

SYSTEEMGERICHTE DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN PSYCHOTRAUMA BIJ JEUGDIGEN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING

*Liesbeth Mevissen¹
Robert Didden²*

Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking lopen een hoger risico op een posttraumatische stressstoornis (PTSS). PTSS-klachten worden dikwijls niet als zodanig herkend en gediagnosticeerd en blijven daardoor onbehandeld. In het onderhavige artikel bespreken we de ADIS-C-LVB sectie PTSS, een gevalideerd klinisch interview voor de diagnostiek van PTSS, en vervolgens de mogelijkheden van EMDR voor de behandeling van PTSS en andere aan ingrijpende gebeurtenissen gerelateerde klachten. Tenslotte staan we stil bij de noodzaak om ouders en professionele opvoeders en andere belangrijke personen uit het systeem van de jeugdige bij diagnostiek, opvoeding/begeleiding en behandeling te betrekken.

Inleiding

Elke jeugdige maakt in zijn of haar leven nare of potentieel traumatische gebeurtenissen mee. De frequentie, aard en ernst ervan kunnen uiteenlopen van incidentele ziektes of pesterijtjes tot emotionele en fysieke verwaarlozing, confrontatie met een feitelijke of dreigende dood, een ernstige verwonding of stelselmatig fysiek en/of seksueel geweld. In een Nederlands onderzoek onder gemiddeld begaafde kinderen van 8 tot 12 jaar rapporteerde één op de zeven (14%) kinderen ooit een potentieel traumatiserende gebeurtenis, zoals een verkeersongeval, een brand in huis, een natuurramp, het plotseling verliezen van een dierbare, een aanranding of mishandeling, te hebben meegemaakt (Alisic, 2012). In de meeste gevallen herstellen kinderen op natuurlijke wijze van de psychische ontregelingen die met dergelijke gebeurtenissen gepaard gaan of ze worden er zelfs veerkrachtiger door (Kilmer, 2006). De confrontatie met schokkende of anderszins stresserende gebeurtenissen leidt echter bij een substantiële groep jeugdigen tot aanhoudende klachten die het dagelijks functioneren belemmeren.

Op basis van combinaties van het type gebeurtenis(sen) en het daaraan gerelateerde klachtenpatroon onderscheidt de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) verschillende psychotrauma- en stressor-gerelateerde stoornissen. Daarvan is PTSS de meest bekende en meest onderzochte. Gemiddeld genomen ontwikkelt 16% van de gemiddeld begaafde kinderen die zijn blootgesteld aan een schokkende gebeurtenis daadwerkelijk een PTSS (Alisic et al., 2014). Om te kunnen spreken van een PTSS volgens de criteria van de DSM-5 moet er sprake zijn geweest van blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld. Als gevolg daarvan heeft de persoon (langer dan een maand) veel last van zich opdringende herinneringen aan de gebeurtenis, worden prikkels vermeden die met de schokkende gebeurtenis samenhangen, is er sprake van

¹ Dr. Liesbeth Mevissen, klinisch psycholoog en onderzoeker bij Accare, centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie, divisie intensieve zorg te Smilde. Correspondentie: l.mevissen@accare.nl.

² Prof. dr. Robert Didden is als GZ-psycholoog en onderzoeker werkzaam bij Trajectum, een SGLVG instelling te Zwolle. Hij is als bijzonder hoogleraar verbonden aan het Behavioural Science Institute en de vakgroep Orthopedagogiek van de Radboud Universiteit te Nijmegen.

verhoogde arousal en reactiviteit, en van negatief getinte veranderingen in cognities en stemming. Deze gevolgen belemmeren het dagelijks functioneren. Er is een apart PTSS subtype voor kinderen van 6 jaar en jonger. Specifiek voor dit subtype is dat de criteria rekening houden met het ontwikkelingsstadium waarin een kind zich bevindt. Dit komt met name tot uiting in een verminderd aantal symptoomcriteria waaraan moet worden voldaan om de diagnose PTSS te kunnen stellen.

Posttraumatische stress (stoornis) bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking

Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB, IQ-score 50-85) maken vaker dan jeugdigen zonder een verstandelijke beperking ingrijpende negatieve gebeurtenissen en ‘life events’ mee (Hatton & Emerson, 2004). Zo laat Nederlands onderzoek binnen de jeugdzorg zien dat seksueel misbruik met lichamelijk contact onder jeugdigen met een LVB ruim drie keer zo vaak voorkomt vergeleken met gemiddeld begaafde jeugdigen (Commissie Samson, 2012). Wissink, van Vugt, Moonen, Stams en Hendriks (2015) vonden in hun review aanwijzingen voor een minstens vier maal hoger risico op seksueel misbruik bij jeugdigen met een VB. Daarnaast moeten we concluderen dat jeugdigen met een LVB meer moeite hebben om ingrijpende gebeurtenissen goed te verwerken en derhalve een grotere kans hebben om posttraumatische stressklachten te ontwikkelen. Dit is te verwachten, aangezien tekortkomingen in cognitieve en adaptieve vaardigheden het risico op PTSS vergroten (Alisic, 2012; Bomyea, Risbrough, & Lang, 2012). Andere risicoverhogende factoren die we bij jeugdigen met een LVB vaker tegenkomen zijn: een ‘foute’ beoordeling van de gebeurtenis en de eigen reacties erop (zoals jezelf ten onrechte de schuld geven), een voorgeschiedenis met eerdere ingrijpende gebeurtenissen of psychosociale problemen, het ontbreken van passende ondersteuning in de eerste uren na het trauma, het ontbreken van sociale steun van het systeem rond de jeugdige, en ouders die op niet-passende wijze model staan voor hun kind als het gaat om de verwerking van een schokkende gebeurtenis (zie ook Alisic, 2012).

Bevindingen uit enkele Nederlandse studies ondersteunen het vermoeden van een hoge prevalentie van trauma- en stressor-gerelateerde stoornissen onder mensen met een LVB. In willekeurig getrokken steekproeven van jeugdigen en volwassenen met een LVB varieerde het percentage participanten dat voldeed aan de DSM-IV-TR dan wel DSM-5 PTSS-criteria tussen 20% en 39% (zie Mevissen, Barnhoorn, Didden, Korzilius, & De Jongh, 2014; Mevissen, Didden, Korzilius, & De Jongh, 2016; Didden, Mevissen, Korzilius, & De Jongh, in voorbereiding). In een studie van Wieland, Kaptein-de Haan en Zitman (2012) onder 387 volwassenen met een LVB, die waren verwezen naar een gespecialiseerde ggz polikliniek, bleek PTSS met een percentage van rond de 20 de meest voorkomende DSM-IV-TR As-I diagnose. Bovendien bleek deze diagnose bij volwassenen met een LVB bijna dubbel zo vaak voor te komen vergeleken met gemiddeld begaafde volwassenen die voor vergelijkbare zorg werden doorverwezen. Hierbij dient te worden opgemerkt dat in de studie van Wieland et al. een andere diagnostische procedure werd gevolgd (DM-ID criteria; Fletcher, Loschen, Stavrakaki, & First, 2007) dan in de eerdergenoemde studies waarin de diagnose werd gesteld met behulp van een aangepast klinisch interview: de ADIS-C-LVB sectie PTSS (zie verder in dit artikel).

Hoewel mensen met een LVB een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van trauma- en stressor-gerelateerde klachten worden deze dikwijls niet als zodanig herkend en gediagnosticeerd. Een illustratie hiervan vormen de resultaten van een onderzoek van Didden et al. (in voorbereiding) naar onder andere het voorkomen van PTSS bij 97 volwassenen met een LVB, waarbij door getrainde interviewers de ADIS-C-LVB sectie PTSS (zie volgende paragraaf) werd afgenomen. Uit de resultaten bleek dat 39% voldeed aan de DSM-IV-TR criteria voor PTSS, 37% voldeed aan de DSM-5 criteria en 32% aan de criteria van zowel de DSM-IV-TR als de DSM-5. Deze hoge percentages staan in schril contrast met die uit dossieronderzoek bij dezelfde cliënten dat uitwees dat bij slechts 2% de diagnose (classificatie) PTSS was gesteld. Deze resultaten wijzen erop dat voor slechts een klein percentage van de volwassenen die voldoen aan de criteria voor een PTSS-diagnose in de dossiers ook daadwerkelijk melding wordt gemaakt van een PTSS-diagnose.

Er zijn verschillende redenen waarom er mogelijk sprake is van onderdiagnostiek van PTSS bij mensen met een LVB. Symptomen van een PTSS worden bijvoorbeeld nog vaak toegeschreven aan de verstandelijke beperking zelf ('diagnostic overshadowing') of geïnterpreteerd als symptomen van een andere psychiatrische stoornis, zoals een angst- of stemmingsstoornis, een autisme-spectrumstoornis, ADHD, gedragsstoornis of psychotische stoornis. Ook wordt nog vaak aangenomen dat symptomen van psychische stoornissen zich bij mensen met een LVB op een atypische wijze uiten (zie bv. Wieland, 2016, p. 71). Uit onderzoek blijkt echter dat PTSS zich bij jeugdigen en volwassenen met een LVB op eenzelfde wijze presenteert als bij gemiddeld begaafden (Didden et al., in voorbereiding; Mevissen et al., 2016). Als tijdige behandeling van PTSS uitblijft kunnen er andere stoornissen en problemen bijkomen zoals een verhoogd risico op suïcide en herhaald slachtofferschap (Pietrzak, Goldstein, Southwick, & Grant, 2012), lichamelijke ziekten, delictgedrag, en verslaving. Dit soort problemen kunnen de PTSS klachten maskeren zodat ze over het hoofd worden gezien. Voor jeugdigen geldt dat PTSS de ontwikkeling belemmert op zowel emotioneel, sociaal en cognitief als lichamelijk gebied (Alisic, Jongmans, van Wesel, & Kleber, 2011). Aangetoond is tevens dat PTSS een negatieve invloed heeft op de schoolprestaties (Alisic et al., 2011). Een niet-onderkende en niet-behandelde of niet-correct behandelde PTSS heeft langdurende, ernstige gevolgen die gepaard gaan zowel met een grote lijdensdruk bij betrokkenen als met maatschappelijk hoge kosten voor medische en psychologische zorg. Dat blijkt met name het geval bij vroegkinderlijk en herhaald trauma.

Samenvattend kunnen we stellen dat posttraumatische stress bij jeugdigen en volwassenen met een LVB veel lijkt voor te komen, maar nog te weinig wordt herkend. Goede studies naar diagnostiek van trauma- en stressor-gerelateerde stoornissen zijn daarom van belang. Voor wat PTSS betreft heeft recent onderzoek geleid tot de ontwikkeling van de ADIS-C-LVB sectie PTSS, een klinisch interview waarmee een PTSS op een valide en betrouwbare manier kan worden vastgesteld bij zowel jeugdigen als volwassenen met een LVB (Didden et al., in voorbereiding; Mevissen et al., 2014, 2016c). Als een PTSS is vastgesteld moet een effectieve behandeling geboden worden. In dit kader is een eerste gecontroleerde effectstudie gedaan naar de behandeling van PTSS met Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) bij jeugdigen met een LVB (Mevissen et al., 2016b). In het onderhavige artikel bespreken we eerst het klinisch interview voor de diagnostiek van PTSS en vervolgens de mogelijkheden van EMDR voor de behandeling van PTSS en andere aan ingrijpende gebeurtenissen gerelateerde klachten. Tenslotte staan we stil bij de noodzaak om ouders en professionele opvoeders en andere belangrijke personen uit het systeem van de jeugdige bij diagnostiek, opvoeding/begeleiding en behandeling te betrekken.

Diagnostiek van posttraumatische stress: de ADIS-C-LVB sectie PTSS

Met de ontwikkeling van de ADIS-C-LVB sectie PTSS (Mevissen et al., 2014) beschikken we over een klinisch interview (kind- en ouderversie) waarmee zowel de meegemaakte trauma's en 'life events' als de daaraan gerelateerde klachten en de ervaren impact daarvan op het dagelijks leven op een systematische manier in kaart worden gebracht. Bij jeugdigen met een LVB in de leeftijd van 6 tot 18 jaar kan door een getrainde interviewer met dit instrument een diagnose PTSS op een valide en betrouwbare manier worden gesteld, niet alleen volgens de DSM-IV-TR, maar ook volgens de DSM-5 criteria (Mevissen et al., 2016). Onderzoek laat zien dat de ADIS-C-LVB sectie PTSS geschikt is voor kinderen en jeugdigen met een LVB (Mevissen et al., 2014) en ook goede psychometrische kenmerken heeft. Het instrument is valide wanneer de uitkomsten van het interview worden vergeleken met de criteria van zowel de DSM-IV-TR als de DSM-5, inclusief de DSM-5 criteria voor kinderen van 6 jaar en jonger. Daarnaast hebben de kind- en ouderversie van het interview een excellente en een goede inhouds- en convergente validiteit (zie Mevissen et al., 2016). Momenteel doen wij onderzoek naar de variant van dit interview voor volwassenen (18+) met een LVB en de eerste resultaten wijzen ook op een goede betrouwbaarheid en validiteit (Didden et al., in voorbereiding).

De tijdlijn, die onderdeel is van het klinisch interview, maakt zichtbaar aan welke trauma's en levensgebeurtenissen de jeugdige is blootgesteld. Dit maakt de ADIS-C-LVB sectie PTSS ook een interessant instrument voor EMDR-therapeuten. Zij kunnen hiermee in de fase van de voorbereiding op het daadwerkelijk behandelen van de onverwerkte herinneringen, de traumageschiedenis en de daaraan gerelateerde klachten systematisch in kaart brengen. Daarnaast kunnen zij het instrument gebruiken om het verloop van de klachten gedurende de behandeling vast te stellen. Traumatherapeuten die meer willen weten over de mogelijkheden om dit instrument toe te passen in de behandeling verwijzen we naar de eerder genoemde recent verschenen effectstudie (Mevisen et al., 2016b).

Behandeling van posttraumatische stress (stoornis) met EMDR

Voor de behandeling van PTSS zijn *trauma-focused cognitive behavioural therapy* (TF-CBT), waarbinnen *exposure* een belangrijk bestanddeel is, en *eye movement desensitisation and reprocessing* (EMDR) therapie aanbevolen door de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organisation, 2013). EMDR-therapie lijkt vooral geschikt voor mensen met een (L)VB omdat het, anders dan bij TF-CBT, niet nodig is om (1) gebeurtenissen tot in detail te beschrijven, (2) disfunctionele cognities gericht uit te dagen, (3) de persoon langdurig bloot te stellen aan aversieve stimuli en (4) dagelijks huiswerkopdrachten uit te voeren.

EMDR is een geprotocolleerde behandelmethod voor klachten die het gevolg zijn van onverwerkte ingrijpende gebeurtenissen. Uitgangspunt is dat disfunctioneel opgeslagen herinneringen aan de basis liggen van psychopathologie (Shapiro, 2012). Het veranderingsproces, dat zich tijdens de EMDR-behandeling voltrekt, is voor een belangrijk deel te verklaren op grond van de werkgeheugentheorie. Doordat het werkgeheugen of korte-termijn-geheugen maar een beperkte capaciteit heeft, kan de aversieve herinnering die in het begin van de EMDR-procedure wordt geactiveerd, niet in al haar intensiteit in het geheugen worden gehouden als tegelijk ook een tweede taak, zoals het maken van oogbewegingen, moet worden uitgevoerd. In experimentele studies (zie o.a. De Jongh, Ernst, Marques, & Hornsveld, 2013) is aangetoond dat het tegelijkertijd uitvoeren van een taak die het werkgeheugen belast ervoor zorgt dat de herinnering langzamerhand wordt ervaren als minder emotioneel en levendig, hetgeen leidt tot veranderingen in betekenisverlening en consolidatie van functionele geheugenrepresentaties (Baddely, 2012).

Bij jeugdigen met een LVB wordt gebruik gemaakt van het EMDR-protocol dat is ontwikkeld voor jeugdigen die gemiddeld begaafd zijn. Dit is een vereenvoudigd protocol, dat verschillende varianten kent, afgestemd op de kalenderleeftijd van de jeugdige (Beer & De Roos, in druk). Bij de behandeling van een jeugdige met een LVB is niet de kalenderleeftijd maar de (geschatte) ontwikkelingsleeftijd leidend voor de instructies van de therapeut. Bijvoorbeeld, bij een ontwikkelingsleeftijd tussen 4 en 8 jaar wordt gevraagd om het 'target' (het actueel naarste beeld van de emotioneel beladen herinnering) te tekenen in plaats van het met woorden te beschrijven. De mate van spanning die het targetbeeld oproept kan worden weergegeven op een concrete en gevisualiseerde manier, bijvoorbeeld door middel van een lijn met cijfers of door middel van *smiley's*. Bij een ontwikkelingsleeftijd beneden 3 jaar wordt de verhalenmethode (*Story Telling*; Lovett, 1999) toegepast. Kenmerkend voor deze methode is dat een belangrijke ander (ouder, opvoeder, vertrouwde begeleider) in het bijzijn van de therapeut het verhaal van de traumatische gebeurtenis vertelt om daarmee de herinnering te activeren en deze vervolgens te desensitiseren (ongevoelig te maken) en van een functionele betekenis te voorzien. Bij mensen met een LVB maken ingewikkelde cognitieve reflecties doorgaans geen deel uit van het verwerkingsproces. Emoties en lichamelijke sensaties staan meestal op de voorgrond, waardoor het verwerkingsproces vaak verrassend snel verloopt. Als de jeugdige moeite heeft met het uitvoeren van de oogbewegingen kan de afleidende taak worden aangepast, bijvoorbeeld door stickers op de vingers te plakken of vingerpoppen te gebruiken, hetgeen het volgen met de ogen gemakkelijker maakt. Als oogbewegingen helemaal niet lukken, is een koptelefoon met afwisselend in het ene en het

andere oor laten horen van tonen (klikjes) een alternatief. De therapeut kan ook afwisselend tikken op de handen of de knieën, of ‘trileitjes’ gebruiken waarbij afwisselend links en rechts een trilling in de handen wordt gevoeld.

Voor jeugdigen met een LVB gelden dezelfde contra-indicaties en bijeffecten als bij jeugdigen met een gemiddelde begaafdheid. Benzodiazepines en genotmiddelen kunnen het tot stand komen van een emotionele lading op een geheugenrepresentatie verhinderen, waardoor de verwerking door middel van EMDR niet mogelijk is. Jeugdigen hebben voor traumaverwerking verder een hechtingsfiguur nodig die overweldigende emoties helpt reguleren (Struik, 2016). Onvoldoende veiligheid wordt vaak als argument gebruikt om een behandeling uit te stellen. Vanzelfsprekend moeten huiselijk geweld, seksueel misbruik en ernstige pesterijen na onthulling worden gestopt. Daders blijven vaak in de (nabije) omgeving aanwezig. Dat mag echter geen reden zijn om te wachten met het behandelen van onverwerkte herinneringen. Integendeel, de praktijk laat zien dat jeugdigen na behandeling weerbaarder worden, hetgeen de kans verkleint dat ze opnieuw slachtoffer worden. Als het verwerkingsproces dat tijdens een behandelsessie in gang is gezet, nog niet volledig is afgerond, kan de verwerking soms op natuurlijke wijze nog even doorgaan. Tijdelijke klachten, zoals nachtmerries, extreme vermoeidheid of heftige hoofdpijn, kunnen dan het gevolg zijn. Doorgaans zijn deze bijeffecten van korte duur en houden de klachten niet langer dan 3 dagen aan (De Jongh & Ten Broeke, 2011).

Voor meer informatie en praktijkvoorbeelden over de toepassing van EMDR bij jeugdigen en in het bijzonder bij jeugdigen met een LVB verwijzen we de lezer naar het handboek EMDR bij kinderen en jongeren (Beer & De Roos, in druk) en naar recente publicaties van de auteurs van dit artikel (zie Mevissen et al., 2016a, 2016b, 2016d).

Onderzoek naar de effectiviteit van EMDR

EMDR is bewezen effectief voor de behandeling van PTSS bij gemiddeld begaafde kinderen (zie Diehle, Schmitt, Daams, Boer, & Lindauer, 2014; World Health Organisation, 2013). Gerandomiseerd effectonderzoek laat ook zien dat EMDR onder andere effectief is als er sprake is van PTSS met ernstige comorbiditeit zoals een psychotische stoornis (Van den Berg et al., 2015), in de behandeling van gedragsproblemen bij kinderen (Wanders, Serra, & De Jongh, 2008), specifieke fobieën (bijvoorbeeld Doering, Ohlmeier, De Jongh, Hofmann, & Bisping, 2013), obsessieve compulsieve stoornis (Nazari et al., 2011) en bipolaire stoornis (Novo et al., 2014). Empirisch onderzoek naar de effectiviteit van EMDR bij andere vormen van psychopathologie is gaande.

Een recente studie laat zien dat EMDR ook voor PTSS bij kinderen en adolescenten met een LVB een goede (lees: geschikte en doeltreffende) behandeloptie kan zijn (Mevissen et al., 2016b). In deze studie hebben we de doeltreffendheid vastgesteld van EMDR-therapie voor PTSS bij een kind en een adolescent met een LVB. De data zijn verzameld in een *multiple baseline design*. Beide deelnemers voldeden aan de criteria voor PTSS (gemeten met de ADIS-C-LVB sectie PTSS) en kregen vier sessies EMDR-therapie aangeboden. PTSS-symptomen werden gemeten voor, tijdens en na afloop van de behandeling, en tijdens een follow-up na zes weken. De resultaten lieten zien dat voor beide participanten het aantal PTSS-symptomen verminderde gedurende de EMDR-therapie. Na afloop van de therapie (van drie, respectievelijk vier sessies) voldeden zij niet meer aan de criteria voor PTSS. Dit resultaat bleef gehandhaafd tijdens de follow-up 6 weken na de behandeling. Replicatie van deze studie met behulp van een grotere steekproef en met gebruikmaking van gerandomiseerd effectonderzoek, is nodig. Toekomstig onderzoek is tevens van belang om zicht te krijgen op het effect van EMDR vergeleken met een andere therapie, ‘treatment as usual’ of met placebo (waarin de therapeut de cliënt alleen aandacht geeft aan zijn klachten).

Samenwerken met belangrijke anderen

Jeugdigen met een LVB zijn extra afhankelijk van hun omgeving om zich optimaal te kunnen ontwikkelen. Zij doen een meer dan gemiddeld appèl op hun ouders of verzorgers, begeleiders en leerkrachten. Als het gaat om diagnostiek en behandeling van trauma- en stressor-gerelateerde klachten is het om meerdere redenen van belang om ook het systeem rond de jeugdige daarbij te betrekken.

Als de communicatieve vaardigheden van de jeugdige beperkt zijn of als de jeugdige niet over een gebeurtenis durft te praten uit angst om overspoeld te raken door emoties, is informatie van de ouder of verzorger onmisbaar voor een goede diagnosestelling. Met behulp van de ouderversie van de ADIS-C-LVB sectie PTSS kan een overzicht worden verkregen van de ingrijpende gebeurtenissen waarvan de ouder of verzorger weet dat het kind ze heeft meegemaakt. Daarnaast wordt duidelijk welke klachten het kind daardoor in de ogen van de ouder of verzorger heeft ontwikkeld en in welke mate die klachten het functioneren van het kind lijken te belemmeren. De diagnosticus moet zich ervan bewust zijn dat dit een inschatting is van de subjectieve beleving van het kind. We weten dat het delen van negatieve ervaringen bijdraagt aan het verwerkingsproces. Het is daarom aan te raden om, met goedvinden van de jeugdige en zijn ouder(s), de resultaten van het afgenomen kind- en ouderinterview na afloop samen te bespreken.

Het betrekken van de ouder of verzorger door de afname van de ouderversie van de ADIS-LVB sectie PTSS geeft ook zicht op ingrijpende gebeurtenissen die ouders of verzorgers en de jeugdige gezamenlijk hebben meegemaakt. Bedenk dat ook opvoeders slachtoffer kunnen zijn geweest van dezelfde gebeurtenis(sen) of dat ze hebben gezien of gehoord wat het kind is overkomen en dat zij geschokt kunnen zijn door de reacties van het kind (De Roos & Beer, 2013). Ook kunnen eerdere traumatiserende ervaringen van een ouder of verzorger zijn *getriggerd* door een schokkende gebeurtenis die hun kind is overkomen. In zulke gevallen kunnen ook bij de ouder of verzorger posttraumatische stressklachten zijn ontstaan, die vervolgens de stressklachten van de jeugdige (kunnen) versterken. Dat kan resulteren in een zogenoemde stressbevorderende opvoedingsstijl, waarbij ouders of verzorgers de jeugdige overbeschermen of juist beangstigen of waarbij ze gewoonweg niet voor de jeugdige emotioneel en fysiek beschikbaar zijn (Alisic, 2012). Dit kan zich voordoen als er bijvoorbeeld sprake is geweest van een plotselinge dood of ernstige ziekte van een geliefd persoon, een natuurramp, pestervaringen, medisch trauma, (huiselijk) geweld, een ernstig ongeval of seksueel misbruik.

Ouders of verzorgers kunnen ook een bijdrage leveren aan de traumabehandeling zelf. Zo kunnen ze helpen bij het motiveren van de jeugdige om behandeling te krijgen en vol te houden. Ook kunnen ze bijdragen aan het reguleren van emoties die tijdens de behandeling kunnen opkomen en zijn zij een bron van informatie voor de therapeut. Als zij het therapeutisch proces op de voet volgen kunnen ze in het dagelijks leven inspelen op de vooruitgang die tijdens een behandeling wordt geboekt. Bijvoorbeeld, als de herinnering aan een fietsongeluk is verwerkt, kan de ouder of verzorger een kind, dat niet meer alleen de deur uit durft, vragen om weer net als voor het ongeluk op de fiets een boodschap te gaan doen. Tenslotte kunnen ouders of verzorgers worden ingezet als co-therapeut om met behulp van de verhalenmethode (zie eerder) herinneringen te activeren, die voor de jeugdige zelf moeilijk toegankelijk zijn. Als er sprake is van traumatisering van ouders of verzorgers is het van belang dat ook zij een evidence-based traumabehandeling krijgen. Voor meer informatie over trauma en traumabehandeling bij ouders en de effecten daarvan op de ontwikkeling van hun kind verwijzen we de lezer naar het artikel van Mevissen en Ross (2014).

Getraumatiseerde jeugdigen kunnen ernstig ontregelen als zij worden geconfronteerd met interne of externe prikkels die gerelateerd zijn aan de traumatische gebeurtenissen waaraan ze zijn blootgesteld geweest. Het kan om een grote variëteit aan prikkels gaan, zoals bepaalde mensen, plaatsen, situaties,

geuren, geluiden, woorden, gezichtsuitdrukkingen of aanrakingen. Het is belangrijk dat opvoeders kennis hebben van trauma en weten hoe ze getraumatiseerde jeugdigen kunnen ondersteunen. Alisic (2012) beschrijft hoe ouders, leerkrachten en andere betrokkenen kinderen kunnen ondersteunen na een eenmalige schokkende gebeurtenis. Coppens en Van Kregten (2012) ontwikkelden een training die (pleeg)ouders en begeleiders handvatten biedt om in het dagelijks leven bij te dragen aan het herstel van kinderen, die in hun vroege kinderjaren herhaaldelijk zijn blootgesteld aan traumatische ervaringen en zich moeilijk laten aansturen omdat ze zich onveilig blijven voelen, ook als de traumatisering al langere tijd is gestopt. Struik (2016) beschrijft in haar boek een werkwijze om chronisch getraumatiseerde kinderen in nauwe samenwerking met hun opvoeders voor te bereiden op de (EMDR) behandeling van hun trauma's. Alisic (2012) en Coppens en Van Kregten (2012) richten zich op kinderen met een normale begaafdheid. Hun adviezen zijn echter ook relevant voor kinderen en jongeren met een LVB. Voor Struik geldt hetzelfde. Zij heeft echter een van haar hoofdstukken gewijd aan de toepassing bij mensen met een verstandelijke beperking waaronder jeugdigen met een LVB.

Conclusie

Bij een substantieel aantal jeugdigen met een LVB lijkt er sprake te zijn van trauma- en stressor-gerelateerde stoornissen. Dat komt doordat ze vaker worden blootgesteld aan potentieel traumatische gebeurtenissen en 'life events' dan gemiddeld begaafde jeugdigen en bovendien minder goed in staat zijn om ingrijpende negatieve gebeurtenissen op een natuurlijke wijze te verwerken. Als de posttraumatische stressklachten niet tijdig worden onderkend en vervolgens effectief worden behandeld, heeft dat op de lange duur ernstige negatieve gevolgen. Deze gevolgen gaan verder dan de hoge lijdensdruk bij de jeugdige en diens omgeving. De hoge zorgkosten die aan ineffectieve zorg verbonden zijn drukken onnodig op het maatschappelijk budget dat ons ter beschikking staat. Wij pleiten dan ook voor het standaard afnemen van de ADIS-C-LVB sectie PTSS bij bijzondere risicogroepen. Hierbij denken we met name aan jeugdigen met een LVB die uit huis zijn geplaatst of waarbij uithuisplaatsing dreigt, aan jeugdigen die vanwege psychische klachten een beroep doen op de geestelijke gezondheidszorg, aan jeugdigen die in aanraking komen met politie en justitie, de verslavingszorg en jeugdigen die dakloos zijn.

EMDR is een voor jeugdigen met een LVB geschikte en al ruim toegepaste vorm van psychotherapie, die niet alleen voor PTSS, maar ook voor andere vormen van psychopathologie kan worden ingezet als de klachten het gevolg zijn van niet goed verwerkte traumatische of anderszins stresserende gebeurtenissen. EMDR-therapie dient te worden uitgevoerd door goed geschoolde professionals (gz-psycholoog, orthopedagoog-generalist, psychotherapeut of psychiater) met een erkende opleiding in EMDR. Omdat jeugdigen met een LVB extra afhankelijk zijn van hun omgeving moet de context worden meegenomen in het proces van diagnostiek en behandeling en is passende ondersteuning van belangrijke anderen nodig bij de opvoeding en begeleiding van deze jeugdigen. Daar hoort ook behandeling van hun eigen trauma- en stressor-gerelateerde klachten bij mits noodzakelijk voor het herstel van de jeugdige en diens verdere ontwikkeling in een gezond systeem. Vervolgonderzoek is nodig om tijdige, efficiënte en effectieve systeemgerichte diagnostiek en behandeling van psychotrauma bij jeugdigen met een LVB verder wetenschappelijk te onderbouwen.

Referentielijst

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Auteur.
- Alisic, E. (2012). *Kinderen ondersteunen na trauma*. Amsterdam: Boom.
- Alisic, E., Jongmans, M., van Wesel, F., & Kleber, R. (2011). Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 736-747.

- Alisic, E., Zalta, A., Van Wesel, F., Larsen, S., Hafstad, G., Hassanpour, K., & Smid, G. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *204*, 335-340.
- Baddely, A. (2012). Working memory: Theories, models and controversies. *Annual Review of Psychology*, *63*, 1-29.
- Beer, R., & de Roos, C. (in druk). *Handboek EMDR kinderen en jongeren*. Tiel: Lannoo.
- Bomyea, J., Risbrough, V., & Lang, A. (2012). A consideration of select pre-trauma factors as key vulnerabilities in PTSD. *Clinical Psychology Review*, *32*, 630-641.
- Commissie Samson. (2012). *Omringd door zorg, toch niet veilig: Seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen, 1945 tot heden*. Amsterdam: Boom.
- Coppens, L., & van Kregten, C. (2012). *Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: Een training voor opvoeders; handboek voor trainers*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- de Jongh, A., Ernst, R., Marques, L., & Hornsveld, H. (2013). The impact of eye movements and tones on disturbing memories of patients with PTSD and other mental disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *44*, 447-483.
- de Jongh, A., & ten Broeke, E. (2011). *Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelmethodede voor de gevolgen van psychotrauma*. Amsterdam: Pearson.
- de Roos, C., & Beer, R. (2013). Systeemtherapie en EMDR, een goed koppel. *Systeemtherapie*, *25*, 6-18.
- Didden, R., Mevissen, L., Korzilius, H., & de Jongh, A. (manuscript in voorbereiding). *Assessing Posttraumatic stress disorder in adults with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning: Psychometric properties of the ADIS-C-LVB sectie PTSS*.
- Diehle, J., Schmitt, K., Daams, J., Boer, F., & Lindauer, R. (2014). Effects of psychotherapy on trauma-related cognitions in posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, *27*, 257-264.
- Doering, S., Ohlmeier, M.-C., de Jongh, A., Hofmann, A., & Bisping, V. (2013). Efficacy of a trauma-focused treatment approach for dental phobia: A randomized clinical trial. *European Journal of Oral Sciences*, *121*, 584-593.
- Fletcher, R., Loschen, R., Stavrakaki, C., & First, M. (Eds.) (2007). *Diagnostic manual – intellectual disability (DM-ID)*. Kingston, NY: NADD press.
- Hatton, C., & Emerson, E. (2004). The relationship between life events and psychopathology amongst children with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *17*, 109-117.
- Kilmer, R. (2006). Resilience and posttraumatic growth in children. In L. Calhoun & R. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 264-288). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lovett, J. (1999). *Small wonders: Healing childhood trauma with EMDR*. New York: The Free Press.
- Mevissen, L., Barnhoorn, E., Didden, R., Korzilius, H., & de Jongh, A. (2014). Clinical assessment of PTSD in children with mild to borderline intellectual disabilities: A pilot study. *Developmental Neurorehabilitation*, *17*, 16-23.
- Mevissen, L., Didden, R., & de Jongh, A. (2016a). EMDR voor trauma- en stressorgerelateerde klachten bij patiënten met een verstandelijke beperking: Overzicht en casusbespreking. *Directieve Therapie*, *36*, 5-26.
- Mevissen, L., Didden, R., & de Jongh, A. (2016b). EMDR-therapie voor posttraumatische stressstoornis bij kinderen en adolescenten met een licht verstandelijke beperking: Een multiple baseline studie. *Directieve Therapie*, *36*, 169-183.
- Mevissen, L., Didden, R., & de Jongh, A. (2016c). Posttraumatische-stressstoornis (PTSS). In R. Didden, P. Troost, X. Moonen & W. Groen (Red.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 169-181). Utrecht: De Tijdstroom.
- Mevissen, L., Didden, R., & de Jongh, A. (2016d). Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR). In R. Didden, P. Troost, X. Moonen & W. Groen (Red.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 411-426). Utrecht: De Tijdstroom.
- Mevissen, L., Didden, R., Korzilius, H., & de Jongh, A. (2016). Assessment of posttraumatic stress disorder in children with mild to borderline intellectual disabilities. *European Journal of Psychotraumatology*, *7*, 29786.
- Mevissen, L., & Ross, A. (2014). Samen beter worden: EMDR na trauma helpt kind - maar vergeet de ouders niet. *Kind & Adolescent Praktijk*, *13*, 14-22.
- Nazari, H., Momeni, N., Jariani, M., & Tarahi, M. (2011). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing with citalopram in treatment of obsessive compulsive disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *15*, 270-274.

- Novo, P., Landin-Romero, R., Radua, J., Vicens, V., Fernandez, I., Garcia, F., . . . Amman, B. (2014). Eye movement desensitization and reprocessing therapy in subsyndromal bipolar patients with a history of traumatic events: A randomized, controlled pilot study. *Psychiatry Research*, *219*, 122-128.
- Pietrzak, R., Goldstein, R., Southwick, S., & Grant, B. (2012). Psychiatric comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder among older adults in the United States. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *20*, 380-390.
- Shapiro, F. (2012). *Getting past your past: Take control of your life with self-help techniques from EMDR therapy*. New York: Rodale.
- Struik, A. (2016). *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen* (2^e druk). Amsterdam: Pearson.
- van den Berg, D., de Bont, P., van der Vleugel, B., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *72*, 259-267.
- Wanders, F., Serra, M., & de Jongh, A. (2008). EMDR versus CBT for children with self-esteem and behavioral problems: A randomized controlled trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, *2*, 180-189.
- Wieland, J., Kaptein-de Haan, S., & Zitman, F. (2012). Psychiatric disorders in outpatients with borderline intellectual functioning: Comparison with outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry*, *4*, 213-219.
- Wieland, J. (2016). *Psychopathology in borderline intellectual functioning: Explorations in secondary healthcare*. Proefschrift. Universiteit van Leiden.
- Wissink, I. B., van Vugt, E. S., Moonen, X., Stams, G. J. J. M., & Hendriks, J. (2015). Sexual abuse involving children with an intellectual disability (ID): A narrative review. *Research in Developmental Disabilities*, *36*, 20-35.
- World Health Organisation. (2013). *Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress*. Geneva: auteur.