

Herstel: de weg naar voluit leven

De behandeling van een patiënte met complexe PTSS-klachten vanuit herstelondersteunende zorg

Gevalsbeschrijving

Ruim 80 procent van de Nederlanders maakt in zijn leven ten minste één traumatische gebeurtenis mee. Ongeveer 5 procent van de mannen en 10,4 procent van de vrouwen krijgt een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (De Vries & Olff, 2009). PTSS kenmerkt zich door intrusies (ongewenste flarden van traumatische herinneringen), herbelevingen, vermijdingsreacties en verhoogde prikkelbaarheid. PTSS behoort tot de categorie angststoornissen en komt veelal voor in combinatie met andere psychische stoornissen. Vooral bij langdurige traumatisering komt comorbiditeit voor en schiet PTSS tekort als beschrijving. In de praktijk wordt dan gebruikgemaakt van de werkdefinitie complexe PTSS zoals beschreven door Stöfsel en Mooren (2010). Vroegkinderlijk trauma kan op volwassen leeftijd resulteren in allerlei problemen in het dagelijkse leven, zoals tekortkomingen in de zelfverzorging, moeite met het reguleren van emoties, voortdurende alertheid, dwangmatige herbelevingen afgewisseld met perioden van emotionele vervlakking, verloren basisvertrouwen in de wereld en zichzelf, instabiele relaties en moeite met het aangeven van grenzen (Herman, 2005).

De behandeling van PTSS kan globaal gestructureerd worden volgens het driefasenmodel. Interventies zijn achtereenvolgens gericht op fase 1 stabilisatie en symptoomreductie, fase 2 behandeling van de traumatische herinneringen en fase 3 persoonlijkheidsreïntegratie en rehabilitatie (Van der Hart en Nijenhuis, 2007).

Werkdefinitie complexe PTSS

- Meemaken van meervoudige en/of langdurige ernstige traumatisering in de voorgeschiedenis.
- Definitieve en blijvende verandering van een persoon in de wijze van waarneming, zich verhouden tot en denken over de omgeving en zichzelf, een permanent gevoel van veranderd zijn of anders dan anderen (vervreemding).

- Cognitieve veranderingen die gekenmerkt worden door een permanent vijandige of wantrouwende houding jegens de wereld en vaak een overmatig gevoel van schuld.
 - Hyperaltherheid en waakzaamheid, verhoogde prikkelbaarheid, herbelevingen, nachtmerries. Dit gaat vaak gepaard met destructieve vormen van demping van deze gevoelens met behulp van verdovende middelen of alcohol.
 - Basaal sombere stemming en/of gevoel van leegheid en/of hooploosheid.
 - Sociale terugtrekking of voortdurende spanningen in sociale contacten.
 - Diverse andere klachten die een beeld van algehele malaise en ongelukkig voelen laten zien, waaronder lichamelijke klachten, veelal ten gevolge van langdurige spanning.
- Forse problemen in het dagelijks persoonlijk functioneren, ernstig persoonlijk lijden en een negatieve invloed op de sociale omgeving (Stöfsl & Mooren, 2010).

Herstel

Ondanks behandeling blijft een derde van de patiënten met PTSS last houden van symptomen en is er sprake van een chronisch beloop en geen tot beperkte afname van symptomen (Stöfsl & Mooren, 2010). Vanuit het cliëntenperspectief is herstel echter ook mogelijk als er geen sprake is van symptoomafname (Farkas, 2007). Men spreekt dan van psychologisch herstel. Daarbij gaat het om hervatten van de regie over het eigen leven, leren beheersen van symptomen en zich bij machte voelen om actief deel te nemen aan het maatschappelijke leven (Anthony, 1993; Clossey & Al Rowlett, 2008; GGZ Nederland, 2009). Collier (2010) pleit ervoor om consequent dit onderscheid te maken tussen medisch herstel: remissie van symptomen en psychologisch herstel: herstel van leven, persoonlijke ontwikkeling en verandering.

Herstellen is iets wat mensen met psychische beperkingen zelf doen. Hulpverleners kunnen de patiënt hierin ondersteunen (Anthony, 1993).

Gagne (2004) onderscheidt vier herstelfasen:

- 1 overweldigd worden door de aandoening;
- 2 worstelen met de aandoening;
- 3 leven met de aandoening;
- 4 leven voorbij de aandoening.

GGZ Nederland heeft gekozen voor herstel vanuit het cliëntenperspectief als leidend principe in de zorg en bejegening van mensen met ernstige psychische problemen (GGZ Nederland, 2009). Dit

vraagt van hulpverleners een paradigmaverschuiving van medisch naar psychologisch herstel en een aanpassing van hun werkwijze. Weerstanden tegen herstel en onduidelijkheid over hoe de zorg gebruikt kan worden om herstel te bevorderen, kunnen een verandering van werkwijze belemmeren. Drie veel gehoorde weerstanden tegen herstel zijn: 'herstel is niet nieuw, het is iets wat we al jaren doen'; 'herstel is niet evidence based' en 'herstel bagatelliseert professionaliteit' (Davidson, Tandora, Lawless, O'Connell & Rowe, 2009).

Met deze gevalsbeschrijving wil ik aantonen dat herstelondersteunende zorgactiviteiten geïntegreerd kunnen worden in de verpleegkundige behandeling van complexe PTSS volgens de professionele standaard (Van der Hart en Nijenhuis, 2007; Stöfvel en Mooren, 2010) en ik geef hier handvatten voor.

Gevalsbeschrijving

Voorgeschiedenis en verwijzing

Sylvie¹ was 33 jaar oud toen ze samen met haar man hulp zocht bij de geestelijke gezondheidszorg. Sinds de geboorte van haar tweede kind was ze zeer angstig en somber. Ze was bang om al het goede wat ze had te verliezen. Ze controleerde de veiligheid van haar kinderen voortdurend. Het lukte haar niet om haar huishouden te organiseren. Langzaamaan werd duidelijk dat deze problemen gerelateerd waren aan een geschiedenis van verwaarlozing en traumatische ervaringen tijdens haar jeugd en adolescentie.

¹ Sylvie is een gefingeerde naam. Sylvie stemt van harte in met de gevalsbeschrijving en ze wil met haar ervaringen een bijdrage leveren aan het verbeteren van de zorgverlening.

Sylvie werd doorverwezen naar een Top Referent Trauma Centrum (TRTC). Daar werd ze gediagnosticeerd met een complexe ptss. Ze volgde dagbehandeling gericht op stabilisatie. Ze kreeg psycho-educatie en er werden haar emotieregulatie- en zelfzorgvaardigheden aangeleerd. Haar klachten namen af. De angst om haar man en kinderen te verliezen bleef echter bestaan en ze had last van stemmingswisselingen. De behandeling bij het TRTC werd afgesloten en Sylvie werd doorverwezen naar een polikliniek dichtbij haar woonplaats. Een verpleegkundig specialist i.o. voerde de vervolghandeling uit.

Anamnese

Vanuit de herstelgedachte stond Sylvie tijdens de anamnese uitvoerig stil bij haar krachten en gezonde kanten (Davidson et al., 2009). Tevens vormde zij een totaalbeeld van haar dagelijkse leven en werd haar partner betrokken bij de behandeling.

Sylvie ervoer haar eigen kindertijd als een voortdurend zorgen voor haar verslaafde ouders. Ze wil daarom als moeder beschikbaar zijn voor haar

kinderen. Met haar man heeft zij een stabiele relatie. Haar man heeft een paardenfokkerij. Over haar hobby's en talenten zegt Sylvie dat ze graag werkt met paarden en paardrijles geeft. Als ze verdrietig of onrustig is, vindt ze troost bij de paarden en het werk in het bedrijf biedt afleiding. Sylvie en haar man vinden het praten over emoties moeilijk en zij willen hun communicatie verbeteren. Sylvie heeft goede contacten met haar burens en een vriendin. Met haar ouders is het contact moeizaam. Het in kaart brengen van haar sociale steunsysteem vindt ze confronterend en het bepaalt haar bij de eenzaamheid die ze ervaart in haar leven.

Omgaan met emoties vindt ze moeilijk. Ziekte van haar kinderen en het overlijden van bekenden leiden ertoe dat ze overspoeld wordt door angst. Dergelijke gebeurtenissen ontlokken bij haar de kerngedachte: 'Het geluk is niet voor mij bestemd en ik mag er alleen naar kijken.' Ze kan haar emoties slecht verdragen en gaat hiervoor op de vlucht, door hard te werken of door te winkelen. Hierdoor raakt ze uit haar dagelijkse structuur, vergeet ze het huishouden en ontstaan er spanningen in de relatie.

Herstelgerichte zorg benut de eigen kracht (empowerment) van de patiënt (Droës & Plooi, 2010). Empowerment is een proces, waarbij mensen invloed krijgen op situaties of gebeurtenissen die voor hen van belang zijn. Op individueel niveau gaat het om herpakken van de regie over je eigen leven en het hervinden van je eigen identiteit (Boevink, Kroon & Giesen, 2008). Om de mate van empowerment van de patiënte te bepalen, werd de Nederlandse Empowerment Lijst (NEL) gebruikt. De NEL bestaat uit zes subschalen: professionele hulp, sociale steun, eigen wijsheid, erbij horen, zelfmanagement en betrokken leefgemeenschap (Boevink, Kroon & Giesen, 2008). Sylvie scoorde laag op eigen wijsheid en zelfmanagement en hoog op professionele hulp.

De uitgebreide anamnese hielp bij het opbouwen van een vertrouwensband tussen Sylvie en de behandelaar. Dit is een belangrijk aandachtspunt in de eerste fase van de ptss-behandeling (Van der Hart & Nijenhuis, 2007).

Uitvoerige diagnostiek uitgevoerd door het TRTC en de polikliniek wees uit dat er medisch gezien sprake was van een chronische PTSS en trekken van een borderline persoonlijkheidsstoornis. Verpleegkundig gezien was er sprake van een matige stoornis in psychische stabiliteit, een matige beperking in het indelen van eigen activiteitsniveau en een matige beperking in het bespreken met een persoon (haar partner). Bij de medische diagnostiek werd gebruik gemaakt van de DSM-IV (American Psychiatric Association, 2001), voor de verpleegkundige diagnostiek werd de ICF (World Health Organization, 2001) gebruikt.

Doelstelling en keuze interventies

Volgens het principe van herstel 'Nothing about us, without us' (Davidson, 2009) stelde de behandelaar samen met Sylvie en haar partner de prioriteiten voor de behandeling vast. Dat gebeurde volgens de uitgangs-

punten van *shared decision making* (SDM). Hierbij geven de samenwerkingspartners – patiënt en hulpverlener – beiden hun perspectief op de zaak en onderhandelen zij over een plan dat ethisch, praktisch, consistent met de evidence en congruent met de voorkeuren van de cliënt is (Duncan, Best & Hagan, 2010). Op het whiteboard werden korte- en langetermijndoelen getekend in een tijdlijn. De behandelaar formuleerde de doelen in de taal die aansloot bij het taalgebruik van Sylvie en vermeed vaktaal.

De doelen werden als volgt geformuleerd:

- 1 Ik kan mijn huishouden, het werk op het bedrijf en tijd voor ontspanning plannen.
- 2 Ik kan omgaan met emoties.
- 3 Ik weet wat mijn eigen 'ik' is.
- 4 Ik kan over emoties praten met mijn partner.

Het maken van samenwerkingsafspraken is een belangrijk aspect in de eerste fase van de traumabehandeling (Herman, 2005). Sylvie en haar behandelaar spraken af om drie vaste gespreksonderwerpen (bijpraten, planning, doelen) in elke sessie te laten terugkomen.

Hoewel Sylvie het liefst met haar toekomst bezig wilde zijn, werd in overleg besloten om aan de eerste twee doelen prioriteit te geven. Als metafoor voor het werken met getrapte doelen zei Sylvie: 'Het is net als bij paarden: als de basistechniek er niet is kun je wel stoppen met rijden.' Herstelondersteunende zorg vraagt om een professionele behandeling (Boevink, 2011). Daarom werd bij de keuze van interventies gebruik gemaakt van het beste bewijsmateriaal (evidence) en de voorkeuren van de patiënt. Onderzoek toont aan dat cognitief gedragstherapeutische interventies het meest effectief zijn in de behandeling van PTSS (Bisson & Andrew, 2009). Traumabehandeling vindt plaats in fasen en bij Sylvie zijn de fasen 1 en 3 aan de orde (Van der Hart & Nijenhuis, 2007).

In fase 1 kunnen de volgende interventies worden toegepast: bevorderen van veiligheid, steunende en structurerende interventies, psycho-educatie, vaardigheidstraining in het omgaan met triggers, aanpak van cognitieve aannames en ontwikkelen van een crisisplan (Van der Hart & Nijenhuis, 2007). Deze aspecten komen terug in de stabilisatiecursus 'Vroeger en Verder' van Dorrepaal, Thomaes & Draijer (2009). Een eerste pilotonderzoek maakt de effectiviteit van de behandeling zichtbaar (Dorrepaal, Thomaes, Smit, Van Balkom, Van Dyck, Veltman & Draijer, 2010). In de literatuur worden nauwelijks voorstellen gedaan voor interventies in fase 3 (Stöfjel & Mooren, 2010).

Hoewel er veel evidence is voor cognitief gedragstherapeutische interventies werd op verzoek van Sylvie besloten hier niet mee te starten, omdat zij hier slechte ervaringen mee had. Sylvie gaf de voorkeur aan het opfrissen van haar kennis over emotieregulatievaardigheden.

Uitvoeren van interventies

Zij startte met het aanbrengen van een vaste dagstructuur en het leren

werken met een agenda. Ook volgde Sylvie de cursus 'Vroeger en verder'. De attitude van hulpverleners is cruciaal bij het faciliteren van het herstel (O'Hagan, 2011). De eerste stap op weg naar herstel is volgens Herman (2005) dat de patiënt weer macht krijgt en zelf de drijvende kracht wordt achter haar herstelproces. De behandelaar van Sylvie was aandachtig aanwezig en had een hoopvolle en positieve attitude. Tijdens de gesprekken gebruikte de behandelaar oplossingsgerichte gespreksvoeringstechnieken, omdat deze goed passen bij herstelondersteunende zorg (Schott & Conyers, 2003). Sylvie werd benaderd als expert in haar eigen leven. Om Sylvie haar eigen kracht te laten ontdekken en zodoende bij te dragen aan empowerment, werd er in de gesprekken veel aandacht besteed aan haar successen.

Evaluatie

Herstelondersteunende zorgverleners kunnen de behandeling evalueren door zichzelf regelmatig de volgende vragen te stellen: 'Groeit de patiënt in kracht, gewenste doelen en rollen, in vaardigheden en in relaties met anderen als gevolg van de behandeling en/of staat de behandeling het bereiken van deze doelen in de weg?' (Davidson e.a., 2009).

Na achttien gesprekken in een periode van acht maanden was Sylvie tevreden over de behandeling. Ze boekte progressie in het plannen en structureren. Dat gaf rust en overzicht in haar leven. De positieve benadering in de behandeling gaf haar een groter inzicht in haar eigen wijsheid en vaardigheden. Dit werd bevestigd door de uitkomsten van een tweede nelmeting. Sylvie merkte dat in de behandeling de focus was verlegd van de ziekte naar de uitdagingen waar ze voor stond in het dagelijkse leven en de krachtbronnen die ze zelf in huis had. Sylvie en haar behandelaar besloten om op dezelfde wijze door te gaan.

Discussie

De gevalbeschrijving illustreert op welke wijze een (sociaal) psychiatisch verpleegkundige en/of verpleegkundig specialist het herstelproces van de patiënt kan bevorderen. In de behandeling van Sylvie zijn de volgende elementen van herstelondersteunende zorg toegepast: de behandelaar heeft een attitude van hoop en optimisme, maakt op bescheiden wijze gebruik van het professionele referentiekader, sluit aan bij het eigen verhaal van de patiënt, herkent en stimuleert de eigen kracht van de patiënt en steun van naastbetrokkenen en bevordert maatschappelijk rolherstel (Davidson e.a., 2009; Droës & Plooy, 2010). De optimistische attitude en de aandacht voor successen droegen bij aan het vergroten van de eigen kracht van patiënte en de mate waarin zij regie ervoer over haar eigen leven (mate van empowerment). Het levensverhaal van Sylvie was regelmatig onderwerp

van gesprek. Patiënte (her)ontdekte hierdoor haar eigen identiteit en ze gaf betekenis aan de gebeurtenissen in haar leven.

Herstelondersteunende zorg kan geïntegreerd worden in de behandeling van PTSS volgens de professionele standaard. De attitude bij herstelondersteunende zorg sluit nauw aan bij de voor traumabehandeling geadviseerde attitude (Droës & Plooi, 2010; Herman, 2006). Tevens sluit het driefasenmodel van de PTSS-behandeling aan bij de herstelfasen zoals door Gagne (2004) beschreven voor de herstelondersteunende zorg. De interventies passend bij fase 1 van de PTSS-behandeling, zoals structurerende interventies en vaardigheidstraining, gaven Sylvie handvatten om meer regie te krijgen over haar psychische klachten en haar rol als moeder weer op te nemen (fase 2, 3 en 4 van herstel).

In de literatuur worden nauwelijks voorstellen gedaan voor interventies in fase 3 van de traumabehandeling (persoonlijkheidsreïntegratie en rehabilitatie) (Stöfsl & Mooren, 2010). In deze fase staat volgens Herman (2005) het afstand nemen van de slachtofferidentiteit, het ontdekken van eigen krachten en verlangens, het ontwikkelen van initiatieven en het aangaan en verdiepen van relaties centraal. Narratieve en oplossingsgerichte gespreksvoering, rehabilitatietechnieken en Illness Management en Recovery (IMR) zijn voorbeelden van herstelondersteunende zorgvormen die een aanvulling kunnen zijn op de best practice behandeling van complexe PTSS. Deze methoden dragen bij aan het reconstrueren van levensverhalen die beperkend zijn, het ontdekken van eigen krachtbronnen, het herstel van dagelijkse activiteiten en rollen en het opbouwen van een sociaal netwerk (Aloi, 2009; Droës, Van Wel & Korevaar, 2011; Mueser e.a., 2006; Schott & Conyers, 2003). Onderzoek laat positieve behandel-effecten zien van zowel oplossingsgerichte gespreksvoering als rehabilitatietechnieken en IMR (Färdig, e.a., 2011; Farkas & Anthony, 2010; Wand, 2010).

Er zijn ook onderzoeken die de effectiviteit van herstelondersteunende zorgactiviteiten aantonen, maar op dit terrein is nog veel werk te doen (Davidson e.a., 2009; Stickley & Wright, 2011).

Een sterke kant van de geboden behandeling was de integratie van de professionele standaard voor PTSS-behandeling met herstelondersteunende zorgactiviteiten. De paradigmaverschuiving van medisch naar psychologisch herstel leidde bij de behandelaar tot het stellen van bredere behandel-doelen, een andere wijze van effectmeting en het aangaan van een echt samenwerkingsverband met de patiënt. Voor de hulpverlener is naast het toepassen van herstelbevorderende interventies ook het tegengaan van herstelbelemmerende factoren een aandachtspunt (Boevink, 2011). Herstelbelemmerende factoren, zoals zelfstigmatisering en stigmatisering door de sociale omgeving, hopeloosheid bij belangrijke anderen en geringe kansen voor het in-

nemen van gewaardeerde sociale rollen, zijn in deze behandeling minder belicht en tegengegaan.

Conclusie

Herstelondersteunende zorgactiviteiten kunnen geïntegreerd worden in de behandeling van complexe PTSS-klachten en zijn hieraan complementair. De fasen van de PTSS-behandeling ondersteunen het individuele herstelproces van de patiënt en de aanbevolen attitude van traumabehandeling en herstelondersteunende zorg zijn met elkaar in overeenstemming. De patiënt beoordeelde de toevoeging van herstelondersteunende zorgactiviteiten als waardevol en dat leidde tot een toename van empowerment, regie over eigen symptomen en inzicht in eigen identiteit. Onderzoek naar de meerwaarde van deze geïntegreerde behandeling bij patiënten met chronische PTSS-klachten is noodzakelijk. Eveneens is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van herstelondersteunende activiteiten.

- Aloi, J.A. (2009). The nurse and the use of the narrative: an approach to caring. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (16), 711-715.
- American Psychiatric Association (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Harcourt Assessment bv.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal* (16.4), 11-23.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), 1-47.
- Boevink, W., Kroon, H. & Giesen, F. (2008). *De Nederlandse Empowerment Vragenlijst*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Boevink, W. (2011). Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om (van) te leren. In L. Korevaar & J. Droës (red.), *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn* (p. 37-50). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Clossy, L. & Rowlett, A. (2008). Effective organizational transformation in psychiatric rehabilitation and recovery. *Journal of social work in disability & rehabilitation* (7:3-4), 315-339.
- Collier, E. (2010). Confusion of recovery: one solution. *International Journal of Mental health Nursing* (19), 16-21.
- Davidson, L., Tondora, J., Lawless, M.S., O'Connell, M.J. & Rowe, M. (2009). *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice. Tools for Transforming Mental Health Care*. Oxford: University Press.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K. & Draijer, N. (2009). *Vroeger en verder. Stabilisatiecursus na misbruik of mishandeling. Werkboek*. Amsterdam: Pearson.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J.H., Balkom, A.J.L.M., Dyck, R. van., Veltman, D.J. & Draijer, N. (2010). Stabilizing group treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Child Abuse & Neglect* (34), 284-288.
- Duncan, E., Best, C. & Hagen S. (2010). Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010 (1), 1-40.
- Droës, J. & Plooi, A. (2010). Herstelondersteunende zorg in Nederland: vergelijking met Engelstalige literatuur. *Tijdschrift voor Rehabilitatie* (2), 6-16.
- Droës, J., Van Wel, T. & Korevaar, L. (2011). Rehabilitatie en herstel. In: L. Korevaar & J. Droës (red.), *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn* (p.25-36). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Färdig, R., Lewander, T., Melin, L., Folke, F. & Fredriksson, A. (2011). A Randomized Controlled Trial of the Illness Management and Recovery Program for Persons With Schizophrenia. *Psychiatric services* (62, 6), 606-612.
- Farkas, M. & Anthony, W. (2010). Psychiatric rehabilitation interventions: A review. *International review of psychiatry* (22,2), 114-129.
- Gagne, C. (2004). *Rehabilitatie: een weg tot herstel*. Voordracht studiedag 'Rehabilitatie en herstel', Groningen, 14 juni. Groningen: Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool.
- Ggz Nederland (2009). Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Geraadpleegd op 17-05-2011 via www.ggznederland.nl/scrivo/asset.php?id=305955
- Hart, O. van der & Nijenhuis, E. (2007). Fasegerichte behandeling van posttraumatische stress. In P.G.H. Aarts & W.D. Visser (red.), *Trauma: diagnostiek en behandeling* (p. 179-191). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Herman, J.L. (2005). *Trauma en herstel. De gevolgen van geweld – van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Mueser, K.T., Meyer, P.S., Penn, D.L., Clancy, R. Clancy, D. & Salyers, M.P. (2006). The illness management and recovery program: rationale, development and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin* (32, S1), S32-S43.
- O'Hagan, M. (2001). *Recovery competencies for New Zealand Mental Health Workers*. Wellington: Mental Health Commission.
- Schott, S. & Conyers, L.M. (2003). A solution-focused approach to psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal* (27, 1), 43-50.

- Stickley, T. & Wright, N. (2011). The British evidence for recovery, papers published between 2006 and 2009 (inclusive). Part one: a review of the peer-reviewed literature using a systematic approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (18), 247-256.
- Stöfösel, M. & Mooren, T. (2010). *Complex trauma. Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vries, G.J. de & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress* (22,4), p.259-267.
- Wand, T. (2010). Mental health nursing from a solution focused perspective. *International Journal of Mental Health Nursing* (19), 210-219.
- World Health Organization (2001). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, disability and health*. Bilthoven: WHO-FIC Collaborating Centre, RIVM.

Samenvatting

GGZ Nederland heeft gekozen voor herstel als leidend principe in de zorg en bejegening van de patiënt. Deze gevalsbeschrijving toont aan dat herstelondersteunende zorgactiviteiten geïntegreerd kunnen worden en een aanvulling zijn op de behandeling van complexe PTSS volgens de professionele standaard. Een hoopvolle en optimistische attitude, vaardigheidstraining en aandacht voor persoonlijke krachtbronnen en het eigen verhaal dragen bij aan het herstel van de patiënt en de tevredenheid over de behandeling. Dit wordt zichtbaar in een toename van empowerment, regie over eigen leven, controle van symptomen en inzicht in eigen identiteit. Onderzoek naar de effectiviteit van herstelondersteunende zorg wordt aanbevolen.

Trefwoorden: complexe PTSS, herstel, empowerment