

‘Adverse childhood experiences are the most basic and long lasting determinants of health risks behaviors, mental illness, social malfunction, disease, disability, death and health costs’.

Prof. dr. Vincent Felitti, Onderzoeker ACE Studies (2010)

Post Academische Nascholing Cursus Fase 3 Re-integratie en rehabilitatie 2018

1

Wij verbinden expertise van voortrekkers in de dagelijkse behandelpraktijk met academische inzichten. Vernieuwend, eclecticisch en multidisciplinair.

Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke chronische Traumatisering (CELEVT)

Vorselaarstraat 30, 1066 NN Amsterdam E info@celevt.nl

T 020 – 364 26 39 W www.celevt.nl/trauma-academie.

Fase 3 Behandeling. Re-integratie en rehabilitatie in de behandeling van cliënten met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (VCT) met klachten en symptomen van Complexe Post Traumatische Stressstoornis (CPTSS) en complexe Dissociatieve Stoornissen.

2

Colofon

Uitgave, CELEVT juli 2017

De publicatie is te downloaden op www.celevt.nl

© Copy

Alle rechten voorbehouden. Plaatsing op andere sites, veelvuldig op welke wijze dan ook kopiëren en/ of commercieel gebruik is niet toegestaan zonder uitdrukkelijke toestemming van CELEVT.

Modules en kalender

Donderdag 6 December 2018

Positieve psychologie in de behandeling van cliënten met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering; van klachtgericht werken naar bevorderen van veerkracht en welbevinden. Dr. Wendy Pots.

Donderdag 14 Februari 2019

Re-integratie en nieuw toekomstperspectief. Drs. Martijn StöfseL.

3

Vrijdag 15 Februari 2019

Persoonlijkheids(re)integratie en rehabilitatie bij cliënten met een complexe Dissociatieve Stoornis. Prof. Dr. Onno van der Hart.

Kijk voor alle exacte data in de agenda op www.celevt.nl/agenda.

Doelgroep

Cursisten van de 1-jarige Postacademische Nascholing. (BIG-geregistreeerde) psychiaters, klinisch psychologen, psychotherapeuten en GZ-psychologen en zij die voor deze registraties in opleiding zijn.

Toelatingseisen

Deelnemers moeten minimaal 16 uur per week in de dagelijkse behandelpraktijk werkzaam zijn. Daarvan moet men minimaal 8 uur per week werkzaam zijn met in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde cliënten met een Complexe Posttraumatische Stressstoornis (CPTSS) en cliënten met complexe Dissociatieve Stoornissen.

Mocht u aan de laatste voorwaarden [nu] niet [geheel] kunnen voldoen, neemt u dan contact op voor overleg met CELEVT info@celevt.nl.

4

Lees ook de Notitie "Trauma Academie, uitgangpunten VCT_Traumabehandeling VOLWASSENEN Voor zover relevant voor de Academie' Download op www.celevt.nl/trauma-academie.

Kijk voor praktisch informatie over de cursus op www.celevt.nl/trauma-academie onder postacademische

Introductie

De fasegerichte behandeling is geen lineair proces is maar één waarbij de diverse fasen bij herhaling aan bod komen, zeker bij de meer complexe problematiek in de behandeling van patiënten / cliënten met complexe trauma-gerelateerde stoornissen, zoals Complexe Post Traumatische StressStoornis en complexe Dissociatieve Stoornissen. Meestal wordt de eerste behandelingsfase, stabilisatie en symptoomreductie benadrukt. De tweede fase, de behandeling van traumatische herinneringen, krijgt veel minder aandacht, terwijl de derde, de persoonlijkheid (her) integratie en revalidatie meestal wordt over het hoofd gezien. In de 1-jarige Postacademische opleiding wordt aan alle fasen, inclusief de daaraan voorafgaande noodzakelijke diagnostiek, terdege aandacht besteed.

In de kinderjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen lijden onder de vroege ernstige en aanhoudende traumatiserende ervaringen die hen zijn aangedaan. De reacties [symptomen / klachten] van deze mensen op de traumatische ervaringen zijn normale reacties op abnormale gebeurtenissen in vaak levensbedreigende situaties. Herstellen van de gevolgen van ernstige en aanhoudende traumatisering in de kinderjaren betekent hoop hervinden en moed verzamelen, een positief zelfgevoel ontwikkelen en een betekenisvol bestaan opbouwen. Dit vereist kracht maar het leidt ook tot kracht en macht over eigen leven, verbondenheid met anderen, autonomie, tot bloei komen van talenten¹.

In de traumabehandeling gaat het niet alleen om vermindering van psychische en somatische klachten en symptomen, maar vooral ook om veerkracht en functioneren en om het kunnen leiden van een zinvol leven. De essentie is om mensen in hun kracht te houden of te zetten en hen eigenaar te laten zijn van hun herstelproces om te kunnen doen wat het leven zin geeft.

¹ Vander Hart, Nijenhuis, Steele, 2010

De World Health Organization (WHO) omschrijft geestelijke gezondheid als niet alleen de afwezigheid van psychische stoornissen, maar ook als welbevinden: *"mental Health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stress of live, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her of his community".*

Deze cursus geeft u goede en wetenschappelijk onderbouwde kennis en klinische vaardigheden in de derde behandelfase. In de 3-e behandelfase leert de u cliënt bij te staan bij het zich verder eigen maken van de autobiografie. En hoe om te gaan met nieuw perspectief en tegelijkertijd het proces van afscheid nemen in te zetten. U leert ook hoe in geval van cliënten met complexe Dissociatieve Stoornissen, de fusie tussen dissociatieve delen van de persoonlijkheid te bevorderen. U maakt ook kennis met positieve psychologie en van positief psychologische interventies die in de derde fase van de behandeling – en ook eerder - een waardevolle bijdrage kunnen zijn voor mensen in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen.

Lees meer over de fasegerichte behandeling en doelgroep aan het eind van dit programma.

Module 1.

Positieve psychologie in de behandeling van cliënten met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering; van klachtgericht werken naar bevorderen van veerkracht en welbevinden

Docent:

Dr. Wendy Pots

7

Introductie

In de traumabehandeling van mensen met ernstige en aanhoudende vroege trauma's gaat het niet alleen om vermindering van psychische en somatische klachten en symptomen, maar ook om het bevorderen van veerkracht en positief geestelijke gezondheid. De positieve psychologie als stroming richt zich van oudsher op welbevinden, krachten en groei. Welbevinden en psychopathologie zijn gerelateerd, maar blijken ook onderscheidend te zijn. Er zijn mensen die lijden aan een stoornis maar toch een relatief hoog niveau van welbevinden ervaren, en er zijn mensen die laag scoren op welbevinden en toch weinig symptomen van psychopathologie ervaren. Alhoewel ze samenhangen, is de relatie verre van perfect en lijkt het erop dat investeren in welbevinden loont. Samenvattend gaat het om het bevorderen van geestelijke veerkracht, wat tot uiting komt in het vermogen om flexibel te zijn en positieve adaptatie te ervaren, zowel in tijden van welzijn als stress. Positief psychologische interventies worden steeds populairder als alternatief aanbod in de zorg. Er is al redelijk veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van interventies gebaseerd op positieve psychologie, maar er is nog weinig onderzoek naar deze interventies als aanbod

voor (C)PTSS en Dissociatieve Stoornissen. In deze module zal ingegaan worden op positief psychologische interventies, zoals welbevindentherapie, mindfulness, Acceptance and Commitment Therapie (ACT) en Compassion Focused Therapy (CFT) als aanbod voor cliënten met vroege trauma's. Daarnaast zal ook op basis van onderzoek gekeken worden naar de rol en de plaats van deze therapieën.

Onderwerpen

- Kennis van het twee-continua model en het belang van versterken van positieve geestelijke gezondheid binnen de geestelijke gezondheidszorg.
- Inzicht in de rol en waarde van positieve psychologie bij de behandeling van vroegkinderlijk getraumatiseerde patiënten.
- Kennis over het bestaan van positief psychologische interventies en de wetenschappelijke onderbouwing van deze interventies.
- Wetenschap hoe welbevinden te beïnvloeden door het vergroten of versterken van veerkracht, zelfcompassie, en psychologische flexibiliteit.
- Kennis over de rol en plaats van positief psychologische interventies in de fasen behandeling van vroegkinderlijk getraumatiseerde patiënten.

Leerdoelen

- Basiskennis van de deelnemer over positief psychologische interventies bij CPTSS is bekend, getoetst en voldoende bevonden.
- De deelnemer heeft kennis genomen van het twee-continua model.
- De deelnemer kent de drie componenten van welbevinden en de zes dimensies van psychologisch welbevinden.
- De deelnemer heeft inzicht in de bijdrage van de positieve psychologie binnen een klachtgerichte benadering.

- De deelnemer heeft kennis over hoe hij positieve psychologie kan inzetten om een klachtgerichte behandeling te complementeren met het doel welbevinden te bevorderen in de eigen praktijk.
- De deelnemer weet hoe welbevinden te beïnvloeden is door het vergroten of versterken van veerkracht, zelfcompassie, en psychologische flexibiliteit.
- De deelnemer heeft kennis genomen van diverse positief psychologische interventies die binnen de behandeling van CPTSS toegepast zouden kunnen worden.
- De deelnemer kan de belangrijkste kenmerken van de verschillende positief psychologische interventies beschrijven.
- De deelnemer kan op grond van diagnostiek, assessment en hulpvragen een keuze maken welke positief psychologische behandeling het meest aangewezen is bij een cliënt met een CPTSS.
- De deelnemer kan vaststellen of en welke positief psychologische interventie, op grond van wetenschappelijke inzichten, voor een cliënt met CPTSS het meest aangewezen is.
- De deelnemer kan enkele positief psychologische technieken in de fasegerichte traumabehandeling uitvoeren.
- De deelnemer kan kennis genomen van het protocol van welbevindentherapie en kan die in de fasegerichte traumabehandeling uitvoeren, evalueren en afsluiten.

Literatuur voor cursisten

Christenhusz, L. & Meulenbeek, P.A.M. (2013). Welbevindentherapie in de geestelijke gezondheidszorg. In: E. Bohlmeijer (Ed.), *Handboek Positieve Psychologie*, Boom, Amsterdam.

Bohlmeijer, E., Westerhof, G., Bolier, L., Steeneveld, M., Geurts, M., & Walburg, J. A. (2013). Over de betekenis van de positieve psychologie: Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak? *Psycholoog*, 49-59.

Voor de cursus ontvangen deelnemers indicaties welke hoofdstukken te lezen. Ook ontvangen deelnemers enkele digitale artikelen.

Werkvorm

Kennisoverdracht in mini-colleges, beschrijvingen van therapie interventies, samen oefenen van therapie interventies in subgroepen.

Toetsing

- Toetsing is mondeling: een quiz aan de hand van multiple-choice vragen.
- Invulling van de toets vindt plaats aan het einde van de module.

Korte Bio



Wendy Pots is klinisch psycholoog en psychotherapeut en Teamleider zorg bij Dimence in Almelo, Complex Trauma Team. Haar expertise is de behandeling van complex trauma,

angst- en stemmingsstoornissen en cluster C-persoonlijkheidsstoornissen. Zij is erkend cognitief gedragstherapeut en psychotraumatherapeut, EMDR practitioner. Naast haar werk als klinisch psycholoog bij Dimence combineerde zij vanaf 2009 haar werk als gz-psycholoog met docentschap en vanaf 2010 met een promotietraject aan de Universiteit Twente op de afdeling Psychologie, Gezondheid & Technologie (PGT). In 2016 is ze gepromoveerd op haar proefschrift 'Living To The Fullest! Mindfulness-based interventions as public mental health interventions for depression.' Zij deed onderzoek naar de effectiviteit van interventies die gebaseerd waren op mindfulness voor mensen met depressieve klachten.

Module 2.

Integratie en nieuw toekomstperspectief

Introductie

In de integratiefase van de behandeling van vroegkinderlijke traumatisering staat centraal hoe het leven weer vorm gegeven kan worden na verwerking van de vroegkinderlijke traumatisering. Het gaat om het aanleren van in het hier-en-nu adequate coping in plaats van de disfunctionele coping, die naar aanleiding van de vroegkinderlijke traumatisering was aangeleerd. Het gaat ook om heroriëntatie op de toekomst. De integratiefase begint vaak al eerder in de behandeling parallel aan de andere fasen, soms moeten er weer stapjes terug gemaakt worden naar de behandelfase. Ook wordt er aandacht besteed aan culturele verschillen en ethische problematiek die een rol kan spelen bij de behandeling van vroegkinderlijke traumatisering. Daarbij komt ook de actuele klinische en wetenschappelijk discussies t.a.v. stabilisatie en symptoomreductie versus traumabehandeling aan bod. Tot slot komt secundaire traumatisering, de 'trauma-lens', en therapeutkwetsbaarheid aan de orde inclusief coping mechanismen.

12

Onderwerpen

- Culture verschillen en ethische problematiek.
- Integratie-technieken.
- Weke hart van de behandelaar en lange behandelingen.
- Secundaire traumatisering.
- Gevolgen voor de behandelaar.
- Afsluiting en afscheid.

Leerdoelen

- Inzicht in culturele verschillen en ethische problematiek.
- Inzicht in de doelstelling van de integratie-fase.
- Integratie-technieken kunnen toepassen.
- Weke hart van de behandelaar en lange behandelingen.
- Inzicht in secundaire traumatisering.
- Inzicht in de gevolgen voor de behandelaar van het behandelen van traumaproblematiek.

Literatuur voor cursisten

Stöf sel en Mooren (2010) Complex Trauma; Amsterdam; Boom Stafleu van Loghum.

Stöf sel en Mooren (2017) Trauma en persoonlijkheidsproblematiek, Boom Stafleu van Loghum.

Voorafgaand ontvangen de deelnemers aanwijzingen welke hoofdstukken gelezen moeten worden.

Werkvorm

Plenaire presentatie m.b.v. PowerPoint, demonstratie door docent, oefenen in subgroepen, plenaire discussie.

Toetsing

Oefenen met besproken en geoefende technieken en daarvan een schriftelijk verslag inleveren.

Korte Bio



Martijn Stöfseel is klinisch psycholoog en psychotherapeut. Hij werkt momenteel in een eigen psychotherapie- en onderwijspraktijk in Lunteren. Daarvoor heeft hij gewerkt met ernstig getraumatiseerde cliënten in het -in de behandeling van oorlogstraumata gespecialiseerde-Sinaï Centrum en in de verslavingskliniek van het Leger des Heils. Hij schreef 'Complex trauma' (2010) en 'Trauma en persoonlijkheidsproblematiek' (2017). Hij is supervisor en leertherapeut van de VGCT en de NVP, senior-schematherapeut, lid van de NtVP en EMDR-practitioner.

Module 3.

Persoonlijkheids(re)integratie en rehabilitatie bij cliënten met een complexe dissociatieve stoornis

Docent

Prof. Dr. Onno van der Hart

Introductie

In behandelfase 3 vindt, na het geleidelijke overwinnen van de fobie voor traumatische herinneringen, verder integratief werk plaats, waarbij cliënten worden bijgestaan in het ontwikkelen en gebruik van de vaardigheden om met de hoofdthema's van deze fase om te gaan. Een hoofdpoging is de verdere integratie van de persoonlijkheid, c.q. eenwording van de dissociatieve delen van de persoonlijkheid. Een tweede hoofdpoging is adequate hulp bij de intense rouwreacties die optreden naar aanleiding van de (geleidelijke) realisatie van het traumatische verleden en van de gevolgen hiervan voor het leven daarna, in het heden en in de verwachte toekomst. Een derde hoofdpoging is het cliënten bijgestaan in het overwinnen van fobieën voor een gewoon leven, waaronder de fobie voor verandering en de fobie voor intimiteit. Tenslotte heeft de afronding van deze doorgaans (zeer) langdurige behandelingen veel aandacht nodig.

Leerdoelen

- De deelnemer onderkent dat elk “delen met elkaar” dat dissociatieve delen in de loop van de therapie doen leidt tot fusies tussen hen c.q. tot eenwording van de persoonlijkheid.
- De deelnemer heeft zicht op de verschillende paden naar eenwording en de manieren waarop deze kan plaatsvinden.
- De deelnemer heeft inzicht in de oorzaken van het “falen” van de eenwording en weet wat daaraan gedaan moet worden.
- De deelnemer onderkent intense rouwreacties als noodzakelijk onderdeel van het doorgaande integratieve proces van cliënten, waarin toenemende realisatie van hetgeen hun is aangedaan en de ernstige gevolgen daarvan voor de rest van hun leven een hoofdrol spelen
- De deelnemer beseft met welke fobieën voor aspecten van een gewoon leven cliënten in deze fase geconfronteerd kunnen worden en heeft zicht op de manieren waarop deze overwonnen kunnen worden.

Literatuur voor cursisten

Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis en Kathy Steele (2010). *Het belaagde zelf: Structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering*. Amsterdam: Boom. (In het bijzonder hoofdstuk 17, Fase 3-behandeling, (Re-)integratie van de persoonlijkheid en het overwinnen van de fobieën voor het gewone leven; Epiloog.)

Werkvorm

Kennisoverdracht in mini-colleges; beschrijvingen van therapeutische principes; videopresentaties door de docent; demonstraties in rollenspel; oefeningen, w.o. rollenspel, in subgroepen; in beperkte mate eventuele case-consultaties.

Toetsing

- Vormen van toetsing: het door de deelnemers invullen van een quiz met op deze Module toegespitste multiple choice vragen;

Korte Bio



Onno van der Hart is psycholoog/psychotherapeut in ruste, Amstelveen, en emeritus hoogleraar psychopathologie van chronische traumatisering, Universiteit Utrecht. Hij is president geweest van de International Society for Traumatic Stress Studies. Door de International Society for the Study of Trauma and Dissociation heeft hij voor zijn werk verschillende malen een Award gekregen. Met Suzette Boon en Kathy Steele is hij co-auteur van de volgende boeken: *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach* (2017; Nederlandse vertaling in voorbereiding); en *Omgaan met trauma*

gerelateerde dissociatie: Vaardigheidstraining voor patiënten en hun therapeuten (2012); Met Ellert Nijenhuis en Kathy Steele schreef hij, *Het belaagde zelf: Structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering* (2010). Voor zijn werk ontving hij verschillende onderscheidingen waaronder de Lifetime Achievement Award van de International Society for the Study of Trauma and Dissociation.

Over de fasegerichte behandeling

De fasegerichte behandeling is een meeromvattende behandeling waarvan gebleken is dat dit een effectieve behandelmethodede is die internationaal als eerste keuze wordt aangemerkt voor in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen met trauma-gerelateerde psychische problematiek. Na een eerste periode van behandeling, is een forse verbetering in de kwaliteit van leven en trauma-gerelateerde symptomen te zien. Indien de gehele behandeling wordt afgerond neemt de psychopathologie in sterke mate af en verdwijnt in veel gevallen². De kwaliteit van leven, de maatschappelijke participatie en sociaal functioneren neemt in hoge mate toe.

Fase 1: Stabilisatie, symptoomreductie, vaardigheidsontwikkeling en voorbereiden traumabehandeling

De eerste behandelfase omvat meestal twee complementaire benaderingen. Een benadering die in het teken staat van het overwinnen van de angst voor het aangaan van een samenwerkings- en vertrouwensrelatie met de therapeut. En een op de klachten en symptomen gerichte benadering waarin het leren omgaan met symptomen en het hanteren hiervan in het dagelijks leven en het voorbereiden op traumabehandeling centraal staat.

Fase 2: Traumabehandeling

De traumatische herinneringen zijn geen gewone, narratieve herinneringen, maar onwillekeurige, pijnlijke en sterk emotionele en lichamelijke ervaringen, die niet of onvoldoende zijn geïntegreerd in het autobiografisch geheugen. In de tweede behandelfase worden deze traumatische herinneringen met behulp van verschillende traumaverwerkingsmethodes

² Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2010; Stofsel, Mooren, 2011; Van der Hart, Steele, Nijenhuis, 2017; Stofsel, Mooren, 2017.

of de, op de theorie van structurele dissociatie van de persoonlijkheid gebaseerde, geleide synthese en realisatie omgezet in gewone narratieve herinneringen die een plaats krijgen het eigen levensverhaal ³.

Fase 3: Re-integratie van de persoonlijkheid en rehabilitatie

Een van de opgaven in de laatste behandelfase is dat de cliënt zichzelf een ruimer perspectief in ruimte en tijd gaat toestaan: niet langer (over)leven van dag tot dag, maar een zelfbewustzijn waarin het 'hier en nu' centraal staat en is ingebed in een helder en toegeëigend besef van het verleden en de toekomst. Omdat traumatische ervaringen de persoonlijke ontwikkeling in een aantal opzichten in de weg hebben gestaan, zal de cliënt diverse inhaalacties gaan ondernemen: met betrekking tot opleiding, werk, vriendschappen en relaties en seksualiteit⁴.

20

Niet lineair maar vaak naadloos verweven

Deze behandelingsfasen zijn niet lineair, maar worden vaak afgewisseld of zijn naadloos verweven. Bijvoorbeeld, een korte stabilisatie-interventie kan plaatsvinden in de sessie, die gevolgd wordt door werk met traumatische herinneringen en dan door een aantal integratieve interventies in het dagelijks leven – tegelijk en opvolgend in één sessie⁵. Het idee achter de fase-gerichte behandeling is dat de cliënt in de regel nog onvoldoende stabiel is en onvoldoende spankracht heeft om de directe confrontatie met de complexe traumatische herinneringen aan te kunnen. Bij ernstige instabiliteit lijkt het van belang om vast te stellen *wat* iemand instabiel maakt en welke specifieke interventies die instabiliteit kunnen verminderen en de spankracht te vergroten. In sommige gevallen komt de instabiliteit door

³ Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2010; Stofsel, Mooren, 2011; Van der Hart, Steele, Nijenhuis, 2017; Stofsel, Mooren, 2017.

⁴ Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2010

⁵ Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2017.

'spontane' overspoelende herbelevingen, in dat geval kan de therapeut sneller traumabehandeling of geleide realisatie inzetten om te stabiliseren⁶.

Integratie van verschillende theoretische oriëntaties

De behandeling is idealiter gebaseerd op een integratie van verschillende theoretische oriëntaties. Zowel behandelingen gericht op het heden, als therapieën gericht op het verleden blijken te werken. Voorbeelden van behandelmethoden die op het verleden gericht zijn, zijn bijvoorbeeld EMDR, exposure therapie, geleide synthese en geleide realisatie en psychodynamische therapievormen. Voorbeelden van modellen die op het heden gericht zijn, zijn gedragstherapie en psycho-educatie. De best-practice in de behandeling van patiënten met complexe trauma-gerelateerde psychische problematiek en een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering is dat een combinatie van op het heden gerichte behandeling in combinatie met op het verleden gerichte behandeling. Er kan voor een bepaalde behandelmethode of een combinatie van behandelmethoden gekozen worden op basis van de opleiding van de behandelaar, de behandelcontext, de wijze waarop de cliënt zich presenteert of de voorkeur van de cliënt.

21

De *standard of care* is zoals genoemd, de fasegerichte behandeling waarin een ruime verscheidenheid aan therapeutische interventies gebaseerd op verschillende therapeutische modellen aan bod komen. Waarin cognitief gedragstherapeutische technieken eclecticisch worden geïntegreerd voor het onderzoeken en veranderen van disfunctionele trauma-gebaseerde geloofssystemen of om stressvolle ervaringen of impulsief gedrag en emoties te leren hanteren. Er kan gekozen worden uit een ruime verscheidenheid aan therapeutische interventies⁷:

- Psychodynamisch georiënteerde psychotherapie gecombineerd met Cognitieve gedragstherapie (CGT) en waar aangewezen (tijdelijk) medicatie;

⁶ Ten Broeke, 2016; Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2017

⁷ Rensen, 2017

- Transference Focused Psychotherapy (TFP), Mentalisation Based Therapy (MBT);
- Dialectische gedragstherapie, schematherapie, systeemtherapie;
- EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing), Imaginair Exposure, Cognitief Exposure en Geleide Synthese en Realisatie;
- Psychomotore therapie, Sensori Motor Psychotherapie (SP), beeldende therapie, hartcoherentie training;
- Complementaire behandeling, coaching, advies, begeleiding, lotgenotencontact, psycho-educatie, cursussen, sociaal-maatschappelijke begeleiding, re-integratie begeleiding.

De behandelduur is naar de huidige inzichten gemiddeld 1 tot 4 jaar, uitgaande van 100 tot 150 consulten per jaar bij Complexe Post Traumatische Stress Stoornis (CPTSS) en minder complexe Dissociatieve Stoornissen. Bij hoge psychische, somatische co-morbiditeit en een complexere voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering kan de behandeling langere tijd in beslag nemen. Bij complexe Dissociatieve Stoornissen, in het bijzonder de Dissociatieve Identiteit Stoornis (DIS) is dat vrijwel altijd het geval. Net als bij andere EPA-problematiek (Ernstige Psychiatrische Aandoeningen) kan er sprake zijn van chroniciteit en is langere begeleiding gedurende het leven nodig⁸.

Gedesorganiseerde hechting en de therapeutische samenwerking

Cliënten met een geschiedenis van interpersoonlijk trauma in de kindertijd hebben dikwijls grote problemen met vertrouwen. Als volwassenen met een dergelijke achtergrond in therapie komen, kunnen deze moeilijkheden met hechting in sterke mate gereactiveerd worden. Dit manifesteert zich vaak in de richting van hun therapeuten en kan spelen in diverse complexe overdrachtsmanifestaties. Velen ontwikkelen een zogenoemde gedesorganiseerde hechting.

⁸ Rensen, 2017

Deze vorm van hechting hangt samen met het gegeven dat de dader zowel een bron van betrekkelijke 'veiligheid' als van bedreiging kan zijn. Ze bestaat uit abrupte wisselingen of combinaties van hechtingsgedrag⁹. In de traumabehandeling is het de uitdaging hoe stagnaties, impasses en herhalende transactiepatronen op te sporen, te doorbereken, om te buigen en een veilig kader voor de samenwerking te realiseren. Cliënten kunnen hun therapeut gaan zien als iemand die erop uit is het gestelde vertrouwen te schenden en hen te mishandelen. Daarom kunnen zij de neiging hebben de therapeut op de proef te stellen, zich extreem angstig jegens hem te voelen, buitengewoon afstandelijk te blijven, woedend te zijn en dergelijke. Zij kunnen de therapeut daarentegen ook ervaren als een goede ouderfiguur of redder, aan wie zij zich vast willen klampen of door wie zij verzorgd of gered willen worden. Cliënten kunnen ook alterneren tussen beide patronen van traumatische overdracht. Een belaste of complexe overdracht is kenmerkend voor veel vroeggetraumatiseerde cliënten, maar wordt wellicht het meest zichtbaar bij cliënten met Complexe PTSS, Dissociatieve Identiteit Stoornis (DIS) en een (co-morbide) borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS). Bij DIS kunnen sommige dissociatieve delen van de persoonlijkheid de therapeut redelijk vertrouwen, terwijl andere dat allerminst doen¹⁰. De behandeling van gedesorganiseerde gehechtheidspatronen impliceert het kunnen omgaan met de re-enactments in de therapeutische werkrelatie, die intense gevoelens en overdrachtsfenomenen bij zowel de cliënt als de therapeut kunnen veroorzaken waaronder afweermechanismen, weerstand, overdracht en tegenoverdracht.

Gericht op verwerking van traumatische herinneringen

Essentieel is dat herstel alleen mogelijk is als mensen de pijnlijke confrontaties met traumatische herinneringen ook durven en kunnen aangaan en dat de traumatische

⁹ Liotti, 2004; Hafkenscheid, 2012; Hafkenscheid, 2016; Van der Hart, Steele, Nijenhuis, 2017

¹⁰ Boon, Steele, Van der Hart, 2011; Van der Hart, Steele, Nijenhuis, 2010; Van der Hart, Steele, Nijenhuis, 2017.

ervaringen worden verwerkt en geïntegreerd worden in iemands levensverhaal. Het is essentieel dat de traumabehandeling gericht is op de verwerking van de traumatische ervaringen. Bij volwassenen met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering wordt er nogal eens van uitgegaan dat traumaverwerking gecontra-indiceerd zou zijn en wordt hiervan afgezien. Als argument wordt vaak gebruikt dat de problematiek wegens de hoge co-morbiditeit of de complexiteit van de traumatisering te zwaar is. Als tweede argument wordt vaak aangevoerd dat cliënten traumabehandeling niet aan zouden kunnen vanwege het gevaar van decompensatie. Te vaak wordt ook gedacht dat in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen deze vormen van traumabehandeling niet zouden wensen of dat beter 'vooruitgekeken kan worden dan omgezien'¹¹.

Uit onderzoek blijkt echter dat cliënten met complexere trauma-gerelateerde stoornissen en bijkomende co-morbiditeit net zoveel van CGT-traumabehandeling profiteren als cliënten zonder co-morbide stoornissen en minder complexe trauma-gerelateerde psychische problematiek¹². Daarom moet het streven zijn om op basis van de uitkomsten van de diagnostiek, en de draagkracht en draaglast, zo snel als dat voor de individuele cliënt mogelijk is over te gaan op CGT-traumabehandeling.

Behandeling PTSS klachten en verder

Bij cliënten met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering met CPTSS en Dissociatieve Stoornissen – en aanverwante co-morbiditeit – zijn wel meer voorzorgsmaatregelen, een langere voorbereidingen nodig, voordat tot traumaverwerking kan worden overgegaan dan bij eenmalige traumatisering en minder complexe traumatisering

¹¹ Lampe Mitmansgruber, Gast, Chlusser, 2008; Draijer, Langeland, Boon, 2012.

¹² Van Minnen, 2010; Van Minnen, Van der Vleugel, Van den Berg, De Bont, De Roos, Van der Gaag, De Jongh, 2016. Zie ook Mosquera, Gonzales, 2012; Van der Hart, Groenendijk, Gonzalez, Mosquera, Solomon, 2014.

het geval is. Er is ook meer behandelexpertise nodig¹³. Afname van PTSS klachten blijkt in de meeste onderzoeken samen te gaan met (lichte) verbetering van de andere trauma-gerelateerde psychische klachten. Echter, ook na een succesvolle aanpak van de PTSS klachten hebben de meeste cliënten nog steeds last van andere trauma-gerelateerde en co-morbide klachten die behandeling behoeven¹⁴.

Uit: Rensen, G.M. 2017

¹³ Brand,Loewenstein, Spiegel, 2008; Van Minnen 2010; De Jongh, Broeke, 2012.

¹⁴ Ten Broeke, 2016

Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering

Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering

Onder Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering wordt verstaan: de schadelijke psychische, biologische en sociale gevolgen van (een combinatie van) stressvolle en potentieel traumatische gebeurtenissen tijdens de kinderjaren. Deze gebeurtenissen zijn aanhoudend, langdurig, binnen de interpersoonlijke context en met verstoring van de ontwikkelingsfasen, zoals:

- Aanhoudende en langdurige mishandeling (emotioneel, fysiek, seksueel);
- Aanhoudende en langdurige verwaarlozing (psychisch, pedagogisch, fysiek);
- Het getuige zijn van aanhoudend en langdurig geweld in het gezin;
- Het verkeren in oorlogsomstandigheden en/ of hebben moeten vluchten;
- Het langdurig moeten ondergaan van pijnlijke medische handelingen;
- Het meemaken van meerdere traumatische verliezen binnen het gezin.

26

Het gevolg is een voortdurende verstoring van (de kwaliteit van) de hechting en hechtingsrelaties. Trauma wordt in dit verband gezien als een subjectieve respons van een individu op een gebeurtenis, niet de kwaliteit van de gebeurtenis¹⁵.

Traumatische reacties

Traumatische reacties doen zich voor als handelen niet meer baat. Als verzet noch ontsnapping mogelijk is, kan het zelfverdedigingssysteem zijn taak niet meer verrichten en raakt ontregeld. Traumatische gebeurtenissen in de vroege kinderjaren veroorzaken

¹⁵ Rensen, G.M., 2017

diepgaande, blijvende veranderingen in de prikkelingstoestand van het lichaam, het gevoelsleven, het cognitieve vermogen en het geheugen. Bovendien worden deze functies die normaal geïntegreerd zijn, door traumatisering soms van elkaar gescheiden. Men ondergaat soms heftige emoties zonder dat men de gebeurtenis duidelijk herinnert of herinnert die zich juist gedetailleerd, maar zonder dat er emoties worden opgewekt. Het verband tussen traumatische symptomen en hun oorzaak gaat vaak verloren waardoor deze symptomen een eigen leven gaan leiden.

Gedesorganiseerde hechting en psychisch problematiek in de volwassenheid

Er is een sterke relatie tussen Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering, de voortdurende verstoring van de hechting en hechtingsrelaties met gedesorganiseerde hechting en ernstige psychiatrische problemen in de volwassenheid.

27

Daarbij is vooral het niet verwerkt zijn van de vroege traumatische ervaringen belangrijk. In gehechtheidsonderzoek en de daarin gebruikte classificatie wordt dit *onverwerktheid genoemd*. Dat houdt in de (on)mogelijkheid de traumatische ervaringen te verwerken, gepreoccupeerd zijn met en overweldigd zijn door trauma en verlies. Met een hoge mate van *onverwerktheid* (een hoge *unresolved*-score).

Dit uit zich in tekortkomingen in het redeneren over de traumatische ervaringen, het spreken over het retrospectieve verhaal en extreme gedragsreacties rond de traumatische ervaringen. De duidelijkste correlaties liggen tussen desorganisatie van gehechtheid in de babytijd, latere vroegkinderlijke trauma's aangevangen voor het achtste levensjaar en Complexe Post Traumatische Stressstoornis (CPTSS), Dissociatieve Stoornissen en de Borderline Persoonlijkheid Stoornis¹⁶.

¹⁶ Liotti, 2004; Nicolai, 2010; Mosquera, Gonzales, Van der Hart, 2012.

De opleidingsactiviteiten bij de Trauma Academie richten zich op cliënten waarbij sprake is van:

- (Complexe) Posttraumatische Stress Stoornis (CPTSS);
- Dissociatieve Stoornissen;
- Mogelijk in combinatie met Borderline Persoonlijkheid Stoornis.

Voor alle drie de categorieën geldt dat ze moeilijkheden hebben met de relatievorming: een patroon van turbulente onevenwichtige relaties, de angst om in de steek gelaten te worden of overheerst te worden, moeite met grenzen en het ontwikkelen van een geïntegreerde identiteit. De gemeenschappelijk noemer is dat ze voort kunnen komen uit chronische traumatisering in de vroege kinderjaren die kenmerken eigenschappen ontleen aan een bepaalde vorm van aanpassing aan de traumatische omgeving.

28

Co- morbiditeit

Wanneer bij iemand een van deze drie diagnoses wordt vastgesteld zijn vaak ook nog andere co-morbide diagnoses mogelijk waaronder¹⁷:

- Depressie
- Angststoornissen
- Psychotische episoden
- Overige Persoonlijkheidsproblematiek
- Eetstoornissen
- Conversiestoornissen
- Somatoforme stoornissen
- Verslavingsproblematiek

De klinische ervaring is dat de co-morbiditeit bij complexe trauma-gerelateerde psychopathologie niet beschouwd en behandeld kan worden als problematiek die losstaat van de hoofddiagnose. In de dagelijkse behandelpraktijk en wetenschappelijk onderzoek zal een belangrijke vraag zijn welke (klinische) overwegingen een rol spelen om bij co-morbiditeit te focussen op AS-I-, AS-II- of AS-III-problematiek.

Bij een co-morbide DSM-IV As II stoornis, bijvoorbeeld, wordt soms aanbevolen om deze complicerende psychopathologie te behandelen alvorens over te gaan tot de behandeling van de trauma-gerelateerde problematiek. Dit kan soms een goede strategie zijn, maar vaak is het moeilijk om vast te stellen in hoeverre deze psychopathologie een effect is van de traumatisering en in hoeverre deze psychopathologie beter kan worden begrepen als een component van as I problematiek. Vooral nog wordt ervanuit gegaan dat bij AS-II-problematiek met overwegende trauma-gerelateerde symptomen zoals Complexe PTSS en / of aanzienlijk dissociatieve symptomen, trauma-focused psychotherapie dient plaats te vinden waarin componenten van, bijvoorbeeld, behandeling van de persoonlijkheidsproblematiek of depressie conform de vigerende richtlijnen, geïntegreerd worden met traumabehandeling.

Verschillen in functioneren

Het niveau van intrapsychisch en interpersoonlijk functioneren van cliënten loopt sterk uiteen. Sommigen handhaven zich redelijk goed, zijn sterk gemotiveerd om hun psychische problematiek te boven te komen, hebben relatief minder vroege traumatiserende ervaringen achter de rug, hebben weinig andere psychopathologische kenmerken en genieten steun van anderen. Hun behandeling verloopt betrekkelijk vlot en ongecompliceerd. Anderen zijn echter geïnvaleerde, chronisch zieke psychiatrische cliënten die naast de hoofddiagnose talrijke andere psychische stoornissen hebben. Een derde grote subgroep valt tussen de beide extremen.

Uit: Rensen, 2017

Opleidingslocatie



Opleidingslocatie:

Gebouw NEST Laan van Kronenburg 14 1183 AS Amstelveen

De locatie is goed bereikbaar per Openbaar Vervoer www.9292.nl en per auto www.googlemaps.nl en per auto.

30

Gratis ruime parkeergelegenheid. Goed toegankelijk voor rolstoelgebruikers.



Informatie en overleg

Contact

Mevr. Drs. G.M. (Martijne) Rensen, directeur CELEVT, programma-manager Trauma Academie. Tel. 020 – 364 26 39 of 06 46 19 07 36. Mail: m.rensen@celevt.nl.

Postadres

CELEVT Vorselaarstraat 30 1066 NN Amsterdam.

Website en email

Web: www.celevt.nl/trauma-academie.nl Mail: info@celevt.nl

31

24/7 online

Bezoek onze website voor nieuwe ontwikkelingen www.celevt.nl

Infodesk cursusadvies

Voor advies of vragen over onze opleidingsactiviteiten kunt u bellen op telefoonnummer 020-364 26 39. Indien u uw naam en telefoonnummer inspreekt, bellen wij u zo spoedig mogelijk terug.

LinkedIn

Via LinkedIn wisselen wij kennis uit over actuele ontwikkelingen rond Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering, de late effecten, diagnostiek, behandeling en herstel. Sluit u aan!
CELEVT – openbaar <https://www.linkedin.com/groups/4809068> STRAKX - voor (BIG-geregistreerde) professionals <https://www.linkedin.com/groups/8571828>

