

GGZ

Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 21-12-2020 om 11:57. Bekijk de meest actuele versie op

<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen>

Autorisatiedatum 01-12-2020 Beoordelingsdatum 01-12-2020

Zorgstandaard

Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	5
1.1 Introductie	5
2. Samenvatting	6
2.1 Samenvatting	6
3. Visie op zorg: gezondheid als perspectief	10
3.1 Inleiding	10
3.2 Inzet op gezondheid: niet persé een doel op zich	10
3.3 Professionele nabijheid betekent werkelijk contact	10
3.4 Gepast gebruik van labels	11
3.5 Patiënten zijn het meest geholpen bij eigen keuzes maken	11
3.6 Samenwerken aan zorg en herstel	11
4. Inleiding	13
4.1 Zorgstandaard, generieke module, richtlijn	13
4.2 Participatie door patiënten en naasten	14
4.3 Onderlinge samenhang zorgstandaarden en generieke modules	16
4.4 Betrokken organisaties	16
4.5 Uitgangspunten	17
4.6 Leeswijzer	19
5. Over Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen	20
5.1 Inleiding	20
5.2 Posttraumatische Stresstoornis (PTSS)	21
5.3 Acute Stresstoornis (ASS)	29
5.4 Persisterende Complexe Rouwstoornis (PCRS)	31
5.5 Hechtingsstoornissen (RHS en OSCS)	32
5.6 Doelstelling	33
5.7 Doelgroep	34
6. Zorg rondom Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen	36
6.1 Zorg rondom Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen	36
6.2 Vroege onderkenning en preventie	37
6.2.1 Vroege onderkenning	37
6.2.2 Preventie	43
6.3 Diagnostiek en monitoring	49
6.3.1 Diagnostiek	50
6.3.2 Onderscheid	58
6.3.3 Monitoring	59
7. Individueel zorgplan en behandeling	62

7.1 Inleiding	62
7.2 Zelfmanagement	64
7.3 Behandeling en begeleiding	65
7.3.1 Basisinterventies	65
7.3.2 Behandelinterventies gericht op patiënt en systeem	67
7.3.3 Terugvalpreventie	86
7.3.4 Behandelstroomschema van PTSS	87
8. Herstel, participatie en re-integratie	91
8.1 6.1 Inleiding	91
8.2 Herstel	91
8.2.1 Principes van herstelondersteunende zorg	92
8.2.2 Specifieke herstelondersteunende zorginterventies voor psychotraumatische stoornissen	93
8.2.3 Herstelondersteunende zorg in traumabehandelingen	93
8.3 Participatie in de samenleving	93
8.4 Re-integratie in het werk	94
9. Generieke modules	95
9.1 Generieke modules / Generieke zorg	95
10. Organisatie van zorg	96
10.1 Zorgstandaard-onafhankelijke aspecten	96
10.2 Zorgstandaardafhankelijke aspecten	97
10.2.1 Samenwerking en de zorgketen	97
10.2.2 Regievoering	100
10.3 Kwaliteitsbeleid	100
10.3.1 Kwaliteitsstatuut	101
10.3.2 Deskundigheidsbevordering	102
10.4 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	102
10.5 Financiering	103
11. Kwaliteitsindicatoren	104
11.1 Inleiding	104
11.2 Uitkomstindicatoren	104
11.3 Veelgebruikte meetinstrumenten voor de monitoring van uitkomstindicatoren	104
12. Achtergronddocumenten	109
12.1 Verdieping	109
12.1.1 Preventie kinderen	109
12.1.2 Psycho-educatie	109
12.1.3 Psychosociale behandeling	110
12.1.4 PTSS dissociatief subtype	111
12.1.5 Bij complexe PTSS	112
12.1.6 Bij PTSS (traumagerichte therapie meest effectief)	113

12.1.7 Medicamenteuze behandeling	114
12.1.8 Algemene competenties van behandelaars in de ggz	117

1. Introductie

Autorisatiedatum 01-12-2020 Beoordelingsdatum 01-12-2020

1.1 Introductie

De term psychotrauma verwijst naar een zeer ingrijpende of schokkende ervaring, of een reeks van dergelijke ervaringen. Maakt iemand zoiets mee, dan bestaat de kans dat hij of zij een Psychotrauma- en/of stressorgerelateerde stoornis ontwikkelt. Deze kan een enorme weerslag hebben op het persoonlijke leven. Iemand heeft bijvoorbeeld opdringende herbelevingen, nare dromen en voelt zich sterk beperkt in het functioneren in het werk en in het sociale leven.

Deze zorgstandaard beschrijft de psychische klachten en aandoeningen die kunnen ontstaan na een schokkende gebeurtenis of zeer ingrijpende situatie (acuut of langdurig). Het gaat dan vooral, maar niet uitsluitend, om gebeurtenissen zoals oorlog, rampen, geweldsdelicten, ongevallen, mishandeling, seksueel geweld en het plotselinge verlies van een dierbaar persoon.

De aandoeningen die onder de DSM-5 noemer Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen vallen en de daarbij behorende diagnostiek en zorg, worden in deze standaard op basis van actuele en op bij voorkeur wetenschappelijk onderbouwde inzichten beschreven. Dat leidt tot een functionele weergave van wat goede, multidisciplinair georganiseerde, geestelijke gezondheidszorg bij Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen voor patiënten en hulpverleners kan betekenen.



2. Samenvatting

Autorisatiedatum 01-12-2020 Beoordelingsdatum 01-12-2020

2.1 Samenvatting

2.1.1 De stoornis

Bij Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen gaat het om psychische klachten en aandoeningen die kunnen ontstaan na de confrontatie met een schokkende gebeurtenis of zeer ingrijpende situatie (of een reeks van dergelijke ervaringen). Het gaat dan vooral, maar niet uitsluitend, om gebeurtenissen zoals oorlog, rampen, geweldsdelicten, ongevallen, mishandeling, seksueel geweld en het plotselinge verlies van een dierbaar persoon. De focus in deze zorgstandaard ligt op de meest voorkomende psychische aandoeningen die kunnen ontstaan na een ingrijpende of schokkende ervaring:

- de Posttraumatische Stresstoornis (PTSS);
- de complexe Posttraumatische Stresstoornis (cPTSS);
- de Acute Stress-stoornis (ASS);
- de Persistierende Complexe Rouwstoornis (PCRS);
- Hechtingsstoornissen zoals de Reactieve Hechtingsstoornis (RHS) en de Ontremd-sociaalcontactstoornis (OSCS)

Klachten en symptomen van Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen kunnen lange tijd aanhouden. Patiënten ervaren een significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren in het werk of sociale leven. De stoornissen kunnen samengaan met psychosociale problemen zoals schulden, isolement, huisvestingsproblemen en/of problemen op het werk of op school.

2.1.2 De epidemiologische kenmerken

De uitingen van de posttraumatische stresstoornis variëren van intrusieve symptomen zoals opdringende herbelevingen en nare dromen, aanhoudende vermijdingen, negatieve veranderingen in cognities en stemming tot veranderingen in arousal, waakzaamheid en reactiviteit.

Tussen de 52% tot 81% van de Nederlanders maakt ooit in het leven een schokkende gebeurtenis mee. Bij naar schatting 7,4% leidt deze gebeurtenis tot een PTSS. Een PTSS komt vaker voor bij vrouwen (8,8%) dan bij mannen (4,3%) en treedt vaker op wanneer er een agressor is betrokken. Bij kinderen en jongeren en is dit cijfer ongeveer 15%. Na een ervaring waarbij geen sprake is van interpersoonlijk geweld, zoals een ongeluk, brand, natuurramp of vliegramp ontwikkelt 3% tot 28% van de volwassenen een Acute Stress-stoornis (ASS). Net als bij PTSS is de prevalentie hoger bij interpersoonlijk geweld zoals fysiek geweld of verkrachting, namelijk 20% tot 59%. Ongeveer de helft van de mensen die voldoet aan de criteria van Acute Stress-stoornis, krijgt een PTSS.

Een Persistierende Complexe Rouwstoornis (PCRS) treedt op bij ongeveer 10% van de mensen die een dierbare verliezen in de eerste graad. De aandoening komt vaker voor als er sprake is van een

zeer nauwe verwantschap, bijvoorbeeld bij de dood van een eigen kind. En na een verlies door een niet-natuurlijk overlijden, zoals moord, zelfmoord en vermissingen.

2.1.3 Vroege onderkenning en preventie

Om adequate zorg aan patiënten met een Psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis te verlenen is het van belang dat zorgverleners de aandoening in een vroeg stadium te signaleren. Zorgverleners dienen daarbij rekening te houden met de volgende factoren:

- Mensen hebben soms moeite om uit zichzelf aan te geven dat zij een of meer schokkende gebeurtenissen hebben meegemaakt.
- Mensen kunnen gevoelens van schaamte en/of schuld hebben over wat hun is overkomen.
- Comorbiditeit, zowel somatisch als psychisch, vraagt vaak in eerste instantie de aandacht.
- Ernstige psychiatrische en somatische problematiek bij ouders kan grote gevolgen hebben voor de ontwikkeling van de kinderen.

Om traumatische ervaringen te voorkomen kan universele-, selectieve- en/of geïndiceerde preventie worden ingezet. Universele preventie richt zich op de gehele bevolking. Denk aan de preventie van ongevallen, kindermisbruik of vrouwenhandel. Selectieve preventie richt zich op hoog risicogroepen die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt, maar die nog geen symptomen hoeven te ervaren. Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die nog geen gediagnosticeerde stoornis hebben, maar al wel al symptomen vertonen.

Preventieve interventies bij Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen kunnen in verschillende fases van de zorg worden ingezet. Vroegtijdige risicoscreening bijvoorbeeld is een preventieve interventie bij mensen die recent zijn blootgesteld aan schokkende gebeurtenissen. Overige vormen van preventieve interventie worden toegepast nadat de diagnose is gesteld. Zo wordt aan het einde van een behandeling bij voorkeur terugvalpreventie ingezet, mede ter ondersteuning van zelfmanagement.

2.1.4 Diagnostiek

Het meemaken van een traumatische gebeurtenis hoeft niet te betekenen dat iemand een Psychotrauma- of een stressorgerelateerde stoornis ontwikkelt. De meerderheid van de getroffen personen ontwikkelt geen stoornis. Goede en zorgvuldige diagnostiek is daarom belangrijk.

Vraag bij een vermoeden van traumatisering aan de patiënt of hij schokkende gebeurtenissen heeft meegemaakt en zo ja, welke, wanneer en hoe vaak. Zet eventueel screeningsvragenlijsten in. Is een screening positief, voer dan een anamnese uit. Zijn er duidelijke aanwijzingen voor een Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornis, onderneem dan de volgende stappen:

- Neem een (semi)gestructureerd diagnostisch interview af.
- Voer aanvullende diagnostiek uit naar relevante comorbide problematiek.
- Stel werkhypothesen op en voeg daaraan steeds opnieuw, ook tijdens de behandeling, relevante diagnostische informatie toe.
- Monitor tijdens de behandeling blijvend het functioneren en de zorgbehoefte van de patiënt.

De diagnostiek voor kinderen van 7 jaar en ouder verschilt op hoofdlijnen niet van die bij volwassenen. Wel vraagt de diagnostiek bij kinderen om kennis van de leeftijdsspecifieke beleving

van en reacties na het meemaken van traumatische gebeurtenissen. Afhankelijk van de leeftijd is het belangrijk om (pleeg)ouders en de school te nadrukkelijk te betrekken bij de anamnese. Bij fysieke problemen of een vermoeden van kindermishandeling kan lichamelijk onderzoek worden verricht.

Voor de groep kinderen van 6 jaar en jonger zijn specifieke diagnostische instrumenten voorhanden.

2.1.5 Behandeling en begeleiding

Bij het vermoeden (of zo snel mogelijk na de diagnostisering) van een Psychotrauma- of een stressorgerelateerde stoornis is het belangrijk om de patiënt informatie, voorlichting en educatieve activiteiten aan te bieden. Daarnaast is er aandacht nodig voor de gezinssituatie, zeker wanneer een patiënt ouder of verzorger is. Als er naast de primaire stoornis sprake is van psychosociale problemen, dan kan psychosociale zorg ruimte scheppen voor gerichte traumabehandeling en traumaverwerking.

Bij de behandeling van Psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornissen heeft een psychologische behandeling de voorkeur. Als eerste psychologische behandeling kan worden gekozen voor:

- (Imaginaire) Exposure (IE)/Prolonged Exposure (PE);
- Cognitieve Therapie (CT) en Cognitive Processing Therapy (CPT);
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR);
- Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT).

Andere behandelingen zijn, hoewel minder vaak onderzocht, eveneens effectief bevonden:

- Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP);
- Narratieve Exposure Therapie (NET);
- Schrijftherapie (bijvoorbeeld Interapy);
- Imaginaire Rescripting (ImRs).

Wanneer de eerst gekozen psychologische behandeling niet aanslaat, wordt bij voorkeur een andere aanbevolen psychologische behandeling gegeven. Daarbij is het belang om te analyseren waarom de eerste behandeling onvoldoende resultaat opleverde.

Is er na twee psychologische behandelingen onvoldoende resultaat, dan wordt opschaling van de zorg aangeraden. Op dat moment wordt aanbevolen consultatie te overwegen van een (hoog) specialistisch (TOPggz) trauma-instituut of een ervaren en erkende psychotraumatherapeut.

Opschaling van de zorg kan bestaan uit:

- intensieve traumagerichte behandeling;
- aanvullende therapieën (bijvoorbeeld vaktherapie).
- farmacotherapie als aanvulling op de psychologische behandeling of als monotherapie.

Leiden de behandelingen tot onvoldoende verbetering, sta dan als behandelaar open voor andere behandelwijzen. Uit de achterbanraadpleging komt naar voren dat mensen die niet verder kwamen met de hiervoor beschreven behandelmethoden, baat hebben gehad bij bijvoorbeeld yoga, meditatie, dialectische gedragstherapie, sensorimotor psychotherapie, dierondersteunde therapie of een hulphond.

2.1.6 Herstel, participatie en re-integratie

Herstel van een Psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis gaat niet alleen om de vermindering van ziekteverschijnselen, maar ook om het herstel van identiteit, zelfbeeld en zelfvertrouwen. Daarnaast is het herstel van sociale relaties en rollen van belang.

Herstel ondersteunende zorg biedt handvatten voor de verschuiving van klachtreductie naar een breder begrip van herstel zoals het hervinden van verbinding, hoop, identiteit, zingeving en empowerment. Ook bestaan er modules die zich specifiek richten op maatschappelijk en persoonlijk herstel. Kenmerkend voor dergelijke modules is de focus op het hernemen van de regie over het eigen leven.

Participatie in de samenleving draagt bij aan de weerbaarheid en kwaliteit van leven. Daarnaast is (re-)integratie in de samenleving, onder meer via het werk, van cruciaal belang. Re-integratie in werk is een uiting van maatschappelijk herstel en interacteert met verschillende aspecten van persoonlijk herstel zoals verbondenheid, empowerment en zingeving in het leven.

2.1.7 Organisatie van zorg

Binnen de traumazorg gaat het niet alleen om de classificatie of diagnose, maar ook om de traumacontext, de aard en de achtergrond van de traumatisering. De zorg voor getraumatiseerde patiënten is daarom niet alleen georganiseerd rond de classificatie, maar ook rond de traumacontext of patiëntendoelgroep.

Naast zelfhulp, bijvoorbeeld via internet, zoeken mensen met traumagerelateerde klachten doorgaans eerst hulp bij de huisarts. Deze schat in of het bij huisartsenzorg blijft, bijvoorbeeld bij de POH GGZ. Wanneer de klachten persisteren of verergeren kan de huisarts doorverwijzen naar een ggz-behandelaar of ggz-instelling, bij voorkeur naar een behandelaar met ervaring met het behandelen van traumagerelateerde stoornissen.

Behalve ggz-zorgverleners of ggz-instellingen zijn er belangrijke hulpverleningsinstanties waaronder maatschappelijk werk, verslavingszorg en welzijnsorganisaties actief in de zorg aan getraumatiseerde mensen.

3. Visie op zorg: gezondheid als perspectief

Autorisatiedatum 26-10-2017 Beoordelingsdatum 26-10-2017

3.1 Inleiding

Psychische problemen kunnen enorm ontwrichtend zijn. Mensen die hiermee worden geconfronteerd weten dat als geen ander. Wanneer zij in al hun kwetsbaarheid een beroep doen op professionele hulp, moeten zij kunnen rekenen op de grootst mogelijke deskundigheid van op hen betrokken beroepsbeoefenaren. Beroepsbeoefenaren, patiënten en hun naasten hebben de ambitie om de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) verder te verbeteren. Daarom zijn zij op zoek gegaan naar interventies en zorg- en organisatievormen waarvan vanuit wetenschappelijke kennis, professionele kennis en ervaringskennis vaststaat dat ze het meest effectief zijn en het minst belastend. De zorgstandaarden en generieke modules beschrijven met elkaar kwalitatief goede zorg tegen aanvaardbare kosten. Dit is zorg die op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig, in goede samenhang en rondom de patiënt en zijn naaste(n) wordt verleend.

3.2 Inzet op gezondheid: niet persé een doel op zich

In de zorg ligt de focus op gezondheid; op herstel van het vermogen om je aan te passen en zelf regie te voeren in de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven. Het herwinnen van fysiek en geestelijk welzijn is hierbij geen doel op zich, maar een middel om een volwaardig en zinvol leven te kunnen leiden.

Bron: Huber, M. (2014). Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food'. (Proefschrift). Maastricht: Universiteit Maastricht

Vanuit dit perspectief draagt de ggz bij aan herstel en meer kwaliteit van leven, aansluitend bij de eigen kracht van patiënten en bij de onmisbare steun van hun naaste(n). Eigen regie, zelfmanagement en gelijkwaardig contact zijn hierbij essentieel, zonder de beperkingen uit het oog te verliezen. Het gaat allereerst om het vinden van een evenwicht tussen de draaglast van de patiënten en hun naasten en hun draagkracht, om van daaruit de meest passende weg te vinden richting herstel.

3.3 Professionele nabijheid betekent werkelijk contact

Wie aangewezen is op zorg, krijgt te maken met professionals. Goede diagnostiek gaat over het persoonlijk verhaal van een patiënt, over zijn of haar leven, met alle kwetsbaarheden en weerbaarheden die daarbij horen. Wat is jouw probleem? En hoe kan ik je daarbij het beste helpen?

Door samen te zoeken naar antwoorden op deze vragen blijft de patiënt aan het roer van zijn eigen leven staan.

Zorgstandaarden geven sturing aan alle onderdelen van het zorgproces, van diagnose en indicatie tot zorgtoewijzing en uitvoering. Maar deze standaarden ondervangen niet alles. Neem bijvoorbeeld de continuïteit van zorg en zorgverlener; die is essentieel maar komt in de standaarden niet vanzelfsprekend naar voren. Hetzelfde geldt voor het contact en de match met een professional. Werkelijk contact maakt een relatie wederkerig en gelijkwaardig. Niet voor niets is de 'klik' tussen de zorgverlener en de patiënten en hun naasten een van de meest genoemde kwaliteitseisen. Veel patiënten en naasten zien de 'klik' als hét meest werkzame ingrediënt van de behandeling. Zij vragen van professionals dat zij er voor hen zijn, dat zij nabij zijn, dat zij oog hebben voor hun leefwereld en voor wat er voor hen op het spel staat. Dit vergt niet zozeer professionele distantie, maar vooral een verdere verankering van professionele nabijheid in de ggz.

3.4 Gepast gebruik van labels

Mensen hebben allemaal hun persoonlijke geschiedenis. Wij functioneren in onze eigen sociale omgeving op basis van eigen kracht. Onze identiteit ontleen we daarbij aan wie wij zijn – niet aan klachten die we hebben. Daarom is het van belang om in de ggz gepast gebruik te maken van diagnostische labels. Bijvoorbeeld als werkhypothese of als zoekterm.

Daarnaast dient er nadrukkelijk ruimte te zijn voor verschillende verklaringsmodellen over oorzaak, beloop, veerkracht en herstel van disbalans. Een belangrijke oproep in de zorgstandaarden luidt dan ook: staar je niet blind op diagnostische labels en etiketten, maar houd altijd oog voor de mensen om wie het gaat.

3.5 Patiënten zijn het meest geholpen bij eigen keuzes maken

Bij verdergaande langdurige, intensieve en eventueel verplichte zorg blijven de principes van mensen herstel- en ontwikkelingsgerichte zorg onverminderd van kracht. Behandeling en ondersteuning moeten altijd beschikbaar zijn om de patiënt in staat te stellen zoveel mogelijk zijn leven naar eigen inzicht in te richten. Dit is een toepassing van het principe van gepast gebruik. Niet met de intentie autonomie af te nemen, maar juist gericht op het vergroten van zelfstandigheid zodra dat kan. Een en ander vergt voortdurend passen en meten, luisteren en doorvragen. Want ook in de zwaarste tijden zijn mensen er het meest mee geholpen wanneer zij zelf keuzes kunnen maken. In slechts enkele gevallen is dit door de omstandigheden niet of heel beperkt mogelijk. Dan moet worden uitgeweken naar een uitzonderingsscenario. Het overnemen van keuzes kan in deze gevallen als 'verantwoordde zorgzaamheid' gezien worden.

3.6 Samenwerken aan zorg en herstel

Over het functioneren van de menselijke psyche is veel bekend maar nog veel meer onbekend. Daarom hebben we alle beschikbare kennis vanuit de wetenschap, praktijk en de eigen ervaring van patiënten en naasten nodig om stappen vooruit te zetten om kwaliteitsverbetering in de ggz te kunnen realiseren.

Ook is het van groot belang dat de nu ontwikkelde zorgstandaarden door een breed scala van ggz-professionals gebruikt gaan worden, zowel in huisartsenzorg, de bedrijfsartsenzorg, de generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz (en topzorg). Alle betrokkenen dienen zich hierbij te realiseren dat er via gezamenlijke besluitvorming altijd meerdere opties zijn bij herstel van psychische ziekten. Uiteindelijk is het aan patiënten om in overleg met hun naasten en zorgverleners te bepalen of en hoe het aanbod past in hun eigen leven en levensweg. De zorgstandaarden geven hierbij mogelijke richtingen aan, maar ze bieden ook de ruimte om op individueel niveau af te wijken, mits goed beargumenteerd en in overleg.

Natuurlijk helpt het als patiënten en hun naasten zich informeren over deze standaarden, zodat zij weten wat de ggz te bieden heeft en wat de voor- en nadelen van verschillende opties zijn. Zorgstandaarden zijn er dus niet alleen voor professionals, maar evenzeer voor patiënten en hun naasten. Daarom zal alle informatie uit de standaarden voor hen concreet, toegankelijk en herkenbaar beschikbaar komen en digitaal beschikbaar zijn.

4. Inleiding

Autorisatiedatum 01-12-2020 Beoordelingsdatum 01-12-2020

4.1 Zorgstandaard, generieke module, richtlijn

Zorgstandaard

Deze zorgstandaard beschrijft met inachtneming van het patiëntenperspectief een op actuele – en bij voorkeur wetenschappelijk onderbouwde – inzichten gebaseerde functionele beschrijving van wat goede, multidisciplinair georganiseerde, individuele zorg bij Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen is over het complete zorgcontinuüm (de patiënt journey). Een zorgstandaard geeft de (landelijke) norm waaraan de zorg moet voldoen en wat de patiënt kan verwachten, op het gebied van medicatie en behandeling, met aandacht voor participatie, de omgeving en de organisatie van zorg.

Generieke module

Waar een zorgstandaard één specifieke psychische aandoening behandelt, beschrijft een generieke module zorgcomponenten of zorgonderwerpen die voor meerdere psychische aandoeningen relevant zijn. Denk bijvoorbeeld aan onderwerpen als zelfmanagement, ondersteuning van naasten en arbeidsparticipatie. De zorg die wordt beschreven in een generieke module kan, afhankelijk van de aandoening, in een of meerdere fases van het zorgproces van toepassing zijn.

Richtlijnen

Richtlijnen zijn aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Ze berusten op wetenschappelijk onderzoek en zijn aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers. Richtlijnen maken deel uit van de professionele standaard, bevatten normatieve uitspraken en hebben mede daardoor ook een juridische betekenis.

Kwaliteitsstandaarden

Waar een zorgstandaard één specifieke psychische aandoening behandelt, beschrijft een generieke module zorgcomponenten of zorgonderwerpen die voor meerdere psychische aandoeningen relevant zijn. Denk bijvoorbeeld aan onderwerpen als zelfmanagement, ondersteuning van naasten en arbeidsparticipatie. De zorg die wordt beschreven in een generieke module kan, afhankelijk van de aandoening, in een of meerdere fases van het zorgproces van toepassing zijn.

Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen

Deze zorgstandaard is een algemeen raamwerk op hoofdlijnen voor alle onderdelen in het zorgcontinuüm voor mensen met klachten als gevolg van psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Dat zorgcontinuüm omvat:

- vroege onderkenning en preventie;
- diagnostiek en monitoring;
- behandeling en begeleiding;
- bevordering van herstel;
- participatie en re-integratie.

Ook de organisatie van zorg en relevante prestatie-indicatoren worden beschreven. Bestaande richtlijnen, regelgeving en kwaliteitsindicatoren zijn de basis voor deze zorgstandaard. Om de belangrijkste punten hieruit in goede samenhang te kunnen beschrijven, is gebruik gemaakt van actuele wetenschappelijke kennis, praktijkkennis van zorgverleners en kennis van ervaringsdeskundigen. De zorgstandaard is een hulpmiddel voor patiënten, hun naasten en hun zorgverleners om samen het best passende zorgtraject te vinden en te volgen.

Disclaimer

Zoals hierboven staat beschreven, is een kwaliteitsstandaard onder meer gebaseerd op een bestaande richtlijn. Dit geldt ook voor de Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen.

Een disclaimer is echter in dit geval op zijn plek. [De oorspronkelijke richtlijn](#), die diende als input voor de standaard, dateert uit 2008. Sindsdien zijn meerdere hoofdstukken uit deze richtlijn herzien – de laatste herziening was in 2013 – maar dit geldt niet voor de hoofdstukken over PTSS. In andere woorden zijn deze enigszins verouderd, wat mogelijk een negatief effect heeft gehad op de adviezen en protocollen die in deze standaard worden geadresseerd, vooral als het gaat om screening, diagnostiek en behandeling. De werkgroep heeft zo goed als mogelijk geprobeerd dit tijdsgat te ‘compenseren’. Daartoe zijn onder andere recente internationale richtlijnen als [Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder \(PTSD\)](#) door the American Psychological Association en [Post-traumatic stress disorder door the National Institute for Health and Care Excellence](#). geraadpleegd. Desalniettemin dient de lezer zich bewust van te zijn van bovenstaand gegeven bij het lezen en interpreteren van de tekst. Verder geldt in het algemeen dat het veld de richtlijn update – en dan in het bijzonder de hoofdstukken over PTSS – als hoge prioriteit beschouwt. Gezien de huidige situatie is besloten dat voor de zorgstandaard, zodra de geüpdatete richtlijn gepubliceerd is, direct een herzieningsverzoek ingediend zal worden. Verder is met de huidige werkgroep overeengekomen dat in de eerstvolgende herziening onderzocht moet worden of er meer aandacht gegeven zou moeten worden aan kwetsbare groepen en de rol van ervaringsdeskundigen.

4.2 Participatie door patiënten en naasten

De Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen is geschreven met inachtneming van het patiëntenperspectief en schenkt aandacht aan zelfmanagement van de patiënt en het proces van gezamenlijke besluitvorming. Om het patiëntenperspectief te borgen, zijn meerdere patiënten en hun naasten intensief betrokken geweest bij de totstandkoming van de zorgstandaard. Zij hebben deelgenomen aan de werkgroepen en eveneens aan de stuurgroep voor de eerste versie ([zie Betrokken organisaties](#)). Ook hebben zij meegewerkt aan de ontwikkeling van de teksten in de werkgroepen en namen ze deel aan de discussies. Alle ervaringsdeskundigen, zowel vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen [Anoixsis](#) (vereniging voor en door

psychosegevoelige mensen) als van [Caleidoscoop](#) (landelijke vereniging voor mensen met een dissociatieve stoornis), zijn als onafhankelijke deelnemers voor deelname getraind door [MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid](#).

Focusgroep en achterbanraadpleging

Bij de start van het ontwikkeltraject (zomer 2015) heeft de projectgroep voor alle ervaringsdeskundigen een focusgroep georganiseerd voor een eerste inventarisatie van de behoeftes, knelpunten en wensen. In de zomer van 2016 is er een achterbanraadpleging uitgevoerd onder leiding van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid en onderzoeksbureau ResCon. In totaal 168 (ex-)patiënten en hun naasten hebben een vragenlijst ingevuld over hun ervaringen in de zorg bij posttraumatische stressstoornis (PTSS). Daarin is ook gevraagd naar hun ervaringen met en adviezen voor de organisatie van de zorg. Het resultaat van deze inbreng is verwerkt in de zorgstandaard ([zie ook bijlage 11](#)).

Resultaten

Uit de achterbanraadpleging kwamen de volgende bevindingen, wensen, aandachts- en verbeterpunten in de zorg naar voren:

Algemeen voor het gehele zorgcontinuüm

Wees open over het bespreken van de traumatische ervaring. De patiënt en zijn verhaal staan centraal. Dit vergt een holistische benadering met aandacht voor alle levensgebieden. En voor zowel de sterke kanten als de kwetsbaarheden van patiënten. Vooral bij screening en diagnostiek is dit extra van belang. De diagnostiek is bij voorkeur breed en diep. Let op als de patiënt verantwoordelijk is voor kinderen in een gezin, doe dan de [Kindcheck](#). Heb daarin aandacht voor de gevolgen voor het gezin, voor wat men zelf al qua ondersteuning of hulp heeft geregeld en wat er georganiseerd kan of moet worden.

Gezamenlijke besluitvorming is een belangrijk uitgangspunt. De goed geïnformeerde patiënt en de zorgverlener nemen samen beslissingen over een individueel zorgplan, met aandacht voor de haalbaarheid binnen de context van de patiënt. Deze gedeelde besluitvorming komt in het gehele behandelproces terug.

Kernwaarden therapeutische relatie

Vrijheid in de keuze van zorgverlener is van groot belang. Patiënten vinden dat bejegening van grote invloed is op de therapeutische relatie. Zij noemen daarbij de volgende kernwaarden:

- Gelijkwaardig aangesproken worden en ruimte krijgen voor eigen inbreng;
- Serieus genomen worden doordat zorgverleners voldoende tijd nemen om met de patiënt te praten en aandachtig naar hun verhaal luisteren;
- Aandacht van zorgverleners voor de signalen die zij uitzenden. Patiënten met een aandoening als gevolg van psychotrauma of stress zijn extra gevoelig voor signalen van zorgverleners. Deze kunnen onbedoeld negatieve gedachten of gevoelens bij patiënten oproepen;
- Helderheid en voorspelbaarheid van de zorgverlener in het handelen en in het maken en nakomen van afspraken. Aandacht daarvoor is, net als respect voor de grenzen van de patiënt, van belang gezien de grensoverschrijdende en onvoorspelbare aard van traumatische ervaringen;

- Kennis bij en aandacht van zorgverleners voor lotgenotencontact en het aanbod daarin;
- Kennis bij en aandacht van zorgverleners of netwerkzorgpartners voor de mogelijke gezinscontext.

Behandeling

Patiënten willen liefst zo snel mogelijk starten met de verwerking van een traumatische ervaring (traumagerichte behandeling). Het is daarbij van groot belang dat zorgverleners een veilige omgeving creëren en na elke (heftige) sessie aandacht hebben voor veilige plekoefeningen en crisisvaardigheden. Heb helder wat dit betekent voor de gezinsleden van de patiënt binnen een gezinscontext en betrek hen er zo mogelijk bij.

De inzet van evidence-based behandeling is het uitgangspunt. Gebruik vaktherapie zo nodig als aanvulling voor verbale therapieën. Zo kan via vaktherapie aandacht worden besteed aan de fysieke gevolgen van de aandoening.

Evaluatie moet op maat zijn. Zorgverlener en patiënten stellen samen de evaluatiefrequentie vast. Evaluaties kunnen tot een nieuw diagnostisch proces leiden.

Aandacht voor de overgang tussen jeugd- en volwassenenzorg (18- en 18+) is van groot belang. Aandacht voor (de mate van) betrokkenheid van ouders (16- en 16+; 12- en 12+) is ook van groot belang.

Naasten

Omdat het ervaren van sociale steun van groot belang is bij het voorkomen en het herstel van psychotraumatische stress, verdient het informeren en betrekken van naasten nadrukkelijk aandacht. Met heldere, goede uitleg over de symptomen van posttraumatische stress kan worden voorkomen dat er misverstanden ontstaan over het gedrag van een getroffene. Een voorbeeld is het vermijden van plaatsen waar veel mensen bijeenkomen, zoals verjaardagsfeestjes, winkels, of pretparken. Een getroffene voelt zich onveilig omdat er geen oog op vermeend gevaar kan worden gehouden. Voor naasten kan dit als onbegrijpelijk overkomen. Zij zien immers geen gevaar. Een ander voorbeeld is het 's nachts herhaaldelijk wakker schrikken uit nachtmerries. Het kan enige geruststelling bieden wanneer naasten goede uitleg krijgen over deze symptomen en over het verband met meegemaakte gebeurtenissen (zie voor meer algemene informatie over naasten [Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#)).

4.3 Onderlinge samenhang zorgstandaarden en generieke modules

Deze zorgstandaard hangt samen met de zorgstandaarden [Aanpassingsstoornissen \(inclusief overspanning en burn-out\)](#), [Persoonlijkheidsstoornissen](#), [Angstklachten en Angststoornissen](#), [Dissociatieve Stoornissen](#) en de generieke modules [Diagnostiek en behandeling van psychische klachten in de huisartsenpraktijk](#), [Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#), [eHealth](#), [Zelfmanagement](#), [Comorbiditeit](#), [Bijwerkingen](#), [Psychotherapie](#), [Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#), [Stemmen horen](#), [Vaktherapie en Diversiteit](#).

4.4 Betrokken organisaties

De eerste versie van de zorgstandaard is ontwikkeld door Stichting Centrum'45 | Arq Psychotrauma Expert Groep. Er is samengewerkt met afgevaardigden van ruim 30 ggz-instellingen, universiteiten, beroepsverenigingen, belangenverenigingen, patiëntenverenigingen en overige partijen die de zorg na psychotrauma hoog op de agenda plaatsen. Voor de ontwikkeling van de zorgstandaard zijn, onder begeleiding van de projectgroep (coördinator dr. Ellen Klaassens), de volgende vijf werkgroepen samengesteld onder voorzitterschap van experts uit het veld:

1. Werkgroep Screening, diagnostiek en monitoring - prof. dr. Marleen Rijkeboer;
2. Werkgroep eHealth, preventie en zelfmanagement - prof. dr. Heleen Ripper;
3. Werkgroep Protocollaire, evidence-based behandelingen - prof. dr. Agnes van Minnen;
4. Werkgroep Complexe PTSS en chronische zorg - prof. dr. Paul Boelen;
5. Werkgroep Kind & jeugd - prof. dr. Frits Boer.

Naast de werkgroepen heeft een stuurgroep onder voorzitterschap van prof. dr. Rolf Kleber de door de werkgroepen geschreven teksten meerdere keren van commentaar voorzien. In de stuurgroep waren diverse ggz-instellingen, beroepsverenigingen, belangenverenigingen en patiëntenorganisaties vertegenwoordigd. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft afgezien van deelname aan groepen. Er is voor deze zorgstandaard wel samengewerkt met het NHG. Dit is gebeurd door afstemming tussen de projectgroep van de zorgstandaard Aanpassingsstoornissen en de projectleider en stuurgroepvoorzitter van de onderhavige zorgstandaard.

In 2018 is het project formeel afgerond door Stichting Centrum'45 | Arq Psychotrauma en is de regie overgedragen naar Akwa GGZ. Deze organisatie is ontstaan in 2019 toen het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (NKO), de toenmalige opdrachtgever van het project om de zorgstandaard te ontwikkelen, samen met twee andere organisaties is opgegaan in Akwa GGZ. Akwa GGZ ondersteunt de ggz bij de (door)ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsstandaarden, kwaliteitsindicatoren en meetinstrumenten. Er zijn enkele verschillen in de werkwijze van NKO en Akwa GGZ. NKO was primair opdrachtgever en financier van zorgstandaardprojecten die werden ontwikkeld door partijen in het veld. Nu is het projectmanagement belegd bij Akwa GGZ zelf. Net als in het verleden komt de inhoudelijke expertise nog steeds van de (vertegenwoordigers van) patiënten, naasten en professionals.

In samenwerking met het veld is een nieuwe werkgroep opgericht die heeft gezorgd voor de afwikkeling van de zorgstandaard. Voor een overzicht van alle betrokken organisaties en deelnemers [zie bijlage 2](#).

4.5 Uitgangspunten

Algemeen

Een zorgstandaard beschrijft met inachtneming van het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professioneel handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschrijvingen van zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren. Het werken volgens de

kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet, is voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven.

Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Afbakening: classificatie DSM-5

De zorgstandaard volgt de afbakening van de DSM, het handboek voor de classificatie van psychische aandoeningen dat in de Nederlandse GGZ wordt gebruikt (sinds 1 januari 2017 in de vijfde editie: DSM-5). In de DSM-5 worden de Psychotrauma- en stressorgerelateerde aandoeningen niet meer bij de angststoornissen ingedeeld, maar als afzonderlijke categorie behandeld. Reden hiervoor is dat psychisch lijden na blootstelling aan catastrofale of afschuwwekkende (traumatische) gebeurtenissen zich heel divers kan uiten en dat de inhoud van traumagerelateerde stoornissen verschilt van die van de angststoornissen. Ook de wereldwijd door de meeste landen gebruikte International Classification of Diseases (ICD-10) heeft van de traumagerelateerde stoornissen een aparte categorie gemaakt in de elfde editie (ICD-11). Voor de psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen komen beide systemen slechts matig overeen.

In deze zorgstandaard staan de volgende Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen centraal.

- (Complexe) Posttraumatische Stressstoornis ((c)PTSS)
- Acute Stressstoornis (ASS);
- Persisterende Complexe Rouwstoornis (PCRS);
- Hechtingsstoornissen, uitgesplitst in Reactieve Hechtingsstoornis (RHS) en Ontremd Sociaalcontactstoornis (OSCS).

Om aan te sluiten bij de huidige praktijk in de Nederlandse GGZ is gekozen om naast de classificatie PTSS (zoals beschreven in de ICD-11 en DSM-5) ook de classificatie complexe PTSS (zoals omschreven in de ICD-11, maar niet als aparte categorie in DSM-5) te adresseren in deze zorgstandaard. Complexe PTSS (ofwel cPTSS) staat als aanvullende categorie beschreven in de ICD-11. Dit systeem wordt gebruikt in de meeste Europese landen, echter niet in Nederland dat met de Verenigde Staten de DSM volgt. cPTSS is in de DSM-5 niet als aparte categorie opgenomen, maar als "*complexe symptomen zoals persisterende, vertekende negatieve cognities en persisterende negatieve gemoedstoestand (bijvoorbeeld afschuw, boosheid, schuldgevoelens en schaamte).*"

Bron: American Psychiatric Association (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Amsterdam: Boom.

Roekeloos en zelfdestructief gedrag zijn wel opgenomen in de PTSS classificatie; daarnaast kan gespecificeerd worden of het gaat om het 'dissociatieve' subtype.

Voor de aanpassingsstoornissen die in DSM-5 onder de Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen vallen, verwijzen we naar de Zorgstandaard [Aanpassingsstoornissen \(inclusief overspanning en burn-out\)](#). De categorie ongespecificeerde Psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis wordt in deze zorgstandaard buiten beschouwing gelaten

zorgstandaard buiten beschouwing gelaten: Wanneer mensen na een schokkende gebeurtenis beperkingen ervaren in hun dagelijks functioneren en veel klachten hebben die lijken op die bij de beschreven stoornissen, maar bij wie de klachten niet aan de criteria voldoen om één van deze stoornissen vast te stellen, kan de classificatie ongespecificeerde psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornis worden gegeven. Omdat deze classificatie in de klinische praktijk feitelijk nooit wordt gebruikt, wordt zij in deze zorgstandaard buiten beschouwing gelaten.

Opmerking

Het vakgebied van de psychotraumatologie is sterk in ontwikkeling. Deze zorgstandaard moet dan ook worden gezien als een levend document. Hij zal regelmatig geactualiseerd en aangevuld worden om actuele kennis en inzichten te delen met de gebruikers van de zorgstandaard.

4.6 Leeswijzer

Vanwege de leesbaarheid wordt in deze zorgstandaard overal de term 'patiënt' gehanteerd, ook voor mensen zonder stoornis maar met een hoog risico op het krijgen van een stoornis. Waar 'hij' staat, kan ook 'zij' gelezen worden.

5. Over Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen

Autorisatiedatum 01-12-2020 Beoordelingsdatum 01-12-2020

5.1 Inleiding

In deze zorgstandaard gaat het om psychische klachten en aandoeningen die kunnen ontstaan na de confrontatie met een schokkende gebeurtenis of zeer ingrijpende situatie (acuut of langdurig). Het gaat dan vooral, maar niet uitsluitend, om gebeurtenissen zoals oorlog, rampen, geweldsdelicten, ongevallen, mishandeling, seksueel geweld en het plotselinge verlies van een dierbaar persoon. Deze aandoeningen vallen onder de DSM-5 noemer Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Overigens kunnen ook andere psychische aandoeningen (mede) ontstaan door het meemaken van een schokkende gebeurtenis of zeer ingrijpende situatie, waaronder angststoornissen (zoals paniekstoornis en sociale angststoornis), middelenmisbruik, psychose, dissociatieve stoornissen, bepaalde persoonlijkheidsstoornissen en stemmingsstoornissen.

Psychotrauma

De term psychotrauma verwijst naar een zeer ingrijpende of schokkende ervaring, of een reeks van dergelijke ervaringen. Er is sprake van een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding, ernstige en/of langdurige (emotionele) verwaarlozing of seksueel geweld. Het meemaken van stressvolle gebeurtenissen kan, maar hoeft zeker niet per se, uitmonden in Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Vaak komen mensen zulke ervaringen te boven zonder stoornissen te ontwikkelen. Wel kunnen er naast of in plaats van Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen ook andere klachten en aandoeningen (bijvoorbeeld stemmingsstoornissen, middelenmisbruik of een fobie) of sociale problemen ontstaan die iemands kwaliteit van leven ondermijnen. De term stressor heeft betrekking op een omgevingsconditie of een gebeurtenis die stress veroorzaakt.

Ofschoon de uitingen van posttraumatische stress gevarieerd zijn, en niet uitsluitend leiden tot een (complexe) posttraumatische stressstoornis, ligt de focus in deze zorgstandaard op de meest voorkomende psychische aandoeningen. Er is aandacht besteed aan comorbiditeit. Toch voert de beschrijving van comorbide aandoeningen in deze zorgstandaard te ver. Stoornissen die zich tevens kunnen voordoen in reactie op ingrijpende levensgebeurtenissen en/of comorbide optreden met een PTSS (zoals middelenmisbruik en verslaving, dissociatie, depressie) worden in andere zorgstandaarden beschreven.

De expliciete aandacht voor (c)PTSS in vergelijking met andere reactieve stoornissen zoals ASS of PCRS is ingegeven door de beschikbaarheid van meer onderzoek en publicaties. In toekomstige revisies is goed mogelijk dat voor deze stoornissen meer aandacht komt in updates van deze zorgstandaard.

5.2 Posttraumatische Stresstoornis (PTSS)

Samenvatting van de kenmerken

Blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of (seksueel) geweld. Het kan gaan om het zelf ondergaan van een dergelijke gebeurtenis, maar ook om het persoonlijk getuige zijn geweest van een gebeurtenis die anderen overkwam. Om het vernemen dat een naaste een gebeurtenis met een gewelddadig karakter of een ongeval is overkomen. En om herhaaldelijke of extreme blootstelling aan afschuwwekkende details van psychotraumatische gebeurtenissen.

Er zijn vier symptoomcategorieën:

1. intrusieve symptomen zoals zich opdringende herbelevingen en nare dromen;
2. aanhoudende vermijdingen;
3. negatieve veranderingen in cognities en stemming;
4. veranderingen in arousal (alertheid, opwinding), waakzaamheid en reactiviteit.

Een van de kenmerken van een PTSS is dat de klachten/symptomen langer dan een maand aanhouden. Patiënten ervaren een significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren in het werk of sociale leven. De klachten bij PTSS hebben een grote weerslag op iemands functioneren en vormen vaak ook een belasting voor de directe omgeving van betrokkene. De aandoening kan samengaan met problematische sociale en gezinsrelaties, school- of werkverzuim, minder succes op school en het werk, middelenmisbruik, een lager inkomen en financiële problemen.

In de DSM-5 worden daarnaast nog twee specificaties onderscheiden: PTSS met dissociatieve symptomen (te weten: depersonalisatie en derealisatie) en PTSS met uitgestelde expressie. Aan alle criteria wordt pas na zes maanden voldaan (zie [Bijlage 4](#) voor de volledige en formele beschrijving van de criteria van PTSS volgens de DSM-5).

Prevalentie

Slechts een minderheid van de mensen die blootgesteld wordt aan ingrijpende gebeurtenissen ontwikkelt PTSS. Daarom is het goed om stil te staan bij de veerkracht en de mogelijkheden tot herstel bij door schokkende gebeurtenissen getroffen personen. Prevalentiecijfers van PTSS lopen uiteen naargelang van de aard van de gebeurtenissen, diverse risicofactoren, het meetmoment en de gebruikte meetinstrumenten. Prevalentie kan betrekking hebben op: zelf ooit PTSS hebben meegemaakt (life time prevalence), het vóórkomen van PTSS in de hele bevolking of het optreden van PTSS na een schokkende gebeurtenis.

In het algemeen treedt PTSS na een schokkende gebeurtenis vaker op wanneer er een agressor betrokken is (interpersoonlijk geweld in plaats van bijvoorbeeld natuurgeweld)

Bron: Kleber, R.J. (2008). Psychopathologie na rampen: algemene karakteristieken en kritische kanttekeningen. *Psychologie & Gezondheid*, 36, 117-123.

en/of bij aanhoudende en langdurige gebeurtenissen en bij gebeurtenissen die sociaal beladen zijn.

Naar schatting zou 7,4% van de Nederlandse bevolking ooit in zijn of haar leven een PTSS hebben gehad (8,8% van de vrouwen en 4,3% van de mannen). Tussen de 52% tot 81% van Nederlanders maakt ooit in het leven een schokkende gebeurtenis mee.

Bron: Vries, G.J. de & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and post-traumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 259-267.

Bij Nederlandse veteranen die met oorlogsgeweld zijn geconfronteerd varieerden de cijfers. Ook bij seksueel geweld varieerden de cijfers sterk, ofschoon de prevalenties in het algemeen hoger zijn dan bij andere schokkende gebeurtenissen,: tussen 3,7% en 65%. en grootschalig overzicht van onderzoeken onder 7.000 vluchtelingen woonachtig in westerse opvanglanden liet zien dat de prevalentie van PTSS ongeveer 9% was.

Wat rampen betreft varieerden cijfers over PTSS in studies van achtereenvolgens man-made rampen (zoals een terroristische aanslag), technologische rampen (zoals een explosie in een kerncentrale) en natuurrampen (bijvoorbeeld een aardbeving of overstroming) tussen respectievelijk 2% en 17%, tussen 2% en 45% en tussen 3% en 40%.

Bron: Neria, Y., Nandi, A. & Galea, S. (2008). Posttraumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychological Medicine*, 38(4), 467-480.

Campbell, R., Sefl, T., Barnes, H. E., Ahrens, C. E., Wasco, S. M., & Zaragoza-Diesfeld, Y. (1999). Community services for rape survivors: Enhancing psychological well-being or increasing trauma? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 847-858.

Dworkin, E.R., Menon, S.V, Bystrynski, J., & Allen, N.E. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 65-81.

Kilpatrick, D.G., Ruggiero, K.J., Acierno, R., Saunders, B.E., Resnick, H.S., & Best, C.L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71, 692-700.

Ook bij seksueel geweld varieerden de cijfers sterk, ofschoon de prevalenties in het algemeen hoger zijn dan bij andere schokkende gebeurtenissen, :namelijk tussen 3,7% en 65%. Een grootschalig overzicht van onderzoeken onder 7.000 vluchtelingen woonachtig in westerse opvanglanden liet zien dat de prevalentie van PTSS ongeveer 9% was.

Bron: Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7,000 refugees resettled in Western countries: A systematic review. *The Lancet* 365 (9467), 1309-1314.

Wanneer ook onderzoeksgegevens werden meegenomen van vluchtelingen en asielzoekers in niet-westerse landen, was de prevalentie van PTSS 13% tot 25%.

Bron: Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C. Bryant, R.A. & Ommeren, M. van (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 302(5), 537-49.

Het risico op PTSS onder vluchtelingen en vooral onder asielzoekers wordt hoger als zij marteling en seksueel geweld hebben meegemaakt, een hogere leeftijd hebben, vrouw zijn en langdurig verblijven in verschillende asielzoekerscentra. Zo was de levensprevalentie van PTSS onder Iraakse asielzoekers die nog niet zo lang in Nederland verbleven 36,7%.

Bron: Laban, C.J., Gernaat, H.B.P.E., Komproe, I.H., Schreuders, G.A. & Jong, J.T.V.M. de (2005). Invloed van de duur van de asielprocedure op de prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Iraakse asielzoekers in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 743-752.

Comorbiditeit

PTSS gaat vaak samen met een of meer andere aandoeningen, zozeer zelfs dat een afzonderlijk optredende PTSS een zeldzaamheid blijkt te zijn, naar schatting in maar 10% tot 15% van de gevallen.

Bron: Creamer, M., Burgess, P. & McFarlane, A.C. (2001). Posttraumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of mental health and well-being. *Psychological Medicine*, 31, 1237-1247.

Zo kampt een derde tot de helft van mensen met PTSS ook met een depressieve stoornis

Bron: Keane, T.M., Marshall, A.D. & Taft, C.T. (2006). Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 161-197.

en/of een stoornis in het gebruik van psychoactieve middelen.

Bron: Debell, F., Fear, N.T., Head, M., Batt-Rawden, S., Greenberg, N., Wessely, S. & Goodwin, L. (2014). A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Soc Psychiatry Psych Epidem*, 49, 1401-1425.

Schäfer, I. & Langeland, W. (2015). Posttraumatic stress disorder and addiction. In: G. Dom, F. Moggi (Eds.), *Co-occurring addictive and psychiatric disorders. A practice-based handbook from a European perspective* (p.161-177). Heidelberg: Springer Verlag.

Risicofactoren PTSS

Zorgverleners dienen alert te zijn op mogelijk aanwezige risicofactoren voor het ontwikkelen van PTSS. Deze zijn onder te verdelen in de volgende drie categorieën

Bron: Brewin, C.R., Andrews, B., Valentine, J.D & Kendall, P.C. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 5. 748-766.

Cogle, J.R., Resnick, H. & Kilpatrick, D.G. (2009). A prospective examination of PTSD symptoms as risk factors for subsequent exposure to potentially traumatic events among women. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(2), 405-11.

Cogle, J.R., Resnick, H. & Kilpatrick, D.G. (2009a). Does prior exposure to interpersonal violence increase risk of PTSD following subsequent exposure? *Behavior Research and Therapy*, 47(12), 1012-7.

Engelhard, I.M., Olatunji, B.O. & Jong, P.J. de (2011). Disgust and the development of posttraumatic stress among soldiers deployed to Afghanistan. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 58-63.

Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1):52-73.

:

Factoren voorafgaand aan de gebeurtenis(sen)

- Eerdere psychische problemen (bijvoorbeeld angst- of stemmingsstoornissen)
- Problematiek binnen het gezin van herkomst (bijvoorbeeld kindermishandeling door verwaarlozing of misbruik, psychische problemen van familieleden)
- Eerdere traumatische ervaringen
- Lage sociaaleconomische status
- Laag opleidingsniveau en IQ
- Van het vrouwelijk geslacht zijn
- Jonge leeftijd
- Behoren tot een etnische minderheid
- (Neuro)biologische predispositionele factoren

Factoren die te maken hebben met de gebeurtenis(sen) zelf

- Aard en ernst van het trauma
- Waargenomen levensbedreiging
- Interpersoonlijk geweld
- Ernst van de verwonding
- Langdurige traumatisering

Factoren die na de gebeurtenis(sen) van invloed kunnen zijn

- Geringe mate van sociale steun
- Additionele stressvolle levensomstandigheden
- Perceptie van externe verantwoordelijkheid
- Invloed van de traumatische gebeurtenis op de verschillende domeinen van het eigen leven

Complexe PTSS (cPTSS)

De term complexe PTSS (cPTSS) wordt geregeld gebruikt in de zorg voor mensen met psychotraumagerelateerde klachten. Het gaat om klachten die samenhangen met herhaalde, langdurige en vaak interpersoonlijke, schokkende gebeurtenissen, bijvoorbeeld langdurig oorlogsgeweld, chronische mishandeling, lichamelijke mishandeling, langdurige gevangenschap, marteling, of seksueel geweld in de kindertijd als ook in de volwassenheid en de gevolgen daarvan. In de ICD-11 is de classificatie complexe PTSS opgenomen.

Bij cPTSS treden volgens de ICD-11 naast de centrale symptomen van PTSS (herbeleving, vermijding / verdooving en hyper-arousal) een reeks verstoringen in zelfregulerende capaciteiten op:

1. Affectieve problemen: verhoogde emotionele reactiviteit, gewelddadige uitbarstingen, impulsief of roekeloos gedrag en dissociatieve verschijnselen.
2. Een verstoord zelfgevoel: gekenmerkt door hardnekkige overtuigingen over zichzelf als negatief, verslagen of waardeloos, vergezeld van doordringende gevoelens van schaamte, schuld, boosheid of falen.

3. Aanhoudende problemen bij het onderhouden van relaties: gekenmerkt door moeilijkheden om dicht bij anderen te voelen, weinig interesse in relaties of sociale betrokkenheid in het algemeen.

cPTSS is een stoornis die PTSS aanvult. Net zoals PTSS vereist ook de diagnose cPTSS de blootstelling aan een traumatische ervaring (of een reeks van dergelijk ervaringen) en functionele beperking. In de DSM-5 is cPTSS niet als aparte categorie opgenomen.

Bron: Heide, F.J.J. ter, Mooren, T.M. & Kleber, R.J. (2016). Complex PTSD and phased treatment in refugees: A debate piece. *European Journal of Psychotraumatology*, 7: 286-287.

Heide, F.J.J. ter, Smid, G., Mooren, T.M. & Kleber, R.J. (March 2015). Prevalence of complex PTSD in trauma-exposed populations: Systematic review and meta-analysis. Paper presented at the 14th European Conference on Traumatic Stress, Vilnius.

Wel zijn binnen de DSM-5 verschillende symptomen van cPTSS terug te vinden in de symptomen van de PTSS-classificatie (onder meer: persisterende en overdreven negatieve overtuigingen of verwachtingen over zichzelf, anderen of de wereld), persisterende negatieve gemoedstoestand (bijvoorbeeld angst, afschuw, boosheid, schuldgevoelens en schaamte) en roekeloos of zelfdestructief gedrag.

Voor kinderen van 6 jaar en jonger kent dDSM-5 een aparte classificatie ([zie Bijlage 4](#)). Jonge kinderen kunnen maar beperkt onder woorden brengen wat zij beleven. Daarom zijn de criteria voor kinderen meer op waarneembaar gedrag gestoeld en gekoppeld aan de ontwikkelingsfase. Het belangrijkste verschil met PTSS bij volwassenen en oudere kinderen is dat voor de classificatie slechts één symptoom aanwezig hoeft te zijn in de rubrieken vermijdingssymptomen en negatieve veranderingen in cognities en stemming.

Risicofactoren

Een belangrijke risicofactor voor cPTSS is een combinatie van herhaalde, langdurige en vaak interpersoonlijke, schokkende gebeurtenissen in afhankelijkheidsrelaties en fysieke/emotionele verwaarlozing (zie verder de risicofactoren vermeld bij PTSS).

Bron: Palic, S., Zerach, G., Shevlin, M., Zeligman, Z., Elklit, A. & Solomon, Z. (2016). Evidence of complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) across populations with prolonged trauma of varying interpersonal intensity and ages of exposure. *Psychiatry Research*, 246, 692-699.

Herman, J.L. (1992). *Trauma and Recovery: the aftermath of violence*. New York: Basic Books

PTSS bij kinderen

Kinderen vanaf 7 jaar

De symptomen na schokkende gebeurtenissen die voor volwassenen zijn beschreven, gelden ook voor kinderen vanaf 7 jaar. De symptoomcategorieën (intrusieve symptomen, vermijdingen, negatieve veranderingen in cognitie en stemming en verhoogde prikkelbaarheid) en de bijbehorende symptomen zijn gelijk, maar de uitingen zijn vaak leeftijdsspecifiek en gevarieerd ([Zie voor de signalen Vroege onderkenning](#)).

Kinderen van 6 jaar en jonger

Voor kinderen van 6 jaar en jonger kent de DSM-5 een aparte classificatie ([zie Bijlage 4](#)). Jonge kinderen kunnen maar beperkt onder woorden brengen wat zij beleven. Daarom zijn de criteria voor kinderen meer op waarneembaar gedrag gestoeld en gekoppeld aan de ontwikkelingsfase. Het belangrijkste verschil met PTSS bij volwassenen en oudere kinderen is dat voor de classificatie slechts één symptoom aanwezig hoeft te zijn in de rubrieken vermijdingssymptomen en negatieve veranderingen in cognities en stemming ([Zie voor de signalen Vroege onderkenning](#)).

Prevalentie

Cijfers over het aantal kinderen en adolescenten dat een traumatische gebeurtenis vóór de leeftijd van 18 jaar heeft meegemaakt, verschillen nationaal en internationaal sterk: in Nederland alleen al van 14% tot bijna 50%.

Bron: Alisic, E., Schoot, T.A.W. van der, Ginkel, J.R. van, & Kleber, R.J. (2008). Trauma exposure in primary school children: Who is at risk? *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 1, 263–269

Boer, F. & Lindauer, R. (2012). *Kinderpsychologie in praktijk: Trauma bij kinderen*. Houten: Terra-Lannoo

Gegevens over prevalentie bij kinderen van 6 jaar en jonger zijn niet beschikbaar. De prevalentiecijfers van PTSS bij oudere kinderen verschillen weinig van die bij volwassenen. Uit een meta-analyse bleek dat 15,9% van de met een schokkende gebeurtenis geconfronteerde kinderen en jongeren PTSS ontwikkelde.

Bron: Alisic, E., Zalta, A.K., Wesel, F. van, Larsen, S.E., Hafstad, G.S., Hassanpour, K. & Smid, G.E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 204 (5) 335-340.

Dit percentage was afhankelijk van het type gebeurtenis en het geslacht. Bij jongens lijkt PTSS minder voor te komen dan bij meisjes. Bij interpersoonlijke schokkende gebeurtenissen blijken de

cijfers hoger te zijn (bij meisjes 32,9%) dan bij niet-interpersoonlijke gebeurtenissen. Uit een recente meta-analyse bleek dat het percentage in de eerste zes maanden na de gebeurtenis daalde (van 21% na een maand tot 11% na zes maanden). Daarna trad veel minder verandering in prevalentie en ernst van symptomen op.

Bron: Hiller, R.M., M. Meiser-Stedman, P. Fearon, S. Lobo, A. McKinnon, A. Fraser en S.L. Halligan (2016) Research Review: Changes in the Prevalence and Symptom Severity of Child Post-Traumatic Stress Disorder in the Year Following Trauma - A Meta-Analytic Study. National Library Of Medicine (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27169987/>)

Risico- en beschermende factoren bij kinderen (alle leeftijden)

Gezinnen met meerdere problemen lopen een groter risico op onveiligheid (zwaardere belasting, minder voorzieningen) en het optreden van geweldsgebeurtenissen, omdat de ouders als gevolg van zelf ervaren stress minder goed in staat zijn risico's goed in te schatten, minder functionele coping- en/of oplossingsstrategieën beschikbaar hebben om henzelf en hun gezin adequaat te beschermen tegen (herhaling van) onveiligheid en geweld.

Factoren voorafgaand aan de gebeurtenis(sen): kindfactoren

- Eerdere psychosociale en/of psychiatrische problematiek.
- Eerder meegemaakte traumatische gebeurtenissen.
- Kwetsbaar temperament.
- Passieve coping-stijl.
- Disfunctionele betekenisverlening aangaande de gebeurtenis en de eigen reacties.

Factoren voorafgaand aan de gebeurtenis(sen): gezinsfactoren

- Ouders die zelf traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt (door oorlogsgeweld getroffen personen, veteranen, vluchtelingen), als ook ouders uit bepaalde beroepsgroepen, zoals de politie.
- Psychosociale en/of psychiatrische problematiek binnen het gezin met als gevolg veranderend gezinsfunctioneren na de gebeurtenis.
- Er is sprake van huiselijk geweld, waarvan kinderen zelf slachtoffer zijn of waarbij zij getuige zijn van geweld zonder dat een ouder (emotioneel) beschikbaar is om het kind tegen het (zien van het) geweld te beschermen.
- Gezinnen met meerdere problemen lopen een groter risico op onveiligheid (zwaardere belasting, minder voorzieningen) en het optreden van geweldsgebeurtenissen. Dit omdat de ouders als gevolg van zelf ervaren stress minder goed in staat zijn risico's goed in te schatten, minder functionele coping- en/of oplossingsstrategieën beschikbaar hebben om henzelf en hun gezin adequaat te beschermen tegen (herhaling van) onveiligheid en geweld.
- Gezinnen die hoge stress ervaren, zijn minder goed in staat te mentaliseren. Daardoor neemt het risico op onvoldoende ervaren veiligheid in de gehechtheidsrelatie toe, evenals het risico op stress en overige problemen bij het kind.

Factoren die te maken hebben met de gebeurtenis(sen) zelf

- Aard en ernst van de meegemaakte gebeurtenis.
- Gescheiden geweest van ouders tijdens de gebeurtenis.
- Ontregeling bij ouders bij of na de gebeurtenis, waardoor zij emotioneel onvoldoende beschikbaar zijn.
- Ouders spelen zelf een rol in de gebeurtenis, bijvoorbeeld wanneer een kind getuige is van partnergeweld.
- Een ouder is zelf de (relationele) agressor naar het kind, waardoor het kind bedreigd wordt door dezelfde persoon die veiligheid zou moeten bieden.

Omgevingsfactoren

- Beperkte sociale steun van naasten en/of gemeenschap.
- Ernst van de gevolgen, zoals blijvend verlies en verhoogde blootstelling aan media-aandacht en/of juridische procedures waardoor herinneringen continue worden getriggerd.
- Nadelige omstandigheden, zoals lage sociaaleconomische status, vergroten het risico op een stoornis. Hier stapelen meerdere problemen zich gedurende langere tijd op en is er een verhoogd risico op mishandeling en verwaarlozing en vervolgens op PTSS.

Voorbeelden van beschermende factoren

- Nabijheid van ouders tijdens de gebeurtenis waardoor zij het kind bescherming en troost kunnen bieden.
- Probleemoplossingsvaardigheden, sociale vaardigheden, adequate impulscontrole, een positief zelfbeeld, extraversie (kindfactoren).
- Ondersteuning door ouders van hun kind en adequate stresshantering door de gezinsleden (gezinsfactoren).
- Sociale steun (omgevingsfactor).
- Nadelige omstandigheden, zoals een lage sociaaleconomische status, vergroten het risico op een stoornis. Hierbij stapelen meerdere problemen zich gedurende langere tijd op en is er een verhoogd risico op mishandeling en verwaarlozing en vervolgens op PTSS.

5.3 Acute Stresstoornis (ASS)

De Acute Stresstoornis kan direct na een schokkende ervaring optreden. Patiënten rapporteren meestal een verdoofd en/of afgevlakt gevoel, problemen met geheugen, slaap en concentratie, prikkelbaarheid, schrikachtigheid of angst en hebben regelmatig herbelevingen van de schokkende gebeurtenis. Veel mensen zijn na een schokkende ervaring van slag, maar dat betekent nog niet dat ze aan een Acute Stresstoornis lijden ([Zie voor de signalen Vroege onderkenning](#)).

Kenmerken

- Direct of indirect meemaken van een schokkende gebeurtenis.
- Symptomen hebben behorend bij een of meer van vijf categorieën (intrusies, negatieve stemming, dissociatie, vermijdingen, prikkelbaarheid). Let erop dat het bij een Acute Stresstoornis gaat om een veelheid van symptomen.
- Significante lijdensdruk of beperkingen ervaren in sociaal of beroepsmatig functioneren. De stressreacties belemmeren de slaap, het energieniveau en het vermogen om alledaagse taken uit te voeren.

voeren. Bovendien kan vermijding van situaties die als potentieel bedreigend worden beschouwd, leiden tot het niet nakomen van (sociale) afspraken en werkverzuim.

- De stoornis duurt minimaal drie dagen en maximaal vier weken en treedt binnen vier weken na de gebeurtenis op (voor de volledige beschrijving van de criteria van Acute Stresstoornis volgens DSM-5 zie Bijlage 4).

Prevalentie

Na ervaringen waarbij geen sprake is van interpersoonlijk geweld, zoals een ongeluk, brand, natuurramp of vliegramp, ontwikkelt 3% tot 28% van de volwassenen een Acute Stresstoornis. Net als bij PTSS is de prevalentie hoger bij interpersoonlijk geweld zoals fysiek geweld of verkrachting, namelijk 20% tot 59%.

Bron: Biggs, Q.M., Guimond, J.M., Fullerton, C.S., Ursano, R.J., Gray, C., Goldenberg, M., Reissman, D., McCarroll, J.E., Santiago, P. & Tyler, M.P. (2012). The Epidemiology of Acute Stress Disorder and Other Early Responses to Trauma in Adults. In: J. Gayle Beck and Denise M. Sloan (Eds.), *The Oxford Handbook of Traumatic Stress Disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780195399066.013.0006.

Verhouding met PTSS

Ongeveer de helft van de mensen die voldoen aan de criteria van Acute Stresstoornis, krijgt PTSS.

Bron: Bryant, R.A. (2011) Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(2), 233-239.

Overigens had het merendeel van de mensen met PTSS daarvoor geen Acute Stresstoornis. De wetenschappelijke en klinische bruikbaarheid van Acute Stresstoornis als classificatie is in de vakliteratuur omstreden. Het verschil tussen normale reacties op een schokkende gebeurtenis en PTSS, afgezien van het tijds criterium, wordt tot op heden niet bevestigd in wetenschappelijk onderzoek. Naar Acute Stresstoornis is veel minder onderzoek gedaan dan naar PTSS. Voor Acute Stresstoornis geldt, net als voor PTSS, dat de meeste mensen geen stoornis ontwikkelen na het meemaken van een traumatische gebeurtenis.

Risicofactoren

Er is slechts beperkt onderzoek gedaan naar risicofactoren voor Acute Stresstoornis. In de weinige studies is een aantal risicofactoren gevonden:

- Eerdere zeer ingrijpende gebeurtenis(sen)
- Eerdere PTSS of andere psychische klachten
- Vrouw zijn
- Weinig tot geen sociale steun.

Ook een neiging tot een zogenaamde catastrofale interpretatie van de gebeurtenis – bijvoorbeeld een overmatige verwachting dat nog meer leed gaat optreden of een overmatig ernstig idee van schuld – is een risicofactor voor Acute Stressstoornis.

5.4 Persisterende Complexe Rouwstoornis (PCRS)

De Persisterende Complexe Rouwstoornis (PCRS) is in de DSM-5 opgenomen als een aandoening waarvoor al veel aanwijzingen bestaan en die verder onderzoek behoeft. De volgende criteria gelden.

- Mensen hebben minimaal twaalf maanden geleden de dood van een dierbare meegemaakt.
- Ze ervaren diverse symptomen van separatiestress, waaronder een kwellend verlangen naar de overledene.
- Ze ervaren diverse symptomen in de categorie reactief lijden na de dood van een dierbaar persoon.
- Ze hebben diverse symptomen in de categorie "Ontwrichting van het sociale leven en de identiteit".
- Ze lijden ernstig onder deze symptomen en ervaren dat deze hun alledaagse functioneren hinderen.

Bij deze aandoening hebben mensen zoveel last van rouw dat het functioneren thuis, op school, in de werksituatie en sociaal, langdurig en ernstig is verslechterd.

sociaal, langdurig en ernstig is verslechterd.: PCRS vertoont overeenkomsten met de stoornis Prolonged Grief Disorder, PGD, die recent is opgenomen in de ICD-11. De symptomen van PCRS en PGD overlappen. Een belangrijk verschil is dat voor de diagnose PGD minder symptomen vereist zijn. Ook het tijds criterium verschilt: PCRS kan pas 12 maanden na de dood van een dierbare worden vastgesteld, PGD zes maanden na een verlies.

Mensen ervaren een kwellend verlangen naar de overledene en zijn volledig in beslag genomen door het verlies. Zij kunnen zich niet bij de onomkeerbaarheid van het verlies neerleggen (voor de volledige beschrijving van de criteria volgens DSM-5 [zie Bijlage 4](#)).

Prevalentie

PCRS treedt na een verlies in eerste graad bij ongeveer 10% van de algemene bevolking op.

Bron: Lundorff, M., H. Holmgren, R. Zachariae, I. Farver-Vestergaard en M. O'Conner (2017). Prevalence of Prolonged Grief Disorder in Adult Bereavement: A Systematic Review and Meta-Analysis. Pubmed. Gov <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28167398/>

De aandoening treedt vaker op na het verlies van een dierbaar persoon door moord, zelfmoord en vermissingen (in alle gevallen een niet-natuurlijk overlijden) en bij een zeer nauwe verwantschap (de dood van een eigen kind). Goed epidemiologisch onderzoek is echter slechts beperkt uitgevoerd.

Risicofactoren

Uit onderzoeken naar gecompliceerde rouw zijn verschillende risicofactoren bekend:

Bron: Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K., & Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. *Death Studies* 34, 673-698.

Stroebe, M.S., Schut, H.A.W. & Stroebe, W. (2007). Health consequences of bereavement: A review. *The Lancet*, 370, 1960-1973.

Sociaal-demografische kenmerken

- Vrouwen hebben een iets hoger risico op PCRS dan mannen.
- Mensen met een lage opleiding en/of een lage sociaaleconomische status hebben een hoger risico op PCRS.
- Door georganiseerd geweld getroffen en, onder wie vluchtelingen, hebben een hoger risico op PCRS met kenmerken van PTSS (traumatische rouw).

Kenmerken van het verlies

- De dood van een partner of kind (in het bijzonder niet-volwassen kinderen) geeft een hoger risico op PCRS dan de dood van een andere dierbare.
- Een traumatisch verlies (gepaard gaand met geweld en misbruik), zoals suïcide, moord, verkeersongevallen en verliezen ten gevolge van rampen, daden van terreur en vlucht/ gedwongen migratie) geven een hoger risico op PCRS (met kenmerken van PTSS, of te wel traumatische rouw).

Persoonlijke eigenschappen zoals neuroticisme (kwetsbaarheid voor negatief denken en voelen) en onveilige gehechtheid (negatieve kijk op zichzelf en anderen binnen relaties) kunnen ook van invloed zijn. Verhoogd neuroticisme kan onder meer blijken uit aanwezigheid van psychische problemen voorafgaand aan het verlies. Onveilige gehechtheid kan zich onder meer uiten in problemen binnen intieme relaties.

5.5 Hechtingsstoornissen (RHS en OSCS)

Wanneer kinderen jarenlang te maken hebben gehad met hechtingsbreuken in relaties met verzorgers en onvoldoende zorg (emotionele en/of fysieke verwaarlozing), al dan niet gepaard gaand met andere vormen van mishandeling, kunnen zich de volgende stoornissen in het ontwikkelen van gehechtheidsrelaties voordoen:

- Bij de Reactieve Hechtingsstoornis (RHS) valt op dat een kind bij zijn verzorgers geremd, emotioneel teruggetrokken gedrag vertoont.
- Bij de Ontremd-Sociaalcontactstoornis (OSCS) valt op dat het kind niet gericht is op zijn verzorger en veel te gemakkelijk op onbekenden afstapt (voor de volledige beschrijving van de criteria volgens DSM-5 zie Bijlage 4).

Kenmerken

RHS en OSCS kunnen ook leiden tot achterstand in de verstandelijke en de taalontwikkeling. Ernstige verwaarlozing kan leiden tot stereotiep gedrag waarmee het kind zichzelf stimuleert, zoals ritmisch schudden met het bovenlijf of hoofdbonken. Ook kunnen lichamelijke gevolgen zoals een groeiachterstand optreden. Dit kan het gevolg zijn van fysieke verwaarlozing. Groeiachterstand kan echter ook optreden wanneer kinderen goed gevoed worden, maar geen veiligheid in een gehechtheidsrelatie kunnen ontwikkelen. Dit kan voorkomen in kindervervoersinstellingen met veel wisselende verzorgers en een groot aantal kinderen per verzorger. Dergelijke vormen van institutionele verwaarlozing komen voor zover bekend in Nederland niet meer voor, maar kinderen die vanuit het buitenland uit weeshuizen zijn geadopteerd, kunnen dit wel hebben meegemaakt. De lichamelijke gevolgen verdwijnen meestal wanneer een kind na adoptie alsnog adequate zorg krijgt.

Als hechting in de jongere jaren niet goed verloopt kan dit, ook op volwassen leeftijd, leiden tot problemen. Zo is vaak te zien bij volwassenen dat zij kampen met een laag zelfbeeld, dat zij last hebben van faalangst, beschikken over weinig zelfvertrouwen en dat zij (zeer) stressgevoelig zijn.

Bron: R. Fraley (2018) Adult Attachment Theory and Research. University of Illinois (<http://labs.psychology.illinois.edu/~rcfraley/attachment.htm>)

Comorbiditeit

Kinderen met een RHS hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een depressieve stoornis. OSCS op zijn beurt blijkt veelal gepaard te gaan met ADHD-kenmerken. Tevens is er, naast problemen op het gebied van verstandelijke ontwikkeling en de taalontwikkeling die ook de vorm van een stoornis kunnen aannemen, een verhoogde kans op lichamelijke ziekten.

Bron: American Psychiatric Association (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Amsterdam: Boom.

Bij volwassenen zijn angst en depressie de meest voorkomende comorbide stoornissen.

5.6 Doelstelling

Deze zorgstandaard geeft richting aan de beantwoording van de zorgvraag van mensen met een Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornis of een verhoogd risico daarop, in samenhang met de klinische behandelrichtlijnen. Doelen van de zorg zijn dat patiënten hun leven zelfstandig kunnen inrichten, dat zij zich kunnen ontplooien, dat ze zo min mogelijk nog met klachten ten gevolge van de gebeurtenissen kampen en dat zij kunnen optreden als volwaardig partner met eigen verantwoordelijkheid in het zorgproces.

5.7 Doelgroep

Deze zorgstandaard is geschreven voor zorgverleners van patiënten en hun naasten (ongeacht hun leeftijd) die kampen met klachten of aandoeningen als gevolg van psychotrauma en in het bijzonder met Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. De standaard heeft betrekking op het volledige zorgcontinuüm, van vroegsignalering tot en met de behandeling en nazorg.

Wanneer een aanbeveling afwijkt voor kinderen, jeugdigen of ouderen of een andere specifieke doelgroep, wordt dit vermeld. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om:

- Slachtoffers van acuut fysiek geweld, psychisch geweld waarbij sprake is van (herhaalde) bedreiging met de dood/intimideren met wapens en/of seksueel geweld (thuis of buitenshuis);
- Volwassen patiënten die slachtoffer zijn van vroegkinderlijke schokkende ervaringen zoals langdurige incest en ernstige verwaarlozing;
- Getroffenen van rampen en calamiteiten;
- Militairen en veteranen die tijdens uitzendingen geconfronteerd zijn geweest met oorlogsgeweld;
- Vluchtelingen en asielzoekers;
- Politiefunctionarissen of andere uniformdragers (bijvoorbeeld treinmachinisten, brandweerlieden, ambulancepersoneel en andere hulpverleners) die in hun werk geconfronteerd zijn met ingrijpende ervaringen;
- Ontvoering en/of opsluiting (huiselijk geweld en/of geweld in afhankelijkheidsrelaties).

Informatie over specifieke patiëntengroepen

Sommige groepen worden in het bijzonder geconfronteerd met schokkende gebeurtenissen die tot Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen kunnen leiden. Het gaat dan om bepaalde beroepsgroepen die een verhoogd risico op dergelijke gebeurtenissen lopen (bijvoorbeeld militairen, veteranen, politiemensen, ambulancepersoneel) en om groepen die bij uitstek kwetsbaar zijn vanwege het vele geweld waaraan zij blootgesteld kunnen zijn (met name vluchtelingen). Voor hen zijn daarom afzonderlijke zorgprogramma's en maatschappelijke regelingen beschikbaar. Twee voorbeelden worden hieronder beschreven:

Vluchtelingen

De doelgroep vluchtelingen en asielzoekers vormt een heterogene groep mensen uit verschillende landen van herkomst, met verschillende talen en culturele achtergronden. Zij zijn vaak getuige geweest van repressief geweld, vervolging en oorlog. Velen van hen hebben ook dierbaren verloren of achtergelaten. In Nederland kunnen zij de asielprocedure, de bestaansonzekerheid en het leven in opvanglocaties als stressvol ervaren. Dit alles kan de pogingen om zelfstandig een nieuw bestaan op te bouwen in Nederland ondermijnen. Speciaal voor de zorg aan asielzoekers is daarom een convenant tot stand gekomen om de ggz aan deze groep goed op te zetten en uit te voeren

uit te voeren: Convenant ggz voor asielzoekers, optimale samenwerking tussen GGZ-aanbieders en (zorg)ketenpartners. Versie 3.0, 05-10-2015. Uitgegeven door MCA. Zie: <https://www.ifv.nl/kennisplein/Documents/20151005-mca-convenant-ggz-voor-asielzoekers.pdf>

Militairen en veteranen

Kennis van de specifieke context is zeker ook relevant in de behandeling van militairen en veteranen met stoornissen die zijn ontstaan na de confrontatie met oorlogsgeweld tijdens uitzendingen. De zorgcontext is uniek en verschilt ook van die van andere geüniformeerde en niet-geüniformeerde bevolkings- en werknemersgroepen. Veteranen met een Psychotrauma- of een stressorgerelateerde stoornis profiteren minder van volgens de richtlijnen aangeraden psychotherapie dan burgergetroffenen. Naar schatting 30-50% van Nederlandse veteranen met ggz-hulp herstelt niet na evidence-based behandeling.

Bron: Haagen, J.F.G., Smid, G.E., Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2015). The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A metaregression analysis. *Clinical Psychology Review*, 40. 184-194.

Yehuda, R., Vermetten, E., McFarlane, A.C. & Lehrner, A. (2014). PTSD in the military: Special considerations for understanding prevalence, pathophysiology and treatment following deployment. *European Journal of Psychotraumatology*, 5: 25322 - <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.25322>

Ook omdat er een specifieke civiel-militaire organisatie van (specialistische) keten-ggz bestaat voor veteranen, diensslachtoffers en hun relaties, is de beschrijving van de zorgfases, de context en de organisatie van zorg voor deze doelgroep in een afzonderlijke bijlage ondergebracht ([zie Bijlage 3 Veteranen](#)).

6. Zorg rondom Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen

Autorisatiedatum 01-12-2020 Beoordelingsdatum 01-12-2020

6.1 Zorg rondom Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen

Dit hoofdstuk beschrijft de verschillende aspecten van de zorg: van vroege onderkenning en preventie tot diagnostiek en monitoring. De behandeling (cure) komt in het volgende hoofdstuk aan bod. De inhoud van dit hoofdstuk is zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, aangevuld met de ontwikkelde visie vanuit praktijkervaringen en rekening houdend met de ervaringen van patiënten en naastbetrokkenen. Kernelementen zijn:

- Aandacht voor de signalen die wijzen op problemen naar aanleiding van traumatische of stressvolle ervaringen;
- Zorgvuldige en professionele diagnostiek;
- Het afwegen of andere problemen van de betrokkenen niet eerder aandacht vragen;
- Regelmatig inzicht verwerven in de voortgang van de zorg (monitoring);
- Kennis van de context van de problemen als ook aandacht voor de naasten.

Deze laatste 2 elementen zijn hieronder afzonderlijk beschreven.

Contextgerelateerde zorg

Kennis over de achtergronden van de confrontatie met geweld en dood is heel belangrijk met betrekking tot de zorg. Houd bij screening, diagnostiek en vervolgens de behandeling rekening met de context van verschillende groepen getroffen (zie [Doelgroepen](#)). Alsmede met de context uit het verleden (ontwikkelingslijn en ingrijpende gebeurtenissen in de kindertijd). Deze inzichten maken het mogelijk om zowel de klachten en moeilijkheden van de getroffen te begrijpen als ook om hun mentale veerkracht te onderkennen en te bevorderen.

Betrekken van naasten

Betrek ook waar mogelijk de naasten van de patiënt bij de zorg. Bespreek vooraf met de patiënt welke naaste(n) hiervoor het meest in aanmerking komt/komen. Informeer de naasten, maar ondersteun ze ook.

[Zie ook generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#)

Voor kinderen is ondersteuning zeker noodzakelijk. Als zij niet zelf de aangemelde patiënt zijn, maar een van hun ouders of verzorgers, besteed dan ook altijd aandacht aan wat de problematiek van de ouder voor het kind betekent. Bied hen waar nodig passende zorg en zet de [Kindcheck](#) in. Wees ook

alert op mogelijke traumatisering bij de kinderen als gevolg van de PTSS-klachten bij de ouders. En ga na of en op welke manier de kinderen de stress bij de ouders misschien onbedoeld verhogen (opvoedbelasting of als triggers).

[Zie ook richtlijn KOPP/KOV](#) , [de richtlijn Kindermishandeling](#) en [de richtlijn problematische gehechtheid](#).

6.2 Vroege onderkenning en preventie

6.2.1 Vroege onderkenning

Voor adequate zorg aan patiënten met een Psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis is het van belang dat zorgverleners deze aandoening al in een vroeg stadium signaleren. Zorgverleners dienen daarbij rekening te houden met de volgende factoren:

- Mensen hebben soms moeite om uit zichzelf aan te geven dat zij een of meer traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt. Ze proberen alles wat ze aan deze gebeurtenis(sen) doet herinneren zoveel mogelijk te vermijden, inclusief erover praten.
- Mensen kunnen gevoelens van schaamte en/of schuld hebben over wat hun is overkomen en over hun reacties daarop.
- Comorbiditeit, zowel somatisch als psychisch, vraagt vaak in eerste instantie aandacht en is dan de reden om hulp te zoeken. Het gaat bijvoorbeeld om stressgerelateerde lichamelijke klachten, zoals hoofdpijn, andere pijnklachten of een hoge bloeddruk. Ook psychische klachten kunnen ervoor zorgen dat de gevolgen van de traumatische ervaring, zoals neerslachtigheid, angsten, verslaving en ernstige moeilijkheden zoals psychose of suïcidaliteit, niet op de voorgrond staan.
- Ernstige psychiatrische en somatische problematiek bij ouders kan grote gevolgen hebben voor de ontwikkeling van de kinderen. Het betrekken van het systeem is belangrijk, zowel in het kader van preventie als bij de onderkenning en het bespreekbaar maken van mogelijke problemen (zie generieke module KOPP KOV).

De signalen, zoals hierboven besproken, kunnen een aanwijzing zijn voor een Psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis als gevolg van een of meer schokkende gebeurtenissen. Er kunnen ook andere redenen zijn voor iemands klachten, waardoor een behandeling gericht op traumaverwerking niet altijd de aangewezen behandeling is. Het is belangrijk scherp in beeld te hebben welke stressoren in het leven van de betrokkenen spelen. Alledaagse stressoren als schulden, werkstress en relatieproblemen kleuren het klinische beeld. Te weinig aandacht voor deze stressoren draagt bij aan verontachtzaming van andere problemen waaronder burn-out.

Tegelijkertijd kan het beeld diffuus zijn en kan onduidelijk blijven wat de bron is van de stressklachten. Hiervan kan sprake zijn als er geen recente ingrijpende gebeurtenissen hebben plaatsgevonden, maar dat het gebeurtenissen betreft in de (vroege) kindertijd die als gevolg van een ingezette copingsstrategie later in het (werkende) leven tot stressklachten leiden. Ervaringen van schokkende gebeurtenissen en de samenhang met de symptomen moeten zorgvuldig worden uitgevraagd. Hierbij dient onder andere rekening gehouden te worden met het feit dat het niet direct vanzelfsprekend is dat een bepaalde gebeurtenis ook werkelijk heeft plaatsgevonden, dit vanwege het risico op valse herinneringen.

Bron: Howe, M.L. (2013). Memory development: implications for adults recalling childhood experiences in the courtroom. *Nature Reviews Neuroscience*, 14, 12, 869-876.

Brewin, C. & Andrews, B. (2017). Creating Memories for False Autobiographical Events in Childhood: A Systematic Review. *Applied Cognitive Psychology*, 31, 2-23.

Signalen bij Postraumatische Stressstoornis (PTSS) of Acute Stressstoornis (ASS)

Direct na een traumatische gebeurtenis kunnen mensen de volgende klachten melden:

- Terugkerende, onvrijwillige pijnlijke herinneringen aan de gebeurtenis
- Herbelevingen en/of nachtmerries over de gebeurtenis
- Somberheid, boosheid, agitatie, wanhoop
- Huilen
- Vermoeidheid
- Concentratieproblemen
- Overdreven schrikreacties
- Pogingen om alles te vermijden wat aan de gebeurtenis doet denken

Meestal doven deze stressreacties na verloop van tijd uit. Als de klachten een paar dagen na de traumatische gebeurtenis aanhouden en ernstig blijven, kan er sprake zijn van een Acute Stressstoornis.

Bron: Isserlin, L., Zerach, G. & Solomon, Z. (2008). Acute stress responses: A review and synthesis of ASD, ASR and CSR. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(4), 423-429.

Het vermoeden daarvan kan pas 3 dagen na de traumatische gebeurtenis gevormd worden. De frequentie, intensiteit en duur van de acute reacties kunnen verder indicatoren zijn voor klachten op langere termijn.

Een reeks, deels overlappende, signalen kan wijzen op PTSS. We noemen hierna de signalen die patiënten het vaakst rapporteren na het meemaken van traumatische gebeurtenissen.

- Herbelevingen en/of nachtmerries
- Vermijdingsgedrag
- Slaapproblemen
- Concentratieproblemen
- Prikkelbaarheid; moeilijkheden met agressie en boosheid; roekeloos gedrag
- Emotionele afstomping en/of zich vervreemd voelen van anderen
- Lichamelijke spanningsklachten (bijvoorbeeld hoofdpijn, darmklachten, spierpijn, hypertensie)
- Onveiligheids- en/of angstgevoelens, voortdurende alertheid, schrikachtig reageren
- Stemningsveranderingen, sombere stemming

- Gevoelens van schuld en schaamte
- Toegenomen alcohol- of drugsgebruik
- Functioneringsproblemen (werk en privé)

Om de klachten als PTSS te kunnen classificeren, moeten zij langer dan vier weken aanwezig zijn.

Signalen van complexe PTSS (cPTSS)

Bovenop de beschreven reguliere PTSS-symptomen moet er volgens de ICD-11 bij cPTSS sprake zijn van symptomen uit drie symptoomclusters: problemen met emotieregulatie, een negatief zelfbeeld en interpersoonlijke problemen.

Signalen PTSS bij kinderen

De beschreven signalen voor volwassenen (herbeleving, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid en negatieve cognities) gelden ook voor kinderen van 7 jaar en ouder. Deze signalen kunnen ook wijzen op andere problematiek dan PTSS. Verdere diagnostiek en onderzoek bij kind, ouders/verzorgers en omgeving zijn vaak nodig om tot een goede beoordeling van de klachten te komen. Zeker bij vermoedens van kindermishandeling is het belangrijk dit zeer zorgvuldig te onderzoeken. Bij dit onderzoek moet de veiligheid voor het kind altijd centraal staat en georganiseerd moet worden, voorafgaand en tijdens diagnostiek en behandeling (zie voor meer informatie [de richtlijn Kindermishandeling](#)).

Signalen kinderen van 6 jaar en jonger

- Bij baby's kunnen er problemen ontstaan met slapen (te weinig, te veel, te onrustig), eten (overfocus of juist niet eten). Lang en vaak huilen, of juist stil terugtrekgedrag, autonoom gedrag (geen appel meer doen op verzorger, 'makkelijk' kind, veel slapen).
- Bij peuters en kleuters kunnen er problemen ontstaan zoals: vastklampen aan hun ouders, onvoorspelbare driftbuien zonder merkbare aanleiding of juist niet meer reageren op contact en sterk controlebehoefstig gedrag.
- Separatieangst.
- Verwarring door de onmacht om te verwoorden wat zij ervaren. Dit kan zich uiten in tegenstrijdig gedrag of een tegenstrijdig appel op verzorgers (tegelijk vastklampen en wegduwen, armpjes strekken en wegstreken, roepen en omdraaien).
- Regressie in de ontwikkeling: terugval in zindelijkheid, kinderlijk taalgebruik, inslaapproblemen.
- Beperkt of posttraumatisch spel, waarbij er zichtbaar geen ontwikkeling in het spel ontstaat.
- Herhaling in gedrag en naspelen van (delen van) de gebeurtenis (re-enactment).
- Agressief of destructief gedrag, gericht op zichzelf of de ander.
- Uiting van lichamelijke klachten zonder medische oorzaak.

We merken hierbij op dat genoemde symptomen andere oorzaken kunnen hebben en dat hun aanwezigheid dus niet noodzakelijkerwijs duidt op een geschiedenis van trauma. En andersom: dat de klachten (nog) niet zichtbaar aanwezig hoeven te zijn, terwijl er toch sprake is van een (risico op) PTSS, vooral als er overwegend sprake is van terugtrekken, vermijding en controlebehoefstig gedrag als copingstrategie in het hanteren van stress. Men moet erop bedacht zijn dat die copingmechanismen mogelijk leiden tot onderdiagnostiek.

Signalen schoolgaande kinderen

Bij schoolgaande kinderen kunnen signalen duidelijk worden in hun spel (bijvoorbeeld repetitief spel waarin aspecten van de traumatische gebeurtenissen tot uiting komen) en door gedragsverandering (lastig of grensoverschrijdend, of juist teruggetrokken of stil gedrag).

Andere signalen kunnen zijn:

- Overdreven bezorgdheid over de eigen veiligheid of die van anderen;
- Beangstigende dromen zonder herkenbare inhoud;
- Agressieve of angstige fantasieën;
- Bedplassen.

Genoemde symptomen kunnen dus andere oorzaken hebben en hun aanwezigheid duidt niet noodzakelijkerwijs op een geschiedenis van trauma.

Signalen adolescenten

- Problemen in het functioneren op school
- Schaamte over de eigen kwetsbaarheid
- Radicale gedragsveranderingen
- Risicovol gedrag, zoals alcohol- en/of drugsmisbruik, zelfbeschadiging, suicidaliteit
- Woede en wraakfantasieën
- Angst voor controleverlies
- Extreem terugtrekken, schoolverzuim
- Stemningsproblemen

Signalen bij Persisterende Complexe Rouwstoornis (PCRS)

In de eerste weken na het verlies is er sprake van zeer intense rouwreacties, een onvermogen om de realiteit van het verlies onder ogen te zien. Of ontkenning van deze realiteit en van gevoelens van paniek en wanhoop. In het eerste jaar na het verlies kan er sprake zijn van de volgende klachten, die wijzen op het aanhouden van de acute rouw:

- Uitblijven van progressie in het rouwproces.
- Aanhoudend of toenemend kwellend verlangen naar de overleden dierbare, of onvermogen om het verlies te aanvaarden.
- Aanhoudend onvermogen om zich op sociale, recreatieve en werk- of studiegerelateerde activiteiten te richten.

Angstreactie bij de confrontatie met externe stimuli (bijvoorbeeld situaties die met dood van dierbare geassocieerd zijn) en met interne stimuli (bijvoorbeeld herinneringen aan momenten rondom overlijden, gedachten aan toekomst zonder overleden dierbare) die geassocieerd zijn met de onomkeerbaarheid van het verlies worden vaak vermeden. Ook worden sociale, recreatieve en werkgerelateerde activiteiten vermeden vanuit het idee dat deze zinloos zijn of niets zullen opleveren. Bij deze mensen blijft ongeloof over de onomkeerbaarheid van het verlies bestaan. Zij voelen het verlies, soms jaren later, nog altijd aan als iets wat gisteren plaatsvond, waardoor hun gevoelsleven wordt beheerst door een allesbepalend gemis.

Bron: Boelen, P.A. (2016). Complexe rouw begrijpen en behandelen (en andere vraagstukken voor de psychotraumatologie). Inaugurele rede. Diemen: Arq Psychotrauma Expertgroep.

Signalen bij Hechtingsstoornissen (RHS en OSCS)

Kenmerken zoals groeiachterstand, een achterstand in verstandelijke ontwikkeling of taalontwikkeling of stereotiep gedrag kunnen wijzen op een hechtingsstoornis. Andere specifieke signalen zijn onder andere:

- Reactieve Hechtingsstoornis: geen consistente pogingen doen om troost, steun, zorg of bescherming van hun verzorgers te krijgen als kinderen van streek zijn; minimale reactie op troost door een verzorger;
- Ontremd-sociaalcontact Stoornis: een veel te familiale omgang met relatieve vreemden, die niet past bij de leeftijd; verkennen van een vreemde omgeving, zonder te kijken of hun verzorger in de buurt is.

Herkenning en screening

Algemeen

Zorgverleners bij wie mensen het eerste aankloppen voor hulp, moeten alert zijn op de beschreven signalen die kunnen wijzen op een Psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis. Training op dit gebied voor specifieke groepen professionals (bijvoorbeeld huisartsen) wordt aanbevolen.

- Vraag altijd of iemand een of meer schokkende gebeurtenissen heeft meegemaakt. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om (huiselijk) geweld, het verlies van partner of kind, seksueel misbruik, verkeersongevallen etc. Leg daarbij uit dat je niet alle details hoeft te weten, maar wel of iets lang- of kortgeleden heeft plaatsgevonden. Of het eenmalig was of gedurende een langere periode en hoe oud iemand was toen het gebeurde.
- Houd er rekening mee dat alle genoemde vroege signalen in principe normale reacties zijn op een schokkende gebeurtenis. Meestal verminderen ze vanzelf geleidelijk binnen enkele weken.
- Wees extra alert bij mensen uit een hoogrisicogroep voor het meemaken van schokkende gebeurtenissen. Tot deze groepen behoren onder andere geüniformeerden, mensen met een lage sociaaleconomische status, vluchtelingen of asielzoekers en patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen.
- Er zijn gevalideerde Nederlandstalige vragenlijsten om acute stressreacties en stresssymptomen te meten, zoals angst, depressieve symptomen, dissociatie en fysieke klachten (Zie Bijlage 5 Instrumenten voor screening en diagnostiek).
- De patiënt kan eventueel zelf met hulp van een zorgverlener met korte screeningsvragenlijsten monitoren of de klachten verminderen gedurende de eerste weken (Zie Bijlage 5 Instrumenten voor screening en diagnostiek).
- Denk aan een somatische screening bij mensen met PTSS of een chronische psychiatrische stoornis in het algemeen. Bij chronische PTSS is er een verhoogd risico op een metabool syndroom. Dat vereist een metabole screening met aandacht voor de buikomvang, bloedglucose, lipidenprofiel

en de bloeddruk. Voor de (differentiaal)diagnostiek en eventuele toepassing van medicatie moet er aandacht zijn voor schildklieraandoeningen, cardiovasculaire status en de lever- en nierfunctie.

- Vraag bij psychiatrische beoordeling op de SEH of door de crisisdienst altijd naar aanwezigheid van kinderen (zie de Kindcheck) en handel conform de Meldcode (zie Meldcode kindermishandeling).

Risico's belasting screening

Zorgverleners zien screening vaak als belastend voor patiënten, maar patiënten zelf voelen zich juist serieus genomen en goed gehoord en gezien door de zorgverlener.

Herkenning bij cPTSS

De herkenning en screening van cPTSS is gelijk aan die van PTSS, met expliciete aandacht voor genoemde extra symptoomclusters (zie [Psychotraumatische stresstoornis](#)).

Herkenning PTSS bij kinderen

Niet altijd wordt PTSS bij kinderen herkend. Dat komt onder andere doordat de reacties soms een overlap met andere aandoeningen vertonen of ook voorkomen in de normale ontwikkeling (zoals een korte terugval in ontwikkeling of driftbuien). Niet zelden wordt het drukke gedrag dat kinderen soms laten zien, toegeschreven aan symptomen van ADHD. De behoefte aan structuur, controle en regelmaat lijkt soms op een stoornis uit het autismespectrum.

Huisartsen, jeugdartsen, kinderartsen en zorgverleners in de GB GGZ en S GGZ kunnen kinderen en jongeren met een psychische hulpvraag, systematisch vragen naar het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen. Het gaat om vragen zoals: 'Heb je iets naars of heel vervelends meegemaakt? Wat is er gebeurd? Was je bang toen het gebeurde? Voelde je je hulpeloos? Voelde je afschuw of walging? Hoe heb je gereageerd? Hoe reageerden je ouders?' (zie voor meer voorbeeldvragen Diagnostiekprotocol).

Bron: Beer, R., Verlinden, E. & Lindauer, R. (2013). Protocol voor classificatie, screening en diagnostiek van kinderen en adolescenten met trauma gerelateerde problematiek (blz. 21). De Bascule. www.kennniscentrum-kjp.nl; www.nji.nl.

Wees alert op verandering in gedrag en reacties van het kind. Zowel in gesprekken met het kind zelf, met de ouders of, indien van toepassing, in gesprekken met leerkrachten. Bevraag meerdere informanten rondom kinderen. Heel jonge kinderen kunnen nog niet zelf vertellen dat er problemen zijn. Daarom zijn huisartsen, ouders en andere betrokkenen, zoals medewerkers van het consultatiebureau, jeugd- en gezinsteams in de wijk en medewerkers van peuterspeelzalen, belangrijk bij het observeren van genoemde signalen.

Bespreek geobserveerde reacties en symptomen met de ouders. Wees tegelijkertijd voorzichtig: neem niet op grond van signalen aan dat er een ingrijpende gebeurtenis heeft plaatsgevonden. Vraag bij de ouders na of het kind ingrijpende gebeurtenissen heeft meegemaakt.

Als er vermoedens zijn dat de klachten veroorzaakt worden door een vorm van kindermishandeling in

de thuissituatie, is het van het grootste belang ook omgevingsinformatie in te winnen. Kinderen praten hier niet makkelijk uit zichzelf over. Een melding bij Veilig Thuis moet dan overwogen worden (volg [Meldcode](#)). Veilig Thuis heeft namelijk de wettelijke bevoegdheid informatie in te winnen en kan helpen om met de hulpverlener en met de ouders de afweging te maken in welke mate er sprake is van onveiligheid van het kind in het gezin en welke vervolgstappen nodig zijn.

Pas als de signalen vier weken na de traumatische gebeurtenis niet in heftigheid zijn afgenomen, is er reden voor verdere screening en diagnostiek.

Herkenning van RHS en OSCS

Het signaleren van kinderen met deze problematiek gebeurt vaak binnen de jeugdhulp of jeugdbescherming ([zie Richtlijn Problematische Gehechtheid](#)).

Herkenning bij PCRS

Er zijn geen specifieke screeningsinstrumenten voor PCRS, wel een aantal zelfrapportagevragenlijsten om verstoorde rouw te meten, inclusief PCRS ([zie Bijlage 5](#)).

6.2.2 Preventie

Algemeen

Er wordt onderscheid gemaakt tussen universele preventie, selectieve preventie en geïndiceerde preventie.

Bron: Mrazek, R.J. & Haggerty, R.J. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.

- Universele preventie richt zich op de gehele bevolking in dit geval met als doel traumatische ervaringen te voorkomen. Denk bijvoorbeeld aan preventie van ongevallen, kindermisbruik of vrouwenhandel. Onder meer algemene stresstrainingen en voorlichting aan beroepsgroepen met risico op traumatische ervaringen vallen in de categorie universele preventie. Denk bij beroepsgroepen aan militairen voorafgaand aan uitzending, of politieagenten.
- Selectieve preventie richt zich op hoogrisicogroepen die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt maar die nog geen symptomen hoeven te ervaren. Denk aan interventies voor alle recent getroffen (niet geselecteerd op ernst van de klachten) die tot doel hebben om ongewenste, eventuele psychische gevolgen (ook op langere termijn) van schokkende gebeurtenissen te voorkomen. Ze richten zich op het verminderen van acute stress en spanning na schokkende ervaringen en op het bevorderen van het psychosociaal functioneren.
- Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die nog geen gediagnosticeerde stoornis hebben, maar wel al symptomen vertonen. Geïndiceerde preventie heeft als doel proberen te voorkomen dat beginnende klachten uitmonden in een stoornis.

Wanneer kan preventie worden ingezet?

Preventieve interventies bij Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen kunnen in verschillende fasen van de zorg worden ingezet. Vroegtijdige risicoscreening is ook een manier om preventief te werken bij mensen die recent zijn blootgesteld aan schokkende gebeurtenissen. Overige vormen van preventieve interventie worden toegepast nadat de diagnose is gesteld. Zo wordt aan het einde van een behandeling bij voorkeur terugvalpreventie ingezet, mede ter ondersteuning van zelfmanagement.

Preventiestrategieën Postraumatische Stressstoornis (PTSS) en Acute Stressstoornis (ASS)

Universele preventie

Er zijn nog maar weinig overzichtsstudies gepubliceerd naar de effecten van universele preventiestrategieën bij Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen, in het bijzonder bij PTSS en ASS.

Bron: Kleber, R.J. (2019). Trauma and public mental health: A focused review. *Frontiers in Psychiatry*, 10 (451), 1-6. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00451.

Naar de effecten van trainingsmodules, bedoeld om copingvaardigheden en veerkracht te versterken, is tot nu toe te weinig onderzoek gedaan om duidelijke conclusies te kunnen trekken.

Selectieve preventie

Onderzoek naar het effect van selectieve preventie laat een zeer wisselend beeld zien. Eenmalige interventies die sterk zijn gericht op emoties, zoals debriefing, blijken niet effectief te zijn en soms zelfs schadelijk

soms zelfs schadelijk: In 2016 is bij militairen een mogelijk gunstig effect aangetoond van attentional bias modification training voorafgaande aan een uitzending (Wald et al., 2016). Een studie naar het effect van imaginaire exposure enkele uren na het meemaken van een schokkende gebeurtenis liet zien dat een verminderde posttraumatische-stressreactie optrad bij de doelgroep (Rothbaum et al., 2012).

Er is een relatief groot aantal RCT's uitgevoerd naar de effecten van opvanggesprekken voor alle traumaslachtoffers (niet geselecteerd op ernst van de acute reactie op de schokkende gebeurtenis). Een aantal studies werd uitgevoerd naar zogenoemde psychologische debriefing. Dit is een wereldwijd gebruikt gestructureerd opvangmodel dat bestaat uit het uiten van emoties over de gebeurtenis en het geven van psycho-educatie. Meta-analyses van gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) naar zowel éénmalige opvang (Rose et al., 2002; Van Emmerik et al., 2002) als opvang bestaande uit meerdere gesprekken (Roberts et al., 2009) lieten geen effecten zien op de preventie van symptomen van PTSS en bleken de kans op ontwikkeling hierop zelfs te kunnen vergroten (Rose et al., 2002; Van Emmerik et al., 2002).

Uit een RCT naar de effecten van eenmalige opvang bij slachtoffers van verschillende typen traumatische gebeurtenissen uitgevoerd in Nederland, bleek dat met name het stimuleren van het uiten van emoties een negatief effect had op PTSS-symptomen bij mensen die veel hyperarousal symptomen hadden (Sijbrandij et al., 2006).

. Gebruik dan ook geen psychologische interventies (zoals debriefing) om Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen te voorkomen bij mensen die blootgesteld zijn aan schokkende gebeurtenissen.

Geïndiceerde preventie

Bij Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen worden gewoonlijk interventies binnen de eerste weken na de traumatische ervaring aangeboden aan getroffen personen met een verhoogd risico op de ontwikkeling van klachten. PTSS is formeel pas vast te stellen als de klachten minimaal vier weken aanhouden. Als mensen binnen deze eerste maand al ernstige symptomen hebben, dan kunnen enkele op geïndiceerde preventie gebaseerde behandelingen worden ingezet. Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie (CGT) is effectiever dan wachtlijst- en ondersteunende gesprekken en wordt daarom aanbevolen.

Bron: Roberts, N.P., Kitchiner, N.J., Kenardy, J. & Bisson, J.I. (2010). Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.

Het effect van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als geïndiceerde

preventiestrategie is tevens onderzocht.

Bron: Jarero et al., 2015; Shapiro et al., 2015 Jarero, I., Uribe, S., Artigas, L. & Givaudan, M. (2015). EMDR Protocol for Recent Critical Incidents: A Randomized Controlled Trial in a Technological Disaster Context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(4), 166-173.

Shapiro, E., Laub, B. (2015). Early EMDR Intervention Following a Community Critical Incident: A Randomized Clinical Trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 9, Number 1, 17-27.

Effecten van andere interventies als geïndiceerde preventiestrategie zijn nog niet onderzocht.

Preventie PTSS bij kinderen en jongeren

Universele preventie

Universele preventie van PTSS bij kinderen van 7 jaar en ouder is gericht op het voorkomen van de traumatisering op zich, dus op het voorkomen van schokkende gebeurtenissen. Ingrijpende, schokkende gebeurtenissen die leiden tot posttraumatische stress bij (jonge) kinderen kunnen direct of op latere leeftijd effect hebben op [de fysieke en geestelijke gezondheid](#).

Een belangrijke bescherming tegen het ontwikkelen van posttraumatische stress is de aanwezigheid en passende zorg van veilige gehechtheidsfiguren (ouders, verzorgers). Psycho-educatie aan ouders en kinderen over de lichamelijke en emotionele reacties na het meemaken van een schokkende gebeurtenis kan helpen de reacties te begrijpen en hier adequaat op te reageren.

Belangrijke aandacht verdient het voorkomen en tegengaan van het meemaken van geweld in huis en kindermishandeling waarbij de van nature belangrijkste beschermers tegen gevaar (ouders en verzorgers) tegelijkertijd een rol hebben in het geweld. Het onderkennen en voorkomen van stressklachten als gevolg van het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen bij kinderen jonger dan 6 jaar vraagt extra aandacht en expertise.

De stressklachten bij jonge kinderen na ingrijpende gebeurtenissen zijn vaak nog diffuus. Ze onderscheiden zich onvoldoende van de signalen die passen bij de ontwikkeling (huilt, driftbuien, problemen met eten of slapen). Alertheid op stresssignalen is tegelijkertijd belangrijk. Vooral omdat deze jonge kinderen bijvoorbeeld meer risico lopen op het meemaken van geweld in de thuissituatie en op kindermishandeling.

Kindermishandeling is een verzamelnaam voor ervaringen van emotionele en pedagogische verwaarlozing en fysieke en psychische mishandeling. Seksueel misbruik – en ook seksuele handelingen of het moeten aanschouwen van seksuele handelingen – valt onder kindermishandeling. Er zijn verschillende richtlijnen beschikbaar voor de preventie van kindermishandeling ([zie Geweld Hoort Nergens Thuis](#)). Het Nederlands Jeugdinstituut biedt een overzicht van [preventie- en interventieprogramma's](#).

Ouders zijn doorgaans het eerste aanspreekpunt voor preventieve activiteiten. Ook worden anderen

(omstanders) aangesproken. Er is in het algemeen nog weinig bekend over vroege onderkenning en preventie van PTSS bij kinderen van 6 jaar en jonger.

Selectieve preventie bij kinderen en jongeren

Verschillende groepen kinderen en jongeren lopen risico op psychotraumaklachten, zoals kinderen die ziek zijn of die een ongeval of ramp meemaken.

Bron: Ronan, K.R., Haynes, K., Towers, B., Alisic, E. & Ireland, N. (2016). Child-centered disaster risk reduction: Can disaster resilience programs reduce risk and increase the resilience of children and households? *Australian Journal of Emergency Management*, 31(3), 49-58.

Hoe te voorkomen dat deze kinderen en jeugdigen PTSS ontwikkelen, is nog niet goed bekend. Duidelijk is wel dat sociale steun een factor is die helpt om klachten te voorkomen. Hier kunnen bijvoorbeeld leerkrachten een belangrijke rol in spelen. Goede preventieve hulp bevordert een gevoel van veiligheid, kalmeert en geeft een gevoel van in controle zijn, verbinding en hoop.

Bron: Bisson, J.I. (2014). Early responding to traumatic events. *British Journal of Psychiatry*, 204, 329-330

Publiekscampagnes

Onder selectieve preventie vallen ook grootschalige publiekscampagnes in de media

grootschalige publiekscampagnes in de media: Zoals de Campagne Veilig Thuis (<https://www.vooreenveiligthuis.nl/campagne.php>) of Stop Kindermishandeling (<http://www.augeo.nl>).

. De boodschap is dat geweld binnen gezinnen vaak niet vanzelf stopt en dat aandacht en ingrijpen nodig is. Het gaat om sociale veiligheid.

Bij Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen gaat het niet uitsluitend om het voorkomen van kindermishandeling in de opvoedings sfeer. Preventie van ander geweld jegens kinderen speelt ook een rol. De overheid richt campagnes op de preventie van seksueel geweld of sekstoerisme, cyberpesten en vertrek naar oorlogsgebied. Kinderen en jeugdigen die seksueel geweld hebben meegemaakt of die gevlucht zijn voor oorlog en geweld, lopen risico op posttraumatische klachten.

Sociale vaardigheidstrainingen (Plezier op school, Kanjertraining) hebben in zekere zin ook een preventief karakter omdat zij beogen kinderen weerbaarder te maken, bijvoorbeeld tegen pesten.

Ook zijn er preventieve programma's om ouderschap te ondersteunen. Bijvoorbeeld [VoorZorg](#), een preventief ondersteunend programma voor vrouwen al tijdens de zwangerschap en de eerste twee levensjaren van het kind (zie [Pharos](#) voor een preventieaanbod voor kinderen en jongeren van vluchtelingen en migranten).

Tot slot kan psychische problematiek van de ouders het risico van kinderen op Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen verhogen. [De richtlijn KOPP](#) biedt handvatten voor het inzetten van gepaste interventies. Er bestaat ook een vragenlijst die helpt beslissingen te nemen als er een vermoeden bestaat dat een kind gevolgen ondervindt van de problematiek van de ouder: [de Lijst voor Screening en Interventie Keuze, de SIK-lijst](#).

In de ggz voor volwassenen wordt de [Kindcheck](#) ingevoerd naar analogie van de somatische zorg: vraag altijd of er kinderen zijn en besteed aandacht aan hoe het met hen gaat en of zij eigen hulp of zorg nodig hebben.

Geïndiceerde preventie bij kinderen en jongeren

Hier gaat het om activiteiten die zich richten op het voorkomen van klachten wanneer zich traumatische ervaringen hebben voorgedaan en op het bevorderen van herstel bij kinderen en jongeren. Die activiteiten spelen zich ten dele op school af waar minderjarigen en hun ouders immers altijd mee te maken hebben. School is te zien als het 'tweede milieu' voor kinderen. Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) biedt een [overzicht](#) van effectieve preventie- en interventieprogramma's en van (preventieve) interventiemethoden voor kinderen en jeugdigen die klachten hebben specifiek na kindermishandeling

specifiek na kindermishandeling: Voorbeelden zijn: cognitieve gedragstherapie (pakketten met varianten), Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR), STEPS, Horizon en intensieve orthopedagogische gezinsbegeleiding. Behandeling is feitelijk geïndiceerde preventie. EMDR wordt toenemend preventief ingezet.

. Er is wetenschappelijke ondersteuning voor een positief effect van kind- en groepsgerichte programma's na huiselijk geweld (partnerruzies). Daarbij maakte het niet uit of er aandacht aan het psychotrauma werd geschonken of niet.

Bron: Overbeek, M.M., Schipper, J.C. de, Lamers-Winkelmann, F. & Schuengel, C. (2013). Efficacy of community-based intervention for child witnesses of interparental violence: a randomized trial. *Child Abuse & Neglect*, 37, 1202-1214.

Selectieve preventie bij Persisterende Complexe Rouwstoornis (PCRS)

Selectieve preventie is zinvol gebleken na verlies en is vooral geïndiceerd wanneer er sprake is van traumatische verliezen.

Bron: Schut, H.A.W., Stroebe, M.S., Bout, J. van den & Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In: M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe & H.A.W. Schut (Eds.). Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care (pp. 705-738). Washington, DC: American Psychological Association.

Wittouck, C., Autreves, S. van, Jeagere, E. de, Portzky, G. & Heeringen, K. van (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 69-78.

Meta-analytisch onderzoek suggereert verder het volgende:

- Preventieve interventies zijn zinvoller naarmate rouwenden meer last hebben van rouwreacties, bijvoorbeeld als ze intense rouwreacties in de eerste maanden na hun verlies ervaren.
- Preventieve interventies, waaronder op cognitieve gedragstherapie geënte gespreks- en schrijfinventies, zijn zinvoller naarmate rouwenden meer gemotiveerd zijn om een behandeling te ondergaan en naarmate de interventie uit meerdere sessies bestaat met een therapeut en een heldere structuur en inhoud hebben.

Preventie bij Hechtingsstoornissen (RHS en OSCS)

Richt preventie op het tijdig identificeren van ouders, die in de gehechtheidsrelatie met hun kind onvoldoende (emotionele) veiligheid kunnen bieden. Bied gerichte ondersteuning op het ontwikkelen van veiligheid in de gehechtheidsrelatie (bijvoorbeeld door middel van Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPPSD))

Bron: Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J. & IJzendoorn, M.H. van (2008). Promoting positive parenting: An attachment-based intervention. New York: Lawrence Erlbaum.

en organiseer zo mogelijk extra steun vanuit het sociale netwerk. Wanneer deze onvoldoende succesvol is, overweeg dan (netwerk)pleegzorg (zie [Richtlijn Problematische Gehechtheid](#)) voor meer informatie.

6.3 Diagnostiek en monitoring

Het zorgaanbod is afgestemd op de aard van de aandoening en de behoefte van de patiënt aan hulp op de voor hem of haar relevante levensgebieden. Daarom zijn het stellen van de juiste diagnose (inclusief de ernst van de aandoening en de weerslag op het dagelijkse functioneren) en een regelmatige monitoring van de zorgbehoefte van de individuele patiënt van groot belang. Deze kan immers veranderen gedurende de tijd.

Aandachtspunten in het proces

- Bied een positief perspectief en benadruk ook de gezonde zaken, de veerkracht en de sterke kanten van de patiënt.
- Besteed aandacht aan de manier van benaderen en bejegenen van de patiënt. Dit bepaalt het door de patiënt ervaren gevoel van veiligheid en dat bepaalt mede het niveau van participatie: in hoeverre kan iemand zich openstellen om te vertellen over de ingrijpende gebeurtenis? Trek voldoende tijd uit en luister aandachtig naar het verhaal.
- Bied extra aandacht m.b.t. de (onvermijdelijke) reacties van de hulpverlener in het werken met getraumatiseerden. Durf de interactie te bespreken, want de patient is gevoelig voor breuken in het contact.
- Observeer de reacties van de patiënt wanneer iemand over zijn trauma vertelt. Deze geven belangrijke informatie over de mate van disregulatie en coping.
- Besteed aandacht aan het gevaarsrisico als gevolg van de problemen en klachten, zowel bij de patiënt zelf (zoals suïcidaliteit) als bij zijn omgeving. Denk bij dit laatste bijvoorbeeld aan gevaar in de directe omgeving of kans op hertraumatisering en het risico voor eventueel aanwezige kinderen in een gezin.

Risico van over- of onderdiagnostiek

Het meemaken van een traumatische gebeurtenis hoeft niet te betekenen dat iemand Psychotrauma- of een stressorgerelateerde stoornis ontwikkelt. Door de veelvuldige aandacht in de media de laatste jaren voor psychotrauma is de bekendheid met de problematiek en het bijbehorende klinische beeld toegenomen. De meerderheid van de getroffensten ontwikkelt echter geen stoornis. Goede en zorgvuldige diagnostiek is daarom belangrijk. Het is van belang om door te vragen naar meegemaakte ervaringen als ook naar klachten en symptomen die kunnen wijzen op psychopathologie. Er bestaat zowel een gevaar van onderdiagnostiek (de rol van schokkende ervaringen als mogelijke oorzaak wordt veronachtzaamd, terwijl patiënten soms maar moeilijk komen tot het vertellen over wat ze hebben meegemaakt) als overdiagnostiek (de rol van andere oorzaken van de problematiek wordt veronachtzaamd, terwijl ook het risico bestaat van onjuiste herinneringen). Voor beide risico's bestaan aanwijzingen vanuit de wetenschappelijke onderzoeksliteratuur.

Bron: Brewin, C., & Andrews, B. (2017). Creating Memories for False Autobiographical Events in Childhood: A Systematic Review. *Applied Cognitive Psychology*, 31, 2-23.

Merckelbach, H., Langeland, W., de Vries, G., & Draijer, N. (2014). Symptom overreporting obscures the dose-response relationship between trauma severity and symptoms. *Psychiatry Research*, 217(3): 215-9.

Gezondheidsraad (2004). Omstreden herinneringen. Publicatienr 2004/02. Den Haag: Gezondheidsraad.

Het vinden van de balans moet zorgvuldig plaatsvinden.

6.3.1 Diagnostiek

Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen kunnen variëren al naar gelang:

- Aard van het trauma (interpersoonlijk geweld, natuurramp, ongeluk, enzovoort);
- Duur en frequentie van het trauma (eenmalig, meermalig en/of langdurig);
- Verstreken tijd sinds het trauma (recent, lang(er) geleden, of nog steeds voortdurend);
- Aard en ernst (licht tot zeer ernstig) van de presentatie van de problematiek, afhankelijk van de impact van de problematiek op de gezondheid en het dagelijks functioneren van de patiënt.

Algemene stappen

Een zorgverlener voert samen met de patiënt een stapsgewijze gestructureerde, brede inventarisatie uit van de klachten of problemen. Bij elke nieuwe stap streven patiënt en zorgverlener naar overeenstemming. Diagnostiek wordt zorgvuldig maar terughoudend uitgevoerd. Denk niet te snel aan trauma en (complexe) PTSS

trauma en (complexe) PTSS: Zo kan ook het doormaken van emotionele gebeurtenissen, zoals een echtscheiding, werkproblemen of het verlies van een belangrijke vriendschap tot klachten leiden die lijken op het klinische beeld van PTSS. Maar dit zijn geen gebeurtenissen die voldoen aan de criteria van psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen van de DSM-5. Wel kan sprake zijn bijvoorbeeld een depressieve stoornis of een aanpassingsstoornis waar zorg voor nodig is.

Vraag bij een vermoeden van traumatisering aan de patiënt of hij schokkende gebeurtenissen heeft meegemaakt en zo ja, welke, wanneer en hoe vaak. Zet eventueel screeningsvragenlijsten in ([zie Bijlage 5 Screeningslijsten](#)). Vervolg met een anamnese bij een positieve uitslag. Doe het volgende alleen bij duidelijke aanwijzingen voor een Psychotrauma- en Stressorgerelateerde Stoornis.

- Neem een (semi)gestructureerd diagnostisch interview af (zie Bijlage 5).
- Voer aanvullende diagnostiek uit naar relevante comorbide problematiek, met de bijbehorende instrumenten (zie Bijlage 5).
- Stel werkhypothesen op en voeg daaraan steeds opnieuw, ook tijdens de behandeling, relevante diagnostische informatie toe. Diagnostiek is immers niet eenmalig, maar een herhaalde activiteit. Maak dit inzichtelijk samen met de patiënt. Dit leidt mogelijk tot een aanpassing van het behandelplan.
- Monitor tijdens de behandeling blijvend het functioneren en de zorgbehoefte van de patiënt. Zie ook Monitoring voor eventuele aanpassingen in de behandeling.

Het is aan te raden om bij twijfel over de diagnostiek, het beloop of het algeheel disfunctioneren, een heteroanamnese af te nemen. Dit kan uiteraard alleen na toestemming van de patiënt.

Diagnostiek Posttraumatische Stresstoornis (PTSS)

- Patiënten dienen zoveel mogelijk de tijd te krijgen om, ook in het licht van hun culturele achtergrond, over de eigen waarneming en beleving van de traumatische gebeurtenis(en) en de

gevolgen ervan te vertellen. Het gaat niet alleen om het vaststellen van PTSS, maar vooral ook om het maken van een onderscheid tussen symptomen en aspecten die relevant zijn voor de behandeling en om het opbouwen van vertrouwen.

- Diagnostiek dient behalve om de ernst van de PTSS en eventuele comorbiditeit vast te stellen ook om de mate van beperking in werk- of gezinsparticipatie of andere sociale activiteiten in beeld te brengen.
- Belangrijk voor goede diagnostiek is dat alternatieve diagnoses worden nagegaan en dat comorbiditeit in kaart wordt gebracht. Daarvoor zijn 'breed-spectrum' (semi)gestructureerde interviews geschikt.

Onderdelen

Als een screening positief blijkt, voer dan een anamnese uit. Wanneer er twijfel is over de betrouwbaarheid van de informatie, bespreek dan met de patiënt de mogelijkheid van het uitvoeren van een heteroanamnese. Onderzoek met de patiënt diens hulpvraag.

- Breng de klachten gezamenlijk breed in kaart. Let zowel op PTSS-klachten als op mogelijk aanwezige klachten behorend bij andere problematiek zoals middelenafhankelijkheid, depressie en angststoornissen. Onderzoek vooral ook de gevolgen die de patiënt ervaart op verschillende levensgebieden en ook de gevolgen voor de eventuele zorg over kinderen in het gezin.
- Vorm een beeld van het psychosociaal en lichamelijk functioneren en de aanwezige contextfactoren, bijvoorbeeld een geringe mate van sociale steun of zelfzorg.
- Bepaal om voldoende beeld te krijgen van de traumablootstelling in hoofdlijnen de aard en eventuele frequentie van de ingrijpende gebeurtenis(sen), zoals de leeftijd waarop de gebeurtenissen plaatsvonden, frequentie, duur, bedreigende persoon of personen en beschermende persoon of personen.
- Stel, als er sprake is van meerdere traumatische gebeurtenissen, gezamenlijk het kern- of indextrauma vast op basis van de relatie met huidige klachten.
- Observeer tijdens het vertellen van de traumageschiedenis de reacties van de patiënt, omdat deze belangrijke informatie geven over de mate van disregulatie en coping.
- Stel vast hoeveel tijd er is verstreken sinds de traumatische gebeurtenis(sen) en het optreden van de klachten en symptomen.
- Schat het risico op suïcide in, alsmede het risico op zelfbeschadiging, beschadiging van anderen en de veiligheid van eventuele kinderen.
- Breng de diverse aspecten van de kwaliteit van leven in beeld, zoals de tevredenheid met de eigen fysieke, sociale, woon-, gezins-, werk-, financiële en eventuele juridische situatie.
- Breng de krachten en het steunsysteem van de patiënt in kaart.
- Ga na of ziekte winst een rol speelt of dat er andere bijzondere (juridische, financiële) omstandigheden spelen.
- Verzamel, na toestemming van de patiënt, binnen de anamnese informatie uit diens omgeving (familieleden, partner, vrienden, collega's en eerdere zorgverleners of behandelaars). Besef daarbij wel dat soms de relatie met de familie verstoord is, of zelfs onderdeel is van de traumatisering.
- PTSS kent een grote variatie in symptoomcombinaties. Bij sommige patiënten staan bijvoorbeeld angstige herbeleving en dissociatieve symptomen op de voorgrond, terwijl bij anderen prikkelbaarheid en reactieve, externaliserende symptomen bepalend zijn voor het klinisch beeld. Ook kan PTSS zich verschillend presenteren in verschillende populaties, zoals bij ouderen, veteranen,

vluchtelingen en asielzoekers. Betrek deze specifieke contexten bij de diagnostiek en gebruik ook zoveel mogelijk instrumenten waar populatiespecifieke normgegevens beschikbaar voor zijn (zie Bijlage 5).

Somatisch onderzoek

Schenk aandacht aan fysieke gezondheidsproblemen, zoals verwondingen door de traumatische gebeurtenis(sen), veranderd gezondheidsgedrag na het trauma (bijvoorbeeld middelengebruik en -misbruik), bijkomende overige fysieke klachten en medische behandelingen voor somatische stoornissen.

Organisatie diagnostiek PTSS

- Een eerste signalering en eventueel screening van mogelijke PTSS-klachten gebeurt doorgaans in de huisartsenzorg, de jeugdgezondheidszorg, wijkteams, Centra voor Jeugd en Gezin, bij de bedrijfsarts of in de GB GGZ (Zie ook Vroege onderkenning).
- Bij een positieve score op een PTSS-screening gaan patiënten voor verder diagnostisch onderzoek naar de GB GGZ.
- Bij meer complexe problematiek of comorbiditeit gaan patiënten naar de S GGZ.
- Overweeg bij twijfel over de classificatie, een vermoeden van comorbiditeit of complexe PTSS, aanvullende diagnostiek of consultatie in de Gespecialiseerde GGZ (S GGZ).

Belasting voor de patiënt

Patiënten met PTSS kunnen flink gebukt gaan onder klachten als pijnlijke herbelevingen, sterke emoties, heftige schrikreacties en het (willen) vermijden van gesprekken, mensen of plaatsen die aan de traumatische gebeurtenis(sen) doen denken. Ook komt het regelmatig voor dat zij zich niet openlijk durven te uiten over het gebeurde en over de klachten die daarna zijn ontstaan, door verwacht onbegrip of een negatief oordeel van anderen en de eigen schaamte. Zorgverleners kunnen patiënten ondersteunen door een zo veilig mogelijke omgeving te creëren: door hen serieus te nemen in de klachten, door aandacht te schenken aan de individuele beleving van de problemen, door begrip te tonen voor de ervaren lijdensdruk en door de stap van het hulp zoeken positief te valideren.

Verpleegkundige diagnostiek

Na afname van een verpleegkundige anamnese samen met de patiënt en met behulp van gedane observaties kunnen verpleegkundige diagnoses gesteld worden met behulp van de NANDA international.

Bron: Herdman, T.H., & Kamitsuru, S.,(2017) NANDA international, verpleegkundige diagnoses en classificaties, 2015-2017, Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum

Diagnostiek PTSS bij kinderen

Er zijn diverse nationale en internationale richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van

psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen bij kinderen en jongeren.

Bron: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry - AACAP (2010). Practice Parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46(4), 414-430.

NICE (2005). Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 26.

World Health Organization (2013). Guidelines for the Management of Conditions That are Specifically Related to Stress. Geneva: WHO Publication.

Zorgverleners vragen, vanwege de hoge prevalentiecijfers, systematisch naar het meemaken van traumatische gebeurtenissen bij kinderen en jongeren met een psychische hulpvraag (zie voor de algemene diagnostiek van psychische klachten in de kindertijd de [generieke module Psychische klachten in de kindertijd](#)).

Onderdelen diagnostiek PTSS bij kinderen

De diagnostiek voor kinderen van 7 jaar en ouder verschilt op hoofdlijnen niet van die bij volwassenen. Wel zijn de volgende aandachtspunten van belang:

- Diagnostiek bij kinderen vraagt kennis van de leeftijdsspecifieke beleving van en reacties na het meemaken van traumatische gebeurtenissen.
- Afhankelijk van de leeftijd zijn de (pleeg)ouders nadrukkelijk betrokken bij de anamnese.
- Informatie van school wordt nadrukkelijk ingewonnen (en waar mogelijk wordt school betrokken in de monitoring).
- Lichamelijk onderzoek kan worden verricht naar bijkomende fysieke problemen en bij een vermoeden van kindermishandeling. De mogelijkheid bestaat om dit te laten doen bij het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling.

Voor de groep kinderen van 6 jaar en jonger zijn specifieke diagnostische instrumenten voorhanden.

De Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)

Bron: Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., Hanson, R. & Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. Child Abuse & Neglect, 25, 1001-1014.

is geschikt voor kinderen vanaf 4 jaar en de Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) is er voor

kinderen vanaf 2 jaar.

Bron: Friedrich, W.N. (1997). Child Sexual Behavior Inventory: Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

American Psychiatric Association (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Amsterdam: Boom

Beide instrumenten zijn voor Nederland genormeerd en gevalideerd. In de praktijk wordt ook de CRIES-13 ouderversie door de ouder ingevuld voor kinderen van 4 tot 12 jaar met PTSS-klachten. Verder worden vaardigheden in Infant Mental Health en kennis van PTSS-diagnostiek bij kinderen ouder dan 6 jaar gecombineerd.

Doe specialistisch onderzoek (semigestructureerde interviews, psychiatrisch onderzoek, systemisch onderzoek en psychologisch onderzoek) en gebruik daarbij gestandaardiseerde diagnostische instrumenten ([zie Bijlage 5](#)). Voor de screening op PTSS-symptomen bij kinderen en jongeren kan de Child Revised Impact of Events Scale (CRIES-13, kind- en ouderversie) of de Schokverwerkingslijst voor Kinderen (SVLK) gebruikt worden. De risico- en beschermende factoren worden in kaart gebracht als er sprake is van meegemaakte traumatische gebeurtenissen.

Organisatie diagnostiek van PTSS bij kinderen 7 jaar en ouder

De diagnostiek van PTSS kan bij deze kinderen plaatsvinden bij de jeugdarts, kinderarts en/of zorgverlener in de GBggz of SBggz. Tevens speelt de huisarts een belangrijke rol met betrekking tot de signalering. In alle gevallen geldt dat kennis van de leeftijdsspecifieke reacties na het meemaken van traumatische gebeurtenissen nodig is.

PTSS gaat vaak samen met depressie, andere angststoornissen, gehechtheidsproblemen, dissociatieve stoornissen, eetstoornissen en gedragsproblemen. Bij (vermoeden van) comorbiditeit is uitgebreidere specialistische diagnostiek nodig door gespecialiseerde zorgverleners. Deze bestaat uit traumadiagnostiek bij kinderen, diagnostiek bij ouders (psychische problemen en ouderschap) en systemische diagnostiek naar onder andere de veiligheid binnen een gezin. Start bij vermoedens van kindermishandeling met werken volgens de [Meldcode](#).

Diagnostiek complexe PTSS (cPTSS)

Door de sterke samenhang van PTSS en cPTSS is een zorgvuldige differentiaal-diagnostiek gewenst om een onderscheid tussen deze twee stoornissen te kunnen maken. Verder is het ook raadzaam, vanwege de overlap van symptomen, een goed onderscheid te maken tussen cPTSS en angststoornissen, stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.

De diagnostiek wordt uitgevoerd zoals bij PTSS en ook de organisatie wijkt niet af. Een (hetero)anamnese wordt uitgevoerd wanneer een patiënt een positieve screening op PTSS heeft en er daarnaast dusdanige klachten en problemen aanwezig zijn dat het vermoeden van cPTSS bestaat.

Er wordt behalve aan de PTSS-klachten ook aandacht geschonken aan de extra kenmerken van cPTSS. Eventueel kan een (semi)gestructureerd interview van zowel PTSS- als aanvullende persoonlijkheidsdiagnostiek (emotieregulatie, zelfbeeld en interpersoonlijke problematiek) worden gedaan om het beeld te completeren.

Bij twijfel over de classificatie, vermoeden van comorbiditeit of cPTSS, overweeg aanvullende diagnostiek naar relevante comorbide problematiek en extra symptomatologie behorend bij cPTSS. Dit nadere diagnostisch onderzoek van patiënten met vermoedelijke cPTSS vindt vooral plaats in de S GGZ en soms in de HS GGZ.

Er is een nieuw instrument voor het vaststellen van complexe PTSS volgens de ICD-11, namelijk de International Trauma Questionnaire (ITQ). Het is mogelijk een alternatief voor het uitgebreide Structured Interview for Disorders of Extreme Stress' (SIDES) ([zie Bijlage 5](#)).

Bijzonderheden

- Patiënten met complexe PTSS rapporteren vaak vroegkinderlijke traumatische gebeurtenissen, denk daarbij ook aan preverbaal trauma. Inventariseer zeker bij cPTSS altijd eventuele lichamelijke, sociale en maatschappelijke beperkingen.
- Het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen van (zeer) jonge kinderen kan leiden tot stressgerelateerde klachten, die niet altijd direct manifest zijn of die in het kader van de ontwikkeling anders worden begrepen, bijvoorbeeld passend bij de ontwikkelingsfase (huilbuien, driftbuien of slaapproblemen) of als ontwikkelingsproblematiek (leerproblematiek, ADHD, Autismespectrumstoornis, gedragsproblematiek).
- Het is denkbaar dat patiënten met cPTSS sceptisch zijn over de mogelijkheden voor hulp en herstel door eerdere ervaringen met GGZ zonder bevredigend resultaat. Zij hebben naar hun idee 'alles al geprobeerd'.
- Bespreek daarom de psychiatrische voorgeschiedenis met de patiënt en vraag welke traumagerichte behandeling(en) hij eerder heeft gevolgd en wat het resultaat was.

Diagnostiek Acute Stressstoornis (ASS)

Bij een vermoeden van ASS naar aanleiding van een screening wordt een anamnese afgenomen en indien gewenst een heteroanamnese. De patiënt krijgt de ruimte om te praten over de traumatische gebeurtenis(sen) en de gevolgen ervan, zoals de impact op zijn functioneren. Het beloop van de klachten wordt de eerste maanden gevolgd, omdat sommige patiënten met ASS een PTSS ontwikkelen.

Onderdelen diagnostiek ASS

- Voer een (hetero)anamnese uit, na een positieve screening.
- Schenk in de anamnese, behalve aan de gangbare onderdelen, in het bijzonder aandacht aan de start, frequentie, intensiteit en duur van de acute stressreacties na een traumatische gebeurtenis. Dit is van belang vanwege het onderscheid met PTSS of andere stoornissen.
- Als de anamnese aanwijzingen voor een Acute Stressstoornis geeft, neem dan een (semi)gestructureerd interview af.
- Koppel na elke stap binnen de diagnostiek terug naar de patiënt, om tot overeenstemming te komen over de classificatie en/of eventueel vervolgonderzoek (gezamenlijke besluitvorming).

Organisatie diagnostiek ASS

Een eerste signalering en eventueel vroege screening van mogelijke ASS gebeurt doorgaans in de huisartsenzorg. Huisartsen en/of POH-GGZ moeten bedacht zijn op eventuele schokkende gebeurtenissen die iemand zeer recent (tussen drie dagen en een maand geleden) heeft meegemaakt. Bij een positieve screening op een ASS worden patiënten voor verder diagnostisch onderzoek naar de GB GGZ doorverwezen of, bij vermoeden van meer ernstige problematiek of comorbiditeit, naar de S GGZ voor aanvullende diagnostiek.

Bij twijfel over de classificatie of bij aanhoudende/verergerende klachten kan een second opinion worden gevraagd bij een GZ-psycholoog, psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut of verpleegkundig specialist die werkzaam is bij een specialistisch centrum op het gebied van psychotraumatologie.

Bijzonderheden

Het symptoompatroon van ASS kan net als bij andere Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen cultuurgebonden variatie vertonen, met name in dissociatieve symptomen, nachtmerries, vermijdingsgedrag en somatische symptomen.

Cultuurgebonden uitingen van lijdensdruk beïnvloeden het symptoompatroon van ASS. Sommige culturele groepen kunnen in de eerste maand na traumablootstelling varianten van dissociatieve symptomen vertonen, zoals bezetenheid of tranceachtig gedrag.

Belasting voor de patiënt

Patiënten met ASS kunnen net als mensen met PTSS flink lijden vanwege de pijnlijke herbelevingen, sterke emoties, slaapproblemen, dissociatie en het willen vermijden van situaties die aan de traumatische gebeurtenis(sen) doen denken. Zij durven door schaamte en schuldgevoel niet altijd open te spreken over wat er is gebeurd en de hiermee samenhangende klachten en problemen.

Zorgverleners kunnen patiënten met een ASS ondersteunen door hen serieus te nemen in de ervaren lijdensdruk, door aandacht te schenken aan de individuele beleving van de problemen en door de stap van het hulp zoeken positief te valideren en te wijzen op de krachten en kwaliteiten van de persoon.

Diagnostiek Persistierende Complexe Rouwstoornis (PCRS)

Er zijn 3 vragenlijsten om verstoorde rouw te meten, inclusief PCRS. De meest voorkomende emotionele reacties op verlies zijn rouw, posttraumatische stress, en somberheid. Wanneer deze lang aanhouden en gepaard gaan met lijden en disfunctioneren, kunnen ze uitgroeien tot de psychische aandoeningen PCRS, PTSS en depressie. Gebruik diagnostische instrumenten om onderscheid te maken tussen rouw, posttraumatische stress en depressie ([zie Bijlage 5](#)).

Diagnostiek Hechtingsstoornissen (RHS en OSCS)

Voor de diagnostiek van gehechtheid bestaan er twee uiteenlopende benaderingen. Die van de DSM-5 en die vanuit de gehechtheidstheorie. Uitgangspunt bij de gehechtheidstheorie is dat zowel ouders als kind volgens gestandaardiseerde interviews en observaties door gecertificeerde

beoordelaars elk apart en in interactie met elkaar beoordeeld moeten worden om een zinnig oordeel over de gehechtheidsrelatie te kunnen opstellen klinisch dan wel gecodeerd. Hechtingsstoornissen zoals bedoeld in de DSM-5, Reactieve Hechtingsstoornis en Ontremd Sociaalcontact Stoornis, hebben weinig te maken met gehechtheidstheoretische uitgangspunten.

Voor de diagnostiek van RHS en OSCS bestaat geen gestandaardiseerde methode. Wel bestaat er een [gestandaardiseerde methode](#) om een verstoorde gehechtheidsrelatie te diagnosticeren. Voor RHS en OSCS vormt het klinisch oordeel de basis. Het belangrijkste daarin is de herhaaldelijke directe observatie van het kind in interactie met zijn voornaamste verzorger en, indien mogelijk, het nagaan van de geschiedenis van de patronen van gehechtheid met deze en eerdere verzorgers. Daarnaast is het van belang de interactie met niet-bekende volwassenen te observeren. Dit alles kan en mag alleen worden gedaan door hiervoor opgeleide professionals met kennis van (problematische) gehechtheid.

6.3.2 Onderscheid

Andere stoornissen en comorbiditeit

Bij PTSS (en cPTSS)

Mensen met PTSS hebben een grotere kans dan mensen zonder PTSS om te voldoen aan de classificatiecriteria van tenminste één andere psychische stoornis, zoals depressie of bipolaire stemmingsstoornis, angststoornissen, persoonlijkheidsproblematiek, stoornis door een middel/medicatie en een neurocognitieve stoornis. Onderscheid daarom goed wat de hoofddiagnose is voor een goede behandelindicatie (zie [generieke module Comorbiditeit](#)).

De comorbiditeit bij PTSS is niet alleen hoog, maar in sommige gevallen ook complex, met verschillende stoornissen die zich kunnen uiten op diverse levensgebieden. Klachten passen soms beter bij andere stoornissen dan bij PTSS. Na het meemaken van traumatische gebeurtenissen is er een verhoogde kans op andere stoornissen, al is er geen sprake van PTSS.

Bron: Meewisse, M.L., Olf, M., Kleber, R., Kitchiner, N.J. & Gersons, B.P.R. (2011). The course of mental health disorders after a disaster: predictors and comorbidity. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 405-413.

In de diagnostiek moet dus uitgesloten worden dat de klachten van de patiënt behoren bij een andere stoornis dan PTSS, zoals Aanpassingsstoornis, Acute Stressstoornis, Angststoornis, Obsessieve-compulsieve stoornis, Stemmingsstoornis, Persoonlijkheidsstoornis, Dissociatieve stoornis, Conversiestoornis, Psychotische stoornis of Traumatisch Hersenletsel.

Door het opnemen van een aantal als complex gedefinieerde symptomen binnen de stressorgerelateerde stoornissen is de overlap van cPTSS met andere stoornissen toegenomen, vooral met de Borderline Persoonlijkheidsstoornis, maar ook met de Antisociale, de Ontwijkende, de Paranoïde en de Obsessieve-compulsieve Persoonlijkheidsstoornis. Het is van belang na te gaan of de symptomen ontstaan of toegenomen zijn na de traumatische ervaring(en). Bij kinderen is dit

onderscheid nog lastiger te maken en is procesdiagnostiek een zeer belangrijk onderdeel binnen de aangeboden behandeling.

Bij Acute Stresstoornis

Stel bij een vermoeden van een Acute Stresstoornis vast of de klachten niet eerder behoren tot een andere stoornis, zoals Aanpassingsstoornis, Dissociatieve stoornis, Obsessieve-compulsieve Stoornis, Psychotische Stoornis of Traumatisch Hersenletsel. Anders dan bij Acute Stresstoornis hangen binnen deze stoornissen de symptomen niet samen met het optreden van een traumatische gebeurtenis of komt het beeld niet helemaal overeen met de criteria van Acute Stresstoornis. Paniekaanvallen komen veel voor bij Acute Stresstoornis (zie de [zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen](#) voor een classificatie van een paniekstoornis). Bij kinderen is dit onderscheid nog lastiger te maken en is procesdiagnostiek een zeer belangrijk onderdeel binnen de aangeboden behandeling.

Bij Hechtingsstoornissen

Klachten passen soms meer bij andere stoornissen. Zo vertoont reactieve hechtingsstoornis (RHS) gelijkenis met Autisme Spectrum Stoornissen (ASS), zowel door de contactuele problemen, als door de vaak aanwezige taalachterstand en het optreden van stereotiep gedrag.

RHS kan eveneens lijken op een verstandelijke beperking, maar valt daar ook van te onderscheiden, omdat kinderen met zo'n beperking zich doorgaans normaal hechten aan hun ouders. Depressie bij kinderen kan soms lijken op RHS, wanneer zij door de depressie geen toenadering of troost zoeken bij hun ouders. De sociale impulsiviteit van kinderen met ADHD kan de indruk wekken van ongeremde sociale betrokkenheid. De sociale verwaarlozing die kan leiden tot Ontremd-sociaal Contactstoornis (OSCS) of Reactieve hechtingsstoornis (RHS) leidt onder andere vaak tot achterstand in de verstandelijke ontwikkeling en taalontwikkeling (zie voor de kenmerken [Hechtingsstoornissen \(RHS en OSCS\)](#)). Deze achterstanden kunnen de vorm van een stoornis aannemen. Daarnaast is er een verhoogde kans op lichamelijke ziekten, al naargelang de tekorten in lichamelijke zorg. Bij RHS bestaan vaak Depressieve Stoornissen. OSCS gaat nogal eens gepaard met ADHD.

Onderscheid naar complexiteit in relatie tot duur behandeling

Naast de aard kan ook de complexiteit van de traumatisering een rol spelen. Langdurige en herhaalde traumatisering, zoals langdurige periodes van seksueel geweld, marteling, opsluiting of van oorlogshandelingen, kan intensievere behandeling vergen dan een eenmalige traumatische gebeurtenis, zoals een bankoverval. De mate van complexiteit is ook afhankelijk van aanwezige beschermende factoren en risicofactoren bij de patiënt of binnen een gezin.

6.3.3 Monitoring

De klinische blik van behandelaars op herstel is vrij subjectief. Soms wordt het herstel te optimistisch en soms te pessimistisch ingeschat. Monitoring op basis van vragenlijsten voegt daarom duidelijk iets toe.

Bron: Lambert, M.J., Whipple, J.L., Vermeersch, D.A., Smart, D.W., Hawkins, E.J., Nielsen, S.L. & Goates, M. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on patiënt progress: a replication. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 91-103.

Regelmatig monitoren, zowel door de zorgverlener als door de patiënt zelf, maakt het mogelijk om inzicht te krijgen in de voortgang van de behandeling en via de behandeluitkomsten vast te stellen of de behandeling effectief is. Het controleren en evalueren van het herstel-proces gebeurt allereerst op basis van de doelen vastgesteld in het behandelplan. Daarnaast kan er gebruik gemaakt worden om te monitoren met behulp van vragenlijsten. Evaluatie vindt plaats in samenspraak met de patiënt en, als de patiënt dit wenst, met zijn naasten. Stel in onderling overleg vast of er sprake is van voldoende of onvoldoende herstel na een adequate behandelduur en intensiteit (zie Individueel zorgplan en behandeling).

De behandelresultaten worden gevolgd met vragenlijsten die gevoelig zijn voor het meten van effecten (Routine Outcome Monitoring of ROM). ROM is een belangrijke toevoeging op wat de zorgverlener en de patiënt met elkaar bespreken (zie Kwaliteitsindicatoren). Bij onvoldoende herstel kunnen behandelaar en patiënt het behandelplan bijstellen. Bij gebrek aan voortgang of bij onverwacht onvoldoende effect is het van belang dat de behandelaar consultatie of advies inroept van collega's.

Second opinion

Bij uitblijvend effect is het raadzaam dat de patiënt en/of zijn behandelaar een second opinion aanvraagt om de diagnose en/of het behandeladvies te laten toetsen bij een GZ-psycholoog, psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut die werkzaam is bij een specialistisch centrum op het gebied van psychotraumatologie.

Bij Posttraumatische Stresstoornis (PTSS)

In de ggz wordt routinematige monitoring van PTSS gedaan door de zorgverlener.

Periodiek gaat deze samen met patiënt de klachten, het algehele functioneren, de somatische problematiek en de zorgbehoefte na. Daarbij gaat het niet alleen om de uitkomstvragenlijsten zoals die standaard bij ROM worden ingezet. Het gaat bij monitoring van de behandeling eveneens over de behandelrelatie en om het bevorderen van de afstemming tussen de patiënt en de behandelaar over de insteek en het verloop. Evalueer bij afsluiting van de behandeling het functioneren en overleg of er gezien een resterende zorgbehoefte vervolgbehandeling moet worden ingezet of de nazorg daarop afgestemd moet worden. Zeker bij PTSS-restklachten, chronische PTSS-klachten, comorbiditeit en/of somatische problematiek blijft monitoren aangewezen. Beperk de hoeveelheid vragenlijsten die een patiënt moet invullen en bespreek de uitkomsten met de patiënt.

Bij complexe PTSS (cPTSS)

In de praktijk blijkt dat de behandeling van cPTSS langer kan duren en verstrekkender gevolgen kan

hebben voor het dagelijks functioneren. Monitor daarom bij de behandeling met nog meer aandacht voor het proces en de weerslag op het functioneren. Overweeg een intensieve traumagerichte behandeling of een combinatie van traumagerichte behandeling en vaardighedentraining.

Bij PTSS bij kinderen

Monitor bij kinderen en jongeren niet alleen op het gebied van psychologische klachten thuis, maar ook op het gebied van functioneren op school of werk, bij het sporten en bij vrienden. Informeer bij de leerkracht wanneer de problemen zich ook op school voordoen. Voor het monitoren van onder andere traumabehandeleffecten bij kinderen van 7 jaar en ouder zijn er meetinstrumenten ([zie Bijlage 5](#)). Voor kinderen van 6 jaar en jonger zijn er geen meetinstrumenten.

Deelgebieden PTSS

Voor de routinematige monitoring bij patiënten met PTSS worden deelgebieden onderscheiden: posttraumatische-stressklachten, comorbide klachten en algeheel functioneren/kwaliteit van leven. Bij aanwijzingen van een verminderde kwaliteit van leven kan de behandelaar zo nodig nog een interview of een aanvullende beoordelingslijst afnemen. Om de zorgbehoeften te bepalen kan de behandelaar als hulpmiddel een vragenlijst afnemen ([zie Bijlage 5](#)).

Bij Acute Stressstoornis (ASS)

Monitor als huisarts de acute stressklachten gedurende de eerste maand, omdat sommige patiënten met een Acute Stressstoornis een PTSS ontwikkelen.

Bij Persistentende Complexe Rouwstoornis (PCRS)

Voor het monitoren van rouwstoornis/PCRS bestaan vragenlijsten ([zie Bijlage 5](#)).

Bij Hechtingsstoornissen (RHS en OSCS)

Monitoring gebeurt hier vooralsnog alleen aan de hand van klinische observaties (voor meer informatie over hechtingsstoornissen zie <http://richtlijnenjeugdhulp.nl/problematische-gehechtheid/>).

7. Individueel zorgplan en behandeling

Autorisatiedatum 01-12-2020 Beoordelingsdatum 01-12-2020

7.1 Inleiding

Na de diagnostische fase bespreken patiënt en behandelaar (en – in overleg met de patiënt – naastbetrokkene(n)) op basis van gezamenlijke besluitvorming wat hij wil bereiken, wat hij zelf kan en waar behandeling voor nodig is. Vervolgens kiezen zij samen welke interventies daar het beste bij passen. In het individuele zorgplan dat vervolgens wordt opgesteld, staan de verantwoordelijkheden vermeld van de betrokken zorgverlener(s), de sociale omgeving en de patiënt zelf. Het zorgplan wordt vastgelegd in een behandelovereenkomst. Een afwijking van de geldende zorgstandaard wordt besproken tussen zorgverlener en patiënt en wordt beargumenteerd vastgelegd in het zorgplan.

Onderdelen behandelplan volwassenen

Een individueel behandelplan legt alle onderdelen vast die van belang zijn in de behandeling van de patiënt. Het behandelplan is kort, overzichtelijk, praktisch toetsbaar, toegespitst op de persoon en gedurende de gehele behandeling in ontwikkeling. Het behandelplan omvat de volgende onderdelen:

- Concrete doelstellingen en behoeften van de patiënt, zoveel mogelijk in de woorden van de patiënt;
- Overzicht van interventies en plan van aanpak voor de patiënt en de zorgverlener(s), om samen de doelen van de behandeling te bereiken;
- Afspraken over het gebruik van alcohol, drugs en eventuele andere belemmerende factoren gedurende de behandeling (indien van toepassing);
- Regelmatige evaluatie van de behandeling, zie Monitoring;
- Tijdsperiode en frequentie van de contacten;
- Wat te doen bij suïcidaliteit; een crisisplan;
- Terugvalpreventieplan.

Gezamenlijke besluitvorming

Bij gezamenlijke besluitvorming neemt de patiënt samen met de zorgverlener en eventuele naasten beslissingen over de behandeling die het beste bij de persoon past. Een goede wederzijdse informatie-uitwisseling en gelijkwaardigheid in de communicatie staan centraal. De zorgverlener heeft een open houding tegenover de wensen en grenzen van patiënten en naasten.

Als gevolg van gezamenlijke besluitvorming zijn patiënten beter geïnformeerd en zich meer bewust van de voor- en nadelen van bepaalde keuzes. Zij voelen zich vaker tevreden en twijfelen minder over de genomen beslissing. Gezamenlijke besluitvorming zorgt voor een betere kwaliteit van leven en het draagt bij aan een betere behandelrelatie. Een goede informatievoorziening betekent dat patiënten zich meer betrokken voelen bij hun eigen zorgproces. Hoe meer kennis de patiënt heeft over zijn behandeling, hoe meer sturing hij hier ook zelf aan kan geven.

zelf aan kan geven.: Stel als zorgverlener bij gezamenlijke besluitvorming veel open vragen, geef en vraag veel informatie, stimuleer de patiënt om te participeren in de besluitvorming en houd expliciet rekening met diens omstandigheden en voorkeuren.

Bron: Watts, B.V., Zayed, M.H., Llewellyn-Thomas, H. & Schnurr, P.P. (2016). Understanding and meeting information needs for patients with posttraumatic stress disorder. *BMC Psychiatry*, 16, 21. <http://doi.org/10.1186/s12888-016-0724-x>.

Keuzes in het behandelbeleid worden altijd samen met de patiënt gemaakt op basis van gezamenlijke besluitvorming. Ze kunnen mede bepaald worden door: de voorkeur van de patiënt, eerder behaalde behandelresultaten en behandelgeschiedenis, wetenschappelijk uitkomstonderzoek en andere beoogde effecten (bijvoorbeeld op het slaappatroon), (verwachte) bijwerkingen, interacties of pragmatische overwegingen, zoals wachttijden.

Zorgverlener en patiënt besteden ook aandacht aan zaken die de behandeling kunnen beïnvloeden, zoals beperkingen of hindernissen door comorbide psychische aandoeningen ([zie Onderscheid](#)), beperkte copingvaardigheden of beperkte sociale steun, lichamelijke klachten of leeftijd (ouderen, kinderen en jongeren) en/of belasting door zorgtaken

belasting door zorgtaken: Bij ouderen kunnen een afnemende gezondheid, verslechterd cognitief functioneren en sociaal isolement de klachten verergeren. Kinderen en jongeren zijn voor hun welzijn afhankelijk van volwassenen, ouders, adoptie- of pleegouders.

- Kijk goed of de traumatische ervaringen zich hebben afgespeeld binnen het gezin of daarbuiten.
- Zorg dat de traumatische ervaringen stoppen en het kind of de jongere veilig is, voordat de traumaverwerking start, als het gaat om traumatische ervaringen binnen het gezin, zoals kindermishandeling.
- Betrek primaire verzorgers (waar mogelijk) bij de behandeling; hoe jonger de kinderen, des te belangrijker dit is.

. Het behandelplan wordt regelmatig geëvalueerd en zo nodig aangepast op basis van routinematige monitoring ([zie Monitoring](#)).

Therapeutische relatie

Een goede therapeutische relatie is een wezenlijk onderdeel van elke behandeling plus een voorspeller voor een positief behandelresultaat (zie ook [generieke module psychotherapie](#)).

Het spreekt voor zich dat een goede behandelaar zijn behandeling flexibel kan afstemmen op de persoonlijkheidsstijl, behoeften en draagkracht van de patiënt en dat hij ernaar streeft om de regie en autonomie van de patiënt te vergroten. In het bijzonder belangrijke elementen van de relatie zijn:

- Betrouwbaarheid, duidelijkheid en voorspelbaarheid (ook in afspraken);
- Bejegening van de patiënt vanuit empathie en respect voor eigen keuzes en empowerment;
- Bewustzijn van het veelal aanwezige gevoel van onveiligheid van patiënten en;
- Alertheid op gevoelens van wantrouwen bij de patiënt ten opzichte van de behandelaar.

Bij trauma gaat het over ervaren controleverlies. Het geven van controle, zover als mogelijk, is cruciaal bij traumabehandeling. Spreek bijvoorbeeld stoptekens af of laat de patiënt de plaats in de kamer kiezen en stimuleer dat de patiënt zelf keuzes maakt. Zorg bij langer durende trajecten binnen een instelling, waar patiënten te maken hebben met meerdere zorgverleners, voor één aanspreekpunt, een persoon met wie de patiënt een goede relatie kan opbouwen. Dit hoeft niet de regiebehandelaar te zijn maar wel iemand die voldoende zicht heeft op het gehele behandelproces. Maak afspraken over de (on)mogelijkheden van contact buiten de therapie sessies om.

7.2 Zelfmanagement

Zelfmanagement is het individuele vermogen om zelfstandig keuzes te maken en zelf de regie te voeren over het leven, ook wanneer er sprake is van psychische problemen. De patiënt neemt verantwoordelijkheid voor het eigen leven en de keuzes die daarbij komen kijken. Hij werkt zelf aan symptomatisch, functioneel, persoonlijk en maatschappelijk herstel (zie ook Generieke module Zelfmanagement).

Zelfmanagement bij Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen

Vanuit ervaringen in de praktijk krijgen patiënten en hun naasten voorlichting en advies over het opheffen van vermijdingsgedrag, gedragsactivatie, slaaphygiëne, lichamelijke inspanning en het voorkomen van revictimisatie. Zorgverleners

Zorgverleners: Voor meer informatie over verpleegkundige interventies gericht op zelfmanagement zie:

Staa, van A., L. Mies en A. ter Maten-Speksnijder (2018). Verpleegkundige ondersteuning bij zelfmanagement en eigen regie. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Veer, A.J.E. de en A.L. Francke (2013). Verpleegkundigen positief over bevorderen van zelfmanagement. Tijdschrift voor verpleegkundigen, nr2 (via <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/artikel-verpleegkundigen-positief-over-bevorderen-zelfmanagement.pdf>)

streven ernaar iemand die in behandeling komt voor psychotraumagerelateerde problematiek te ondersteunen bij het zelf regie voeren over zijn leven en zij stimuleren zelfmanagement. De nadruk

leggen op wat iemand wél zelf kan doen ondanks zijn klachten, versterkt de veerkracht en autonomie van patiënten.

eHealth en zelfmanagement

Het gebruik van eHealth in de ondersteuning van zelfmanagement bij Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen is tot op heden zowel bij volwassenen als bij kinderen weinig onderzocht (zie ook Generieke Module eHealth).

7.3 Behandeling en begeleiding

7.3.1 Basisinterventies

Psycho-educatie

Psycho-educatie bestaat uit voorlichting en educatieve interventies om mensen te informeren over hun aandoening en over de behandeling en het herstel ervan. Als de patiënt adequate kennis heeft over zijn problematiek kan hij een weloverwogen keuze maken voor behandelinterventies. Dit versterkt tevens het vermogen om zelf te reageren op de stressor, herstel in te zetten en verergering af te wenden. Psycho-educatie is daarmee, naast gezamenlijke besluitvorming, een belangrijk gereedschap om regie over het eigen herstelproces te kunnen nemen.

Bij het vermoeden (of zo snel mogelijk na de diagnostisering) van een Psychotrauma- of een stressorgerelateerde stoornis biedt de zorgverlener de patiënt informatie, voorlichting en educatieve activiteiten aan. De zorgverlener en de patiënt delen stapsgewijs informatie over wat de problematiek inhoudt, welke behandeling kan worden ingezet, wat de effecten op het dagelijks leven kunnen zijn en hoe een patiënt kan bijdragen aan zijn herstel. Informatie en inzicht in wat er (in zichzelf) gebeurt, dat bepaalde gedragingen of gedachten normaal/passend kunnen zijn bij een abnormale situatie en wat hij zelf kan doen (denk aan basale interventies als vrij nemen van werk, gaan slapen, vertellen aan een naaste wat er speelt etc.) helpen de patiënt om zoveel mogelijk grip te houden op de situatie.

Houd in dit kader ook rekening met de gezinssituatie van de patiënt. Expliciete aandacht is nodig voor de mogelijke effecten van de behandeling op de gezinssituatie, zeker wanneer de patiënt ouder of verzorger is van een of meer kind(eren). Hiervoor kan onder andere de [Kindcheck](#) gebruikt worden.

Geef bij elk nieuw beslismoment in de behandeling weer psycho-educatie over vervolgstappen. Speciale aandacht bij psycho-educatie vraagt het onderwerp 'lotgenotencontact'.

'lotgenotencontact': Zie voor meer informatie over de waarde van lotgenotencontact: <https://www.pgosupport.nl/lotgenotencontact-op-recept>

Voor een patiënt is dat mogelijk een belangrijke aanvulling op de informatie van de zorgverlener. Geef patiënten de mogelijkheid om met een ervaringsdeskundige te praten over de behandeling. Dit

kan ook via patiëntenverenigingen en lotgenotenorganisaties gerealiseerd worden. In de psycho-educatie wordt bij voorkeur ook voorlichting gegeven over eventuele nadelen van traumagerichte therapie, zoals ontregeling van het functioneren en tijdelijke verhoging van klachten. De Gezondheidsraad en diverse beroepsverenigingen raden in hun richtlijnen therapeuten bovendien aan om patiënten expliciet voor te lichten over het gegeven dat herinneringen die tijdens de therapie worden gevonden niet noodzakelijkerwijs waar zijn.

Bron: Gezondheidsraad (2004). Rapport Omstreden herinneringen. Informatiefolder behandelmogelijkheden.

Voorlichting en educatie hebben als doel zelfmanagement en gezond copinggedrag van de patiënt te versterken. Beide interventies worden dus op de behoeften van de patiënt afgestemd. Het gaat niet alleen om kennisverwerving, maar ook om het ontwikkelen van bewustzijn over de invloeden van (sociale) omgeving en het besef van eigen effectiviteit. Psycho-educatie is een behandelinterventie waarbij samen met de patiënt barrières voor gedragsverandering worden ontdekt en opgelost, naar eigen mogelijkheden en vaardigheden van de patiënt. De informatie wordt op diverse manieren gegeven: auditief, visueel en praktisch, tegemoetkomend aan de leerstijl en het niveau van de patiënt. Verschillende gesprekstechnieken kunnen worden ingezet en er is in ieder geval ruimte voor de emoties die het hebben van een Psychotrauma- of een stressorgerelateerde stoornis met zich meebrengt. Een empathische benadering door alle zorgverleners is van belang.

Psycho-educatie is wat betreft informatie over PTSS en behandelmogelijkheden gestandaardiseerd zodat elke patiënt onafhankelijk van de behandelinstelling of behandelaar dezelfde informatie krijgt (voor de andere stoornissen geldt dit bij schrijven nog niet). Het geven van psycho-educatie vereist een gedegen kennis van de problematiek en onderliggende mechanismen en ook kennis over de wijze waarop behandelingen kunnen ingrijpen op de klachten. Denk daarom niet te lichtvaardig over het geven van psycho-educatie.

In de klinische praktijk blijkt dat patiënten behoefte hebben aan voorlichting over de symptomen en behandelopties van hun specifieke stoornis(sen).

- Er bestaan diverse goede patiëntenfolders, geef die aan patiënten mee zodat zij een en ander rustig thuis kunnen nalezen. Via internet zijn steeds meer duidelijke psycho-educatiefilmpjes te vinden, bijvoorbeeld via websites van beroepsverenigingen, ggz-instellingen of via thuisarts.
- Bied daarnaast de psycho-educatie in gespreksvorm aan, afgestemd op iemands achtergrond, klachten en de relatie hiertussen, en op zijn leerstijl.
- Uit de achterbanraadpleging kwam naar voren dat patiënten graag praktische voorbeelden krijgen van hoe de therapie er concreet uitziet, bijvoorbeeld met filmpjes. Zij hebben behoefte aan materiaal waarin andere patiënten vertellen over hun ervaringen met een bepaalde behandeling (zie Bijlage 11).
- Betrek, wanneer mogelijk, de sociale omgeving bij de psycho-educatie, op voorwaarde dat de patiënt zelf bepaalt wie erbij betrokken wordt.

Tijdstip en duur

Om het risico van uitstel van een gerichte behandeling te voorkomen, wordt de eerste fase van psycho-educatie bij voorkeur in de tijd beperkt. Besef wel dat psycho-educatie gedurende het gehele behandeltraject van belang is.

eHealth

Zorgverlener en patiënt kunnen overwegen om bij de voorbereiding op de traumagerichte behandeling en de specifieke vaardigheidstrainingen online modules in te zetten. Deze modules kan de patiënt met (blended eHealth) of zonder face-to-face contact gebruiken.

Psycho-educatie bij kinderen (alle leeftijden) en hun ouders

Psycho-educatie met betrekking tot kinderen bestaat uit informatieverstrekking over het verband tussen het meemaken van traumatische ervaringen en het ontwikkelen van traumaklachten. Psycho-educatie wordt gegeven aan zowel de primaire verzorgers als aan het kind zelf en het bredere netwerk zoals de school. Het omvat ook uitleg over welke effectieve traumabehandelingen voorhanden zijn en wat deze vragen van kinderen en verzorgers, zoals frequentie en inhoud van de sessies.

Psycho-educatie als onderdeel van preventieve en curatieve behandelingen bij (traumatische) rouw bij kinderen heeft vaak de vorm van mondelinge of schriftelijke informatie over rouw.

7.3.2 Behandelinterventies gericht op patiënt en systeem

Psychosociale behandeling

Het kan zijn dat er naast de primaire stoornis sprake is van schulden, isolement, huisvestingsproblemen en/of problemen op het werk of op school. Het leven van alledag loopt mis of levert veel problemen op. Het hebben van psychosociale problemen is geen contra-indicatie voor de behandeling van (c)PTSS. Zorgverleners ondersteunen de patiënt actief in het verkrijgen van goede psychosociale zorg ([zie Psychosociale zorg](#)). Zo nodig schakelen zij deskundigen in, zoals maatschappelijk werk, het wijkteam, het sociale team, et cetera.

Goede psychosociale zorg die deze problemen aanpakt, schept voor een patiënt de benodigde ruimte voor gerichte traumabehandeling en vergroot ook de baat die patiënten kunnen hebben van de eigenlijke interventies gericht op traumaverwerking. Andersom blijkt ook dat psychosociale problemen al kunnen afnemen na adequate behandeling van een Psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis (voor meer informatie over psychosociale behandeling [zie hoofdstuk 10](#)).

Bron: Minnen, A. van, Zoellner, L.A., Harned, M.S. & Mills, K. (2015). Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD: a literature review. *Current psychiatry reports*, 17(3), 1-16.

Overige negatieve invloeden of mogelijk belemmerende factoren

- Behandelaar en patiënt dienen in kaart te brengen of culturele verschillen een rol spelen in de verklaring en betekenisgeving van de klachten. Dit kan namelijk invloed hebben op het succes van de behandeling (voor meer informatie over dit onderwerp zie generieke module Diversiteit).
- Ook meer praktische problemen zoals moeite om naar afspraken te komen – bijvoorbeeld angst om te reizen, kosten van vervoer – moeite met tijd vrijmaken voor afspraken – bijvoorbeeld door gebrek aan kinderopvang – worden gerelateerd aan drop-out en negatieve uitkomsten van therapie. Het is goed om hier al in de diagnostische fase aandacht aan te schenken. Behandelaar en patiënt schatten samen de timing van de start van de behandeling in en zo nodig overwegen zij de mogelijkheden van een ander raamwerk (meerdere sessies per week, behandeling via internet). Denk ook aan mogelijke ondersteuning van een naaste, bijvoorbeeld tijdens de heen- en terugreis.

Psychologische behandeling

Bij Posttraumatische Stresstoornis (PTSS)

Psychologische behandeling eerste keuze

Psychologische behandeling is volgens de wetenschappelijke bevindingen effectiever dan farmacotherapie en heeft dus de voorkeur, net als individuele behandeling boven groepsbehandeling. Patiënten geven ook vaak de voorkeur aan een niet-medicamenteuze behandeling. Ze vallen minder snel terug na het afronden van een psychologische traumagerichte behandeling dan na het afronden van een behandeling met medicatie. Daarom is psychologische behandeling de eerste keuze.

Traumagerichte therapie meest effectief

Traumagerichte therapie is effectiever dan niet-traumagerichte therapie, ook bij vroegkinderlijk trauma, zoals bij seksueel misbruik. Een aantal therapievormen is veelvuldig onderzocht en in meerdere RCT's en meta-analyses effectief bevonden. De volgende psychologische behandelingen worden in navolging van internationale richtlijnen en recente onderzoeken aanbevolen:

- (Imaginaire) Exposure (IE)/Prolonged Exposure (PE)
- Cognitieve Therapie (CT) en Cognitive Processing Therapy (CPT)
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
- Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT).

Andere behandelingen zijn, hoewel minder vaak onderzocht, eveneens effectief bevonden in RCT('s). Het gaat om:

- Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP)
- Narratieve Exposure Therapy (NET)
- Schrijftherapie (bijvoorbeeld Interapy)
- Imaginaire Rescripting (ImRs).

Daarnaast is er als gevolg van een grote ontwikkeling in behandelvormen voor PTSS een aantal veelbelovende behandelingen beschikbaar. Deze zijn echter nog maar beperkt wetenschappelijk op effect onderzocht. Vanwege onvoldoende wetenschappelijk bewijs kunnen ze niet worden aanbevolen als eerstekeusbehandeling.

Bron: Metcalf, O., Varker, T., Forbes, D., Phelps, A., Dell, L., DiBattista, A., ... & O'Donnell, M. (2016). Efficacy of Fifteen Emerging Interventions for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Journal of traumatic stress*, 29(1), 88-92.

Duur psychologische behandeling

Afhankelijk van de therapievorm moet na maximaal 16 sessies in een frequentie van minstens eenmaal per week effect worden verwacht. De sessies hebben een omvang van 45-60 minuten (voor BEPP) of 90 minuten (andere behandelingen) en worden binnen een bestek van 4 maanden aangeboden.

Vaardigheidstrainingen

Vaardigheidstrainingen, ook wel aangeduid als stabilisatiebehandelingen (bijvoorbeeld Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation - STAIR

Bron: Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Nooner, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C.L., Gan, W. & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 167, 915-924.

Cloitre, M., Koenen, K.C., Cohen, L.R. & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067-1074.

en Vroeger en Verder

Bron: Dorrepaal, E., Thomaes, K. & Drayer, N. (2009) *Vroeger en Verder, stabilisatiecursus na misbruik of mishandeling*. Amsterdam, the Netherlands: Pearson.

), zijn interventies die zich richten op emotieregulatievaardigheden en vaardigheden op interpersoonlijk gebied. Deze interventies kunnen eventueel, mits geprotocolleerd en in tijd of aantal sessies gelimiteerd, ingezet worden.

Opschaling zorg

Overweeg bij onvoldoende behandelresultaat, of bij meerdere problemen op meerdere levensterreinen, opschaling van de zorg:

- Kies eventueel intensievere behandeling waarin de behandelingen van eerste keus in een intensieve vorm – bijvoorbeeld meerdere traumagerichte sessies per week – worden uitgevoerd. Dit

kan vaak ambulante.

- Het aanvullend behandelen met (vak)therapieën (of andere complementaire/ alternatieve behandelmethoden) is ook een mogelijkheid om de behandeling te intensiveren.
- Start met medicamenteuze behandeling, bij voorkeur als aanvulling op de psychologische behandeling of als monotherapie.

Ook deeltijdbehandeling of klinische behandeling waarin meerdere behandeldisciplines de diversiteit aan problematiek kunnen aanpakken, kan soms nodig zijn.

Verpleegkundige zorg

Bij klinische opname en ambulante hulpverlening kunnen verpleegkundigen een ondersteunende en signalerende rol hebben tijdens het behandelproces.

Bron: Mauritz, M.W. (2013) Verpleegproblemen bij patiënten met PTSS. In Bours, G.J.W., Eliens, A.M., Goossens, P.J.J. (Reds.), Effectief verplegen, handboek ter onderbouwing van het verpleegkundig handelen (p. 237-283). Dwingeloo: Kavanah.

Deth van, R. (2015) Psychiatrie van diagnose tot behandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Mauritz, M. (2016). Complexe PTSS: zorgprogramma complexe traumagerelateerde stoornissen. In Meijel, B. (Red.), GGZ-verpleegkunde in de praktijk (p 287-305). Utrecht: De Tijdstroom.

Oortwijn, T., & Maduro, S.L.(2016). Stress, trauma en dissociatie. In Clijsen, M., Garenfeld, W., Piere van, M., Klijs, C., Stringer, B. (Reds.), Leerboek psychiatrie voor verpleegkundigen (vierde, herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Zij kunnen een individueel zorgplan opstellen en uitvoeren samen met de patiënt met als doel hen gezondheidsvaardiger te maken. Dit kan door:

- Het geven van psycho-educatie, over het effect van stress op het lichaam en op stemming;
- Zorgdragen voor veiligheid en doen van risico-inschatting;
- Aandacht geven aan gezonde leefstijl en coping;
- Het leren omgaan met of verminderen van lichamelijke klachten;
- Het vergroten van de zelfregie van de patiënt.

Bij de bovengenoemde interventies kan de verpleegkundige gebruik maken van de vaardigheidstraining en cognitieve therapie na misbruik of mishandeling van Dorrepaal, Thomaes en Draijer (2018).

Bron: Dorrepaal, E., Thomaes, K. & Draijer, N. (2018). *Vroeger en verder – vaardigheidstraining en cognitieve therapie na misbruik of mishandeling* (3e ed.). Amsterdam: Pearson.

Voor het zo optimaal mogelijk aangaan en onderhouden van contact met patiënten is het wenselijk dat verpleegkundigen kennis hebben van Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Van belang is dat de verpleegkundige beschikt over kritische zelfreflectie en dat zij compassie kan bieden. Compassie bieden vraagt van verpleegkundigen soms het eigen perspectief opzij te zetten en geen oordeel te vellen hoe de eenander met leed omgaat.

Bron: Cingel, C.J.M. (2012). *Compassie in de verpleegkundige praktijk, een leidend principe voor goede zorg*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.

De verpleegkundige mag zichzelf uitdagen de patiënt werkelijk te leren kennen en diens denken en handelen te begrijpen.

Bij kinderen met PTSS

Als er sprake is van een psychotraumatische stoornis bij een kind of jongere, heeft dit niet alleen effect op die persoon, maar op het gehele gezin. Het is belangrijk om samen te analyseren op welke manier het gezin, de primaire verzorgers et cetera, betrokken kunnen worden bij de behandeling van het trauma. Weeg daarbij af of de ouders zelf onderdeel zijn geweest van het trauma en/of wellicht behandeling van ouders nodig is om tijdens de behandeling van het kind of de jongere voldoende en veilig beschikbaar te kunnen zijn.

Aangewezen behandelingen

In diverse richtlijnen zijn traumagerichte cognitieve gedragstherapie en EMDR opgenomen als effectieve behandelvormen bij kinderen van 7 jaar en ouder en adolescenten met PTSS.

Bron: Beer, R. & Roos, C. de (2012). Diagnostiek van getraumatiseerde kinderen en adolescenten. In: O. van der Hart, R. Kleber, E. Vermetten (red.). *Handboek Posttraumatische stressstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.

Cohen, J.A. (2010). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder. *JAACAP*, 49(4), 414-430.

Deze behandelvormen lijken in de praktijk ook bruikbaar voor kinderen van 6 jaar en jonger, maar vragen wel om aanpassingen die aansluiten bij hun ontwikkelingsniveau. Bij zeer jonge kinderen

(jonger dan 3-4 jaar) is de cognitieve ontwikkeling onvoldoende om cognitieve herstructurering volgens standaard EMDR-protocol uit te voeren. Dan kan gebruik gemaakt worden van de Lovett-methode (verhalenmethode).

Bron: Handboek EMDR bij kinderen en Jongeren, Renee Beer en Carlijn de Roos Went, M (2014) Ouder-kind traumatherapie, een geïntegreerde psychotherapeutische behandeling met EMDR voor kinderen met preverbaal trauma, GZ psychologie, 2, 18-24

Lovett, J (2015). Trauma-Attachment Tangle: Modifying EMDR to help Children resolve Trauma and develop loving relationships. New York: Routledge

Bij PTSS met een dissociatief subtype

Ongeveer 10% tot 30% van de PTSS-patiënten heeft last van dissociatieve klachten. Op basis van divers onderzoek ([zie PTSS dissociatief subtype](#)) is echter gebleken dat de meeste eerste keus traumagerichte behandelingen die hierboven genoemd staan, even effectief zijn voor patiënten met als zonder het dissociatieve subtype, zonder een eerste fase van emotieregulatie. Bovendien blijkt dat dissociatieve verschijnselen afnemen tijdens een op traumaverwerking gerichte interventie (als exposure), zonder expliciete aandacht daarvoor. Als er geen onregelende herinneringen meer zijn, hebben patiënten mogelijk dissociatie niet meer nodig om de emoties die hiermee gepaard gaan te hanteren. Dit impliceert dat traumagerichte behandelingen op zichzelf emotieregulerend kunnen werken. Bij ernstiger dissociatie is het toevoegen van IE aan CT effectiever dan CT alleen.

Bron: Wolf, E. J., Lunney, C. A., Miller, M. W., Resick, P. A., Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (2012). The dissociative subtype of PTSD: A replication and extension. *Depression and Anxiety*, 29(8), 679-688. doi:10.1002/da.21946

Resick PA, Suvak MK, Johnides BD, Mitchell KS, Iverson KM. The impact of dissociation on PTSD treatment with cognitive processing therapy. *Depress Anxiety*. 2012 Aug;29(8):718-30. doi: 10.1002/da.21938.

Mocht de eerste traumagerichte behandeling onvoldoende effect opleveren voor de patiënt dan kan, ter voorbereiding op een tweede traumagerichte behandeling, een behandeling gericht op emotieregulatievaardigheden worden ingezet. Maak die keuze altijd in overleg met de patiënt (voor meer informatie over PTSS met een dissociatief subtype [zie hoofdstuk 10](#)).

Bij complexe PTSS (cPTSS)

Over de behandeling van cPTSS bestaat (inter)nationale discussie. Zo is voor het effect van het driefasenmodel (fase 1: stabilisatie; fase 2: traumagerichte behandeling en fase 3: integratie van het verwerkte) beperkt wetenschappelijk bewijs.

beperkt wetenschappelijk bewijs.: Een gefaseerde behandeling voor cPTSS bestaat meestal uit een eerste fase gericht op het vergroten van een gevoel van veiligheid, het verminderen van symptomen en het vergroten van emotionele, sociale en psychologische vaardigheden. De tweede fase is gericht op het verwerken van traumatische ervaringen en ze een plaats te geven in adaptieve representaties van het zelf, anderen en de wereld. De derde fase is gericht op het versterken van het behaalde resultaat en het vergroten van betrokkenheid bij relaties, werk of opleiding en de gemeenschap. De rationale voor een gefaseerde aanpak is dat een dergelijke behandeling beter zou aansluiten bij de hulpvraag, symptomen en vaardigheden van patiënten met cPTSS en dat het risico op drop-out of toename van klachten zou verminderen. Onderzoek heeft al deze aannames echter nooit ondersteund. Omdat mensen met cPTSS wel degelijk baat kunnen hebben bij traumagerichte behandeling (Van Minnen et al., 2015) kan onnodige of onnodig lange inzet van fasegerichte (fase 1: stabilisatie) onderbehandeling in de hand werken (zie ook De Jong et al., 2016).

De recente aanpak is om ook bij cPTSS vrij snel te starten met traumagerichte therapieën. Het risico op uitval bij patiënten met cPTSS, in het bijzonder die met Comorbide Borderline Persoonlijkheidsstoornis, is groter bij behandelingen die uitsluitend traumagericht zijn; in dat geval wordt een geïntegreerde behandeling gericht op zowel PTSS als de BPS geïndiceerd.

Bron: Dorrepaal, E., Thomaes, K., Hoogendoorn, A.W., Veltman, D.J., Draijer, N. & Balkom, A.J. van (2014). Evidence based treatment for adult women with child abuse related Complex PTSD: a quantitative review. *Eur J Psychotraumatol* 2014; 5: 23613
<http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.23613>.

Bij cPTSS is comorbiditeit meer regel dan uitzondering. Dit gaat vaak gepaard met bijvoorbeeld angst- en stemmingstoornissen, stoornissen in middelen gebruik en (andere) persoonlijkheidsstoornissen. Overweeg dan ook geïntegreerde behandeling volgens betreffende zorgstandaarden.

Wetenschappelijke bewijsvoering

Er zijn weinig RCT's verricht naar cPTSS. Patiënten met cPTSS en met ernstige suicidaliteit of BPS zijn veelal uitgesloten van deelname aan wetenschappelijk onderzoek naar verwerkingsgerichte behandelingen.

Bron: Dorrepaal E, Thomaes K, Hoogendoorn AW, Veltman DJ, Draijer N, van Balkom AJ. Evidence based treatment for adult women with child abuse related Complex PTSD: a quantitative review. Eur J Psychotraumatol 2014; 5: 23613
<http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.23613>.

Uit een systematische review naar vroegkinderlijk trauma bleek wel dat traumagerichte behandeling uitgebreid met vaardigheidstraining tot betere resultaten leidde, vooral in geval van meer ernstige klachten. Op grond van het beschikbare onderzoek zijn er geen contra-indicaties voor de inzet van traumagerichte behandelingen en geprotocolleerde vaardigheidstrainingen bij mensen met cPTSS. Combinaties van behandelingen met aandacht voor emotieregulatie en interpersoonlijke vaardigheden (bijvoorbeeld STAIR)

Bron: Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Nooner, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C.L., Gan, W. & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. American Journal of Psychiatry, 167, 915-924.

Cloitre, M., Koenen, K.C., Cohen, L.R. & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase based treatment for PTSD related to childhood abuse. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70, 1067-1074.

en interventies voor geprotocolleerde vaardigheidstraining (bijvoorbeeld Vroeger en Verder)

Bron: Dorrepaal E, Thomaes K, Hoogendoorn AW, Veltman DJ, Draijer N, van Balkom AJ. Evidence based treatment for adult women with child abuse related Complex PTSD: a quantitative review. Eur J Psychotraumatol 2014; 5: 23613
<http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.23613>

gecombineerd met traumagerichte interventies zijn meer geïndiceerd dan behandelingen die uitsluitend interventies voor stabilisering bieden.

Bron: Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J.M., Freitag, J. & Emmelkamp, P.M. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. Clinical psychology review, 34(8), 645-657.

Individuele behandelingen of combinaties van individuele en groepsgerichte behandelingen zijn effectiever dan groepsbehandelingen (voor meer informatie over cPTSS [zie hoofdstuk 10](#)).

Bron: Haagen, J.F.G., Smid, G.E., Knipscheer, J.W. & Kleber, R.J. (2015). The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A meta regression analysis. *Clinical Psychology Review*, 40, 184-194.

Hafkenscheid, A. (2014). *De Therapeutische Relatie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Mogelijke rol hechtingsproblematiek

Bij cPTSS door vroegkinderlijke traumatisering is vaak sprake van onderliggende hechtingsproblematiek waardoor het vermogen om emoties te reguleren aangetast kan zijn.

Bij deze patiënten is ook vaak sprake van een verhoogde gevoeligheid voor negatieve emoties en moeilijke momenten in de relatie met anderen, inclusief die met zorgverleners. Wanneer hier sprake van is, is aandacht voor regulatie van afstand en nabijheid in het contact een constant aandachtspunt.

Bron: Stofsel M & Mooren, T (2010). *Complex trauma, diagnostiek en behandeling*. BSL Houten.

Boon, vd, N. & Bakel van, H. (2017). *Modified Intergaction Guidance: interventie bij gedesorganiseerde gehechtheid en trauma*. BSL Houten

Kolk, B. van der (2014) *Traumasporen*. Boom Psychologie, Amsterdam

Parnell, L. (2013) *Attachment-Focused EMDR: Healing Relational Trauma*. W. W. Norton & Company, New York

Bij Acute Stressstoornis (ASS)

De diagnose Acute Stressstoornis wordt in verhouding met andere traumagerelateerde stressstoornissen relatief beperkt gesteld. Qua behandeling zijn er veel overeenkomsten met de behandeling voor PTSS. Hier geldt eveneens dat starten met traumagerichte individuele psychotherapie de eerste keuze is. Met name de effectiviteit van kortdurende cognitieve gedragstherapie (4-6 sessies) is aangetoond.

Bron: Bryant, R.A. (2017). Acute stress disorder. *Current Opinion in Psychology*, 14, 127-131.

Bagner, D.M. & Eyberg, S.M. (2007). Parent-child interaction therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 418-429.

Lieberman, A.F., Horn, P. van & Ippen, C.G. (2005). Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44, 1241-8.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J. & IJzendoorn, M.H. van (2008). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. New York: Lawrence Erlbaum

Wat betreft medicatie: slaapmedicatie en benzodiazepinen worden afgeraden. Cortisol en propranolol zijn nog te weinig onderzocht en worden om die reden eveneens afgeraden ([zie Bijlage 9](#)).

Bij Persisterende Complexe Rouwstoornis (PCRS)

5% tot 10% van de rouwende mensen ontwikkelt een verhoogd risico op PCRS en wordt daarom gestructureerd behandeld met cognitief-gedragstherapeutische interventies.

Bron: Lundorff, M., H. Holmgren, R. Zachariae, I. Farver-Vestergaard en M. O'Conner (2017). Prevalence of Prolonged Grief Disorder in Adult Bereavement: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pubmed. Gov* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28167398/>

Bij PCRS met comorbiditeit wordt deze aanpak gecombineerd met behandelingen die volgens zorgstandaarden voor de comorbide problematiek aangewezen is. Op grond van de huidige stand van kennis

de huidige stand van kennis: In alle studies is een combinatie van diverse, op rouw toegespitste, cognitief-gedragstherapeutische interventies onderzocht: exposure, cognitieve herstructurering, gedragsactivering en imaginaire dialoog. Relatief goed onderzocht zijn geprotocolleerde, integratieve behandelingen waarin al deze interventies aan bod komen, zoals Integrative cognitive behavioural therapy for prolonged grief (PG-CBT) ontwikkeld door Rosner et al. (2014) en Complicated grief treatment ontwikkeld door Shear et al. (2005, 2014, 2016). Eveneens relatief goed onderzocht is een combinatie van cognitieve herstructurering en exposure die in twee studies effectief bleek (Boelen et al., 2007; Bryant et al., 2014). Cognitief-gedragstherapeutische opdrachten, aangeboden via internet met beperkte begeleiding van een zorgverlener, zijn in twee kleinschaliger gecontroleerde studies effectief gebleken (Eisma et al., 2015; Wagner et al., 2006). Voor PCRS met traumatische rouw is een wetenschappelijk bewezen informed interventie beschikbaar, bestaande uit rouwgerichte exposure en evidence-based interventies voor PTSS, die tevens bij vluchtelingen toepasbaar zijn (Smid et al., 2015).

is vast te stellen dat verliesverwerking in ongeveer 60% van de gevallen zonder problemen verloopt. In die gevallen worden mensen met klachten naar [psycho-educatief materiaal](#) verwezen en wordt het beloop van de rouw gevolgd.

Bij Hechtingsstoornissen (RHS en OSCS)

Uitgangspunten van behandeling

Allereerst moet het kind de zorg krijgen die het nodig heeft en een veilige omgeving krijgen. Soms door zijn opvoeders te ondersteunen, soms door het kind te plaatsen in een pleeg- of adoptiegezin. Door een succesvolle uithuisplaatsing kan het kind zowel lichamelijk als psychisch enorm verbeteren.

- Help de ouders om te gaan met het problematisch gedrag van hun pleeg- of adoptiekind. De problemen van kinderen met een hechtingsstoornis kunnen immers het nieuwe gezin zwaar belasten. Er zijn hiervoor technieken beschikbaar, bijvoorbeeld videofeedback. In de gemeentelijke Jeugdhulp bestaan hiervoor gespecialiseerde afdelingen.
- Heb binnen een pleegzorg/adoptie-context altijd oog voor de relatie met de biologische ouders. Stimuleer waar mogelijk contactmomenten met deze ouders.

Comorbiditeit

Soms zijn behandelaars terughoudend met het aanbieden van een traumagerichte behandeling, bijvoorbeeld vanwege comorbiditeit. Comorbiditeit hoeft een traumagerichte behandeling echter niet in de weg te staan. Zo heeft lichte tot matige comorbide problematiek van depressie, angststoornissen, persoonlijkheidsproblematiek, suïcidaliteit, zelfbeschadigend gedrag, dissociatie, schizofrenie, psychotische stoornis en middelengebruik op voorhand geen negatieve invloed op de behandeluitkomsten bij PTSS.

PTSS-patiënten met (ernstige) comorbiditeit blijken te kunnen profiteren van traumagerichte psychologische interventies, zonder dat de comorbide klachten verergeren. Veel comorbide klachten

nemen zelfs significant af na een traumagerichte psychologische behandeling. Zo blijkt dat symptomen van depressie, angst, dissociatie, paranoïde gedachten, suïcidaliteit en negatieve cognities kunnen afnemen. Daarnaast kan het vermogen om emoties te reguleren toenemen en het sociaal functioneren verbeteren, net als de fysieke gezondheid. Het blijft uiteraard altijd van belang om samen met de patiënt te beslissen welke route te kiezen.

Medicamenteuze behandeling

Bij PTSS

Voor de bijwerkingen van psychofarmaca in het algemeen zie de [generieke module Bijwerkingen](#).
Voor het geven van medicatie bij PTSS

Bron: Bernardy, N.C. & Friedman, M.J. (2017). Pharmacological management of posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychology*, 14, 116-121.

gelden de volgende stappen:

Psychologische behandeling heeft de voorkeur boven farmacotherapie

Omdat psychologische behandeling effectiever is gebleken dan medicatie

Bron: Lee, D.J., Schnitzlein, C.W., Wolf, J.P., Vythilingam, M., Rasmusson, A.M. & Hoge, C.W. (2016). Psychotherapy versus Pharmacotherapy for Posttraumatic Stress Disorder: Systemic Review and Meta-Analyses to Determine First-Line Treatments. *Depression and Anxiety*, 33(9), 792-806.

wordt medicamenteuze behandeling niet aanbevolen als eerste behandelstap. Medicamenteuze therapie is wel als eerste stap te overwegen wanneer er nog geen mogelijkheid is om te starten met traumagerichte psychologische behandeling en er sprake is van uitputting door ernstige slaapproblemen of van ernstige hyperarousalklachten met impulsdoorbraken. Bij een ernstige comorbide depressie is het advies om de behandeling te starten met antidepressiva (zie ook [Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen](#)).

SSRI/SNRI als eerste farmacotherapeutische stap

Als na twee eerstekeuze traumagerichte psychologische behandelingen niet voldoende resultaat is geboekt kunnen behandelaar en patiënt samen kiezen voor een medicamenteuze behandeling. In het laatste geval wordt een SSRI/SNRI aanbevolen als eerste stap.

Combinatie medicatie met psychologische behandeling

Over het combineren van traumagerichte psychologische interventies en psychofarmaca is relatief weinig uit onderzoek bekend.

Bron: Jonah, D.E., Cusack, K., Fomeris, C.A., Forneris, C.A., Wilkins, T.M., Sonis, J., Middleton, J.C., Feltner, C., Meredith, D., Cavanaugh, J., Brownley, K.A., Olmsted, K.R., Greenblat, A., Weil, A. & Gaynes, B.N. (2013). Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Comparative Effectiveness Reviews*, 92. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137702/>

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. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11(1), 11.

George, K.C., Kebejian, L., Ruth, L.J., Miller, C.W. & Himelhoch, S. (2016). Meta-analysis of the efficacy and safety of prazosin versus placebo for the treatment of nightmares and sleep disturbances in adults with posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(4), 494-510.

Khachatryan, D., Groll, D., Booi, L., Sepehry, A.A. & Schütz, C.G. (2016). Prazosin for treating sleep disturbances in adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *General Hospital Psychiatry*, 39, 46-52.

Rodgman, C., Verrico, C.D., Holst, M., Thompson-Lake, D., Haile, C.N., De La Garza, R. & Newton, T.F. (2016). Doxazosin XL reduces symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in veterans with PTSD: a pilot clinical trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(5), 561-565.

Smith, C. & Koola, M.M. (2016). Evidence for Using Doxazosin in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatric annals*, 46(9), 553-555.

Lipinska, G., Baldwin, D.S. & Thomas, K.G. (2016). Pharmacology for sleep disturbance in PTSD. *Human Psychopharmacology*, 31(2), 156-63.

Schneier, F.R., Campeas, R., Carcamo, J., Glass, A., Lewis-Fernandez, R., Neria, Y., Sanchez-Lacay, A., Vermes, D. & Wall, M. M. (2015). Combined mirtazapine and SSRI treatment of PTSD: A placebo-controlled trial. *Depression and Anxiety*, 32, 570-579.

Davidson, J. (2015). Vintage treatments for PTSD: a reconsideration of tricyclic drugs. *Journal of Psychopharmacology*, 29(3), 264-9.

Villarreal, G., Hamner, M.B., Cañive, J.M., Robert, S., Calais, L.A., Durklaski, V., Zhai, Y. & Qualls, C. (2016). Efficacy of Quetiapine Monotherapy in Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 173 (12), 1205-1212.

Belkin, M.R. & Schwartz, T.L. (2015). Alpha-2 receptor agonists for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Drugs in Context*, 4, 212286.

<http://doi.org/10.7573/dic.212286>.

Batki, S.L., Pennington, D.L., Lasher, B., Neylan, T.C., Metzler, T., Waldrop, A., ... Herbst, E. (2014). Topiramate Treatment of Alcohol Use Disorder in Veterans with PTSD: A Randomized Controlled Pilot Trial. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 38(8), 2169-2177.

Daarbij zijn de resultaten niet eenduidig. Soms heeft een combinatiebehandeling bovenop een psychologische behandeling met placebo meerwaarde, soms niet. In sommige studies werd een SSRI toegevoegd als patiënten te weinig respons toonden op een psychologische behandeling, maar ook daarvan is geen meerwaarde gevonden. Andersom is in sommige studies wel een positief effect gevonden van het toevoegen van cognitieve gedragstherapie na een beperkte respons op psychofarmaca.

Vervolg farmacotherapeutische stappen; behandeling op symptoomniveau

PTSS gaat samen met uiteenlopende klinische beelden. Bij de ene patiënt staan bepaalde symptomen voorop, bij een andere patiënt weer andere. Er zijn symptoomclusters te onderscheiden, die elk wellicht een andere medicatiestrategie vergen. In de volgende gevallen kan overwogen worden om over te stappen naar medicatie met minder wetenschappelijke bewijsvoering, of deze medicatie toe te voegen aan een behandeling met een SSRI/SNRI:

- Wanneer bepaalde symptomen bij PTSS zeer op de voorgrond staan
- Wanneer bepaalde symptomen bij PTSS interfereren met de behandeling
- Wanneer een eerdere medicamenteuze behandeling niet effectief is
- Wanneer traumagerichte psychologische behandeling (nog) niet kan plaatsvinden

Het geven van medicatie in bovenstaande situaties wordt bij voorkeur door een psychiater begeleid.

Comorbiditeit

- Bij comorbiditeit die medicamenteuze behandeling behoeft, wordt de medicatie mede afgestemd op de comorbide stoornis. Daarop kan specifiek worden geïntervenieerd, omdat sommige middelen bij meerdere stoornissen effectief zijn gebleken.
- Als patiënten al medicatie gebruiken, bijvoorbeeld voor een comorbide aandoening, kan deze medicatie in veel gevallen gecontinueerd worden tijdens de psychologische behandelingen. Een uitzondering geldt voor medicatie die de leereffecten van de psychologische behandeling negatief kan beïnvloeden, zoals benzodiazepinen. Het is van belang om polyfarmacie zoveel mogelijk te voorkomen.

Benzodiazepinen

Benzodiazepinen zijn af te raden bij de behandeling van PTSS. Deze middelen worden vaker gegeven als anxiolyticum. Het heeft de voorkeur af te bouwen voor de start van de traumagerichte psychologische behandeling, omdat ze waarschijnlijk de kans op succes verlagen. Bij PTSS-patiënten werden diverse negatieve effecten gevonden van het gebruik van benzodiazepinen: meer ernstige symptomen van PTSS, depressie, agressie en middelengebruik.

Bron: Guina, J., Rossetter, S.R., DeRhodes, B.J., Nahhas, R.W. & Welton, R.S. (2015). Benzodiazepines for PTSD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Practice*, 21(4), 281-303.

Duur medicatie

De algemene aanbeveling is om de medicatie ten minste 12 weken in voldoende hoge dosering te gebruiken. Wisselen van medicatievormen of het verhogen van de dosis kan nuttig zijn. Aanbevolen wordt om als terugvalpreventie de farmacotherapie voort te zetten, nadat de symptomen verbeteren, voor een periode van 9 tot 12 maanden. De optimale duur van farmacotherapie bij PTSS is niet bekend.

Chroniciteit stoornis

Bij de keuze van farmacotherapie is het van belang om de duur van de stoornis en de eerder toegepaste interventies mee te wegen. Dit geldt voor de keuze van middelen, maar ook voor de doseringsevolutie. Overweeg ook een combinatie van middelen, zoals 2 SSRI's of andere combinaties.

Monitoring

Monitor de effecten van ondersteunende medicatie in overleg met de voorschrijver, zorgverlener en patiënt. Bouw niet-effectieve medicatie af en voorkom polyfarmacie (stapeling van medicijnen).

Medicatie bij kinderen met PTSS

Voor zowel kinderen van 7 jaar en ouder als voor jongere kinderen is de eerstekeusbehandeling een psychologische. Er is bij jonge kinderen nog nauwelijks wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de werking en bijwerkingen van psychofarmaca. Geef aan kinderen van 7 jaar en ouder tot aan de adolescentie geen psychofarmaca als monotherapie bij PTSS.

Medicatie bij Persisterende Complexe Rouwstoornis (PCRS)

Onderzoek

Onderzoek: In een studie zonder controlegroep kwam naar voren dat gebruik van bupropion gepaard ging met afname van depressieve klachten en rouwverschijnselen bij recent (<2 maanden) verweduwd (Zisook et al., 2001). Vergelijkbare bevindingen kwamen uit een studie met het middel escitalopram (Hensley et al., 2009). In de eerste, en voor zover bekend enige, grootschalige gecontroleerde studie naar medicamenteuze behandeling onderzochten Shear et al. (2016), de effecten van de combinatie van complicated grief treatment (psychotherapie) en citalopram (farmacotherapie)

heeft uitgewezen dat verschijnselen van de Persisterende Complexe Rouwstoornis (PCRS) sterker verminderden met psychologische behandeling dan met farmacotherapie. Onderzoeken naar farmacotherapie voor PCRS en rouwgerelateerde depressie zijn samengevat in Boelen en Smid, 2017.

Bron: Boelen, P.A. & Smid, G.E. (2017). Disturbed grief: prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *British Medical Journal*, 357. doi:10.1136/bmj.j2016.

Zij leveren bewijs voor de werkzaamheid en veiligheid van antidepressiva, waaronder de selectieve serotonine heropnameremmers citalopram, escitalopram en paroxetine, de tricyclische antidepressiva desipramine en nortriptyline, en bupropion. In de meeste studies was farmacotherapie gericht op depressie in plaats van PCRS en was de afname van depressiesymptomen groter dan die van rouwsymptomen. Niettemin zijn gunstige effecten van farmacotherapie voor zowel depressie als PCRS te verwachten, aangezien deze stoornissen overeenkomsten hebben in onderliggende mechanismen – bijvoorbeeld negatieve cognities en afgenomen activiteit.

In een grootschalige gecontroleerde studie

Bron: Shear, M.K., Reynolds, C.F., Simon, N.M., Zisook, S., Wang Y., Mauro C., Duan, N., Lebowitz, B. & Skritskaya, N. (2016). Optimizing Treatment of Complicated Grief: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 73, 685-694.

Boer, F. & Lindauer, R.J.L. (2012). Psychofarmacologie bij kinderen. In: O. van der Hart, R. Kleber, E. Vermetten (red.). *Handboek Posttraumatische stressstoornissen*, pp. 431-441. Utrecht: De Tijdstroom.

Kuester, A., Niemeyer, H. & Knaevelsrud, C. (2016). Internet-based interventions for posttraumatic stress: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 43, 1-16.

Sijbrandij M, Kunovski I, Cuijpers P. (2016). Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Depression and Anxiety*, 33(9), 783-791.

uit 2016 is citalopram alleen of placebo vergeleken met 'gecompliceerde rouwbehandeling' gecombineerd met citalopram of placebo. De resultaten laten zien dat citalopram de effecten van 'gecompliceerde rouwbehandeling' op depressie versterkte, maar niet die op PCRS, en dat citalopram alleen niet leidde tot substantiële afname van depressiesymptomen. Behandeling met antidepressiva kan daarom worden beschouwd als een aanvulling op psychologische behandeling van patiënten met PCRS. Het kan ook worden overwogen voor behandeling van comorbide

depressie indien deze gepaard gaat met ernstige beperkingen in functioneren, aanzienlijke klinische verslechtering of suïcidaliteit (voor meer informatie over medicamenteuze behandeling [zie hoofdstuk 10](#)).

Complementaire en aanvullende behandelingen

Als aanvulling op reguliere behandelwijzen gebruiken patiënten soms andere manieren om hun klachten te verminderen en hun kwaliteit van leven te vergroten. Het gaat hier om complementaire behandelwijzen, zoals homeopathie, natuurgeneeswijzen, antroposofische geneeswijzen, acupunctuur, yoga, meditatie en manuele geneeskunde. Patiënt en zorgverlener wisselen hierover informatie uit en bespreken de voor- en nadelen van het toepassen van complementaire behandelingen. Het is van belang dat zorgverleners open staan voor de initiatieven van hun patiënten. Ze horen daarbij de patiënt te wijzen op mogelijke schadelijke of onwenselijke gevolgen van deze behandelwijzen. Het blijft in alle gevallen van belang dat er geen verschillende behandelingen naast elkaar plaatsvinden zonder overleg tussen de betrokken behandelaars.

Vaktherapie

Vaktherapie is de overkoepelende naam voor beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie (PMT). Vaktherapie onderscheidt zich van de verbale therapieën door het methodisch en doelgericht gebruik maken van lichamelijke en creatieve vormen, waarbij de 'ervaring' een essentieel onderdeel vormt. De patiënt wordt geholpen om toegang te krijgen tot lichamelijke sensaties, herinneringen, gevoelens en emoties die niet direct verbaliseerbaar zijn. Uit een achterban-enquête onder ervaringsdeskundigen komt naar voren dat men onverdeeld positief is over vaktherapieën en deze als waardevol zien, vooral als patiënten nog niet goed in staat zijn om over hun trauma's te praten ([zie Bijlage 11](#)).

Vaktherapeutische behandelvormen werken via verschillende ingangen en op verschillende manieren. De keuze voor de specifieke vorm van vaktherapie moet aansluiten bij de doelstellingen van de behandeling en bij de affiniteit van de patiënt. Het is dan ook belangrijk om de verschillende behandel mogelijkheden met de patiënt te bespreken. Alle vormen van vaktherapie kunnen zowel individueel als in groepsvorm worden aangeboden. Van alle vaktherapeutische behandelvormen worden psychomotorische therapie en beeldende therapie het meest gebruikt bij traumabehandeling (voor een omschrijving van alle vaktherapeutische behandelvormen [zie generieke module Vaktherapie](#)).

Vaktherapeutische behandelingen, in het bijzonder psychomotorische therapie en beeldende therapie, maken in vrijwel alle topreferente traumacentra en overige instellingen met een specifieke zorglijn psychotrauma geïntegreerd deel uit van de multidisciplinaire behandeling. Het belang van de experiëntiële behandelinstek die vaktherapie biedt als onderdeel van de multidisciplinaire traumabehandeling, wordt in de praktijk van de hulpverlening onderkend en wordt ook steeds meer in systematische reviews en meta-analyses bevestigd. De behandelvormen worden dus door patiënten, klinici en onderzoekers van belang geacht en hoog gewaardeerd.

Combinatie van vaktherapieën en multidisciplinaire behandeling

Meestal wordt patiënten een combinatiebehandeling geboden. Dat kan gaan om verschillende combinaties tussen of binnen farmacotherapie, psychologische behandelingen, sociotherapie en

vaktherapieën. In het vaktherapeutisch aanbod wordt via de driehoek 'denken-voelen-handelen' niet het denken en de cognitie, maar juist het voelen en handelen als insteek genomen (bottom-up) om uiteindelijk ook de cognitieve integratie te bevorderen.

Bron: van de Kamp, M. M., Scheffers, M., Hatzmann, J., Emck, C., Cuijpers, P., & Beek, P. J. (2019). Body-and Movement-Oriented Interventions for Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of traumatic stress*, 32(6), 967-976.

Een combinatie van vaktherapieën, bijvoorbeeld PMT en beeldende therapie, lijkt betere resultaten te geven dan de therapieën afzonderlijk.

Bron: Aerts, L. C., Busschbach, J. T., & Wiersma, D. (2011). Vaktherapie in Noord Nederland: een beschrijving van de beroepspraktijk, behandelresultaten en tevredenheid van patiënten met vaktherapie binnen de noordelijke geestelijke gezondheidszorg. *RGOc*.

Zo kunnen patiënten op verschillende manieren het contact met het eigen lijf en de omgeving herstellen en aan hun doelen werken, zoals het aangeven van grenzen.

Bron: Hensbroek, W. & Nissen, I. (2014). Mijn grens? Mijn grens! Een vaktherapeutisch groepsaanbod voor vrouwen met een complexe posttraumatische stressstoornis. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 10 (2), 53-60.

Onder andere Drozdek en Bolwerk (2010) toonden aan dat de diversiteit en hoeveelheid vaktherapie positief samenhangt met de behandeluitkomst in een groepstherapeutisch multidisciplinair deeltijdaanbod voor vluchtelingen en asielzoekers.

Bron: Drozdek, B. (2013). If you want to go fast go alone, if you want to go far go together. On context sensitive group treatment of asylum seekers and refugees traumatized by war and terror. (Proefschrift). Utrecht: Universiteit Utrecht.

In vaktherapeutische behandelingen kan ook met het systeem gewerkt worden. Hierdoor kunnen naasten betrokken worden, kunnen negatieve interactieproblemen doorbroken worden en kunnen vertrouwen en veiligheid gecreëerd worden.

Bron: Gaaikema, E. (2014). Een trauma heb je niet alleen. Systemisch werken met beeldende therapie. Tijdschrift voor Vaktherapie, 10(4), 48-53.

Ook maakt vaktherapie in diverse centra deel uit van de Multi Family Therapy.

Innovatieve en experimentele behandelingen

Er zijn vele innovaties op gebied van behandeling van PTSS. Deze strekken zich uit van psychologische experimentele behandelingen tot medicamenteuze en combinatie-behandelingen. Vanwege de snelle ontwikkeling in behandelvormen voor PTSS is een aantal veelbelovende behandelingen beschikbaar die echter nog beperkt wetenschappelijk op effect onderzocht zijn. Dat wil zeggen: er is geen goed gecontroleerd onderzoek beschikbaar van meerdere onafhankelijke onderzoeksgroepen, de behandelingen zijn getest in een beperkte populatie, ze zijn nog niet afgezet tegen eerstekeusbehandelingen of ze zijn minder effectief bevonden dan eerstekeusbehandelingen. Wel zijn ze al op werkzaamheid onderzocht in reviews, enkele RCT's en meta-analyses. Het gaat dan met name om:

- Mindfulness
- Hypnotherapie
- Present Centered Therapy
- Kortdurende Psychodynamische Therapie
- Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
- Sensorimotorische therapie

Innovatief zijn ook de behandelingen waarbij technologie ingezet wordt. Sommige van de hieronder genoemde ontwikkelingen worden ingezet in een secundaire preventieve situatie. Andere zijn gericht op behandeling van PTSS.

eHealth of e-Mental health

Computerondersteunde therapie met avatars als coach bevindt zich in een experimenteel stadium, net als behandeling op afstand. Ook ondersteuning van en behandeling met wearable devices maakt een ontwikkeling door. Deze kunnen worden ingezet als ondersteuning van een behandeling of soms om klachten te objectiveren, zoals slaap- en stressreactiviteit. Ten slotte worden de mogelijkheden voor VRET (virtual reality therapie) groter. Daarin kan de patiënt een virtuele wereld nabouwen waarin de exposure kan worden nagebootst (zie voor meer informatie de [generieke module eHealth](#)).

3MDR (multimodal motion-assisted memory desensitization and reconsolidation)

Deze in Nederland ontwikkelde behandeling is gericht op cognitieve vermijding en maakt gebruik van een loopband om de patiënt gelegenheid te geven met multimodale ondersteuning (beeld, geluid) een maximale exposure te ervaren.

Farmacotherapie

- Momenteel worden diverse farmaca onderzocht op hun effectiviteit. We noemen

endocannabonoïden en ketamine, maar ook glucocorticoïdereceptor-antagonisten, substance-P-antagonisten, 3,4-methyleendioxyamfetamine (MDMA) en NPY-antagonisten. Onderzocht wordt ook op welke manier deze middelen kunnen worden toegediend. Een intranasale toediening lijkt een veelbelovende vorm voor sommige van deze middelen.

- Golden hour benadering – Hierbij krijgen patiënten medicatie net nadat ze een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt of medicatie wordt toegevoegd aan een evidence-based behandeling met exposure. Het doel is de reconsolidatie van het labiele geheugen te beïnvloeden die tijdens en net na een traumatische gebeurtenis of bij een psychologische behandeling optreedt. Er wordt geëxperimenteerd met middelen als D-cycloserine, ketamine, propranolol en oxytocine. De effecten hiervan zijn wisselend en deze middelen worden nog niet aanbevolen voor de klinische behandelpraktijk.

Repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS)

rTMS is magnetische hersenstimulatie om de communicatie tussen verschillende hersengebieden te verbeteren. rTMS (>10 Hz) is in een aantal dubbelblinde RCT's effectiever gebleken dan placebo-rTMS bij patiënten met een moeilijk toegankelijke PTSS.

Bron: Cohen, H., Kaplan, Z., Kotler, M., Kouperman, I., Moisa, R. & Grisaru, N. (2004). Repetitive transcranial magnetic stimulation of the right dorsolateral prefrontal cortex in posttraumatic stress disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 161(3):515-524.

Isserles, M., Shalev, A.Y., Roth, Y., Peri, T., Kutz, I., Zlotnick, E. & Zangen, A. (2013). Effectiveness of deep transcranial magnetic stimulation combined with a brief exposure procedure in post-traumatic stress disorder—a pilot study. *Brain Stimulation*, 6(3):377-383.

Nam, D.H., Pae, C.U. & Chae, J.H. (2013). Low-frequency, Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for the Treatment of Patients with Posttraumatic Stress Disorder: a Double-blind, Sham-controlled Study. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 11(2), 96-102.

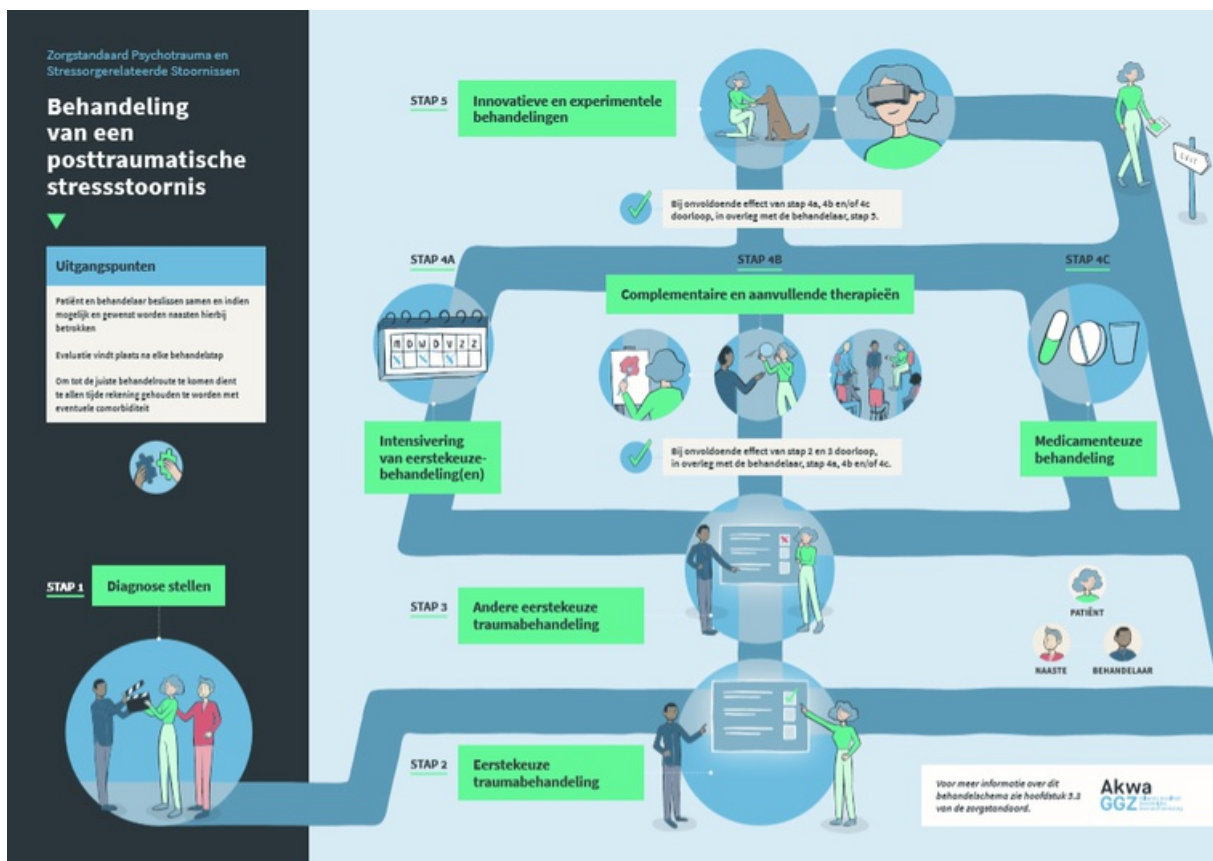
Hoewel er nog geen directe vergelijkingsstudies met medicatie of psychologische behandeling zijn gedaan, zijn de resultaten voldoende eenduidig om rTMS als behandeling te overwegen bij patiënten met een PTSS wanneer de eerstekeusbehandelingen niet tot voldoende verbetering hebben geleid.

7.3.3 Terugvalpreventie

Wanneer voldoende herstel is bereikt, stelt de patiënt onder begeleiding van de behandelaar een terugvalpreventieplan op. Dit is een plan op maat, waarmee patiënten leren alert te zijn op signalen voor terugval en op risicovolle situaties zoals het opnieuw meemaken van een traumatische gebeurtenis. Zelf signaleren is de eerste stap om anders te leren omgaan met de signalen dan voor de start van de behandeling. In het plan staat ook bij wie patiënten terecht kunnen bij een (dreigende) terugval. Overweeg ook patiënten te attenderen op eHealth-modules als tools voor terugvalpreventie.

Stimuleer ze actief met de eigen gezondheid aan de slag te blijven. Patiënten krijgen het terugvalpreventieplan bij voorkeur schriftelijk mee naar huis bij afronding van de behandeling. Stel de huisarts op de hoogte van dit plan en deel het bij voorkeur ook met het systeem van de patiënt.

7.3.4 Behandelstroomschema van PTSS



Op basis van zowel internationale richtlijnen als practice based evidence en het principe van matched care zijn de aanbevolen behandelingen van PTSS hierboven weergegeven in een stroomschema.

Toelichting op het stroomschema

Goede diagnostiek en, indien van toepassing, een evaluatie van eerdere traumagerichte behandelingen zijn van belang wanneer een patiënt in zorg komt. Ook gedurende het behandeltraject blijft het nodig om na elke stap te evalueren.

Om als patiënt een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde behandeling dan wel behandelroute is het nodig dat hij voldoende kennis heeft over zijn problematiek en de behandel mogelijkheden. Om deze reden is doorlopende psycho-educatie van groot belang. Zo wordt gewaarborgd dat de patiënt de regie houdt over zijn behandelproces.

De eigen regie voeren over het behandelproces behelst tevens dat de patiënt zijn behandelingen kiest in overleg met de behandelaar. Daarbij rekening houdend met de onderzoeksbevindingen wat betreft de doelmatigheid en effectiviteit van behandelingen bij bepaalde doelgroepen. De patiënt en behandelaar beslissen dus samen welke behandelingen gepast en gewenst zijn. Dit kan ook betekenen dat in overleg besloten wordt van de standaard behandelroute af te wijken, indien dit

passend blijkt te zijn. Wanneer de patiënt voldoende herstel heeft bereikt wordt samen met de behandelaar een terugvalpreventieplan opgesteld.

Ten slotte worden bij voorkeur ook naasten betrokken in het besluitvormingsproces.

Comorbiditeit

Hoewel de aanwezigheid van andere aandoeningen in principe geen reden is om geen traumagerichte behandeling te geven, wordt bij middelenafhankelijkheid, psychotische stoornissen en een borderline persoonlijkheidsstoornis een geïntegreerde behandeling aanbevolen. Let wel op: bij ernstige suïcidaliteit worden voorafgaand aan traumagerichte behandeling interventies uitgevoerd gericht op het verminderen van de suïcidaliteit (zie [Bijlage 7](#)).

Stap 1

Diagnose stellen.

Stap 2

Als eerste psychologische behandeling kan worden gekozen voor:

- (Imaginaire) Exposure (IE)/Prolonged Exposure (PE)
- Cognitieve Therapie (CT) en Cognitive Processing Therapy (CPT)
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
- Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT)
- Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP)
- Narratieve Exposure Therapy (NET)
- Schrijftherapie (bijvoorbeeld Interapy)
- Imaginaire Rescripting (ImRs)

De keuze voor een specifieke behandeling maken behandelaar en patiënt samen op basis van de behandelwensen van de patiënt en de algemene indicatiecriteria. Houd daarbij rekening met de onderzoeksbevindingen over deze therapieën wat doelmatigheid en effectiviteit bij bepaalde doelgroepen betreft ([zie Bijlage 8](#)). Afhankelijk van de gekozen behandeling vindt gemiddeld na 8 tot 16 weken evaluatie plaats.

De behandelaar geeft bij voldoende klachtenreductie terugvalpreventie aan de patiënt voordat het behandeltraject wordt afgesloten. Evalueer behandelresultaten met PTSS-specifieke meetinstrumenten ([zie Bijlage 5](#)).

Stap 3

Wanneer de eerst gekozen psychologische behandeling niet aanslaat, wordt bij voorkeur een andere aanbevolen psychologische behandeling gegeven.

Analyseer wanneer de eerste behandelstap onvoldoende resultaat heeft opgeleverd wat de mogelijke redenen hiervoor zijn. Betrek hierin ten minste de volgende factoren:

- Dosering: is er minstens eenmaal per week een sessie binnen een aaneengesloten periode van vier maanden aangeboden?

- Gebruikte methode van de behandeling: sluit de werkwijze van de eerste psychologische behandeling wellicht niet aan bij de voorkeuren, mogelijkheden en context van de patiënt? Indien dit het geval blijkt kies dan in deze stap voor een psychologische behandeling met een andere werkwijze.
- Expertise en ervaring van de therapeut en werkrelatie met therapeut: heeft de therapeut of instelling wel voldoende expertise/ervaring om de problematiek van de patiënt adequaat te behandelen? Indien blijkt dat dit niet het geval is strekt het tot de aanbeveling de behandeling over te dragen aan een gespecialiseerde PTSS-therapeut of een gespecialiseerde instelling.
- Comorbiditeit: is er wel voldoende onderzoek gedaan naar eventuele comorbide problematiek?

Stap 4

Na twee psychologische behandelingen doorlopen te hebben met onvoldoende resultaat wordt opschaling van de zorg aangeraden. Het verdient aanbeveling om op dit moment consultatie te overwegen van een (hoog) specialistisch (TOPggz) trauma-instituut of een ervaren en erkende psychotraumatherapeut. Tevens blijft tussentijdse diagnostische evaluatie en samen beslissen van belang. Onder opschaling van de zorg wordt het volgende verstaan:

- Intensieve traumagerichte behandeling, waarin de psychologische behandelingen uit stap 2 en 3 in een intensieve vorm (bijvoorbeeld meerdere traumagerichte sessies per week) worden uitgevoerd. Intensievere dosering blijkt vaak effectief. Dit kan vaak ambulante of klinische worden toegepast.
- Ook kan ervoor gekozen worden om aanvullende therapieën in te zetten, bijvoorbeeld in de vorm van vaktherapie(en).
- Tenslotte kan ervoor gekozen worden om met farmacotherapie te starten als aanvulling op de psychologische behandeling (voorkeur) of als monotherapie.

Ook deeltijdbehandeling of klinische behandeling, waar meerdere behandel disciplines de diversiteit aan problematiek kunnen aanpakken, kan soms nodig zijn.

Stap 5

Als de behandeling volgens de geldende richtlijnen onvoldoende leidt tot verbetering van de klachten, sta dan als behandelaar open voor andere behandelwijzen. Uit de achterbanraadpleging komt naar voren dat mensen die niet verder kwamen met de hiervoor beschreven behandelmethoden, baat hebben gehad bij bijvoorbeeld yoga, meditatie, dialectische gedragstherapie, sensorimotor psychotherapie en ook van dierondersteunde therapie of een hulphond ([zie Bijlage 11](#)). Bovendien gaan de ontwikkelingen van nieuwe behandelmethoden bij trauma heel snel. De behandelaar loopt het risico een veelbelovende techniek niet te benutten als hij teveel focust op een richtlijn die niet anders dan een momentopname kan zijn. Ga in gesprek met de patiënt en vraag naar diens wensen. Leg de voor- en nadelen uit van de aanvullende behandeling. Zoek samen naar mogelijke alternatieven en zorg voor een passende verwijzing als de hulpvraag van de patiënt niet langer aansluit bij de expertise van de behandelaar.

Therapieresistentie

Dat een combinatie van bovenstaande behandelingen niet aanslaat bij de patiënt is alleen goed vast te stellen wanneer dit op systematische wijze plaatsvindt, bij voorkeur met een gestructureerd interview (bijvoorbeeld naar therapieresistentie) en na raadpleging van onafhankelijke PTSS-experts

die niet actief bij de behandeling betrokken zijn geweest. Ga vervolgens in gesprek met de patiënt, leg de bevindingen uit en vraag naar de wensen van de patiënt. Zoek samen naar mogelijke alternatieven.

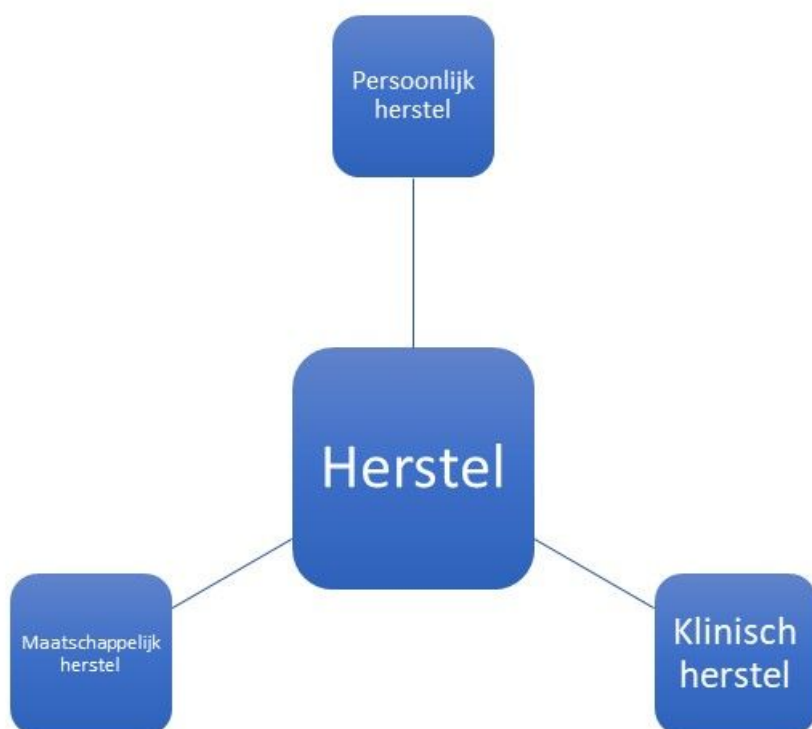
Bron: Dunlop, B. W., Kaye, J. L., Youngner, C. & Rothbaum, B. (2014). Assessing treatment-resistant posttraumatic stress disorder: The Emory treatment resistance interview for PTSD (E-TRIP). *Behavioral Sciences*, 4(4), 511-527.

8. Herstel, participatie en re-integratie

Autorisatiedatum 01-12-2020 Beoordelingsdatum 01-12-2020

8.1 6.1 Inleiding

Voor het kader van de visie op herstel en herstelondersteuning in het algemeen verwijzen we naar de [Generieke Module Herstelondersteuning](#). Psychische aandoeningen hebben invloed op de identiteit, het zelfbeeld en zelfvertrouwen van een persoon. Doorgaans hebben ze ingrijpende gevolgen voor de sociale relaties en rollen van mensen. Herstel van een psychische aandoening, ook van een Psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis, gaat dus niet alleen om vermindering van ziekteverschijnselen (klinisch herstel), maar ook om herstel van identiteit, zelfbeeld en zelfvertrouwen (persoonlijk herstel) en herstel van sociale relaties en rollen (maatschappelijk herstel). Herstelondersteunende zorg biedt handvatten voor de verschuiving van klachtreductie naar een breder begrip van herstel: het hervinden van verbinding, hoop, identiteit, zingeving en empowerment.



8.2 Herstel

Praktische toepassing van herstelondersteuning

Herstelondersteuning kenmerkt zich door principes die in verschillende interventies gehandhaafd kunnen worden. Daarnaast bestaan er herstelondersteunende interventies die zich specifiek richten op het hervinden van de persoonlijke identiteit en het hernemen van de regie over het leven.

Bron: Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4),11.

Vanaf de intake moet er aandacht zijn voor de doelen die een patiënt heeft op verschillende domeinen van herstel. Het is hiervoor van belang om naast een klachteninventarisatie nauwkeurig uit te vragen welke beperkingen en veranderingen er in het dagelijks leven zijn opgetreden en hoe deze zoveel mogelijk hersteld kunnen worden. Deze inventarisatie loopt continu door, omdat hersteldoelen tijdens de behandeling kunnen veranderen. Wanneer hersteldoelen zijn geobjectiveerd, is het uiteraard belangrijk om een koppeling te maken met het best passende aanbod. Omdat herstelgerichte vraagstukken ook buiten het klinisch domein kunnen vallen, bieden ze niet altijd een pasklaar antwoord. Het is daarom van belang de indicatie samen met de patiënt te maken. Dit kan leiden tot een uitbreiding van het zorgaanbod maar ook tot een doorverwijzing naar een andere professional, instantie of betrokkene.

8.2.1 Principes van herstelondersteunende zorg

Herstelondersteunende zorg kenmerkt zich door de volgende principes:

Uniciteit en flexibiliteit: het individuele en dus unieke herstelproces van patiënten staat centraal. De leefwereld, het levensverhaal, de wensen en de prioriteiten van de persoon zijn leidend. Evenals de eigen krachten, de eigen ervaringsdeskundigheid en hulpbronnen in de directe omgeving. Dit kan inhouden dat er moet worden afgeweken van geprotocolleerde interventies en een out of the box aanpak wordt toegepast.

Empowerment: de eigen regie van patiënten staat centraal. Dit wordt gefaciliteerd door patiënten een actieve rol in hun behandeltraject te geven, bijvoorbeeld door middel van eHealth en shared decision making. Heb hierbij oog voor de capaciteiten van de patiënt.

Samenwerking: herstel wordt gefaciliteerd door een gevarieerd netwerk zowel binnen de ggz als in het sociale en maatschappelijke domein. Hieronder vallen niet alleen professionals maar ook naasten, lotgenoten en ervaringsdeskundigen.

Bejegening: de attitude van de zorgverlener speelt een sleutelrol. Het spreken van een gemeenschappelijke taal, waarin zowel de zorgverlener als de patiënt zich goed kan uitdrukken, is cruciaal. De basishouding van de zorgverlener kenmerkt zich door:

Bron: Boevink, W., Prinsen, M., Elfers, L., Droes, J., Tiber, M. & Wilrycx, G.K.M.L. (2009). Herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 18(1), 42-54.

- Hoop en vertrouwen in de patiënt
- Presentie (aandachtig aanwezig zijn)

- Ruimte maken voor het verhaal van de patiënt
- Empowerment van de patiënt en diens netwerk
- Benutten van de ervaringskennis en het netwerk van de patiënt
- Bescheidenheid ten aanzien van het professionele referentiekader en de gelijkwaardigheid van zorgverlener en patiënt.
- Gericht op reductie van lijden en het vergroten van autonomie van de patiënt.

8.2.2 Specifieke herstelondersteunende zorginterventies voor psychotraumatische stoornissen

Behalve een herstelgerichte aanpak, die afzonderlijke interventies overstijgt, bestaan er modules die zich specifiek richten op maatschappelijk en persoonlijk herstel. Kenmerkend voor dergelijke modules is de focus op het hernemen van de regie over het eigen leven door aan persoonlijke doelen te werken. Afhankelijk van de hulpvraag en doelen van de patiënt kunnen deze modules ingezet worden, aanvullend of los van klachtgerichte behandeling.

Herstelondersteunende zorg wordt nog niet zo lang toegepast. Hierdoor ontbreekt tot op heden wetenschappelijk bewijs voor specifieke herstelgeoriënteerde modules voor Psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornissen. Desondanks worden specifieke herstelgerichte modules gebruikt en zijn de klinische resultaten positief.

Bron: Smid, R. & Vermin, S. Na de vlucht.

<http://www.equatorfoundation.nl/sites/default/files/domain-24/Na%20de%20vlucht.pdf>

8.2.3 Herstelondersteunende zorg in traumabehandelingen

Via de psychotraumabehandelprotocollen worden de uitgangspunten van herstelondersteunende zorg verwerkt in de behandeling. Zo wordt bij prolonged exposure met in vivo exposure gewerkt aan het oppakken van dagelijkse bezigheden. Bij STAIR (Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation), een psycho-educatie- en vaardigheidstraining, worden doelen gesteld en gefaciliteerd als het gaat om het oppakken van activiteiten en op het interpersoonlijke vlak. Bij EMDR gebeurt dit door het bewerken van flashforwards en de installatie van een zogenoemd future template. Bij BEPP vindt dit plaats in de fase van betekenisgeving en integratie.

8.3 Participatie in de samenleving

Participatie in de samenleving, maatschappelijk herstel, draagt bij aan de weerbaarheid en kwaliteit van leven. Daarom wordt in de behandeling aandacht besteed aan zowel het herdefiniëren van participatiemogelijkheden – waar deze door de klinische draaglast is veranderd – als wel het behouden en vergroten van participatie waar patiënten een tekort ervaren. Herstelondersteuning betekent ook met de patiënt en diens naasten de behoeften, mogelijkheden en kansen op een rij zetten en doelen stellen. Vervolgens moeten deze doelen omgezet worden in concrete acties. Samenwerking met partners binnen het sociaal domein en het persoonlijke netwerk van patiënten is

hierbij van cruciaal belang.

Vluchtelingen met PTSS zijn bij uitstek extra belast. Dit omdat zij naast de draaglast van hun psychische klachten een taak hebben om te integreren in een nieuwe samenleving, waarbij hun oorspronkelijke sociaal kapitaal (deels) buiten hun bereik ligt.

8.4 Re-integratie in het werk

Om succesvol en duurzaam herstel te bewerkstelligen is (re-)integratie in de samenleving, onder meer via het werk, van cruciaal belang. Re-integratie in werk is een uiting van maatschappelijk herstel en interacteert met verschillende aspecten van persoonlijk herstel, zoals verbondenheid, empowerment en zingeving aan het leven (zie ook de [generieke module Herstelondersteuning](#)). Patiënten kunnen tijdens hun re-integratie te maken krijgen met allerlei problemen zoals discriminatie, stigmatisering, opvlammen van eigen angsten en onzekerheden enzovoorts. Het is zaak om de remmende werking hiervan zoveel mogelijk te beperken. De herstelondersteuning is vooral toegespitst op de persoonlijke aandachtspunten. Het is van belang om samen te kijken hoe de meest optimale werkomstandigheden gecreëerd kunnen worden.

Patiënten hebben een extra uitdaging als zij een psychotraumatische stoornis hebben ontwikkeld door werkgerelateerde traumatisering. Re-integratie op de werkvloer is dan verbonden met confrontatie met herinneringen aan het trauma.

Bron: Contouren verbeterd stelsel beroepsziekten, beroepsincidenten en dienstongevallen. Kamerstuk 29628, nr. 945. 23 april 2020.

Aandacht voor deze drempels is vanaf het begin van de behandeling van groot belang (zie [generieke module Daginvulling en participatie](#)).

9. Generieke modules

Autorisatiedatum 01-12-2020 Beoordelingsdatum 01-12-2020

9.1 Generieke modules / Generieke zorg

Generieke modules beschrijven vanuit het patiëntenperspectief zorg die voor meerdere psychische stoornissen relevant kan zijn. Een generieke module beschrijft de zorg die toepasbaar kan zijn in een bepaalde fase of in meerdere fasen van de zorg.

Deze zorgstandaard heeft raakvlakken met de volgende generieke modules.

- Comorbiditeit
- Stemmen horen
- Diversiteit
- eHealth
- Herstelondersteuning
- Organisatie van zorg voor kind en jongere
- Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz (LGA)
- Psychische klachten in de kindertijd
- Bijwerkingen
- Psychotherapie
- Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek
- Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag
- Vaktherapie
- Zelfmanagement
- Zorg voor ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek en hun (volwassen) kinderen (KOPP/KOV).

10. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 01-12-2020 Beoordelingsdatum 01-12-2020

10.1 Zorgstandaard-onafhankelijke aspecten

De ggz richt zich op het herstellen of stabiliseren van mensen met psychische aandoeningen. Zij biedt zorg waar dat noodzakelijk is, maar niet meer dan nodig is. De ggz biedt in beginsel samenhangende zorg waarin de huisartsenzorg, de bedrijfsartsenzorg, de generalistische basis ggz (GB GGZ), specialistische ggz (S GGZ) en hoogspecialistische ggz (HS GGZ) mensen met een psychische aandoening of klachten snel en effectief behandelen.

Veel aspecten van de organisatie van de zorg zijn zorgstandaardonafhankelijk en gelden voor de meeste stoornissen.

Vanzelfsprekend spelen de patiënten, en zo mogelijk hun naasten, een belangrijke rol in het zorgproces.

- Deel met de patiënt onder andere een uitvoerige voorlichting/psycho-educatie, gedeelde besluitvorming van de achtereenvolgende stappen in het zorgproces en een duidelijke evaluatie van de zorg per stap.
- Patiënten hebben recht op onpartijdige, gestandaardiseerde voorlichting over de behandelkeuzen van eerste keus (zie thuisarts.nl).
- Patiënten hebben het recht om de behandeling van hun voorkeur te ontvangen, binnen de grenzen van de eerstekeusbehandelingen.

Waarborg strikt de privacy van de patiënt. Zeker bij getraumatiseerde patiënten spelen gevoelens van onveiligheid en wantrouwen vaak een belangrijke rol. Leef de privacyregels goed na, zeker waar het gaat om samenwerking met andere instanties. Het niet goed bewaken van de privacy kan spanning opleveren in samenwerking met instanties en de daarvoor benodigde informatieoverdracht.

Echelonnering

De ggz is ingedeeld in een aantal echelons, met als doel lichtere vormen van zorg in te zetten waar dit kan en zwaardere vormen van zorg waar dit moet.

- De huisartsenzorg, waarin samenwerking met de praktijkondersteuner (POH-ggz). Deze zorg is voor patiënten met licht tot matig ernstige psychische klachten. Een DSM-classificatie is niet noodzakelijk.
- De generalistische basis ggz (GB GGZ) behandelt mensen met matige tot ernstige psychische problemen en met een laag gevaarsrisico. Een diagnostische classificatie volgens DSM is noodzakelijk voor vergoeding.
- De specialistische ggz (S GGZ) is er voor mensen met ernstige, complexe en risicovolle psychische stoornissen en ernstig disfunctioneren. Doorgaans gaat het om recidiverende stoornissen en vaak is er sprake van comorbiditeit. De hulpverlening is gespecialiseerd en is veelal multidisciplinair.

- De hoogspecialistische ggz (HS GGZ). HSggz is te beschouwen als derdelijnszorg. Dat betekent dat hoogspecialistische ggz niet onder de S GGZ valt. HS GGZ wordt wel uit hetzelfde financieringskader bekostigd als de S GGZ.

Het gaat in de HS GGZ vaak om patiënten die complexe problematiek hebben zoals blijkt uit:

1. Een hoge mate van ernst en/of comorbiditeit en/of complicaties zoals wordt vastgesteld in de eerste of tweede lijn, en/of;
2. Onvoldoende respons op gespecialiseerde behandeling in de tweede lijn;
3. Zeldzame (combinaties van) stoornissen waarvoor de richtlijnen nog geen soelaas bieden.
4. Problemen die complexe interventies of kennis vereisen of waarvoor kennis nodig is die elders in Nederland niet aanwezig is vanwege het bijzondere karakter van de hulpvraag.

Wachttijden

Voor de wachttijden zijn de Treeknormen leidend. Soms wordt (met toelichting) afgeweken van deze normen. De wachttijden zijn voor iedere instelling en vrijgevestigde praktijk openbaar en moeten vermeld staan op de website van de instelling of praktijk.

10.2 Zorgstandaardafhankelijke aspecten

Matched care

Het uitgangspunt van matched care is dat patiënten direct de juiste, benodigde zorg verkrijgen, niet meer en niet minder. Als iemand zich met klachten meldt, moet aan het begin van het zorgproces worden ingeschat welk type zorg de patiënt nodig heeft, zodat hij op het goede punt in de keten hulp krijgt. Soms is direct duidelijk dat een patiënt aan huisartsenzorg met ggz-ondersteuning (POH GGZ) of de GB GGZ voldoende heeft. Bij sommige patiënten wordt al snel duidelijk dat meer specialistische zorg nodig is (S GGZ of HS GGZ). Bijvoorbeeld vanwege specifieke, complexe traumatiseringsachtergronden die gespecialiseerde behandeling vragen, of omdat er sprake is van veel comorbiditeit of andere vormen van complexiteit, of omdat een hoog risico op complicaties aanwezig is. In dat geval zal een patiënt naar gespecialiseerd aanbod worden doorverwezen.

Privacy

Bij getraumatiseerde patiënten spelen nogal eens diverse procedures een rol. Bijvoorbeeld juridische procedures (asielprocedure, forensische procedures) of procedures rond pensioen en uitkeringen (voor bijvoorbeeld veteranen of politie). Vaak gaat het hierbij om gevoelige informatie die ook belastend kan zijn voor de patiënt.

- Ga hier in goed overleg met de patiënt mee om.
- Geef de behandeling transparant weer, bij voorkeur met behandelpladen en zorgpladen (in geval van instellingen) die voor de patiënt en diens omgeving duidelijk te begrijpen zijn. Deze pladen beschrijven de interventies, maar ook de gemaakte keuzes en het tijdpad.
- Communiceer duidelijk de verwachtingen van de behandeling: het traject, de te verwachten uitkomst en de behandelresultaten.

10.2.1 Samenwerking en de zorgketen

Organisatie zorg PTSS: traumacontext van belang

Traumagerelateerde stoornissen hebben een eigen plek in de psychiatrische classificatie en diagnostiek omdat zij gedefinieerd zijn als cluster van symptomen gerelateerd aan een externe causale factor. Dit heeft consequenties voor de bejegening en de (organisatie van de) zorg.

Trauma heeft vaak een maatschappelijke impact – bijvoorbeeld bij calamiteiten en rampen en ook bij politie, militairen en vluchtelingen – maar vanzelfsprekend ook een individuele impact. Iemand is namelijk iets verschrikkelijks aangedaan of overkomen. Dit leidt veelal tot angst in relatie met anderen en tot geschonden vertrouwen. Bij de zorg gaat het vaak niet alleen om de classificatie of diagnose, maar vooral ook om de traumacontext, en met name de aard en achtergrond van de traumatisering. De organisatie van zorg moet hiermee ook rekening houden. Een behandelaar heeft bij militairen met PTSS doorgaans specifieke kennis op andere terreinen nodig dan bij patiënten die PTSS hebben ontwikkeld door mishandeling of seksueel misbruik in hun jeugd. Daarom is de zorg voor getraumatiseerde patiënten niet alleen georganiseerd rond de classificatie (PTSS), maar ook rond de traumacontext of patiëntendoelgroep. Veel instellingen en enkele vrijgevestigden hebben een zorgaanbod voor specifieke patiëntengroepen, zoals getraumatiseerde vluchtelingen, patiënten met vroegkinderlijke traumatisering, getraumatiseerde veteranen/militairen, politiefunctionarissen, enzovoort.

Huisartsenzorg

Herkenning is een noodzakelijk voorwaarde voor de juiste vorm van hulpverlening, zie [Vroege onderkenning en preventie](#) en [Diagnostiek en monitoring](#). Naast zelfhulp, bijvoorbeeld via internet, zoekt iemand met traumagerelateerde klachten doorgaans allereerst hulp bij de huisarts. De huisarts dient de traumagerelateerde klachten te herkennen en vervolgens de problematiek te beoordelen, zowel de ernst en complexiteit van de klachten als de achtergrond en aard van het trauma. Hij kan hiervoor een beroep doen op de POH GGZ of gebruik maken van consultatie door de basis- of (hoog)specialistische ggz.

Soms is er sprake van een acuut trauma, bijvoorbeeld bij recente geweldsmisdrijven, huiselijk geweld, aanrandingen of seksueel misbruik

bij recente geweldsmisdrijven, huiselijk geweld, aanrandingen of seksueel misbruik:

Bij levensdelicten of wanneer iemand slachtoffer is geworden van ernstige geweldsmisdrijven en/ of seksuele misdrijven kan te allen tijde een casemanager van Slachtofferhulp worden ingezet (zie <https://www.slachtofferhulp.nl/casemanagement/>).

. Andere keren heeft een traumatiserende gebeurtenis enige of zelfs geruime tijd geleden plaatsgevonden. In dat geval kan er sprake zijn van een al langer bestaande traumagerelateerde stoornis of bijvoorbeeld een uitgestelde PTSS. Ook de aard van de traumatiserende gebeurtenis of de aard van de specifieke patiëntengroep kan van invloed zijn op de keuze van de hulpverlening.

Hoe de huisarts handelt is ook afhankelijk van de duur en de context van de traumagerelateerde klachten. Via de huisarts is een generiek aanbod voor hulpverlening aan getraumatiseerde patiënten

beschikbaar. We noemen de volgen de voorbeelden van verwijzingstrajecten.

- Meestal schat de huisarts in of het huisartsenzorg blijft, bijvoorbeeld bij de POH GGZ. Dit kan zijn wanneer er een schokkende gebeurtenis heeft plaatsgevonden, maar nog relatief kort geleden (bijvoorbeeld enkele dagen na het trauma) of wanneer er slechts geringe klachten bestaan, bijvoorbeeld vooral piekeren of slecht slapen.
- De huisarts verwijst, eventueel in overleg met de POH GGZ, wanneer de klachten persisteren of verergeren.
- Bij doorverwijzen naar een ggz-behandelaar of ggz-instelling, kiest de huisarts bij voorkeur voor een behandelaar met ervaring met het behandelen van traumagerelateerde stoornissen.
- De huisartsenzorg is niet bedoeld voor langdurige intensieve begeleiding van chronische instabiele problematiek. De POH GGZ kan tijdelijk worden ingeschakeld bij de begeleiding, ook bij chronische, traumagerelateerde klachten en er nog geen vervolgtraject (FACT, sociaal team of iets dergelijks) is gestart. Bij stabiele problematiek kan er wel een 'vinger aan de pols' contact zijn.

Zowel gedurende als na afloop van een behandeltraject is tijdige en consequente terugkoppeling naar de huisarts van belang.

Specialistische traumahulpverlening

Soms is al direct duidelijk dat er sprake is van complexere psychotraumaproblematiek. Of specifieke karakteristieken van de patiëntengroep maken specifieke kennis en specialistische vormen van zorg nodig. Deze vormen van traumahulpverlening zijn vaak georganiseerd in specialistische centra of rond samenwerkingsketens. In de volgende situaties is specialistische traumahulpverlening aangewezen.

- Wanneer een slachtoffer van acuut geweld, fysiek of seksueel, bij de huisarts komt, dient deze direct een inschatting te maken hoe te handelen, (veelal) in samenwerking met andere medisch specialisten, met de GGD en met forensisch onderzoekers. Recent zijn voor meisjes/jongens en vrouwen/mannen die zijn verkracht in het gehele land Centra voor Seksueel Geweld opgericht. Deze centra begeleiden slachtoffers intersectoraal en multidisciplinair en vanuit één loket. Politie/OM, artsen, jeugdhulp en ggz-instellingen werken samen om tot één integraal en systemisch plan van aanpak te komen waarbij de veiligheid van het kind centraal staat.
- Voor volwassen patiënten met een vroegkinderlijk trauma, bijvoorbeeld langdurige incestervaringen, bestaan aparte gespecialiseerde behandelafdelingen of behandelcentra. Ook hier geldt het principe van matched care: soms is een lichte vorm van zorg voldoende, maar wanneer de klachten complex zijn is verwijzing nodig naar specialistische vormen van zorg. Er bestaan enkele HS GGZ instellingen voor psychotrauma, voor hoogspecialistische zorg en voor consultatie/second opinions.
- Voor actief dienende militairen en post-actieve veteranen is er een eigen netwerk van zorg. De militaire ggz (M GGZ) heeft diverse regionale vestigingen voor ambulante zorg, waaronder een vestiging die klinische zorg biedt. Daarnaast bestaat het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV). Hierop zijn diverse gespecialiseerde behandelcentra aangesloten voor zorg aan post-actieve veteranen (zie Bijlage 3).
- Politiefunctionarissen hebben diverse ingangen voor psychische traumagerelateerde hulp, bijvoorbeeld het Psychotrauma Diagnose Centrum (PDC). Zij werken nauw samen met een netwerk van psychotraumatherapeuten, verdeeld over het land (generalistische basis ggz). Verder is

er een beperkt specialistisch aanbod, zoals een intensief dagklinisch aanbod en intensieve klinische traumagerichte behandeling voor politiefunctionarissen.

- Vluchtelingen behoeven veelal specifieke hulp. Naast veelvuldige en vaak ernstige traumatisering in de voorgeschiedenis kampen zij ook met culturele verschillen, communicatieverschillen, problemen met integratie, met sociale marginalisatie en soms discriminatie. Zorg aan vluchtelingen wordt geboden vanuit de GB GGZ en de S GGZ, maar er zijn ook in deze patiëntengroep gespecialiseerde centra.

Organisaties buiten de ggz

Behalve ggz-zorgverleners of ggz-instellingen zijn zeer belangrijke hulpverleningsinstanties actief in de zorg aan getraumatiseerde mensen. Dit zijn onder andere: maatschappelijk werk (algemeen maar ook specifiek voor bijvoorbeeld geüniformeerden), verslavingszorg, welzijnsorganisaties, ouderenzorg, gemeentelijke Jeugdhulp, Veilig thuis, Vluchtelingenwerk, zelfhulpgroepen, BedrijfsOpvangTeams (BOT-teams; (<https://www.trauma-nazorggroep.nl/trauma-nazorg-groep-bedrijfs-opvang-team.php>), GGD, politie en justitie, forensische diensten, forensische zorg, vrijwilligersorganisaties, kenniscentra, crisisdiensten en de algemene (somatische) zorg.

10.2.2 Regievoering

Regiebehandelaar

Bij patiënten met meer complexe problematiek zijn vaak diverse zorgverleners betrokken bij de behandeling. Soms binnen één instelling, soms ook vanuit diverse instellingen. In zo'n geval neemt één behandelaar de rol van zorgcoördinator/regiebehandelaar op zich.

De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor het algehele behandelproces en is aanspreekpunt voor betrokkenen, zoals de patiënt, maar ook andere naasten zoals partner, familie en mantelzorgers. Als er maar één zorgverlener is, is deze per definitie ook de regiebehandelaar. Naast de regiebehandelaar kunnen ook andere behandel disciplines bij de behandeling worden betrokken zoals een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, een basispsycholoog of een agogisch werker. Deze professionals werken voor hun aandeel onder eigen verantwoordelijkheid.

De regiebehandelaar past bij het type behandeling en de doelgroep. De verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar zijn per echelon beschreven in het [model Kwaliteitsstatuut GGZ](#). Per setting verschilt welke beroepsgroepen regiebehandelaar kunnen zijn. De regiebehandelaar is BIG-geregistreerd en werkt volgens geldende beroepsprofielen. De onderscheiden beroepsprofielen maken duidelijk welke competenties of bekwaamheden iedere zorgverlener moet hebben. Behandeling in de ggz voor jongeren en kinderen onder de 18 jaar gebeurt op basis van de Jeugdwet. Het model Kwaliteitsstatuut is hier niet van toepassing.

10.3 Kwaliteitsbeleid

In het werken volgens de zorgstandaard staat het verlenen van de beste zorg voor iedere patiënt centraal. Transparantie in de zorgverlening, goede registratie van uitkomsten en benchmarking zijn middelen om deze zorg tot stand te brengen, te meten en te borgen. Bij voorkeur is het behandel aanbod beschreven volgens zorgpaden of zorgprogramma's. De waardering van patiënten

van de therapeutische relatie geeft een belangrijk inzicht in de kwaliteit van zorg. Om zorg en behandeling te toetsen voeren instellingen en vrijevestigden effectmetingen en tevredenheidsmetingen uit, zoals de CQ-index. Deze gegevens worden vervolgens bij de periodieke behandelbeoordelingen gebruikt om zonnodig de zorg aan te passen.

Op geaggregeerd niveau worden de gegevens, zowel kwantitatief (onder andere ROM) als kwalitatief beschreven en geanalyseerd. Zo vindt er een continue verbetering van het zorgproces plaats en wordt de kwaliteitscirkel (PDCA-cyclus) in de organisatie en inrichting van de zorg uitgevoerd. Dit kan het beste door rapportages (beschrijving en analyse) van de uitkomsten van metingen bij specifieke behandelprogramma's.

De zorgstandaard zelf is een hulpmiddel voor het steeds leveren van 'zorg op maat'. Het doel is niet alleen de zorgstandaarden en ROM te verbinden, maar ook patiënten, naasten, zorgverleners en andere betrokkenen. Hun gezamenlijke doel is het bewaken van de kwaliteit: het continu verbeteren van de zorg aan mensen met psychische klachten en stoornissen.

Voor behandelaars gelden de certificeringen (kwaliteitseisen) van hun beroepsgroepen. Deze worden goed gemonitord, zodat de behandelkwaliteit optimaal geborgd is. Ook voor opleidingsinstellingen gelden certificeringen, zowel voor de opleiding als voor het opleidingsklimaat. Dit draagt bij aan de kwaliteit van de instelling. Veel instellingen werken zelf ook met certificering als borging voor hun kwaliteitsbeleid.

Op instellingsniveau is het van belang om patiënten en naasten via de Cliëntenraad goed bij het beleid te betrekken.

10.3.1 Kwaliteitsstatuut

[Het model Kwaliteitsstatuut](#) geeft aan wat zorgaanbieders in de ggz minimaal geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve ggz in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) te kunnen verlenen. Iedere zorgaanbieder (instelling of vrijevestigde behandelaar) moet een kwaliteitsstatuut hebben zodat de kwaliteit en de doelmatigheid van zijn zorgverlening inzichtelijk en toetsbaar zijn. Dat biedt niet alleen financiers en toezichthouders, maar ook patiënten en naasten inzicht in de organisatie van de zorgaanbieder en de uitkomsten en resultaten van de zorg. In het kwaliteitsstatuut liggen antwoorden besloten op bijvoorbeeld de volgende vragen van patiënten:

- Wat gebeurt er na mijn aanmelding?
- Met wie heb ik een intakegesprek? Hoe wordt dat bepaald?
- Wie is mijn aanspreekpunt? Heb ik daarin een keuze?
- Hoe weet ik of deze professional voldoende deskundig is?
- Hoe kan ik ervan uitgaan dat deze zorgverlener als het nodig is anderen inschakelt of mij daarnaar verwijst? Heb ik daarin een keuze?

Op basis van de antwoorden op bovenstaande vragen kunnen patiënten een weloverwogen keuze maken voor een bepaalde zorgaanbieder en wordt hun participatie in de besluitvorming over hun behandeling ondersteund. Wachtlijden zijn openbaar op de websites van instellingen, waarbij De Treknormen de norm zijn.

Voor de inhoud van de afspraken wordt verwezen naar [het model Kwaliteitsstatuut](#). Dit statuut is onverkort van toepassing op de zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen.

Daarnaast heeft iedere instelling een professioneel reglement, het professioneel statuut, waarin de verhouding tussen de professionals beschreven staat, alsmede hun verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

10.3.2 Deskundigheidsbevordering

Goede kennis van bestaande wetenschappelijke richtlijnen voor diagnostiek en behandeling bij zorgverleners zijn voor de beroepsuitoefening van groot belang. Er worden (landelijke) kwaliteitseisen aan het opleidingsniveau van ggz-behandelaars gesteld en deskundigheidsbevordering is een doorgaand proces. Van alle zorgverleners op het gebied van psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen wordt verwacht dat zij adequaat zijn opgeleid om de zorg aan deze patiënten te kunnen waarborgen. Hun opleiding en nascholing richt zich ook op (leren) samenwerken en communiceren en op kennis van (psycho)sociale en interculturele aspecten. Bij complexere patiënten, of bij patiënten bij wie de behandeling stagneert, is het aan te bevelen om consultatie aan te vragen bij een (hoog) specialistische (TOPggz) instelling of bij ervaren psychotraumatherapeuten. Tevens is aan te bevelen om in dergelijke situaties supervisie te organiseren onder supervisorschap van ervaren psychotraumatherapeuten.

10.4 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Systematische review kosteneffectiviteit en budgetimpact-analyse

Om inzicht te krijgen in de kosteneffectiviteit en de budgetimpact van interventies gericht op de behandeling van PTSS, zijn een systematische review en een budgetimpact-analyse uitgevoerd.

De review richtte zich op studies naar kosten en effecten van interventies gericht op de behandeling van PTSS. Alleen studies met een gerandomiseerde onderzoeksopzet zijn meegenomen in de review. De budgetimpact-analyse nam het aanbieden van verschillende evidence-based behandelingen aan personen met PTSS als uitgangspunt. Onderzocht is wat de impact zou zijn op de benodigde budgetten, wanneer evidence-based interventies op grotere schaal zouden worden aangeboden (voor een bespreking van de review en budgetimpact-analyse [zie Bijlage 10](#)). Hieronder worden alleen de conclusies gegeven.

Conclusies

- Het aantal studies dat rapporteert over de kosteneffectiviteit van de behandeling van PTSS is beperkt en van uiteenlopende kwaliteit. Van de vier geïncludeerde studies scoorden er twee hoog op kwaliteit. Deze studies concludeerden dat de behandeling van PTSS met traumagerichte CGT of traumagerichte CGT plus medicatie kosteneffectief lijkt te zijn ten opzichte van geen behandeling of non-directive counselling. Ook lijkt prolonged exposure kosteneffectiever dan medicatie.
- De onderzochte zorg voor mensen met PTSS lijkt daarmee niet alleen effectief, maar op basis van beperkt beschikbare buitenlandse onderzoeksbevindingen ook kosteneffectief. Het aanbieden van kosteneffectieve zorg gaat gepaard met additionele kosten. Deze aanbiedingskosten bedragen in Nederland naar schatting gemiddeld € 727,50 per persoon in geval van farmacotherapie bij

volwassenen met PTSS, gemiddeld € 1.344 bij traumagerichte CGT bij kinderen en volwassenen met PTSS en gemiddeld € 2.071,50 per persoon in geval van traumagerichte CGT plus farmacotherapie bij kinderen met PTSS.

- De kosten liggen in werkelijkheid mogelijk lager doordat overige zorgkosten niet zijn meegenomen. Verwacht mag worden dat kosten op andere zorgdomeinen afnemen wanneer effectieve op PTSS gerichte zorg wordt aangeboden aan deze doelgroep.

Er zijn slechts weinig studies naar kosteneffectiviteit gevonden en die zijn ook nog eens in het buitenland uitgevoerd. Het is belangrijk om in de toekomst Nederlandse studies uit te voeren die de kosteneffectiviteit onderzoeken van op PTSS gerichte behandelingen. Dan kan worden getoetst of de uit studies in de Verenigde Staten en Australië gebleken kosteneffectiviteit ook voor Nederland geldt. Daarbij is het van belang niet alleen naar de behandelkosten van interventies maar ook naar overige zorgkosten en overige maatschappelijke kosten te kijken, met behulp van een economische evaluatie volgens geldende Nederlandse richtlijnen.

10.5 Financiering

Algemeen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron: Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de patiënt. Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet per definitie dat een financier de beschreven zorg vergoedt.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Dit betekent dat de goede zorg zoals beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

Specifiek

Financiering van de zorg kan plaatsvinden vanuit de Zvw, de Jeugdwet via gemeenten en de Wmo, maar er zijn ook aparte regelingen voor actief dienende militairen, onverzekerde vreemdelingen en asielzoekers (zoals de RZA-regeling voor vluchtelingen die nog in een asielprocedure verwickeld zijn).

11. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 01-12-2020 Beoordelingsdatum 01-12-2020

11.1 Inleiding

De patiënt en de behandelaar beslissen samen hoe en wanneer zij de voortgang van de behandeling en het herstelproces periodiek monitoren en evalueren. Om dit proces te ondersteunen is een aantal uitkomstindicatoren geformuleerd met bijbehorende meetinstrumenten. Het doel van de opgenomen indicatoren is het bevorderen van de kwaliteit van het individuele proces van herstel. De uitkomsten van metingen worden geïnterpreteerd in de context van de behandeling en het persoonlijke verhaal van de patiënt. Dit hoofdstuk geeft een overzicht van deze indicatoren en een aantal veelgebruikte meetinstrumenten voor deze patiëntengroep.

11.2 Uitkomstindicatoren

De keuze van indicatoren is afhankelijk van het doel van de behandeling en van de patiënt. Niet alle indicatoren zijn per definitie geschikt voor alle echelons van zorg, voor alle typen zorgprofessionals of voor alle typen patiënten. De behandelaar bepaalt samen met de patiënt welke indicatoren het doel van de behandeling goed omvatten. Met de volgende indicatoren kunnen de voortgang en uitkomst van de behandeling en het herstelproces worden gemonitord.

- De mate van symptomatisch herstel.
- De mate van functioneel herstel: het kan hier gaan om persoonlijk of maatschappelijk herstel.
- De mate van verandering van kwaliteit van leven.
- De mate waarin overeengekomen doelen zijn gerealiseerd.
- Patiëntervaringen met het behandelproces en de behandelrelatie.

11.3 Veelgebruikte meetinstrumenten voor de monitoring van uitkomstindicatoren

Hieronder treft u een lijst van veelgebruikte meetinstrumenten voor het monitoren en evalueren van de behandeling en het herstelproces van de patiënt in het kader van de zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Het zijn instrumenten voor direct gebruik in de behandelkamer.

Deze lijst is opgesteld na raadpleging van professionals en patiënten en is dus te zien als een handreiking van professionals aan professionals. Bij ontwikkeling van de lijst is niet naar volledigheid gestreefd. In [de ROM-bibliotheek](#) vindt u meer meetinstrumenten, zowel generieke als specifieke. De behandelaar kan naar eigen inzicht en voorkeuren van de patiënt gebruik maken van deze instrumenten of andere passende instrumenten. In onderstaande tabel zijn de indicatoren met bijbehorende meetinstrumenten opgenomen. In de volgende paragrafen worden deze kort toegelicht.

Indicator	Instrumenten		
Doelgroep	Volwassenen	Jongeren	Ouderen
Symptomatisch herstel <i>Voor het meten van comorbide stoornissen volstaan de modules 'gebruik' en 'afhankelijkheid en misbruik'</i>	Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie (MATE/MATE-Q)	Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie Jeugd (MATE-Y)	
	Brief Symptom Inventory (BSI)		
Functioneel herstel	Outcome Rating Scale (ORS)		
	Research and Development-36 (RAND-36)		
	Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-12)	Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-CA)	Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS65+)
Kwaliteit van leven	Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)		
	World Health Organisation Quality of Life, Brief Version (WHOQOL-BREF)		
Patiënt-ervaringen	Session Rating Scale (SRS)		
	Werk Alliantie Vragenlijst (WAV)		

Specifieke instrumenten

Mate van symptomatisch herstel

Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie - module 1 (de Middelenmatrix) is een instrument dat het gebruik van psychoactieve middelen vaststelt. Inventarisatie vindt plaats in een matrix waarin de middelen (stoffen) worden benoemd, het gebruik en de gebruikte hoeveelheid op een kenmerkende gebruikersdag. Met de inventarisatie van het middelengebruik wordt het huidige gebruik in beeld gebracht en kan ook de verandering in gebruik bepaald worden ten opzichte van vorige afname(s). De terugvraagperiode is 30 dagen. De Middelenmatrix is een beoordelingslijst. De beoordeling kan door de patiënt zelf gedaan worden of door de patiënt samen met een (onafhankelijk) behandelaar.

De Brief Symptom Inventory (BSI) is een multidimensionale klachtenlijst (zelfrapportage) die weergeeft in welke mate de onderzochte gedurende de afgelopen periode last had van psychische klachten en/of lichamelijke symptomen. Tevens geeft deze test een score voor het totale aantal klachten, het totale aantal aanwezige symptomen en de ernst van de aanwezige symptomen. De totaalscore geeft een maat voor de ernst van algemene psychiatrische problematiek, zoals angst,

depressie, sociale fobie, agorafobie, agressie, cognities en somatische klachten. De BSI bestaat uit 53 items van het Likert type. De antwoordmogelijkheden zijn: helemaal geen, een beetje, nogal, tamelijk veel en heel veel. De terugvraagperiode is een week. De BSI heeft negen subschalen: somatische klachten (SOM), cognitieve problemen (COG), interpersoonlijke gevoeligheid (INT), depressieve stemming (DEP), angst (ANG), hostiliteit (HOS), fobische angst (FOB), paranoïde gedachten (PAR) en psychoticisme (PSY).

Jongeren

MATE-Y-Uitkomsten is een in de praktijk goed bruikbaar instrument gebleken om klinische uitkomsten vast te stellen bij jongere patiënten (12-24 jaar) in behandeling voor problemen met middelengebruik en verslavingsgedrag. Het instrument omvat de volgende modules.

- De 'MATE-Y (module 1) Middelenmatrix' bevat een inventarisatie van het aantal dagen gebruik van alle middelen en ander verslavingsgedrag en van de hoeveelheid van enkele middelen over de afgelopen 30 dagen. Het is een beoordelingslijst (kan patiënt zelf zijn of patiënt samen met (onafhankelijk) behandelaar).
- De 'MATE-Y (module 5) Lichamelijke klachten' inventariseert lichamelijke symptomen (identiek aan de MATE). Er worden 10 vragen gesteld waarbij steeds een keuze mogelijk is uit vijf antwoordcategorieën van 'helemaal niet' tot 'voortdurend'. Module 5 is een beoordelingslijst (kan patiënt zelf zijn of patiënt samen met (onafhankelijk) behandelaar).
- De 'MATE-Y-Q1 (module 9) Verlangen en craving' is als onderdeel van het bepalen van de verslavingsernst als module 9 van de MATE opgenomen. Deze is gebaseerd op de verkorte OCDS (obsessive/compulsive drinking scale).

Generieke instrumenten

Mate van functioneel herstel

De Outcome Rating Scale (ORS) is een korte zelfrapportagevragenlijst (visueel analoge schaal) die uit 4 items bestaat. Er worden 4 gebieden van functioneren gemeten, namelijk individueel functioneren, interpersoonlijke relaties, de mate waarin de patiënt zijn sociale rol kan vervullen en het algemeen welbevinden. Ieder item bestaat uit een lijn van 10 centimeter, waarbij een score uiterst links op de lijn aangeeft dat het zeer slecht gaat en uiterst rechts dat het zeer goed gaat. De patiënt zet per schaal een streepje op de lijn. De lengte van het begin van de lijn tot waar het streepje is gezet, is de score op de desbetreffende schaal. De 4 scores worden bij elkaar opgeteld en vormen de totaalscore (range 0-40). De terugvraagperiode is een week.

De RAND-36 item Health Survey (RAND-36) is een verkorte versie van de RAND Health Insurance Study Questionnaire. Het instrument bevat schalen voor fysiek functioneren, sociaal functioneren, rolbeperkingen door fysieke of emotionele problemen, mentale gezondheid, energie, pijn en algemene gezondheidsbeleving. Een hoge score komt overeen met een betere gezondheidstoestand. In totaal bestaat de vragenlijst uit 36 items. De terugvraagperiode is 4 weken (normaal) of een week (acuut).

De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) kent 3 varianten:

1. de HoNOS-12 (voor volwassenen);

2. de HoNOS-CA (voor jongeren);
3. de HoNOS-65+ (voor de ouderen).

De uitkomst op de HoNOS geeft weer hoe een patiënt in de ggz geestelijk en sociaal functioneert op een bepaald ogenblik.

De HoNOS bestaat uit 12 schalen die alle gebieden van het dagelijks leven (mentaal, sociaal, emotioneel, vaardigheden) bestrijken waarbij de schalen zijn toegespitst op de leeftijdscategorie. De score loopt van 0 (geen probleem) tot en met 4 (zeer ernstig probleem). De scores worden door getrainde hulpverleners op grond van observaties bepaald.

Het gaat om problemen die zich de afgelopen twee weken hebben voorgedaan. De HoNOS is een observatielijst en wordt dus niet door de patiënt zelf, maar door de behandelaar ingevuld.

Mate van verandering van kwaliteit van leven

De Manchester (verkorte) kwaliteit van leven meting (Mansa 12/16) is een multidimensionale vragenlijst om de kwaliteit van leven vast te stellen. De vragen verwijzen naar tevredenheid over baan, woning, algehele gezondheid, enzovoort. De vragenlijst bestaat uit 12 gesloten vragen en meet de tevredenheid over leefomstandigheden. Bij de MANSFA 16 zijn 4 extra items over veiligheid en vriendschap toegevoegd. Bij de antwoorden kan de patiënt steeds kiezen uit zeven mogelijkheden lopend van 'kan niet slechter' tot 'kan niet beter'. De vragenlijst richt zich op de huidige situatie en is een zelfbeoordelingsschaal.

De World Health Organisation Quality of Life, Brief Version (WHOQoL-BREF) meet de kwaliteit van leven. Het meetinstrument bestaat uit 26 items, waarvan 24 onderverdeeld zijn in 4 domeinen. Er zijn 2 items over de algemene kwaliteit van leven opgenomen. Een hoge domeinscore komt overeen met een betere kwaliteit van leven. De vragenlijst bestaat uit in totaal 26 items op een 5- puntsschaal.

Patiëntervaringen

De Session Rating Scale (SRS) meet het gevoel dat de patiënt overhoudt aan het behandelcontact. De SRS wordt vaak gebruikt in combinatie met de Outcome Rating Scale (ORS). De ORS meet het behandelverloop, dus hoe het met de patiënt gaat gedurende de behandeling. De SRS en ORS worden vaak gebruikt om de mening van de patiënt te monitoren en kunnen ingezet worden om de behandeling af te stemmen op de patiënt.

De Werk Alliantie Vragenlijst (WAV) onderzoekt de therapeutische alliantie met betrekking tot overeenstemming over therapietaken/-doelen en de therapeutische band. De WAV bestaat uit 36 stellingen en er wordt gescoord op een 5-puntsschaal lopend van 'nooit = 1' tot 'altijd = 5'.

Procesindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaard heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om procesindicatoren te ontwikkelen die specifiek gelden voor mensen met een Psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis. Procesindicatoren die worden ontwikkeld in generieke modules en andere zorgstandaarden worden afgewacht om na te gaan of aanvulling voor deze specifieke zorg alsnog noodzakelijk is.

Structuurindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaard heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om structuurindicatoren te ontwikkelen die specifiek gelden voor mensen met een Psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis. Structuurindicatoren die worden ontwikkeld in generieke modules en andere zorgstandaarden worden afgewacht om na te gaan of aanvulling voor deze specifieke zorg alsnog noodzakelijk is.

12. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 01-12-2020 Beoordelingsdatum 01-12-2020

12.1 Verdieping

12.1.1 Preventie kinderen

Selectieve preventie bij kinderen en jongeren

De [Meldcode Huislijk geweld en kindermishandeling](#) is een algemene maatregel die allereerst klachten wil bestrijden bij kinderen en jongeren die (vermoedelijk) geweld meemaken. Deze meldcode is wettelijk verplicht voor professionals in de zorg sinds 1 juli 2013. Daarnaast wordt geïnvesteerd in training en scholing van zorgprofessionals om tekenen van kindermishandeling beter te herkennen.

In 2017 is er een aanscherping van de Meldcode geaccepteerd door de Eerste en Tweede Kamer, die er voor moet zorgen dat er geen kinderen 'onder de radar' blijven. Er is een [afwegingskader ontwikkeld door de beroepsverenigingen](#).

Voor een overzicht van interventiemethoden voor kinderen en jeugdigen die klachten hebben na specifiek kindermishandeling, kan naar [de site van het NJi](#) worden verwezen.

Voorbeelden van de interventies zijn: Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie (pakketten met varianten), Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR), STEPS, Horizon en Intensieve Orthopedagogische Gezinsbegeleiding (in combinatie met behandeling van het kind/de jongere). Behandeling is vaak een combinatie van traumabehandeling en geïndiceerde preventie. Naar de Horizonmethodiek, een combinatie van TF-CBT en Psychomotorische therapie zijn de afgelopen jaren enkele (promotie)onderzoeken gedaan.

Bron: Visser, M. 2016. The impact of destructive parental conflicts on children and their families. The role of parental availability, mother-child emotion dialogues, and forgiveness. (Proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

Delft, I. van. 2016. The impact of child sexual abuse on children and their families: The role of mother-child emotion dialogues, secrecy, disgust sensitivity, and social connectedness. (Proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

Belangrijke elementen uit deze behandelmethode zijn bewezen effectief gebleken.

12.1.2 Psycho-educatie

Psycho-educatie Persisterende Complexe Rouwstoornis (PCRS)

Goed psycho-educatief materiaal heeft de volgende eigenschappen:

- Het materiaal biedt een raamwerk of kader waarmee mensen hun eigen rouwproces (of dat van iemand in de eigen omgeving) beter kunnen begrijpen.
- Het materiaal schrijft niet voor hoe verliesverwerking moet verlopen, maar hoe verliesverwerking *kán* verlopen.
- Het materiaal normaliseert rouwreacties en stimuleert patiënten om de eigen krachten en capaciteiten te gebruiken bij het omgaan met hun verlies.
- Het materiaal geeft tips en adviezen en verwijst naar bronnen van hulp en steun wanneer mensen vastlopen in de verwerking van hun verlies.

12.1.3 Psychosociale behandeling

Psychosociale zorg bestrijkt allerlei deelgebieden van het dagelijks leven.

- Het creëren van een veilige leefomgeving en een veilige woonsituatie waarin geen misbruik en geweld plaatsvinden.
- Het bewerkstelligen van een steunende omgeving met contacten en vriendschappen.
- Het creëren van voorwaarden om het leven vorm te kunnen geven: inkomen, bezigheden of juist even niet hoeven werken.
- Het stimuleren van goede zelfzorg in de vorm van eten, slapen, dagritme, beheersen of opheffen verslaving(en).

Definitie van psychosociale interventies

Alle ondersteuning en zorg gericht op het psychisch welbevinden en de gezondheid van zorgvragers en hun systeem, in het dagelijks leven.

Doel van psychosociale interventies

Met psychosociale interventies het natuurlijk herstel en het gebruik van natuurlijke hulpbronnen bevorderen, ter versterking van de veerkracht en de zelfredzaamheid van het individu in zijn leefomgeving.

Psychosociale interventies voldoen aan de volgende criteria

- Bijdragen aan een gevoel van veiligheid en (zelf)controle
- Bevorderen van sociale verbondenheid en sociale integratie
- Hoop geven en perspectief bieden
- Signaleren van actuele behoeften
- In kaart brengen van stressfactoren (vroegtijdig)
- Anticiperen op risicofactoren
- Doorgeleiden naar adequate zorg
- Zorgen dat therapie doorgang vindt

Psychosociale interventies kunnen plaatsvinden tijdens de psychologische behandeling, maar soms vallen ze ook buiten het bereik van psychologische behandeling. Verwijs dan naar externe instanties

zoals maatschappelijk werk, sociale dienst, UWV, bedrijfsarts. In de veteranenzorg is dit terug te vinden in de werkzaamheden van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV). In de psychiatrie zijn onderdelen ervan terug te vinden in PIT-zorg of FACT.

12.1.4 PTSS dissociatief subtype

Onderzoek PTSS dissociatief subtype

Empirische data laten het volgende beeld zien: PTSS-patiënten met dissociatieve symptomen rapporteren tegen de verwachting in niet meer amnesie dan andere PTSS-patiënten.

Bron: Wolf, E. J., Lunney, C. A., Miller, M. W., Resick, P. A., Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (2012). The dissociative subtype of PTSD: A replication and extension. *Depression and Anxiety*, 29(8), 679-688. doi:10.1002/da.21946

Wolf, E. J., Miller, M. W., Reardon, A. F., Ryabchenko, K. A., Castillo, D., & Freund, R. (2012). A latent class analysis of dissociation and posttraumatic stress disorder: Evidence for a dissociative subtype. *JAMA Psychiatry*, 69(7), 698-705.

Verder blijkt er geen negatief effect van dissociatieve symptomen op de behandeluitkomst bij behandeling met exposure, cognitieve therapie, NET en EMDR. Uit onderzoek waarin alleen cognitieve therapie en cognitieve therapie met exposure zijn vergeleken, bleek dat mensen met veel dissociatie beter reageren op de behandeling met exposure. Verder bleek dat emotionele verdooving geen vermindering van de angstactivatie tijdens blootstelling aan traumatische herinneringen tot gevolg had. Ook werden geen hogere drop-out of andere nadelige effecten gevonden bij patiënten met veel dissociatieve klachten. Het is zelfs zo dat de dissociatieve symptomen afnemen ten gevolge van een succesvolle PTSS-behandeling.

Bron: Hagenaars, M. A., van Minnen, A., & Hoogduin, K. A. L. (2010). The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treatment for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 48(1), 19-27. doi:10.1016/j.brat.2009.09.001

Halvorsen, J. Ø., Stenmark, H., Neuner, F., & Nordahl, H. M. (2014). Does dissociation moderate treatment outcomes of narrative exposure therapy for PTSD? A secondary analysis from a randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 21-28.

Minnen, A. van., Vleugel, B. van der, Berg D. van den, Bont, P. de , Roos, C. de , Gaag, M. van der & Jongh, A. de. (2016). Trauma-focused treatment is equally effective for psychotic patients with the dissociative subtype of PTSD as for those without this subtype. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 347-348.

Taylor, S. (2003). Outcome Predictors for Three PTSD Treatments: Exposure Therapy, EMDR, and Relaxation Training. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 17 (2), 149-162.

Wolf, E. J., Lunney, C. A., & Schnurr, P. P. (2016). The influence of the dissociative subtype of posttraumatic stress disorder on treatment efficacy in female veterans and active duty service members. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(1), 95

Concluderend kunnen we zeggen dat dissociatie geen contra-indicatie is voor behandeling conform de standaardprotocollen die niet aangepast zijn aan patiënten met dissociatieve klachten. Standaardprotocollen voor de behandeling van PTSS lijken dus afdoende en patiënten met dissociatieve klachten hoeven niet te worden uitgesloten van deze behandeling.

12.1.5 Bij complexe PTSS

Dorrepaal en Ehring voerden meta-analyses uit naar de effectiviteit van behandeling van met vroegkinderlijk seksueel misbruik (childhood sexual abuse, CSA) verbonden PTSS en cPTSS. Met de kanttekening dat conclusies uit die studies niet zonder meer te generaliseren zijn naar andere groepen, zijn enkele belangrijke inzichten uit deze studies te halen. In de meta-analyse van Dorrepaal en collega's over zeven studies leidden alle onderzochte actieve behandelingen tot een grotere klachtenreductie in vergelijking met niet-behandeling (wachtlIJst) of treatment as usual, zij het dat de herstelpercentages bescheiden zijn.

Mensen met CSA-gerelateerde complexe PTSS profiteren minder van de behandeling dan mensen met CSA-gerelateerde PTSS. Zij hebben voorts nog forse restsymptomen. Bij de groep cPTSS patiënten hing training van emotieregulatie samen met minder uitval en een beter herstelpercentage dan exposure. De meta-analyse van Ehring en collega's over 16 studies onder patiënten, waarvan ten minste 90% CSA heeft meegemaakt, wees uit dat de actieve (experimentele) behandelingen tot grotere effect-sizes leidden, (weliswaar met een sterke variatie tussen behandelingen) dan niet behandelen of treatment as usual.

Wanneer ook 20 andere studies (zonder controlecondities of met controlecondities maar zonder randomisatie) werden geïnccludeerd, bleven de bevindingen grofweg hetzelfde: actieve behandeling leidt tot grotere klachtenafname dan niets doen of treatment as usual. Traumagerichte behandeling, al dan niet in combinatie met vaardigheidstraining, lijkt voor deze doelgroep meer geïndiceerd dan niet-traumagerichte behandeling en behandelingen die tenminste deels individueel zijn, leiden tot grotere klachtenreductie dan uitsluitend groepsbehandeling.

Bron: Dorrepaal E, Thomaes K, Hoogendoorn AW, Veltman DJ, Draijer N, van Balkom AJ. Evidence based treatment for adult women with child abuse related Complex PTSD: a quantitative review. *Eur J Psychotraumatol* 2014; 5: 23613
<http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.23613>.

Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical psychology review*, 34(8), 645-657.

Uit een studie naar vroegkinderlijk trauma bleek dat traumagerichte behandeling uitgebreid met vaardighedentraining tot betere resultaten leidde, vooral in geval van meer ernstige klachten. Vaardighedentraining was even effectief als exposure. Bij de patiënten met de meest ernstige klachten was vaardighedentraining effectiever en bij mensen met de minst ernstige klachten was exposure effectiever.

Bron: Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Nooner, K., Zorbach, P., Cherry, S., Jackson, C.L., Gan, W. & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 167, 915-924.

12.1.6 Bij PTSS (traumagerichte therapie meest effectief)

Imaginaire rescripting (ImRs) kan goed ingezet worden bij PTSS-klachten die gerelateerd zijn aan nare ervaringen in de kindertijd. Vooral als er een langere periode van onveiligheid was en er in het hier-en-nu naast PTSS-klachten gevoelens van schuld, schaamte en boosheid spelen, blijkt ImRs een goede behandeling te zijn. Bij ImRs roept de patiënt met behulp van zijn behandelaar een van de nare herinneringen op. Hierbij vertelt hij de gebeurtenis in de tegenwoordige tijd en probeert de gebeurtenis zo levendig mogelijk weer voor zich te zien. Op het meest nare moment van de herinnering zal de behandelaar de patiënt stoppen. Vervolgens kijken ze samen hoe de patiënt, met alle kennis en ervaring die hij nú als volwassen persoon heeft, de gebeurtenis van toen anders zou willen laten verlopen. De patiënt bekijkt wat hij nodig heeft, wat hij zou willen zeggen of doen en stelt zich voor dat hij die dingen in verbeelding ook echt uitvoert. Dit geeft een gevoel van kracht, troost en opluchting en zorgt voor verwerking van het verleden. De duur van de behandeling kan variëren en is afhankelijk van hoeveel nare ervaringen iemand heeft meegemaakt. Er is onderzoek gedaan met een protocol waarin gewerkt wordt met 16 zittingen van 90 minuten.

12.1.7 Medicamenteuze behandeling

Middelen van eerste voorkeur zijn:

- Sertraline (50-200mg)
- Venlafaxine (75-225 mg)

De volgende middelen zijn ook effectief bevonden.

- Paroxetine (20-60mg)
- Fluoxetine (20-80mg)

Deze middelen hebben vooral effect op angst- en stemmingssymptomen bij PTSS. Klinisch lijken ze ook enig effect te hebben op hyperarousalklachten. Voorschrift van deze middelen en monitoring van werking en bijwerking kan plaatsvinden in zowel de eerste als de tweede lijn.

Bij een goede respons kunnen patiënten deze middelen 9 tot 12 maanden gebruiken. Afhankelijk van de context en comorbiditeit kan ervoor gekozen worden deze middelen af te bouwen of te continueren. Afbouw dient in kleine stappen plaats te vinden, met intervallen van minimaal 6 tot 8 weken, met aandacht voor timing en evaluatie. Indien deze middelen onvoldoende symptoomreductie geven, wordt geadviseerd af te bouwen en een andere psychologische, traumagerichte interventie te starten. Ook kan ervoor gekozen worden om medicamenteus specifiek op symptomen te behandelen, eventueel in combinatie met de eerder gestarte SSRI/SNRI.

Hieronder staan suggesties voor te kiezen middelen (let wel: de wetenschappelijke evidentie voor het effect van deze middelen is beperkt).

Slaapproblemen

In de eerste lijn kan, wanneer de huisarts ervaring heeft met de indicatiestelling en voorschrift van deze middelen, ook worden gekozen voor mirtazapine (7,5-15 mg), voor trazodon (25-100 mg), of voor een laag gedoseerd voorschrift van een tricyclisch antidepressivum, bij op de voorgrond staande slaap- of stemmingproblemen. Andere medicatie die als vervolgstap bij ernstige slaapproblemen overwogen kan worden in de eerste lijn is promethazine (12,5-25 mg).

Alhoewel terughoudendheid is geboden met het voorschrijven van benzodiazepinen en bovenstaande middelen de voorkeur hebben, kan er in de overbrugging naar traumabehandeling of incidenteel tijdens traumabehandeling wel worden gekozen voor een laagfrequent en zeer kortdurend voorschrift van benzodiazepinen. De benzodiazepine-agonisten zopiclon en zolpidem hebben dan de voorkeur.

Nachtmerries en slaapproblemen

Voor nachtmerries en slaapproblemen geldt dat psychologische behandeling de voorkeur heeft boven medicatie. Psychologische behandeling van nachtmerries bij PTSS is immers ook effectief. Behandeling van voorkeur is dan cognitieve gedragstherapie, waaronder exposure of Imagery Rehearsal Therapy (IRT) in combinatie met cognitieve gedragstherapie voor slaapproblemen.

Bron: 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. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11(1), 11.

Voor nachtmerries en slaapproblemen geldt dat in een meta-analyse goede resultaten zijn gevonden voor prazosine (5-15mg) in het verminderen van nachtmerries bij PTSS en slaapproblemen.

Bron: George, K.C., Kebejian, L., Ruth, L.J., Miller, C.W. & Himelhoch, S. (2016). Meta-analysis of the efficacy and safety of prazosin versus placebo for the treatment of nightmares and sleep disturbances in adults with posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(4), 494-510.

Khachatryan, D., Groll, D., Booij, L., Sepehry, A.A. & Schütz, C.G. (2016). Prazosin for treating sleep disturbances in adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *General Hospital Psychiatry*, 39, 46-52.

Omdat prazosine niet in Nederland verkrijgbaar is, kan gekozen worden voor een hieraan verwant middel, zoals doxazosine (4-8mg), bij voorkeur in een lage dosering in verband met bijwerkingen (vooral orthostatische hypotensie).

Bron: Rodgman, C., Verrico, C.D., Holst, M., Thompson-Lake, D., Haile, C.N., De La Garza, R. & Newton, T.F. (2016). Doxazosin XL reduces symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in veterans with PTSD: a pilot clinical trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(5), 561-565.

Smith, C. & Koola, M.M. (2016). Evidence for Using Doxazosin in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatric annals*, 46(9), 553-555.

Topiramaat bleek niet effectief in het verminderen van nachtmerries.

Bron: Lipinska, G., Baldwin, D.S. & Thomas, K.G. (2016). Pharmacology for sleep disturbance in PTSD. *Human Psychopharmacology*, 31(2), 156-63.

Depressieve symptomen

Voor depressieve symptomen bleek de toevoeging van mirtazepine (15-45 mg) aan een SSRI effectief in het verminderen van deze symptomen.

Bron: Schneier, F.R., Campeas, R., Carcamo, J., Glass, A., Lewis-Fernandez, R., Neria, Y., Sanchez-Lacay, A., Vermes, D. & Wall, M. M. (2015). Combined mirtazapine and SSRI treatment of PTSD: A placebo-controlled trial. *Depression and Anxiety*, 32, 570-579.

Ook kunnen stemmingsstabilisatoren of TCA's worden gegeven voor behandeling van comorbide depressieve symptomen.

Bron: Davidson, J. (2015). Vintage treatments for PTSD: a reconsideration of tricyclic drugs. *Journal of Psychopharmacology*, 29(3), 264-9.

Wanneer er sprake is van een matig ernstige tot ernstige depressieve stoornis dient de richtlijn voor behandeling van depressie te worden gevolgd.

Hyperarousal

In sommige studies zijn quetiapine en clonidine effectief gebleken.

Bron: Villarreal, G., Hamner, M.B., Cañive, J.M., Robert, S., Calais, L.A., Durklaski, V., Zhai, Y. & Qualls, C. (2016). Efficacy of Quetiapine Monotherapy in Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 173 (12), 1205-1212.

Belkin, M.R. & Schwartz, T.L. (2015). Alpha-2 receptor agonists for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Drugs in Context*, 4, 212286.
<http://doi.org/10.7573/dic.212286>.

Topiramaat liet een bescheiden vermindering van hyperarousal klachten zien.

Bron: Batki, S.L., Pennington, D.L., Lasher, B., Neylan, T.C., Metzler, T., Waldrop, A., ... Herbst, E. (2014). Topiramate Treatment of Alcohol Use Disorder in Veterans with PTSD: A Randomized Controlled Pilot Trial. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 38(8), 2169-2177.

In de klinische praktijk zijn er positieve ervaringen met betablokkers voor het verminderen van

palpataties en onrust bij PTSS.

Intrusies

Voor het verminderen van intrusies is topiramaat niet effectief gebleken. Risperidon is in enkele beperkte studies effectief gebleken, in andere niet.

12.1.8 Algemene competenties van behandelaars in de ggz

Huisarts

De behandeling van PTSS-klachten door de huisarts bestaat uit voorlichting en verwijzing. Hij gaat daarbij uit van de hulpvraag van de patiënt. De behandeling en begeleiding zijn zo veel mogelijk klacht- en niet stoornisgericht. De huisarts heeft kennis van mogelijke psychische, sociaalmaatschappelijke en somatische uitlokkende factoren. Hij beoordeelt of en waarheen hij een patiënt moet verwijzen. Een Kaderhuisarts GGZ is een huisarts met extra expertise op het gebied van de ggz. Hij kan zijn collega-huisartsen adviseren en consultatie en supervisie geven aan de POH GGZ.

POH-GGZ

De POH-GGZ is opgeleid als, onder andere, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, verpleegkundige, psycholoog of maatschappelijk werker met veelal een aanvullende POH-GGZ opleiding. De POH-GGZ biedt vraagverheldering, diagnostiek, (langerdurende) ondersteuning en begeleiding of kortdurende behandeling aan patiënten met PTSS-klachten onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

GZ-psycholoog

De GZ-psycholoog is generalistisch opgeleid en kan zelfstandig werkzaam zijn in alle ggz-echelons. De GZ-psycholoog behandelt lichte tot matig ernstige psychische problematiek. Hij diagnosticeert en behandelt trauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Een eerstelijnspsycholoog is een GZ-psycholoog met extra opleiding en ervaring met het verlenen van psychologische zorg in de generalistische basis ggz (GB GGZ).

Klinisch psycholoog

De klinisch psycholoog is expert op het terrein van de psychodiagnostiek en behandeling. Dit betreft met name de complexe psychodiagnostiek, psychopathologie en psychotherapie. Hij heeft kennis van en ervaring met toegepast wetenschappelijk onderzoek, management, beleid en organisatie.

Psychotherapeut

De psychotherapeut diagnosticeert en behandelt patiënten met complexe problematiek en indiceert en behandelt hen met daartoe geëigende psychotherapie. Daarnaast kan hij ook kortdurend en protocollair werken.

Psychiater

De psychiater is een medisch specialist, die op basis van patientonderzoek van biologische,

psychologische en maatschappelijke factoren een diagnose stelt en complexere psychische problematiek behandelt, met of zonder farmacotherapie.

Hij kan beoordelingen doen op het snijvlak van soma en psyche; en *somatische aandoeningen beoordelen. Ook is hij gemachtigd in het kader van de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) te handelen. Verder stelt hij zich beschikbaar als consultant op het gebied van diagnose, indicatiestelling en behandeling.

Verpleegkundige

Verpleegkundigen in de ambulante en de gespecialiseerde klinische setting leveren een grote bijdrage aan behandelingen van diverse aard, waaronder groepstherapeutische (deel)behandelingen of Cognitieve Gedragstherapie (CGT). Verpleegkundigen die dergelijke behandelingen (mede) uitvoeren, moeten specifieke scholing gevolgd hebben tot bijvoorbeeld groepswerker of gedragstherapeutisch werker.

In het bijzonder is de verpleegkundige blik en expertise van waarde bij Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen, vanwege het integrale karakter van de stoornissen. De verpleegkundige discipline is gestoeld op een integrale, holistische kijk op gezondheid en de verpleegkundige behandelaar heeft bijvoorbeeld zowel generalistische kennis van de somatische en psychische effecten van stress, als ook specialistische kennis van crisisinterventie, stabilisatie en herstellen van de eigen regie en veerkracht van patiënten.

Sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV)

De sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV) is een gespecialiseerde verpleegkundige die generalistisch werkt en die, mede gericht op de sociale context, patiënten en hun systemen behandelt en begeleidt en nauw samenwerkt met diverse professionals. De SPV richt zich op triage, preventie, kortdurende of acute zorgvragen, crisissituaties en op langer durende behandeling van zorgvragen. De SPV is opgeleid voor o.a. crisiszorg/acute psychiatrische zorg en is in staat patiënten -en hun systeem- te stabiliseren en het zelfherstellend vermogen te ondersteunen. De SPV werkt onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

Verpleegkundig specialist GGZ

Tot het deskundigheidsgebied van de VS GGZ wordt gerekend: het zelfstandig verrichten van verpleegkundige en medische diagnostiek en daaruit voortvloeiende behandeling, begeleiding en ondersteuning van zorgvragers met psychische klachten en/of psychiatrische stoornissen.

De behandeling door de VS GGZ richt zich primair op de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen, in het (inter-)persoonlijk functioneren binnen complexe zorgsituaties. Wanneer ook andere zorgprofessionals bij de hulpverlening betrokken zijn, kan de VS GGZ verantwoordelijkheid voor de integraliteit en coördinatie van het behandelproces dragen. De VS GGZ is dan het eerste aanspreekpunt voor alle betrokkenen, waaronder de zorgvrager en diens naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger. Als dit voor de integrale behandeling van de zorgvrager van belang is, vindt een vorm van taakherschikking plaats. Hierbij integreert de VS GGZ medisch-psychiatrische behandelvormen zoals het voorschrijven van UR-geneesmiddelen en ook psychotherapeutische behandelvormen. Voortdurende aandacht voor preventie van psychische

klachten en psychiatrische stoornissen, medicalisering en stigmatisering (vanuit zorgvrager, hulpverlening en samenleving) is noodzakelijk. De VS GGZ is kundig en inzetbaar op het gehele terrein van de GGZ, maar ook in de algemene gezondheidszorg als psychische klachten en psychiatrische stoornissen een rol spelen bij de hulpvraag.

Orthopedagoog generalist

De orthopedagoog-generalist kijkt vanuit een meta-perspectief naar de diverse actoren in de orthopedagogische setting en handelt ethisch professioneel binnen de grenzen van zijn eigen mogelijkheden en van de situatie. De orthopedagoog-generalist is in meerdere opzichten breed georiënteerd. Hij beschikt over een ruim arsenaal aan interventiemogelijkheden en heeft brede orthopedagogische kennis op postacademisch niveau. Hij betreft het cliëntsysteem in zijn overwegingen en kijkt zowel naar knelpunten en risicofactoren als naar mogelijkheden en beschermende factoren. Daarbij werkt de orthopedagoog generalist samen met andere professionals.

Vaktherapeut

De vaktherapeutische velden zijn beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie. De vaktherapeut leidt het handelen van de patiënt doelgericht naar ervaringen die de stoornis positief kunnen beïnvloeden. Ook kunnen deelttechnieken voor exposure behandeling worden uitgevoerd. Vaktherapie wordt aangeboden in particuliere praktijken of in samenwerkingsverbanden en maakt in de gespecialiseerde ggz veelal deel uit van een deeltijd- of klinisch aanbod.

Agogisch medewerker

Agogisch medewerkers, zoals sociaalpedagogisch medewerkers, worden vaak ingezet voor sociotherapeutische behandelingsopdrachten, waaronder het onderhouden van een therapeutisch groepsmilieu in klinieken of dagbehandelingssettings.

Maatschappelijk werkende

Maatschappelijk werkenden werken specifiek aan de psychosociale problemen die samenhangen met de stoornis of die de behandeling van de stoornis in de weg staan. Zij proberen de patiënt aandacht te geven voor de omgevingsfactoren die de stoornis in stand houden. Het systeem wordt vaak bij de aanpak van de maatschappelijk werkende betrokken.

GGZ agoog

De GGZ agoog is gespecialiseerd in het ondersteunen van het persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met een psychiatrische aandoening of een verslaving. Hij kan hierin zowel behandelaar als begeleider zijn. De GGZ agoog heeft kennis van psychiatrische stoornissen en verslavingen en richt zich op het verbeteren van de maatschappelijke participatie van de patiënten. Hij werkt zowel in de specialistische ggz, de generalistische basis ggz als in ambulante en outreachende vormen van zorg en preventie en wijkteams of als Praktijkondersteuner Huisarts GGZ (POH-GGZ).