# ‘Wij verbinden expertise van voortrekkers in de dagelijkse behandelpraktijk met academische inzichten. En we geven ook invulling aan de verschillen in wetenschappelijke en klinische benaderingen. ‘

# Opleidingsprogramma

# 1-Jarige geaccrediteerde

# Opleiding

# VCT-Expert Level-1

# En

# VCT-Master

# 1-Jarige Opleiding VCT-Expert Level 1 en VCT-Master

## Screening, diagnostiek, behandelinterventies bij volwassenen met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatiswering [VCT] en die als gevolg daarvan Complexe PTSS, dissociatieve stoornissen (in het bijzonder de Dissociatieve IdentiteitsStoornis) gecombineerd met hechtingsstoornissen hebben ontwikkeld. Deze problematiek gaat vaak samen met andere psychische stoornissen en vraagt om langdurige Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling [MIT] door gespecialiseerde behandelaren.

16 plaatsen beschikbaar

Deelname op volgorde van inschrijven

Er wordt ook gekeken naar een evenwichtige samenstelling van de opleidingsgroep

Start maart 2020

Met accreditaties

7 cursussen

20 cursusdagen

130 contacturen

Kosten 3960 euro incl. BTW

Vervolgopleiding VCT-Expert Level 2 vanaf 2022

# Accreditaties

Accreditatie wordt aangevraagd bij:

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie [NVvP]

Vereniging van Gezondheidszorgpsychologen en Psychotherapeuten [FGzPt]

Vereniging EMDR Nederland [VEN]

Overige accreditaties aan de hand van de samenstelling van op de opleidingsgroep.

**Colofon**

Uitgave, CELEVT, December 2020

**© Copy**

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

# Woord vooraf

# Vernieuwende opleidingen

Nederland staat bekend als een van de meest vooraanstaande landen binnen het vakgebied van de diagnostiek en behandeling van de psychische gevolgen van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering [VCT]. De toegenomen kennis over neurofysiologische, psychologische en sociale processen die optreden bij chronische traumatisering in de kinderjaren biedt de mogelijkheid om de relatie tussen traumatische ervaringen in de kindertijd en psychische stoornissen in de volwassenheid steeds beter te begrijpen en valide diagnostische instrumenten en kwalitatief hoogwaardige behandelmethoden te ontwikkelen. De Trauma Academie wil deze kennis breed beschikbaar stellen.

# Doelgroep

We zijn verheugd om als eerste in Nederland [en Europa] een unieke opleiding te hebben mogen ontwikkelen die zich specifiek richt zich op de Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling [MIT] voor volwassenen met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatiswering [VCT] en die als gevolg daarvan Complexe PTSS, dissociatieve stoornissen (in het bijzonder de Dissociatieve IdentiteitsStoornis) gecombineerd met hechtingsstoornissen hebben ontwikkeld. Deze problematiek gaat vaak samen met andere psychische stoornissen en vraagt om langdurige Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling [MIT] door gespecialiseerde behandelaren.

## Verschillen overbruggen 3

De Trauma Academie wil niet alleen vernieuwend zijn in de opleiding en behandelaanpak maar ook invulling geven aan het overbruggen van de verschillen in klinische en wetenschappelijke benaderingen. Binnen deze 1-jarige opleiding wordt hieraan ook expliciete aandacht besteed. Daarbij doorbreken wij de traditionele scheidslijnen en spelen wij in op de actuele vraagstukken binnen het vakgebied. Zo combineren wij praktijk en wetenschap met kennis en innovatie.

## Vooraanstaande experts

Wij zijn heel trots om in deze opleiding samen te mogen werken met vooraanstaande experts in het vakgebied die ieder hun sporen breed verdiend hebben! Binnen het in ontwikkeling zijnde vakgebied kunnen zij allen de verschillende inhoudelijke benaderingen, de actuele ontwikkelingen en de discussie tussen wetenschap en de dagelijkse behandelpraktijk integreren en overdragen.

# Register ‘Zoek VCT-Expert’

Een belangrijke ontwikkeling is ook dat we vanaf 2020 het Register ‘Zoek VCT-behandelaar’ kunnen openen voor professionals die de opleiding tot VCT-Expert Level-1 of VCT-Master hebben gevolgd of daarvoor in opleiding zijn. Het Register biedt professionals ook de gelegenheid om zich verder te bekwamen, samen te werken, intervisie te doen en om initiatieven te ontplooien om het vakgebied verder te ontwikkelen.

# Wachtlijstproblematiek GGZ

Zowel de opleidingen als het Register zullen in toenemende mate bijdragen aan het oplossen van de wachtlijstproblematiek voor vroeg getraumatiseerde GGZ-cliënten die behandeling zoeken. In 2019 kwam na landelijk onderzoek een belangrijk rapport uit, het Eindrapport ‘Specifieke cliënten groepen bij de aanpak wachttijden’ waarin knelpunten in capaciteit, kwaliteit en kennis in de behandeling van de traumagerelateerde psychische problematiek na VCT werden benoemd.

Laten we met allen die bij de Trauma Academie betrokken zijn, bijdragen aan het optimaliseren van de behandelmogelijkheden voor vroeg getraumatiseerde volwassenen!

December 2019, Mevr. Drs. G.M. (Martijne) Rensen

Martijne Rensen

Directeur CELEVT, Programma-ontwikkelaar Trauma Academie

# Inhoudsopgave

**Woord vooraf**

1. **Voor wie?**
2. **Register ‘Zoek VCT-behandelaar’**
3. **Praktisch**
4. **Het opleidingsprogramma**
5. **Jaarkalender**
6. **Docenten**
7. **Beschrijving opleidingsonderdelen|cursussen**
8. **Literatuuroverzicht**
9. **Opleidingslocatie**
10. **Informatie en overleg**
11. **Over de fasegerichte behandeling**

1. **Voor wie?**

# Doelgroep VCT- Expert Level 1

[Big-geregistreerde] Psychiaters, Klinisch Psychologen, Psychotherapeuten en GZ-Psychologen en zij die daarvoor in opleiding zijn.

# Toelatingseisen

### Deelnemers moeten minimaal 12 uur per week in de dagelijkse behandelpraktijk werkzaam zijn en daarvan minimaal 4 uur per week als behandelaar van in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde cliënten met een Complexe Posttraumatische Stress Stoornis (CPTSS), complexe Dissociatieve Stoornissen en Hechtingsproblematiek. Mocht u aan de laatste voorwaarden (nu) niet kunnen voldoen, neemt u dan contact op voor overleg met CELEVT Martijne Rensen [m.rensen@celevt.nl](mailto:m.rensen@celevt.nl).

# Doelgroep VCT- Master

[Big-geregistreerde] psychologen, verpleegkundigen [specialisten], artsen, agogen, vaktherapeuten, haptotherapeuten, fysiotherapeuten, [geselecteerde] complementaire behandelaren en andere behandelaren die na aanvraag aan de toelatingscriteria voldoen.

# Toelatingseisen

Deelnemers moeten minimaal 8 uur per week in de dagelijkse behandelpraktijk werkzaam zijn en daarvan minimaal 4 uur per week als behandelaar van in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde cliënten met een Complexe Posttraumatische Stress Stoornis (CPTSS), complexe Dissociatieve Stoornissen en Hechtingsproblematiek. Mocht u aan de laatste voorwaarden (nu) niet kunnen voldoen, neemt u dan contact op voor overleg met CELEVT Martijne Rensen [m.rensen@celevt.nl](mailto:m.rensen@celevt.nl).

# Diploma

De cursist wordt verwacht 90% van de cursus aanwezig te zijn om voor een certificaat in aanmerking te komen.

# Register ‘Zoek VCT-Behandelaar’

# **Voor wie?**

Voor Behandelaren die bij de Trauma Academie de opleiding tot VCT-Expert level-1 [Postacademisch] gevolgd hebben, of daarvoor in opleiding zijn. Kan gevolgd worden door Level-2 of daarvoor in opleiding.

# Kennis en kwaliteit

Met vermelding in het register geeft u aan cliënten, verwijzers en verzekeraars aan dat cliënten behandeld worden door een ter zake kundige professional die beschikt over op postacademisch niveau gekwalificeerde kennis in de behandeling van die ten gevolge van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering [VCT], symptomen en klachten van Complexe Posttraumatische StressStoornis [CPTSS], complexe Dissociatieve Stoornissen, en van Hechtingsproblematiek hebben ontwikkeld.

**Inschrijvingsmogelijkheden**

Na het afronden van de 1-jarige Opleiding VCT-Expert Level-1. Tijdens de 1-jarige Opleiding VCT-Expert Level-1 1. Indien deze opleiding [via de sprokkelroute] binnen 2 jaar na de start afgerond wordt, met in dat geval de toevoeging ‘in opleiding’.

# Meer informatie

Zie [www.celevt.nl](http://www.celevt.nl).

# Praktisch

# Cursorisch onderwijs en praktijk

De Opleiding duurt 1 jaar en kenmerkt zich door:

* Gemiddeld twee dagen per maand cursus.
* In totaal 7 cursussen.
* In totaal 20 cursusdagen verspreid over 1 jaar en eventueel 2 jaar [sprokkelroute].
* Hiernaast is er sprake van zelfstudie [literatuurstudie], dit tijdsbestek staat bij iedere cursus aangegeven.
* Ter afsluiting van iedere cursus moet een huiswerkopdracht gemaakt worden.
* Bij enkele cursussen worden tijdens de cursus als toets multiple choice vragen gesteld.
* Het onderwijs is theorie en -praktijkgericht.
* Er wordt binnen de evidence based kennisoverdracht ook gewerkt vanuit [eigen] casuïstiek en theoretische ondersteuning van de praktijkervaring, methoden en interventies.
* In de cursussen is plaats voor supervisie.

# Kosten

De kosten bedragen voor de gehele 1-jarige Opleiding 3960 euro incl. BTW.

De kosten voor het CELEVT-congres bedragen 95 euro [korting 200.-]

De 1-jarige Opleiding wordt in zijn geheel gevolgd.

Eventueel een sprokkelroute 2020-2021 en 2021-2020. [Vrijstelling en aangepaste kosten voor gevolgde cursussen in 2019]. Neem hiervoor contact op met Martijne Rensen via [m.rensen@celevt.nl](mailto:m.rensen@celevt.nl).

Er is een mogelijkheid voor gespreide betaling. Neem hiervoor contact op met Martijne Rensen via m.rensen@celevt.nl.

# Inclusief

* Accreditatie
* Digitale literatuur
* Ex boek(en)
* Lunch, koffie en thee

# Vipkortingen voor deelnemers

* Mogelijkheid voor inschrijving in het Register ‘Zoek VCT-behandelaar’ zonder kosten.
* 10 % korting op de TIP-Conferentie CELEVT-april 2020.
* 10 % korting op CELEVT Congres oktober 2020 [indien niet bij inschrijving van de opleiding meegenomen].
* 200 euro korting op het CELEVT Congres oktober 2020, deelname voor 95 euro [normaal 295 euro]. Geldt alleen bij aanvang van de inschrijving voor de opleiding.

# Eerste informatie: Contact opnemen

Neem voor informatie over de opleiding en inschrijven contact op met mevrouw Drs. Martijne Rensen, programma ontwikkelaar Trauma Academie, directeur CELEVT. Via [m.rensen@celevt.nl](mailto:m.rensen@celevt.nl) of 020364 26 39 of 06 46 19 07 36.

# Kennismakingsgesprek

U ontvangt de opleidingsbrochure en we maken dan een telefonische afspraak voor wederzijdse kennismaking.

# Inschrijfformulier

U ontvangt een inschrijfformulier – of u downloadt het formulier van de website- om uw persoonlijke gegevens in te vullen alsook uw Curriculum Vitae om na te gaan of u voldoet aan de deelname-criteria.

# Annuleren

Annuleren kan alleen schriftelijk tot 4 weken voor de start van de Opleiding. Hieraan zijn 70 euro incl. BTW administratie- en kennismakingskosten verbonden. Het betaalde cursusgeld wordt teruggeboekt.

# Uitstel of afstel

Als een opleidingsactiviteit onverwacht niet doorgaat dan wordt u in principe 3 weken voor de start op de hoogte gesteld. Als een cursus onverwacht niet doorgaat dan kan de Trauma Academie niet aansprakelijk worden gesteld voor gederfde inkomsten.

# Toelating

De Trauma Academie behoudt zich het recht voor iemand niet toe te laten als diegene bijvoorbeeld onvoldoende opleiding of geen geschikte werkplek heeft.Bij de samenstelling van de opleidingsgroep wordt ook gekeken naar een evenwichtige samenstelling voor wat betreft opleiding, kennis en expertise.

# Reservelijst

Wanneer u op een reservelijst staat, wordt u bij vrijkomen van een plaats benaderd of u daar gebruik van wilt maken. Als u niet benaderd bent voor een plaats stellen wij u op de hoogte wanneer de opleidingsactiviteit weer gepland staat.

**4. Het opleidingsprogramma**

# (Circulaire) fasegerichte behandeling

# De opleiding is gebaseerd op de principes van de (circulaire) fasegerichte behandeling.

* Screening en indicatiestelling
* Stabilisatie en symptoomreductie
* Traumaverwerking [integratie van traumatische ervaringen]
* Re-integratie
* Voor meer informatie hierover zie verderop in deze brochure.

# Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling [MIT]

De opleiding is gebaseerd op de principes van de Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling [MIT].

Voor meer informatie hierover zie verderop in deze brochure.

# Programma

Cursus 1.

Basiskennis Vroege traumatisering, ontwikkelingspsychologie, breinontwikkeling, screening en eerste stabilisatie begeleiding. Drs. Renate Geuzinge, gz-psycholoog, psychotherapeut, Dr. Anneke Vinke, gz-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog. 3 dagen.

U leert hoe vroege traumatisering en de eerste relaties in de vroege kindertijd de ontwikkeling van gehechtheid bepalen en wat de gevolgen zijn voor de psychische, neurofysiologische- en breinontwikkeling. U leert de toepassingsmogelijkheden van verschillende screeningsmethoden en vragenlijsten kennen en hiermee te werken, een eerste behandelplan te maken en stabilisatiemethoden toe te passen.

Cursus 2. [Alleen postacademisch]

## Diagnostiek en interpretatie van hechtingsproblematiek, complexe PTSS [CPTSS] en dissociatieve stoornissen. Drs. Renate Geuzinge, gz-psycholoog, psychotherapeut. 2 dagen.

In deze cursus leert u hoe symptomen en klachten en factoren in de voorgeschiedenis onderling samenhangen binnen de context van het functioneren van de cliënt en de mate en ernst daarvan in onderlinge samenhang te bekijken. We staan stil bij hoe gedesorganiseerde gehechtheidspatronen en onverwerkte vroege traumatische ervaringen tot uiting kunnen komen in het autobiografische verhaal van de cliënt. U leert de stappen in het diagnostisch proces van Complexe PTSS en complexe Dissociatieve Stoornissen en de samenhangende co-morbiditeit met diagnoses. U leert de toepassingsmogelijkheden van verschillende diagnostische methoden en vragenlijsten kennen en hiermee te werken.

Cursus 3.

## Gedesorganiseerde hechting, overdracht en tegenoverdracht in de therapeutische relatie bij vroeg getraumatiseerde cliënten. Dr. Nelleke Nicolai, psychiater, psychotherapeut. 2 dagen.

U krijgt inzicht in fenomenen als overdracht en tegenoverdracht in de therapeutische relatie bij vroeg getraumatiseerde cliënten. U leert te werken met het ‘Ideale Ouderprotocol’. En u krijgt kennis van gedesorganiseerde hechtingspatronen waarbij u disfunctionele interactiepatronen, re-enactments en empathische breuken leert te herkennen en te doorbreken.

Cursus 4.

## De fasegerichte behandeling als circulair proces bij vroeg getraumatiseerde cliënten met Complexe PTSS. Drs. Martijn Stöfsel, klinisch psycholoog, psychotherapeut. 4 dagen.

U maakt kennis met de toepassing van de fasegerichte behandeling als circulair proces en hoe u stabilisatietechnieken kunt toepassen. En u krijgt inzicht in globale verwerkingstechnieken bij complexe PTSS, zoals getuigenistherapie, Narratieve Exposure Therapie en specifieke verwerkingstechnieken als traumagerichte cognitieve gedragstherapie, Imaginaire Rescripting, EMDR en schrijftherapie.

# Cursus 5.

## De behandeling van cliënten met complexe Dissociatieve Stoornissen; een praktische integratieve benadering. Dr. Erik de Soir, klinisch psycholoog, psychotherapeut, Dr. Suzette Boon, Klinisch Psycholoog, psychotherapeut, Stefanie Terpstra MSc, bioloog, ervaringsdeskundige, drs. Renate Geuzinge, gz-psycholoog, psychotherapeut. 4 dagen.

U krijgt inzicht in de theorie van de structurele dissociatie en leert de eerste principes van het werken met dissociatieve delen van de persoonlijkheid. U maakt kennis met een praktische integratieve benadering voor het verminderen van dissociatieve klachten en het proces van integratie van traumatische herinneringen [traumaverwerking] bij complexe Dissociatieve Stoornissen.

# Cursus 6.

## Vroegkinderlijke traumatisering en verstoorde persoonlijkheidsontwikkeling; per definitie moeilijke cliënten? Drs. Joany Spierings, gz-psycholoog, psychotherapeut. 2 dagen.

Wat voor de ene hulpverlener een behandeling moeilijk of zwaar maakt, is voor een andere hulpverlener veel minder problematisch. Toch is er ook cliënt-gedrag dat voor velen van ons, hulpverleners, belastend is.  
Op deze dag zullen we vanuit allerlei verschillende perspectieven kijken naar 'Wat maakt een cliënt een moeilijke cliënt?' Daarnaast zal er steeds de vraag meelopen: ‘Wat maakt mij nu juist vatbaar voor dit probleemgedrag van deze cliënt?’

# Cursus 7.

## Bewegings- en lichaam- georiënteerde interventies bij vroeg getraumatiseerde cliënten; specifiek bij verwaarlozing en hechtingsproblematiek. Dr. Mia Scheffers, vaktherapeut, bewegingswetenschapper. 3 dagen.

U maakt kennis met een model van traumabehandeling waarin met behulp van bewegings- en lichaamsgeoriënteerde interventies, emotie, cognitie en gedrag geïntegreerd aan de orde komen. Het u leert om te gaan met het tweeledig doel van beweging- en lichaamsgerichte interventies: stilstaan bij de aan vroege

traumatisering en verwaarlozing verbonden lichamelijke gevoelens én in positieve interactie, nieuwe corrigerende ervaringen opdoen op het gebied van het lichaam.

# Cursus 8. [PostMaster|HBO. Optioneel Postacademisch]

## Vroege traumatisering, zelfdestructief (coping) gedrag en suïcidaliteit; uitvragen, interpreteren en concrete behandelinterventies. Dr. Nienke Kool, verplegingswetenschapper, senior onderzoeker, Stefanie Terpstra MSc, bioloog, ervaringsdeskundige. 2 dagen.

U neemt kennis van de relatie tussen vroege traumatisering, zelfdestructief (coping) gedrag en suïcidaliteit. U leert dit te herkennen, te interpreteren en uit te vragen onder andere met gevalideerde vragenlijsten. U

maakt ook kennis met behandelinterventies, bejegeningsvraagstukken en protocollen voor crisissituaties, zelfbeschadiging en suïcidaliteit. Deze dagen bieden u een eerste introductie en geven ook concrete handelingsmogelijkheden voor de dagelijkse praktijk.

Aanvullende bijeenkomsten

## Kennismakingsbijeenkomst en lezing ½ dag.

## Deelname achtste CELEVT Congres 1 dag.

## Diploma-Uitreiking ½ dag.

# Jaarkalender

# Kennismakingsbijeenkomst inclusief lezing over de ACE-Study en Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling [MIT] **op donderdag 13 februari 2020 van 15.00 – 18.00 uur. En vervolgens:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cursus no|dagen | Onderwerp | Docent [en] | Data |
| Cursus 1  3 dagen | Basiscursus vroege traumatisering, ontwikkelingspsychologie en breinontwikkeling; screening en eerste stabilisatiebegeleiding. | Drs. Renate Geuzinge  Dr. Anneke Vinke | 5 maart 2020  6 maart 2020 13 maart 2020 |
| Cursus 2. | Diagnostiek en interpretatie van hechtingsproblematiek, CPTSS en dissociatieve stoornissen. | Drs. Renate Geuzinge | 27 maart 2020  2 april 2020 |
| Cursus 3.  2 dagen | Vroege traumatisering, neurofysiologie en hechting; diagnostiek en interpretatie van hechtingsproblematiek, CPTSS en complexe Dissociatieve Stoornissen. | Drs. Renate Geuzinge | 27 maart 2020  2 april 2020  Alleen postacademisch |
|  | Gedesorganiseerde hechting, overdracht en tegenoverdracht in de therapeutische relatie bij vroeg getraumatiseerde cliënten. | Dr. Nelleke Nicolai | 8 mei 2020  15 mei 2020 |
| Cursus 4  4 dagen | De fasegerichte behandeling als circulair proces bij vroeg getraumatiseerde cliënten met Complexe PTSS. | Drs. Martijn Stöfsel | 2 juni 2020  29 september 2020  20 oktober 2020  26 oktober 2020 |
| Cursus 5  4 dagen | De behandeling van cliënten met complexe Dissociatieve Stoornissen; een praktische integratieve benadering. | Dr. Suzette Boon,  Dr. Erik de Soir  Drs. Renate Geuzinge  Stefanie Terpstra MSc | 27 oktober 2020  29 oktober 2020  10 november 2020  12 november  2020 |
| Cursus 6  2 dagen | Vroegkinderlijke traumatisering en verstoorde persoonlijkheidsontwikkeling: per definitie moeilijke cliënten? | Drs. Joany Spierings | 10 december 2020  11 december 2020 |
| Cursus 7  3 dagen | Bewegings- en lichaam- georiënteerde interventies bij vroeg getraumatiseerde cliënten; specifiek bij verwaarlozing en hechtingsproblematiek. | Dr. Mia Scheffers | 14 januari 2021 15 januari 2021 22 januari 2021 |
| Cursus 8  2 dagen | Vroege traumatisering, stress-gerelateerde lichamelijke ziekten en zelfdestructief (coping) gedrag; uitvragen, interpreteren en concrete behandelinterventies. | Dr. Nienke Kool  Stephanie Terpstra MSc | 5 februari 2021  12 februari 2021 |
| Achtste CELEVT Congres  1 dag [optioneel] | Thema: Vroeg Trauma, Lichaam, neurofysiologie, Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling [werktitel] | Congresprogramma | 23 oktober 2020 |
| Diploma-Uitreiking  Eind van de middag  15.30 – 19.00 | Diploma-uitreiking, evalueren, activiteit, eten. | Uitnodiging | 18 maart 2021 |

# Docenten

# Vooraanstaande experts

De Trauma-Academie stelt voor de kwaliteit van haar opleidingsactiviteiten de volgende voorwaarden voor docenten:

* (Big- geregistreerd) psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, gz-psycholoog, vaktherapeut, bewegingswetenschapper, verpleegkundig specialist, verplegingswetenschapper of anderszins gespecialiseerd binnen het vakgebied.
* Vooraanstaand binnen het vakgebied door klinische ervaring en innovatief vermogen, publicist en/ of spreker bij congressen en symposia en/ of een combinatie van deze ervaring met [wetenschappelijke] publicaties en onderzoek.
* Minimaal vijf jaar klinische ervaring binnen het vakgebied.
* Minimaal enkele jaren ervaring met lesgeven aan collegae.
* Bij voorkeur erkend supervisor.

# Dr. Suzette Boon

Suzette A. Boon PhD, is een klinisch psycholoog en psychotherapeut gespecialiseerd in de behandeling van chronische traumatisering en dissociatieve stoornissen. Zij werkt in eigen praktijk en als trainer en supervisor voornamelijk in verschillende Europese landen. Ze promoveerde in 1993 op validering van de Nederlandse versie van het Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D). Ze is momenteel bezig met de ontwikkeling van een nieuw diagnostisch interview Trauma and Dissociation Symptoms Interview (TADS-I). Ze publiceerde verschillende boeken, hoofdstukken en artikelen over diagnostiek en behandeling van dissociatieve stoornissen. In 2011 verscheen een vaardigheidstraining voor patiënten met een complexe dissociatieve stoornis (Boon, Steele & van der Hart, 2011; Ned. vertaling; “Omgaan met traumagerelateerde dissociatie”, 2013 bij Pearson). Ze is co-auteur van het onlangs gepubliceerde boek "Behandeling van traumagerelateerde dissociatie, een praktische, integratieve aanpak" (Steele, Boon & Van der Hart, 2017

## Dr. Nienke Kool, Verpleegkundige, Verplegingswetenschapper

Nienke Kool is verpleegkundige en sr. onderzoeker. Zij werkt sinds 1997 in de GGz, voornamelijk met ernstig getraumatiseerde mensen. Zowel klinisch als poliklinisch. Later is zij zich meer gaan bezighouden met onderzoek waarbij zij zich specifiek richtte op zelfbeschadigend gedrag. In 2015 is zij op dit onderwerp gepromoveerd. Zij ontwikkelde verschillende behandelmodules voor het omgaan met zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag. Ook verzorgt zij regelmatig trainingen voor hulpverleners rondom ditzelfde thema. Zij heeft in binnen - en buitenland gepubliceerd, een overzicht is te vinden op LinkedIn. Momenteel werkt zij als onderzoeker bij het Centrum Intensieve Behandeling (CIB) en het Centrum Dubbele Problematiek (CDP) van Fivoor. Tevens is zij lid van de kenniskring van het lectoraat GGZ Verpleegkunde van Hogeschool Inholland.

Dr. Mia Scheffers, vaktherapeut, bewegingswetenschapper

Mia Scheffers is onderzoeker en docent verbonden aan het lectoraat Bewegen, gezondheid en welzijn en de Masteropleiding psychomotorische therapie van Hogeschool Windesheim Zwolle. Haar aandachtsgebieden zijn meetinstrumenten op het gebied van psychomotorische diagnostiek, bewegings- en lichaamsgerichte interventies bij trauma gerelateerde problematiek. Ze werkte ruim 12 jaar als psychomotorisch therapeut en seksuoloog bij Centrum ’45 te Oegstgeest en in eigen praktijk. Met Ria Helleman schreef ze ‘trauma, lichaamsbeleving en seksualiteit’ (2013) en met collega-onderzoekers en

clinici ‘Beweging in trauma; psychomotorische therapie in de stabilisatiefase van complex trauma’ (2016).

# Dr. Erik De Soir, klinische psycholoog, psychotherapeut, systeem- en gezins- en relatietherapeut en psychotraumatoloog

Erik de Soir is in de zelfstandige praktijk werkzaam met vroeg getraumatiseerde cliënten. Erik is doctor in de psychologie en doctor in de Sociale en Militaire Wetenschappen. Als psychotherapeut specialiseerde hij zich in de opvang en begeleiding bij acute grote rampen en de behandeling van cliënten met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering. Hij heeft eveneens verschillende opleidingen over psychotraumatologie en victimologie Enkele jaren geleden ontwikkelde hij een behandelmodel ontwikkeld waarin hij de fase gerichte behandeling gebaseerd empirische theorieën heeft gecombineerd met

complementaire behandelwijzen. Hij is gepromoveerd in de Psychologie en in de Sociale en Militaire Wetenschappen. Hij is in België en Frankrijk en ook in Nederland een veelgevraagd spreker en gastdocent en heeft een verscheidenheid aan publicaties op zijn naam staan.

**Drs. Joany Spierings, gz-psycholoog, psychotherapeut**

Drs. Joanny Spiering is gz-psycholoog, psychotherapeut, werkzaam als teamleider Trauma en Persoonlijkheidsstoornissen bij GGZ Oost Brabant. Zij heeft verschillende publicaties over complex/ vroeg trauma op haar naam staan en is een veel gevraagd docent in binnen- en buitenland op het gebied van complexe traumatisering en gecompliceerde rouw. In 2017 ontving Joany de Trauma Aid Europe Award voor haar werk met ernstig getraumatiseerde mensen.

**Drs. Martijn Stöfsel, klinisch psycholoog, psychotherapeut**

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

## Stefanie Terpstra MsC, Bioloog, life coach en bestuurslid Caleidoscoop

Stefanie Terpstra is bioloog, life coach en voorzitter van de patiëntenvereniging Caleidoscoop voor mensen met een Dissociatieve Stoornis. Als ervaringsdeskundige is zij betrokken bij de Zorgstandaard Dissociatieve stoornissen en de Zorgstandaard Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen van het Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/. Ze is daarnaast als ervaringsdeskundige kerngroeplid van de Sichting Revief voor lotgenoten van seksueel misbruik en Lid Raad van Toezicht Ixta Noa, experts in ervaringsdeskundigheid.

## Dr. Anneke Vinke, GZpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog

Anneke JG Vinke is vrijgevestigd GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP en Lichaamsgericht Werkend Psycholoog en ziet in haar praktijk zowel jeugdigen als volwassenen. Zij schreef een proefschrift over adoptie en breidde dit expertisegebied uit tot trauma en gehechtheid. In de behandeling van vroegkinderlijk getraumatiseerde volwassenen baseert zij zich op

dyadic developmental psychotherapy, theraplay en sensorimotor psychotherapie. De laatste maakt dat lichaamsgerichte interventies door de jaren heen een 13 steeds prominentere plaats in haar behandelingen hebben gekregen.

**Drs. Martijne Rensen, Sociale wetenschapper**

Martijne Rensen is sociale wetenschapper, verandermanager en organisatieadviseur. Zij is oprichter en directeur van het Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (CELEVT) en programma-ontwikkelaar van de Trauma Academie. Eerder werkte zij vele jaren als interim-en crisismanager in de non-profit sector. Zij was initiatiefnemer en oprichter van de Top Referente Traumacentra [TRTC] en directeur van de daaraan verbonden St. LCVT.

# Beschrijving opleidingsonderdelen|cursussen

# Cursus 1

# Basiskennis Vroege traumatisering, ontwikkelingspsychologie, breinontwikkeling, screening en eerste stabilisatie begeleiding

# Introductie

Deze cursus geeft u een goed en wetenschappelijk onderbouwd beeld van de trauma- gerelateerde symptomen en klachten bij in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen. U leert vanuit verschillende invalshoeken te kijken naar de hulpvraag en hoe deze symptomen schuil kunnen gaan onder een scala aan psychische, lichamelijke en sociale klachten en u leert deze te herkennen.

U leert hoe vroege traumatisering en de eerste relaties in de vroege kindertijd de ontwikkeling van gehechtheid bepalen en wat de gevolgen zijn voor de psychische, neurofysiologische- en breinontwikkeling in relatie tot complexe trauma-gerelateerde stoornissen in de volwassenheid. U krijgt zicht op de invloed van de traumatiseringscontext op psychotraumaproblematiek. Daarnaast leert u de toepassingsmogelijkheden van verschillende screeningsmethoden en vragenlijsten kennen en hiermee te werken.

Iedere ontwikkelingsfase in een mensenleven vraagt om een vorm van gehechtheid. Daarmee geldt de gehechtheidstheorie als algemeen geaccepteerde ontwikkelingstheorie die het gehele leven van de mens omvat: ‘from the cradle to the grave’. De eerste gehechtheidsrelaties vormen de basis waarop alle andere relaties voortbouwen. Daarmee bepaalt de wijze waarop gehechtheid gevormd is in de (vroege) kindertijd, of er verstoringen of afwijzing geweest is, hoe de volwassene intieme relaties kan aangaan en vasthouden. De cursus spitst zich toe op de ontwikkeling van gehechtheid, verstoringen, relationeel trauma en verbreking alsmede op mogelijkheden voor herstel.

We staan stil bij hoe gedesorganiseerde gehechtheidspatronen en onverwerkte vroege traumatische ervaringen tot uiting kunnen komen in het autobiografische verhaal van de cliënt. U leert een eerste stabilisatie begeleiding te bieden in het omgaan met triggers en stressoren in het dagelijks leven en de cliënt handvatten te bieden in de weg naar herstel. De kennis hiervan maakt dat u een goed onderbouwde screening kunt doen en zorg kunt dragen voor de eerste stabilisatiebegeleiding. Tevens u krijgt zicht op het vervolgtraject voor diagnostiek en behandeling.

**Onderwerpen**

* Ontwikkeling van gehechtheid - state of the art inzichten uit wetenschappelijk onderzoek;
* Verstoorde gehechtheidsontwikkeling: gedragsmatige, neurobiologische en interpersoonlijke componenten (theorie: Porges, Panksepp, Schore, Siegel);
* Impact van verstoringen op lange termijn (theorie: Fosha, Lanius);
* Interventies om verstoorde gehechtheidsontwikkeling te herstellen (theorie: Hughes, Ogden);
* De therapeut als middel: de eigen gehechtheidgeschiedenis als hulpmiddel of hobbel in de behandeling;
* Praktische implicaties van een verstoorde gehechtheidsontwikkeling voor diagnostici en behandelaars;
* De relatie tussen ernstige en aanhoudende traumatisering in de kinderjaren en (latere) hechtingsproblemen: traumatische hechtingsrelaties en een gedesorganiseerde gehechtheid (theorie: Bowbly, Ainsworth, Solomon, Liotti);
* Vragen naar belastende ervaringen en vragenlijsten voor een eerste screening op symptomen van posttraumatische stress en dissociatie [TSQ en SDQ5];
* Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (VCT) en Complexe Posttraumatische Stress Stoornis;
* Verschillende vormen en gradaties van dissociatie (Dissociatieve Stoornissen) volgens de Structurele Dissociatie Theorie (SDT: van der Hart, Nijenhuis, Steele);
* Basiskennis over breinontwikkeling en ontwikkelingspsychologie volgens de Interpersoonlijke Neurobiologie, IPNB;
* De relatie tussen traumatisering bij (jonge) kinderen, brein en persoonlijkheidsontwikkeling en comorbiditeit, zoals verslaving;
* Eerste hulp bij herbelevingen, posttraumatische stressreacties, dissociatie of andere emotionele ontregeling bij iemand waar je als professioneel mee te maken krijgt;
* Interventies in de omgang met crisissituaties en zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag;
* Eigen reacties als hulpverlener op posttraumatische symptomen en klachten en de confrontatie met traumatische herinneringen of angst voor decompensatie;
* De uitgangspunten van gespecialiseerde traumadiagnostiek en de fasegerichte behandeling.

# Leerdoelen

1. De deelnemer heeft een overzicht van het verloop van gezonde gehechtheidsontwikkeling, van verstoringen, de impact op zowel neurobiologisch niveau als gedrag.
2. De deelnemer is bekend met de belangrijkste en meest recente concepten uit gehechtheidsonderzoek, en de impact van relationeel trauma.
3. De deelnemer heeft zicht op welke interventies in welke levensfase ingezet kunnen worden bij moeizaam verlopende en bedreigde gehechtheidontwikkeling.
4. De deelnemer is zich bewust van en heeft zo mogelijk geoefend met het doelgericht hanteren van de eigen gehechtheidsgeschiedenis, voorkeuren en persoonlijke ervaringen in therapeutische contacten.
5. De deelnemer heeft kennis van het onderscheid tussen georganiseerde en gedesorganiseerde patronen van gehechtheid en weet dit te herkennen.
6. De deelnemer heeft kennis van de relatie van gedesorganiseerde gehechtheid met dissociatieve stoornissen en de verschillende uitingsvormen van dissociatie.
7. De deelnemer heeft kennis van screeningmethoden met gevalideerde vragenlijsten om de eerste screening te doen, heeft voldoende vaardigheden om belastende ervaringen uit te vragen en weet wanneer vervolgdiagnostiek en verwijzing noodzakelijk is.
8. De deelnemer heeft kennis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering in relatie tot breinontwikkeling, neurofysiologische ontwikkeling de persoonlijkheid (het zelf).
9. De deelnemer heeft kennis van de invloed van traumatiseringscontext op uitingsvorm van posttraumatische problematiek: type II trauma, trauma-gerelateerde symptomen en klachten van PTSS, dissociatie en co-morbiditeit in relatie tot Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering.
10. De deelnemer heeft inzicht en vaardigheden in de eerste stabilisatiebegeleiding, het omgaan met triggers, zelfbeschadiging crisis en suïcidaal gedrag.
11. De deelnemer heeft basiskennis van diagnostiek en fasegerichte behandeling inclusief mogelijke behandelmethoden voor de verschillende fasen.

# Werkwijze

Face-to-face kennisoverdracht, casusbesprekingen, interactie en feedback en inbreng eigen praktijkervaringen. Bestudering en verwerken van de literatuur, theorie in verbinding brengen met de praktijk.

# Toets

**MC-vraag**

Elk onderwerp wordt afgesloten met een toegespitste meerkeuze vraag zodat direct kan worden getoetst of het leerdoel m.b.t. het onderwerp is bereikt. De deelnemer dient aan het eind van de cursus alle 16 meerkeuzevragen goed te kunnen beantwoorden. Voorbeeld MC-vraag: Welke 3 grote weefsels zijn beschadigd bij mensen met VCT in de voorgeschiedenis? **A** Amygdala, bovenbrein en corpus callosum **B** Benedenbrein, hippocampus en middelste prefrontale groep **C** Corpus callosum, middelste prefrontale groep, hippocampus.

**Huiswerkopdracht**

Na afloop van de cursus dient elke deelnemer de volgende verwerkingsopdracht in te leveren:

Voor elke hulpverlener zijn eigen ervaringen en de ‘persoon als instrument’ van belang zijn. Waar twee mensen met elkaar zijn verbonden, zijn ook twee breinen met elkaar verbonden. De mate waarin jouw brein is geïntegreerd, is bepalend voor jouw competentie als hulpverlener. In welke domeinen kun jij jouw integratie verhogen? Reflecteer hierover en illustreer dit aan de hand van een voorbeeld uit jouw privé of werkzame leven. (1/2 tot maximaal 1 A4tje).

# Literatuur voor cursisten

## Dag 1:

## Boek (aan te schaffen):

## Baljon, M. & Geuzinge, R. (2017). *Echo’s van trauma, slachtoffers als daders, daders als slachtoffer.* Amsterdam: Boom Uitgevers. Inleiding pp 15-17. Hoofdstuk 1 Echo’s van trauma pp 19-31. Hoofdstuk 2 Verbinden is hoofdzaak pp 33-45. Hoofdstuk 5 Gedesorganiseerde gehechtheid en de therapeutische relatie pp. 83- 102.

**Artikelen:**

Kerman, M (2010). Pearls of clinical wisdom. 21 leading therapists offer their key insights. New York: Norton. Hoofdstuk 1, 4, 5, 6, 15, 16, 20 en 21. (95 pp)

Vinke, J.G. (2013). Gehechtheid in de behandelkamer. *GZ-psycholoog, April,* 10-17. (7 pp)

Wallin, D. (2014) We are the tools of our trade: the therapist’s attachment history as a source of impasse, inspiration and Change. In: *Attachment Theory in Adult Mental Health. A Guide to Clinical Practice.* A.N. Danqua & K. Berry (Eds.) (2014), p. 225-241. London/NewYork: Routledge Taylor & Francis. [16 pp]

(totaal: 49 +118 = 167 pp)

**Dag 2:**

Geuzinge, R. (2017). Hoofdstuk 3 Verticale integratie en emotieregulatie. Uit: *Echo’s van trauma* pp. 47- 63.

Baljon, M. & Geuzinge, R. (2017). Hoofdstuk 4 Gehechtheid, horizontale integratie en het narratieve zelf. Uit: *Echo’s van trauma* pp. 65- 82.

(totaal 35 pp).

## Dag 3:

## Baljon, M. & Geuzinge, R. (2017). Hoofdstuk 6 Traumaverwerking: een narratieve integratie Uit: *Echo’s van trauma* pp. 103- 118.

## Geuzinge, R. (2017). Hoofdstuk 13 Zelfzorg van de therapeut Uit: *Echo’s van trauma* pp. 213- 226

## (totaal 28 pp).

# Docenten

**Drs. Renate Geuzinge** is BIG geregistreerd gz-psycholoog/psychotherapeut gespecialiseerd in vroegkinderlijke chronische traumatisering. Ze is supervisor en opleider voor de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) en de Vereniging voor Persoonsgerichte experiëntiële Psychotherapie (VPeP). Ze is tevens oprichter en docent van het Instituut voor Interpersoonlijke Neurobiologie (IPNB), promovendus aan de Universiteit voor Humanistiek en redacteur voor het Tijdschrift voor Persoonsgerichte experiëntiële Psychotherapie (tPeP). Verschillende publicaties zijn genoemd op haar LinkedIn- profiel.

**Dr. Anneke Vinke** [1/2 dag] is vrijgevestigd GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP en Lichaamsgericht Werkend Psycholoog en ziet in haar praktijk zowel jeugdigen als volwassenen. Zij schreef een proefschrift over adoptie en breidde dit expertisegebied uit tot trauma en gehechtheid. In de behandeling van vroegkinderlijk getraumatiseerde volwassenen baseert zij zich op dyadic developmental psychotherapy, theraplay en sensorimotor psychotherapie. De laatste maakt dat lichaamsgerichte interventies door de jaren heen een steeds prominentere plaats in haar behandelingen hebben gekregen.

# Tijdschema

**DAG 1:** **Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (VCT) en gehechtheid**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit** | **Leerdoel** | **Werkvorm** |
| **09.30 – 10.45** | Overzicht gehechtheidspatronen & bewust wording eigen gehechtheidsrepresentatie/ inzetten eigen voorkeuren verstoringen, de impact op zowel gedrag als neurobiologisch niveau; recente concepten uit gehechtheidsonderzoek, state of the art gehechtheidsonderzoek, impact van relationeel trauma (DTD)- overzicht interventies in welke levensfase | 1, 2 | Plenaire lezing met ppt, demonstraties en oefenen |
| **10.45 – 11.00** | Koffiepauze |  |  |
| **11.00 – 12.30** | Tools of our trade: bewust gebruik maken van je eigen gehechtheidsrepresentaties in diagnostiek en behandeling. Vignetten en oefeningen in tweetallen/drietallen aan de hand van vignetten of eigen casuïstiek terugkoppeling naar start en Pearls of wisdom, wat neem je mee | 3,4 | Plenaire lezing met ppt, demonstratie en oefenen in tweetallen |
| **12.30 – 13.30** | Lunchpauze |  |  |
| **13.30 – 15.00** | Onderscheid trauma en complex trauma. Traumatische hechting. Gedesorganiseerde gehechtheid in relatie tot georganiseerde gehechtheid. Uitingsvormen van gedesorganiseerde gehechtheidspatronen in de hulpverlenersrelatie Relatie tussen gedesorganiseerde gehechtheid en dissociatie. Verschillende vormen en gradaties van dissociatie volgens de structurele dissociatie theorie | 5,6,7,8,9 | Plenaire lezing met ppt, demonstratie en oefenen |
| **15.30-15.30-** | Theepauze |  |  |
| **15.30-17.00** | In de praktijk vragen naar vroege traumatische jeugdervaringen en naar belastende en beschermende factoren: Eerste screening op symptomen (vragenlijsten TSQ en SDQ5).  En evaluatie. | 7,10 | Plenaire lezing met ppt, demonstratie en oefenen |

**DAG 2:** **Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (VCT) en breinontwikkeling**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit** | **Leerdoel** | **Werkvorm** |
| **09.30 – 10.45** | Vroege traumatisering en de late gevolgen van VCT aan de hand van neurofysiologie en breinontwikkeling. | 8,9.10 | Plenaire lezing met ppt, demonstratie en oefenen |
| **10.45 – 11.00** | Koffiepauze |  |  |
| **11.00 – 12.30** | Vervolg VCT en breinontwikkeling, comorbiditeit met verslaving. Uitleg over triggers, herbelevingen, emotieregulatie en het tolerantievenster en de relatie met een gedesorganiseerde gehechtheid | 8,9.10 | Plenaire lezing met ppt, demonstratie en oefenen |
| **12.30 – 13.30** | Lunchpauze |  |  |
| **13.30- 15.30** | Ernstige dissociatieve symptomen en lichamelijke klachten aan de hand van de polyvagaal theorie (Porges) en kalmerende interventies | 8,9.10 | Plenaire lezing met ppt, demonstratie en oefenen |
| **15.30-15.30-** | Theepauze |  |  |
| **15.30-17.00** | Relationele vaardigheden van de therapeut: De ‘Do’s and Don’ts’ bij mensen met een verleden van VCT  En evaluatie | 10 | Plenaire lezing met ppt, demonstratie en oefenen |

**DAG 3:** **Vroege screening en een eerste stabilisatiebegeleiding**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit** | **Leerdoel** | **Werkvorm** |
| **09.30 – 10.45** | Uitgangspunten van gespecialiseerde traumadiagnostiek en de fasegerichte behandeling. Stabiliserende interventies bij triggers en dissociatie aan de hand van de kennis uit de interpersoonlijke neurobiologie | 10,11 | Plenaire lezing met ppt, demonstratie |
| **10.45 – 11.00** | Koffiepauze |  |  |
| **11.00 – 12.30** | Casusinbreng, evt. rollenspel waarin geoefend wordt met de nieuwe kennis | 7,10 | Casusinbreng, oefenen |
| **12.30 – 13.30** | Lunchpauze |  |  |
| **13.30 – 14.45** | Zelfzorg en collegiaal overleg. Eigen reacties op posttraumatische symptomen en klachten en de confrontatie met traumatische herinneringen of angst voor decompensatie. | 7,10 | Plenaire lezing met ppt, demonstratie en oefenen |
| **14.45 – 15.00** |  |  |  |
| **15.00 – 17.00** | Zelfzorg-technieken, ervaringsgerichte oefeningen m.b.t. de nieuwe kennis. Ethische aspecten. Vragen en afsluiting | 7, 10 | Plenaire lezing met ppt, demonstratie en oefenen |

# Cursus 2

# Diagnostiek en interpretatie van hechtingsproblematiek, CPTSS en dissociatieve Stoornissen.

# Introductie

In deze cursus leert u hoe symptomen en klachten en factoren in de voorgeschiedenis onderling samenhangen binnen de context van het functioneren van de cliënt en de mate en ernst daarvan in onderlinge samenhang te bekijken. We staan stil bij hoe gedesorganiseerde gehechtheidspatronen en onverwerkte vroege traumatische ervaringen tot uiting kunnen komen in het autobiografische verhaal van de cliënt. U leert de stappen in het diagnostisch proces van Complexe PTSS en complexe Dissociatieve Stoornissen, en de samenhangende co-morbiditeit met diagnoses. U leert de toepassingsmogelijkheden van verschillende diagnostische methoden en vragenlijsten kennen en hiermee te werken. En u maakt kennis met mogelijkheden voor vervolgdiagnostiek waaronder de gestructureerde interviews voor gehechtheid (GBI) en voor dissociatieve stoornissen (SIDES en SCID-D) om te komen tot een eerste behandelindicatie.

# Onderwerpen

* De relatie van gedesorganiseerde gehechtheid met dissociatieve stoornissen en de verschillende uitingsvormen van dissociatie.
* Symptomen en klachten van PTSS, dissociatieve stoornissen (waaronder DIS) volgens de DSM-5 criteria en kenmerken complexe PTSS.
* Gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentaties en de gevolgen voor de ontwikkeling van het zelf en het mentaliserend vermogen.
* De stappen in het diagnostisch proces van Complexe PTSS en complexe Dissociatieve Stoornissen, differentiaaldiagnose (zoals psychose, alcohol- en middelen misbruik, etc.)
* Toepassingsmogelijkheden van verschillende diagnostische methoden en vragenlijsten met betrekking tot CPTSS (SIDES), dissociatieve stoornissen en gehechtheid.
* Vervolgdiagnostiek zoals gestructureerde interviews voor gehechtheid (GBI) en voor dissociatieve stoornissen (SCID-D) en opstellen van een eerste behandelindicatie.

# Leerdoelen

1. De deelnemer heeft kennis van de relatie van gedesorganiseerde gehechtheid met dissociatieve stoornissen en de verschillende uitingsvormen van dissociatie.
2. De deelnemer kent de symptomen en klachten van PTSS volgens de DSM-5 criteria en heeft kennis van het onderscheid met complexe PTSS.
3. De deelnemer kent de DSM-5 criteria van de verschillende dissociatieve stoornissen en de klachten en symptomen van een complexe dissociatieve stoornis [DIS].
4. De deelnemer kent het onderscheid tussen dissociatieve stoornissen en psychotische stoornissen of gehoor hallucinaties.
5. De deelnemer kan de kenmerken van een getraumatiseerde gehechtheidsrelatie en de gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie herkennen en onderscheiden van de georganiseerde gehechtheidsrelatie.
6. De deelnemer heeft in voldoende mate casuïstiek over symptomen, klachten en diagnostiek van vroeg getraumatiseerde cliënten ingebracht.
7. De deelnemer heeft inzicht en specialistische vaardigheden in het omgaan met en interpreteren van uitingsvormen van CPTSS en DIS [c.q. delen van de persoonlijkheid] in de diagnostische fase.
8. De deelnemer kan op grond van de eerste screening en diagnostiek, assessment en hulpvragen vaststellen wat er aan de hand is bij een cliënt met een chronische traumatische voorgeschiedenis en komen tot een behandelindicatie.

# Literatuur voor cursisten

Boeken [aan te schaffen]

* Baljon & Geuzinge (red.) (2017). Hoofdstuk 5 (p. 83 t/m 102) uit: *Echo’s van trauma.* Amsterdam: Boom [Totaal 19 pagina’s].
* Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis en Kathy Steele (2010). *Het belaagde zelf: Structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering*. Amsterdam: Boom. Hoofdstuk 2 t/m 4 [totaal 56 pagina’s].

Artikelen:

* Hart, O. van der, Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2005). Dissociation: an insufficient recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress, 18 (5)*: 413 -423 [totaal 20 pagina’s].
* Hart, O. van der, Nijenhuis, E.R.S., Steele, K., Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*: 906-914 [totaal 8 pagina’s].
* Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment, 2nd Edition* (pp. 666–697). New York, NY: Guilford Press [totaal 31 pagina’s].

# Docent

**Drs. Renate Geuzinge** is BIG geregistreerd gz-psycholoog/psychotherapeut gespecialiseerd in vroegkinderlijke chronische traumatisering. Ze is supervisor en opleider voor de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) en de Vereniging voor Persoonsgerichte experiëntiële Psychotherapie (VPeP) en werkte jarenlang bij Top Referent Traumacentrum (TRTC) van GGZ Drenthe. Ze is ook oprichter en docent van het Instituut voor Interpersoonlijke Neurobiologie (IPNB), promovendus aan de Universiteit voor Humanistiek en redacteur voor het Tijdschrift voor Experiëntiële Psychotherapie (TPeP). Verschillende publicaties zijn genoemd op haar LinkedIn

# Werkvorm

Kennisoverdracht in mini-colleges; beschrijvingen van casussen en videopresentaties door de docent en in beperkte mate spontane inbreng van casuïstiek door de cursist om de kennis te kunnen integreren met de praktijk.

# Toets

Elk onderwerp wordt afgesloten met een toegespitste Multiple Choice vraag zodat direct kan worden getoetst of het leerdoel m.b.t. het onderwerp is bereikt. De deelnemer dient aan het eind van de cursus alle meerkeuzevragen goed te kunnen beantwoorden.

**Eindopdracht:**

Beschrijf (niet langer dan 2 A4’tjes) een moeilijkheid, worsteling of differentiaal-diagnostische vraag met betrekking tot een client en beschrijf hoe je hier uit bent gekomen of hoe je het hebt opgelost. Laat in de opdracht zien dat je de aangeleerde kennis uit de cursus hebt gebruikt (evt. meezenden van ruwe scores van vragenlijsten ter illustratie).

# Dagindeling

**Dag 1. Gedesorganiseerde gehechtheid**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit** | **Leerdoel** | **Werkvorm** |
| 9.00 – 10.30  Waarna pauze | Inleiding door docent op gehechtheid en met name de gedesorganiseerde gehechtheid, in relatie tot complexe PTSS en  dissociatieve stoornissen | 1, 5 | Presentatie, reflectie |
| 11.00–12.30  Waarna lunch | Vervolg inleiding door docent op gedesorganiseerde gehechtheid, in relatie tot de autobiografie en het traumaverhaal. | 1, 5 | Presentatie, reflectie en videopresentaties. |
| 13.30–15.00  Waarna pauze | Bespreking literatuur en het Gehechtheidsbiografisch Interview (GBI). | 1, 5 | Presentatie en reflectie op ter plekke ingebrachte casuïstiek |
| 15.30–17.00 | Oefening diagnostische gesprek met GBI-vragen. | 5, 6 | Rollenspel en evt. demonstatie, inbrengen van casuïstiek |
| Sluiting |  |  |  |

**Dag 2.** **Dissociatieve stoornissen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit** | **Leerdoel** | **Werkvorm** |
| 9.00 – 10.30  Waarna pauze | Inleiding door docent over differentiaaldiagnose zoals o.a. psychotische stoornis, hersenbeschadiging na hersenletsel of na of alcoholmisbruik. | 1, 3, 4 | Presentatie, reflectie |
| 11.00–12.30  Waarna lunch | Bespreking literatuur over Structurele Dissociatie Theorie, uitingsvormen van dissociatieve stoornissen c.q. delen van de persoonlijkheid in de diagnostische fase | 1, 3, 4 | Presentatie, reflectie en videopresentaties. |
| 13.30–15.00  Waarna pauze | Bespreking literatuur en het gestructureerde interview voor dissociatieve stoornissen (SCID—D) en de SIDES. | 3, 7 | Presentatie en reflectie op ter plekke ingebrachte casuïstiek |
| 15.30–17.00 | Oefening diagnostische gesprek met SCID-D-vragen en de SIDES. | 6, 7, 8 | Rollenspel en evt. demonstatie, inbrengen van casuïstiek |
| Sluiting |  |  |  |
|  |  |  |  |

# Cursus 3

# Gedesorganiseerde hechting, overdracht en tegenoverdracht in de therapeutische relatie bij vroeg getraumatiseerde cliënten.

# Introductie

Uit onderzoek blijkt dat een goede werkrelatie voor een groot percentage (30%), het slagen van de behandeling uitmaakt. Voor mensen die als kind getraumatiseerd zijn door ouders of opvoeders, wordt dat bemoeilijkt door het feit dat hun vertrouwen is geschaad, hun gehechtheid aan anderen is beschadigd en het gevoel van eigenwaarde en competentie laag is. Dat betekent dat het hanteren van de therapeutische werkrelatie in alle fasen van de behandeling prioriteit verdient.

Tijdens de cursus wordt ingegaan op de relatiehantering en op interactiepatronen van projectieve identificatie, overdracht en tegenoverdracht. En u leert disfunctionele interactiepatronen die zich uiten door bijvoorbeeld

overspoeld raken, onderwerping, afhankelijkheid en vijandigheid praktisch te hanteren. Voorts komt het herkennen en repareren van empathische breuken aan de orde (te snel gaan, de relatie niet bespreken, empathische breuken niet herkennen en niet herstellen), re-enactments en herhalingspatronen mede aan de hand van ingebracht casusmateriaal. Gehechtheid en fobie voor gehechtheid, de gedesorganiseerde hechtingstijl bij vroeg getraumatiseerde cliënten komt aan de orde en de implicaties daarvan voor de therapeutische relatie. U maakt kennis met de basisinterventie van Brown en Elliott "Attachment disturbances in Adults" (2017) die bestaat uit drie pilaren: het ‘Ideale Ouder Protocol’, het bevorderen van metacognitieve en mentaliserende vaardigheden en het bevorderen van verbale en non-verbale samenwerking.

# Onderwerpen

* Relatiehantering, psychodynamische begrippen van projectieve identificatie, overdracht en tegenoverdracht.
* Herkennen en hanteren van empathische breuken en valkuilen en de meest voorkomende herhalingsscenario’s re-enactments.
* Hanteren van terugval, agressie en woede, vermijding, afhankelijkheid, schaamte, onvermogen om te rouwen.
* Gehechtheid en fobie voor gehechtheid, de gedesorganiseerde hechtingstijl en de therapeutische werkrelatie.
* De basisinterventie van Brown en Elliott bij vroeg getraumatiseerde cliënten met hechtingsproblematiek.
* Het ‘Ideale Ouder Protocol’, het bevorderen van metacognitieve en mentaliserende vaardigheden en het bevorderen van verbale en non-verbale samenwerking.

# Leerdoelen

1. De deelnemer heeft inzicht en specialistische vaardigheden in het hanteren van de werkrelatie en kan deze waar nodig herstellen.
2. De deelnemer heeft kennis van gehechtheid en fobie voor gehechtheid, de gedesorganiseerde hechtingstijl en weet hoe deze te hanteren.
3. De deelnemer kan werken met het ‘Ideale Ouder Protocol’ en kan de client helpen met het bevorderen van metacognitieve en mentaliserende vaardigheden en van verbale en non-verbale samenwerking.
4. De deelnemer kan de meest voorkomende re-enactments in de therapeutische relatie herkennen en hanteren.
5. De deelnemer kan projectieve identificatie, overdracht en tegenoverdracht in de eigen praktijk herkennen en hanteren.
6. De deelnemer kent de valkuilen (te snel gaan, de relatie niet bespreken, empathische breuken niet herkennen en niet herstellen) en kan deze hanteren.
7. De deelnemer kent valkuilen van vermijding, agressie, afhankelijkheid, schaamte, niet kunnen rouwen.

# Literatuur voor cursisten

Literatuur:

* Allen, J.2002). Traumatic Relationships and serious mental disorders, New York, Wiley, 7 H.1, 2, 3. p.3-78. = 25 pp
* Steele, K. (2011). When the patient is abusive, ISSTDnews, 29, 1-4. = 3 pp
* Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E. (2001). Dependency in the treatment of Complex PTSS and dissociative disorders.
* Journal of Trauma and Dissociation 2, 4, pp 79-116 = 36 pp.
* Nicolai, N.J. (2008). Overdracht en tegenoverdracht bij vroegkinderlijk trauma.
* Tijdschrift voor Psychotherapie, 34,431-450 = 19 pp.
* Mosquera, D, Steele K.; Complex trauma, dissociation and Borderline Personality Disorder: Working with integration failures; [European Journal of Trauma & Dissociation 1 (2017) 63–71](http://dx.doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.01.010) = 8 pp.
* Steele, K. (2013). Six reasons to understand and treat dissociation. *Paradigm*, *18*, 12-15 = 3 pp.

### *Facultatief aan te schaffen boek*

### Brown en Eliot (Brown, D P. en Elliot, D.S (2017). Attachment Disturbances in Adults, New York, Norton) en Nicolai, N.J. (2016) Emotieregulatie: de kunst van het evenwicht, Leusden, Diagnosis. Lezen: hoofdstuk 9 en 10.

# Docent

**Dr. Nelleke Nicolai** werkte tot 2012 als psychiater-psychotherapeut met vroeg getraumatiseerde patiënten. Sindsdien is zij in eigen praktijk supervisor, opleider en leertherapeut. Zij publiceerde naast vele artikelen over trauma, gender en gehechtheid: het "Handboek psychotherapie na seksueel misbruik (2006), samen met anderen "" Empathie: het geheime wapen van psychiater en psychotherapeuten (2015) en Emotieregulatie: de kunst van het evenwicht"(2016).

# Werkwijze

Plenaire inleiding docent. Presentatie casuïstiek, rollenspel, in subgroepen en plenair.

# Toets

Schriftelijk naar aanleiding van een door de cursist ingebrachte casus met een beredeneerd verslag van interventies: wat heb ik gedaan en waarom bij deze casus in de werkrelatie? Aan het einde van de cursus. De deelnemer heeft in voldoende mate casuïstiek ingebracht.

Gespecificeerd -huiswerkopdracht:

* Neem een van je moeilijkste of liefste cliënten
* Beschrijf het volgende:
  + Wat zijn de problemen en klachten
  + Kort de traumageschiedenis
  + Ideeën over de gehechtheid
  + Wat is de behandeling:
    - Welke interventies heb je gepleegd
    - Wat werkt[e] wel en wat niet
  + Wat kun je zeggen over de therapeutische werkrelatie

# Dagindeling

Dag 1.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit** | **Leerdoel** | **Werkvorm** |
| 9.30 – 11.00  Waarna pauze | Inleiding in gehechtheid en gehechtheidsrepresentaties vanuit het concept van de desorganisatie. | 1,2, 7 | Presentatie, video, demonstratie, casuïstiek, discussie |
| 11.30–12.30  Waarna lunch | Kennismakingsspel m.b.t. vroege traumatisering en relatiedefinitie.Oefening in relatie tot casuïstiek in 3-tallen met plenair terugbrengen. | 1,2,7 | Presentatie, video, demonstratie, oefenen in subgroepen en discussie |
| 13.30–15.00  Waarna pauze | De basisinterventie van Brown en Elliott bij vroeg getraumatiseerde cliënten met hechtingsproblematiek. | 3 | Presentatie, video, demonstratie, casuïstiek, discussie |
| 15.30–17.00 | Het ‘Ideale Ouder Protocol’, het bevorderen van metacognitieve en mentaliserende vaardigheden en het bevorderen van verbale en non-verbale samenwerking. Inleiden, - met indicaties en valkuilen- en oefenen.  Oefenen in groepen van drie. | 3 | Presentatie, video, demonstratie, oefenen in subgroepen en discussie |
| Sluiting | Evaluatie |  |  |

Dag 2.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit** | **Leerdoel** | **Werkvorm** |
| 9.30 – 10.30  Waarna pauze | Terugkoppeling: huiswerk, oefenen met Ideale Ouder Protocol. | 1,2,7 | Bespreking en discussie |
| 11.00–12.30  Waarna lunch | Inleiding: Overdracht en tegenoverdracht: belemmering, onvermijdelijk of belangrijk instrument?  Patronen. De rol van projectieve identificatie en empathische "besmetting". | 4,5, | Presentatie, video, demonstratie, oefenen in subgroepen en discussie |
| 13.30–15.00  Waarna pauze | Schrijfopdracht: Hoe om te gaan met tegenoverdracht. Bespreken in subgroepen. Welke overdracht en tegenoverdracht speelt?  Plenair terugkoppelen. | 4,5,6 | Opdracht, subgroepen en plenair |
| 15.30–17.00 | Twee rollenspellen met opdracht. Theorie en casuisitiek overdracht en tegenoverdracht. | 4,5,6 | Presentatie, subgroepen, plenair |
| Sluiting | Evaluatie |  |  |

# Cursus 4

# De fasegerichte behandeling als circulair proces bij vroeg getraumatiseerde cliënten met Complexe PTSS.

# Introductie

De fasegerichte behandeling bij vroegkinderlijk getraumatiseerde cliënten met Complexe PTSS is geen louter lineair proces is. Er wordt meestal meerdere keren gewisseld tussen de verschillende fasen. Deze cursus is een inleiding om te werken met een de fasegerichte aanpak.

U leert enige stabilisatie en symptoomreductie-technieken om controle te krijgen over complexe posttraumatische stressklachten zoals intrusies, vermijding, hyperarousal, affect- en emotiedysregulatie en dissociatieve fenomenen. Er wordt aandacht besteed aan de overgang naar de traumabehandelingsfase en wat daarbij indicaties en contra-indicaties zijn. U maakt kennis met globale verwerkingstechnieken, zoals getuigenistherapie en Narrative Exposure Therapy [NET] en specifieke verwerkingstechnieken als traumagerichte cognitieve gedragstherapie, Imaginaire Rescripting, EMDR, schrijftherapie en cognitieve technieken bij complex trauma. De indicatiegebieden voor deze verschillende verwerkingstechnieken worden besproken. Er wordt geoefend met Imaginaire Exposure en Imaginaire Rescripting.

In de supervisiemiddag brengen cursisten eigen materiaal in met betrekking tot hun ervaringen in het werken met vroeg getraumatiseerde cliënten met Complexe PTSS.

# Onderwerpen

* Fase 1 doelstellingen voor cliënten met CPTSS.
* Cognitief gedragstherapeutische stabilisatietechnieken zoals:
  + Retraumatiseringsdriehoek
  + Angstmanagement
  + Ontspanningstechnieken
  + Grounding
  + Contraconditionering
  + Impulsbeheersing
* Indicaties en contra-indicaties voor het aangaan van een verwerkingsbehandeling en wanneer welke verwerkingstechniek geïndiceerd is.
* Verwerkingstechnieken bij complexe PTSS zoals:
  + Narratieve technieken als getuigenistherapie en Narrative Exposure Therapy [NET]
  + Imaginaire Exposure
  + Imaginaire Rescripting
  + EMDR
  + Schrijftherapie.
* Complicaties bij het toepassen van verwerkingstechnieken in de toepassing binnen de eigen behandelpraktijk.
* Het inbrengen van therapiepraktijk-ervaringen en casuïstiek in supervisie en hierop reflecteren.

# Leerdoelen

1. Kennis van het driefasenmodel en complex trauma,
2. Onderscheid CT en enkelvoudig trauma en persoonlijkheidsproblematiek
3. Kennis van het doel van fase 1 en overzicht verschillende technieken.
4. Specifieke kennis en ervaring opdoen m.b.t. psycho-educatieve interventies
5. Specifieke kennis en ervaring opdoen m.b.t. toepassen retraumatiseringsdriehoek
6. Specifieke kennis en ervaring opdoen m.b.t. toepassen diverse grouningstechnieken
7. Kennis van de verschillende verwerkingstechnieken en indicatiegebieden
8. Specifieke kennis en ervaring opdoen m.b.t. toepassen globale traumaverwerkingstechnieken en specifiek over NET
9. Kennis van het doel en werkingsmechanisme van IE.
10. Specifieke kennis en ervaring opdoen m.b.t. IE
11. Specifieke kennis en opdoen m.b.t. EMDR en toepassen van IE en EMDR bij CT.
12. Kennis van het doel en werkingsmechanisme van ImRs.
13. Specifieke kennis en ervaring opdoen m.b.t. ImRs
14. Kennis van de mogelijkheden en beperkingen van schrijftherapie
15. Kennis en inzicht wanneer welke verwerkingstechniek

# Literatuur voor cursisten

Stöfsel & Mooren (2010); Complex trauma; Amsterdam Bohn Stafleu van Lochum (aan te schaffen, kortingscode voor 15% korting bij BSL.nl/shop)

Stöfsel & Mooren (2017); Trauma en persoonlijkheidsproblematiek; Amsterdam Bohn Stafleu van Lochum (aan te schaffen, facultatief, kortingscode voor 15% korting bij BSL.nl/shop: Sprey16-sn14)

**Te lezen literatuur, hoofdstukken en artikelen**

**Dag 1**

- Complex Trauma, hoofdstuk 1 tot en met 9, (totaal 120 pagina’s)

- Complex trauma en complexe PTSS Wat is het en wie heeft het? (Facultatief 10 pagina’s)

- Stabiliserende EMDR-artikel EMDRMagazine 2018 (facultatief 4 pagina’s)

**Dag 2**

- Complex Trauma, hoofdstuk 10 tot en met 13, (47 pagina’s)

- Narratieve Exposure Therapie hoofdstuk uit boek PTSSen 2012 (13 pagina’s)

- Imaginaire Exposure door van Minnen en Arntz (2017) (58 pagina’s)

- EMDR-hoofdstuk in handboek PTSSen (2012) (facultatief 12 pagina’s)

**Dag 3**

- Psychotherapies for PTSS, what do they have in common (2015) (10 pagina’s)

- Trauma en persoonlijkheidsproblematiek, hoofdstuk 12 (43 pagina’s)

**Dag 4**

* Complex trauma, hoofdstuk 13 en 15 (25 pagina’s)
* Trauma en persoonlijkheidsproblematiek, hoofdstuk 15 (10 pagina’s)

# Werkvormen

Tijdens de cursusdagen: Plenaire presentatie m.b.v. PowerPoint en oefenen in tweetallen,

Tussen sessies door: oefenen met vaardigheden

Tijdens de supervisiemiddag; inbrengen en bespreken van eigen casuïstiek.

# Toetsing

# Actieve deelname tijdens de cursusdagen.

Voldoende gemaakt hebben van alle huiswerkopdrachten

# Docent

**Drs. Martijn Stöfsel** is klinisch psycholoog en psychotherapeut. Hij werkt momenteel in een eigen psychotherapie- en onderwijspraktijk in Lunteren. Daarvóór heeft hij gewerkt met ernstig

getraumatiseerde cliënten in het -in de behandeling van oorlogstraumata gespecialiseerde- Sinaï Centrum en in de verslavingskliniek van het Leger des Heils. Hij schreef ‘Complex trauma’ (2010) en ‘Trauma en persoonlijkheidsproblematiek’ (2017). Hij is supervisor en leertherapeut van de VGCt, senior-schematherapeut, lid van de NtVP en EMDR-practitioner.

# Dagindeling

**Dag 1**

**Fase 1 van het driefasenmodel: stabilisatietechnieken**

**Leerdoelen**

1. Kennis van het driefasenmodel en complex trauma,
2. Onderscheid CT en enkelvoudig trauma en persoonlijkheidsproblematiek
3. Kennis van het doel van fase 1 en overzicht verschillende technieken.
4. Specifieke kennis en ervaring opdoen m.b.t. psycho-educatieve interventies
5. Specifieke kennis en ervaring opdoen m.b.t. toepassen retraumatiseringsdriehoek
6. Specifieke kennis en ervaring opdoen m.b.t. toepassen diverse grouningstechnieken

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit** | **Leerdoel** | **Werkvorm** |
| **09.30 – 10.45** | Introductie fasenmodel en complex trauma | 1. Kennis van het driefasenmodel en complex trauma, 2. Onderscheid CT en enkelvoudig trauma en persoonlijkheidsproblematiek | Plenaire lezing met ppt |
| **10.45 – 11.00** | Koffiepauze |  |  |
| **11.00 – 12.30** | Fase 1; stabilisatietechnieken: algemeen en  Psycho-educatie | 1. Kennis van het doel van fase 1 en overzicht verschillende technieken. 2. Specifieke kennis en ervaring opdoen m.b.t. psycho-educatieve interventies | Plenaire lezing met ppt, demonstratie en oefenen in tweetallen |
| **12.30 – 13.30** | Lunchpauze |  |  |
| **13.30 – 14.45** | Fase 1; stabilisatietechnieken vervolg: retraumatiseringsdriehoek | 1. Specifieke kennis en ervaring opdoen m.b.t. toepassen retraumatiseringsdriehoek | Plenaire lezing met ppt, demonstratie en oefenen in tweetallen |
| **14.45 – 15.00** | Koffiepauze |  |  |
| **15.00 – 17.00** | Fase 1; stabilisatietechnieken vervolg: groundingstechnieken | 1. Specifieke kennis en ervaring opdoen m.b.t. toepassen diverse grouningstechnieken | Plenaire lezing met ppt, demonstratie en oefenen in tweetallen |

**Huiswerk**

Huiswerk in te leveren volgende bijeenkomst: verslag van toepassing retraumatiseringsdriehoek bij een echte client en toepassing twee andere stabilisatietechnieken. Beschrijf kort hoe het ging en wat er beter zou kunnen. Maximaal 2 A4

**Dag 2**

**Fase 2 van het driefasenmodel: verwerkingsfase (NET en Imaginaire Exposure en EMDR)**

**Leerdoelen**

1. Kennis van de verschillende verwerkingstechnieken en indicatiegebieden
2. Specifieke kennis en ervaring opdoen m.b.t. toepassen globale traumaverwerkingstechnieken en specifiek over NET
3. Kennis van het doel en werkingsmechanisme van IE.
4. Specifieke kennis en ervaring opdoen m.b.t. IE
5. Specifieke kennis en opdoen m.b.t. EMDR en toepassen van IE en EMDR bij CT.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit** | **Leerdoel** | **Werkvorm** |
| **09.30 – 10.45** | Fase 2; verwerkingstechnieken: globaal en specifiek en indicatiestelling | 1. Kennis van de verschillende verwerkingstechnieken en indicatiegebieden | Plenaire lezing met ppt en oefening |
| **10.45 – 11.00** | Koffiepauze |  |  |
| **11.00 – 12.30** | Globale traumaverwerkingstechnieken: getuigenistherapie en met name NET | 1. Specifieke kennis en ervaring opdoen m.b.t. toepassen globale traumaverwerkingstechnieken en specifiek over NET | Plenaire lezing met ppt, demonstratie en oefenen in tweetallen |
| **12.30 – 13.30** | Lunchpauze |  |  |
| **13.30 – 14.45** | Kennis van imaginaire Exposure; demonstratie en oefenen | 1. Kennis van het doel en werkingsmechanisme van IE. 2. Specifieke kennis en ervaring opdoen m.b.t. IE | Plenaire lezing met ppt, demonstratie en oefenen in tweetallen |
| **14.45 – 15.00** | Koffiepauze |  |  |
| **15.00 – 17.00** | Vervolg van voor pauze en: Bespreking van EMDR  En toepassing IE en EMDR bij Complex trauma | 1. Specifieke kennis en opdoen m.b.t. EMDR en toepassen van IE en EMDR bij CT. | Plenaire lezing met popt, en |

**Huiswerk**

Huiswerk in te leveren (op papier) volgende bijeenkomst: verslag van toepassing IE bij een (bij voorkeur) echte client of toepassing NET. Beschrijf kort hoe het ging en wat er beter zou kunnen. Maximaal 2 A4

**Dag 3**

**Imaginaire Rescripting, wanneer welke verwerkingstechniek**

**Leerdoelen**

1. Kennis van het doel en werkingsmechanisme van ImRs.
2. Specifieke kennis en ervaring opdoen m.b.t. ImRs
3. Kennis van de mogelijkheden en beperkingen van schrijftherapie
4. Kennis en inzicht wanneer welke verwerkingstechniek

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit** | **Leerdoel** | **Werkvorm** |
| **09.30 – 10.45** | Fase 2; verwerkingstechnieken: Imaginaire Rescripting | 1. Kennis van het doel en werkingsmechanisme van ImRs. 2. Specifieke kennis en ervaring opdoen m.b.t. ImRs | Plenaire lezing met ppt, demonstratie en oefenen in tweetallen |
| **10.45 – 11.00** | Koffiepauze |  |  |
| **11.00 – 12.30** | Vervolg ImRs | Idem | Demonstratie en oefenen in tweetallen |
| **12.30 – 13.30** | Lunchpauze |  |  |
| **13.30 – 14.45** | Schrijftherapie als verwerkingstechniek | 1. Kennis van de mogelijkheden en beperkingen van schrijftherapie | Plenaire lezing met ppt, demonstratie en oefenen in tweetallen |
| **14.45 – 15.00** | Koffiepauze |  |  |
| **15.00 – 17.00** | Wanneer welke verwerkingstechniek | 1. Kennis en inzicht wanneer welke verwerkingstechniek | Plenaire lezing met ppt, en groepsdiscussie |

**Huiswerk**

* Huiswerk in te leveren volgende bijeenkomst: verslag van toepassing ImRs een (bij voorkeur) echte client Beschrijf kort hoe het ging en wat er beter zou kunnen. Maximaal 2 A4
* Voorbereiden voor intervisie/supervisie: twee casussen waarin je bent vastgelopen of vragen hebt. Zet kort (voor jezelf, hoeft niet gedeeld te worden) op papier; de casus, waar loopt het vast, wat voor vraag heb je.

**Dag 4**

**Fase 3, gevolgen voor de behandelaar en afsluiten behandelingen en intervisie/supervisie**

**Leerdoelen**

1. Kennis van verschillende aspecten en fasen van fase 3
2. Kennis van de valkuilen van lange behandelingen hoe dan toch af te sluiten
3. Kennis van de gevolgen voor de behandelaar en wat te kunnen doen
4. Delen van problemen en helpen bij de oplossing
5. Plenair bespreken van problemen of aandachtspunten die in de vorige ronde aan bod kwamen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit** | **Leerdoel** | **Werkvorm** |
| **09.30 – 10.45** | Fase 3 | 1. Kennis van verschillende aspecten en fasen van fase 3 | Plenaire lezing met ppt, demonstratie en oefenen in tweetallen |
| **10.45 – 11.00** | Koffiepauze |  |  |
| **11.00 – 11.45** | Weke hart en afsluiten behandelingen | 1. Kennis van de valkuilen van lange behandelingen hoe dan toch af te sluiten | Plenaire lezing met ppt, demonstratie en oefenen in tweetallen |
| **11.45- 12.30** | Gevolgen voor de behandelaar | 1. Kennis van de gevolgen voor de behandelaar en wat te kunnen doen | Plenaire lezing met ppt en groepsgesprek. |
| **12.30 – 13.30** | Lunchpauze |  |  |
| **13.30 – 14.45** | Supervisie in viertallen adhv voorbereide casuïstiek | 1. Delen van problemen en helpen bij de oplossing | In viertallen vraagstukken bespreken |
| **14.45 – 15.00** | Koffiepauze |  |  |
| **15.00 – 17.00** | Supervisie plenair | Idem | 1. Plenair bespreken van problemen of aandachtspunten die in de vorige ronde aan bod kwamen |

**Huiswerk**

* Geen

# Cursus 5

# De behandeling van cliënten met complexe Dissociatieve Stoornissen; Een praktische integratieve benadering

# Introductie

|  |  |
| --- | --- |
|  | 2 |
|  |  |

Aan de hand van de trauma-gegenereerde theorie van de structurele dissociatie leert u de eerste principes van het werken met dissociatieve delen van de persoonlijkheid in de eerste behandelfase. U leert hoe, wanneer en op welke wijze er, in de eerste behandelfase contact kan worden gemaakt met delen van de persoonlijkheid en hoe de cliënt en therapeut kunnen samenwerken om de integratieve vermogens van de cliënt te vergroten. U leert ook hoe posttraumatische en dissociatieve klachten en symptomen te verminderen en hoe met de cliënt een ‘Stabilisatieprofiel’ op te stellen. U leert de indicaties en contra-indicaties voor traumabehandeling kennen en de eerste beginselen hoe binnen de fasegerichte behandeling te werken aan de integratie van traumatische ervaringen. Aan bod komt de voorbereiding op de integratie van traumatische herinneringen, het bevorderen van de samenwerking tussen dissociatieve delen en hoe gebruik te maken van imaginatietechnieken ten behoeve van containment. U maakt kennis met de diverse variaties in de traumaverwerking waaronder geleide realisatie en synthese en de mogelijkheden van onder andere EMDR. U leert ook om te gaan met de rouwreacties die optreden en hoe om te gaan met fobieën voor een gewoon leven, waaronder de angst voor

verandering en voor intimiteit. Tenslotte krijgt u handreikingen voor de afronding van deze doorgaans langdurige behandelingen.

# Onderwerpen

Dag 1 [Dr. Erik de Soir]

* De theorie van de structurele dissociatie van de persoonlijkheid; introductie.
* Doelstellingen van Fase 1 voor cliënten met een complexe Dissociatieve Stoornis en ‘Stabilisatieprofiel’ (schriftelijk instrument) met werkpunten voor de cliënt.
* Contact maken met delen van de persoonlijkheid (ANPs en EPs) en het vergroten van de integratieve vermogens van de cliënt.
* Verminderen van posttraumatische en dissociatieve klachten en symptomen:
  + Controlemethoden voor triggering waaronder zelfhypnose, meditatie en beeldcontrole.

|  |  |
| --- | --- |
|  | 3 |
|  |  |

* + Cognitief gedragstherapeutische technieken voor stabilisatie en symptoomreductie bij cliënten met complexe Dissociatieve Stoornissen.
  + Emotieregulatie-technieken, ontspanningstechnieken en mindfulness.

Dag 2 en 3 [Suzette Boon met een bijdrage van Stefanie Terpstra MSc]

* De theorie van de structurele dissociatie van de persoonlijkheid en de fasegerichte behandeling.
* De trauma-gegenereerde dissociatie van de persoonlijkheid in twee prototypen van delen van de persoonlijkheid: ogenschijnlijk normale delen van de persoonlijkheid (ANPs) en emotionele delen van de persoonlijkheid (EPs).
* De aard van traumatische herinneringen, als tegengesteld aan narratieve, autobiografische herinneringen.
* Het doel van de integratie van traumatische herinneringen en het onderscheid van twee niveaus van integratie: synthese en realisatie (met de componenten personificatie en presentificatie).
* De voorbereiding op de integratie van traumatische herinneringen binnen fasegerichte behandeling, met daarbij het bevorderen van de nodige samenwerking tussen dissociatieve delen en het gebruik van imaginatietechnieken ten behoeve van containment.
* De procedure van de integratie van traumatische herinneringen zelf en diverse variaties hierin.
* Clientervaringen in de behandeling van traumatische herinneringen, voorbereiding, samenwerking therapeut en cliënt en nazorg.

|  |  |
| --- | --- |
|  | 4 |
|  |  |

* Het bevorderen van veiligheid voor, tijdens en na de zittingen, het nagaan welk percentage van de betreffende traumatische herinnering al gedeeld is en het imaginair “opbergen” van hetgeen een volgende keer aan bod moet komen.

Dag 4 Drs. Renate Geuzinge

* Persoonlijkheids(re)integratie en rehabilitatie bij cliënten met complexe dissociatieve stoornissen in de derde behandelfase.
* Rouwreacties als noodzakelijk onderdeel van het doorgaande integratieve proces, waarin toenemende realisatie van hetgeen hun is aangedaan en de gevolgen daarvan voor de rest van hun leven een hoofdrol spelen.
* Fobieën voor aspecten van een gewoon leven waarmee cliënten in de derde behandelfase geconfronteerd kunnen worden en de manieren waarop deze overwonnen kunnen worden.
* Secundaire traumatisering, teamsamenwerking, zelfzorg, supervisie, inclusief paralelprocessen.
* ½ supervisiedag voor inbreng materiaal door cursisten met betrekking tot hun ervaringen in het werken met cliënten met een [vermoeden van] complexe

Dissociatieve Stoornissen.

# Leerdoelen

Dag 1:

1. Kennis van de theorie van de structurele organisatie en over de doelstellingen van Fase 1 voor cliënten met een complexe Dissociatieve Stoornis.
2. Het kunnen toepassen van behandelfasering en het gebruik van ‘Stabilisatieprofiel’ (schriftelijk instrument) met werkpunten voor de cliënt.
3. Kennis van methoden voor het overwinnen van de fobie voor innerlijke ervaringen en het ontwikkelen van een innerlijk gevoel van veiligheid.
4. Basiskennis voor het contact maken met delen van de persoonlijkheid (ANPs en EPs) en het vergroten van de integratieve vermogens van de cliënt.

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. 5 |
|  |  |

1. Kunnen toepassen van methoden voor het verminderen van posttraumatische en dissociatieve klachten en symptomen:
   1. Controlemethoden voor triggering waaronder zelfhypnose, meditatie en beeldcontrole.
   2. Cognitief gedragstherapeutische technieken voor het omgaan met zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag.
   3. Emotieregulatietechnieken, ontspanningstechnieken en mindfulness.

Dag 2 en 3:

1. Kennis over de aard van trauma-gegenereerde dissociatie en de aard van traumatische herinneren bij cliënten met complexe Dissociatieve Stoornissen.
2. Kennis van (contra-) indicaties, de noodzakelijk voorbereidingen voor de behandeling van traumatische herinneringen, inclusief toegenomen samenwerking tussen dissociatieve delen en de toepassing van op imaginatie gebaseerde technieken voor “containment”.
3. Basiskennis, inzicht en vaardigheden met betrekking tot de integratie van traumatische herinneringen bij cliënten met complexe dissociatieve stoornissen in het kader van fasegerichte traumabehandeling;
4. De deelnemer heeft zicht op de verschillende paden naar eenwording en de manieren waarop deze kan plaatsvinden en in de oorzaken van het “falen” van de eenwording en heeft basiskennis van wat daaraan gedaan kan worden.

Dag 4

1. Kennis van rouwreacties als noodzakelijk onderdeel van het doorgaande integratieve proces en deze kunnen hanteren.

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. 6 |
|  |  |

1. Kennis van fobieën voor aspecten van een gewoon leven waarmee cliënten in de derde behandelfase geconfronteerd kunnen worden en de manieren waarop deze overwonnen kunnen worden.
2. Kennis van secundaire traumatisering, zelfzorg, supervisie en teamsamenwerking, inclusief paralelprocessen en deze kunnen integreren in de dagelijkse behandelpraktijk.
3. Inbrengen, bespreken en reflecteren op eigen behandel casuïstiek met betrekking tot hun ervaringen in het werken met cliënten met een [vermoeden van] complexe Dissociatieve Stoornissen.

# Literatuur voor cursisten

Van der Hart, O., Nijenhuis E., Steele, K. (2010). *Het belaagde zelf: Structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering*. Amsterdam: Boom (aan te schaffen).

Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2018). *Behandeling van trauma-gerelateerde dissociatie: Een praktische integratieve benadering*. Eeserveen: Uitgeverij Mens! (Aan te schaffen)

Voorafgaand aan de cursus krijgen cursisten een indicatie welke hoofdstukken uit deze boeken te lezen.

**Te lezen literatuur, hoofdstukken en artikelen**

**Dag 1**

1. Uit Van der Hart et al. (2010): hoofdstuk 14 en 15 [45 pp]
2. Uit Steele et al. (2018): hoofdstuk 7-9, 10 [80 pp.]
3. Artikel: O. van der Hart (2012); The use of imagery in phase 1 treatment of clients with complex dissociatieve disorders, in: Clinical Practice, 2010, p 1-8 [8 pp.]
4. Facultatief: Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. (2012), Omgaan met traumagerelateerde dissociatie; vaardigheidstraining voor patiënten en hun therapeuten; Amsterdam: Pearson

**Dag 2 en 3**

1. Uit Van der Hart et al. (2010): hoofdstuk 19 (pp. 417-440) [23 pp.]
2. Uit Steele et al. (2018): Deel 4, pp. 513-563) [50 pp]
3. Artikel: O. van der Hart, K. Steele, E. Nijenhuis (2017); The treatment of traumatic memories in patiënts with complex dissociative disorders, Science Direct, Elsevier, 2017, p. 26-35 [9 pp]

**Dag 4**

1. Uit Van der Hart et al. (2010): hoofdstuk 17 & Epiloog: pp. 441-474 [33 pp.]
2. Uit Steele et al. (2018) Deel 5, pp. 567-600. [33 pp]

# Werkwijze

Plenaire inleiding docent. Presentatie casuïstiek, rollenspel, in subgroepen en plenair.

# Toets

# Actieve deelname tijdens de cursusdagen.

Voldoende gemaakt hebben van alle huiswerkopdrachten

# Docenten

|  |  |
| --- | --- |
|  | 7 |
|  |  |

**Dr. Suzette Boon**

Suzette A. Boon PhD, is een klinisch psycholoog en psychotherapeut gespecialiseerd in de behandeling van chronische traumatisering en dissociatieve stoornissen. Zij werkt in eigen praktijk en als trainer en supervisor voornamelijk in verschillende Europese landen. Ze promoveerde in 1993 op validering van de Nederlandse versie van het Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D). Ze is momenteel bezig met de ontwikkeling van een nieuw diagnostisch interview Trauma and Dissociation Symptoms Interview (TADS-I). Ze publiceerde verschillende boeken, hoofdstukken en artikelen over diagnostiek en behandeling van dissociatieve stoornissen. In 2011 verscheen een vaardigheidstraining voor patiënten met een complexe dissociatieve stoornis (Boon, Steele & van der Hart, 2011; Ned. vertaling; “Omgaan met traumagerelateerde dissociatie”, 2013 bij Pearson). Ze is co-auteur van het onlangs gepubliceerde boek "Behandeling van traumagerelateerde dissociatie, een praktische, integratieve aanpak" (Steele, Boon & Van der Hart, 2017

**Dr. Erik De Soir** **Dr. Erik De Soir** is klinische psycholoog, psychotherapeut, systeem- en gezins- en relatietherapeut en psychotraumatoloog. Hij is in de zelfstandige praktijk werkzaam met vroeg getraumatiseerde cliënten. Erik is doctor in de psychologie en doctor in de Sociale en Militaire Wetenschappen. Als psychotherapeut specialiseerde hij zich in de opvang en begeleiding bij acute grote rampen en de behandeling van cliënten met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering. Hij heeft eveneens verschillende opleidingen over psychotraumatologie en victimologie Enkele jaren geleden ontwikkelde hij een behandelmodel ontwikkeld waarin hij de fase gerichte behandeling gebaseerd empirische theorieën heeft gecombineerd met complementaire behandelwijzen. Hij is gepromoveerd in de Psychologie en in de Sociale en Militaire Wetenschappen. Hij is in België en Frankrijk en ook in Nederland een veelgevraagd spreker en gastdocent en heeft een verscheidenheid aan publicaties op zijn naam staan.

**Drs. Renate Geuzinge** is BIG geregistreerd gz-psycholoog/psychotherapeut gespecialiseerd in vroegkinderlijke chronische traumatisering. Ze is supervisor en opleider voor de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) en de Vereniging voor Persoonsgerichte experiëntiële Psychotherapie (VPeP) en werkte jarenlang bij Top Referent Traumacentrum (TRTC) van GGZ Drenthe. Ze is ook oprichter en docent van het Instituut voor Interpersoonlijke Neurobiologie (IPNB), promovendus aan de Universiteit voor Humanistiek en redacteur voor het Tijdschrift voor Experiëntiële Psychotherapie (tPeP). Verschillende publicaties zijn genoemd op haar LinkedIn-profiel.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

**Stefanie Terpstra MSc** is bioloog, life coach en voorzitter van de patiëntenvereniging Caleidoscoop voor mensen met een Dissociatieve Stoornis. Als ervaringsdeskundige is zij betrokken bij de Zorgstandaard Dissociatieve stoornissen en de Zorgstandaard Trauma- en stressor gerelateerde stoornissen van het Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/. Ze is daarnaast als ervaringsdeskundige kerngroeplid van de Sichting Revief voor lotgenoten van seksueel misbruik en Lid Raad van Toezicht Ixta Noa, experts in ervaringsdeskundigheid.

# Werkwijze

Plenaire inleiding docent. Presentatie casuïstiek, rollenspel, in subgroepen en plenair.

# Toets

# Actieve deelname tijdens de cursusdagen.

Voldoende gemaakt hebben van alle huiswerkopdrachten

De deelnemer heeft in voldoende mate casuïstiek ingebracht. Actieve deelname supervisiedag.

# Dagindeling

**Dag 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit** |  | **Werkvorm** |
| 9.00 –  10.30 - | Inleiding aan de hand van casuïstiek en uiteenzetting van de theorie van de structurele dissociatie | 1 | Presentatie – Bespreking van videomateriaal -  Groepsdiscussie |
| 10.30 –  11.00 | Pauze |  |  |
| 11.00 –  12.30 | Inleiding van de problematiek in Fase 1, psychoeducatie en het bespreekbaar maken van het bestaan in persoonsdelen. | 2,3 | Presentatie – Bespreking van videomateriaal -  Groepsdiscussie |
| 12.30 -  13.30 | Lunch |  |  |
| 13.30 –  15.00 | Omgaan met de fobieën van een DIS-patiënt en in contact treden met de delen als voorbereiding op fase 2 werk | 4, 5 | Presentatie – Bespreking van videomateriaal -  Groepsdiscussie |
| 15.00 –  15.30 | Pauze. |  |  |
| 15.30 –  17.00 | Controle/Stabilisatiemethoden, (zelf)hypnose, mindfullness en visualisatietechnieken)  Discussie en conclusie. | 4,5 | Ervaringsgerichte oefening en Q&A-sessie als afronding van de workshop |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

**Huiswerkopdrachten dag 1 Max 1 A4’tje**

Aan het einde van de cursusdag maken de cursisten een toegepaste schrijfopdracht aan de hand van dewelke ze de opgedane kennis illustreren in de context van een casus uit de eigen praktijk. Beschrijf hoe je in het werken met DIS-patiënten de voorbereiding in Fase 1 ziet om een zo volledig mogelijk inventaris van de verschillende persoonsdelen te maken, deze aan te spreken met een naam die zowel voor jou (als therapeut) als voor je cliënt aanvaardbaar is en hoe je tewerk gaat om in bepaalde sessies bepaalde delen al dan niet voelbaar aanwezig te laten zijn.

**Dag 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit**  **Leerdoel** | | **Werkvorm** |
| **09.30 – 10.45** | Bespreking van de essentie van traumagenereerde dissociatie van de persoonlijkheid en handhaving hiervan door bepaalde fobieën, inclusief de fobie voor traumatische herinneringen | Basiskennis over de aard van traumagegenereerde dissociatie is bekend | Presentatie en discussie |
| **10.45 – 11.00** | Koffiepauze |  |  |
| **11.00 – 12.30** | Bespreking van de aard van traumatische herinneringen, van (contra-indicaties voor de integratie van traumatische herinneringen, in het kader van | De aard van traumatische herinneringen kennen  De (contra-) Indicaties voor de integratie van traumatische | Presentatie, video en discussie |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 14 |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | fasegerichte behandeling | herinneringen kennen |  |
| **12.30 – 13.30** | Lunchpauze |  |  |
| **13.30 – 14.45** | Bespreking noodzakelijke voorwaarden, met het accent op het overwinnen van de fobie voor dissociatieve delen, bevorderen van hun samenwerking en omgaan met de ambivalentie jegens de daders en het benutten van “containment” technieken | Kennen van de noodzakelijke voorbereidingen voor de integratie van traumatische herinneringen, inclusief  toenemende samenwerking tussen delen en omgaan met de ambivalentie jegens de daders en het benutten van “containment” | Presentatie, video, demonstratie, oefenen in subgroepen en discussie |
| **14.45 – 15.00** | Koffiepauze |  |  |
| **15.00 – 17.00** | Fase 2 behandeling: de integratie van traumatische herinneringen:  Geleide synthese, EMDR, Geleide  realisatie | Deelnemer heeft inzicht en specialistische vaardigheden  m.b.t. integratie van traumatische herinneringen in het kader van fasegerichte behandeling | Presentatie, video, demonstratie, oefenen in subgroepen en discussie |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 15 |
|  |  |

**Huiswerkopdracht dag 2 [max 1 A4]**

Behandeling Traumatische Herinneringen bij Complexe Dissociatieve Stoornissen. Kort verslag van je eigen visie op het werken met *daderimiterende en daderidealiserende delen van de persoonlijkheid*

**Dag 3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit** | **Leerdoel** | **Werkvorm** |
| **09.30 – 10.45** | De integratie van traumatische herinneringen:  Geleide synthese, EMDR, Geleide realisatie (vervolg) | Deelnemer heeft inzicht en specialistische vaardigheden  m.b.t. integratie van traumatische herinneringen in het kader van fasegerichte behandeling | Presentatie, video, demonstratie, oefenen in subgroepen en discussie |
| **10.45 – 11.00** | Koffiepauze |  |  |
| **11.00 – 12.30** | De integratie van traumatische herinneringen: “Gefractioneerde” integratie van traumatische herinneringen | Deelnemer heeft inzicht in de mogelijkheden de integratie van traumatische herinneringen te “fractioneren”, om hiermee binnen het integratieve vermogen van de  cliënt te blijven | Presentatie, video, demonstratie, oefenen in subgroepen en discussie |
| **12.30 – 13.30** | Lunchpauze |  |  |
| **13.30 – 14.45** | Bespreking Fase 3 behandeling: Verdere integratie  van de | Deelnemer onderkent dat elk “delen met elkaar” leidt tot verdere | Inleiding, demonstratie, oefenen in subgroepen |
|  | persoonlijkheid en rehabilitatie, inclusief het fuseren c.q.  eenwording van de dissociatieve delen en oorzaken van “falen” daarvan | integratie, inclusief fusies en eventueel eenwording; deelnemer heeft zicht op de verschillende “paden” naar eenwording en op mogelijke oorzaken van het “falen” van fusies |  |
| **14.45 – 15.00** | Koffiepauze |  |  |
| **15.00 – 17.00** | Bespreking van het proces van toenemende integratie. Geleidelijk beëindiging van de behandeling. | Deelnemer kent het proces van toenemende  integratie afgewisseld met verwerken en integratie van traumatische ervaringen. | Inleiding, demonstratie, video |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 16 |
|  |  |

**Huiswerkopdracht dag 3 Max 1 A4’tje**

* Kort verslag van je reflectie op de essentie van de integratie van traumatische herinneringen. Kort verslag van zelf oefenen met geleide synthese, of een variatie daarvan, van een traumatische herinnering plus leerpunten

**Dag 4**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit** | **Leerdoel** | **Werkvorm** |
| **09.30**  **– 10.45** | Bespreking van de derde behandelfase;  Persoonlijkheids(re)integratie en rehabilitatie bij cliënten | Kennis van rouwreacties en deze kunnen hanteren. | Presentatie en discussie |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 17 |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | met complexe dissociatieve stoornissen.  Bespreking van Rouwreacties en fobieën voor aspecten van een gewoon leven. | Kennis van fobieën voor aspecten van een gewoon leven en de manieren waarop deze overwonnen kunnen worden. |  |
| **10.45**  **– 11.00** | Koffiepauze |  |  |
| **11.00**  **– 12.30** | Bespreking Secundaire traumatisering, teamsamenwerking, zelfzorg, supervisie, inclusief paralelprocessen. | Kennis van sec. traumatisering, paralelprocessen, en het belang van teamsamenwerking, en kennis van adequate zelfzorg strategieën. | Presentatie, groepsreflectie en  experientiele oefeningen. |
| **12.30**  **– 13.30** | Lunchpauze |  |  |
| **13.30**  **– 14.45** | Supervisie: inbreng materiaal door cursisten met betrekking tot hun ervaringen in het | Inbrengen, bespreken en reflecteren op eigen behandel casuïstiek. | Presentatie, en groepsreflectie |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | werken met cliënten met een [vermoeden van] complexe  Dissociatieve  Stoornissen.  **[Huiswerkopdracht]** |  |  |
| **14.45**  **– 15.00** | Koffiepauze |  |  |
| **15.00**  **– 17.00** | Supervisie: inbreng materiaal door cursisten met betrekking tot hun ervaringen in het werken met cliënten met een [vermoeden van] complexe Dissociatieve Stoornissen. | Inbrengen, bespreken en reflecteren op eigen behandel casuïstiek. | Presentatie, en groepsreflectie |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

***Huiswerkopdracht dag 4 Max 1 A4tje [Renate Geuzinge]***

Voorbereiden voor intervisie dag: twee casussen waarin je bent vastgelopen of vragen hebt. Zet kort op papier (1A-4 per casus); de casus, waar loopt het vast, wat voor vraag heb je.

# Cursus 6

# Vroegkinderlijke traumatisering en verstoorde persoonlijkheidsontwikkeling: per definitie moeilijke cliënten?

# Introductie

|  |  |
| --- | --- |
|  | 2 |
|  |  |

Wat voor de ene hulpverlener een behandeling moeilijk of zwaar maakt, is voor een andere hulpverlener veel minder problematisch. Gemaakte kilometers en vlieguren spelen hierin een rol, maar daarnaast zeker ook persoonlijke allergieën en de eigen voorkeurscoping.   
Toch is er ook cliënt-gedrag dat voor velen van ons, hulpverleners, belastend is.  
Op deze dagen zullen we vanuit allerlei verschillende perspectieven kijken naar 'Wat maakt een cliënt een moeilijke cliënt?'

Je kunt daarbij onder andere denken aan:

1. Er is sprake van moeilijkheden in de samenwerkingsrelatie: de cliënt neemt onvoldoende verantwoordelijkheid voor het eigen therapie-proces en stelt zich in de behandeling bijvoorbeeld afhankelijk/passief op, ontwijkend, of juist dwingend en claimend
2. Er spelen allerlei vormen van openlijke of moeilijk zichtbare afweer
3. Specifieke problemen zoals de Ja-maar-cliënt, de Ik-weet-het-niet-cliënt
4. De ernst van de problematiek, de intensiteit en heftigheid van de symptomen
5. Het lukt de cliënt niet om controle te krijgen over de symptomen, er is sprake van onmacht bij cliënt en behandelaar
6. Er zijn bijkomende problemen die zorgvragen, zoals automutileren en chronische suïcidaliteit

Daarnaast zal er steeds de vraag meelopen: ‘Wat maakt mij, als therapeut, nu juist vatbaar voor dit probleemgedrag van deze cliënt?’ Voor de verschillende vormen van probleemgedrag wordt zowel gekeken naar de attitude als naar de (mogelijk helpende) technieken.

# Onderwerpen

1. Gestructureerde inventarisatie van het meest belastende probleemgedrag.
2. Herkennen en bewerken van onrealistische verwachtingen over therapie en de therapeutische relatie, zowel bij de behandelaar als de cliënt.
3. Herkenningssignalen van niet goed lopende behandelingen (bij cliënt, behandelaar en team/ secretariaat)
4. Afweer en weerstand als waardevol deel van het verhaal van de cliënt
5. Herkennen van de eigen kwetsbaarheden/vatbaarheden en allergieën in het werken met deze cliëntengroep

# Leerdoelen

1. Je leert om moeilijkheden in de samenwerkingsrelatie te benoemen en bespreken, zonder in negatieve oordelen of afwijzing terecht te komen.
2. Je leert om de afweer van cliënt mee te nemen in het therapieproces, en op te vatten als een waardevol deel van het verhaal.
3. Je leert specifieke interventies voor specifiek probleemgedrag.
4. Je leert de onderliggende dynamiek van symptomen kennen, waardoor je de cliënt handvaten kunt geven om controle over de symptomen op te bouwen.
5. Je leert samen met de cliënt onderzoeken waar deze zichzelf ondermijnt in het therapieproces.
6. Je leert strategieën voor de benadering automutilatie en chronische suïcidaliteit.

# Literatuur

Stöfsel & Mooren (2017); Trauma en persoonlijkheidsproblematiek; Amsterdam Bohn Stafleu van Lochum (aan te schaffen).

Hoofdstuk 14 pagina 233-243 en hoofdstuk 15 pagina 243 -252.

# Werkwijze

Kennisoverdracht, PowerPoint, casuïstiek, ervaringsgerichte oefeningen in tweetallen, rollenspel in subgroepen, tijdens de cursus beperkt inbrengen van eigen casuïstiek.

# Toets

De toets zal bestaan uit het beschrijven van een eigen interventie in het werk met een moeilijke cliënt.

# Docent

**Drs. Joany Spierings, gz-psycholoog, psychotherapeut.**

Drs. Joany Spierings is gz-psycholoog, psychotherapeut, werkzaam als teamleider Trauma en Persoonlijkheidsstoornissen bij GGZ Oost Brabant. Zij heeft verschillende publicaties over complex/ vroeg trauma op haar naam staan en is een veel gevraagd docent in binnen- en buitenland op het gebied van complexe traumatisering en gecompliceerde rouw. In 2017 ontving Joany de Trauma Aid Europe Award voor haar werk met ernstig getraumatiseerde mensen.

|  |  |
| --- | --- |
|  | 7 |
|  |  |

# Dagindeling

# Dag 1.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit** | **Leerdoel** | **Werkvorm** |
| 9.00 – 10.30 - | Kennismaking  Introductie van model van zes verschillende niveaus van vastlopen van de behandeling | 1,2 | PowerPointpresentatie, casuïstiek |
| 10.30 – 11.00 | Pauze |  |  |
| 11.00 – 12.30 | Ziektewinst: opsporen, bespreekbaar maken,  mogelijke oplossingen | 1,2 | PowerPointpresentatie, casuïstiek, oefenen in kleine groepjes |
| 12.30 - 13.30 | Lunch |  |  |
| 13.30 – 15.00 | Keuze & commitment taxeren: signalen bij cliënt, behandelaar en omgeving | 1,3 | PowerPoint, oefenen met taxatie, bespreken dilemma’s in kleine groepjes |
| 15.00 – 15.30 | Pauze |  |  |
| 15.30 – 17.00 | ‘Proces-stoppers’ Specifieke interventies voor specifieke problemen (Ja-maar, Ik weet het niet, etc.) | 4,5 | PowerPoint, rollenspel |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit** | **Leerdoel** | **Werkvorm** |
| 9.00 – 10.30 - | Werken met automutileren en chronische suïcidaliteit | 5,6 | PowerPointpresentatie, casuïstiek, oefenen in kleine groepjes |
| 10.30 – 11.00 | Pauze |  |  |
| 11.00 – 12.30 | Verschillende vormen van zelfondermijnend of saboterend cliëntgedrag | 1,2, 5 | PowerPointpresentatie, casuïstiek, oefenen in kleine groepjes |
| 12.30 - 13.30 | Lunch |  |  |
| 13.30 – 15.00 | Eigen vatbaarheid voor probleemgedrag, tegenoverdracht | 4,1 | Oefenen in kleine groepjes |
| 15.00 – 15.30 | Pauze |  |  |
| 15.30 – 17.00 | Steeds opnieuw vrij maken: Reddersdriehoek, TomTom | 5 | PowerPoint, discussie in kleine groepjes |

# Cursus 7

# Bewegings- en lichaam- georiënteerde interventies bij vroeg getraumatiseerde cliënten. Specifiek bij verwaarlozing en hechtingsproblematiek

# Introductie

|  |  |
| --- | --- |
|  | 2 |
|  |  |

Traumatische ervaringen hebben grote gevolgen op het gebied van lichamelijkheid en bewegen. Er is sprake van schending van de lichamelijke integriteit, inperking van de bewegingsruimte en (chronische) stress. Het contact met de eigen lichamelijkheid als bron van informatie voor het functioneren is verstoord doordat gevoelens van angst, onveiligheid, onmacht en agressie zich hebben vastgezet in het lichaam. Het is een misverstand dat het lichaam alleen geraakt en beschadigd wordt wanneer er sprake is van lichamelijke grensoverschrijding. Zowel grensoverschrijdende gebeurtenissen als gebrek aan contact of het onberekenbaar zijn van het contact hebben negatieve invloed op het tot stand komen van een coherente en positieve lichamelijkheid. U maakt kennis met nonverbale en lichamelijke interacties die aan de basis staan van niet alleen de lichamelijke, maar ook de psychische ontwikkeling en aan de basis van een gezonde hechting. U leert over het ontstaan van beperkingen in waarnemen van het eigen lijf, beweging, expressie en contact bij vroeg getraumatiseerde cliënten. Deze cursus biedt via theorie en praktische oefeningen ook een goede kennismaking met een model van traumabehandeling, waarin met behulp van bewegings- en lichaamsgeoriënteerde interventies emotie, cognitie en gedrag geïntegreerd aan de orde komen. In de werkvormen zetten deelnemers de eigen lichamelijkheid in: de therapeut is immers altijd zelf lichamelijk aanwezig en sluit vanuit de eigen bewuste lichamelijke ervaring aan bij de cliënt. Het doel van beweging- en lichaamsgerichte interventies is steeds tweeledig: stil staan bij de met vroegere traumatisering en verwaarlozing verbonden lichamelijke gevoelens én nieuwe corrigerende ervaringen op het gebied van het lichaam in positieve interactie opdoen. Het belang van aandacht voor het lijf, maar ook van spel en bewegen als middel om positieve ervaringen aan te reiken wordt toegelicht.

# Onderwerpen

* Theoretische achtergrond bewegings- en lichaamsgericht werken (vanuit neurobiologie, bewegingswetenschappen, (positieve) psychologie.
* Aandacht voor eigen lichamelijkheid (d.m.v. praktijkoefeningen).
* Contextmanipulatie bij bewegings- en lichaamsgerichte interventies.
* Basale spanning reducerende interventies: lichaamsbewustzijn, sensory awareness, expressie van emoties.

|  |  |
| --- | --- |
|  | 3 |
|  |  |

* Bewegings- en lichaamsgerichte interventies rond kernthema’s als grenzen, agressie, aanraken en aangeraakt worden, contact, veiligheid en intimiteit.
* Het inbrengen van therapiepraktijk-ervaringen en casuïstiek en hierop reflecteren.

# Leerdoelen

1. Kennis over de gevolgen van vroeg trauma voor bewegen en lichamelijkheid.
2. Diagnostiek m.b.t. bewegen en lichamelijkheid.
3. Beweging en lichamelijkheid als aangrijpingspunt voor traumabehandeling te hanteren.
4. In contact leren zijn met eigen lichamelijkheid.
5. Kennis over het belang van stabiliserende en arousal regulerende werkvormen en deze kunnen toepassen.
6. Kennis over centrale thema’s als spanningsregulatie, impressie en expressie, grenzen, plezier in bewegen) en deze kunnen toepassen.
7. Het kunnen inbrengen van therapiepraktijk-ervaringen en casuïstiek en hierop reflecteren.

# Literatuur voor cursisten

Boek:

Scheffers M, Nissen I, Verveld S, van Berkel K, Hatzmann J, van Busschbach JT. Beweging in trauma: psychomotorische therapie in de stabilisatiefase van complex trauma. Zwolle: Hogeschool Windesheim; 2016 (aan te schaffen).

**Lezen:**

Hoofdstuk 1. Pagina 8 t/m 18 [11 pagina’s], hoofdstuk 2 pagina 19 t/m 23 [5 pagina’s], hoofdstuk 3 pagina 24 t/m 33 [10 pagina’s].

Boek:

Scheffers M, Helleman ML. Trauma, lichaamsbeleving en seksualiteit; een geïntegreerd behandelprogramma met bewegings-, lichaamsgerichte en verbale componenten.

Amsterdam: Boom; 2013 (aan te schaffen).

**Lezen:**

Deel 1 pagina 5 t/m 25 [21 pagina’s]

In beide boeken zijn een aantal hoofdstukken aan werkvormen besteed, deze zijn handig als naslagwerk, geen verplichte literatuur.

# Werkvorm

|  |  |
| --- | --- |
|  | 4 |
|  |  |

De deelnemers maken zowel cognitief als aan den lijve kennis met de mogelijkheden van bewegings- en lichaamsgeoriënteerde interventies. In kleine groepen wordt praktisch geoefend met werkvormen, waarna weer teruggekoppeld wordt naar theorie. Op deze wijze wordt een cyclisch, ervaringsgericht leerproces op gang gebracht.

# Toetsing

Kort verslag waarin toepassing van enkele bewegings- en lichaamsgerichte werkvormen beschreven wordt, alsmede een goedgekeurd reflectie-verslag op de beleving van eigen lichamelijkheid tijdens het werken hiermee.

**Huiswerk** Reflectieverslag over de gehele cursus.

# Docent

|  |  |
| --- | --- |
|  | 9 |
|  |  |

**Dr. Mia Scheffers** is onderzoeker en docent verbonden aan het lectoraat Bewegen, gezondheid en welzijn en de Masteropleiding psychomotorische therapie van Hogeschool Windesheim Zwolle. Haar aandachtsgebieden zijn meetinstrumenten op het gebied van psychomotorische diagnostiek, bewegings- en lichaamsgerichte interventies bij traumagerelateerde problematiek. Ze werkte ruim 20 jaar als psychomotorisch therapeut en seksuoloog bij Centrum ’45 te Oegstgeest en in eigen praktijk. Met Ria Helleman schreef ze

‘Trauma, lichaamsbeleving en seksualiteit’ (2013) en met collega-onderzoekers en clinici ‘Beweging in trauma; psychomotorische therapie in de stabilisatiefase van complex trauma’ (2016).

# Dagindeling

# Dag 1

|  |  |
| --- | --- |
|  | 5 |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit** | **Leerdoel**  **Werkvorm** | |
| **09.30 – 10.45** | Praktijkoefening | Stilstaan bij eigen lichamelijke reacties op traumagerelateerde problematiek | Zelfervaring gevolgd door reflectie daarop |
| **10.45 – 11.00** | Koffiepauze |  |  |
| **11.00 – 12.30** | Theorie | Theoretische achtergrond bewegings- en lichaamsgericht werken (vanuit neurobiologie, bewegingswetenschappen,  (positieve) psychologie) | Interactief college |
| **12.30 – 13.30** | Lunchpauze |  |  |
| **13.30 – 14.45** | Praktijkoefening | Oefenen basale spanningsreducerende interventies:  lichaamsbewustzijn, sensory awareness, expressie van emoties; | Zelfervaring gevolgd door reflectie daarop |
| **14.45 – 15.00** | Koffiepauze |  |  |
| **15.00 – 17.00** | Theorie | Spanningsregulatie bij trauma | Interactief college |

# Huiswerk

Oefenen met werkvormen in de eigen werksituatie.

|  |  |
| --- | --- |
|  | 6 |
|  |  |

Toelichting: De cursist staat stil bij eigen lichaamssignalen in het contact met de cliënt. De cursist vraagt actief de lichaamssignalen van de cliënt na en geeft indien van toepassing psychoeducatie over spanningsgerelateerde klachten en het verband met vroegere ervaringen. De cursist oefent met éen of meer van de op de cursusdag aangeboden spanningsreducerende interventies. E.e.a wordt op de volgende cursusdag besproken.

# Dag 2

|  |  |
| --- | --- |
|  | 7 |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd**  **Activiteit**  **Leerdoel**  **Werkvorm** | | | |
| **09.30 – 10.45** | Bespreking huiswerk; actieve uitwisseling alternatieven | Kennis praktijk en theorie integreren | Reflectie op huiswerk, praktijkvorm en theorie (verhoudingen afhankelijk van proces) |
| **10.45 – 11.00** | Koffiepauze |  |  |
| **11.00 – 12.30** | Contextmanipulatie bij bewegings- en lichaamsgerichte interventies; | Kennismaken met de methode van contextmanipulatie | Zelfervaring gevolgd door reflectie daarop; oefenen met de werkvormen |
| **12.30 – 13.30** | Lunchpauze |  |  |
| **13.30 – 14.45** | Theorie | Kennis opdoen over voorkomen en achtergronden negatieve lichaamsbeleving bij trauma | Interactief college |
| **14.45 – 15.00** | Koffiepauze |  |  |
| **15.00 – 17.00** | Praktijkoefening | Kennis over zelfrapportage lichaamsbeleving en werkvormen daaraan gerelateerd | Oefenen met invullen vragenlijsten en verbinding met indicatie bewegings- en  lichaamsgerichte therapie; alsmede werkvormen oefenen rond lichaamsbeleving |

# Huiswerk

Oefenen met werkvormen in de eigen werksituatie.

|  |  |
| --- | --- |
|  | 8 |
|  |  |

Toelichting: De cursist neemt een vragenlijst op het gebied van lichaamsbeleving af met de cliënt en licht toe waarom dit van belang is en hoe dit kan helpen om de doelen van de behandeling samen vorm te geven. De cursist oefent met een werkvorm waarin contextmanipulatie wordt toegepast zoals aangereikt tijdens de studiedag. Terugkoppeling vindt plaats op dag drie.

# Dag 3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit**  **Leerdoel**  **Werkvorm** | | |
| **09.30 – 10.45** | Bespreking huiswerk; actieve uitwisseling alternatieven | Kennis praktijk en theorie integreren | Reflectie op huiswerk, praktijkvorm en theorie (verhoudingen afhankelijk van proces) |
| **10.45 – 11.00** | Koffiepauze |  |  |
| **11.00 – 12.30** | Praktijkoefening | Oefenen basale interventies gerelateerd aan grenzen | Interventies rond kernthema grenzen |
| **12.30 – 13.30** | Lunchpauze |  |  |
| **13.30 – 14.45** | Theorie en praktijkoefening | Kennismaken met theorie en oefenen met werkvormen rond keuze uit kernthema’s (agressie, | Zelfervaring gevolgd door reflectie daarop; oefenen met de werkvormen;    Interactief college |
|  |  | Aanraken contact, veiligheid, seksualiteit en intimiteit |  |
| **14.45 – 15.00** | Koffiepauze |  |  |
| **15.00 – 17.00** | Vervolg van voor de koffiepauze (1e uur)  Afsluiting en evaluatie (2e uur) | Vervolg keuze uit kernthema’s | Zelfervaring gevolgd door reflectie daarop; oefenen met de werkvormen;  Interactief college |

# Cursus 8

# Vroege traumatisering, stress-gerelateerde lichamelijke ziekten en zelfdestructief (coping) gedrag: uitvragen, interpreteren en concrete behandelinterventies

# Introductie

Zelfdestructief gedrag zoals alcohol- en drugsverslaving, suïcidaliteit en zelfbeschadiging is een belangrijk copingmechanisme bij vroeg getraumatiseerde cliënten. We bespreken wat de achterliggende redenen zijn voor dit gedrag, het belang van de attitude in de benadering van cliënten en hoe het beste te handelen en de cliënt bij te staan. Confrontatie met dit gedrag kan veel oproepen, daarom staan we daar ook bij stil. U maakt ook kennis met behandelinterventies, bejegeningsvraagstukken en protocollen voor crisissituaties, zelfbeschadiging en suïcidaliteit.

U neemt kennis van de relatie tussen vroege traumatisering en chronische stress. Wat gebeurt er in het lichaam als op jonge leeftijd al traumatische ervaringen worden opgedaan en wat zijn hiervan de consequenties? Mogelijke verklaringsmodellen worden geïntroduceerd. U leert over de behandeling, bejegening en behandelinterventies van cliënten met een vroege traumatisering en/of lichamelijke ziekten.

Herstel is bij dit alles een belangrijk begrip. Herstel omvat een holistische aanpak dat niet van gebreken en ziekte uitgaat, maar van eigen kracht en kunnen door het onderzoeken en stimuleren van positieve eigenschappen. De moderne herstelvisie is ontstaan vanuit de cliëntenbeweging en gaat er vanuit dat herstelde lotgenoten een fundamentele bijdrage kunnen leveren aan de herstelzorg.

Deze dagen bieden u een goede introductie om geleerde binnen uw behandelpraktijk toe te passen.

# Onderwerpen

* De relatie tussen chronische stress, vroegkinderlijke traumatisering en zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag.
* Wat is de juiste attitude bij het aangaan van contact bij zelfdestructief gedrag, waarom is dit zo belangrijk en hoe dat te doen.
* Hoe kan ik de cliënt leren omgaan met crisissituaties en zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag [crisisprotocol en WRAP].
* Wat houdt de herstelvisie in, toegespitst op Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering [VCT].
* Het betrekken van familie en/of naasten.
* Behandelinterventies bij crisissituaties, verslaving, zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag zoals:
  + Multidisciplinaire Richtlijnen/ Zorgstandaarden/ Generieke modules
  + Collaborative Assessment & Management of Suicidality (CAMS) procedure
* De relatie tussen chronische stress en lichamelijke ziekten.
* Kennismaking met verklaringsmodellen, handelingsmogelijkheden en behandelinterventies bij vroegkinderlijke traumatisering en de consequenties daarvan.

# Leerdoelen

1. Kennis over herstelvisie vanuit het cliëntenperspectief rondom vroegkinderlijke traumatisering.
2. Kennis over het betrekken van familie en naasten.
3. Kennis over zelfdestructief gedrag: achtergronden en betekenis voor hulpverlener en cliënt.
4. Kennis over de verschillende richtlijnen en instrumenten bij de behandeling van zelfdestructief gedrag.
5. Kennis over het omgaan met crisissituaties en zelfdestructief gedrag, waaronder verslaving, zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag en geoefend hebben met het aangaan van het gesprek hierover.
6. Kennis over een crisisprotocol en WRAP en deze kunnen toepassen.
7. Kennis over de juiste attitude bij zelfdestructief gedrag en hoe dit te bereiken.
8. Kennis over de relatie tussen chronische stress en lichamelijke en sociale problemen, wat dit betekent voor de cliënt en welke mogelijkheden er zijn voor herstel.

# Literatuur en aantal te lezen pagina’s [60 pag.]:

# H 18: Een einde maken aan onveilig gedrag. Uit: Behandeling van trauma-gerelateerde dissociatie. Een praktische integratieve benadering. Steele, Boone en van der Hart p 453-481 [aan te schaffen]

* The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. Hughes et al., The Lancet, 2017, 2, 356-366
* Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behavior. Bruffaerts et al., The British Journal of Psychiatry, 2010, 197, 20-27.
* ‘Sonja Nijon over de film Onderhuids kernthema’s’
* Patiënten over zelfverwonding. Een review van kwalitatief onderzoek naar motieven en gevolgen. Verschueren et al., MGV, 2011, 5 (66), 319-329.

# Herstelondersteuning: <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/herstelondersteuning/preview>

# Werkvorm

Kennisoverdracht in mini-colleges, praktijkoefeningen en ervaringsverhalen.

# Toetsing

Eigen mogelijkheden en onmogelijkheden onderzoeken m.b.t. destructief gedrag. Formulering van een eigen leerdoel m.b.t. bejegening/behandeling van cliënten met destructief gedrag. Besteed hierbij aandacht aan wat je zelf kan doen ter bevordering van herstelondersteuning. Beschrijf hoe je dit gaat aanpakken in samenwerking met de cliënt.

Kort verslag waarin een casus beschreven wordt, alsmede reflectie op de eigen reactie tijdens het werken.

# Docenten

**Dr. Nienke Kool** is verplegingswetenschapper en senior onderzoeker. Zij werkt sinds 1997 in de GGz, voornamelijk met ernstig getraumatiseerde mensen. Zowel klinisch als poliklinisch. Later is zij zich meer gaan bezighouden met onderzoek waarbij zij zich specifiek richtte op zelfbeschadigend gedrag. In 2015 is zij op dit onderwerp gepromoveerd. Zij ontwikkelde verschillende behandelmodules voor het omgaan met zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag. Ook verzorgt zij regelmatig trainingen voor hulpverleners rondom ditzelfde thema. Zij heeft in binnen - en buitenland gepubliceerd, een overzicht is te vinden op LinkedIn. Momenteel werkt zij als onderzoeker bij het Centrum Intensieve Behandeling (CIB) en het Centrum Dubbele Problematiek (CDP) van Fivoor. Tevens is zij lid van de kenniskring van het lectoraat Ggz Verpleegkunde van Hogeschool Inholland.

## Stefanie Terpstra MSc is bioloog en life coach. Als ervaringsdeskundige is zij betrokken bij patiëntenvereniging Caleidoscoop voor mensen met een Dissociatieve Stoornis, de Zorgstandaard Trauma- en stressor gerelateerde stoornissen van AKWA GGZ (alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg, https://akwaggz.nl) en expertpannel kwaliteit van zorg van MIND-platform. Ze is daarnaast als ervaringsdeskundige kerngroeplid van de Sichting Revief voor lotgenoten van seksueel misbruik en Lid Raad van Toezicht Ixta Noa, expert in ervaringsdeskundigheid.

# Dagindeling

**Dag 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit** | **Leerdoel** | **Werkvorm** |
| **09.30 – 10.45** | Kennismaking met elkaar en met onderwerp | Kennis van het cliëntenperspectief rondom vroegkinderlijke traumatisering | Film (?) en reflectie daarop |
| **10.45 – 11.00** | Koffiepauze |  |  |
| **11.00 – 12.30** | Theorie | Kennis over zelfdestructief gedrag | Interactief college |
| **12.30 – 13.30** | Lunchpauze |  |  |
| **13.30 – 14.45** | Oefenen | Kennis over de juiste attitude bij zelfdestructief gedrag en hoe dit te bereiken | Zelfervaring en reflectie |
| **14.45 – 15.00** | Koffiepauze |  |  |
| **15.00 – 17.00** | Theorie | Kennis over behandelinterventies en de CAMS | Interactief college |

**Huiswerk:**

Ga in de komende week actief het gesprek aan met een cliënt over zelfdestructief gedrag. Maak hierbij gebruik van technieken die geleerd zijn op dag 1. Besteed hierbij ook aandacht aan jezelf: wat gebeurt er met je tijdens zo’n gesprek en wat doet dat met je? Twijfel je ergens over en waarover dan? En wat doe je daarmee? Maak hier voor jezelf een verslagje van ter bespreking op dag 2.

**Dag 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tijd** | **Activiteit** | **Leerdoel** | **Werkvorm** |
| **09.30 – 10.45** | Terugblik dag 1, bespreken huiswerk | Herhaling kennis destructief gedrag | Interactief gesprek |
| **10.45 – 11.00** | Koffiepauze |  |  |
| **11.00 – 12.30** | Theorie | Herstelvisie, toegespitst op VCT  Betrekken naasten | Interactief college |
| **12.30 – 13.30** | Lunchpauze |  |  |
| **13.30 – 14.45** | Oefenen | Kennis over crisisplan en WRAP  Betrekken van naasten | Zelfervaring en reflectie |
| **14.30 – 15.15** | Theorie | Kennis over de relatie tussen chronische stress en lichamelijke en sociale problemen | Interactief college |
| **15.15 – 15.30** | Koffiepauze |  |  |
| **15.30 – 17.00** | Oefenen/casuïstiek | Integratie van het geleerde | Interactief gesprek |

# Tijdsinvestering literatuur en huiswerk

13 uur

# Docenten

**Dr. Nienke Kool** is verplegingswetenschapper en senior onderzoeker. Zij werkt sinds 1997 in de GGz, voornamelijk met ernstig getraumatiseerde mensen. Zowel klinisch als poliklinisch. Later is zij zich meer gaan bezighouden met onderzoek waarbij zij zich specifiek richtte op zelfbeschadigend gedrag. In 2015 is zij op dit onderwerp gepromoveerd. Zij ontwikkelde verschillende behandelmodules voor het omgaan met zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag. Ook verzorgt zij regelmatig trainingen voor hulpverleners rondom ditzelfde thema. Zij heeft in binnen - en buitenland gepubliceerd, een overzicht is te vinden op LinkedIn. Momenteel werkt zij als onderzoeker bij het Centrum Intensieve Behandeling (CIB) en het Centrum Dubbele Problematiek (CDP) van Fivoor. Tevens is zij lid van de kenniskring van het lectoraat Ggz Verpleegkunde van Hogeschool Inholland.

## Stefanie Terpstra MSc is bioloog en life coach. Als ervaringsdeskundige is zij betrokken bij patiëntenvereniging Caleidoscoop voor mensen met een Dissociatieve Stoornis, de Zorgstandaard Trauma- en stressor gerelateerde stoornissen van AKWA GGZ (alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg, https://akwaggz.nl) en expertpannel kwaliteit van zorg van MIND-platform. Ze is daarnaast als ervaringsdeskundige kerngroeplid van de Sichting Revief voor lotgenoten van seksueel misbruik en Lid Raad van Toezicht Ixta Noa, expert in ervaringsdeskundigheid.

# 8.Overzicht literatuur

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cursus** | **Literatuur** | **Aantal pagina’s** |
| 1  2  3  4  5  6  7  8 | Cursus 1.Dag 1.Baljon, M. & Geuzinge, R. (2017). *Echo’s van trauma, slachtoffers als daders, daders als slachtoffer.*  Amsterdam: Boom Uitgevers. Inleiding pp 15-17. Hoofdstuk 1Echo’s van trauma pp 19-31. Hoofdstuk 2 Verbinden is hoofdzaak pp 33-45. Hoofdstuk 5 Gedesorganiseerde gehechtheid en de therapeutische relatie pp. 83- 102. Artikelen: Kerman, M (2010). Pearls of clinical wisdom. 21 leading therapists offer their key insights. New York: Norton. Hoofdstuk 1, 4, 5, 6, 15, 16, 20 en 21.  Vinke, J.G. (2013). Gehechtheid in de behandelkamer. *GZ-psycholoog, April,* 10-17.  Wallin, D. (2014) We are the tools of our trade: the therapist’s attachment history as a source of impasse, inspiration and Change. In: *Attachment Theory in Adult Mental Health. A Guide to Clinical Practice.* A.N. Danqua & K. Berry (Eds.) (2014), p. 225-241. London/NewYork: Routledge Taylor & Francis.  Dag 2:  Geuzinge, R. (2017). Hoofdstuk 3 Verticale integratie en emotieregulatie. Uit: *Echo’s van trauma* pp. 47- 63.  Baljon, M. & Geuzinge, R. (2017). Hoofdstuk 4 Gehechtheid, horizontale integratie en het narratieve zelf. Uit: *Echo’s van trauma* pp. 65- 82. Dag 3:Baljon, M. & Geuzinge, R. (2017). Hoofdstuk 6 Traumaverwerking: een narratieve integratie Uit: *Echo’s van trauma* pp. 103- 118.Geuzinge, R. (2017). Hoofdstuk 13 Zelfzorg van de therapeut Uit: *Echo’s van trauma* pp. 213- 226(totaal 28 pp). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Cursus 2. VCT-Expert Level 1 [postacademisch]**  Baljon & Geuzinge (red.) (2017). Hoofdstuk 5 (p. 83 t/m 102) uit: *Echo’s van trauma.* Amsterdam: Boom.  Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis en Kathy Steele (2010). *Het belaagde zelf: Structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering*. Amsterdam: Boom. Hoofdstuk 2 t/m 4.  Artikelen:  Hart, O. van der, Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2005). Dissociation: an insufficient recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress, 18 (5)*: 413 -423.  Hart, O. van der, Nijenhuis, E.R.S., Steele, K., Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*: 906-914.  Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment, 2nd Edition* (pp. 666–697). New York, NY: Guilford Press.  **Cursus 3.**  Artikelen:  Allen, J.2002). Traumatic Relationships and serious mental disorders, New York, Wiley, 7 H.1, 2, 3. p.3-78. 75!!  Steele, K. (2011). When the patient is abusive, ISSTDnews, 29, 1-4. = 3 pp  Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E. (2001). Dependency in the treatment of Complex PTSS and dissociative disorders.  Journal of Trauma and Dissociation 2, 4, pp 79-116 = 36 pp.  Nicolai, N.J. (2008). Overdracht en tegenoverdracht bij vroegkinderlijk trauma. Tijdschrift voor Psychotherapie, 34,431-450 = 19 pp.  Mosquera, D, Steele K.; Complex trauma, dissociation and Borderline Personality Disorder: Working with integration failures; [European Journal of Trauma & Dissociation 1 (2017) 63–71](http://dx.doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.01.010) = 8 pp.  Steele, K. (2013). Six reasons to understand and treat dissociation. *Paradigm*, *18*, 12-15 = 3 pp. *Facultatief aan te schaffen boek*Brown en Eliot (Brown, D P. en Elliot, D.S (2017). Attachment Disturbances in Adults, New York, Norton) en Nicolai, N.J. (2016) Emotieregulatie: de kunst van het evenwicht, Leusden, Diagnosis. Lezen: hoofdstuk 9 en 10. **Cursus 4.**  Boeken:  Stöfsel & Mooren (2010); Complex trauma; Amsterdam Bohn Stafleu van Lochum (aan te schaffen, kortingscode voor 15% korting bij BSL.nl/shop)  Stöfsel & Mooren (2017); Trauma en persoonlijkheidsproblematiek; Amsterdam Bohn Stafleu van Lochum (aan te schaffen, facultatief, kortingscode voor 15% korting bij BSL.nl/shop: Sprey16-sn14)  **Dag 1**  Complex Trauma, hoofdstuk 1 tot en met 9.  Complex trauma en complexe PTSS Wat is het en wie heeft het?  Stabiliserende EMDR-artikel EMDRMagazine 2018.  **Dag 2**  Complex Trauma, hoofdstuk 10 tot en met 13.  Narratieve Exposure Therapie hoofdstuk uit boek PTSSen 2012.  Imaginaire Exposure door van Minnen en Arntz (2017).  EMDR-hoofdstuk in handboek PTSSen (2012).  **Dag 3**  Psychotherapies for PTSS, what do they have in common (2015).  Trauma en persoonlijkheidsproblematiek, hoofdstuk 12.  **Dag 4**  Complex trauma, hoofdstuk 13 en 15.  Trauma en persoonlijkheidsproblematiek, hoofdstuk 15.  **Cursus 5.**  Boeken:  Van der Hart, O., Nijenhuis E., Steele, K. (2010). *Het belaagde zelf: Structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering*. Amsterdam: Boom.  Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2018). *Behandeling van trauma-gerelateerde dissociatie: Een praktische integratieve benadering*. Eeserveen: Uitgeverij Mens!.  **Dag 1**   1. Uit Van der Hart et al. (2010): hoofdstuk 14 en 15 [45 pp] 2. Uit Steele et al. (2018): hoofdstuk 7-9, 10 [80 pp.] 3. Artikel: O. van der Hart (2012); The use of imagery in phase 1 treatment of clients with complex dissociatieve disorders, in: Clinical Practice, 2010, p 1-8 [8 pp.] 4. Facultatief: Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. (2012), Omgaan met traumagerelateerde dissociatie; vaardigheidstraining voor patiënten en hun therapeuten; Amsterdam: Pearson   **Dag 2 en 3**   1. Uit Van der Hart et al. (2010): hoofdstuk 19 (pp. 417-440) [23 pp.] 2. Uit Steele et al. (2018): Deel 4, pp. 513-563) [50 pp] 3. Artikel: O. van der Hart, K. Steele, E. Nijenhuis (2017); The treatment of traumatic memories in patiënts with complex dissociative disorders, Science Direct, Elsevier, 2017, p. 26-35 [9 pp]   **Dag 4**   1. Uit Van der Hart et al. (2010): hoofdstuk 17 & Epiloog: pp. 441-474 [33 pp.] 2. Uit Steele et al. (2018) Deel 5, pp. 567-600. [33 pp]   **Cursus 6.**  Stöfsel & Mooren (2017); Trauma en persoonlijkheidsproblematiek; Amsterdam Bohn Stafleu van Lochum. Hoofdstuk 14 pagina 233-243 en hoofdstuk 15 pagina 243 -252.  **Cursus 7.**  Boek:  Scheffers M, Nissen I, Verveld S, van Berkel K, Hatzmann J, van Busschbach JT. Beweging in trauma: psychomotorische therapie in de stabilisatiefase van complex trauma. Zwolle: Hogeschool Windesheim; 2016.  Hoofdstuk 1. Pagina 8 t/m 18 [11 pagina’s], hoofdstuk 2 pagina 19 t/m 23 [5 pagina’s], hoofdstuk 3 pagina 24 t/m 33.  Boek:  Scheffers M, Helleman ML. Trauma, lichaamsbeleving en seksualiteit; een geïntegreerd behandelprogramma met bewegings-, lichaamsgerichte en verbale componenten. Amsterdam: Boom; 2013 (aan te schaffen).  Deel 1 pagina 5 t/m 25 [21 pagina’s]  In beide boeken zijn een aantal hoofdstukken aan werkvormen besteed, deze zijn handig als naslagwerk, geen verplichte literatuur.  Cursus 8. [PostMaster|HBO VCT-Master] H 18: Een einde maken aan onveilig gedrag. Uit: Behandeling van trauma-gerelateerde dissociatie. Een praktische integratieve benadering. Steele, Boone en van der Hart p 453-481 [aan te schaffen] The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. Hughes et al., The Lancet, 2017, 2, 356-366  Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behavior. Bruffaerts et al., The British Journal of Psychiatry, 2010, 197, 20-27.  ‘Sonja Nijon over de film Onderhuids kernthema’s’  Patiënten over zelfverwonding. Een review van kwalitatief onderzoek naar motieven en gevolgen. Verschueren et al., MGV, 2011, 5 (66), 319-329. Herstelondersteuning: <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/herstelondersteuning/preview> **Totaal VCT-Expert Level 1 [postacademisch]: 1.193 pagina’s**  **Totaal VCT-Master [postmaster|HBO]: 1.136 pagina’s** | Subtotaal  244  Subtotaal  162  Subtotaal  144    Subtotaal  305  Subtotaal  281  Subtotaal  21  Subtotaal  36  Subtotaal  105 |

## 9. Opleidingslocatie



# Opleidingslocatie:

Gebouw NEST Laan van Kronenburg 14 1183 AS Amstelveen

27

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

Gratis ruime parkeergelegenheid. Goed toegankelijk voor rolstoelgebruikers.



# 10. Informatie en overleg

# Contact

Mevr. Drs. G.M. (Martijne) Rensen, directeur CELEVT, programma-manager Trauma Academie.

Tel. 020 – 364 26 39 Mail. m.rensen@celevt.nl.

Website 19

Web: [www.celevt.nl](http://www.celevt.nl)

# Opleidingsadvies

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

# 11. Over de fasegerichte behandeling

*‘Omdat traumatische syndromen gemeenschappelijke kenmerken hebben, volgt het herstelproces ook een gemeenschappelijke weg. De fundamentele fasen van herstel zijn het zorgen voor veiligheid, reconstrueren van het traumatische verhaal en het herstellen van de verbondenheid tussen de overlevende en de gemeenschap. Judith Lewis Herman, 1992’.*

# Fasegerichte behandeling

De fasegerichte behandeling is een meeromvattende behandeling waarvan gebleken is dat dit een effectieve behandelmethode is die internationaal als eerste keuze wordt aangemerkt voor in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen met trauma-gerelateerde psychische problematiek. Na een eerste periode van behandeling, is een forse verbetering in de kwaliteit van leven en trauma-gerelateerde symptomen te zien. Indien de gehele behandeling wordt afgerond neemt de psychopathologie in sterke mate af en verdwijnt in veel gevallen [[1]](#footnote-1) . De kwaliteit van leven, de maatschappelijke participatie en sociaal functioneren neemt in hoge mate toe.

*Fase 1: Stabilisatie en symptoomreductie en voorbereiden traumabehandeling*

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

*Fase 2: Traumabehandeling [integratie van traumatische herinneringen]*

De traumatische herinneringen zijn geen gewone, narratieve herinneringen, maar onwillekeurige, pijnlijke en sterk emotionele en lichamelijke ervaringen, die niet of onvoldoende zijn geïntegreerd in het autobiografisch geheugen. In de tweede behandelfase worden deze traumatische herinneringen met behulp van CGT- traumaverwerkingsmethodes of geleide realisatie omgezet in gewone narratieve herinneringen in het eigen levensverhaal [[2]](#footnote-2).

*Fase 3: Re-integratie en rehabilitatie*

Een van de opgaven in de laatste behandelfase is dat de cliënt zichzelf een ruimer perspectief in ruimte en tijd gaat toestaan: niet langer (over)leven van dag tot dag, maar een zelfbewustzijn waarin het ‘hier en nu’ centraal staat en is ingebed in een helder besef van het verleden en de toekomst. Omdat traumatische ervaringen de persoonlijke ontwikkeling in een aantal opzichten in de weg hebben gestaan, zal de cliënt diverse inhaalacties gaan ondernemen: met betrekking tot opleiding, werk, vriendschappen en relaties en seksualiteit[[3]](#footnote-3).

# Niet lineair maar vaak naadloos verweven

Deze behandelingsfasen zijn niet lineair, maar worden vaak afgewisseld of zijn naadloos verweven. Bijvoorbeeld, een korte stabilisatie-interventie kan plaatsvinden in de sessie, die gevolgd wordt door werk met traumatische herinneringen en dan door een aantal integratieve interventies in het dagelijks leven – tegelijk en opvolgend in één sessie[[4]](#footnote-4). Het idee achter de fase-gerichte behandeling is dat de cliënt onvoldoende stabiel is om de directe confrontatie met de traumatische herinneringen aan te kunnen. Bij ernstige instabiliteit lijkt het van belang om vast te stellen *wat* iemand instabiel maakt en welke specifieke interventies die instabiliteit kunnen verminderen. In sommige gevallen komt de instabiliteit door ‘spontane’ overspoelende herbelevingen, in dat geval kan de therapeut sneller CTG- Traumabehandeling of geleide realisatie inzetten om te stabiliseren[[5]](#footnote-5).

# Integratie van verschillende theoretische oriëntaties

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

De *standard of care* is individuele psychodynamisch georiënteerde psychotherapie met aandacht voor de interpretatie van afweermechanismen en overdrachtsfenomenen en aspecten in relatie tot de hechtingsproblematiek. Waarin cognitief gedragstherapeutische technieken eclectisch worden geïntegreerd voor het onderzoeken en veranderen van disfunctionele trauma-gebaseerde geloofssystemen of om stressvolle ervaringen of impulsief gedrag en emoties te leren hanteren. Er kan gekozen worden uit een ruime verscheidenheid aan therapeutische interventies[[6]](#footnote-6):

* Psychodynamisch georiënteerde psychotherapie gecombineerd met Cognitieve gedragstherapie (CGT) en waar aangewezen (tijdelijk) medicatie.
* Transference Focused Psychotherapy (TFP), Mentalization Based Therapy (MBT);
* Dialectische gedragstherapie, schematherapie, systeemtherapie.
* EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing), Imaginair Exposure, Cognitief Exposure en Geleide Realisatie.
* Psychomotore therapie, Sensori Motor Psychotherapie (SP), beeldende therapie, hartcoherentie training.
* Complementaire behandeling, coaching, advies, begeleiding, lotgenotencontact, psycho-educatie, cursussen, sociaal-maatschappelijke begeleiding, re-integratie begeleiding.

# Behandelduur

De behandelduur is naar de huidige inzichten gemiddeld 1 tot 4 jaar, uitgaande van 100 tot 150 consulten per jaar bij Complexe Post Traumatische Stress Stoornis (CPTSS) en minder complexe Dissociatieve Stoornissen. Bij hoge psychische, somatische co-morbiditeit en een complexere voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering kan de behandeling langere tijd in beslag nemen. Bij complexe Dissociatieve Stoornissen waaronder de Dissociatieve Identiteit Stoornis (DIS) is dat vrijwel altijd het geval. Net als bij andere EPA-problematiek (Ernstige Psychiatrische Aandoeningen) kan er sprake zijn van chroniciteit en is langere begeleiding gedurende het leven nodig[[7]](#footnote-7).

# Gedesorganiseerde hechting en de therapeutische samenwerking

Cliënten met een geschiedenis van interpersoonlijk trauma in de kindertijd hebben dikwijls grote problemen met vertrouwen. Als volwassenen met een dergelijke achtergrond in therapie komen, kunnen deze moeilijkheden met hechting in sterke mate gereactiveerd worden. Dit manifesteert zich vaak in de richting van hun therapeuten en kan spelen in diverse complexe overdrachtsmanifestaties. Velen ontwikkelen een zogenoemde gedesorganiseerde hechting. Deze vorm van hechting hangt samen met het gegeven dat de dader zowel een bron van betrekkelijke ‘veiligheid’ als van bedreiging kan zijn. Ze

bestaat uit abrupte wisselingen of combinaties van hechtingsgedrag[[8]](#footnote-8). In de traumabehandeling is het de uitdaging hoe stagnaties, impasses en herhalende transactiepatronen op te sporen, te doorbereken, om te buigen en een veilig kader voor de samenwerking te realiseren. Cliënten kunnen hun therapeut gaan zien als iemand die erop uit is het gestelde vertrouwen te schenden en hen te mishandelen. Daarom kunnen zij de neiging hebben de therapeut op de proef te stellen, zich extreem angstig jegens hem te voelen, buitengewoon afstandelijk te blijven, woedend te zijn en dergelijke. Zij kunnen de therapeut daarentegen ook ervaren als een goede ouderfiguur of redder, aan wie zij zich vast willen klampen of door wie zij verzorgd of gered willen worden. Cliënten kunnen ook alterneren tussen beide patronen van traumatische overdracht. Een belaste of complexe overdracht is kenmerkend voor veel vroeg getraumatiseerde cliënten, maar wordt wellicht het meest zichtbaar bij cliënten met Complexe PTSS, Dissociatieve Identiteit Stoornis (DIS) en een (co-morbide- borderline- Persoonlijkheidsstoornis (BPS). Bij DIS kunnen sommige dissociatieve delen van de persoonlijkheid de therapeut redelijk vertrouwen, terwijl andere dat allerminst doen[[9]](#footnote-9). De behandeling van gedesorganiseerde gehechtheidspatronen impliceert het kunnen omgaan met de re-enactments in de therapeutische werkrelatie, die intense gevoelens en overdrachtsfenomenen bij zowel de cliënt als de therapeut kunnen veroorzaken waaronder afweermechanismen, weerstand, overdracht en tegenoverdracht.

# Gericht op verwerking van traumatische herinneringen

Essentieel is dat herstel alleen mogelijk is als mensen de pijnlijke confrontaties met traumatische herinneringen ook durven en kunnen aangaan en dat de traumatische ervaringen worden verwerkt en geïntegreerd worden in iemands levensverhaal. De traumabehandeling moet daarom primair gericht zijn op de verwerking van de traumatische ervaringen. Bij volwassenen met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering wordt er nogal eens van uitgegaan dat traumaverwerking gecontra-indiceerd zou zijn en wordt hiervan afgezien. Als argument wordt vaak gebruikt dat de problematiek vanwege de hoge co-morbiditeit of de complexiteit van de traumatisering te zwaar is. Als tweede argument wordt vaak aangevoerd dat cliënten Cognitief Gedragstherapeutische Traumabehandeling (zoals EMDR en Cognitief exposure, of Geleide Realisatie) niet aan zouden kunnen vanwege het gevaar van decompensatie. Te vaak wordt ook gedacht dat in de kinderjaren chronisch

getraumatiseerde volwassenen deze vormen van traumabehandeling niet zouden wensen of dat beter ‘vooruitgekeken kan worden dan omgezien’[[10]](#footnote-10).

Uit onderzoek blijkt echter dat cliënten met complexere trauma- gerelateerde stoornissen en bijkomende co-morbiditeit net zoveel van CGT-traumabehandeling profiteren als cliënten zonder co-morbide stoornissen en minder complexe trauma-gerelateerde psychische problematiek[[11]](#footnote-11). Daarom moet het streven zijn om op basis van de uitkomsten van de diagnostiek, en de draagkracht en draaglast, zo snel als dat voor de individuele cliënt mogelijk is over te gaan op CGT-traumabehandeling.

# Behandeling PTSS-klachten en verder

Bij cliënten met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering [VCT] met CPTSS met complexe Dissociatieve Stoornissen en hechtingsproblematiek zijn wel meer voorzorgsmaatregelen, een langere voorbereidingen nodig, voordat tot traumaverwerking kan worden overgegaan dan bij eenmalige traumatisering en minder complexe traumatisering het geval is. Er is ook meer behandelexpertise nodig[[12]](#footnote-12). Afname van PTSS-klachten blijkt in de meeste onderzoeken samen te gaan met (lichte) verbetering van de andere trauma gerelateerde psychische klachten. Echter, ook na een succesvolle aanpak van de PTSS-klachten hebben de meeste cliënten nog steeds last van andere trauma-gerelateerde en comorbide klachten die onder meer te maken hebben met de leeftijd waarop de traumatisering begon, de traumacontext en de cumulatie van verschillende traumatische ervaringen die behandeling behoeven[[13]](#footnote-13).

# Gericht op herstel

Herstel impliceert een actieve acceptatie (en dus bewustwording) van de eigen omstandigheden met de daarbij behorende mogelijkheden en beperkingen. Cliënten benoemen herstel vaak in termen van het overwinnen van gevoelens van diepe wanhoop en hulpeloosheid, het leren anticiperen op en hanteren van symptomen en stressvolle gebeurtenissen, het hervinden van controle op hun leven, het weer nemen van eigen verantwoordelijkheid. Het toenemen van eigenwaarde, het gevoel weer iets voor de ander te kunnen betekenen en het als persoon erkend worden [[14]](#footnote-14) . Hoop, toekomstperspectief, optimisme en steun, spelen een centrale rol in het herstelproces, evenals de mogelijkheden om de eigen autonomie te versterken door zelf keuzes te maken, beslissingen te nemen en risico’s aan te gaan [[15]](#footnote-15). Hierbij is zelfbeeld en zingeving en verbondenheid met anderen Belangrijk: hernieuwde betekenisgeving aan eigen traumatische jeugdervaringen gaat vaak samen met een proces waarbij achter de identiteit en het zelfbeeld van slachtoffer/ getroffene zijn (weer) een unieke persoon tevoorschijn komt, met een uniek verhaal en persoonlijke wensen en ambities. Daarmee ontstaan ook weer nieuwe mogelijkheden tot het ontwikkelen van autonomie en talenten, zelfrespect en zelfwaardering, het oppakken van betekenisvolle relaties, en het oriënteren op persoonlijke wensen en doelen[[16]](#footnote-16).

Auteur: Mevr. Drs. G.M. [Martijne] Rensen, directeur CELEVT|Trauma Academie, juni 2018

1. Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2010; Stofsel, Mooren, 2011, Van der Hart, Steele, Nijenhuis, 2017, Stofsel, Mooren, 2017. [↑](#footnote-ref-1)
2. Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2010; Stofsel, Mooren, 2011; Van der Hart, Steele, Nijenhuis, 2017; Stofsel, Mooren, 2017. [↑](#footnote-ref-2)
3. Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2010 [↑](#footnote-ref-3)
4. Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2017. [↑](#footnote-ref-4)
5. Ten Broeke, 2016; Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2017 [↑](#footnote-ref-5)
6. Rensen, 2017 [↑](#footnote-ref-6)
7. Rensen, 2017 [↑](#footnote-ref-7)
8. Liotti, 2004; Hafkenscheid, 2012; Hafkenscheid, 2016; Van der Hart, Steele, Nijenhuis, 2017 [↑](#footnote-ref-8)
9. Boon, Steele, Van der Hart, 2011; Van der Hart, Steele, Nijenhuis, 2010; Van der Hart, Steele, Nijenhuis, 2017. [↑](#footnote-ref-9)
10. Lampe Mitmansgruber, Gast, Chlussler, 2008; Draijer, Langeland,Boon, 2012. [↑](#footnote-ref-10)
11. Minnen, 2010; Minnen, van der Vleugel, van den Berg, de Bont, de Roos, van der Gaag, de Jongh, 2016; Mosquera,

    Gonzales, 2012; Van der Hart, Groenendijk, Gonzalez, Mosquera,Solomon, 2014. [↑](#footnote-ref-11)
12. Brand,Loewenstein, Spiegel, 2008; Minnen, van, 2010; Jong, Broeke, 2012. [↑](#footnote-ref-12)
13. Ten Broeke, 2016 [↑](#footnote-ref-13)
14. Droes, Witsenburg, 2012. [↑](#footnote-ref-14)
15. Droes, Witsenburg, 2012. [↑](#footnote-ref-15)
16. Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2010, Van der Stel 2012, Van der Stel & Van Gool 2013. [↑](#footnote-ref-16)