**Programma TRTC aangepast NVVP**

In een blok van 3 uur -Na anderhalf uur kwartier pauze
In een blok van 4 uur -Na twee uur half uur pauze
Lunch - minimaal een uur
Diner - minimaal een uur

09.00 – 09.30 Inloop met koffie en thee

09:30 - 10:00 Welkom en ontvangst, uitleg TRTC

10:00 - 10:45 Lezing Anton Hafkenscheid

**Titel: “Nee, het draait hier niet alléén om jou!”**

Vroegkinderlijk getraumatiseerde patiënten hebben meestal niet alleen veel naars meegemaakt, maar hebben vaak ook veel goeds gemist. D En vroegkinderlijk getraumatiseerde patiënten hebben nog wel eens de neiging om het drama van een bedorven kindertijd en jeugd in de therapeutische relatie te herhalen: soms in tot mislukken gedoemde scenario’s om zaken alsnog recht te zetten of hun recht alsnog te halen. Dat gebeurt dan niet zelden via diskwalificaties en het onmachtig maken van hun therapeuten. Therapeuten kunnen hier op hun beurt weer te gekwetst of juist te ‘professioneel’ op reageren, waardoor er een disfunctionele strijd ontstaat over de vraag om wie het in de therapie nu eigenlijk draait. In deze lezing wordt deze dynamiek nader uitgewerkt en geïllustreerd met eigen voorbeelden, gevolgd door aanbevelingen om het therapeutisch werken met vroegkinderlijk getraumatiseerde patiënten prettig en productief te maken.

10:45 - 11:00 Tijd voor vragen en discussie

11.00 - 11.15 Pauze

11:15 - 12:30 Workshopronde 1 (inhoud zie hieronder)

12:30 - 13:30 Lunch

13:30 - 14:00 Lezing Karin Wagenaar

**Titel: herstel van trauma, je kan het niet alleen.**

De behandeling van trauma is zowel voor client als therapeut intensief werk. Het kunnen reguleren van de emoties van de client als die van de therapeut vereist een ruime mate van mentaliserend vermogen van de therapeut. Dat mentaliserend vermogen echter staat juist onder invloed van trauma onder druk. Hoe kunnen we als therapeuten ons 'window of tolerance' zo ruim mogelijk houden, zodat we in staat zijn tot een veilige werkrelatie waarin herstel van trauma mogelijk is? Wat hebben de inzichten vanuit de neuropsychologie en de hechting ons daarin te bieden? Hoe kunnen we de partner betrekken bij het herstel?

14:00 - 14:00 Tijd voor vragen en discussie

14:00 – 14.15 Pauze

14:15 - 15:30 Workshopronde 2 (inhoud zie hieronder)

15:30 - 15:45 Terug naar de plenaire ruimte

15:45 - 16:00 Koffie/thee/drankje en hapje

16:00 - 16:15 Aanbieden boekje beschrijving TRTC’s en afsluiting

16:15 - 17:00 Borrel en netwerken

**Inhoud workshops**

1. **Psychodrama als teamintervisiemethode**

In deze workshop staat één therapeut met zijn/haar vraag centraal. Het biedt mogelijkheid om die vraag middels psychodrama te verhelderen. Zo bieden we zowel intervisie als (voor sommigen) een kennismaking met mogelijkheden van psychodrama.

De workshop ziet er samengevat als volgt uit:

•Uitleg psychodrama

•Structuur van de intervisie

•Presentatie van de vraag van (=door) één van de aanwezigen

•Beeld neerzetten en uitwerken (psychodrama)

•Verhelderende vragen

Afhankelijk van de inbrenger en de inbreng worden hierna meer of juist minder verschillende psychodramatechnieken ingezet; wat is het meest helpend en verhelderend (dit is niet anders dan in het werken met een cliëntengroep). De andere aanwezigen vervullen rollen voor de inbrenger en kunnen verbanden leggen met hoe zij zelf deze vraag herkennen, anders ervaren, etc.

Door: Marleen Muthert (psychodramatherapeut, vaktherapeut beeldend, Hoofd vaktherapie en agogie GGz Centraal V&VV); Benthe Versluys (vaktherapeut drama, vaktherapeut beeldend, GGz Centraal)

1. **Sensorimotor psychotherapy**

Sensorimotor psychotherapy (SP) is een lichaamsgerichte methodiek die ontwikkeld is voor de behandeling van trauma. Het spreekt direct aan op de impliciete herinneringen en neurobiologische effecten van trauma, waarbij het aangrijpingspunt de lichamelijke ervaring in het hier en nu is. Naast dat het een methodiek is die zeer goed werkt voor effecten van trauma biedt de methodiek de therapeut veel mogelijkheden en houvast om de overdracht en tegenoverdracht bespreekbaar en (daardoor) beter hanteerbaar te maken. Je krijgt als therapeut zicht op je eigen gevoeligheden en hechtingsstijl, op die van de cliënt en hoe deze op elkaar inwerken en wat je als therapeut kan doen om de werkrelatie productief te houden.

Door: Marieke Hoven (psychomotorisch therapeut); Maike Hoek (psychomotorisch therapeut)

1. **Man(nen) zijn: ingewikkeld!**

In deze workshop zal besproken worden wat mannelijke therapeuten ervaren in het werken met vrouwen die vroegkinderlijk zijn getraumatiseerd. Vanuit een theoretisch kader wordt een vignet besproken en wordt stilgestaan bij de risico’s en kansen (tegenoverdracht / re-enactment). Daarnaast is er ruimte voor vragen en ervaringen van deelnemers.

Door: Co van Baar (klinisch psycholoog); Milan van Diermen (klinisch psycholoog)

1. **Intervisie vorm: de collegiale consultatie**

De behandeling van vroegkinderlijk getraumatiseerde cliënten is intensief. Een goede werkrelatie komt meestal niet gemakkelijk tot stand. Dit is goed te begrijpen vanuit de problematiek. Tegelijkertijd zijn professionals ook mensen. We krijgen nogal wat te verstouwen. Daarom moeten we ons ‘gereedschap’ extra goed onderhouden. Hiervoor is intervisie uiteraard noodzakelijk. Intervisie kan op veel manieren. Aan de ene kant van het spectrum staan de cliënt en de methodiek centraal, aan de andere kant van het spectrum de persoon van de therapeut. In deze interactieve workshop willen we een methode demonstreren die wijzelf erg bruikbaar ervaren bij de behandeling van onze cliënten.

Door: Mw. A. Meijer (KP en psychotherapeut); Mw. I. Hoejenbos (KP en psychotherapeut)

1. **Module compassie bij cliënten met CPTSS**

Nieuw ontwikkelde module Compassie. Bij deze module wordt een combinatie gemaakt van het bespreken van theoretische inzichten rond compassie met creatieve werkvormen waarin deze verwerkt kunnen worden. Ook wordt er gewerkt met aandachtsoefeningen. De doelgroep bestaat uit vroeg getraumatiseerde vrouwen, vaak met dissociatieve klachten.

Door: Mw. J. Lanting (psychotherapeut); Mw. M. Koreman (spv/vpk)

1. **De praktische toepassing van het Neurosequential Model door en voor de therapeut**

In onze visie op de behandeling van patiënten met complexe PTSS-klachten staat de aandacht voor de behandeling van de gevolgen van ernstige (emotionele) verwaarlozing centraal. Deze gevolgen kunnen enkel gerepareerd worden via de therapeutische relatie. Het grote emotionele appèl wat hier mee samengaat, moet je als therapeut echter wel aan (blijven) kunnen. Aan de hand van het Neurosequential model of Therapeutics (NMT) van Bruce Perry staan wij stil bij het belang en de mogelijkheden van (zelf)regulatie door de therapeut.

Door: Tony Bloemendaal (klinisch psycholoog en manager Zorg); Anneke Jaspers (psychotherapeut)

1. **Trauma, dissociatie en verslavingsproblematiek…….Geen ruimte zonder grenzen?**

Trauma, dissociatie en emotieregulatieproblematiek spelen een belangrijke rol in (C)PTSS, BPS, dissociatieve stoornissen en binnen de verslavingszorgpopulatie. Hoewel er veel wetenschappelijk onderzoek is verricht naar affect disregulatie en dissociatie bij (C)PTSS en BPS patiënten, is dit niet het geval bij PTSS of BPS patiënten met een comorbide middelenafhankelijkheid. De klinische praktijk binnen de verslavingszorg laat zien dat bij PTSS en BPS patiënten met een co-morbide verslaving, dissociatie en/of dissociatieve stoornissen, en (de ernst) van de affect disregulatie problematiek vaak wordt gemist. De diagnostiek en de behandeling in de verslavingszorg richt zich eerder op de verslaving dan op de BPS, (C)PTSS of dissociatieve symptomen.

Ten gevolge hiervan en door de complexiteit van deze casussen worden deze patienten met (C)PTSS, dissociatieve en/of persoonlijkheidsproblematiek vaak aangemeld bij een TRTC. Het hebben van patiënten met soms toch wel forse verslavingsproblematiek brengt echter ook binnen een TRTC flinke uitdagingen met zich mee voor de therapeut en het team.

Deze workshop richt zich op interactieve wijze op de volgende onderwerpen:

•Hoe breng je in je behandeling middelenproblematiek goed in kaart in relatie tot de overige problematiek? Waar moet je op letten bij het doen van diagnostiek?

•Wat is de rol van “chemische dissociatie” bij deze patiënten? Is psychotherapie wel mogelijk wanneer er een comorbide verslavingsprobleem is? Waar moet je op letten tijdens de behandeling als er sprake is van verslavingsproblematiek en welke voorzorgsmaatregelen moet je nemen voor en tijdens de behandeling als therapeut en als team? Hoe stel je op een goede manier grenzen?

Door: Suzanne Weegen (klinisch psycholoog)

1. **Zicht krijgen op parallelprocessen op teamniveau en met patiënten met behulp van familieopstellingen**

Zichtbaar maken van parallelprocessen met behulp van opstellingen. Gevoelens die conflict beladen zijn en niet adequaat doorgewerkt worden, kunnen doorgeschoven worden naar een andere groep (van cliëntniveau naar teamniveau). Uit onderzoek blijk dat hoe vroeger gestoord de cliëntengroep is, en hoe meer er dus uitgeageerd wordt en hoe minder geverbaliseerd, des te sterker men geneigd is in het behandelteam om bij crisis tot actie over te gaan, en hoe minder men geneigd is aandacht te besteden aan zelfreflectie en overleg. Door middel van een aantal systeemopstellingen rondom wordt getracht inzicht te geven in deze dynamiek en deze positief te beïnvloeden.

Door: Aernoud v/d Knoop (GZ-psycholoog, psychotherapeut); Doortje Cuijpers (GZ-psycholoog, systeemtherapeut i.o.)

1. **AMBIT, een teambenadering voor ernstige hechtingsproblemen**

Patiënten met ernstige hechtingsproblemen vormen een moeilijk te bereiken doelgroep, die vaak al een lange, gebroken hulpverleningsgeschiedenis achter de rug hebben. Interactieproblemen en destructief gedrag staan in de behandeling vaak op de voorgrond. Dit levert ook bij hulpverleners soms heftige emoties op, die ertoe leiden dat de (behandel)relatie met deze mensen onder druk kan komen te staan. Inbedding in een team met kennis en vaardigheden t.a.v. persoonlijkheidsstoornissen wordt als essentieel geacht voor het behoud van gezonde en productieve medewerkers, maar ook voor de borging van de kwaliteit van de behandeling.

AMBIT (Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment) biedt hiertoe een gestructureerde werkwijze. AMBIT is gebaseerd op de hechtingstheorie en legt een sterke nadruk op het bouwen van relaties. In deze workshop wordt uitleg gegeven over de AMBIT-werkwijze, er wordt geoefend met de beschikbare tools, en er is aandacht voor hoe AMBIT te implementeren binnen de bestaande behandelmodellen.

Door: Rozemarijn van Duursen (psychiater)

1. **Therapeutische gemeenschap 2.0: Nieuwe uitdagingen voor cliënten en behandelteam**

Sinds 2013 wordt de behandeling van cliënten met complexe vormen van PTSS en dissociatieve stoornissen binnen het TRTC van GGzE vorm gegeven binnen een ambulante Therapeutische Gemeenschap voor en door cliënten.

Individuele behandeling wordt gecombineerd met een intensief en gevariëerd groepsprogramma waarbij gewerkt wordt rond de thema’s identiteitsontwikkeling, verbondenheid, veiligheid, competenties. Binnen de groepen werken we vanuit de concepten “Window of Tolerance” en “Traumadriehoek”. Cliëntenparticipatie en e-health kregen een prominente plek.

Tijdens de workshop zullen we dit nieuwe behandelmodel kort voorstellen. Vervolgens zullen we vooral ingaan op de impact op cliënten en het behandelteam.

Door: Drs. Tom Horemans (Psychiater, manager TRTC); Dr. Linda Gerits (Klinisch Psycholoog, manager TRTC)