

Casusbeschrijving ten behoeve van de aanvraag tot certificering als Psychotraumatheapeut

Cliëntgegevens:

Mw. S, vrouw, 58 jaar, woont met 24-uursbegeleiding, heeft een licht verstandelijke beperking (Verbaal IQ = 65, Performaal IQ = 52). S. heeft speciaal onderwijs gevolgd.

Aanmeldingsklacht:

Mw. S. wordt door de gedragsdeskundige van de woonlocatie aangemeld met klachten als: slecht slapen, nachtmerries, veel piekeren, emotie-regulatieproblematiek, steeds terugkerende herinneringen aan heftige gebeurtenissen in het verleden, waarbij ze overspoeld wordt door heftige emoties.

Anamnestiche gegevens:

Mw S. is op 3-jarige leeftijd uit huis geplaatst omdat haar moeder niet goed voor haar kon zorgen vanwege psychiatrische problematiek. Vader was niet in beeld. In de verslaglegging komt naar voren dat er sprake was van ernstige pedagogische en affectieve verwaarlozing, moeder heeft zich in 1985 uit de ouderlijke macht laten zetten. S. werd in een pleeggezin geplaatst. Naar eigen zeggen kende S. ook daar geen gelukkige tijd, er was sprake van fysieke mishandeling door pleegmoeder en er was weinig tijd en aandacht voor haar. Toen S. 8 jaar was, werd ze binnen een instelling geplaatst. Op 12-jarige leeftijd is ze opnieuw in een pleeggezin gaan wonen, hier maakte S. een positieve ontwikkeling door. Op 17-jarige leeftijd (S. woont op dat moment binnen een project voor Begeleid wonen) wordt ze seksueel misbruikt door drie jongens in een flat. S. ontwikkelt in de periode hierna depressieve klachten. Ze wordt meerdere keren opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, er vindt geen traumabehandeling plaats. Op haar 28^e komt ze wonen bij een zorgorganisatie voor mensen met een verstandelijke beperking. Ze woont op verschillende locaties voor mensen met gedragsproblemen en maakt hier in de loop der jaren meerdere incidenten mee (poging tot verdrinking, brandstichting in de woning boven haar, meerdere seksueel misbruikervaringen). Ze heeft in het verleden verschillende vormen van therapie gevolgd (speltherapie, PMT, haptotherapie). EMDR-therapie heeft ze wel een keer geprobeerd (in 2012), maar dit heeft ze direct weer gestopt omdat ze het niet aandurfde.

Casus-conceptualisatie

Voor de casus-conceptualisatie heb ik gebruik gemaakt van het 'hybride model' (Martijn Stöfse), dit is opgenomen in de bijlage.

Gebruikte instrumenten en respons

KJTS: totaalscore = 53. Klinisch verhoogde score, verhoogde kans op PTSS.

DITS-LVB: Er wordt voldaan aan de criteria voor een Post Traumatische Stress Stoornis (8x ja), aan de hand van de DITS LVB is een tijdlijn opgesteld.

BSI: Totaalscore hoog (Ook hoge score op subschalen: lichamelijke klachten, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, psychoticisme), zowel aantal als ernst aanwezige symptomen is hoog (zie tabel in bijlage).

Observaties en indrukken

S. is in het begin van het traject erg terughoudend, gesloten en verlegen in het contact. Ze is nerveus, laat vaak stiltes vallen en wendt zich in haar houding vaak wat af van de therapeut. Naarmate de therapie vordert, wordt dit minder, hoewel ze het lastig blijft vinden om over haar emoties te praten en wat vermijdend blijft. Ze vindt het moeilijk om erop te vertrouwen dat de therapie haar mogelijk zou kunnen helpen, toch houdt ze dapper vol om naar de sessies te komen. Aan het einde van de therapie vindt ze het lastig om afscheid te nemen van de therapeut.

Behandelmethode (inclusief argumentatie)

- Kennismaking, opstellen traumalijst, psycho-educatie, besluitvorming inzake welke behandelmethodiek.
- EMDR: Hiervoor is gekozen omdat S. duidelijk kon aangeven van welke gebeurtenissen zij nog het meeste last had, daarnaast had zij (na uitleg) zelf een voorkeur voor deze methodiek. Er is gebruik gemaakt van de intrusieroute.
- NET: Omdat de EMDR-therapie na 15 sessies weinig tot geen effect had opgeleverd is overgestapt op een andere behandelvorm. Er is gekozen voor Narratieve Exposure Therapie, vanwege het idee dat de ordening van en exposure op de traumatische gebeurtenissen (stenen) en daarbij ook aandacht voor de positieve gebeurtenissen (bloemen) goed zou aansluiten bij de grote hoeveelheid traumatische gebeurtenissen die mevrouw in haar leven heeft meegemaakt.
- Tussendoor is regelmatig aandacht nodig geweest voor praktische zaken en emotie-regulatie (bij onrust op woonlocatie, lichamelijke klachten, vertrek van begeleiders, slaaphygiëne) en is hierover contact geweest met het systeem om mevrouw heen (begeleiders) om afspraken te maken en de vertaalslag te maken vanuit de therapie naar het dagelijks leven, er is hierbij gewerkt vanuit de interventiecirkel (Stöfssel, zie bijlage).
- Uiteindelijk is na een therapiepauze van een aantal maanden gekozen voor de inzet van een vorm van intensieve traumabehandeling (combinatie van psycho-educatie, Imaginaire Exposure, EMDR en beweging gedurende drie weken drie dagen per week), omdat de klachten van S. nog onvoldoende waren afgenomen. Aan het eind van de behandeling is aandacht besteed aan de integratie van dat wat ze in therapie heeft geleerd in het dagelijks leven.

Behandelverloop en voorlopig resultaat

Er is (na de fase van kennismaking, psycho-educatie, opstellen traumalijst) gestart met EMDR op de herinnering die nu nog voor de meeste spanning zorgt (poging tot verdrinking op haar 32^e), de spanning bij deze herinnering zakt redelijk snel. Bij de volgende herinnering (seksueel misbruik op haar 17^e) gaat een stuk moeizamer. Het maken van een tekening, verhogen van de werkgeheugenbelasting en het toepassen van cognitive interweaves zorgt nauwelijks voor verbetering (SUD blijft sessies lang onverminderd op 9). Het lijkt erop dat mevrouw de meest nare details van de traumatische herinneringen nog probeert te vermijden.

Er spelen in die periode ook veel buikpijnklachten en er is sprake van een toename in suïcidale uitingen, er wordt een veiligheidsplan opgesteld en er worden begeleidingsafspraken gemaakt in het multidisciplinaire team om mw. heen (Arts VG, gedragsdeskundige woonlocatie, begeleiding).

Wanneer de NET wordt opgestart, valt op dat ook bij deze therapievorm de neiging tot vermijding sterk aanwezig blijft. Dit geldt vooral bij de seksueel misbruikervaringen, bij andere nare ervaringen verloopt de narratieve exposure wat makkelijker. Bij afronding van het NET-verhaal is mevrouw trots dat ze het heeft afgerond, toch rapporteert ze op de DITS-vervolgmeting en in het evaluatiegesprek geen duidelijke afname van klachten.

Er wordt afgesproken de therapie tijdelijk te pauzeren, omdat het effect van de NET nog wat langer kan doorwerken. Tegelijkertijd wordt er door de psychiater (verbonden aan de woonlocatie) een medicatiewijziging doorgevoerd (afbouw antidepressiva, opbouw en uiteindelijk ook weer afbouw anitpsychoticum).

Gedurende een periode van een half jaar worden er laagfrequent (1x per maand) gesprekken gevoerd om het effect van de medicatiewijzigingen en de NET op te volgen en situaties in het hier en nu te bespreken (gericht op coping, probleemoplossingsvaardigheden, helpende gedachten en helpend gedrag).

Daarna wordt in het behandelteam besproken dat S. in aanmerking komt voor de recent opgezette (interne) mogelijkheid voor Intensieve traumabehandeling voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Hierbij wordt gedurende drie weken, drie dagen per week een combinatie van psycho-educatie, Imaginaire Exposure, EMDR en beweging geboden. S. vindt het spannend om hieraan deel te nemen, maar is ook gemotiveerd. Hoewel ze in het begin moeite heeft met de wisseling van therapeuten en de nieuwe behandelmethode (Imaginaire exposure) lukt het haar in dit traject uiteindelijk wel om de meest nare details van het misbruik te delen. Hierbij komen sterke gevoelens van schuld en schaamte naar voren. In de laatste week van de intensieve traumabehandeling (ITB) wordt gewerkt met het schrijven van een boze brief, flash forward en exposure in vivo opdrachten. S. besluit een deel van het therapieboek te verscheuren, samen met begeleiding. Ook is in de gesprekken aandacht besteed aan het leren leven in het 'hier en nu' en het maken van plannen voor de toekomst. Hierbij wordt gebruik gemaakt van technieken uit ACT en oplossingsgerichte therapie. Mevrouw start met twee middagen per week dagbesteding en gaat het zelfstandig fietsen weer oppakken. Er is stilgestaan bij een goede manier van afscheid nemen waarbij de therapie geleidelijk is afgebouwd en een terugvalpreventieplan is gemaakt.

Op de vervolgmetingen met de DITS-LVB (2 weken en 6 maanden na afloop van de ITB) is een duidelijke afname van klachten te zien, hoewel de klachten niet volledig verdwenen zijn. Factoren in het hier en nu die voor spanning zorgen (met name onrust op de woonlocatie) spelen hierin ook een rol.

Reflectie

Ik heb bij de start gekozen voor de KJTS-screener, inmiddels is er (sinds kort) ook een screener specifiek voor volwassenen met een LVB ontwikkeld (TS-LVB), deze zou ik nu gebruiken. Achteraf had ik misschien beter sneller kunnen overstappen op een andere behandeltechniek, aan de andere kant wilde ik de EMDR ook de tijd geven om zijn werk te doen. Ik ben daarna overgestapt op NET, achteraf had ik op dit moment misschien ook direct voor Imaginaire Exposure (vanwege de sterke neiging tot vermijden) of Imaginaire Rescripting (omdat er ook sprake is van vroegkinderlijke traumatisering) kunnen kiezen. Omdat ik me op dat moment meer bedreven voelde in NET heb ik die keuze gemaakt. Inmiddels heb ik me ook geschoold en werkervaring opgedaan op het gebied van IE en ImRs. Ik heb de samenwerking met de andere disciplines binnen de therapie als prettig ervaren, wel denk ik dat een nauwere samenwerking met de psychiater fijn was geweest. Ik denk ook dat de informatie vanuit het therapeutisch contact waardevol had kunnen zijn voor het traject rondom de wisseling in medicatie en andersom.

Aan het einde van de therapie merkte ik dat S. het lastig vond om de therapie af te ronden, ik vond dat zelf ook best ingewikkeld. Uiteindelijk ben ik blij dat het therapietraject is afgerond, waardoor S. ook meer motivatie voelde om aan de slag te gaan met bv. het opbouwen van dagbesteding. Het totale behandeltraject heeft 2 jaar geduurd (met een aantal pauzes tussendoor). Uiteindelijk is dit misschien iets te lang geweest, aan de andere kant was/is de problematiek complex en had S. tijd nodig om te gaan vertrouwen op zichzelf en de therapie. Daarnaast hebben er regelmatig evaluaties plaatsgevonden en is een aantal keer gekozen voor een wisseling van behandelstrategie. Achteraf kijk ik terug op een intensief, maar waardevol behandeltraject.

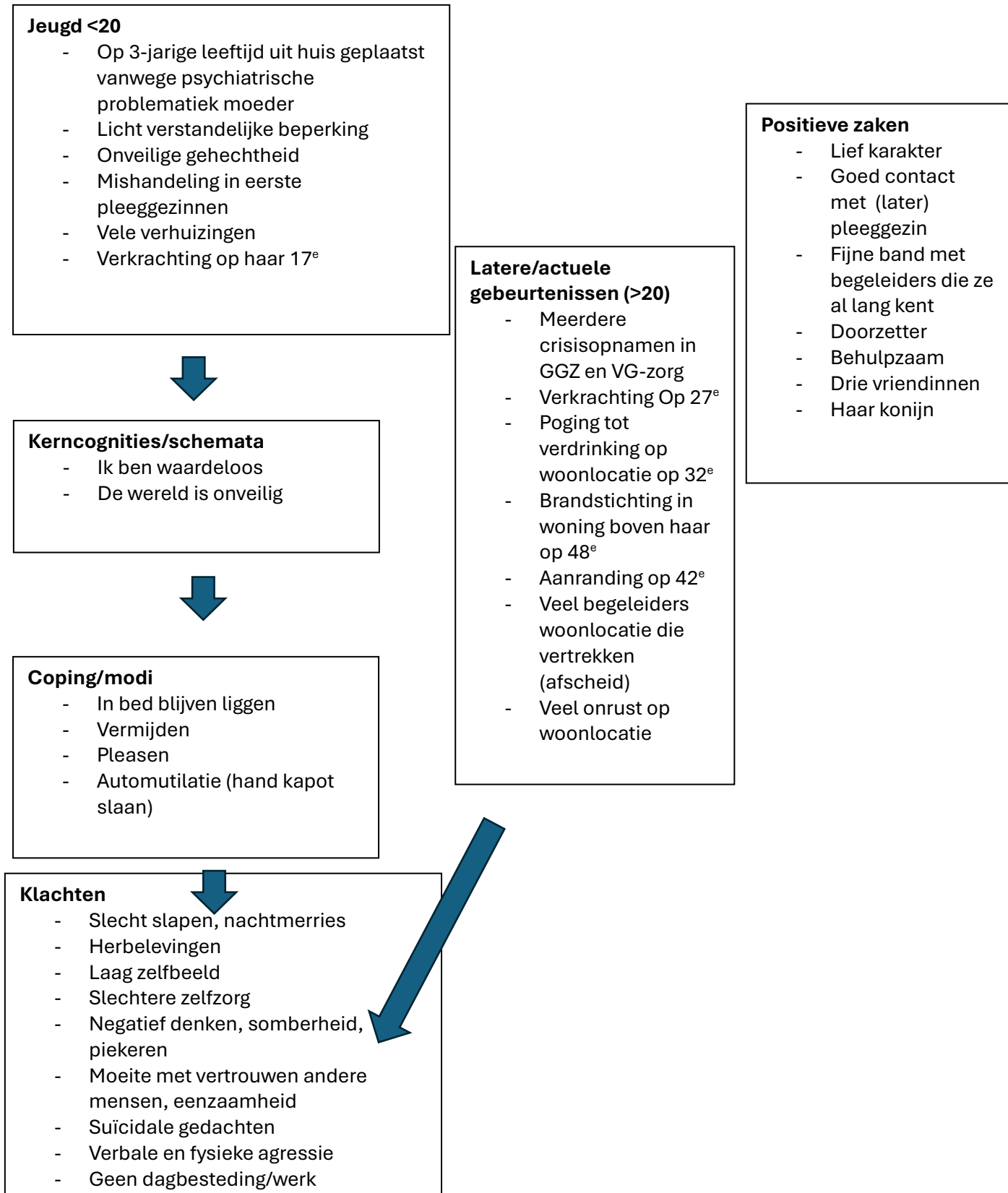
Literatuurlijst

- Akwa GGZ (2024). *Zorgstandaard psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen*. Geraadpleegd op 21 januari 2025, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen/>
- Bicanic, I., De Jongh, A., & Ten Broeke, E. (2015). Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe PTSS: Noodzaak of mythe? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 57(5), 332-339.
- De Jongh, A., & Ten Broeke, E. (2019). *Handboek EMDR, een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma (zevende editie)*. Amsterdam: Pearson.
- De Jongh, A., Ten Broeke, E., & Hornsveld, H. (2024) *EMDR protocol*. Beschikbaar op www.emdr.nl/protocollen.
- Jongedijk, R. (2021). *Levensverhalen en psychotrauma. Geheel herziene versie*. Amsterdam: Boom.
- Stöf sel, M. (2020), *Trauma en verwerkingstechnieken. Indicatiestelling bij traumabehandeling in de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Stöf sel, M. & Mooren, T. (2017) *Trauma en persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Stöf sel, M. & Mooren, T. (2019), De interventiecirkel: het ordenen van behandelinterventies bij persoonlijkheidsproblematiek. *GZ-psychologie*, nr 3, 25 – 29.
- Van Minnen, A., & Arntz, A. (2017). Protocollaire behandeling van patiënten met een post-traumatische stress stoornis: Imaginaire exposure en exposure in vivo. In G.P.S. Keijsers, A. van Minnen, M. Verbraak, C.A.L. Hoogduin & P. Emmelkamp (Red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (pag. 311-389). Amsterdam: Boom.
- Kind en Jeugd Traumascreeener (KJTS), Kooij & Lindauer 2019.
- Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren Licht verstandelijke beperking (DITS-LVB), L. Mevissen, R. Didden en A. de Jongh, 2018).

Bijlage

Casusconceptualisatie:

Volgens 'hybride model' (Martijn Stöfse)



Klachtenlijst

BSI	Som scores	Aantal scores	Ruwe Score	Ambulante zorg
Lichamelijke klachten	17	7	2,44	Hoog
Cognitieve problemen	14	6	2,33	Boven gemiddeld
Interpersoonlijke gevoeligheid	11	4	2,75	Hoog
Depressieve stemming	20	6	3,33	Hoog
Angst algemeen	16	6	2,67	Hoog
Hostiliteit	12	5	2,40	Hoog
Fobische angst	14	5	2,80	Hoog
Paranoïde gedachten	9	5	1,80	Boven gemiddeld
Psychoticisme	9	5	1,80	Hoog
Niet geschaalde scores	11	4	2,75	Hoog
Totaalscore	133	53	2,51	Hoog
Aantal aanwezige symptomen	-	48	-	Hoog
Ernst aanwezige symptomen	133	48	2,77	Hoog

Beschrijvende diagnose:

PTSS en daarnaast depressieve klachten bij een vrouw met een eerder vastgestelde licht verstandelijke beperking, hechtingsproblematiek en een negatief zelfbeeld naar aanleiding van opgroeien in affectieve verwaarlozende omstandigheden met o.a. seksueel misbruik in jeugd. Later meerdere schokkende gebeurtenissen meegemaakt waardoor zich klachten hebben ontwikkeld. Er kan gesproken worden van complexe PTSS (PTSS-klachten en daarnaast veranderingen op persoonlijkheidsniveau, een sombere kijk op het leven, spanningen in omgang met anderen en niet goed functioneren op diverse gebieden).

Interventiecirkel

