

KINDER
& JEUGD
PSYCHO
THERAPIE

3

Tijdschrift van de Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie

48^e jaargang, nummer 3, 2021

ISSN 1384-1246

Redactie

Ramón Lindauer (voorzitter)
Marthe Egberts
Ariëlle de Ruijter

Eindredactie

Henk Linse

Correctie

Tjeerd Gunning

Redactiesecretariaat

Melinda van Leeuwen
e-mail: redactie@vkjp.nl

Druk

Ipskamp Printing, Enschede

Kopij

Bijdragen kunnen per e-mail worden aangeboden aan het redactiesecretariaat. Zie de richtlijnen voor auteurs op de laatste pagina's.

Secretariaat VKJP

Bezoek- en postadres:
Maliebaan 87, 3581 CG Utrecht
telefoon 030 – 296 53 48
e-mail: info@vkjp.nl
website: www.vkjp.nl

Losse nummers

Losse nummers zijn te bestellen bij het secretariaat of op de website:
www.vkjp.nl/het-tijdschrift.

Als een cliënt buiten de zorgstandaarden valt

Samenvatting

Wat als ernstig getraumatiseerde kinderen en jeugdigen onvoldoende van de state-of-the-art-traumabehandeling profiteren of deze zelfs averechts werkt? Hoe kan daaraan een mouw gepast worden? Dit artikel gaat op deze vragen in, geïllustreerd aan de hand van een casus en met een koppeling tussen theorie en de klinische praktijk. Ook kinderen en jeugdigen met uitermate complexe beelden kunnen profiteren van (trauma)behandeling. Door meerdere therapeutische stromingen te integreren en de richtlijnen van de (trauma)behandelingen in het achterhoofd te houden, kan zorg op maat geboden worden.

Trefwoorden: traumabehandeling, buiten de zorgstandaarden vallen, integratieve psychotherapie.

Als een cliënt buiten de zorgstandaarden valt Ogenschijnlijk onmogelijke (trauma)behandelingen mogelijk maken

Judith de Vroomen & Michel van den Bogaard

Effectieve interventies kregen in het afgelopen decennium veel aandacht. Ook de behandeling voor vroegkinderlijke traumatisering staat steeds meer in de belangstelling. Het besef dat onverwerkte trauma's veel invloed hebben op het brein, de ontwikkeling en het welbevinden van kinderen en jeugdigen, wordt steeds groter.

Maar ook psychopathologie bij volwassenen wordt in toenemende mate tegen het licht van mogelijke (vroegkinderlijke) trauma's gehouden. Door hier vroegtijdig op te interveniëren, vermindert bijvoorbeeld de kans op het ontwikkelen van angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen en daarmee ernstige beperkingen in het algeheel functioneren (Akwa GGZ, 2018; Beer e.a., 2020; van Hoof, 2020).

Diverse behandelingsmethodieken, oorspronkelijk ontwikkeld voor volwassenen, kennen inmiddels kinder- en jeugdversies. Denk bijvoorbeeld aan EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) en traumagerichte cognitieve gedragstherapie (Akwa GGZ 2020; Beer & de Roos, 2020; Lucassen & van der Oord, 2020; Hein & Schlattmann, 2021). Er wordt veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit en werkingsmechanismen van deze methodieken, evenals naar aanpassingen voor specifieke doelgroepen.

Maar wat te doen met kinderen en jeugdigen voor wie het standaardprotocol niet werkt? Of als de aangepaste versies toch niet aansluiten? Of zelfs een stap hiervoor: waar niet aan belangrijke voorwaarden kan worden voldaan om succesvol trauma's te kunnen behandelen? Denk bijvoorbeeld aan kinderen en jeugdigen die een veelheid aan klachten op meerdere terreinen laten zien: comorbide problemen en stoornissen, met instabiele gehechtheidspatronen, disharmonische ontwikkelingsprofielen en soms ook medische aandoeningen. Maar ook komen disfunctionele systeempatronen voor, doordat ouders zelf getraumatiseerd zijn, of systemen waarin nare situaties ontkend of niet erkend worden. Deze kinderen krijgen daarmee geen toestemming om over de trauma's te praten (Beer e.a., 2020; van Hoof, 2020; Putman e.a., 2020; Draijer

& Nicolai, 2020; Markovitz, 2021; Mertens, 2021). Elias is een voorbeeld van een veelheid aan problematiek (zie casus).

Casus Elias (1)

Elias is een elfjarige jongen die met spoed bij onze instelling voor kinderen jeugdpsychiatrie wordt aangemeld. Het gaat al geruime tijd niet goed met hem: door zijn gedrag wordt hij steeds ongrijpbaarder en de behandeling bij een tweedelijnspraktijk loopt vast. Ondanks dat traumabehandeling is geïndiceerd, komt men niet verder en ontregelt hij verder. Hij is opstandig, grof in taal en gedrag en doet suïcidale uitspraken. Zo dreigt hij uit het raam te springen, al zittend in het kozijn, zwaait met messen en loopt schreeuwend over straat.

In de week tussen de aanmelding en intake is de situatie zo verslechterd dat de ouders en de crisisbehandelaar tot de conclusie komen dat een klinische opname noodzakelijk is. Elias laat bijzonder gedrag zien om de ergste pijn zo min mogelijk te voelen en anderen op afstand te houden. Zijn vader en diens partner raken ernstig in de war; het kind van wie zij zo veel houden laat soms welhaast monsterlijk gedrag zien. Het gevaar kan ambulantly, poliklinisch en dagklinisch vooralsnog niet afgewend dan wel behandeld worden. Met opname wordt voor zowel Elias als zijn gezin en zorgverleners een kans geboden om in te grijpen en een nieuw startpunt voor herstel met elkaar te vinden.

Elias woont bij zijn vader, stiefmoeder en halfbroertje van een jaar oud. Hij heeft in de eerste jaren van zijn leven veel onveiligheid meegemaakt: zijn moeder kampte met psychische stoornissen en veelvuldig alcohol- en drugsgebruik. Zij verbleef met hem in onveilige milieus, met veel wisselende mensen en soms 's avonds en 's nachts op straat. Hij moest vaak uren wachten, soms tevergeefs, tot zijn moeder enige aandacht voor hem had. Klaarblijkelijk is hij hierbij onvoldoende voorzien in zijn basale behoeften. Zijn vader zag geregeld wel wat hij nodig had, maar hij was door zijn werk in die jaren onvoldoende op de hoogte van wat er speelde. Toen Elias zes was is zijn moeder zonder aankondiging vertrokken. Sindsdien heeft hij niets meer van haar vernomen. Hij worstelt met de nare herinneringen, teleurstellingen in zijn ouders en de impact die dit op zijn zelfbeeld heeft.

Elias bevindt zich qua leeftijd in het grensgebied tussen de late kindertijd en de vroege adolescentiefase, een transitiefase die kwetsbaarheid en ambivalentie extra blootleggen. Hij is inmiddels te groot om aan de hand te worden meegenomen. Tegelijkertijd is hij te klein om

zijn eigen pijn te kunnen (ver)dragen. Hij heeft uitgesproken gehechtheidsproblemen van het gedesorgeriseerde type. Hij is constant op zoek naar verbinding, maar laat het tegenovergestelde zien. Hij wil op anderen steunen, maar stoot ze, soms bedoeld maar geregeld ook onbedoeld, van zich af. Zijn vader en stiefmoeder zijn uitgeput en ten einde raad. Een geïntegreerde klinische behandeling, waarbij op zowel de klachten van Elias, de onderliggende basis en dynamiek als nieuwe corrigerende ervaringen wordt gefocust, wordt geïndiceerd.

Elias dreigde – net als een aantal andere kinderen en jeugdigen – in de hulpverlening tussen wal en schip te vallen. Het risico bestaat dat hem (en zijn familie) meerdere therapieën opeenvolgend worden aangeboden, om te proberen hem zo van het ene na het andere stormrondje aan boord te krijgen. Vaak zonder effect, en met steeds minder vertrouwen tot gevolg.

In dit artikel wordt aan de hand van zijn verhaal een therapieproces geschetst waarin diverse therapeutische stromingen worden geïntegreerd om zorg op maat te bieden. Hierbij wordt flexibel, beredeneerd en op intuïtieve wijze, van de protocollen afgeweken om zo tot vooruitgang te komen.

Dilemma's

Kinderen en jeugdigen met meervoudige problemen op diverse gebieden hebben vaak veel meegemaakt. Behalve schokkende ervaringen speelt het ontbreken van veiligheid en steun van hun gehechtheidsfiguren een belangrijke rol, hetgeen tot een chronische teleurstelling en gebrek aan vertrouwen in hun gehechtheidsfiguren leidt (Beer e.a., 2020; van Hoof, 2020; Putman e.a., 2020; Draijer & Nicolai, 2020; Markovitz, 2021; Mertens, 2021). Door de veelheid aan problemen is de kans reëel dat in de normale ontwikkeling nieuwe tegenslagen ontstaan, zoals bij de voortgang op school en in contact met leeftijdsgenoten. In het dagelijks leven horen zij geregeld dat ze dingen verkeerd doen. Zij merken ook zelf dat dingen niet lukken.

Het contact met deze kinderen en jeugdigen begint in de therapie geregeld stroef, afwerend en ongemakkelijk (Beer e.a., 2020; van Hoof, 2020; Putman e.a., 2020; Draijer & Nicolai, 2020; Markovitz, 2021; Mertens, 2021). Het vraagt van therapeuten om veel uit de kast te halen om 'binnen te komen'. Of er is sprake van het tegenovergestelde: het contact loopt bijzonder soepel. Alles wordt op tafel gelegd. Maar als therapeut voel je het zuigend appel. Vaak nog

met een vrij primitieve afweer en coping en met meer afhankelijkheid van anderen dan op de volwassen leeftijd.

Elias is zo'n kind. Bij aanvang was het dilemma direct voelbaar: hij heeft traumabehandeling nodig. Zijn gedrag en waarneming lijken continu gevoed te worden door gebeurtenissen die hij heeft meegemaakt. Tegelijkertijd dient er een gehechtheidsbevorderend therapeutisch proces parallel te lopen aan deze behandeling om de trauma's te kunnen verwerken en integreren in een nieuw evenwicht. Want hoe kun je anders gaan geloven dat het niet jouw schuld was dat je uren zat te wachten op aandacht? Enkel als je tegelijkertijd gaat voelen het waard te zijn, doordat je nu wel gezien en gehoord wordt. Hierbij dient het systeem rond de cliënt nauwgezet meegenomen te worden om juist de verbinding met hem simultaan te laten verlopen. Ten slotte dient rekening te worden gehouden met de comorbide pathologie. Maar hoe creëer je een setting in de therapie waarbij deze jeugdigen de stap maken naar het aangaan van hun pijn en de verwerking daarvan?

De cliëntgerichte (basis)houding maakt het op natuurlijke wijze mogelijk aan te sluiten bij het proces waarin de cliënt en het systeem zich bevinden (Markovitz, 2021; Mertens, 2021; Scheepers, 2021). Door aan te sluiten en in te voegen, wordt naar ingangen gezocht. Met een scherp oog en oor wordt gekeken waar de deur mogelijk op een kiertje staat. Of zelfs nog een stap ervoor: de deur op een kiertje zetten als deze even niet op slot zit. Deze cliënten willen niets liever dan verder komen.

Tegelijkertijd zijn zij allesbehalve startklaar om al toe te werken naar herstel van het gewone leven. Het direct inzetten van een vaste methodiek, of trouw blijven aan één model creëert vaak onbedoeld een situatie waarin je in een verkeerde gang of zelfs op een andere verdieping aan het zoeken bent naar de juiste deur om te openen. Dit type cliënten past veelal niet binnen één behandellijn en heeft juist een flexibele afstemming nodig met datgene wat zij op een bepaald moment laten zien. In dat licht bezien, wordt dan ook gepleit voor het minder krampachtig vasthouden van diverse modellen (Hutsebaut, 2020; Markovitz, 2021; Mertens, 2021), en in plaats daarvan connectie te maken door jezelf met al je kwaliteiten en gebreken als mens en therapeut in de therapeutische werkrelatie te begeven.

Casus Elias (2)

Wat maakte dat Elias tot dusverre onvoldoende van de state-of-the-art-hulpverlening had kunnen profiteren? Hij voldeed aan de kenmerken van posttraumatische stressstoornis (PTSS) en had hoge lijdensdruk. Maar na

een onsuccesvolle inzet van EMDR bleek ook trauma-focused cognitive behavioural therapy (TF-CBT) niet bij Elias aan te sluiten. De vraag kwam naar voren of hij zich voldoende vrij voelde om een behandeling aan te kunnen gaan. Met zijn vader en stiefmoeder werd omwille van die hypothese besproken hoe zij hem hierbij ruimte konden bieden. Daarbij werd een narratieve vorm vanuit de Slappende Honden-methodiek (Struik, 2016) gebruikt, het Voorbereidingsverhaal Traumaverwerking (VVT) (Struik e.a., 2020; Hein & Schlatmann, 2021) – een interventie die expliciet erkenning en toestemming van zijn ouders inhoudt. Het VVT helpt openheid tussen ouder en kind te geven. Het lukte de ouders toen nog onvoldoende om deze boodschap doorleefd te kunnen geven en Elias was evenmin in staat om de boodschap te kunnen horen, omdat – alle inspanningen ten spijt – iedereen nog te zeer in een overlevingsstand bleef staan en er nog te zeer door overspoeld raakte.

De psychotherapie begint

De eerste ontmoeting met Elias en de psychotherapeut vindt plaats in Elias' kamer, op de behandelgroep. Volgens de sociotherapeuten van de groep is dat handig, omdat het daar rustig is. Elias kijkt de therapeut argwanend vanuit een hoek van de kamer aan. Zijn ongemakkelijkheid vertaalt zich direct bij de therapeut in onhandig gedrag, onhandige opmerkingen en stunteligheid. Totdat zij bedenkt dit te kunnen benoemen. Dat het best een beetje raar is dat er een vreemde therapeut zomaar in zijn slaapkamer staat. Het enige plekje dat enigszins veilig is van hem alleen is. En dat deze therapeut dan ook nog eens zijn pennenbakje omstoot. De argwaan in zijn blik blijft, maar de therapeut mag op dit plekje in zijn kamer blijven staan.

De therapeut ziet een intelligente jongen die goed contact kan maken. Hij vraagt om veel nabijheid, waarbij hij tegelijkertijd iedereen om zich heen uittest. Hij kampt met tic-achtige bewegingen en geluiden die verergeren bij spanning. Alarmbellen gaan af: deze jongen heeft zo snel mogelijk traumabehandeling nodig voor de veelheid aan schokkende ervaringen en onveiligheid die hij heeft meegemaakt. Om zo met een iets kalmer brein nieuwe, veilige ervaringen positief te laten landen. Maar hij is niet te 'vangen'. Een veilige basis ontbreekt bij hem om traumabehandeling met een therapeut aan te gaan.

Aanvang van de therapie

Het is belangrijk het beeld van kinderen en jeugdigen te begrijpen en in de context te zien van de ontstaansgeschiedenis. Niet als statisch element waarbij je hen beoordeelt op wat je op dat moment ziet. Maar juist door hen te zien als onderdeel van een circulair patroon met hun verleden en omgeving, waardoor je de klachten en gedragingen ook echt kunt gaan begrijpen. Naast deze circulaire gedachte is het belangrijk het kind in de veelheid van patronen te zien. In plaats vanuit enkel een diagnosespecifieke benadering is een aanvullende transdiagnostische kijk waardevol (Hutsebaut, 2020; Mertens, 2021; Scheepers, 2021). Transdiagnostisch behandelen betekent dat bij de behandeling van meerdere problemen gefocust wordt op de onderliggende gemeenschappelijke psychopathologische processen in plaats van op de verschillende voorliggende uitingen daarvan.

Zo'n transdiagnostische visie is niet nieuw. In verschillende vormen bestond en bestaat zij al veel langer in enkele behandelmodellen, zoals de cliëntgerichte en psychodynamische modellen. Voor jeugdigen met een veelvoud aan problemen is deze transdiagnostische visie passend. Want focus je op enkel de trauma's, dan vergeet je mogelijk de invloed van de gehechtheidsvorm die het kind mede heeft gevormd en die een eenvoudige verwerking in de weg zit. Of je ziet de specifieke informatieverwerkingsstijl over het hoofd, waarmee ook rekening moet worden gehouden. In plaats van kijken naar (comorbide) diagnosen is het zinvoller om de klachten te zien in een netwerk aan samenhangende traumagerelateerde symptomen (Beer e.a., 2020; van Hoof, 2020; Scheepers, 2021).

De rode draad in deze flexibele benadering is het onderhouden van enerzijds het therapeutisch proces (met een stabiele therapeutische relatie) en anderzijds de kaders en richtlijnen van traumabehandeling (Hutsebaut, 2020; Markovitz, 2021; Mertens, 2021). Je gaat je verbinden met de cliënt om zo het gekwetste kind achter het gedrag te zien, waarbij een creatieve, out-of-the-boxbenadering wordt toegepast om het beschermende, aangeleerde gedrag te begrenzen en mee te reguleren. Door *limited reparenting* creëer je een basis waarin de grens duidelijk is, zonder hierbij de jeugdige af te wijzen. Geloven in het kind, met een goede dosis geduld en steeds *het geheel* blijven zien, ook bij hobbels, tegenslagen, afwijzingen en tegenoverdrachtsgevoelens. Door deze houding en opstelling draagt de therapeut bij aan de basisbehoeften van de jeugdigen, waar in het verleden door omstandigheden onvoldoende tegemoet is gekomen. In deze transdiagnostische benadering wordt de focus gelegd op wat de kern raakt: waar liggen de grootste pijnpunten in het ontstaan van de

problemen? Welke factoren houden deze in stand? Waar zitten openingen om verder te komen?

Casus Elias (3)

Elias groeide op bij jonge ouders, beiden net twintig jaar oud, met een moeder die ongepland zwanger raakte. Zijn moeder heeft in haar jeugd veel meegemaakt en kampte hierdoor met veel angsten rondom het moederschap. Zij dronk veel alcohol en gebruikte drugs, mogelijk om deze angsten te dempen. Hierdoor was zij geregeld niet beschikbaar voor Elias. Hij diende zich vanaf de babytijd aan te passen aan haar grilligheid, het ritme van haar leven en veel onveiligheid. Hij maakte zich als jong kind geregeld zorgen om haar. Na vier jaar gingen zijn ouders uit elkaar. Hij verbleef vervolgens beurtelings bij zijn moeder of vader. Tot zijn zesde jaar. Sindsdien heeft hij niets meer van haar vernomen.

De eerstvolgende jaren gingen ogenschijnlijk goed. Hij trok met zijn vader bij diens nieuwe partner in en na een jaar werd zijn halfbroertje geboren. Achteraf gezien was dit een kantelpunt. Hij begon te beseffen dat hij niet de onvoorwaardelijke veiligheid, zorg en liefde had ontvangen, zoals zijn halfbroertje. Niet te verdragen jaloezie opende de wond waarmee hij al lang rondliep. Het werd voor iedereen steeds duidelijker welke last hij had ervaren. Zijn drukke, impulsieve en grensftastende gedrag nam steeds verder toe.

Vanaf het begin van opname werd een integraal behandelingstraject met psychotherapie als basis ingezet, ondersteund door vak- en systeemtherapie. Er werden tweemaal per week afspraken gepland, in het nabijgelegen behandelgebouw. Elke afspraak opnieuw, voor minstens vier maanden op rij, kwam Elias luid schreeuwend aanlopen, vergezeld door een van de sociotherapeuten. Hij schreeuwde onverstaanbare kreten in de kamer, vaak half uit het raam hangend. Hij liet boeren en scheten, stond soms ineens op en ging dan weer zitten. Hij nam daarbij soms ook een dreigende houding aan tegenover anderen, maar hij raakte de therapeut nooit aan.

Bij elk stapje dat de therapeut trachtte te zetten, liet hij weten dat hij dat niet wilde. Maar elke afspraak opnieuw kwam hij, zonder dwang en zonder enorme sturing of moeizame motiverende gesprekken. Uiteindelijk is de therapeut zo 'n vier maanden als het ware als een schilderij aan de muur voor hem aanwezig geweest. Allerlei ongemakken projecteerde Elias op de therapeut. Zij was lelijk, moest zich er niet mee bemoeien en deed maar raar werk.

Maar Elias kwam. Elke keer opnieuw. En de therapeut had geduld om samen met hem vertrouwen op te bouwen. Het bijzondere gedrag bleef aanwezig, met name in de therapiekamer, maar ook op de groep werd zeer impulsief, vaak ongecontroleerd gedrag gezien. Een nauwe samenwerking met zijn ouders (vader en partner), de sociotherapeuten op de groep, vaken systeemtherapie, school en een geïntegreerde psychotherapie volgden.

Een therapeutische relatie opbouwen bij deze gecompliceerde beelden

Uit onderzoeken naar de effectiviteit van behandelingsmethodieken komt vaak de therapeutische relatie als werkzame factor naar voren. Hoe complexer de problemen, des te groter het belang van een therapeutische werkrelatie (Hafkenscheid 2016, 2018; Draijer & Nicolai, 2020; Markovitz, 2021; Mertens, 2021). Of een klacht met de ene evidencebased methodiek wordt aanpakt of met een andere veelbesproken behandelwijze, de therapeutische relatie is de basis waarop je deze bouwt. Hoogleraar psychiatrie Jim van Os noemt het bij artsen: “Het gaat niet om welke pillen je voorschrijft, maar de manier waarop je het recept voorschrijft” (Welten, 2020).

Het begint met contact maken en in verbinding komen. Om de jeugdigen vervolgens in hun context écht te zien. Het gaat er vooral om de persoon achter al het gedrag, de afweer en de coping te gaan zien. Want als het je lukt om daarachter te kijken, zie je het kind dat pijn heeft en het aan iets ontbreekt. Het is niet zozeer het (passief-)agressieve gedrag waarmee je wilt omgaan, maar het is eenzaamheid die erachter schuilgaat, die zo pijnlijk is om te verdragen.

In de therapeutische werkrelatie is – net als tussen ouders en kinderen – veiligheid, wederzijdse beïnvloeding en het gezamenlijk creëren van een dyadische relatie van belang (Hafkenscheid, 2016, 2018; Hutschbaut, 2020; Markovitz, 2021; Mertens, 2021; Scheepers, 2021). Maar enkel sensitief en responsief reageren, is hierbij onvoldoende. Met limited reparenting in het achterhoofd houdt de therapeut de valkuilen van een directe relatie in de gaten, waarbij bijvoorbeeld slechts met een eenzijdige blik wordt gekeken of juist louter en alleen vanuit de ander wordt geredeneerd. De therapeut zorgt voor een meerzijdige partijdigheid, door naast de jeugdige en ouders te staan en dus vóór de een, zonder tegen de ander te zijn.

Hoe wordt een therapeutische relatie opgebouwd met kinderen of jeugdigen met uitgesproken gehechtheids- en gedragsproblemen, gecompliceerd door allerlei interfererende factoren? Zij hebben geleerd dat het laten zien van de behoefte aan nabijheid kan leiden tot grilligheid, onvoorspelbaarheid, paniek,

hulpeloosheid en mogelijk ook afwijzing en agressie bij – voor hen beschermende – personen (Beer e.a., 2020; Draijer & Nicolai, 2020; van Hoof, 2020). De enige hulpbron was dus bedreigend. Kinderen laten vervolgens georganiseerde patronen zien die de desorganisatie en bijbehorende innerlijke verwarring onderdrukken. Zoals het continu reageren met verbale agressie om anderen op afstand te houden. Of bij moeilijke onderwerpen steevast weg te kijken en hiermee het contact met anderen te begrenzen. Juist deze georganiseerde patronen roepen veel op bij therapeuten (Draijer & Nicolai, 2020; Markovitz, 2021; Mertens, 2021). Een defensieve, kaderende houding omwille van de eigen veiligheid kan onbedoeld tot meer afstand in de therapeutische relatie leiden. Een begrijpende, verzorgende houding om aan het emotionele appèl van het kind te voldoen, kan juist voor grenzeloosheid zorgen. Te veel of te weinig kadering kan dan dus opnieuw voor onveiligheid zorgen.

Casus Elias (4)

Elias maakte het zichzelf en de therapeut niet gemakkelijk. Hij doet er alles aan om controle over het contact te houden, bijvoorbeeld door te bepalen al dan niet het behandelingscontact aan te gaan en wat wel of niet te bespreken. Ondanks het oppositionele gedrag zag de therapeut een kwetsbare jongen. Een jongen die afschuwelijke dingen had gezien, waardoor hij niet zonder enige argwaan een ander dichtbij wilde laten komen. De therapeut zag hele kleine openingen waarin Elias probeerde contact te maken. Zo kwam hij op zinnen terug die de therapeut had gezegd of hij memoreerde de keer dat zij hem op het speelveld had zien fietsen. Tijdens deze fase van contactopbouw verloor de therapeut echter niet de behandellijn uit het oog: het verminderen van traumaklachten, in verbinding met het systeem en daarbij het verstevigen van de gehechtheidsbasis.

Het geloof in Elias dat zich uitte in geduld, interesse en prikkelende nieuwsgierigheid gaf hem langzamerhand het gevoel dat de therapeut bleef. Niet zonder slag of stoot overigens. Om de paar afspraken ontstond er weer een nieuwe hobbel waarbij het vertrouwen opnieuw bewezen moest worden. Door te blijven en hem en zijn pijn te zien, werden deze hindernissen samen steeds gemakkelijker te nemen.

De behandelingsrichtlijnen gebruiken in de therapeutische relatie

Er zijn diverse richtlijnen opgesteld, met effectieve interventies om in te zetten. Zo geeft de zorgstandaard voor traumabehandeling (Akwa GGZ, 2020) bij

kind en jeugd aan een van de voorkeursbehandelingen in te zetten en te switchen in geval van onvoldoende resultaat. Maar uit de casusconceptualisatie komt in dit geval de veelheid van problemen naar voren, die daarbij ook in elkaar grijpen. De richtlijn is daardoor niet een-op-een toe te passen. Het gevaar dreigt, door je te veel op de protocollen van de evidencebased behandelingsmethodieken te focussen, dat je daarbij het contact met de cliënt verliest en de haalbaarheid van de behandeling eveneens verloren gaat (Draijer & Nicolai, 2020; Hutsebaut, 2020; Markovitz, 2021; Mertens; 2021). Een andere valkuil is dat je te veel focust op de therapeutische relatie, waardoor daadwerkelijk behandelen en tot een kern komen achterwege blijft. Een therapeutische stroming dekt dan als vlag de lading niet volledig. Het gaat eerder om een lappendeken, vragend om een – geïntegreerd – patchwork aan interventies. In the box waar het kan, out of the box waar het niet anders kan of juist moet.

Casus Elias (5)

Na de eerste vier maanden ontstond er een klein basisvertrouwen waarbij de therapeut langzamerhand iets dichterbij mocht komen. Een basis waarbij Elias begon te ervaren dat hij ertoe doet, een bestaansrecht waarnaar hij lang gezocht heeft. Elias' vertrouwen bleek ook toen de therapeut grenzen stelde aan zijn gedrag, zonder dat zij de relatie verbrak of hem als persoon afwees. Hij kreeg de boodschap dat hij belangrijk was voor de ander, maar dat zijn oppositionele gedrag niet werd getolereerd.

De therapeut zag zijn lijden, maar aan enige vorm van traumabehandeling wilde hij zich niet committeren. Hij zat klem. Hoe kon hij zich gaan openstellen voor de therapeut als hij een basis van veiligheid en vertrouwen bij een ander miste? De therapeut moest – aanvullend op de andere interventies op ouder- en systeemniveau – zijn vader gaan betrekken bij de behandeling in de therapiekamer om te bouwen aan een basis van veiligheid en vertrouwen. Een ongemakkelijke situatie volgde. Elias' vader voelde zich onbedoeld bekeken, zag nog vreemder gedrag bij zijn zoon dan hij normaal zag en er spookten allerlei intergenerationele gedachten door zijn hoofd, zo bleek.

Vaders vader was er onvoldoende voor hem geweest. Alcohol en de zaak waren belangrijker. Vanaf jonge leeftijd hielpen hij en zijn broer en zus mee. Zijn moeder verzette zich niet tegen het autoritaire gedrag van zijn vader. De vader van Elias had duidelijk bedacht het later bij zijn eigen kind anders te doen. Daar zat hij: in de kamer bij de psycholoog, met een

zoon die opgenomen was en die hier in de kamer ontoelaatbaar gedrag vertoonde.

Elias koesterde deze zestig minuten samen met zijn vader. Er werden allerlei opdrachtes, spelletjes en taken ingezet om verbinding tussen vader en zoon te stimuleren, waarbij de therapeut zich zo inzette dat vader en zoon een team vormden om samen sterker te zijn. Zo ontstonden er bijvoorbeeld mooie een-tweetjes tussen vader en zoon om de therapeut met voetbal te verslaan. Of werden de meest technische, snelle vliegtuigjes samengevouwen om verder te komen dan de therapeut.

De verbinding werkte. Het basisvertrouwen van Elias in de therapeut groeide en zijn vader kreeg steeds meer vertrouwen dat met deze therapie zijn zoon geholpen kon worden. Dat was het moment om de pijnpunten open te leggen. Terwijl de therapeut nog bezig was scenario's te bedenken hoe dit in te bedden, legde vader de pijnpunten open door aan Elias te bekennen dat hij het volstrekt normaal zou vinden dat hij boos op hem was. Dat hij er niet voor zijn zoon is geweest op belangrijke, angstige momenten.

Er was een duidelijke, veilige situatie gecreëerd, waarin vader zich vrij voelde om zijn zoon te erkennen in zijn gevoel. Elias zag hoe vader als voorbeeld diende, voor een corrigerende ervaring zorgde en écht moeite toonde om de relatie uit te bouwen. De boosheid als uiting voor al zijn gemis, kreeg ineens de ruimte. Elias kwam langzamerhand wat dichterbij om in een gezonde verbinding te komen met zijn vader en tijdens de therapie met de therapeut.

In de beschrijving is het beeld dat Elias liet zien en de overdracht en tegenoverdrachtsgevoelens die dit bij de therapeut opriepen, vertaald in de systemische component van zijn leven. Elias botvierde zijn boosheid, als afweer voor zijn pijn en verdriet, op de therapeut. Zij stond symbool voor zijn boosheid op zijn gehechtheidsfiguren. Door zijn vader te betrekken bij de therapie werd een opening gevonden voor het mogen toegeven aan deze boosheid op hem. Daarmee ontstond ruimte in de relatie met zijn vader, met de therapeut en uiteindelijk ook voor het aangaan van verdriet in traumabehandeling.

Heet dit dan stabilisatie in termen van traumabehandeling? Of is hier ook al sprake van verwerken en integreren? De drie fasen van traumabehandeling (voorbereiden, verwerken en integreren) worden eerder circulair ingezet. Er wordt hierbij niet in vaste volgorden gewerkt, maar telkens opnieuw worden hierin stappen doorlopen. Zoals het creëren van een betere emotieregulatie om

de pijn aan te kunnen. Om zo uiteindelijk een stevigere basis te creëren voor de persoonlijkheidsontwikkeling, maar ook als fundament op basis waarvan je vervolgens op de PTSS-klachten kunt ingaan. De klachten worden evident, de behandelingsinsteek krijgt commitment én er is tegelijkertijd gewerkt aan het verstevigen van zowel de band tussen vader en zoon (het samen gaan dragen van de pijn) als een vergroot vertrouwen in de therapeutische relatie.

Met deze cliëntgerichte benadering, waarbij je echt en transparant aanwezig bent in het contact, krijgen thema's die eerder in het leven te weinig plaats kregen nu juist wel de ruimte om zich te ontvouwen. Te ontdekken wat het betekent in zijn leven. Bij Elias kreeg behalve zijn gedrag ook de pijn die hij voelde ruime aandacht. Niet expliciet in gesprek, maar in de ruimte die er werd gecreëerd om fouten te mogen maken en continu opnieuw te mogen beginnen – uiteraard met een duidelijke begrenzing voor ieders veiligheid en kaders om te groeien.

Terugkerende hobbels in de therapie

Hobbels en tegenslagen die leiden tot stagnaties in de behandeling of therapeutische breuken, creëren kansen om tot verandering te komen (Hafkenscheid, 2016, 2018; Draijer & Nicolai, 2020; Markovitz, 2021; Mertens, 2021). Tegelijkertijd zijn dit voor de behandelaar ook momenten om moedeloos van te worden of erger, de therapie te staken. Dit soort cases vereisen een team om de therapeut heen om samen te blijven onderzoeken wat er gebeurt. Het (klinische) behandelingssteam waarin elk lid zijn eigen reacties opmerkt, maakt dat het gedrag en de onderliggende dynamiek bespreekbaar worden gemaakt. Zoals het oneigenlijke, tegenwerkende appèl dat een cliënt uitstraalt. De overdrachts- en tegenoverdrachtgevoelens geven immers een bron van informatie over wat er bij de cliënt speelt als het gezamenlijk lukt om bij jezelf als therapeut te onderzoeken wat er in de interactie wordt opgevoelen. Hierbij is het belangrijk dat de therapeut voortdurend onderzoekt welke reflexmatige gevoels- en gedragsreacties optreden in contact met de cliënt. Zoals het onderscheid tussen terugtrekbarsten (waarbij de cliënt om autonomie vraagt) en confrontatiebarsten (die juist om verbinding vragen). Hierbij stimuleer je de cliënt om verantwoordelijkheid te nemen voor wat hij daadwerkelijk voelt, uiteindelijk uitend in een wens of verlangen.

Casus Elias (6)

Er ontstond iets meer rust bij Elias. De klinische opname ging over in een ambulante behandeling met wekelijkse psychotherapie, in combinatie met

vaktherapie, systeemtherapie en intensieve ondersteuning thuis en op school. In de therapie lukte het Elias om langer te focussen op de dingen waar hij mee zat: in het hier-en-nu en ook over vroegere gebeurtenissen. Van het ene op het andere moment vroeg hij naar een eerder geopperde tijdlijn en tekende hij waar hij dagelijks nog last van had. Op gekleurde briefjes werden al zijn traumatische herinneringen geschreven en behandeld volgens het standaardprotocol EMDR.

Tegelijkertijd was er aandacht om de ontstane cognitieve shift (zoals onterechte schuldgevoelens) te integreren in het gedrag van nu. Elk briefje werd ritueel verbrand na elke sessie. Elias ging het onderwerp aan, maar bij de echte pijn bleef hij weg. Namelijk de pijn van het verlaten zijn, niet op de eerste plaats gestaan te hebben en een zorgeloze, veilige basis te hebben gemist.

Elias gaf aan klaar te zijn met de therapie. De briefjes waren verbrand, hij voelde zich oké en had de therapie niet meer nodig. De contacten begonnen steeds stroever te verlopen. Hij daagde de therapeut uit voor een kickboksvedstrijd, een sport waarmee hij onlangs was begonnen. Hij wilde de wedstrijd met de therapeut aangaan. Een symbolische strijd waarin hij alle pijn die hij op dat moment voelde gedoseerd in de wedstrijd met de therapeut uitte. Soms net wat harder dan was afgesproken. Maar dit wist hij vervolgens direct zelf weer te reguleren. “Zo, ik ben klaar”. Hij gooide de bokshandschoenen op de grond en liep naar de wachtkamer.

Zijn ouders konden zich minder in zijn mening vinden. Hij was toch nog lang niet klaar? Hij had toch nog klachten, bijzonder gedrag? Dit konden de behandelaren toch ook niet goedkeuren? Systeemgesprekken met de ouders volgden om samen een manier te bedenken hoe Elias de controle kon houden, zonder hierbij uit het veld te lopen. De therapeut bleef op de achtergrond beschikbaar voor hem. Een plankje met kaartjes volgde, waarbij hij enkel door een kaartje om te draaien kon aangeven hoe het met hem ging en of hij opnieuw therapie wilde krijgen.

Drie maanden later belden zijn ouders. Elias had aangegeven last te hebben van allerlei nare herbelevingen van vroeger. Nachtmerries, waardoor hij moeilijk kon slapen. Angst om opnieuw verlaten te worden, waardoor hij continu zijn ouders in de gaten hield. Angst voor docenten op school die hem eerder niet hadden gezien toen hij dat nodig had.

Het trauma lag open en Elias wilde aan het werk. Echt aangaan, vanuit eigen motivatie, gebouwd op enig bestaansrecht met vertrouwen in zichzelf en belangrijke anderen. Een vervolgtraject van traumabehandeling met EMDR en een narratieve insteek volgden.

De spreekwoordelijke kleuter die al een groei had laten zien, groeide verder in het contact naar het huidige beeld van deze twaalfjarige. Hij bleef zitten tijdens de behandeling, wandelde enkel door de kamer om wat spanning rustig te ontladen en bokste die op de kussens eruit. Hij deelde allerlei basisangsten die hem in het hier-en-nu bezighielden. Zijn ouders werden intensief betrokken bij de stappen in deze snelle vooruitgang. Na elke sessie werd de therapie wandelend of met een bekertje chocomel afgesloten. Hij deelde dan dingen waarmee hij bezig was of waar hij tegenaan liep.

Door in de therapie aan de fundamentele basis van vertrouwen en veiligheid te bouwen lukte het Elias om vanuit eigen overtuiging (en dus met echte motivatie) aan te geven, een gerichte behandeling aan te willen gaan. Het bouwen van deze basis leek de sleutel voor succes in deze casus te zijn. Er was geduld bij de behandelaren nodig om dit vertrouwen bij hem te bewerkstelligen, evenals door hoop te blijven uitstralen dat verandering mogelijk is en er een voldoende veilig kader bestond om deze verandering in te zetten. Hierbij was het binnenboord houden van het systeem noodzakelijk.

Terugblik

Bicanic en collega's (2015) betogen om bij alle kinderen en jeugdigen gediagnosticeerd met PTSS traumabehandeling in te zetten onder het motto: 'Traumaverwerking, waarom niet?' Zij stellen dat er tot op heden geen onderzoek bestaat dat de noodzaak van eerst stabiliseren of zelfs toedekken van het trauma onderbouwt. Zij vullen daarbij aan dat het uitblijven van traumabehandeling ongewild zelfs leidt tot verergering van klachten om een verwerkingsproces op gang te brengen. Bij kinderen die níét over hun herinneringen kunnen praten, dan wel ernstig ontregelen of zelfs decompenseren, is echter meer nodig. In dit artikel houden we ons hierbij niet enkel aan stabilisatiemethodieken, maar hebben we met een psychotherapeutische insteek, modeloverstijgend en geïntegreerd laten zien hoe de therapeutische relatie als kernelement ingezet kan worden als belangrijke basis voor therapie. Daarbij tegelijkertijd de kaders en het rationele van de evidencebased methoden in het achterhoofd houdend.

Hierbij ligt de nadruk op niet louter en alleen van de richtlijnen uitgaan, omdat deze als vlag de lading onvoldoende dekken. Het gaat er juist om met de jeugdigen en hun systeem op zoek te gaan naar de achterliggende pijn, waarbij zij het vertrouwen kunnen ontwikkelen om hun pijn te voelen en te laten zien.

Om vervolgens samen in de therapie te gaan zoeken wat nodig is om de pijn aan te gaan. Want door het aangaan van de pijn, met lastige confrontaties tot gevolg, voelen zij in een goedlopende therapeutische relatie ook de corrigerende ervaringen ontstaan.

Schrik niet terug van alle bijzondere gedragsuitingen. Houd je niet enkel vast aan de algemene lijnen. Ook deze jeugdigen kunnen traumabehandeling aan. Echter, zonder in vaste fasen of vaste richtlijnen te denken. Geloof in het kind dat erachter schuilgaat, maak verbinding met deze kern en wees creatief door aan te sluiten op wat je voelt gebeuren.

Dit is niet louter en alleen zo bij kinderen, adolescenten of jongvolwassenen, maar ook bij volwassenen – mogelijk in een iets andere vorm. Dwangmatige klachten, vermijding of verslavingsvormen zijn dan de aangeleerde gedragscomponenten die de volwassene inzet om bij zijn eigen pijn weg te blijven. Echter, de kern is vergelijkbaar: het verbinden van de therapeutische relatie met een transdiagnostische kijk en benadering van de (gedrags)beelden van cliënten (Hutsebaut, 2020; Draijer & Nicolai, 2020; Markovitz, 2021; Mertens, 2021). Zie psychotherapie hierbij als een wandelpad: bij aanvang van deze tocht is een stip op de horizon gezet waar je naartoe wilt lopen. Maar hoe dit pad verloopt, staat niet vooraf vast. Juist het mogen afwijken van het hoofdpad, om opgebroken stukken te omzeilen, mooie uitkijkplekken te kunnen zien en bijzondere ontdekkingen te doen, zorgt dat de reis vordert. En die stip daar verderop op de horizon helpt ook mee. Het is geen eindbestemming, maar een bestemming waarbij je met de cliënt gaat kijken of hij verder wil gaan, een nieuwe tocht wil gaan maken of ergens even wil blijven.

Tot slot

Het gaat goed met Elias. Hij is een jongen van inmiddels dertien jaar oud. Al enkele centimeters langer dan de therapeut en bezig met thema's die adolescenten belangrijk vinden. Hij deelt zijn muzieksmaak, filmpjes op TikTok en ook de dingen die hij meemaakt. Hij heeft nauwelijks tot geen last meer van tics of uitspattingen in gedrag. Bij spanning komt zijn vermijding, het soms vreemde gelach en het onrustige op en neer lopen terug. "Er is iets", wil hij dan eigenlijk gaan zeggen. De therapie wordt in kleine stappen afgebouwd, waarbij Elias steeds meer op zichzelf en op de belangrijke personen in zijn omgeving gaat vertrouwen.

Judith de Vroomen is psychotherapeut, gz-psycholoog en EMDR-practitioner bij Reinier van Arkel, specialistische jeugd-ggz Herlaarhof in Vught. Zij heeft de hier beschreven psychotherapie gegeven. j.de.vroomen@reiniervanarkel.nl

Michel van den Bogaard is klinisch psycholoog en psychotherapeut bij dezelfde organisatie. Hij was als werkbegeleider bij de therapie betrokken.

De casus Elias is in dit artikel opgenomen met zijn toestemming en die van zijn ouders. Elias is niet zijn echte naam.

Literatuur

- Akwa GGZ. (2018). *Ernstige psychische aandoeningen*.
<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ernstige-psychische-aandoeningen/>
- Akwa GGZ. (2020). *Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen*.
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen/>
- Beer, R., & de Roos, C. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing. Een behandeling voor kinderen en adolescenten met traumagerelateerde klachten. In C. Braet & S. Bögels (Red.), *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten. Deel 3* (pp. 643-674). Boom.
- Beer, R., Verlinden, E., & Lindauer, R. (2020). *Protocol voor classificatie, screening en diagnostiek van trauma- en stressorgerelateerde & dissociatieve stoornissen bij kinderen en adolescenten*.
<https://www.ntvp.nl/portfolio/protocol-voor-classificatie-screening-en-diagnostiek-van-trauma-en-stressorgerelateerde-dissociatieve-stoornissen-bij-kinderen-en-adolescenten/>
- Bicanic, I., de Roos, C., de Beer, R., & Struik, A. (2015) Traumaverwerking: waarom niet? *Kind & Adolescent Praktijk*, 14(4), 36-38.
<https://doi.org/10.1007/s12454-015-0044-1>
- Draijer, N., & Nicolai, N. (2020). Overdracht en tegenoverdracht bij vroegkinderlijke traumatisering 'revisited'. Een vooruit- en terugblik. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 46(3), 167-184.
- Hafkenscheid, A. (2016). Waarom stagneert deze therapie? Een zoektocht voor het opsporen van mogelijke obstakels. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 42(5), 291-307.

- Hafkenscheid, A. (2018). *Beter worden in je vak: systematische zelfreflectie voor professionals in de ggz*. Boom.
- Hein, I. M., & Schlattmann, N. (2021). Een verhalenmethode kiezen. Eén methode of allemaal? *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, 48(1), 100-106.
- van Hoof, M. J. (2020). Onverwerkt-gedesorganiseerde gehechtheid, psychopathologie en het adolescentie brein. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 46(6), 425-444.
- Hutsebaut, J. (2020). Make therapy simple again! *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 46(2), 96-106.
- Lucassen, S., & van der Oord, S. (2020). Write junior. Schrijftherapie voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten. In C. Braet & S. Bögels (Red.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten. Deel 3* (pp. 675-710). Boom.
- Markovitz, J. C. (2021). *Interpersoonlijke psychotherapie bij posttraumatische stressstoornis*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Mertens, D. (2021). Van dwang naar verbinding. Een integratieve kijk op psychotherapie. *GZ-psychologie*, 21(1), 13-17.
- Putman, M, Giltaij, H., & Gool, A. van (2020). Effectiviteit van fasetherapie als behandeling van problematische gehechtheid bij kinderen van 4 tot 12 jaar. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, 47(1), 64-84.
- Scheepers, F. (2021). *Mensen zijn ingewikkeld. Een pleidooi voor acceptatie van de werkelijkheid en het loslaten van modellen*. De Arbeiderspers.
- Struik, A. (2016). *Slapende honden? Wakker maken! Een behandelmethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Pierson.
- Struik, A., Dierckx, C., & Pijpers, M. (2020). Slapende honden wakker maken. Het voorbereidingsverhaal traumaverwerking. *Systeemtherapie*, 32(1), 25-40.
- Welten, C. (2020). *Verandering van visie in de psychiatrie – Jim van Os* [audio podcast]. PodNL. <https://podcastluisteren.nl/ep/Hoe-de-GGZ-verandert-1-Verandering-van-visie-in-de-psychiatrie-Jim-van-Os-hoogleraar-psychiatrie>



De Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie (VKJP) is de wetenschappelijke en specialistische vereniging voor kinder- en jeugdpsychotherapie. De vereniging staat voor de kwaliteit en ontwikkeling van het vak kinder- en jeugdpsychotherapie en daarmee voor toegankelijke, deskundige hulp aan jeugdigen met psychische problemen. Al meer dan 45 jaar brengt de VKJP vakgenoten samen uit verschillende therapeutische scholen en met diverse achtergronden. Kind en gezin staan centraal. Het belangrijkste doel van de vereniging is het bevorderen van de ontwikkeling en het bewaken van de kwaliteit van de psychotherapie voor kinderen, jeugdigen en hun omgeving.