

Vraag & antwoord

De Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP) biedt in de rubriek Supervisie ruimte aan traumaprofessionals om casuïstiekvragen te stellen over diagnostiek, indicatiestelling of behandeling, en te laten beantwoorden door experts uit het brede veld van de psychotrauma. Hebt u een vraag over psychotraumacasuïstiek? Stuur die dan naar info@NtVP.nl. Diverse experts in de psychotraumazorg beantwoorden uw vraag binnen deze rubriek of op www.NtVP.nl.



Traumabehandeling niet gelukt; wat kon er anders?

Een 16-jarig meisje met seksueel misbruik, hechtingsproblematiek en emotionele verwaarlozing kwam bij de GGZ met vraag naar traumabehandeling. De behandeling is echter niet gelukt. Het meisje wilde geen EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, red.), dus werd CGT (Cognitieve Gedragstherapie, red.) ingezet. Ze dissocieerde dusdanig dat CGT gestopt werd, ingezet op stabilisatie, waarna nog schrijftherapie is geprobeerd. Uiteindelijk lukte het niet om het trauma te behandelen. De supervisie-vraag van de behandelaar is hoe ze dit anders had kunnen aanpakken?

Drs. Judith Tummers, GZ psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen.

Trudy Mooren, klinisch psycholoog



Mijn indruk is dat er hard geprobeerd is om haar de behandeling te bieden waarvoor ze kwam. Wel spijtig dat de missie vooralsnog niet geslaagd is. Vooralsnog, omdat je nooit weet wanneer iemand later in het leven nog een poging waagt. Om een hopelijk zinnig antwoord te geven op de vraag hoe dit anders

zou kunnen zijn aangepakt, kan ik niet om een aantal aanvullende vragen heen. De belangrijkste hebben te maken met de huidige omstandigheden waarin dit meisje leeft. Is het seksueel misbruik gestopt? Hoe lang geleden heeft het misbruik plaatsgevonden? Wat maakt dat ze nu verwezen wordt, door wie is dat gedaan of wie heeft het initiatief genomen? Woont ze thuis? Is dat in de buurt van de geweldpleger, of van diegenen die onmachtig zijn geweest haar ertegen te beschermen?

Dan de verwijzing. Ze is verwezen naar de GGZ met de vraag om traumabehandeling, wat verwachtte ze precies van deze behandeling? Wanneer je immers naar de huisarts gaat en om een antibioticum vraagt, zal de arts ook vragen naar je klachten. Traumabehandeling is dus het middel, niet het doel op zich. Van welke klachten had ze de meeste last? Belemmerden nachtmerries, slecht slapen, plotseling schrikken en gebrekkige concentratie haar functioneren op school? Ging ze nog naar school en naar welke?

Vervolgens de behandeling. Toen EMDR niet slaagde, is er CGT ingezet. Welke interventies behorend bij het cognitief gedragstherapeutisch kader zijn er toegepast? Dat zij daarop dissocieerde wijst erop dat zij uit de overspoeling of ter voorkoming ervan een uitweg zocht. Misschien voor haar wel een bekende en functionele coping, maar waar je als behandelaar niet veel mee bent opgeschoten.



Feedback

De eerste stap, wat mij betreft, zou zijn om samen met het meisje een casus-conceptualisatie op te stellen. Daarbij heb ik enkele hypothetische gedachten over de samenhang van klachten en ervaringen:

- Als 16-jarige is de persoonlijkheid nog niet volledig uitgerijpt. Copingstrategieën om de grote mate van bedreiging, aantasting van fysieke integriteit en het onbeschermd en verwaarloosd zijn te hanteren, kunnen wel ingesleten raken en verworden tot kenmerken van de persoonlijkheid. Deze zijn misschien wel functioneel in bedreigende situaties, maar maken het bijzonder lastig wanneer de omgeving veilig en constructief is, bijvoorbeeld in het contact met vrienden, vriendinnen of binnen een intieme relatie. Ze bouwt zogenaamd 'handicaps' op die het kunnen benutten van goede mensen om haar heen beperken. Dubbele last zou je kunnen zeggen. Niet alleen is letsel (psy-

chootrauma) veroorzaakt, ook vaardigheden om met huidige en toekomstige stressvolle situaties om te gaan blijven onderontwikkeld en/of onderbenut.

- Een andere gedachte: Gezien ook de zich ontwikkelende persoonlijkheid is het zo belangrijk om positieve en succeservaringen op te doen die iemand leren of bewijzen als persoon 'waardevol' te zijn. Op deze manier ontstaat reëel zelfvertrouwen. Dit meisje heeft misbruik-, gewelds- en verwaarloozingservaringen. De kans bestaat dat zij niet erg overtuigd is van een positief zelfbeeld. Gesteld dat zij ervan uitgaat – gezien haar leergeschiedenis – dat mensen niet te vertrouwen zijn, erop uit zijn misbruik van haar te maken en zich niet voor haar welzijn zullen inspannen, zal een behandeling in de GGZ een aanloop nodig hebben. Wie overtuigt haar dat je als behandelaar het beste met haar voor hebt?
- Is een interventie geboden die inwerkt op het (zich vormende) negatieve zelfbeeld? Mogelijkheden zijn het EMDR rechtsof protocol (welke ervaringen leveren subjectief bewijs voor de destructieve gedachte over zichzelf?)¹, en re-scripting technieken vanuit de schema-gerichte therapie², met als doel haar gevoel van controle over herinneringen uit het verleden te vergroten. Wat had zij immers zelf anders kunnen doen? Zij was/ is afhankelijk van verzorgers die haar bescherming tegen geweld hadden moeten bieden. In schematherapie kan zij leren op een andere manier met eigen valkuilen en met anderen om te gaan. Dat vergroot haar zelfvertrouwen.
- Tot slot, ze heeft een bijzondere leeftijd. Misschien riep ze compassie op, en keek ze tegelijkertijd vele katten uit de boom voordat ze het achterste van haar tong liet zien. Een gekwetste tiener kan je zo het gevoel geven dat hij of zij onbereikbaar is voor je welgemeende intenties om hem of haar te helpen.

Dr. Trudy Mooren is klinisch psycholoog bij Arq Psycho-trauma Expertgroep en universitair hoofddocent klinische psychologie aan de Universiteit Utrecht.

¹ Oppenheim, J.H., H. Hornsveld, E. ten Broeke, & A. de Jongh, *Praktijkboek EMDR deel II. Toepassingen voor nieuwe patiëntengroepen en stoornissen*. Amsterdam: Pearson, 2012.

² Cohen, J.A., E. Deblinger & A.P. Mannarino, *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.



De eerste vraag die opkomt is wie er traumabehandeling voor dit meisje wilde. Vroeg zij zelf om behandeling of werd zij 'gestuurd' door een bezorgde jeugdbeschermer of pleegouder? Wat niet duidelijk wordt uit de vraag, is of zij bij haar ouders woont of in een andere opvoedsituatie verblijft.

De context is bij een adolescente met deze voorgeschiedenis van groot belang voor het realiseren van een effectieve traumabehandeling. Bij iedere vorm van traumatherapie is het van belang dat er een zorgfiguur beschikbaar is die tijdens het behandelproces een ondersteunende rol kan spelen.

Dat geldt zeker ook voor een meisje met hechtingsproblemen. Zijn het misbruik en de emotionele verwaarlozing gestopt? Hoe is de inbedding van de therapie in het dagelijks leven van het meisje? Of anders gezegd, is de context voldoende veilig en steunend om een traumabehandeling mogelijk te maken?

Een goede casusconceptualisatie waarin ook bovenstaande vragen beantwoord worden, is behulpzaam bij het krijgen van overzicht en het maken van een goed behandelplan. Als de adolescente intensief wordt betrokken bij deze casus-conceptualisatie, is zij zelf eigenaar van het behandelproces en zal haar gevoel van controle toenemen. Ook zal dit haar inzicht in haar klachten en de in standhoudende factoren vergroten, wat de behandelmotivatie ten goede komt.

In de praktijk wordt EMDR vaak als minder belastend ervaren

Gezien de voorgeschiedenis van dit meisje en de latere dissociatie tijdens de traumabehandeling, kunnen we ervan uitgaan dat er sprake is van complex trauma. Er zal voldoende tijd moeten worden uitgetrokken voor het aangaan van een veilige therapeutische relatie, wat bij jongeren met complexe traumatisering vaak moeizamer verloopt en meer tijd in beslag neemt³. Mogelijk is er sprake van wantrouwen door de traumatische ervaringen, en zal de therapeut meer moeten investeren om

het vertrouwen van dit meisje te winnen. Bij ernstige dissociatie is het krijgen van meer controle over de dissociatie een belangrijke stap die eerst moet worden genomen, voordat traumabehandeling effectief kan zijn. Binnen de *window of tolerance*⁴ blijven is immers een voorwaarde voor goede verwerking. Stabiliserende technieken toepassen is belangrijk, maar moet altijd tot doel hebben om uiteindelijk een traumagerichte behandeling mogelijk te maken.

Als iemand resoluut zelf aangeeft geen EMDR-behandeling te willen maar wel gemotiveerd is voor traumabehandeling, zijn psycho-educatie en uitleg over EMDR als behandelmethode van groot belang. In de praktijk wordt EMDR vaak als minder belastend ervaren dan traumagerichte cognitieve gedragstherapie (het zogenaamde TF-CGT). Bij EMDR is het immers niet altijd noodzakelijk om gruwelijke details onder woorden te brengen, het zogenaamde 'blind to therapist'⁵. Een 'oefensessie' op een relatief klein voorval kan worden ingelast om haar kennis te laten maken met EMDR. Mogelijk wil het meisje geen EMDR omdat zij bang is overspoeld te worden en te dissociëren.

Die angst is reëel gebleken, gezien haar latere reactie op de TF-CGT. De behandelaar had in dat geval ook kunnen starten met EMDR op diezelfde angst de controle te verliezen met een flashforward. De behandelaar kan dan met haar exploreren wat het allerergste is dat zou kunnen gebeuren tijdens de EMDR-behandeling: het zogenaamde rampscenario.

Ook dit beeld kan met EMDR worden gedesensitiseerd. Als zij op deze manier een positieve ervaring opdoet met EMDR, is zij wellicht ook te motiveren voor het vervolg van de traumabehandeling.

Tot slot rest de opmerking dat bij ernstige dissociatie de therapeut hier zelf ook door kan worden verrast. In de overdracht van de behandelrelatie kan de behandelaar dezelfde angst voelen voor controleverlies als de cliënt. Het onderkennen van deze processen en het bespreken in intervisie of supervisie, is voor iedere therapeut belangrijk om vertrouwen te blijven houden in het slagen van de behandeling.

Elseline Scherpenisse is GZ-psycholoog en EMDR practitoner en werkt bij i-psy in Zaandam.

³ Stöfvel, M. & T. Mooren, T., *Complex trauma: diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.

⁴ Ogden P. & K. Minton, K., 'Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory', in: *Traumatology*, 6 (2000) 149 – 173.

⁵ Koopmans, J. & A. de Jongh, 'Behandelsessie van een jonge vrouw met ernstige PTSS na langdurig en extreem seksueel geweld', in: *EMDR Magazine* 12, (2017) 10–13.