

kind en adolescent praktijk



VAKBLAD VOOR PEDAGOGIEK,
PSYCHIATRIE EN PSYCHOLOGIE
JAARGANG 17 • NR. 3 SEPTEMBER 2018

• ONLINE SAMENWERKEN MET
SAMEN 1 PLAN • ARIJ-NEEDS: RISICO OP
KINDERMISHANDELING VERLAGEN • WAT

ALS NAAR SCHOOL GAAN EEN LANGE
STRIJD IS GEWORDEN? • HET KINGS-MODEL
BIJ LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING

PRAKTIJKONDERZOEK

MARIKE SERRA



Foto: Aleid Dentier van der Con

In de instelling waar ik werk, doen we ook onderzoek. Dat onderzoek richt zich op verschillende thema's, maar altijd heeft dat onderzoek te maken met jeugdigen en psychische problemen. De laatste tijd valt in gesprekken steeds vaker de term *praktijkonderzoek*. "Praktijkonderzoek is belangrijk en daar moeten we ons meer op toeleggen," klinkt het dan. Ik vraag me regelmatig af wat daar precies mee wordt bedoeld. En wat onderscheidt praktijkonderzoek van ander onderzoek? Ik denk dat men met ander onderzoek *wetenschappelijk* onderzoek bedoelt, maar ik vind het een nogal onzinnig onderscheid. Alsof praktijkonderzoek niet wetenschappelijk hoeft te zijn.

Alle onderzoek in ons vakgebied – de jeugdhulp – moet uiteindelijk resulteren in betere praktijkvoering. De bedoeling van al onze inspanningen is toch dat kinderen en ouders beter geholpen kunnen worden? Bestaat er dan ook niet-praktijkgericht onderzoek? Nee, ik denk het niet. Wel is het zo dat niet bij al het onderzoek de resultaten voor de praktijk meteen zichtbaar zijn. Soms zijn vele jaren en opeenvolgende studies nodig, maar blijkt uiteindelijk dat die jaren van onderzoek grote impact hebben op de praktijk. Denk aan onderzoeken waarmee men probeerde de genetica van autisme te begrijpen. Dat heeft ertoe geleid dat we nu heel anders tegen die aandoening aankijken dan

vijftig jaar geleden en beter weten waar we onze interventies op moeten richten. Met positieve gevolgen voor kinderen en hun ouders!

Is praktijkonderzoek misschien minder wetenschappelijk? Dat zou het in elk geval niet moeten zijn! Ook onderzoekers die een praktische vraag onderzoeken, moeten zorgen dat hun onderzoeksmethode deugdelijk is, past bij de vragen die ze willen beantwoorden, voldoende zeggingskracht heeft en bovendien uitvoerbaar is. In dat laatste zit nog wel een uitdaging. Want wie onderzoek doet in de jeugdhulp, heeft te maken met tal van hobbels. Het vinden van goede controlegroepen of -condities bijvoorbeeld. Of het includeren van voldoende proefpersonen. Veelal blijkt dat je je als onderzoeker onterecht rijk rekent als het gaat om mensen die willen deelnemen. Loting in een behandel- of wachtlijstconditie bijvoorbeeld, zoals dat bij RCT's gaat, kan potentiële deelnemers afschrikken.

Daarom gaan mensen op zoek naar goede alternatieven: designs waarmee onderzoek naar complexe vraagstukken in de praktijk haalbaar wordt. Zo beschrijven Vera van der Werff en Liesbeth Mevissen in hun bijdragen een manier om een aantal van deze hobbels te omzeilen. Zij gebruiken geen controlegroepen. Dat zou in de behandelvormen die zij onderzoeken op werkzaamheid heel lastig zijn. Ze maken gebruik van

zogenaaamde gecontroleerde *case studies*. Met deze methodiek gebruik je de jeugdige of het gezin als zijn of haar eigen controle. Voor, tijdens en na de interventie meet je systematisch wat er verandert. Naarmate je meer van deze case studies doet die wijzen op dezelfde verandering, wordt je bewijs voor werkzaamheid van de interventie sterker. Niet dat deze werkwijze sneller is of goedkoper, maar in elk geval wel haalbaarder.

Laten we dus ophouden met onderscheid maken; praktijkonderzoek moet wetenschappelijk verantwoord worden uitgevoerd, en wetenschappelijk onderzoek doen we om de praktijk beter te maken. Onderzoek gebeurt op universiteiten, in academische centra, op hogescholen en in praktijkinstellingen. Soms komen de vragen direct uit de praktijk, van professionals of cliënten. Soms komen ze van onderzoekers die voortbouwen op het werk van collega's. Maar wie het ook uitvoert en welke vraag het ook betreft, dat onderzoek moet deugdelijk in elkaar zitten. Anders kun je er geen conclusies aan verbinden waar de wereld mee verder kan.

Marike Serra, hoofdredacteur van *Kind en Adolescent Praktijk*, werkt als adviseur bij *Accare Kinder- en Jeugdpsychiatrie*.

HET KINGS-MODEL BIJ LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING

BEHANDELING VAN COMPLEXE GEZINSTRAUMA'S IN KLINISCHE SETTING

Voor gezinnen waar uithuisplaatsing van kinderen dreigt, is het KINGS-model ontwikkeld. Ouders en kinderen doorlopen een intensieve klinische traumabehandeling, ingebed in een trauma-sensitief opvoedondersteuningsprogramma. Voor gezinnen waar een (of meer) van de gezinsleden een licht verstandelijke beperking heeft, is er de KINGS-LVB variant.

LIESBETH MEVISSSEN, MARJOLEIN EVERS, FEMY WANDERS EN ROBERT DIDDEN

Stella is 28 jaar en heeft drie mislukte relaties achter de rug. Uit elke relatie is een kind geboren. Tot haar grote verdriet heeft ze geen contact meer met haar oudste zoon. Ze heeft een kleine flat waar ze woont met de twee jongste kinderen van vijf en twee jaar oud. Het contact met haar ouders is verbroken. Noodgedwongen komt haar ex-man regelmatig langs, omdat ze het alleen niet aankan met de meisjes. Ze heeft geen netwerk waar ze op terug kan vallen. Stella gaat vaak naar de huisarts. Niet alleen vanwege haar eigen kwalen, maar ook

TRAUMABEHANDELING KOMT VAAK NIET GOED VAN DE GROND

voor die van de beide kinderen. Ze is overbezorgd en vreest al snel het ergste. Ze heeft bewindvoering en zit financieel krap. Bij haar jongste dochter is een ontwikkelingsachterstand vastgesteld, de oudste heeft een licht verstandelijke beperking (LVB, box 1) en autisme. Beiden hebben gedragsproblemen. Stella heeft zelf ook leerproblemen en volgde speciaal onderwijs. Voor

Stella en haar kinderen is er al jaren professionele hulp vanuit een instelling met expertise op het gebied van LVB. Van Stella zijn geen IQ-gegevens beschikbaar. Op basis van haar schoolverleden en de ervaringen van haar hulpverleners wordt ervan uitgegaan dat ook Stella het beste profiteert van op LVB afgestemde hulp. Naast intensieve opvoedhulp heeft Stella sinds een jaar individuele therapie gericht op het verwerken van traumatische ervaringen middels *Eye movement desensitisation and reprocessing* (EMDR) (box 2). De traumabehandeling komt echter niet goed op gang. Het valt haar te zwaar in combinatie met het opvoeden van de kinderen en het huishouden. Stella raakt steeds meer uitgeput. Ze staat op het punt om zichzelf en de kinderen iets aan te doen.

Steeds vaker wordt binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) de traumatisering bij kinderen en ouders wél herkend, maar komt een effectieve traumabehandeling voor alle gezinsleden niet van de grond. Ouders en kinderen kunnen bang zijn dat hun klachten zullen verergeren als ze moeten praten over hun trauma's. Gevoelens van schaamte en schuld over wat er is gebeurd, kunnen de drempel verhogen om hulp te zoeken. Slechte ervaringen met hulpverleners kunnen in de weg zitten, alsmede een diep geworteld wantrouwen tegenover de buitenwereld. Ook vanwege praktische problemen kan de noodzakelijke hulp



De foto's bij dit artikel zijn illustratief. De afgebeelde personen zijn niet dezelfde als die in het artikel.

Box 1: Licht verstandelijke beperking

Men spreekt van een licht verstandelijke beperking wanneer er beperkingen zijn in zowel het verstandelijk als adaptief functioneren zoals dat tot uitdrukking komt op praktisch, conceptueel en sociaal gebied. De symptomen komen tot uiting tijdens de ontwikkelingsperiode. Ofschoon in de DSM-5 de nadruk op IQ-scores is teruggebracht, worden deze in de praktijk nog steeds gebruikt om tot een classificatie te komen. Zo spreekt men van een LVB als het totale IQ ligt tussen 50 en 70. In de Nederlandse praktijk kunnen ook mensen die op zwakbegaafd niveau functioneren, gerekend worden tot de doelgroep LVB, mits er problemen zijn ten aanzien van het adaptief en psychosociaal functioneren.

Mensen met een LVB hebben een verhoogd risico op traumatisering of zelfs een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (zie Mevissen e.a. 2016a). Er is geen aanleiding om te veronderstellen dat traumatisering en PTSS zich bij hen anders zouden manifesteren dan bij mensen zonder een verstandelijke beperking (zie Mevissen e.a., 2016b). Mevissen e.a. (2016b) hebben de ADIS-C-LVB-sectie PTSS ontwikkeld, een semigestructureerd interview aan de hand waarvan een PTSS kan worden geclassificeerd bij mensen met een LVB. Er is een versie voor kinderen en jeugdigen (6-18 jaar), een versie voor volwassenen (18+) en een versie voor ouders. Recentelijk is het interview geschikt gemaakt voor gebruik in de klinische praktijk en is de naam van het instrument veranderd in 'Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren – Licht Verstandelijke Beperking' (DITS-LVB) om beter aan te sluiten bij de DSM-5.

uitblijven: denk aan geen geld om te reizen, moeite met plannen en organiseren en afspraken vergeten. Een extra struikelblok vormt de scheiding tussen de GGZ voor volwassenen en die voor kinderen, wat een op elkaar afgestemde behandeling van alle gezinsleden vaak onmogelijk maakt. Ambulante behandeling van complex trauma neemt bovendien relatief veel tijd in beslag, duurt lang en het risico op drop-out is navenant groot. De behandeling is, zeker in het begin, emotioneel belastend, terwijl patiënten vaak weinig steun ondervinden van hun gezinsleden (partner, ouders) omdat die teveel door hun eigen problemen in beslag genomen worden.

Voor gezinnen waar dit soort problemen speelt, heeft Accare (centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie) het KINGS-model ontwikkeld (Wanders & Ploeg, 2017). Zowel ouders als kinderen krijgen een intensieve klini-

sche traumabehandeling die is ingebed in een traumasensitief opvoedondersteuningsprogramma. Voor gezinnen als dat van Stella, waar bij een of meerdere gezinsleden naast de traumagerelateerde problemen sprake is van een LVB, al dan niet in combinatie met autisme, is een pilot KINGS-LVB gestart. Het betreft een samenwerkingsproject tussen Accare en Ambiq, een orthopedagogisch centrum dat behandeling en begeleiding biedt aan kinderen en (jong)volwassenen met een LVB en bijkomende problematiek. Binnen KINGS-LVB vormen traumabehandelaars en gezinsbehandelaars vanuit beide instellingen één team. We beschrijven eerst het KINGS-model in grote lijnen en illustreren vervolgens onze ervaringen met de KINGS-LVB-variant aan de hand van de behandeling van Stella en haar kinderen. Of deze interventie leidt tot de gewenste uitkomsten wordt onderzocht door middel van zogenaamde N=1-studies (zie box 2)

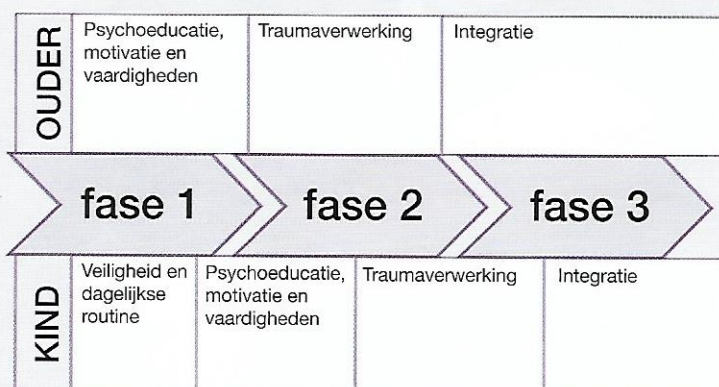
HET KINGS-MODEL

KINGS staat voor Kind IN Gezond Systeem. KINGS is ontwikkeld binnen de 'klinische zorg' van Accare. Het is een gefaseerd behandelmodel gericht op kinderen met ernstige gedragsproblemen en hun ouders. De problematiek in deze gezinnen gaat van generatie op generatie over. Er is sprake van emotionele verwaarlozing en fysieke mishandeling van de kinderen. Vaak zijn er financiële problemen en de volwassenen in deze gezinnen hebben hun eigen psychische problemen en zijn vaak werkloos. Deze gezinnen zijn slecht geïntegreerd in de maatschappij.

De kinderen en hun ouders zijn voorafgaande aan de opname getroffen door ingrijpende interpersoonlijke gebeurtenissen, zoals huiselijk geweld, verwaarlozing, seksueel misbruik en geweld door leeftijdgenoten (fysiek en/of emotioneel). Doorgaans is bij de kinderen sprake (geweest) van meerdere vormen van interpersoonlijk trauma (Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010) en zijn zij in hun algehele ontwikkeling potentieel bedreigd. We zien dat de ouders dezelfde emotieregulatieproblemen hebben als hun kinderen en zich mede hierdoor ook niet optimaal hebben kunnen ontwikkelen. Sensitief en responsief ouderschap is in de gezinnen die voor KINGS in aanmerking komen te weinig aanwezig. KINGS biedt daarom het kind en de ouder(s), zowel gezamenlijk als individueel, behandeling in een klinische setting. Vervolgens wordt de behandeling ambulante vaak nog doorgezet. Door deze behandeling verminderen de psychische problemen van de ouder en kan de ouder steeds beter emotioneel beschikbaar zijn voor het kind en het gedrag van het kind gemakkelijker op een niet-aversieve wijze reguleren.

Het behandelmodel bestaat uit drie fasen (figuur 1). In de eerste fase zijn de ouders en hun kind(eren) opgenomen in de kliniek. Elk gezin heeft zijn eigen woonunit (eengezinswoning) en er is zeven dagen per week van de vroege ochtend tot de late avond een gezinsbehandelaar aanwezig. 's Nachts is er in geval van nood hulp beschikbaar. Het doel voor het kind is dat het fysiek veilig is en er weer regelmaat komt in de dag door op tijd te eten, te drinken en te slapen. De

Figuur 1. De behandelfasen.



ouders zijn steunend aanwezig en op de momenten dat dat (nog) niet lukt, wordt de ouderlijke taak overgenomen door een gezinsbehandelaar.

In de eerste fase leert de ouder weer kijken naar het gedrag van het kind en geeft de gezinsbehandelaar veel uitleg over hoe traumatische ervaringen uit het verleden het huidige gedrag kunnen bepalen. Video-opnamen van de interactie tussen ouder en kind worden hierbij als hulpmiddel gebruikt. De eerste opdracht voor de ouder is meer aandacht voor gewenst gedrag van het kind en hierop reageren. Dit wordt ondersteund door de gezinsbehandelaar. Die speurt vervolgens naar gewenst gedrag bij de ouder, waardoor de ouder weer een beginnend vertrouwen in eigen vaardigheden kan krijgen.

In de tweede fase begint de ouder met de individuele therapie. Die begint vaak als het gezin ongeveer een week is opgenomen en varieert van twee tot vijf uur therapie op een dag. De therapie is gericht op het behandelen van de traumatische ervaringen die het huidige schadelijke opvoedgedrag van de ouder aansturen. Het kind krijgt individuele therapie gericht op het verwerken van traumatische ervaringen. Afhankelijk van de problematiek en de leeftijd van het kind wordt begonnen met een emotieregulatietherapie (cognitief gedragstherapeutisch programma), gevolgd door een EMDR-behandeling (box 3). Omdat het niet haalbaar is om alle geplande (geprotocolleerde) therapie sessies door één therapeut te laten uitvoeren, krijgen zowel kind als ouder van meerdere therapeuten traumabehandeling. Dit wordt al een aantal jaren zo gedaan en onze ervaring is dat dit een meerwaarde heeft. Ouder en kind leren dat meerdere mensen niet oordelend reageren op hun disfunctionele gedachten, emoties en gedragingen en zo doen ze corrigerende ervaringen op. Het lijkt erop dat op deze manier schaamte sneller te overwinnen is.

De derde en laatste fase is de integratiefase. De in de kliniek geleerde vaardigheden moeten dan overgedragen worden naar de thuissituatie. Vaak krijgen de gezinnen een vorm van hometraining met videofeedback.

DE LVB-VARIANT VOOR STELLA

Aan de hand van de casus van Stella wordt de werkwijze nu nader toegelicht. Stella wil voorkomen dat ook haar twee jongste kinderen uit huis worden geplaatst. Als haar therapeut de mogelijkheden van KINGS-LVB met haar bespreekt, hoeft ze niet lang na te denken. Haar traumatherapeut regelt de verwijzing. Tijdens stap 1, voorafgaand aan de behandeling, is er drie keer contact in een periode van zo'n acht weken. In een oriënterend gesprek op de behandellocatie van Accare in Smilde vertelt Stella over de uitzichtloze situatie waarin ze zich met haar kinderen bevindt en krijgt ze informatie over de behandeling. Ze ziet de woonunit waar ze zes weken met haar kinderen zal verblijven. Van KINGS-LVB zijn een traumatherapeut en een gezinsbehandelaar aanwezig. Stella heeft Liza meegenomen, de therapeut van Ambiq. Ook John is meegekomen. Van hem krijgt ze al jaren opvoedondersteuning thuis.

Na het oriënterend gesprek, gaat Stella opnieuw naar

Box 2: **Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR)**

EMDR-therapie is een door de Wereldgezondheidsorganisatie aanbevolen therapie voor de behandeling van PTSS (WHO, 2013). Het is een geprotocolleerde vorm van psychotherapie die uitgaat van de hypothese dat disfunctioneel opgeslagen herinneringen leiden tot psychopathologie. De herinneringen die de klachten aansturen, worden opgespoord, geactiveerd en onschadelijk gemaakt. Na een goed verlopen verwerkingsproces zal het disfunctionele gedrag dat volgde als de oorspronkelijke herinnering getriggerd werd, in de toekomst achterwege blijven (Shapiro, 2018). Een recente studie laat zien dat EMDR ook voor PTSS bij personen met een LVB een geschikte en doeltreffende behandeloptie kan zijn (Mevisen e.a., 2017). Er wordt gebruikgemaakt van het kinder- en jeugdprotocol waarbij de (geschatte) ontwikkelingsleeftijd leidend is voor de instructies van de therapeut.

Smilde. De kinderen gaan mee, zodat de plek straks niet helemaal nieuw voor hen is. Samen met Stella worden concrete doelen voor de behandeling geformuleerd, waarbij ze aangeeft wat ze graag veranderd ziet na de behandeling. Voor elk doel geeft ze met een cijfer tussen 1 en 10 aan hoe ver ze al op weg is met het doel. Liza en John zijn er ook weer bij en helpen Stella indien nodig. De doelen geven richting aan de behandeling die het team van gezinsbehandelaren aan haar en de kinderen gaan bieden. In figuur 2 staan de doelen die Stella voor zichzelf en de kinderen heeft gesteld.

Daarna neemt de traumatherapeut bij Stella individueel de DITS-LVB af (box 1). Eerst krijgt ze vragen over de ingrijpende gebeurtenissen die ze heeft meegemaakt en vertelt ze hoe oud ze toen was, waarna de gebeurtenis op een tijdlijn wordt gezet. Zo krijgt ze een overzicht van alles wat ze heeft meegemaakt. In

DE PROBLEMATIEK GAAT VAN GENERATIE OP GENERATIE OVER

het deel met vragen over klachten als gevolg van deze gebeurtenissen kan ze telkens aangeven of dat voor haar van toepassing is. Met behulp van een thermometer geeft Stella met een cijfer tussen 0 en 8, de interferentiescore, aan hoe erg haar dagelijks leven door de ingrijpende gebeurtenissen belemmerd wordt. Gezien hun geschatte ontwikkelingsleeftijd (< 6 jaar) kan de DITS-LVB bij de kinderen niet worden afgenomen. Met behulp van de ouderversie van de DITS-LVB geeft Stella voor elk van haar kinderen aan wat zij hebben meegemaakt, welke klachten zij daar volgens Stella door hebben gekregen en hoeveel last zij daarvan hebben in hun dagelijks leven.

De DITS-LVB van Stella laat zien dat er sprake is van vroegkinderlijk chronisch trauma. In haar jonge jaren werd ze emotioneel verwaarloosd, seksueel misbruikt door vader en stiefvader, en was ze getuige van geweld

Box 3: N=1-onderzoek

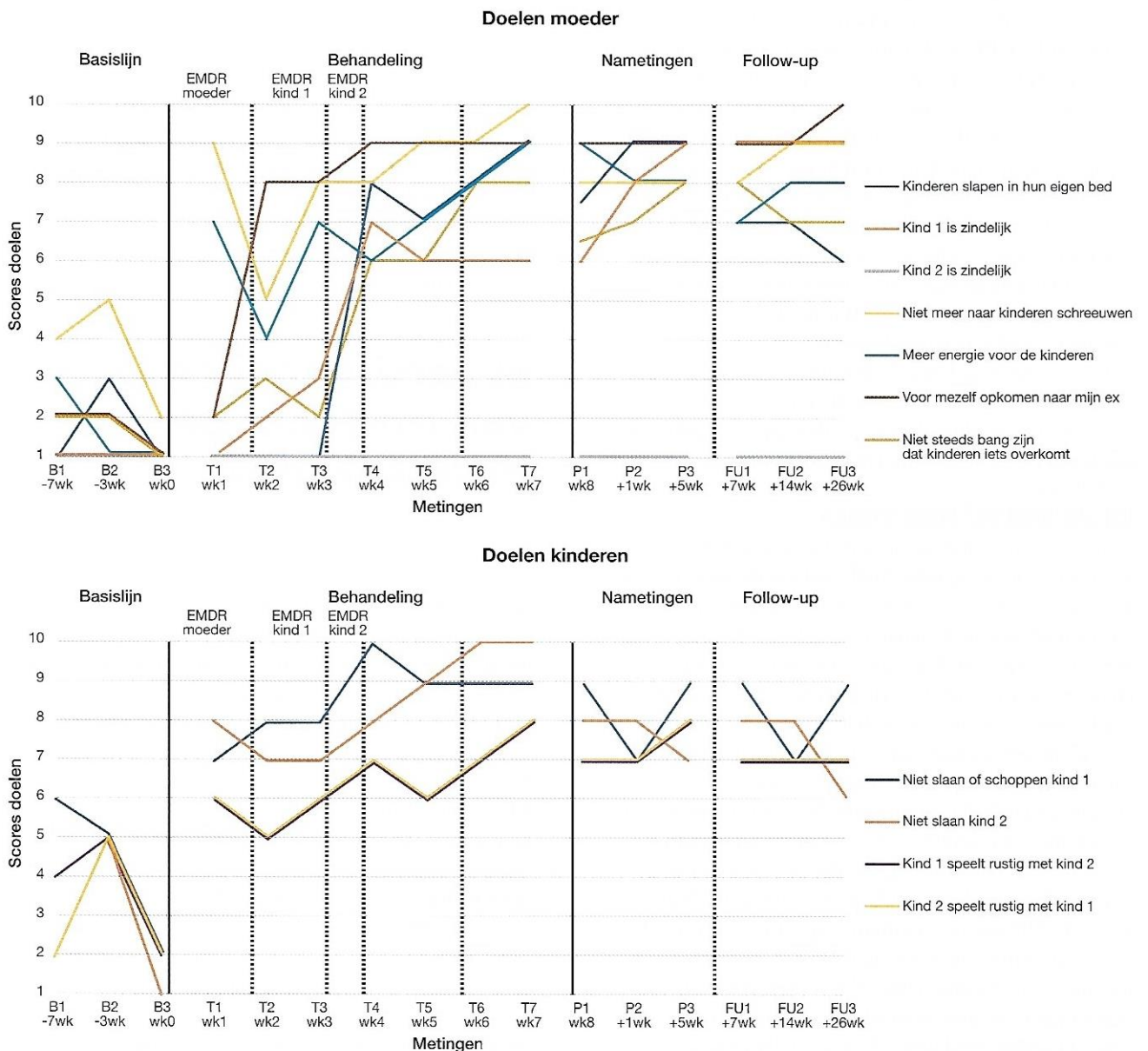
In de klinische praktijk wordt in toenemende mate waarde gehecht aan N=1-onderzoek oftewel gecontroleerde case studies. Bij een N=1-studie wordt de toestand van een onderzoeksobject, in deze studie een gezinslid, beschreven vóór, tijdens en na de interventie waarbij meerdere metingen plaatsvinden. Naarmate het onderzoek bij meerdere cases wordt herhaald en steeds weer dezelfde resultaten gevonden worden, ontstaat er evidentie dat de resultaten het gevolg zijn van de interventie en niet van andere factoren zoals natuurlijk herstel (Kazdin, 2011).

tussen haar ouders. Daarna volgden mishandelingen door verschillende partners en de uithuisplaatsing van haar zoon. Stella heeft als gevolg van de gebeurtenissen last van nachtmerries en lichamelijke herbelevingen, ze vermijdt gesprekken, personen en situaties, denkt negatief over zichzelf en anderen, heeft een negatieve stemming, is snel boos, slaapt slecht in en is altijd alert. Ze heeft ook dissociatieve symptomen. Stella geeft een interferentiescore van 7, waarmee ze

aangeeft dat de gebeurtenissen haar dagelijks leven ernstig verstoren. Stella voldoet ruimschoots aan de criteria van een PTSS (DSM-5).

In de ouderversies voor de kinderen komen op de tijdlijnen de ruzies te staan tussen haar en haar laatste ex-partner, het niet meer zien van hun broer en het getuige zijn van een poging tot wurging van haar ex-partner door een familielid. Stella herkent bij beide kinderen enkele traumasymptomen. Bij de oudste zijn dat nachtmerries over de gebeurtenissen, zichzelf of anderen wel eens pijn doen of spullen kapot maken, niet goed haar gedachten bij iets kunnen houden, erg schrikken als er iets onverwachts gebeurt, verminderd eten en er slecht tegen kunnen als dingen anders gaan dan zij had verwacht. De jongste kan als gevolg van de gebeurtenissen niet goed slapen, wordt snel boos, doet zichzelf of anderen wel eens pijn of maakt spullen kapot, heeft erge driftbuien en is roekeloos. Bij de oudste twijfelt Stella vaker als een symptoom wordt genoemd, bij het jongste kind geeft ze regelmatig aan het antwoord op deze vraag niet te weten. Ze geeft

Figuur 2. De doelen die Stella voor zichzelf en de kinderen heeft gesteld.





voor beiden een interferentiescore van 2. Vanuit het gezichtspunt van Stella voldoet geen van de kinderen aan de criteria van een PTSS.

Ten slotte krijgt Stella voorafgaand aan de opname thuis bezoek van een traumatherapeut en een gezinsbehandelaar. De gezinsbehandelaar vormt zich een beeld van de woonsituatie, zodat hier tijdens de opname rekening mee gehouden kan worden bij de opvoedondersteuning. De traumatherapeut doet voor de tweede keer de metingen bij Stella.

STAP 2: OPNAME VAN ZES WEKEN

Stella komt op zondag met haar dochters in de woonunit aan. Kleding en persoonlijke spullen heeft ze meegenomen. Alle overige voorzieningen zijn aanwezig. Ze zal zelf zorgen voor het eten. De dienstdoende gezinsbehandelaar biedt hulp bij het ordenen van de spullen, het gereed maken van de slaapplekken en het verkennen van de omgeving.

Op maandag doet de traumatherapeut voor de derde keer de metingen bij Stella. Stella is goed gemotiveerd voor de behandeling. Door de vragen uit de DITS-LVB heeft ze ook al zicht op de klachten die zij en haar kinderen als gevolg van de traumatische gebeurtenissen ontwikkeld hebben en waarvan ze weet dat die met EMDR behandeld gaan worden. Stella begint diezelfde dag nog met de EMDR-therapie; een vaardigheidstraining daarvoor heeft ze niet nodig. De behandelaren zullen de ouderrol en taken in de woonunit waar

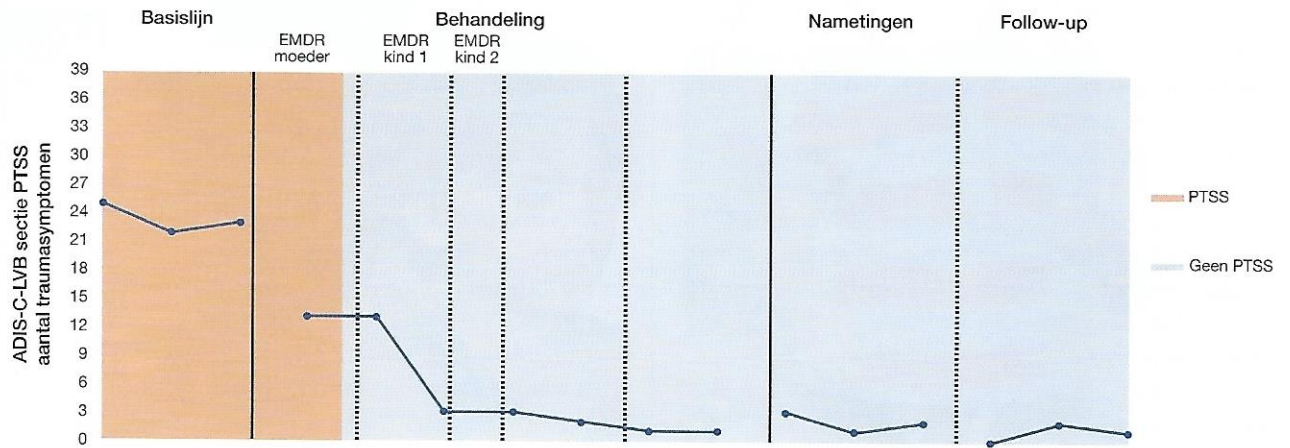
nodig overnemen. Stella kan zich dan volledig op haar traumabehandeling concentreren. Mocht zij een nawerking ervaren van de EMDR-therapie, dan zal de gezinsbehandelaar haar geruststellen en helpen om een geschikte afleiding te vinden. De verwachting is dat Stella beter kan profiteren van de training opvoedvaardigheden als de traumagerelateerde klachten, waaronder de emotieregulatieproblemen, zijn afgenomen.

Er zijn in de eerste twee weken vier dagen per week twee EMDR-sessies van 1 à 1,5 uur ingepland, verdeeld over twee EMDR-therapeuten. In de eerste

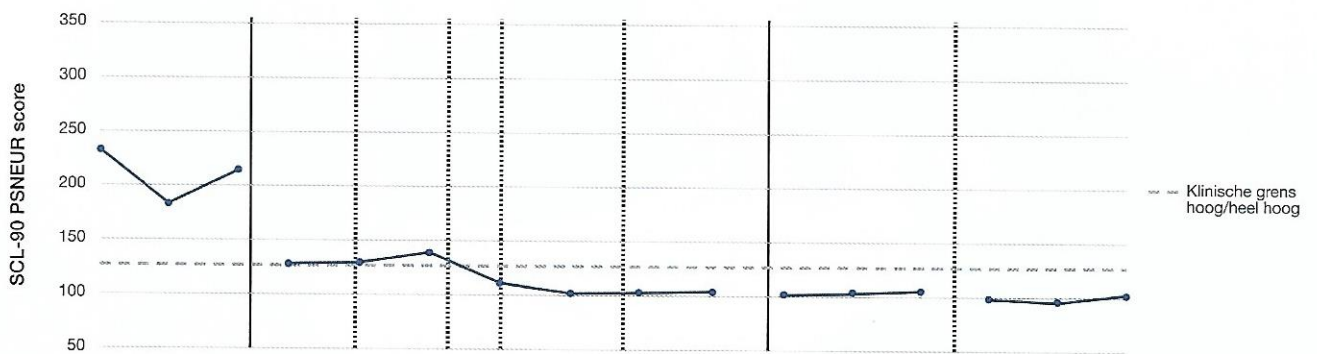
AL NA EEN WEEK IS ER EEN STERKE VERMINDERING VAN KLACHTEN

sessie wordt aan de hand van de tijdlijn van de DITS-LVB, samen met Stella, een EMDR-conceptualisatie op papier gemaakt (zie Mevissen e.a., in druk). Stella kan zien welke herinneringen met EMDR behandeld gaan worden en in welke volgorde. Herinneringen die behandeld zijn, streept ze af. Het overzicht rouleert tussen de therapeuten, waardoor iedereen zicht houdt op het verloop van de behandeling. Door de communicatie aan te passen en gebruik te maken van het

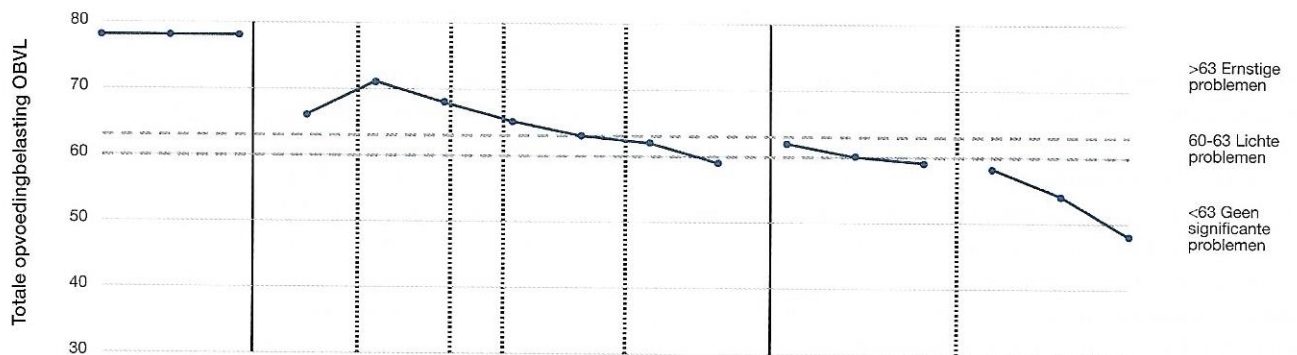
Figuur 3. De traumasymptomen van moeder.



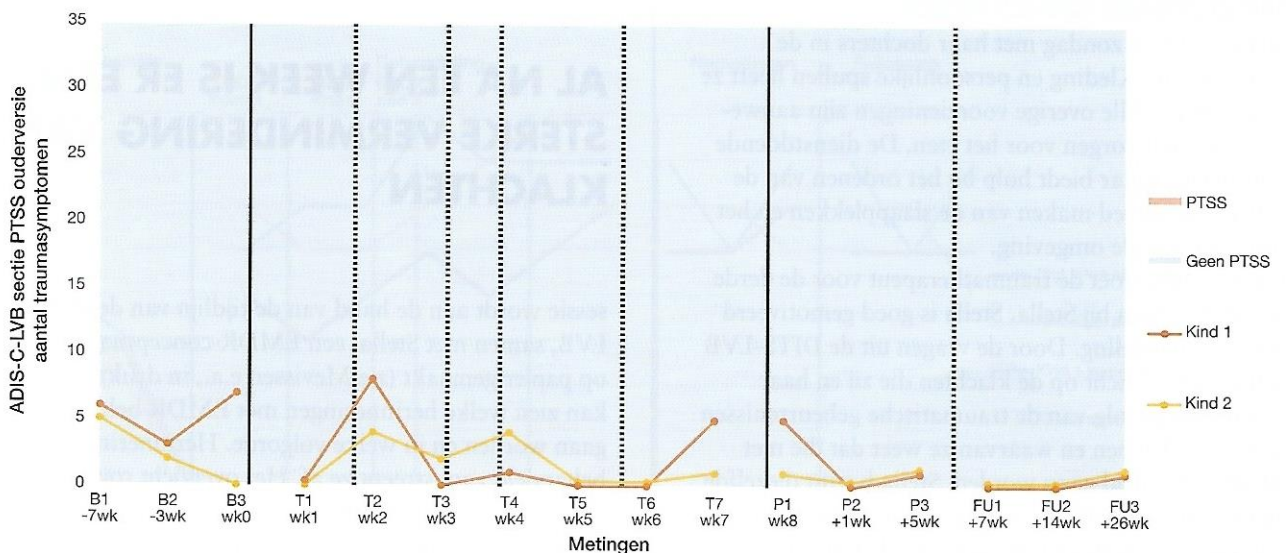
Figuur 4. Psychopathologie van moeder.



Figuur 5. Opvoedingsbelasting van moeder.



Figuur 6. Traumasymptomen van de kinderen.



EMDR-protocol voor kind en jeugd sluiten de EMDR-therapeuten aan bij Stella's begripsniveau.

De EMDR-therapie verloopt voorspoedig. Vooral in het begin zegt Stella soms met de sessie te willen stoppen, omdat de emoties moeilijk te verdragen zijn. Meestal lukt het uiteindelijk toch om door te gaan. Slechts een keer lukt dat niet. Dan weet de gezinsbehandelaar haar zover te krijgen om even later de volgende sessie gewoon weer aan te gaan. Na zestien sessies EMDR zijn binnen 1,5 week alle herinneringen op haar tijdlijn verwerkt en kan de EMDR-therapie van de kinderen beginnen. Omdat Stella nu rustig aan de akelige gebeurtenissen terug kan denken, kan zij steunend aanwezig zijn bij het verwerkingsproces van haar kinderen. Na respectievelijk zeven en zes sessies kan ook de behandeling van de twee kinderen worden afgerond. In de laatste 2,5 week van de opname kan Stella zich met hulp van de gezinsbehandelaren volledig richten op het (verder) verbeteren van haar opvoedvaardigheden. Ze leert, onder andere door middel van videofeedback, hoe ze om kan gaan met het uitdagend gedrag van haar jongste dochter, dat normaal is voor een peuter, maar voor Stella moeilijk te hanteren. De oudste is na de traumabehandeling een stuk rustiger en Stella kan haar daardoor beter aansturen. Ze krijgt tips hoe ze het contact met de kinderen positief kan houden. Dat pakt ze goed op nu ze zich na de traumabehandeling zowel psychisch als lichamelijk stukken beter voelt. Ook werkt ze met behulp van een beloningssysteem aan de zindelijkheid van de oudste dochter. Ze was geneigd om uit gemak voor zichzelf soms toch een pamper te gebruiken. Van de gezinsbehandelaren leert ze hoe ze nieuw, wenselijk gedrag kan aanleren. De kinderen sliepen al lange tijd bij Stella in bed. Door middel van gedragstraining en de afspraak dat ze afzonderlijk van elkaar een nacht per week bij hun moeder mochten slapen, lukt het Stella om dit doel te behalen. Bij het werken aan de doelen is zoveel mogelijk rekening gehouden met de omstandigheden thuis om de transfer zo soepel mogelijk te laten verlopen. Zo slapen de kinderen in de woonunit bij elkaar op de kamer, omdat dit thuis na de opname ook het geval zal zijn.

STAP 3: OPVOEDONDERSTEUNING THUIS

In de twee weken na de klinische opname komt er vier uur per dag tijdens de moeilijkste periode (na schooltijd tot en met naar bed gaan van de kinderen) een gezinsbehandelaar bij Stella thuis. Stella kan nu vasthouden wat ze tijdens de opname heeft geleerd en de kinderen ervaren dat het thuis net zo gaat als in de woonunit. John is tijdens de opname verschillende keren op bezoek geweest en heeft deelgenomen aan de tussentijdse evaluaties. Nu komt John weer regelmatig thuis. Dan spreekt hij de gezinsbehandelaar, zodat hij na deze twee weken in een lagere frequentie de ondersteuning van de gezinsbehandelaren kan overnemen.

Na twee weken opvoedondersteuning thuis hebben de gezinsbehandelaren geen bemoeienis meer met Stella en de kinderen. In het daarop volgende half jaar krijgt Stella nog zes keer bezoek van een traumathera-

peut om onder andere het verloop van de klachten na de behandeling te meten.

Wat heeft de behandeling Stella opgeleverd? In figuur 3 is te zien dat er bij Stella al na de eerste week een afname van traumaklachten is opgetreden. Na anderhalve week voldoet ze niet meer aan de criteria van een PTSS en na drie weken zijn de traumaklachten tot een minimum gedaald. Na vier weken geeft ze een voldoende op alle vooraf gestelde doelen (zie figuur 2) en is er volgens de scores op de SCL-90 bij Stella geen sprake meer van psychopathologie (figuur 4). Bij de follow-up blijken de resultaten gehandhaafd. Stella ervaart geen noemenswaardige problemen meer met het opvoeden van haar kinderen (OBVL, figuur 5).

NA EEN MAAND IS ER GEEN SPRAKE MEER VAN PSYCHOPATHOLOGIE

Stella vond het lange tijd moeilijk om te beoordelen of problematisch gedrag van de kinderen al dan niet zou kunnen samenhangen met wat ze hebben meegeemaakt. Dat is terug te zien in het grillige verloop van de scores in figuur 6. Uiteindelijk is ze ervan overtuigd dat haar dochters, net als zijzelf, geen last meer hebben van wat zij hebben meegemaakt. Vanwege de cognitieve beperkingen van Stella en de kwetsbaarheid van haar kinderen blijft de ambulante begeleider beschikbaar. Er is geen indicatie meer voor de voortzetting van individuele psychotherapie. Stella en haar kinderen zien veel minder vaak een dokter en van een dreigende uithuisplaatsing is geen sprake meer.

DE NEGATIEVE SPIRAAL DOORBREKEN

Mensen met een LVB hebben een verhoogd risico op blootstelling aan potentieel traumatische gebeurtenissen en het ontwikkelen van een PTSS. Dat geldt in hoge mate voor fysiek en seksueel misbruik. Als behandeling uitblijft, kan dat leiden tot ongezonde gezinssystemen die zich kenmerken door onder andere werkloosheid, gezondheidsproblemen en uithuisplaatsing van kinderen, overgaand van generatie op generatie. Als er wél aandacht is voor de behandeling van PTSS, slaagt ambulante behandeling van getraumatiseerde gezinsleden vaak niet vanwege de complexiteit van de problematiek en de organisatie van de hulpverlening. KINGS-LVB, een interventie die intensieve klinische traumabehandeling van ouders en kinderen combineert met traumasensitieve opvoedondersteuning, lijkt deze negatieve spiraal te kunnen doorbreken. In de complexe casus die we hier beschreven hebben, zijn na 1,5 tot 3 weken opvallend positieve veranderingen opgetreden. Dat zal een uitzondering zijn, zal menig lezer denken, praktijkervaringen laten echter zien dat het eerder regel dan uitzondering is. Uiteraard is de vraag wat het effect veroorzaakt. Tijdens de basislijn zien we geen noemenswaardige veranderingen optreden. Aandacht

en opname alleen leiden niet tot substantiële verbeteringen. Die treden pas op na de EMDR-therapie van moeder en de daarmee gepaard gaande daling van het aantal traumasymptomen. We weten dat een PTSS een psychische stoornis is die het leven van mensen op vele fronten in ernstige mate ontwricht. Als de PTSS effectief behandeld is, staat het brein niet meer continue in een modus die hoort bij dreigend gevaar. Slaap, concentratie, lichamelijke gezondheid, zelfbeeld en stemming verbeteren en de persoon hoeft geen situaties en contacten meer uit de weg te gaan. Het verdwijnen

van de chronische stress vergemakkelijkt het leren. De ouders leren van de gezinsbehandelaren en de kinderen op hun beurt van de ouders. Door replicatie van het N=1-onderzoek dat we aan de hand van het gezin van Stella hebben toegelicht, kan de effectiviteit verder worden onderzocht. Dat is allereerst in het belang van de kwaliteit van leven van de gezinsleden waar het hier om gaat. Daarnaast dient het ook een maatschappelijk belang gezien de onnodig hoge kosten voor de samenleving die het onbehandeld laten van chronisch ernstig getraumatiseerde gezinnen met zich meebrengt.

LITERATUUR

- > American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e druk). Arlington, VA: Auteur.
- > Ujendoorn, R. van, & Bakermans-Kranenburg, N. (2010). *Gehechtheid en trauma. Diagnostiek en behandeling voor de professional*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- > Kazdin A. (2011) *Single-case research designs. Methods for clinical and applied settings* (2e druk). Oxford: Oxford University Press.
- > Mevissen, L., Didden, R., & De Jongh, A. (in druk). *Handleiding Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren – Licht Verstandelijke Beperking*. Assen: Accare.
- > Mevissen, L., Didden, R., & De Jongh, A. (2016a). Posttraumatische-stressstoornis. In: R. Didden, P. Troost, X. Moonen & W. Groen (Red.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 171-183). Utrecht: De Tijdstroom.
- > Mevissen, L., Didden, R., Korzilius, H., & De Jongh, A. (2016b). Assessment of PTSD in children with mild to borderline intellectual disabilities. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 29786.
- > Mevissen, L., Didden, R., Korzilius, H., & De Jongh, A. (2017). EMDR therapy for PTSD in children and adolescents with mild to borderline intellectual disability: A multiple baseline across subjects study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30, 34-41.
- > Shapiro, S. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press
- > Wanders, E.H. & Ploeg, C. (2017). EMDR in een klinische setting KINGS : Kind in een gezond system. In: R. Beer & C. de Roos (red.), *Handboek EMDR voor Kinderen en Jongeren* (pp. 469-486). Houten: Uitgeverij Lannoo Campus.
- > World Health Organisation. (2013). *Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress*. Geneva: WHO.