en behandeling kan inzetten.

Welke speciale competenties vereist het werken met PTSS?

Overzicht over het gehele gebied. Op z'n minst de vele verschijningsvormen kunnen herkennen. De fenomenologie is breed, zeker als je het gehele gebied impliceert, van vroegkinderlijk misbruik tot trauma's in de volwassenheid. In de diagnostische fase moet je inzicht hebben in wat maakt dat de persoon die voor je zit de PTSS-verschijnselen (nog) heeft, wat het verloop is, welke factoren er meespelen en wat de mogelijkheden zijn voor het reduceren van de verschijnselen. En ook: welke therapie kan de cliënt aan en wat is geschikt (mede gezien eventuele comorbiditeit)? Daarnaast moet je als vanzelfsprekend een goed overzicht hebben over de therapeutische mogelijkheden en deze adequaat kunnen toepassen.

Overstijgt dit de kwalificaties van bijvoorbeeld een klinisch psycholoog?

Ongetwijfeld hebben klinische psychologen (en ik denk ook veel psychiaters) die via de nieuwe op-

leiding zijn geregistreerd het competentieniveau om zich snel te specialiseren op het specifieke gebied van de PTSS (mogelijk al in de loop van hun werk gedurende de opleiding), maar niet iedereen zal uitgebreide ervaring hebben op dit gebied. Met het NtVP-keurmerk zou je aan de buitenwereld de garantie kunnen geven dat je te maken hebt met een specialist op het gebied van PTSS.

Waarom eigenlijk een certificaat voor psychotraumatherapie en niet voor, bijvoorbeeld, depressie?

In de verschillende (BIG-)opleidingen wordt al veel aandacht besteed aan depressie en angststoornissen. Per slot van rekening zijn het de meest voorkomende stoornissen in de GGZ. Je maakt in die opleidingen echter niet automatisch uitgebreid kennis met PTSS. In vergelijking tot angst- en stemmingsstoornissen is naar PTSS nog betrekkelijk weinig onderzoek gedaan en kennis hierover is dan ook nog minder algemeen verspreid. In feite heeft de NtVP mogelijk dáárom PTSS gedefinieerd als een kennisgebied om je in te specialiseren, zoals je bijvoorbeeld ook specialisaties ziet op het gebied van verslaving, forensische psychologie, ouderen en bijvoorbeeld ook seksuologie.

Hoe wordt bepaald welke behandelmethoden passen in het curriculum? Was het vanzelfsprekend dat BEPP (Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS) en NET (Narratieve Exposure Therapie) er in zitten?

Een vereniging met de naam NtVP heeft een verantwoordelijkheid om uitspraken te doen – impliciet, zoals in de opleidingsvereisten, of expliciet

– over adequate behandelingen. Het liefst zou je zien dat zij dat doet op basis van de hoogste richtlijnnorm, namelijk gunstige meta-analyses. Is dergelijke bewijsgrond er niet, dan moet er toch een goed onderbouwde overeenstemming tussen professionals zijn om specifieke diagnostiek en/of behandelingen de voorkeur te geven boven andere. De NtVP moet dan wel bevorderen dat er alsnog goed onderzoek komt naar de effectiviteit. Per slot van rekening zou de NtVP moeten willen dat 'haar' diagnostiek en behandelingen gedragen worden door de hele PTSS-gemeenschap, ook in het buitenland.

Over EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) is in korte tijd veel gepubliceerd. Bij cognitief gedragstherapeutische technieken is een veel bredere beschrijving gebruikt in de certificeringeisen, waardoor NET en BEPP er eveneens onder vallen. Die methoden voldoen (op dit moment nog) niet aan de hoogste richtlijnnorm van gunstige meta-analyses. Onderzoek is zich aan het ontwikkelen, maar vooralsnog lijkt het erop dat de beide methoden voldoen aan de norm dat de PTSS-gespecialiseerde gemeenschap deze methoden op goede gronden als adequaat beschouwt. Het lijkt me wel dat de onderbouwing van de bruikbaarheid en effectiviteit nog voortdurende aandacht behoeft. Los daarvan lijkt het me dat onderzoek op component-niveau – onderdelen van de compoundtherapieën – van belang is: welk onderdeel werkt wel, welk niet en hoe werkt het?



Maarten van Son

De certificering is voor GZ-psychologen, klinisch psychologen, psychotherapeuten en psychiaters. In het veld werken ook veel SPV'ers en vaktherapeuten. Zijn er ideeën om hun expertise te waarborgen in een curriculum?

Kijk naar de VGCT. Daar heb je de gedrags-therapeutisch werkers. Die kunnen deelbehandelingen uitvoeren onder supervisie van de hoofdbehandelaar. Daar ben ik wel voor. Nu nog staan de HBO'ers in de uitwerking van de NtVP-certificatie op een afstand. Ik vind dat je ze recht doet door ze eveneens op een of andere manier te betrekken bij de kwaliteitsverhoging van de PTSS-behandeling. Dat hoeft echter niet per se door een registratie, het kan ook door HBO-cursussen

te certificeren. Je moet echter eerst zorgen dat je 'generaals' heel goed opgeleid zijn, de specialisten, en vervolgens de mensen die onder hun leiding met hen samenwerken.

Wat is eigenlijk het nadeel van een nieuwe registratie?

Achter de naam van GGZ-professionals zie je tegenwoordig hele rijtjes met registraties. Huisartsen bijvoorbeeld weten vaak niet meer wat dat allemaal betekent. Elke nieuwe registratie doet af aan de waarde van de bestaande. Dat kan nogal verwarrend zijn. De NtVP heeft enige tijd geleden gekozen voor een registratie, maar zij zou ook hebben kunnen kiezen voor de aanduiding van een specialisatiegebied achter een BIG-titel.

Er is nog een ander nadeel: de registratie zou een conserverende werking kunnen hebben; de opgestelde eisen voor een registratie kunnen gaan gelden als eeuwige maatstaf en het kan moeilijk zijn om daar met de tijd verandering in aan te brengen, bijvoorbeeld vanwege gevestigde belangen van beoefenaars en docenten in een bepaalde vorm van diagnostiek of behandeling. Dat wat nu in de eisen staat kan bovendien de neiging hebben er te blijven staan, omdat het moeite heeft gekost om de lijst van eisen als zodanig op te stellen. Maar als de NtVP op die gevaren attent blijft en zich voortdurend bezint op de *state of the art* van de diagnostiek en behandeling van PTSS, dan kunnen de voordelen opwegen tegen de nadelen. Dat is zeker het geval in een vereniging waar de discussie gevoerd mag worden en waar men open blijft staan voor nieuwe ontwikkelingen en signalen uit het veld.

Om het certificaat psychotraumatheapeut te krijgen moet je verschillende technieken beheersen; EMDR, BEPP, NET en imaginaire exposure. Waarom kun je niet heel goed zijn in één techniek en op grond daarvan de registratie krijgen?

PTSS is een breed gebied. Eigenlijk wil je dat de specialist op alle gebieden zijn mannetje of vrouwtje staat. Vroeger, in mijn tijd, werd je opgeleid in één stroming, bijvoorbeeld de psychoanalyse. Of kijk naar de toenmalige huisarts: die werd opgeleid en deed 40 jaar later nog precies hetzelfde. Dat is op geen van die gebieden meer de praktijk. Ook op het gebied van de PTSS is geen van de bestaande methoden voor elk van onze patiënten 100% effectief. Alleen daarom al dien je, als je je reputatie als specialist waar wilt maken, bedreven te zijn in de meest onderschreven diagnostiekmethoden en behandelingen.

De NtVP-titel heeft pretentie; je moet als titeldrager de facto de beste zijn op het gebied van de PTSS. En je moet je bewust zijn dat de registratie niet blijvend is. Je moet een attitude hebben dat je je mee wilt blijven ontwikkelen. Dat je naar je eigen werk kijkt en onderzoekt waarom het niet aanslaat bij deze cliënt en bij de andere wel, welke groep profiteert en welke niet. Nagaan of het komt door comorbiditeit, het type cliënten, de geschiktheid van de methode voor subgroepen, zoals cultuurspecificiteit in bepaalde methoden, type trauma, omstandigheden van trauma, et cetera.

Als de registratie 20 jaar geleden al had bestaan, zou u hem dan hebben gehaald?

Ik weet zeker dat ik – zeker in mijn beginjaren, 40 jaar geleden – PTSS wel eens over het hoofd heb gezien en dat dat niet het geval zou zijn geweest als toen de huidige kennis beschikbaar zou zijn geweest. Ik denk dat voor mij eerder telt dat ik mezelf de benodigde competenties eigen maak dan dat ik per se een registratie zou moeten hebben. Maar als ik binnen een in PTSS-gespecialiseerde instelling zou hebben gewerkt, dan zou ik het zeker hebben gedaan. Ook omdat je daarmee je instelling een 'boost' geeft; je versterkt daarmee de reputatie van een dergelijke instelling. Als bestuurder van zo'n organisatie zou ik het zelfs eisen van de medewerkers.

DRS. BRAM BIJLEVELD is werkzaam als GZ-psycholoog in opleiding tot specialist bij Stichting Centrum '45 te Diemen.

CARIEN S. DE KLOET

Boekbespreking

Uitgangspunt van de redacteurs was om een boek te schrijven voor klinici dat zich primair richt op de vraag hoe getraumatiseerde patiënten het beste kunnen worden behandeld. Dit lijkt gelukt te zijn. Het boek telt meer dan 500 pagina's en is opgebouwd uit zes delen waarbij een aanzienlijk deel van de hoofdstukken is geschreven door kopstukken op het gebied van traumabehandeling.

Het boek start met een overzicht van epidemiologische studies naar zowel de incidentie van potentieel traumatische ervaringen als van PTSS. Na een beschouwing over de gevonden verschillen in incidentie wordt kort aandacht besteed aan studies met betrekking tot de incidentie van acute stress stoornis en verlengde rouwreactie. Aan de relatie tussen *trauma exposure* en overige psychiatrische stoornissen, zoals stemmings- en psychotische stoornissen wordt jammer genoeg geen noemenswaardige aandacht besteed.

Op heldere wijze komen vervolgens de verschillende theorieën over de ontwikkeling van traumagerelateerde klachten aan bod en worden de hierop gebaseerde behandelstrategieën kort aangestipt. De uitkomsten van neurobiologisch onderzoek worden binnen de context van het *fear network model* besproken. Om dit hoofdstuk kort en leesbaar te houden voor klinici lijken de editors bewust te hebben gekozen voor een selectie van het aantal studies en onderwerpen.

Prof. Richard Bryant geeft in het tweede deel een

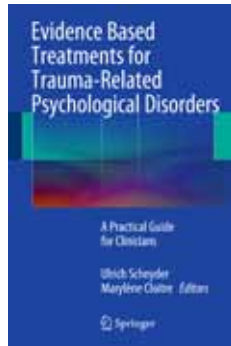
Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders: A Practical Guide for Clinicians door Ulrich Schnyder en Marylene Cloitre (Eds.); Springer International Publishing, 2015. ISBN 978-3-319-07109-1

historisch perspectief op de DSM- en ICD-classificatie van traumagerelateerde stoornissen. Daarbij bespreekt hij ook de afwegingen die gemaakt zijn bij de ontwikkeling van de DSM-5 en de plek van de complexe PTSS. Gezien het belang van goede diagnostiek voor behandeling mis ik hier een hoofdstuk over de diagnostiek van traumagerelateerde aandoeningen en de mogelijkheden die er zijn om hiermee behandel-effecten te evalueren.

In het volgende en sterkste deel van dit boek worden de verschillende *evidence-based* psychotherapeutische behandelmethoden voor PTSS, gecompileerde rouw en vroege interventies na trauma uitgebreid besproken. Hierbij wordt stilgestaan bij de achterliggende ideeën ten aanzien van werkingsmechanismen, de evidentie en wordt de behandeling zelf besproken. Deze uitgebreide bespreking van de verschillende effectieve behandelmethoden maken het boek naar mijn idee, zeker in een tijd dat veel behandelaren niet weten dat er meer is dan *EMDR*, een echte aanrader voor elke psycholoog, psychiater en huisarts (i.o.).

In de laatste delen, die wisselend van kwaliteit zijn, komen achtereenvolgens comorbide stoornissen, de behandeling van speciale doelgroepen en speciale behandelmodules aan bod. De keuzes die bij de samenstelling hiervan zijn gemaakt zijn voor mij niet altijd duidelijk. In de volgorde mis ik, door de plaatsing van het farmacotherapiehoofdstuk aan het eind van het boek en los van de psychothe-

rapeutische behandelstrategieën, de samenhang daartussen. In dit hoofdstuk is er verder weinig aandacht voor werkingsmechanismen en wordt summier ingegaan op de mogelijke vervolgstappen wanneer eerstekeusbehandeling niet effectief blijkt. Voor deze onderwerpen heeft het *Handboek Posttraumatische Stresstoornissen* (E. Vermetten, R.J. Kleber, O. van der Hart, 2012) daarom zeker mijn voorkeur.



Anders dan de titel doet vermoeden blijft het vizier van dit boek naar mijn idee wat te beperkt. Het hoofdstuk over PTSS met comorbide borderline persoonlijkheidsstoornis maakt enigszins het gebrek aan aandacht voor complexe PTSS en de behandeling van deze complexe doelgroep goed. Aan dissociatieve symptomen wordt, hoewel zeer relevant, helaas slechts enkele korte passages besteed. Verder ontbreekt de relatie met en trauma-behandeling van psychotische en andere ernstige psychiatrische aandoeningen. Desalniettemin blijft het boek naar mijn idee door de uitvoerige beschrijving van de verschillende psychologische behandelstrategieën en de onderliggende theorieën, zeker voor de minder ervaren traumatherapeut en behandelaar betrokken bij getraumatiseerde patiënten, de moeite van het aanschaffen waard.

DR. CARIEN DE KLOET is psychiater bij Stichting Centrum '45.

RUBRIEK SUPERVISIEVRAAG EN -ANTWOORD

Oproep voor de rubriek *Supervisievraag en -antwoord*

Hebt u casuïstiekvragen over diagnostiek, indicatiestelling of behandeling, stuur die dan naar Cogiscope@NtVP.nl. Diverse experts in de psychotraumazorg beantwoorden uw vraag binnen deze rubriek in een volgende uitgave van Cogiscope of op www.NtVP.nl

In deze eerste editie van de rubriek stelt drs. Wendela Zwennes, GZ-psycholoog GGZ Noord-Holland Noord, een vraag over *zwangerschap en behandeling*.

Vraag

Zijn er bezwaren en/of bepaalde zaken waarop gelet moet worden bij het behandelen van chronische PTSS bij een vrouw met drie kinderen en die voor vierde keer zwanger is (nu 15 weken)? Zij zelf wil graag starten na maanden op wachtlijst gestaan te hebben. Ze gebruikte voor de zwangerschap medicatie waar ze mee gestopt is toen bleek dat ze zwanger was. Bij alle eerdere bevallingen heeft ze last gehad van herbelevingen door pijn in haar onderlijf. Vroegste trauma is op vierjarige leeftijd waarbij haar moeder haar veel oudere broer in elkaar slaat. De laatste trauma's zijn lichamelijke mishandeling door ex en biologische vader van aantal kinderen. Hier tussenin zijn trauma's waarbij ze seksueel is misbruikt en bijna is gestikt door wurging. Ze gaat over twee maanden trouwen met de vader van haar ongeboren kind. Haar oudere kinderen zijn tussen vier en acht jaar oud en zijn alleen bij haar in het weekend sinds de scheiding twee jaar terug.

Antwoord van de expert

Zwangerschap wordt door sommigen beschouwd als contra-indicatie voor traumabehandeling.

De onderliggende gedachte is als volgt: in een traumabehandeling wordt allerlei traumatisch materiaal geactiveerd, en dit zou verstrend werken op de groei van de band tussen moeder en kind.

In plaats van zich te kunnen richten op contact met haar kindje, zou de moeder in beslag genomen worden door allerlei nare beelden, gedachten en herinneringen; een psychologische zwangerschapsvergiftiging als het ware.

Je kunt daar de volgende overweging tegenover zetten: de zwangerschap zelf maakt sluimerende trauma's wakker, die angst en pijn met zich meebrengen. De herbelevingen waarover deze cliënte spreekt, zijn waarschijnlijk opgeroepen door haar zwangerschap en verstoren deze. Behandeling van deze trauma's kan juist rust brengen en bijdragen aan een voorspoedige bevalling.

Voorbeelden van trauma's die een overgave aan de bevalling in de weg staan: eerdere traumatisch verlopen bevallingen, doodgeboren kindjes, medische trauma's, seksueel misbruik (vooral wanneer dit gepaard is gegaan met veel geweld en lichamelijke pijn).

Deze cliënte wil zelf graag aan het werk, en haar leven staat in het teken van herkansing en nieuw begin. Wanneer zij verdriet, woede en angst door zich heen durft te laten gaan, en (enigszins) liefdevol naar zichzelf en haar kindje kan kijken, zou ik haar zeker een traumabehandeling gunnen.

De volgorde van werken zou dan kunnen zijn:

- 1 Uit de weg ruimen van trauma's die in verband staan met de pijn in haar onderlijf en de trauma's waarnaar haar herbelevingen verwijzen.
- 2 Zoveel mogelijk andere trauma's opruimen, tot ook in de therapie haar zwangerschapsverlof ingaat, waarbij je voorrang geeft aan thema's rond seksualiteit en lijfelijkheid.
- 3 De andere thema's uit haar kindertijd kunnen eventueel later aan bod komen.

Tot slot een laatste punt van aandacht: Drie van haar kinderen zijn door de week bij een mishandelende ex-partner; zijn haar kinderen veilig bij deze man?

DRS. JOANY SPIERINGS is GZ-psycholoog en psychotherapeut, en behandelcoördinator Team Trauma, ambulante en intensieve deeltijdbehandeling, GGZ Oostbrabant. Daarnaast is zij docent in het post-academisch onderwijs, en geeft workshops op gebied van complex trauma in binnen- en buitenland.

Over de 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 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.

www.ntvp.nl

Dit katern binnen de Cogiscope wordt verzorgd door de werkgroep Communicatie van de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma, www.NtVP.nl.

Redactie: Joanne Mouthaan en Ellen Klaassens

Contact: Cogiscope@NtVP.nl

© NtVP 2015