

Een pleidooi voor gedegen casusconceptualisatie en inbedding

Intensieve traumabehandeling voor adolescenten? Ja, maar... niet zonder meer

TEKST: **Desirée Florisson** en **Judith de Vroomen**

Intensieve traumabehandeling kan effectief zijn, ook bij adolescenten. Dit blijkt uit diverse wetenschappelijke onderzoeken en praktijkvoorbeelden. De effectiviteit is echter onzes inziens niet vanzelfsprekend en valt of staat met gedegen casusconceptualisatie en inbedding. Wat ons betreft mag er in het werkveld meer ruimte zijn voor gesprek hierover. We doen dan ook een oproep tot dialoog waarin er ruimte is voor deze nuancering.

Onderzoek toont aan dat intensieve traumabehandeling voor adolescenten veilig en effectief kan zijn (van Pelt et al., 2020; Hendriks et al., 2017). Herlaarhof, een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie in Vught, biedt sinds 2020 een dergelijke intensieve traumabehandeling aan. Een grote meerderheid van de jongeren, met uiteenlopende bijkomende problematiek, komt in herstel en daarmee weer volop in ontwikkeling na de behandeling. Zo ook Yara, beschreven in een casusbeschrijving in EMDR Magazine 25 (Vroomen & Florisson, 2021). Een intensieve behandeling is echter niet zonder meer voor iedere patiënt direct inzetbaar. Zeker bij de groep adolescenten waarbij er naast PTSS-klachten sprake is van forse bijkomende problematiek, is het van belang na te denken over wat een jongere nodig heeft om te kunnen profiteren van een intensief programma. Gedegen casusconceptualisatie en inbedding in een lopende behandeling zijn hierin wat ons betreft sleutelbegrippen. Met deze oproep sluiten wij aan bij eerdere bijdragen van collega-EMDR-therapeuten, waarin voor de doelgroep volwassenen het belang van nuance en maatwerk

wordt genoemd, mét behoud van daadkracht en durf (van Vliet, 2023; Meijer & Roskam, 2023).

Er valt iets te kiezen

Iedere behandeling begint met een gedegen casusconceptualisatie. Bij voorkeur wordt de daarvoor benodigde diagnostiek verricht vanuit een transdiagnostisch, ontwikkelingsgericht, traumasensitief en systemisch perspectief. Nadat traumabehandeling geïndiceerd is, is een traumagerichte casusconceptualisatie de volgende stap, gevolgd door het kiezen van de meest passende methodiek. Het is de verantwoordelijkheid van de (psycho-)therapeut de jongere en diens systeem te voorzien van toereikende informatie over de diverse vormen van traumabehandeling uit de zorgstandaard Psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen volgens de zorgstandaarden. Hierbij is het van belang zowel informatie te geven over verschillende vormen van traumatherapie (zoals EMDR, TF-CBT, IE, ImRs etc.) als over verschillende maten van intensiteit wat betreft frequentie en tijdsduur. De informatie uit de casusconceptualisatie wordt bij deze afweging betrokken waarbij, naast

aandacht voor PTSS-klachten, ook aandacht is voor de gevolgen van eventuele emotionele tekorten, en/of andere bijkomende problematiek.

Intensief behandelen, en dan?

Op stabilisatie gerichte interventies spelen tegenwoordig (terecht) een minder grote rol bij traumabehandelingen. Het impliceert verwachtingen dat een jongere een bepaalde mate van stabiliteit moet bereiken en dat dit normatief te bepalen is. De term inbedding dekt in deze de lading beter dan stabilisatie. Met inbedding van intensieve traumabehandeling bij adolescenten met PTSS-klachten en bijkomende problematiek bedoelen wij dat intensieve behandeling bij deze patiënten een deelbehandeling is binnen een breder behandelplan. Hoe groot of klein dit behandelplan is, varieert per patiënt. Van belang is om na te gaan en expliciet te bespreken met de patiënt en diens systeem wat de jongere nodig gaat hebben voor zichzelf en diens omgeving om te kunnen profiteren van intensieve traumabehandeling. En wat het vraagt om dit te bewerkstelligen. Soms is een korte analyse voldoende en kan direct daarna de behandeling van start gaan, met een kortdurend nazorgtraject. In andere gevallen is de intensieve traumabehandeling een deelbehandeling binnen een meer langdurige psychotherapie. Intensieve traumabehandeling fungeert hier als een kortdurend, hoog-intensief intermezzo dat een doorbraak kan geven op het gebied van hardnekkige PTSS-klachten.

Pijlers onder de inbedding

Vanuit onze praktijkervaring zijn er grofweg drie pijlers te onderscheiden die helpen bij het goed vormgeven van de inbedding van een behandeling. Allereerst betreft dit motivatie voor een intensief behandeltraject. Daarbij gaat het om de intrinsieke wil van een jongere om tot traumaverwerking middels een intensieve behandeling over te gaan. Dat een jongere is meegenomen in de uitleg over de verschillende mogelijkheden en hierbij nadrukkelijk een eigen stem heeft gehad, draagt hieraan positief bij.

De tweede pijler is gedrag. Er kan sprake zijn van problematische coping (zoals agressief gedrag, middelengebruik, dissociatie) of gedrag voortkomend uit bijkomende (gedrags- en/of ontwikkelings-)problematiek die het aangaan van de behandeling in de weg kunnen staan. Samen met de jongere komen tot een gedeelde taxatie over het hoe en waarom van dit gedrag geeft ruimte om te bespreken wat de jongere nodig gaat hebben tijdens

de traumabehandeling. Ook kan het bij deze pijler gaan om mogelijke aanpassingen van het programma (zonder de rationale los te laten), zodat het beter aansluit bij de manier waarop de jongere tot verwerken komt (bijvoorbeeld bij autisme of LVB). Geen enkel gedrag is een contra-indicatie voor intensieve behandeling, maar wel aanleiding voor het zodanig op maat maken van het programma, dat het zo goed mogelijk aansluit bij de desbetreffende jongere.

De derde pijler is context en het systeem. Daarbij gaat het met name om de mate waarin deze al dan niet steunend zijn. Het betreft hier zowel het informele netwerk, zoals het gezin, vrienden en school of werk, alsook het formele netwerk, zoals betrokken hulpverleners die een bepaalde rol vervullen voor, tijdens en na de intensieve traumabehandeling.

Terug naar de casusconceptualisatie

Als twee van de drie pijlers ernstig belemmerend zijn, blijkt een intensief programma in onze ervaring vooralsnog minder goed aan te sluiten. Voorbereidend werk gericht op het verstevigen van deze twee pijlers is dan nodig. Is één van de drie pijlers belemmerend, dan hoeft dit niet perse een te grote belemmering te zijn. Als een jongere bijvoorbeeld hardnekkige en ernstige automutilatie en dissociatie laat zien (pijler gedrag), maar heel graag wil herstellen (pijler motivatie) en zich goed gesteund voelt door het gezin (pijler context en systeem), dan kan de behandeling ondanks het probleemgedrag een heel positief beloop hebben. Voordat jongeren in een intensieve behandeling instromen, is het daarom van belang om voldoende aandacht te besteden aan een gedegen casusconceptualisatie. Screening, consultaties en waar nodig uitgebreidere indicatiestellingstrajecten van waaruit een advies over passende traumabehandeling volgt kan daarin voorzien. Dit alles wordt in alle gevallen nadrukkelijk samen met de jongere, indien mogelijk met diens steunsysteem en de vaste behandelaren gedaan, met de principes van samen beslissen als uitgangspunt.

De volgende casusbeschrijvingen dienen ter illustratie van de genoemde pijlers. In de eerste casus kan de belemmerende pijler worden opgevangen door twee andere pijlers en door aanpassingen in het programma. Bij de tweede casus ontstonden er gaandeweg door onvoorziene omstandigheden belemmeringen op drie pijlers. De casussen zijn deels fictief, maar stoelen allen op voor het doel van dit artikel samengevoegde aspecten van 'echte' patiënten.

Kevin

Kevin is zeventien jaar en is naast PTSS bekend met ADHD, autisme en een licht verstandelijke beperking. Hij vertoont agressief gedrag en is bekend met wegloopgedrag (pijler gedrag). Kevin woont thuis, samen met zijn moeder, met wie hij een goede band heeft. Kevin is in behandeling bij een outreachend zorgteam (pijler context en systeem). Hij wil al langere tijd traumabehandeling (pijler motivatie), maar werd tot dusver bij andere instanties geweigerd vanwege te forse bijkomende problematiek. Voor Kevin wordt een programma op maat opgesteld met onder andere kortere behandelsessies, alleen individuele sessies, fysieke nabijheid van moeder en gebruik van concrete materialen in de sessies (bijvoorbeeld poppetjes van klei). De vaste behandelaar van het outreachende team sluit aan bij systeemgesprekken en bij het evaluatiegesprek waarin Kevin het beloop en resultaat van de behandeling deelt met voor hem belangrijke mensen. De behandelaar heeft tijdens de intensieve behandeling steunend app-contact met Kevin en zijn moeder. De behandeling is enorm zwaar voor Kevin, maar hij profiteert ervan. De PTSS-klachten klaren op en Kevin voelt zich eindelijk serieus genomen. Na afloop van de intensieve behandeling gaat Kevin verder met therapie gericht op identiteitsontwikkeling bij de vaste behandelaar.

Maartje

Maartje is een 19 jarige vrouw die kampt met PTSS-klachten en een paniekstoornis. Zij wil van de PTSS-klachten af, maar twijfelt of dit het juiste moment is (pijler motivatie). Maartje woont beschermd en heeft een beperkt eigen netwerk. Zij heeft een therapeut binnen een ambulante GGz-instelling (pijler context en systeem). Bij oplopende stress is Maartje geneigd zich volledig af te sluiten, contact af te houden en niet op afspraken te komen (pijler gedrag). Met steun van de woonbegeleiding, de vaste therapeut, en een signaleringsplan, gaat Maartje de intensieve behandeling uiteindelijk aan. Kort voor de start blijkt de woonbegeleiding toch minder mogelijkheden te hebben wat betreft ondersteuning dan vooraf besproken. Maartje ervaart de eerste behandeldag als zeer heftig en trekt zich terug op haar kamer. Ze komt niet meer terug naar het behandelprogramma en geeft aan te willen stoppen. De woonbegeleiding heeft Maartje onbedoeld onvoldoende in het vizier om haar te ondersteunen.

'Geen enkel gedrag is een contra-indicatie voor intensieve behandeling, maar wel aanleiding voor het zodanig op maat maken van het programma, dat het aansluit bij de desbetreffende jongere'

Constructieve dialoog

Met deze bijdrage nodigen wij collega-EMDR-therapeuten in het land uit voor een constructieve dialoog, met ruimte voor nuance en aandacht voor maatwerk en gedegen casusconceptualisatie. Dit met behoud van wat bekend is over de positieve resultaten van intensieve traumabehandeling bij adolescenten. Onderzoeken hiernaar geven immers positieve berichten wat betreft veiligheid en effectiviteit voor jeugdigen die kampen met hardnekkige (C)PTSS-klachten. Laten we ons er allen voor inzetten op zoek te gaan naar wat jongeren nodig hebben bij wie de standaard (intensieve) programma's niet zomaar werken, om zo snel als mogelijk tot herstel van de gevolgen van ingrijpende ervaringen te komen. Vanuit de klinische praktijk is recent een initiatief gestart om een landelijk netwerk van aanbieders te creëren van intensieve traumabehandeling voor jeugdigen. Dit netwerk kan een context bieden waarin deze dialoog plaats kan vinden, en waarin initiatieven die hiertoe bijdragen met elkaar in verbinding komen.

Desirée Florisson is klinisch psycholoog K&J, psychotherapeut, EMDR Europe Practitioner K&J en cognitief gedrags-therapeut VGt.

Judith de Vroomen is psychotherapeut, GZ-psycholoog en EMDR Europe Practitioner volwassenen en K&J. Beiden zijn werkzaam bij Herlaarhof Kinder- en jeugdpsychiatrie in Vught, onderdeel van Reinier van Arkel



Referenties

De referenties van dit artikel leest u door de QR-code te scannen.

