

Voorbeeld casusbeschrijving registratie psychotraumatheapeut

Clientgegevens (geanonimiseerd)

- Cliënt: X, bij aanvang 16 jaar oud, verblijft binnen een begeleid-wonen roep.
- Netwerk: X heeft met enkele groepsleiders een goede werrelatie. Hij heeft een vriendin (belast met eigen problematiek). Wisselend contact met beide ouders, soms maandenlang geen contact. Met zijn halfbrussen fréquenter contact. Primaire opvoeders zijn de groepsleiders van de begeleid wonengroep. Vanaf zijn 9^e jaar heeft hij dezelfde voogd van een gecertificeerde instelling. Hij heeft reeds langdurig verkering met een meisje dat hij kent vanuit zijn hulpverleningsverleden.
- Juridische status: bij aanvang volledige voogdij, uitgevoerd door een gecertificeerde instelling. Met 18 jaar is de voogdij afgesloten, X heeft dan een mentor en bewindvoerder.
- Onderwijs: bij aanvang parttime-onderwijs, REC4. Bij afsluiting geen dagbesteding, er wordt met gemeente gezocht naar passende dagbesteding.

Aanmeldingsklacht, reden van verwijzing, hulpvraag

X heeft eerder verbleven binnen een GGZ-jeugdkliniek, traumabehandeling door een andere organisatie is toen niet gelukt omdat hij dit niet wilde. Als hij verhuisd naar een andere regio om in de begeleid-wonen-groep te verblijven geeft hij aan alsnog open te staan voor traumabehandeling, waarop verwijzing tot stand komt. X geeft aan dat hij het meeste last heeft van herbelevingen en nachtmerries. X en groepsleiding melden dat hij daarnaast veel last heeft van angsten, waardoor hij meestal niet zonder begeleiding buitenhuis durft, alleen naar bekende plekken. Incidenteel is er sprake van dissociatie, met name als X geconfronteerd wordt met traumatrigger. Er is sprake van een negatief zelfbeeld: X vindt zichzelf niet de moeite waard maar kan dit ook overcompenseren door zelf veel regie en controle uit te gaan oefenen. X zijn eigen hulpvraag is dat hij minder last van herbelevingen en angsten heeft en dat hij beter gaat slapen. De hulpvraag van voogd sluit hierbij aan, hij wil dat X zijn verleden "beter een plekje kan geven" waardoor hij minder angstig wordt en verder tot ontwikkeling kan komen.

Anamnestic gegevens

X is het 2^e kind van zijn moeder, hij heeft drie halfbrussen. Beide ouders kennen een eigen belast verleden (oa seksueel misbruik). Moeder is al vroeg uit beeld geraakt en vader geeft als X enkele maanden oud is aan dat hij de zorg voor de kinderen niet aankan i.v.m. psychische klachten. Hierop volgt pleeggezinplaatsing samen met enkele halfbrussen. Als op zijn 9^e duidelijk wordt dat er daar sprake is van emotionele verwaarlozing, fysieke mishandeling en seksueel misbruik worden de kinderen per direct met politie hier weggehaald en ondergebracht in een crisisgroep. Sindsdien is de gecertificeerde instelling betrokken. Na verblijf in de crisisgroep gaat X zonder zijn halfbrussen naar een ander pleeggezin. Als zijn gedrag hier niet te hanteren is wordt hij geplaatst binnen een jeugdhulpverleningsgroep waar hij enkele jaren verblijft en een behandeltraject loopt. Tijdens het verblijf alhier krijgt hij te maken met fysieke begrenzing door groepsleiding en met seksueel grensoverschrijdend gedrag door een groepsgenoot. Als zijn ontwikkeling hier stagneert wordt gezocht naar een GGZbehandelplek voor X. Een elders opgestarte traumabehandeling is na enkele sessies gestopt. Als X vanuit de GGZkliniek meer stabiliteit laat zien en een overstap maakt naar begeleid wonen ontstaat er alsnog een vraag voor traumabehandeling bij hem.

Casusconceptualisatie (zie schema achteraan, anders onleesbare lettergrootte)

X is een 16jarige jongere met zwakbegaafde cognitieve vermogens waarbij er sprake is van traumatische gebeurtenissen vanaf jonge leeftijd gedurende zijn verdere kindertijd waardoor hij (sociale) angsten en PTSSklachten heeft ontwikkelt. In verband met de door hem ervaren wisselingen van opvoeders en ervaren onveiligheid in verschillende opvoedrelaties waarin verwaarlozing, emotioneel tekort, mishandeling en misbruik een rol speelden is er naast de PTSS een reactieve hechtingsstoornis ontstaan waardoor hij anderen wantrouwt (hetgeen de sociale angsten versterkt) en hij het gevoel heeft op zichzelf aanwezen te zijn. Dat hij binnen de GGZkliniek en binnen de huidige woonbegeleidingsgroep in staat is gebleken om betekenisvolle relaties aan te gaan met enkele groepsleiders wordt hierbij als goede correctieve ervaringen en daarmee als protectieve factor gezien.

Kijkende naar de PTSSklachten heeft X last van herbelevingen, nachtmerries, emotieregulatieproblemen en slaapproblemen. Hij vermijdt sociale situaties ivm angst voor overwachte confrontaties met traumatrigger waarop dan paniek ontstaat, hij durft niet zonder groepsleiding naar een winkel of een afspraak te gaan. De angsten worden daarmee als onderdeel van de traumatisatie gezien met de kanttekening dat deze goed 'groeit' op de basisonveiligheid die al bestaat vanuit de gehechtheidsproblematiek. In (DSM)classificerende termen¹ spreken we van een zwakbegaafde jongere met een reactieve hechtingsstoornis en (complexe) PTSS waardoor de persoonlijkheidsontwikkeling onder druk is komen te staan.

Gebruikte instrumenten en respons

- na de kennismakingsfase: SVL-K² als screening, alle scores > 80^e percentiel
- na psycho-educatie en stabilisatie: CAPS-CA³, X scoorde hierop een totaal van 18 symptomen en subjectieve lijdensdruk met beperkingen in het functioneren waarmee hij voldeed aan de criteria van een PTSS.
- Na afronding herafname SVL-K: duidelijke afname van de PTSS-scores (totaal 31, herbeleving 7, vermijding 13 en verhoogde prikkelbaarheid 11).

Observaties en indrukken

X is een jongeman die zwarte kleding draagt en houdt van metal-muziek. Tijdens de kennismaking, in aanwezigheid van groepsleiding en voogd, vertelt hij niets over zijn verleden, maar wel dat eerdere traumabehandeling niet lukte omdat hij geen klik voelde met de behandelaar. Hij gaf nu aan dat hij dacht dat het wel goed ging komen met de klik. Desondanks is zeker in de eerste periode zijn wantrouwen

duidelijk merkbaar. X komt een aantal keren niet of wil niets zeggen in de sessies. Tussen de sessies door is appcontact aangeboden. Door gewoon aanwezig en betrouwbaar te blijven en te blijven investeren op de werksrelatie (limited reparenting) lukt het uiteindelijk toch om deze op te bouwen. Er wordt hierbij aangesloten bij zijn niveau van functioneren (cognitief en emotioneel) en zijn beleevingswereld.

Behandelmethod, inclusief argumentatie voor gekozen methode(n)

- Bij aanvang van het traject zijn met X de opties EMDR⁴ of TF-CGT⁵ besproken. In overleg wordt gekozen voor EMDR, omdat het X aanspreekt dat hier minder taal bij nodig is (passend bij zijn cognitieve ontwikkelingsniveau) maar hij op deze manier wel alle indrukwekkende gebeurtenissen kan behandelen. Aangezien dit een eerste keuzebehandeling is bij PTSS en X vooral last heeft van herbelevingen en nachtmerries wordt dit ook als passend gezien. Doelstelling is dat door middel van EMDR de herbelevingen zullen verdwijnen waardoor hij minder angstig wordt en bijvoorbeeld ook alleen een boodschap durft te doen. Door vermindering van nachtmerries zullen waarschijnlijk ook de slaapproblemen verminderen.
- Bij aanvang van het traject is er op X zijn verzoek tijd genomen om elkaar te leren kennen, vanuit de gehechtheidsproblematiek werd dit als een reële vraag gezien waarbij wel afgesproken is om vanaf aanvang traumagericht aan de slag te gaan zodat langdurige vermijding voorkomen wordt. Er is toen (maar ook later in het traject) veel psycho-educatie gegeven over traumatisatie (oa. Window of Tolerance). Later in het traject, tijdens de traumaconfrontatie, is ook psycho-educatie gegeven over lichamelijke reacties bij misbruik, toestemming bij seksueel contact, etc.
- Omdat X bij aanvang van het traject niet de traumatische gebeurtenissen durft te benoemen wordt er in de eerste periode gewerkt vanuit de methode 'slapende honden, wakker maken'⁷ om zicht te krijgen op welk barrières hij ervoer en kon er een plan worden gemaakt hoe hiermee aan de slag te gaan.
- Gezien de diversiteit van de gebeurtenissen doorheen zijn levensloop wordt gekozen voor clustering en ordening van herinneringen bij complexe PTSS op basis van de intrusieroute⁶, omdat hij van zijn herbelevingen het meeste last lijkt te hebben en de angst voor herbelevingen ook zijn sociale angst vergroot. Hiermee worden waarschijnlijk ook zijn nachtmerries en slaapproblemen het snelst minder, waardoor er meer draagkracht is voor het leven van alle dag, zoals voor uitbreiding van onderwijstijd.
- Na succesvolle afsluiting van de traumaconfrontatie waardoor de klachten fors afgenomen waren, bleven er restklachten over, vooral verklaarbaar waren vanuit gehechtheidsproblematiek. Hieraan is verder gewerkt op basis van integratieve opdrachten (hernieuwde levenslijn) en psycho-educatie over gehechtheid, zodat X snapte waar deze klachten (wantrouwen, laag zelfbeeld) vandaan kwamen en hij niet het gevoel had dat traumabehandeling niet helemaal gelukt was.

Behandelverloop en (voorlopig) resultaat

Voorafgaande aan het opstarten van de EMDRbehandeling is er zoals gemeld tijd genomen om elkaar te leren kennen (zie behandelmethod) en is er psycho-educatie gegeven over traumatisatie (zie behandelmethod). Aan de hand van de methode "slapende honden wakker maken" bleek dat X vooral barrières ervoer rondom het thema emotieregulatie. Grootste zorg van X was dat hij fors emotioneel zou disreguleren en bijvoorbeeld terug zou vallen in automutilatie of dat zijn angsten zouden vergroten (niet meer samen met groepsleiding naar buiten durven). Er is daarom voor aanvang van de EMDRstart een signaleringsplan samen gemaakt, verbreed naar groepsleiding en de leerkrachten zodat zij hem zo nodig konden ondersteunen. Dit heeft enkele sessies in beslag genomen waarna X het aandurfde om te starten met de inventarisatie van de herinneringen. In deze fase is tevens de CAPS-ca afgenomen waarbij de scores op het LEC-gedeelte een ingang vormden om in gesprek te zijn over deze en andere meegemaakte gebeurtenissen. Er is gebruik gemaakt van de kluisoefening (een zelfgemaakte 'kluis' waarin X zijn herinneringen opborg). Daarmee zijn er daarna geen indicaties meer voor inzet van andere interventies ter voorbereiding van X of zijn omgeving om de kans van slagen te vergroten en kon gestart worden met de EMDRbehandeling. Samen met X zijn alle voor hem relevante geïnventariseerde herinneringen uit de kluis op losse briefjes geschreven. Vervolgens is samen met X gekeken welke clustering hierbij past, waarbij uiteindelijk de volgende clusters ontstaan: seksueel misbruik in pleeggezin, mishandeling en (emotionele) verwaarlozing in pleeggezin, seksueel grensoverschrijdend gedrag door groepsgenoot, fysiek ingrijpen door groepsleiding.

Op basis van de metafoor van een kaartenhuis per cluster (herinneringen met meeste herbelevingen onderaan) is een ordening gemaakt welke herinneringen eerst behandeld worden per cluster. X vindt de uiteindelijke start van de EMDR alsnog spannend, ondanks interventies als het signaleringsplan, brengen en halen door groepsleiding, etc. Er is gekeken van welk cluster hij de meeste herbelevingen heeft (seksueel misbruik in pleeggezin), maar hij durft het niet aan om hiermee meteen aan de slag te gaan, heeft angst voor disregulatie. Er is daarom voor gekozen om hem eerst te laten ervaren dat hij de EMDR echt aankan door te starten met een herinnering midden uit een ander het kaartenhuis, zodat hij daarmee eveneens kan ervaren hoe de herinneringen samenhangen en hoe het wegwerken van de ene herinnering uit een cluster een positief effect kan hebben op het gewicht van de andere herinneringen. We starten daarom met een herinnering uit het cluster emotioneel tekort. Deze succeservaring is helpend voor X waarna hij ook aan de slag kan met de naaste herinneringen uit de andere clusters.

De behandeling verloopt volgens plan, als er na twee maanden na aanvang van de EMDR zich een medische noodsituatie voordoet bij X. De traumaconfrontatie wordt hierdoor noodgedwongen gepauzeerd. Veel van X's energie gaat zitten in de revalidatie. Hij slaat zich hier kranig doorheen waarbij er wel sprake blijft van enkele restverschijnselen hetgeen hij als naar ervaart. Zodra er vanuit X zelf, het revalidatieteam, de groepsleiding van de begeleid-wonengroep en de behandelaar daartoe de ruimte gezien wordt is de traumaconfrontatie hervat (in overleg met de neuroloog zonder oogbewegingen als WGB, er wordt dan gekozen voor andersoortige WGB zoals oorkliks, tappen, Vstep, eenvoudige spelopdrachten afgestemd op

zijn ontwikkelingsniveau, etc.). Op deze manier wordt doorgewerkt totdat alle herinneringen verwerkt zijn en hier geen spanning meer op ervaren wordt, hetgeen bevestigd wordt door de PTSSscores op de laatste meting met de SVL-K. Daarnaast blijft X zich ook op zelfstandigheidsgebied ontwikkelen: waar hij eerder veel last had van stemmingswisselingen waarbij somberheid en periodiek ook automutilatie een rol speelden en er daarnaast ook sprake was van (sociale) angst waardoor hij maar een klein leefwereldje had lukte het hem om in de periode na de traumaconfrontatie met begeleiding stappen te zetten waardoor zijn angsten verminderen en hij ook zelfstandig naar buiten kan gaan en een aantal zaken zelfstandig kan regelen. Zijn stemming is gereguleerder, periodes van somberheid zijn er nog wel maar duren korter en gaan minder diep. Het behandelcontact is nog enige tijd voortgezet om een en ander op te volgen en tot integratie van de traumabehandeling in het leven van alle dag te komen. Daarnaast werd hierin ook meerwaarde gezien omdat X door de opgebouwde werkrelatie met de behandelaar correctieve ervaringen op kon doen m.b.t. zijn hechtingsstijl. In deze laatste fase is met X teruggekeken op de traumabehandeling, is een en ander opnieuw op een levenslijn geplaatst met ruimte voor het benadrukken van de cognitieve shifts en is er psycho-educatie gegeven over gehechtheid om hem meer inzicht te geven in de overblijvende patronen m.b.t. vertrouwen van mensen maar ook de correctieve ervaringen die hij hierin opgedaan heeft.

Reflectie

Behandeling is een lange weg geweest, enerzijds doordat X aanvankelijk erg voorzichtig was in het aangaan van een behandelrelatie en het aandurven van traumaconfrontatie. De behandelaar en X zijn tevreden hoe hiermee omgegaan is, door enerzijds ruimte te bieden maar anderzijds ook duidelijk de blik op het doel van traumabehandeling te houden. De ingezette interventies vanuit de slapende honden wakker maken-methode hebben hierbij goed geholpen.

Het is erg geweest dat het traject onderbroken moest worden i.v.m. de medische noodsituatie en het revalidatietraject, maar hier werden geen andere mogelijkheden in gezien. Er is voor gekozen dat de behandelaar in deze periode wel betrokken bleef bij X, door regelmatig in contact te blijven en samen met X en zijn begeleiders en het revalidatieteam af te wegen wanneer de EMDR kon worden hervat. Het behouden van de werkrelatie in deze fase is een bewuste keuze geweest op basis van de gehechtheidsproblematiek van X maar heeft zeker ook positief uitgewerkt doordat zodra daar ruimte voor ontstond de EMDR ook meteen hervat kon worden zonder nieuwe "aanloopfase".

Ten tijde van het behandeltraject is er binnen de instelling gestart met het aanbieden van intensieve trauma therapie (in 2 weken 6 traumabehandeldagen op basis van IE en EMDR met daarna sport) maar hier is bij X niet voor gekozen op basis van zijn draagkracht. Zou dit wel ingezet zijn dan zou dat het behandeltraject waarschijnlijk aanzienlijk ingekort hebben. Dit zou achteraf gezien een goede inzet kunnen zijn geweest, vooral in de eerste fase nadat X de eerste succeservaringen opgedaan had met EMDR zou dit een aanzienlijke versnelling hebben kunnen betekenen. In de periode na de revalidatie van de medische noodsituatie zou X dit qua draagkracht waarschijnlijk niet aangekund hebben.

Eindresultaat van het langdurige traject is echter ook zonder inzet van ITT dat de behandeling gewerkt heeft en X een duidelijke vermindering van traumaklachten heeft, waarbij er wel nog "rest" overblijft hetgeen ook verklaard kan worden vanuit de reactieve hechtingsstoornis van X. Zowel X als behandelaar zijn tevreden over het resultaat.

Achteraf gezien was kidNET[®] ook nog een passende behandelmethode geweest voor X (gezien zijn levensverhaal en de lange reeks van traumatische herinneringen), maar hierin was de behandelaar toen nog niet opgeleid waardoor dit niet als optie overwogen is.

Samenvatting

X is na eerdere niet geslaagde inzet opnieuw verwezen voor traumabehandeling op het moment dat hij een nieuwe levensfase in gaat. Hij had toen onder andere last van herbelevingen, angsten inclusief veel vermijding, slaapproblemen. Hij is dan wel gemotiveerd maar vindt het ook erg spannend om het traject aan te gaan. Het opstarten van de werkrelatie en het laten groeien van vertrouwen in de behandeling vergt tijd, die gebruikt wordt voor het geven van psycho-educatie en stabiliserende technieken waarbij ook de omgeving betrokken wordt. Tevens wordt er diagnostiek ingezet om zicht te krijgen op de ernst van de PTSSklachten. Op het moment dat zowel X zelf als behandelaar en de omgeving voldoende stabiliteit zien wordt traumaconfrontatie gestart aan de hand van EMDR. X doet hier goede ervaringen mee op en durft hiermee ook de voor hem moeilijkste gebeurtenissen aan te pakken waardoor zijn klachten verminderen. Tussentijds is het traject gepauzeerd i.v.m. een operatie en revalidatie maar omdat de werkrelatie in de tussentijd onderhouden bleef kon dit hierna goed herpakt worden. De inzet van EMDR heeft geleid tot een forse afname van zijn PTSSklachten, ook op de screeningslijsten. Maar hierna bleven er wel restklachten over zoals een beperkt vertrouwen in anderen en een laag zelfbeeld. Hieraan is in de integratiefase verdere aandacht besteedt waarna het traject succesvol kon worden afgesloten.

Literatuurlijst

1. APA. (2013). *Beknopt overzicht van de criteria DSM-5*. Boom uitgevers.
2. Alisic, E., Eland, J., Huijbregts, R., & Kleber, R. (2012). *Schokverwerkingslijst voor kinderen* (herziene handleiding 2012). Boom uitgevers, Amsterdam.
3. Van Meijel, E. (2019). *CAPS-CA DSM-5: klinisch interview voor PTSS bij kinderen en adolescenten*.

4. Beer, R., & De Roos, C. (2017). *Handboek EMDR kinderen & jongeren* (1ste editie). Lannoo Campus.
5. Cohen, J., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2021). *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten: Met de methode traumagerichte cognitieve gedragstherapie* (2de editie). BSL.
6. Ten Broeke, E., De Jongh, A., Oppenheim, H.-J., Hornsveld, H., & Van Pelt, Y. (2022). *Praktijkboek EMDRtherapie deel 1: Casusconceptualisatie en aanvullende behandelstrategieën* (4de editie). Pearsons Benelux.
7. Struik, A. (2021). *Slapende honden, wakker maken: Een behandelmethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen* (3de editie). Pearson Benelux.
8. Jongendijk, R. (2021). *Levensverhalen en psychotrauma: Narratieve Exposuretherapie in theorie en praktijk* (1ste editie). Boom.

