

Integratieve behandeling van complex trauma

Individuele traumatherapie geïntegreerd met de behandeling op de leefgroep

Verschenen in Tijdschrift Kinder&jeugd psychotherapie, Trauma 3, 40^e jaargang, 2013

Els van Rijn & Ytje van Pelt | Psy-zo! 2014

Inleiding

In onze psychologenpraktijk voor behandeling van trauma en traumagerelateerde problematiek behandelen we ook kinderen en jongeren die opgenomen zijn in jeugdzorginstellingen. Een voorwaarde voor deze behandelingen is dat men bereid is om nauw samen te werken met de gedragswetenschappers en groepsleiders op de leefgroepen zodat de jongere optimaal kan profiteren van zijn traumatherapie. Het is daarbij van belang dat de groepsleiders goed op de hoogte zijn van de verschillende aspecten van trauma en traumabehandeling, en deskundig zijn in het toepassen van verschillende stabilisatietechnieken.

We streven bij de behandeling naar integratie van alle bij de behandeling betrokken disciplines. Vervolgens richten we ons op de taken van de groepsleider bij behandeling van getraumatiseerde jongeren. Hierbij verdient de individuele bejegening vanuit de behandelrelatie sterk de voorkeur boven de basishouding die algemeen geldend is voor alle jongeren van de leefgroep. Ook de vormgeving van het leefgroepklimaat komt aan bod om zo het gevoel van veiligheid voor de jongere te waarborgen. Een ander belangrijk aspect voor de behandeling op de leefgroep is het handelen in moeilijke situaties door het toepassen van verschillende stabilisatietechnieken. Ter illustratie beschrijven we een casus van een individuele traumabehandeling waarin nauw samengewerkt wordt tussen de traumatherapeut, de groepsleiders en de gedragswetenschapper van de leefgroep. Hierin komt ook de deskundigheidsbevordering naar voren die vooraf gegeven is.

Dit artikel gaat over de behandeling van jongeren in jeugdzorginstellingen maar deze integratieve samenwerking geldt natuurlijk ook voor de behandeling van (jonge) kinderen in deze instellingen. Een andere opmerking is dat we spreken van een 'leefgroep'. Maar als er behandeld wordt zoals wij dat beogen, dan zou het meer gepast zijn om te spreken van een 'behandelgroep'.

Jesse

Jesse is een vijftienjarige jongen functionerend op LVG-niveau (TIQ 75). Sinds zijn zevende jaar is hij behandeld van ambulante tot intensieve gesloten jeugdzorg. Op twaalfjarige leeftijd werd hij geplaatst in de gesloten jeugdzorg. Jesse heeft diverse diagnostische classificaties gekregen, waaronder ODD, ADHD en PDD-NOS. Hij heeft een drie jaar jonger zusje dat in een pleeggezin woont. Met zijn biologische vader heeft hij geen contact maar zijn moeder bezoekt hem wekelijks en een keer per maand komt ook zijn zusje mee op bezoek.

Zo op het eerste gezicht is Jesse een vrolijke, humorvolle jongen die de zonnige kant van het leven altijd inzien. Vlak onder dit schild gaat echter veel boosheid schuil. Wanneer het woord vader valt, wordt hij erg boos. Hij is dan zo bang voor zijn eigen agressie dat hij denkt dat hij zijn vader zal gaan vermoorden als hij hem tegenkomt. Hij hoort stemmen die deze boosheid op zijn vader verwoorden. Hij is ook bang dat hij de therapeut zal aanvliegen wanneer er over zijn traumatische ervaringen wordt gesproken. Verder is hij altijd op zijn hoede, alert en schrikt hij snel. Hij loopt regelmatig weg. Op bepaalde momenten verliest hij zich in zijn fantasie. 's Nachts heeft hij last van herbelevingen en nachtmerries. Jesse lijkt ook te dissociëren en is op een dergelijk moment even 'vertrokken', zoals de groepsleiders dat noemen. Doorlopend checkt hij situaties en personen op hun veiligheid en betrouwbaarheid door vragen te stellen, grenzen op te zoeken, uit te dagen of strijd aan te gaan. Hij bezweert zijn angst met agressieve fantasieën, bijvoorbeeld door het maken van wapens. Hiermee hanteert hij een angstige vechtreactie, een primaire reactie uit lijfsbehoud.

Veel van deze problemen hangen samen met de ernstige seksuele agressie van zijn vader die Jesse in zijn eerste vijf levensjaren heeft meegemaakt. Vader heeft Jesse vanaf zijn peutertijd seksueel misbruikt. Ook heeft vader seksueel contact gehad met mannen in het bijzijn van Jesse. Vermoedelijk is Jesse hierbij betrokken geweest. Moeder is in die periode met Jesse en zijn jongere zusje naar een Blijf-van-mijn-lijfhuis gevlucht. Ze ontwikkelde daar een alcoholverslaving en kreeg korte tijd later een relatie met een alcoholist, die zich onder invloed van alcohol ook agressief gedroeg. Daarnaast liet moeder de kinderen vaak 's nachts alleen thuis. Jesse bood zijn zusje dan troost en bescherming. Toen Jesse negen jaar was, werd bij moeder kanker geconstateerd, waarvoor zij behandeld werd. Deze kanker keerde terug toen hij twaalf jaar is. Beide keren is moeder voor langere periode opgenomen geweest in het ziekenhuis. In relatie met zijn moeder lijkt er sprake van parentificatie.

Samenvattend is er bij Jesse sprake van geheugenrepresentaties van meerdere ingrijpende gebeurtenissen, waarbij disfunctionele kennisbestanden zijn gevormd zijn zoals 'ik ben niet de moeite waard' en 'de ander is niet te vertrouwen'. Wanneer Jesse geconfronteerd wordt met gerelateerde stimulusituaties worden deze disfunctionele kennisbestanden geactiveerd. Bijvoorbeeld als hij geschreeuw hoort of iemand het woord vader noemt, maar ook door de geur van alcohol. Dit leidt tot invoelbare emotionele reacties van boosheid en angst

die Jesse niet of nauwelijks kan hanteren. In diagnostische zin is er sprake van complexe PTSS en kan er een indicatie voor EMDR-behandeling worden gesteld.

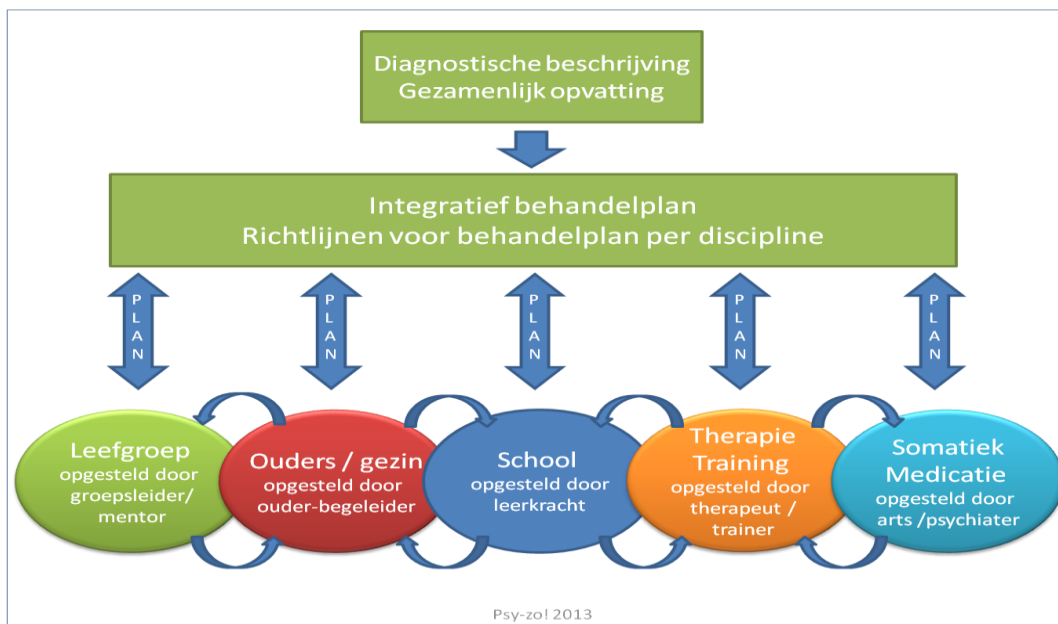
Naar aanleiding van eerdere diagnostische onderzoeken is geadviseerd om niet aan traumaverwerking te beginnen omdat het om een 'ingekapseld' trauma zou gaan. Men was bang voor ontregeling van Jesses gevoel en gedrag wanneer dit trauma zou worden blootgelegd. Om de traumabehandeling wel aan te gaan en de ontregelingen als gevolg hiervan te kunnen hanteren, is het belangrijk dat er een integratief behandelplan is waardoor Jesse en de traumatherapeut en de groepsleiders zich, ieder op hun eigen manier, gesteund weten.

Ook de moeder van Jesse is hierbij betrokken geweest en heeft voorafgaand aan de behandeling uitleg gekregen over de invloed van het trauma op het functioneren van Jesse en wat dit betekent voor zijn Window of tolerance. Zij is ook geïnformeerd over de EMDR-behandeling. Voorts is zij door de gedragswetenschapper en mentor wekelijks op de hoogte gehouden en kregen zij haar zoon de mogelijkheid om te telefonisch contact op te nemen met vragen tussen de sessies door. Daarnaast is moeder bij de evaluaties aanwezig geweest en ook tijdens een crisisbespreking ten tijde van de behandeling. Kortom, moeder is gedurende het hele behandelproces betrokken geweest.

Integratief behandelen als voorwaarde voor (trauma)behandeling

Kinderen en jongeren die uit huis geplaatst worden, zijn meestal getraumatiseerd. Als ze opgenomen zijn in een behandelinstelling is traumabehandeling dan ook een onderdeel van een breder behandelplan waar verschillende disciplines bij betrokken zijn. Voor het effect van de behandeling is het belangrijk dat de behandelplannen van deze disciplines op elkaar zijn afgestemd. Het lijkt een open deur maar dat dit een lastige taak is, blijkt wel uit de eilandjescultuur van disciplines die in veel instellingen bestaat. In een dergelijke cultuur werken de verschillende disciplines vanuit hun eigen invalshoek, maar komen ze niet tot eenzelfde behandelplan waarin men gericht volgens gezamenlijke afspraken werkt aan hetzelfde doel. De behandelplannen van de verschillende disciplines hebben dan geen onderlinge samenhang, waardoor er nauwelijks sprake kan zijn van efficiënte behandelplanning (Van der Harten & Van Rijn, 2008). Een integratieve behandeling staat of valt met een gezamenlijke visie op de diagnose en de behandeling: kan elke behandelaar zich vinden in de diagnose en geeft dit richtlijnen voor de behandeling? Vanuit deze interne consistentie kan er sprake zijn van een efficiënte behandelplanning en afstemming van de onderlinge plannen.

Figuur 1. Integratief behandelmodel (Van Rijn, 2011)



Doorredenerend vanuit bovenstaand model komt men uit op een hoge mate van consistentie, waardoor het behandelplan transparant is voor alle disciplines en daarmee goed uit te leggen aan de jongeren en hun ouders. Vervolgens is het belangrijk dat het behandelplan is ingebed in een methodisch beloop van rapportage en overleg (Van der Harten & Van Rijn, 2008).

In dit artikel zullen we ons beperken tot de integratie van de individuele behandeling en de behandeling op de leefgroep. Vrijwel alles wat we hierover schrijven kan als een blauwdruk dienen voor de samenwerking met de interne school, de ouders en medische dienst.

Jesse

Tijdens de individuele therapie van Jesse wordt zijn trauma blootgelegd en behandeld. Daarbij houdt de therapeut Jesse's 'Window of Tolerance' (Struik, 2010) in de gaten zodat hij de behandeling aan kan en tot verwerking in staat is. Na elke sessie vertelt de therapeut aan hem dat hij in de dagen tot aan de volgende sessie last kan krijgen van bijwerkingen van de therapie zoals emoties die naar boven komen of extreme vermoeidheid. Met die boodschap gaat hij naar de leefgroep terug. De therapeut zal met de gedragswetenschapper die verbonden is aan de leefgroep, en met de mentor van Jesse contact opnemen over hoe de sessie is verlopen en welke reacties ze op de groep kunnen verwachten. Voor de groepsleiders betekent dit dat ze zullen handelen conform hun behandelplan voor Jesse op de leefgroep én op basis van hun kennis over PTSS en complex trauma. Met andere woorden: ze weten wat ze te wachten staat en met welke technieken ze deze jongen kunnen stabiliseren. Dit veronderstelt dat ze buiten de kaders van het gewone verzorgen en opvoeden vanuit de algemene basishouding kunnen uitstijgen en weten wanneer hun bejegening om behandelend opvoeden vraagt door te werken vanuit een behandelrelatie.

De behandeltaken van de groepsleider: verzorgen, opvoeden en behandelen

De behandeling op de leefgroep wordt vormgegeven door de drie taken die de groepsleider heeft: verzorgen, opvoeden en behandelen. De taken van het verzorgen en opvoeden worden aangestuurd door de basishouding die algemeen geldend is voor de leefgroep. Het gaat hier om de dagelijkse gang van zaken zoals het voorspelbaar en beschikbaar zijn voor de jongere en zorgen dat de regels, gewoonten, grenzen en veiligheid in acht worden genomen. De taak 'behandelen' bestaat uit drie belangrijke subtaken, ten eerste het vormgeven en hanteren van de *pedagogische relatie* die afgestemd is op de psychopathologie van de individuele jongere. Deze relatie wordt ook wel de behandelrelatie genoemd. Hierbij zijn het herkennen van kernopvattingen van de jongere en van de (tegen)overdracht in de relatie belangrijke vaardigheden. Bij de tweede subtaak gaat het om de *klimaathantering* waarbij de regels en gewoonten (als onderdeel van de taken verzorgen en opvoeden) worden aangepast aan wat de jongere vanuit zijn psychopathologie nodig heeft. In de *situatiehantering*, de derde subtaak, gaat het om het geven van een antwoord in probleemsituaties maar ook om het proactief reageren met geplande interventies op te verwachte problematische situaties. Hieronder worden deze drie subtaken die deel uit maken van het behandelen nader uitgelegd en gekoppeld aan traumabehandeling.

Figuur 2. De behandeltaken van de groepsleider (Van Rijn, 2008)



Behandelen: de pedagogische relatie

Bij getraumatiseerde jongeren is het vertrouwen in medemensen nogal eens op fundamentele wijze geschaad, wat van invloed is op de vorming van het beeld over zichzelf, de ander en het leven. Het kan zijn dat de jongere geleerd heeft altijd voor zichzelf op te moeten komen, dat anderen niet te vertrouwen zijn en het leven 'shit' is. Hierdoor is het opbouwen van een pedagogische relatie niet altijd een eenvoudig proces, ook omdat deze jongeren niet zonder slag of stoot hun autonomie in de behandeling prijs willen geven en zich niet kwetsbaar op durven te stellen (Stöfjels & Mooren, 2010). Daarom is het belangrijk om niet de intentie te hebben de jongere te overtuigen van de disfunctionaliteit van zijn kernopvatting, maar wel om hem in eerste instantie bewust te maken van deze opvatting en inzicht te geven in hoe dit zijn denken, voelen en doen bepaalt. Dit heeft op termijn als effect dat de jongere zich gezien en begrepen zal gaan voelen. Aandachtspunt hierbij is dat dit aanvankelijk kan leiden tot een gevoel van kwetsbaarheid omdat het juist 'voor zichzelf opkomen' ook bescherming kan bieden voor zijn kwetsbare kanten.

Een belangrijk aspect van de behandelrelatie bij jongeren met complex trauma is de behandelende manier van opvoeden waarop de groepsleider de jongere op een milde, zorgende manier met de realiteit confronteert. Bijvoorbeeld met *limited reparenting*. De bedoeling van deze bejegening is dat de groepsleider de vroege tekorten in de basisbehoefte van de jongere kan trachten te repareren (Vreeswijk e.a., 2008). Hierbij is het mentaliserend vermogen van de groepsleider nodig. Dit is het vermogen om je te richten op de binnenwereld van de jongere en daar zelf niet van te ontregelen. Dit vraagt erom dat groepsleiders hun eigen eventuele trauma's verwerkt moeten hebben, zodat de binnenwereld van de jongere geen actuele pijn aan eigen nare ervaringen oproept (Struik, 2010).

Hiermee komen we bij de begrippen overdracht en tegenoverdracht. De jongere zal ertoe neigen om de relaties die hij heeft gehad met zijn ouders, brusjes en belangrijke anderen, te herhalen in de leefgroep en therapie. Het getuigt van deskundigheid als de groepsleiders dit herkennen en anders reageren dan de jongere gewend is. Dit kan de groepsleider doen vanuit een professioneel referentiekader dat gebaseerd is op kennis van de stoornis, op de diagnostische en behandelvisie, en op de bereidheid om (tegen)overdracht in het behandelteam te bespreken. Als de overdracht en tegenoverdracht goed geïnterpreteerd worden, dan kunnen deze overdrachtsprocessen bijdragen aan het diagnostisch inzicht aangaande de problematiek (Van der Most, 2008).

Jesse

Jesse vindt zichzelf niet de moeite waard. De ander, zo geeft hij aan, is niet te vertrouwen of zelfs tegen hem. Hij checkt doorlopend of de ander wel te vertrouwen is. Dit uit zich door het stellen van herhaaldelijk dezelfde vragen, door grenzen op te zoeken, groepsleiders uit te dagen en strijd aan te gaan. In eerdere instanties heeft dit geleid tot veel conflicten, waarbij de groepsleiders zich persoonlijk geraakt voelden. In de deskundigheidsbevordering, begeleiding en coaching, waarin de mentor en gedragswetenschapper een belangrijke rol hebben gespeeld, zijn overdracht en tegenoverdracht tijdens de traumabehandeling als een terugkerend onderwerp centraal gesteld. De groepsleider van Jesse is begeleid bij het herkennen hiervan tijdens zijn werk op de leefgroep en is daardoor in staat om vanuit een professioneel kader te blijven handelen. Dit uitte zich onder meer bij het luisteren naar de boodschap die Jesse trachtte te geven als hij weer eens een grotesk fantasieverhaal vertelde. In plaats van op de inhoud in te gaan en zichzelf geraakt te voelen, konden de groepsleiders hem teruggeven wat hij eigenlijk bedoelde te zeggen. Hierdoor bleven ze uit de strijd en bezorgden ze Jesse een andere c.q. nieuwe ervaring, namelijk dat hij zich kwetsbaar kon opstellen zonder dat hij hierop afgerekend zou worden.

Een voorbeeld hiervan is dat Jesse binnenkomt met ketchup op de punten van zijn schoenen en de indruk wekt dat dit bloed is. Hij vertelt dat hij tijdens het weglopen met iemand gevochten zou hebben. De groepsleider luistert naar zijn verhaal en vraagt hem of hij misschien wil vertellen dat hij het buiten de muren van de instelling wel spannend vindt maar dit zichzelf niet wil laten kennen en daarom dit verhaal vertelt. Jesse kan dit beamen en daarop aan de groepsleider vertellen dat het maar ketchup is dat op zijn schoen zit.

Behandelen: Klimaathantering

De klimaathantering betreft de individuele zorg en opvoeding daar waar het gaat om de jongere het gevoel van veiligheid te geven, waardoor hij *holding* kan ervaren. Dat wil zeggen dat de jongere zich geborgen weet in zorg en aandacht die toegesneden is op zijn behoefte (Van Rijn, 2008). Getraumatiseerde jongeren voelen zich in wezen elk moment van de dag in gevaar. Ze hebben geldige angsten over hun eigen veiligheid en die van anderen, ze hebben moeite om erop te vertrouwen dat volwassenen ze zullen beschermen, ze zijn zich extreem bewust van potentiële gevaren en hebben moeite om hun reacties op waargenomen gevaar te beheersen (Coppens & van Kregten, 2012). Daarom is het belangrijk dat de groepsleider zich ervan bewust is dat het leefklimaat op de groep zorgt dat de jongeren zich veilig voelen, zowel fysiek als psychisch. De zorg en opvoeding staan bij deze jongeren in het teken van een grote mate van voorspelbaarheid, geruststelling en informatie. Vaak is er bij hen door verwaarlozing, misbruik of mishandeling over hun fysieke grenzen gegaan en hebben ze geleerd hun lichaam te verbergen of voelen ze zich onthecht van hun lijf of ervaren dit als een vat met negatieve herinneringen (Coppens & van Kregten, 2012). Concreet betekent dit dat er besproken moet worden of een regel,

zoals elke dag douchen zonder meer van toepassing is op deze jongeren. Ook de regel om, om welke reden dan ook, alleen op de eigen slaapkamer te zijn, kan het gevoel van veiligheid ernstig bedreigen.

Jesse

Voor Jesse wordt een aantal regels en gewoonten op een andere manier toegepast dan voor andere jongeren op de leefgroep. Normaliter moet een jongere die niet naar school gaat of om een andere reden geen activiteit heeft, op zijn kamer verblijven. Deze regel zou ook voor Jesse gelden als hij terugkomt van de therapie. Omdat hij bij aanvang van zijn behandeling niet zonder meer alleen op zijn kamer durft te zijn en zich daar erg onveilig voelt, is afgesproken dat Jesse na afloop van de therapie op de leefgroep een ontspannende activiteit mag doen zoals een computerspelletje spelen of samen met de groepsleider een activiteit doen zoals voetballen.

Behandelen: Situatiehantering

In de observatieperiode en tijdens de behandeling maken groepsleiders gebruik van dagelijkse situaties om een jongere bepaald gedrag en vaardigheden aan te leren. Door middel van bepaalde methoden en technieken stimuleren ze emotionele, cognitieve en sociale gedragingen en vaardigheden bij jongeren in daartoe geplande of gecreëerde situaties. Dit kan betrekking hebben op het zelfstandig leren opstaan maar ook op het leren van meer complexe vaardigheden zoals het adequaat reageren op kritiek of het uiten van gevoelens. Het gaat hier om een scherp omschreven doelstelling en werkwijze, die door de groepsleider gedurende een bepaalde periode een of meerdere momenten per dag of per week wordt uitgevoerd (Van der Harten & van Rijn, 2008).

De vaardigheden die de jongere geleerd heeft in individuele trainingen of therapieën worden uitgedaagd door transferhandelingen van groepsleiders. Zij plannen en creëren dan bewust bepaalde situaties in de dagelijkse gang van zaken in de leefgroep, waarin de jongere het geleerde uit de therapie of training kan toepassen en daarmee corrigerende ervaringen kan opdoen. Voor getraumatiseerde jongeren zal het hier met name gaan om het oefenen met stabiliserende vaardigheden waardoor ze hun emoties kunnen reguleren en de traumabehandeling aan kunnen – zowel tijdens een therapiesessie als daarna op de leefgroep.

Een voorbeeld hiervan is de recentelijk ontwikkelde training ‘Stapstenen’ die gericht is op vermindering van het problematisch gedrag van chronisch getraumatiseerde meisjes in een gesloten jeugdzorginstelling (Leenarts, e.a., 2012), zie ook elders in dit blad. Deze training is enerzijds gericht op controle krijgen over denken, voelen en handelen en anderzijds op gedragsverandering. Andere bruikbare vormen van stabilisatietechnieken die groepsleiders kunnen toepassen staan beschreven in ‘Slappende honden? Wakker maken!’ (Struik, 2010). Het is belangrijk dit soort trainingen en technieken middels transferhandelingen op de leefgroep in de praktijk te brengen. Denk hierbij aan de klassieker ‘De andere 23 uur’ (Trieschman, 1969) waarin beschreven wordt dat één uur therapie in de week niet opweegt tegen 23 uur behandeling per dag op de leefgroep – mits er sprake is van een integratieve wijze van behandelen, zouden wij hier nu aan toe willen voegen.

Jesse

Bij confrontatie met een traumagerelateerde stimulussituatie is Jesse bang dat hij iemand zal gaan aanvallen. De angst hiervoor is dermate groot dat hij niet durft te praten over hetgeen er vroeger is gebeurd. Anderzijds ervaart hij zoveel klachten dat de wens om daarvan af te komen er ook is. De therapie start logischerwijs met het opbouwen van de therapeutische relatie. Om het gevoel van veiligheid voor Jesse te vergroten is zijn mentor tijdens de sessies aanwezig. We starten met het uitleggen van de Window of Tolerance, waarin de dissociatie ter sprake komt, en bespreken vervolgens de vulkaan van de woede met hem (Struik, 2010). Voor Jesse een ware (h)erkenning van zijn spanning en daaruit voortvloeiende problemen: ‘Dat is er dus aan de hand met mij!’ Ter vergroting van het ontspannen gevoel wordt zowel een positieve plek als progressieve relaxatie met hem besproken en geoefend (Struik, 2010). De positieve plek wordt door Jesse getekend en komt ingelijst op zijn kamer te hangen. Beide technieken oefent hij dagelijks met zijn mentor. Bovendien krijgt hij een speciale relaxstoel op zijn kamer waarin hij de geleerde stabilisatietechnieken mag oefenen. Dat helpt hem om zich veilig op zijn eigen kamer te voelen. Met de groepsleiders wordt een teken afgesproken dat zij hem geven als zij de spanning zien oplopen in zijn Window of Tolerance. Dit is het sein waarop hij naar zijn kamer gaat en in zijn relaxstoel de relaxatietechnieken oefent om zodoende een kalm brein te krijgen.

Voor een goede slaaphygiëne wordt er uitleg gegeven over zijn slaapproblemen en wordt er een nachtmerrieplan opgesteld dat door Jesse wordt gebruikt. Later in de therapie leert Jesse ‘framing’ aan als techniek om zijn herbelevingen aan te kunnen en oefent hij dit met zijn mentor. ‘De muur’ is nodig geweest om negatieve invloeden van buiten af van zich af te houden (Spierings, 2007).

Deze technieken zijn aan de groepsleiders getraind door de therapeut, in samenwerking met de mentor. De mentor oefende deze vervolgens meermaals per week met Jesse. Wanneer zich op de groep situaties voordoen waarin technieken toegepast kunnen worden, attenderen de groepsleiders hem erop en begeleiden hem waar nodig. Dit maakt dat Jesse in betrekkelijk korte tijd (binnen een tijdsbestek van acht sessies) zich de technieken eigen maakt en meer controle ervaart.

De groepsleiders geven aan dat zij gedurende de stabilisatieperiode Jesse zien ontspannen en dat er sprake is van een forse afname van agressie en boosheid. Jesse wordt omschreven als meer open. Hij kan ervaringen

makkelijker verwoorden of emoties laten zien. Ook zien zij Jesse minder vaak 'vertrekken'. Hij lijkt minder te dissociëren als hij vertelt over de nare herinneringen. De mentor hoeft voor hem niet langer aanwezig te zijn tijdens de therapie sessies. Dit alles lijkt het effect van de therapie te versterken. Dit effect zou veel geringer zijn geweest als de groepsleiders slechts de algemene basishouding zouden hebben gehanteerd en alleen de regels en gewoonten hadden toegepast die algemeen gelden voor de groep.

Deskundigheidsbevordering van de groepsleiders

De gedragswetenschappers, groepsleiders, betrokken medische dienst en het management van de instelling waar Jesse verblijft, hebben allen een workshop gevolgd over Behandelend opvoeden (Van Rijn, 2011). Deze gaat uit van het integratief behandelmodel en is gericht op (begeleiding bij) de drie behandeltaken van de groepsleiders zoals hierboven beschreven. In de workshop staat de vormgeving van de behandelrelatie centraal. Belangrijk hierbij is dat de groepsleider aansluit bij de psychopathologie. Daarbij zijn niet de gedragskenmerken leidend maar wel de kernopvatting van het kind of de jongere. Dit geeft aan het team groepsleiders een kader waarmee het denken, voelen en doen van de jongeren begrepen kan worden. In interactie met de jongere wordt hiermee rekening gehouden. Dat wil zeggen dat bij het plegen van interventies – bewust in trainingen of onbewust in spontane interacties - aangesloten wordt bij die kernopvatting. De essentie hiervan wordt weergegeven in de metafoer van een boom, zie figuur 3.



Figuur 3. De boommetafoer (van Rijn, 2011)

Bladeren = gedragingen

Kleine vertakkingen = automatische gedachten

Grote takken = intermediaire opvattingen zoals leefregels, denkfouten en als/dan-uitspraken.

Stam = kernopvattingen over zichzelf, de ander en het leven

Wortels = genetische eigenschappen

Klimaat = vroegere en recente ervaringen

Met de boommetafoer wordt duidelijk dat het niet altijd zin heeft om probleemgedrag te bespreken op 'blaadjes-niveau'. Als het ene blaadje is aangepakt dient het ander blad zich al weer aan. Beter is om te bekijken aan welke tak de blaadjes hangen. Oftewel: welke gedachten en opvattingen sturen het gedrag aan? Vervolgens kan besproken worden met welke interventies de bodem bemest kan worden zodat de wortels deze voedingsstoffen opnemen en de bladeren gezonder worden. Maar ook de vraag hoe we het klimaat kunnen beïnvloeden waardoor de boom verder kan groeien. Door op

deze manier bij de kernopvatting van de jongere aan te sluiten, zorg je dat hij binnen zijn Window of Tolerance blijft en daarmee in staat is om te blijven denken, voelen en doen. Dit komt ten goede aan het verwerven van inzicht over zijn gedrag, zijn motivatie bij het leren van vaardigheden en schoolse taken.

In de workshop wordt geoefend met het leren herkennen van kernopvattingen in relatie tot persoonlijkheidsstoornissen i.o. middels het 'Kernopvattingenspel' (www.psy-zo.nl). Daarna wordt besproken hoe dit gegeneraliseerd kan worden naar andere vormen van psychopathologie. Een ander belangrijk deel van deze workshop gaat over overdracht en tegenoverdracht die groepsleiders tegenkomen in het werken op de leefgroep met deze jongeren. In een volgende workshop zijn de gedragswetenschappers en de medische dienst getraind in kennis over trauma en in het toepassen van verschillende interventies en technieken ten behoeve van stabilisatie. Daarna zijn de groepsleiders in deze interventies en technieken getraind. Hiermee zijn de groepsleiders in staat gebleken om het probleemgedrag van de jongeren te begrijpen en te behandelen, en sluiten ze aan bij wat de therapeut doet in de individuele therapie. Anderzijds kan de therapeut op basis van relevante informatie van de groepsleiders afstemming zoeken met de werkwijze op de leefgroep.

Jesse

Na de stabilisatie- en symptoomreductie kan er gestart worden met de verwerking van de traumatische herinneringen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van EMDR. Zoals bekend is de fase van stabilisatie- en symptoomreductie geen afgebakende fase. Ook tijdens de verwerking is het bij Jesse nodig om op momenten even terug te gaan naar deze fase. Vanuit de casusconceptualisatie met de hypothese dat de problemen worden aangestuurd vanuit algemene, disfunctionele opvattingen die de emotionele reacties en het daaruit voortvloeiend gedrag bepalen, is er gekozen voor de rechts-om strategie (Ten Broeke e.a., 2012). Jesse weet de bewijsmaterialen voor zijn negatieve kernopvatting te detecteren. We beginnen met een wat minder heftige herinnering (bewijsmateriaal) om positieve ervaring op te doen met de EMDR. Tijdens de eerste sessies is de

mentor van Jesse aanwezig om zijn gevoel van veiligheid te vergroten. Het is duidelijk dat er diverse cognitieve interweaves ingezet moeten worden om Jesse binnen de Window of Tolerance te houden en daarmee verwerking mogelijk te maken of gaande te houden. Een cognitieve interweave is een gerichte interventie met als doel het EMDR-proces te versnellen, dan wel op gang te brengen als het verwerkingsproces vastloopt (Ten Broeke e.a., 2012). Daarnaast is gebruikgemaakt van het protocol van Juraschka (2009). Dit protocol kan worden toegepast als het EMDR-proces stagneert door het optreden van secundaire dissociatie. Middels dit protocol voorziet je de kleine kind binnen het trauma-geheugen van hetgeen het nodig heeft gehad ten tijde van het trauma. Daarna breng je het kind naar een veilige (positieve) plek, waardoor er een gevoel van stabiliteit en veiligheid herwonnen kan worden. In het geval van Jesse heeft hij de kleine Jesse voorzien van troost en bescherming, en bracht hij de kleine Jesse naar een veilige plek. Jesse geeft aan daarna een gevoel van rust te ervaren in zijn lijf, alsof er 'opeens echt rust is'.

Aan het einde van de therapie zegt Jesse dat hij rust in zijn hoofd voelt en dat hij controle over zijn boosheid heeft. Op de leefgroep kan hij de woorden 'vader' en 'kanker' verdragen zonder spanning te ervaren. Ook heeft hij meer controle over zijn agressie en weet hij dat hij zijn vader niet zal vermoorden als hij achttien jaar is. De fantasieverhalen zijn in sterkte en grote afgenomen. Het 'liegen' komt niet vaak meer voor. Hij lijkt meer aanwezig of is nagenoeg niet meer 'vertrokken' en hoort geen stemmen meer. Nu is hij in staat om spanning te verdragen en zaken te bespreken. Jesse lijkt veel meer in de realiteit te staan, meer in het hier en nu. Hij gaat dagelijks naar school en weglopen is niet meer aan de orde. Jesse is nu gericht op zijn toekomst en in staat om hierin mee te denken. Hij is een positiever zelfbeeld aan het opbouwen (ik ben de moeite waard) en doet corrigerende ervaringen op aangaande het kunnen vertrouwen van de mensen om hem heen.

Samenvatting

In dit artikel wordt beschreven op welke wijze groepsleiders met jongeren op een leefgroep stabiliserende interventies kunnen plegen in het kader van het behandelplan op de leefgroep en ter ondersteuning van de individuele traumabehandeling. Een casus laat zien hoe de ingezette stabilisatietechnieken vanuit de therapie middels transferhandelingen en interventies op de leefgroep worden toegepast. Om dit te kunnen is deskundigheidsbevordering voor groepsleiders en hun begeleidende gedragswetenschappers nodig om de relatieshantering, het behandelklimaat en de situatieshantering 'traumaproof' te maken. Een goede afstemming en samenwerking met alle betrokken disciplines kan ervoor zorgen dat de jongere optimaal kan profiteren van zijn individuele traumabehandeling.

Els van Rijn is gz psycholoog /supervisor EMDR en directeur van Psy-zo!, een particuliere ggz instelling voor diagnostiek en behandeling van trauma en trauma gerelateerde problematiek in Groningen. Email: elsvanrijn@psy-zo.nl

Ytje van Pelt is orthopedagoog generalist/Cognitief gedragstherapeut VGCT® i.o./supervisor EMDR i.o. en werkzaam bij Psy-zo! In Groningen. Email: ytjevanpelt@psy-zo.nl

Literatuur

- Broeke, E. ten, Jongh, A. de, & Oppenheim, H. (2012). *Praktijkboek EMDR. Casusconceptualisatie en specifieke doelgroepen*. Amsterdam: Pearson.
- Coppens, L., & Kregten, C. van (2012). *Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: een training voor opvoeder. Handboek voor trainers*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Harten, M. van der, & Rijn, E. van (2008). *Behandelend opvoeden. Groepswork in de kinder- en jeugdpsychiatrische zorg*. Assen: Van Gorcum.
- Juraschka W. (2009). *EMDR Congres*, Amsterdam.
- Leenarts, L., Kroneman, L., Beer, R., e.a. (2012). Stapstenen. Een stabilisatietraining voor chronisch getraumatiseerde meisjes met gedragsproblemen. *Kind en adolescent*, 11 (4), 162-168.
- Rijn, E. van (2011). *Teambegeleiding bij Behandelend opvoeden*. Workshop www.psy-zo.nl, Groningen.
- Stöfvel, M., & Mooren, T. (2010). *Complex trauma. Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Struik, A. (2010). *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Amsterdam: Pearson
- Spierings, J. (2010). *Stabilisatietechnieken*. Workshop bij Psy-zo!, Groningen.
- Trieschman, A.E. e.a. (1969). De andere 23 uur: Kind en groepsleider in de therapeutische leefsituatie.
- Vreeswijk, M.F. van, Broersen, J., & Nadort, M. (red.) (2008). *Handboek schematherapie: theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.