

Zeer intensieve traumabehandeling voor kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking

Keep it simple

TEKST: **Willianne Veldman** en **Sanneke Koekoek**

Tal van organisaties hebben inmiddels de mogelijkheid tot het volgen van een vorm van intensieve traumabehandeling (ITB). Voor de doelgroep met een (licht) verstandelijke beperking binnen de jeugd-GGZ en Jeugdzorg is een intensieve variant minder beschikbaar en toegankelijk, maar is dat eigenlijk wel terecht?

Wij spraken hierover met onze collega's Stephanie Loman en Marjolijn Ooms-Evers van Ambiq, een orthopedagogische behandelsetting in het noorden van het land die zich richt op de behandeling en begeleiding van kinderen en (jong-) volwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en bijkomende problematiek.

Jullie hebben een passie voor deze doelgroep. Vertel!

“Wij hebben beiden een zwak voor mensen die overal net buitenvallen. Het puzzelen over hoe je deze mensen kunt helpen spreekt ons aan. Hoe kun je deze mensen includeren in de steeds complexer wordende samenleving? Deze vraag beantwoorden lukt in onze optiek alleen met een multidisciplinaire blik en het lef om buiten de lijntjes te kleuren. Bij deze doelgroep wordt eerder in onmogelijkheden dan in mogelijkheden gedacht, terwijl CGt en EMDR-therapie juist goed bij hen aansluiten. Er zijn veel minder belemmeringen dan vaak wordt gedacht.”

Hoe zijn jullie op het idee gekomen van een zeer intensieve traumabehandeling (ZIT)-LVB?

“Wij zijn beiden al jaren verbonden aan de zeer intensieve behandelgroepen (ZIB) van Ambiq. Veel kinderen en jongeren zaten daar erg lang, soms wel twee tot drie jaar. Op de behandelafdeling zagen we veel klachten voortkomend uit onbehandeld trauma, wat een reden is voor de lange verblijfsduur. Het was soms

zelfs schokkend zonder dat hiernaar gevraagd was te horen wat deze jongeren hadden meegemaakt. Het percentage meegemaakt misbruik bij deze doelgroep is hoog, maar ook klachten als gevolg van fysiek ingrijpen op andere groepen, mishandeling en/of traumatische uithuisplaatsingen en pestervaringen komen veelvuldig voor.

Poliklinisch zagen we bij deze doelgroep een hoge mate van ontregeling die door het systeem moeilijk kon worden opgevangen, veel no shows (vaak om praktische redenen) en hoge drop-out. Geïnspireerd door de onderzoeken van onder andere Psytrec zijn we gaan intensiveren door het tempo te verhogen en de drop-out te verlagen. We stapten over van een poliklinische naar een klinische behandeling om een duidelijk behandelkader te kunnen bieden dat de kans van slagen bij de doelgroep zo groot mogelijk maakt. Bijkomend voordeel van de ZIT is dat de orthopedagogische interventies veel meer effect hadden dan zonder traumabehandeling.”

Welke specifieke aanpassingen zijn er gedaan voor deze doelgroep ten opzichte van het reguliere ITB?

“Wij maken gebruik van klinisch-diagnostische instrumenten die aansluiten bij onze doelgroep. Zo gebruiken wij bijvoorbeeld de DITS-LVB (Mevisen et al.) en niet de CAPS-CA DSM-5. We twijfelden aanvankelijk of imaginaire exposure (IE) zou werken bij deze doelgroep of te moeilijk zou zijn. We hadden er echter geen ervaring mee en geen bewijs dat het niet zou kunnen.

We hebben het IE-protocol versimpeld, waarbij we onder meer heldere metaforen en simpeler taal gebruikten. We zijn IE gaan inzetten en combineerden dit met het meten van effecten van de behandeling.

Zowel de cognitief gedragstherapeuten als de cognitief gedragstherapeutisch werkenden voeren binnen de ZIT de IE uit. De EMDR-therapeuten pakken vervolgens de EMDR-therapie op. Er is de mogelijkheid van twee keer vier dagen opname. De behandeling bestaat uit het in de ochtend aanbieden van een zestig minuten durende sessie IE, gevolgd door sport en bewegen, en in de middag een sessie van zestig minuten EMDR-therapie. We bieden de psycho-educatie nu kort en herhaald aan voor aanvang van elke sessie. Wij behandelen op deze ZIT-LVB opnameafdeling vier jongeren

per keer. Dat is goed mogelijk door gebruik te maken van therapeut-rotatie.

Als het noodzakelijk is behandelen we ook de ouders. We maken hierbij onderscheid tussen de indicatie voor de ZIT-LVB versus KING-LVB (een gezinstraumabehandeling die loopt in samenwerking met Accare, Pactum en Dimence te Deventer). Er lopen diverse initiatieven met gemeenten om ook de ouders voorafgaand aan de ZIT-LVB traumabehandeling aan te bieden. Dwarsverbanden en samenwerkingen omarmen we graag! Gezien de opzet van de financiering in de zorg zijn we echter wel afhankelijk van de goodwill van gemeenten. Wat we niet meer intensief doen is preverbaal trauma, waarbij de EMDR-verhalenmethode geïndiceerd is. Er bleek nagenoeg geen tijd het verhaal aan te passen en



te bezien welke invloed het voorlezen van het verhaal had op klachtgedrag van deze kinderen. We bieden dit nu op de reguliere wijze poliklinisch aan.”

Het programma is in 2018 door jullie gestart, welke ontwikkelingen heeft het sindsdien door- gemaakt?

“Wat we anders zijn gaan doen sinds de start in 2018 is de vorm van casusconceptualisatie, het invoegen van EMDR 2.0 technieken met allerlei intensieve vormen van werkgeheugenbelasting en het toevoegen van angstnetwerk-verhogende cues tijdens de sessies. We volgen de input van de VEN op de voet en laten ons actief bijscholen of brengen een werkbezoek. Zo zijn we nu bezig om te beoordelen welke vorm van activatie we willen bieden op basis van de nieuwste inzichten. Of activatie door middel van sport en bewegen noodzakelijk is of dat een andere vorm ook prima past.

‘Schuif deze cliënten niet door maar neem je verantwoordelijkheid’

We kijken dus doorlopend welke implicaties wetenschappelijk onderzoek heeft voor onze praktijk. Een van onze medewerkers is getraind in boksen met deze doelgroep en doet actief mee in het onderdeel sport en bewegen. Ook gebruiken we boksen als werkgeheugenbelastende taak waar nodig tijdens de EMDR-sessies zelf. We leggen nu de nadruk nog sterk op PTSS-klachten. In de nabije toekomst willen we ook (mede gestuurd door nieuwe inzichten) kijken naar plaatjes waarop er meer tekort zichtbaar is. Wellicht kunnen we deze plaatjes ook meenemen binnen de ZIT-LVB.”

Hoe gaan jullie om met crisisgevoeligheid van de cliënt binnen de ZIT-LVB?

“De ZIT-LVB is altijd onderdeel van een breder behandelplan en staat dus niet op zichzelf. Wat we doen bij een crisis is op voorhand vastgelegd en besproken. We proberen bij een crisis zo snel mogelijk te herstellen en te koersen op doorzetten van de ZIT-LVB.”

Jullie betrekken nadrukkelijk het systeem, welke meerwaarde heeft dit in jullie optiek voor deze doelgroep?

“Kinderen en jongeren zijn altijd onderdeel van hun systeem. Uitzonderingen daargelaten is er ook altijd

de mogelijkheid om de ouders te betrekken. De ouders hebben in veel gevallen zelf ook last van klachten voortkomend uit trauma. Soms is een voorbereidingsverhaal traumaverwerking nodig in samenspraak met ouders; we maken daarbij gebruik van de methode *Slapende honden*, van Arianne Struik. Soms is het betrekken van het systeem nodig om een cognitieve shift te kunnen maken, bijvoorbeeld om de kinderen en jongeren te ontschuldigen of voor het versterken van de zelfwaardering. Als de cliënt niet wil dat ouders betrokken worden, starten we de ZIT-LVB met alleen de jongere. Ook jongeren uit gesloten behandelsetting (Jeugdzorg plus) doorlopen de behandeling. In die situatie wordt de holding geboden door de toevoeging van een mentor/sociotherapeut van de betreffende afdeling waar de jongere nadien weer verblijft.”

Er is enige tijd geleden een pilotonderzoek gedaan naar de ZIT-LVB in samenwerking met de RUG. Ook zijn er ideeën rondom vervolgonderzoek, wat kunnen jullie daarover zeggen?

“Er liggen plannen voor een groter vervolgonderzoek in samenwerking met de RUG. Het doel van dit onderzoek is duidelijk krijgen waarom deze interventie voor een bepaald gedeelte van onze doelgroep wel werkt en voor een bepaald gedeelte niet. We richten ons vooral op cliëntspecifieke factoren. Ook willen we kijken naar wat elk los element bijdraagt aan het totaalresultaat. De ZIT-LVB bestaat niet alleen uit CGT en EMDR maar is ingebed in een traumasensitief leefklimaat.”

Hebben jullie nog adviezen voor traumabehandelaren in het LVB veld?

“Trauma-gerelateerde klachten behandelen kán en moeten we gewoon doen, ook bij deze doelgroep. Denk hierbij out of the box en zoek de samenwerking. Vaak is met het inzetten van een ouder, een mentor, een korte opname of een FACT-construct heel veel mogelijk! Schuif deze cliënten niet door maar neem je verantwoordelijkheid en keep it simple.”

Marjolein Ooms-Evers en Stephanie Loman werken beiden als GZ-psychooloog, cognitief gedragstherapeut en EMDR practitioner bij Ambiq, een orthopedagogisch centrum voor kinderen en volwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en bijkomende problematiek. Binnen Ambiq zijn zij lid van het Expertteam Trauma. Zij ontwikkelden de Zeer intensieve traumabehandeling (ZIT) voor kinderen, jongeren en volwassenen.