



## In dit katern



Met plezier en trots presenteren we de nieuwe huisstijl van de NtVP! Vanaf januari 2017 zal ook de website in de nieuwe stijl worden omgezet. Vanaf dat moment kunnen leden en overige geïnteresseerden gebruik maken van veel nieuwe informatie, zoals bijvoorbeeld een overzicht van meetinstrumenten voor zowel kinderen en jeugdigen als volwassenen.

Traumagericht behandelen betekent, los van specifieke behandelprotocollen, specifieke aandacht voor het omgaan met de traumageschiedenis en de traumagerelateerde klachten. Voorzitter Mariel Meewisse geeft in haar column 10 adviezen voor de therapeut bij een traumagerichte behandeling.

Diverse betrokkenen bij de psychotraumazorg in Nederland, waaronder ook veel NtVP-leden, hebben de afgelopen maanden hard gewerkt aan de ontwikkeling van de Zorgstandaard Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Projectleider Ellen Klaassens geeft een overzicht van de stand van zaken.

Tot slot wordt in de supervisie rubriek de vraag beantwoord wat de gedachten zijn over de ongunstige werking van benzodiazepinen op psychotherapie.

## COLUMN 10 adviezen voor de therapeut bij traumagerichte behandeling

Met grote interesse las ik de '10 tips voor trauma-behandelaars' van ervaringsdeskundige Yvonne van Riemsdijk in *EMDR magazine* 4, 2016. Het inspireerde me om zelf een aantal adviezen te formuleren voor de therapeut bij een traumagerichte behandeling. De adviezen staan los van specifieke behandelprotocollen.

### 1 Voorspelbaarheid biedt veiligheid

Maak heldere afspraken over het doel, de inhoud en de duur van de therapie. Expliciteer dat in de behandelsessies steeds wordt ingegaan op de pijnlijke herinneringen aan de traumatische gebeurtenissen en de gevolgen. Houd je aan afspraken en wees voorspelbaar, daarmee voorkom je een hoop onrust bij de cliënt.

### 2 Motiveer voor een actieve inzet en geef verantwoordelijkheid

Vraag expliciet naar de motivatie en bereidheid van de cliënt voor een dergelijke traumagerichte behandeling. Laat ook uitleggen hoe de cliënt regelt om aanwezig te zijn bij de afspraken. Deze vragen zetten de toon dat een traumagerichte behandeling actieve inzet vergt en dat de cliënt ook verantwoordelijkheid heeft in de kans van slagen.

### 3 Inventariseer de traumageschiedenis

Zorg dat je de traumageschiedenis al goed kent

bij aanvang van de behandeling. Feitelikheden over de leeftijd waarop incidenten plaatsvonden, de aard, inhoud en frequentie breng je tijdens een diagnostisch gesprek in kaart; ook bij cliënten met herhaaldelijk seksueel en fysiek geweld in de kindertijd. Observeer de wijze waarop de cliënt hierover spreekt. Deze informatie geeft je aanwijzingen over de manier waarop de cliënt omgaat met de herinneringen en emoties (woede bedekken met verdriet, intellectualiseren, gevoelsvervlakking, etc.) en aanknopingspunten voor interventies. Wees overigens niet verrast als je bij aanvang van de behandeling slechts een topje van de ijsberg van de traumageschiedenis te horen hebt gekregen.

### 4 Doorbreek vermijding en veiligheidsgedrag

Bij traumagericht werken doorbreek je de vermijding en maak je het 'onbespreekbare bespreekbaar'. Vraag door bij vage beschrijvingen en benoem bijvoorbeeld seksuele handelingen bij naam als je merkt dat schaamte een cliënt weerhoudt om hier woorden aan te geven. Doorbreek ook contraproductief 'veiligheidsgedrag' en ga niet akkoord dat cliënten tijdens behandeling blowen of benzodiazepines innemen, zodat ze met emotionele afstand 'veilig' over herinneringen kunnen spreken.



## 5 Heftige emoties zijn OK

Soms is de emotionele pijn van cliënten zo invoelbaar dat je als therapeut intens meeleeft met je cliënt. Draag uit dat je cliënt én jijzelf dit aankunnen; ook als het heftig is. Emoties zijn namelijk niet gevaarlijk, maar het wegmaken van emoties kan wel schade toebrengen (snijden, middelenmisbruik, etc.). Raakt een thema van je cliënt op dit moment in je leven te zeer aan je eigen angst, dan is intervisie van belang. Helpt dit niet om doelgericht verder te gaan, draag de cliënt dan over aan een collega. Een mislukte therapie doordat cliënt en therapeut elkaar gaan ‘beschermen’ en gezamenlijk emoties vermijden is namelijk schadelijk.

## 6 Luister naar je cliënt

Verplaats je in de belevingswereld van je cliënt en ga ervan uit dat het gedrag en de beleving in diens leven ooit heel logisch en passend was. Stel emoties die onlogisch voor je zijn dan ook niet ter discussie, al is het met de beste bedoelingen (zoals gevoelens schuld of schaamte over een situatie waar je cliënt totaal geen invloed op had). Cliënten zijn namelijk doorgaans erg gevoelig voor afwijzing. Laat het je uitleggen tot je snapt waardoor de cliënt dit zo ervaart.

## 7 Houd rekening met loyaliteiten naar familie

Wees je bewust dat er sprake is van een sterke loyaliteit naar ouders en andere familieleden. Jarenlange erbarmelijke zorg doet daar veelal niets aan af. Keur daders in de familie dan ook niet zo zeer af op hun persoon, maar neem wel duidelijk

het standpunt in dat hun gedrag naar de cliënt verwerpelijk en schadelijk was.

## 8 Bevorder zelfcompassie

Cliënten zijn doorgaans niet gewend om met compassie naar zichzelf te kijken. Zijn zij behandeld door hun omgeving met afkeuring, hoge eisen, en is medeleven hen vreemd? Dan is het des te meer zaak om als therapeut compassie te tonen ter bevordering van zelfcompassie. Een goede timing is hierbij van belang. Te snel of teveel steunende opmerkingen kunnen namelijk remmend werken op de emotionele beleving van cliënten. Samen, in stilte, stilstaan bij verdriet past overigens soms beter dan er weer woorden aan geven.

## 9 Blijf doelgericht werken

De cliënt heeft de controle en bepaalt wat er aan bod komt, maar ga als therapeut niet zondermeer akkoord als een cliënt pijnlijke en schaamtvolle herinneringen vermijdt. Het doel ben je vooraf met de cliënt overeengekomen, dus onderhandel over het moment waarop de herinneringen die refereren aan de PTSS-klachten dan wél aan bod gaan komen.

## 10 Stop tijdig met behandeling

Verbeteringen in functioneren blijken doorgaans nog toe te nemen na het beëindigen van een traumagerichte behandeling. Een follow-up afspraak na 2-3 maanden voor een evaluatie helpt om een goed zicht te krijgen op de uiteindelijke mate van klachtenverbetering bij de cliënt. Dit geeft cliënten de tijd om zaken te laten bezinken en weer



Mariel Meewisse

te oriënteren op de toekomst. Was de behandeling niet effectief door vermijding? Dan helpt deze onderbreking om de cliënt gemotiveerd te krijgen essentiële zaken aan de orde te brengen in een volgende ronde.

Reacties op bovenstaande adviezen zijn welkom. Met zoveel ervaren professionals in onze vereniging benieuwt het me welke adviezen we voor elkaar hebben. Vanuit welke discipline wil jij graag tips krijgen? Laat ons weten welke ervaren opvangmedewerker, wetenschapper, vaktherapeut, psychotraumatheapeut of oorlogsjournalist jij een volgende keer graag het woord wilt geven. Stuur je verzoek naar [info@ntvp.nl](mailto:info@ntvp.nl).

Mariel Meewisse, voorzitter NtVP



# Ontwikkeling van de Zorgstandaard Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen

DOOR ELLEN KLAASSENS

Sinds juni 2015 wordt onder leiding van Stichting Centrum '45 | Arq Psychotrauma Expert Groep door afgevaardigden van ruim 30 GGZ-instellingen, universiteiten, beroepsverenigingen, belangenverenigingen en overige partijen met psychotrauma hoog op de agenda hard gewerkt aan de ontwikkeling van de Zorgstandaard Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen. De Zorgstandaard wordt geschreven in vijf werkgroepen onder voorzitterschap van diverse experts uit het veld: dr. Marleen Rijkeboer (screening, diagnostiek en monitoring), prof. dr. Heleen Riper (e-health, preventie en zelfmanagement), prof. dr. Agnes van Minnen (protocollaire, *evidence based* behandelingen), prof. dr. Paul Boelen (complexe PTSS en chronische zorg) en prof. dr. Frits Boer (kind en jeugd). De stuurgroep, onder voorzitterschap van prof. dr. Rolf Kleber, heeft als taak overzicht te houden over het gehele project en het accorderen van de deelopleveringen van de Zorgstandaard teksten. Dr. Ellen Klaassens is door Stichting Centrum '45 aangesteld als projectleider.

Een Zorgstandaard beschrijft in algemene termen, vanuit het perspectief van de patiënt, wat goede zorg is voor mensen met een bepaalde psychische aandoening gedurende het complete zorgcontinuüm. Een Zorgstandaard geeft de landelijke norm waaraan multidisciplinaire, integrale zorg bij psychische aandoeningen moet voldoen. Daarbij staat in de Zorgstandaard wat de patiënt kan verwachten, niet alleen op het gebied van medicatie en behandeling, maar ook met aandacht voor participatie, de omgeving en de organisatie van zorg. De Zorgstandaard wordt opgeleverd met bijbehorende kwaliteitsindicatoren. Dit maakt het voor alle partijen in de brede GGZ inzichtelijk wat zij kunnen en mogen verwachten in het zorgtraject (bron: kwaliteitsontwikkelingggz.nl).

De ontwikkeling van de Zorgstandaard wordt ondersteund door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, een samenwerkingsverband tussen de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en het Landelijk Platform GGZ (LPGGz). Daarnaast participeren GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en een groot aantal andere



relevante beroepsorganisaties en stakeholders in het Netwerk.

### Doel en inhoud van het project

Het doel van het project Zorgstandaard Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen is om in twee jaar een helder onderbouwde standaard voor diagnostiek en behandeling van trauma- en stressorgerelateerde stoornissen te ontwikkelen. Het betekent een versnelde ontsluiting van informatie en intensievere en meer structurele samenwerking in de toekomst. Patiënten, zorgprofessionals, GGZ-instellingen en zorgverzekeraars hebben direct baat bij de beschikbaarheid van een dergelijke standaard. Dit zal leiden tot meer transparantie, uniformiteit, kwaliteitsverbetering, inzicht in de kosten van de zorg en, heel belangrijk, tevreden patiënten met meer regie over hun leven en behandeling.

### Stand van zaken en vervolg

De eerste conceptversie van de Zorgstandaard is vrijwel compleet. De werkgroepen verantwoordelijk voor het inhoudelijke deel van de Zorgstandaard hebben de afgelopen maanden veel tijd en energie besteed aan het zorgvuldig beschrijven van zowel *evidence based* diagnostiek en behandelingen (de herziene multidisciplinaire richtlijn PTSS) als *practice based* behandelingen en goede zorg. Dit alles zoveel mogelijk vanuit het patiëntenperspectief, een belangrijk speerpunt van de Zorgstandaard.

Daarnaast hebben ervaringsdeskundigen onder leiding van een professioneel onderzoeksbureau een vragenlijst ontwikkeld en uitgezet onder hun

achterban. Het doel van deze vragenlijst was om te inventariseren waar (ex-)patiënten behoefte aan hebben tijdens hun behandeling, wat zij gemist hebben, wat zij prettig vonden, en wat hun ervaringen zijn met de bejegening door hun hulpverlener(s). De resultaten van deze vragenlijst zullen verwerkt worden in de Zorgstandaard. In juni 2017 moet de eerste werkbare versie van de Zorgstandaard af zijn. Eveneens zal een plan geschreven moeten worden voor de doorontwikkeling en het onderhouden van de Zorgstandaard in de komende jaren. Hierin zullen duidelijke afspraken staan over het optimaliseren en up-to-date houden van de Zorgstandaard. De Zorgstandaard zal voldoen aan de criteria zoals opgenomen in het 'Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten' van het Zorginstituut ([zorginstituutnederland.nl/kwaliteit](http://zorginstituutnederland.nl/kwaliteit)) en zal in het Kwaliteitsregister worden opgenomen. Momenteel wordt er door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ gewerkt aan een modulair opgebouwde database waarin de standaarden worden opgenomen en straks voor iedereen online te raadplegen zijn.

### Betrokkenheid NtVP

Vanuit het bestuur van de NtVP zijn diverse mensen nauw betrokken bij de ontwikkeling van deze Zorgstandaard: Mariel Meewisse, lid van de stuurgroep; Marit Sijbrandij, lid van de werkgroep eHealth, preventie en zelfmanagement; Anja Lok, lid van de werkgroep complexe PTSS en Rafaële Huntjens, lid van de werkgroep complexe PTSS.



DR. ELLEN KLAASSENS is als GGZ-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog werkzaam bij Centrum '45 en bestuurslid van de NtVP, en lid van de redactie van het NtVP-katern in de Cogiscope.



## RUBRIEK SUPERVISIEVRAAG EN -ANTWOORD



De vraag van deze uitgave wordt gesteld door dr. Mariel Meewisse, klinisch psycholoog en psychotherapeut bij GGZ Noord Holland Noord, en gaat over de werking van benzodiazepines bij traumabehandeling.

*Een recente meta-analyse wijst uit dat benzodiazepines een contra-indicatie zijn in de behandeling van PTSS onder andere vanwege de verslechterde psychotherapie uitkomsten (Guina, De Rossetter, Nahhas, & Welton, 2015; voor Nederlandse samenvatting van het artikel zie NtVP website: <https://ntvp.nl/nl/content/benzodiazepines-voor-ptss-een-systematische-review-en-meta-analyse>). Wat zijn de ideeën over de werking van benzo's waardoor dit een ongunstig effect heeft op psychotherapie? Deze meta-analyse zegt echter niets over dosering en frequentie van gebruik. Is het gebruik van benzo's die ingezet worden als slaapmedicatie ook ongunstig? Zo ja, geldt dit ook voor andere medicatie die gebruikt wordt om beter te kunnen slapen zoals antipsychotica of topiramaat?*

### Antwoord van de expert

Om meerdere redenen is dit een klinisch zeer relevante vraag. In de dagelijkse klinische praktijk worden benzodiazepines nog steeds veelvuldig voorgeschreven bij psychische stoornissen in het algemeen en dus ook bij PTSS. Vooral vanwege de daarmee samenhangende slaapstoornissen (bijvoorbeeld bij PTSS als gevolg van nachtmerries). Naarmate de PTSS-symptomatologie ernstiger en complexer is en het niet goed lukt of verzuimd wordt om een gerichte traumabehandeling in te zetten, wordt vaak teruggevallen op het voorschrijven van psychofarmaca met als doel de scherpe kantjes van de symptomatologie te verminderen en de voorwaarden voor een traumabehandeling te bevorderen (bijvoorbeeld vermindering van ernstige comorbide depressie). Vaak worden naast de benzodiazepines meerdere psychofarmaca voorgeschreven. Polyfarmacie lijkt in dat geval eerder regel dan uitzondering, waarbij

de combinatie van een antidepressivum (meestal een SSRI), een atypisch antipsychoticum (vaak quetiapine of olanzapine) en één of meerdere benzodiazepines (zo nodig of in een vast tijdschema) regelmatig voorkomt. Het is onze klinische impressie dat naarmate empirisch ondersteunde richtlijnen voor zowel de psychologische als de farmacologische behandeling van PTSS minder stringent gevolgd worden polyfarmacie, waaronder ook het voorschrijven van benzodiazepines, vaker voorkomt. Dit wordt bevestigd bij studies onder veteranen uit de Verenigde Staten (Lund, Abrams, Bernardy, Alexander, & Friedman, 2013). Een eerste belangrijke stap is dus het advies om stringenter richtlijnen voor de behandeling van PTSS te volgen, ook wanneer het de farmacologische behandeling betreft, en ook wanneer het gaat om ernstige, complexe en comorbide PTSS. Het voorschrijven van benzodiazepines heeft daarin geen plaats. Dus, in principe niet doen!

Op de conclusies van Guina et al. (2015) dat benzodiazepines relatief gecontraïndiceerd zijn bij de behandeling van PTSS vanwege het risico op verslechtering of vanwege het risico om PTSS te ontwikkelen valt wel wat af te dingen. De auteurs rapporteren hiervoor vooral correlatieve aanwijzingen in plaats van bevindingen uit RCT's. De gerapporteerde RCT's laten geen verschil in uitkomst zien indien benzodiazepines worden voorgeschreven. Een direct causaal verband is onduidelijk. Tot nu toe is er één RCT die onduidelijk heeft aangetoond dat het gebruik van benzodiazepines bij de augmentatie van exposure, i.c. alprazolam, leidt tot een afname van het effect van traumagerichte exposurebehandeling direct na de behandeling en bij follow-up (Rothbaum et al. 2014). Een verklaring hiervoor is dat de angstactivatie die nodig is voor de exposurebehandeling geremd wordt, en dat effecten van de exposurebehandeling door de patiënt abusievelijk worden toegeschreven aan de benzodiazepines. Echter, bij deze studie werd 30 minuten voorafgaand aan de exposure de medicatie toegediend. Met andere woorden, hiermee is niet gezegd dat wanneer benzodiazepines als slaapmedicatie worden voorgeschreven dit ongunstig is voor de traumagerichte exposurebehandeling. Toch is het goed om vast te houden aan het in principe niet voorschrijven van benzodiazepines. De belangrijkste redenen zijn dat benzodiazepines alleen maar voor de korte termijn effectief zijn bij slaapstoornissen (bij gebruik van langer dan 2-6 weken treedt al tolerantie op) en op de specifieke PTSS-symptomatologie (nachtmerries, verhoogde fysiologische arousal en dergelijke),



die veelal ten grondslag ligt aan de gerapporteerde slaapstoornissen bij PTSS, niet effectief zijn. Het is dus veel rationeler om specifiek op de PTSS-symptomatologie de behandeling in te zetten ten einde ook de slaapstoornissen te bestrijden. Wanneer dit onvoldoende lukt met de gebruikelijke traumagerichte exposure behandeling of EMDR, dan zijn er ook aanvullende psychologische interventies mogelijk. Er is eveneens toenemend onderbouwing voor specifiek op de slaapproblematiek gerichte psychologische interventies bij de behandeling van PTSS (Seda, Sanchez-Ortuno, Welsh, Halbower, & Edinger, 2015). Wanneer de voorkeur uitgaat naar farmacologische interventies of indien de boven beschreven aanvullende psychologische interventies onvoldoende effect hebben dan is het allereerst aangewezen om het actuele psychofarmagebruik kritisch te evalueren. Hoewel SSRI's het eerste keuze middel zijn bij de farmacologische behandeling van PTSS komen slaapstoornissen geregeld als bijwerking voor. In dat geval is het zinvol om een kosten-batenanalyse te maken. De combinatie van een SSRI met een atypisch antipsychoticum kan zinvol zijn, maar ook de atypische antipsychotica kunnen hinderlijke bijwerkingen hebben. Hierbij is het optreden van forse gewichtstoename met ook het risico op een metabool syndroom berucht. Topiramaat kan een goed alternatief zijn, hoewel de bevindingen ook weer niet eenduidig zijn. Toenemende empirische onderbouwing is er voor prazosine, een  $\alpha$ -1 adrenerge agonist. Recent gepubliceerde meta-analyses tonen aan dat dit middel effectief is in het verminderen van nachtmerries, slaapstoornissen en overall de ernst van de PTSS-symptomatologie.

### Referenties

- Guina, J., Rossetter, S. R., De, R. B., Nahhas, R. W., & Welton, R. S. (2015). Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Psychiatr Pract*, 21(4), 281-303. doi:10.1097/PRA.000000000000091
- Lund, B. C., Abrams, T. E., Bernardy, N. C., Alexander, B., & Friedman, M. J. (2013). Benzodiazepine prescribing variation and clinical uncertainty in treating posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv*, 64(1), 21-27. doi:10.1176/appi.ps.201100544
- Rothbaum, B. O., Price, M., Jovanovic, T., Norrholm, S. D., Gerardi, M., Dunlop, B., . . . Ressler, K. J. (2014). A randomized, double-blind evaluation of D-cycloserine or alprazolam combined with virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder in Iraq and Afghanistan War veterans. *Am J Psychiatry*, 171(6), 640-648. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13121625
- Seda, G., Sanchez-Ortuno, M. M., Welsh, C. H., Halbower, A. C., & Edinger, J. D. (2015). Comparative meta-analysis of prazosin and imagery rehearsal therapy for nightmare frequency, sleep quality, and posttraumatic stress. *J Clin Sleep Med*, 11(1), 11-22. doi:10.5664/jcsm.4354

### Experts

DR. GERT-JAN HENDRIKS, psychiater en hoofd zorgprogramma angststoornissen, Centrum voor Angststoornissen Overwaal te Nijmegen, Pro Persona, tevens onderzoeker Radboud Universiteit Nijmegen Behavioural Science Institute.

PROF. DR. AGNES VAN MINNEN, klinisch psycholoog en bijzonder hoogleraar Radboud Universiteit Nijmegen Behavioural Science Institute, tevens werkzaam bij Centrum voor Angststoornissen Overwaal te Nijmegen, Pro Persona.



Dit katern binnen de Cogiscope wordt verzorgd door de werkgroep Communicatie van de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma, [www.NtVP.nl](http://www.NtVP.nl).

### Eindredactie

Joanne Mouthaan en Ellen Klaassens  
Cogiscope@NtVP.nl  
© NtVP 2016