

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

.....

*Toelichting op een eerder
betoog over de behandeling
van psychogene
niet-epileptische aanvallen*

.....

Reactie op

TEN BROEKE ET AL.
in dit nummer

KRISTIEN VUYLSTEKE, CORINE FACHÉ, INGE ANTROP, DIRK VAN WEST,
MONICA DHAR & SARAH BAL

Wij willen beginnen met Ten Broeke et al. te bedanken voor hun uitgebreide reactie op het artikel. We zijn verheugd te lezen dat de auteurs het net als wij een ontluisterende casus vinden. We zijn namelijk even verbijsterd als droevig over het verloop en therapeutisch traject van Lisa als ten Broeke et al. ook blijken te zijn, zelfs zo verbijsterd, dat we het nodig hebben geacht om dit onder de aandacht te brengen.

FOCUS OP TRAUMA

.....

We zijn blij te lezen dat we eigenlijk dezelfde mening zijn toegedaan, namelijk dat in geval van PNEA (psychogene niet-epileptische aanvallen) de bron van de stress zo snel mogelijk in beeld gebracht en in de behandeling betrokken moet worden. Uit de literatuur blijkt overigens ook dat een voor geschiedenis van trauma op kinderleeftijd, met name seksueel misbruik of lichamelijke mishandeling, een van de belangrijkste risicofactoren is voor

het ontwikkelen van PNEA (Alsaadi & Marquez, 2005; Fiszman, Alves-Leon, Nunes, D'Andrea, & Figueira, 2004; LaFrance & Barry, 2005; Proença, Castro, Jorge, & Marchetti, 2011). Het is een internationaal bekend fenomeen dat kinderen met complex trauma zelden met deze problematiek (trauma) aangemeld worden (Ungar, Tutty, McConnell, Barter, & Fairholm, 2009). Vaak manifesteren gevolgen van chronische trauma's zich bij kinderen en jongeren in problemen in de affect- en lichaamsregulatie (somatische en biologische disregulatie), verstoorde hechtingsstijlen, agressie naar zichzelf en anderen, problemen met impulscontrole, aandachtsproblemen, dissociatieve problemen, een chronisch laag gevoel van zelfwaarde en sociale problemen: allemaal problemen die niet als zodanig vervat zijn in de strikte criteria voor posttraumatische stressstoornis, zoals opgenomen in de DSM (APA, 2000). Zelfs al wordt er melding gemaakt van trauma, dan worden deze andere problemen nog al te vaak door hulpverleners op de voorgrond gezet, hetgeen in de klinische praktijk dan te vaak leidt tot misdiagnosen. Zo ontstaat het fenomeen dat deze kinderen voor deze traumaproblematiek ofwel geen diagnose krijgen, ofwel één of meerdere comorbide diagnoses krijgen die slechts een deel van de problematiek in kaart brengen, waardoor de behandeling vaak niet-traumaspecifiek gericht is (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998; Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007; Noll, Trickett, & Putnam, 2003). Net als ten Broeke et al. betreuren we deze gang van zaken en wilden we met het artikel een betoog houden voor een snelle, nauwkeurige diagnostiek en behandeling van chronisch trauma.

Wij zijn het, wat de behandeling betreft, ook volledig eens met ten Broeke et al. dat cognitieve gedragstherapie (CGT) nooit als een standaardpakket beschouwd mag worden, en dat het gedragstherapeutisch proces altijd impliceert dat er een uitgebreide casusconceptualisatie moet gebeuren. Daarin moeten aspecten als het uitvoeren van basismetingen, het opstellen van een voorlopige probleemsamenhang en holistische theorie, het maken van een functionele analyse, het kiezen van het eerste te bewerken probleem, en dergelijke, aan bod komen (Hermans, Eelen, & Orlemans, 2007). Wanneer we deze procedure niet beschrijven, impliceert dit echter geenszins dat dit niet gebeurd zou zijn in de laatste fase van Lisa's behandeling, noch dat we twijfelen aan de waarde ervan, noch dat we CGT als een 'recept' stellen voor bepaalde klachten. We zijn daarnaast verheugd te lezen dat ten Broeke et al. op een overtuigende manier onze mening delen over het belang van de snelle aanpak van het trauma in de behandeling van PNEA, en de funeste gevolgen van het uitstellen hiervan, alsook over de verantwoordelijkheid van de behandelaar in dit proces. We beschrijven een samenvatting van Lisa's lijdensweg, omdat we willen aantonen dat het helemaal verkeerd kán gaan binnen een hulpverleningstraject en we tot alertheid willen oproepen voor de valkuilen die hieraan ten grondslag liggen. Dat er jarenlang sprake was van een inadequate behandeling van Lisa is mede het betoog van het artikel. Het is evident dat ook wij vinden dat dit een lijdensweg is geweest die niet had mogen plaatsvinden.

Binnen onze jarenlange praktijk als hulpverleners komen we jammer genoeg af en toe zulke bedroevende situaties tegen. In deze reactie op ten Broeke et al. (2014) willen we verder graag verduidelijking bieden over opgeworpen vragen en bedenkingen.

Bij aanmelding voor de laatste kinderpsychiatrische opname werd Lisa doorverwezen als 'therapieresistent'. Gezien het ontbreken van een traumagericht beleid in haar vorig hulpverleningstraject ontstond deze (verkeerde) assumptie bij de ouders, bij Lisa en bij eerdere hulpverleners. Toen met TF-CGT (Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie) gestart werd, en de aanvallen gedurende een intensief therapeutisch traject verminderden en uiteindelijk stopten, bleek de assumptie van therapieresistentie foutief te zijn. Wanneer we schrijven dat TF-CGT als voorwaarde voor therapie werd gesteld, bedoelen we daarmee dat we het belangrijk achten juist deze oorzakelijke factor (trauma) te behandelen. We begrijpen de reactie van ten Broeke et al. dan ook minder goed, wanneer zij stellen dat dit aan Lisa en aan haar ouders gecommuniceerd zou zijn in termen van 'kiezen of delen met betrekking tot het al dan niet behandelen van haar trauma'. Ja, er werd aan Lisa en de ouders meegedeeld dat er binnen deze behandeling geopteerd werd om met traumaverwerking te starten, maar nergens werd geponoerd dat Lisa 'er nu niet langer onderuit kan'. Dat de formulering die wij kozen in ons artikel een verkeerde indruk wekte, betreuren we, maar laten we aan ten Broeke et al.

STABILISATIEFASE

.....

Ten Broeke et al. suggereren voorts dat het in de meeste gevallen onnodig is eerst de draagkracht te vergroten alvorens met traumatherapie aan de slag te gaan. De behandelaars die Lisa tijdens haar laatste fase van het beschreven behandeltraject begeleidden, kozen ervoor om voorafgaand aan de TF-CGT (zoals beschreven door Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2008) een stabilisatiefase in te lassen. Deze methode (zoals omschreven door Struik, 2011) is specifiek ontwikkeld voor die chronisch getraumatiseerde kinderen en jongeren bij wie getwijfeld wordt of ze zonder die stabilisatie de standaard traumabehandeling (CGT of EMDR) wel aankunnen. Deze methode is erop gericht de jongere in die mate te stabiliseren dat hij de stress behorende bij de traumatische ervaringen onder ogen kan zien, en hij zijn vermogens om na te denken, te evalueren en te ordenen kan gebruiken in de volgende fasen van traumabehandeling (Struik, 2011). Bij Lisa schatten de behandelaars in dat de chronische stress (door het chronisch trauma, alsook door het helse behandeltraject) had gezorgd voor een modus van chronische alertheid bij Lisa. Daarom achtten zij het nodig om met Lisa eerst te werken aan geruststelling en voorspelbaarheid, voor er op een heel directe manier met het 'verleden' aan de slag werd gegaan. De TF-CGT werd pas gestart toen het stressniveau van Lisa binnen bepaalde grenzen kon blijven. Ze leerde voor-

dien handvatten om met de extreme stress om te gaan (zie hiervoor: Struik, 2011). Binnen het laatste therapietraject werd naar onze mening zorgvuldig met het trauma omgegaan (alvorens met TF-CGT te starten), omdat er aandacht werd geboden voor het versterken en empoweren van de mogelijkheden van Lisa en haar gezin, en in een mogelijk nieuw vertrouwen in de hulpverlening. Het spreekt voor zich dat dit een specifieke keuze was van deze behandelaars bij deze patiënte. Zoals hierboven al aangehaald, dient elke behandeling een behandeling op maat te zijn, nadat er eerst een grondige diagnostische casusconceptualisatie is doorgevoerd.

Daarbij willen we benadrukken dat de stabilisatiefase met haar versterkende interventies niet zo lang duurde als ten Broeke et al. veronderstellen. Lisa kreeg deze verschillende soorten versterkende therapieën simultaan (verschillende per week) en startte tegelijk met individuele therapie, waarna zo snel mogelijk begonnen werd met TF-CGT. Traumabehandeling werd in de laatste fase van haar behandeltraject dus niet uitgesteld. Wij menen dat de versterkende interventies die zij kreeg, die deel uitmaken van de stabilisatiemethodiek beschreven in het gefaseerd model door Struik (2011), gezien kunnen worden als een eerste fase binnen een ruimere traumabehandeling.

TRAUMAVERVERWERKING

.....

In een tweede fase kwam de traumaverwerking aan bod, met onder andere het ‘herschrijven’ van het traumaverhaal. Het woord ‘herschrijven’ is misschien wat literair gekozen, maar is niet anders bedoeld dan hoe Cohen et al. (2008) het voorstellen. We bedoelen hiermee het opschrijven van het traumaverhaal, waarbij er sprake is van geleidelijke *exposure* aan herinneringen. Maar het gaat natuurlijk om meer dan opschrijven alleen. Dat het kind ‘bij het beschrijven van zijn traumatische ervaringen ook gestimuleerd wordt om de bijgaande gedachten en gevoelens onder woorden te brengen, zodat de therapeut een begin kan maken met het onderkennen en uiteindelijk corrigeren van disfunctionele gedachten en sluimerende opvattingen die ten grondslag zouden kunnen liggen aan het voortduren van de emotionele en gedragsproblemen’ (Cohen et al., 2008, p. 134) werd in het artikel niet expliciet aangehaald, doch het werd er niet minder mee bedoeld. We betreuren het dat ten Broeke et al. menen dat er, ondanks dat meermaals wordt aangegeven dat bij Lisa een TF-CGT-behandeling is uitgevoerd als beschreven door Cohen et al., iets anders onder lijkt te zijn verstaan.

Met betrekking tot de vraag van ten Broeke et al. over het doel van de toevoeging van EMDR willen we het volgende verduidelijken. EMDR werd toegevoegd aan de behandeling gezien de bewezen effectiviteit in het kader van traumabehandeling met als doel symptoomreductie te realiseren (Mc Guire, 2014). Deze behandeling werd, gezien de specifieke eisen, niet door dezelfde behandelaar gegeven als de TF-CGT. Uit de klinische praktijk blijkt dat

een combinatie van TF-CGT en EMDR bij complex trauma meer effect kan hebben dan een enkelvoudige therapie. De mogelijke werkzaamheid wordt tevens gesuggereerd door Bronner, Beer, Jozine van Zelm van Eldik, Grootenhuis, en Last (2009). De combinatie van EMDR en CGT werd echter in de literatuur nog niet veel beschreven, en kan een focus zijn voor verder onderzoek.

NABESCHOUWINGEN

.....

Welke specifieke interventie van alle interventies die Lisa onderging zorgde voor een afname van de PNEA? Dat kunnen we niet precies aangeven. Naar ons idee is de afname van de aanvallen te danken aan een combinatie van de verschillende interventies en zou het toepassen van een enkele interventie onvoldoende geweest zijn. De focus van het artikel was echter *niet* om te achterhalen welke interventie binnen de traumabehandeling een afname van de aanvallen gaf. Wel was de bedoeling om lezers alert te maken op het frequent voorkomen van trauma bij PNEA, hierop bedacht te zijn bij aanmelding van een patiënt met PNEA, dit in kaart te brengen bij de casusconceptualisatie en zo snel mogelijk TF-CGT aan te bieden.

Ten slotte kan de beslisboom inderdaad aangevuld worden met de gangbare therapie in geval van ‘niet-psychogeen’ en in geval van ‘geen trauma’. We zijn blij dat ten Broeke et al. ons hierop wijzen, in de hoop dat dit voor de lezers op die manier duidelijker wordt. Een verdere uitwerking van de gangbare therapie zou ons te ver van de essentie van het artikel leiden. We verwijzen hiervoor naar de uitgebreide literatuur hierover.

KRISTIEN VUYLSTEKE Universitaire Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen (UKJA).

CORINE FACHÉ Universitaire Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen (UKJA).

INGE ANTROP Universitair Ziekenhuis Gent, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

DIRK VAN WEST Universitaire Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen (UKJA), Universiteit Antwerpen & Capri-Jeugd, Vrije Universiteit Brussel, Klinische Levenslooppsychologie (KLEP).

MONICA DHAR Universiteit Antwerpen & Capri-Jeugd, Vrije Universiteit Brussel, Department of Biological Psychology.

SARAH BAL Universitair Ziekenhuis Gent, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Correspondentieadres: Kristien Vuylsteke, Pieter Jozef Nauwelaertsstraat 7, 2600 Berchem, België. E-mail: kristienvuylsteke@gmail.com

Literatuur

Ackerman, P. T., Newton, J. E., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post trauma-

tic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse Neglect*, 22 (8), 759-774.

- Alsaadi, T. M., & Marquez, A. V. (2005). Psychogenic nonepileptic seizures. *American Family Physician*, 72 (5), 849-856.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington: APA.
- Bronner, M. B., Beer, R., Jozine van Zelm van Eldik, M., Grootenhuis, M. A., & Last, B. F. (2009). Reducing acute stress in a 16-year old using trauma-focused cognitive behaviour therapy and eye movement desensitization and reprocessing. *Developmental Neurorehabilitation*, 12(3), 170-174.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2008). *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten met de methode traumagerichte cognitieve gedragstherapie* (Kind en Adolescent Praktijkreeks, 110). Houten: Bohn Stafleu van Lochem.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584.
- Fiszman, A., Alves-Leon, S. V., Nunes, R. G., D'Andrea, I., & Figuera, I. (2004). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in patients with psychogenic nonepileptic seizures: A critical review. *Epilepsy & Behavior*, 5, 818-825.
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie* (6e, geheel herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- LaFrance, W. C. Jr., & Barry, J. J. (2005). Update on treatments of psychological nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 7 (3), 364-374.
- Mc Guire, T. M. (2014). Potential of eye movement desensitization and reprocessing therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 273-283.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Consult Clinical Psychology*, 71(3), 575-586.
- Proença, I. C. G. F., Castro, L. H. M., Jorge, C. L., & Marchetti, R. L. (2011). Emotional trauma and abuse in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 20, 331-333.
- Struik, A. (2011). Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor vroegkinderlijk chronisch getraumatiseerde kinderen. *Kind en Adolescent Praktijk*, 3, 100-109.
- Ungar, M. Tutty, L. M., McConnell, S., Barteer, K., & Fairholm, J. (2009). What Canadian youth tell us about disclosing abuse. *Child Abuse Neglect*, 33(10), 699-708.
- Vuylsteke, K., Faché, C., Antrop, I., van West, D., Dhar, M., & Bal, S. (2014). Psychogene niet-epileptische aanvallen met trauma als oorzakelijke factor: Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie als belangrijk onderdeel van de behandeling. *Gedragstherapie*, 47, 173-189.