

# Intensieve behandeling bij adolescenten vluchtelingen

Tekst: Petra Fokkema en Ytje van Pelt

Regelmatig horen we dat traumabehandeling niet wordt gestart of vroegtijdig wordt afgebroken vanwege (angst voor) ontregeling bij complexe problematiek met hevige dissociatie en herbelevingen. Dit geldt in het bijzonder voor traumabehandeling aan vluchtelingen. Naar aanleiding van de bijdragen van respectievelijk Harmen Zoet over werkgeheugenbelasting en Dana Sofi en zijn collega's over vluchtelingen in het EMDR Magazine #17 (2018), beschrijven we hier een praktijkvoorbeeld dat aansluit bij de bevindingen van deze auteurs. Met aanpassingen in de traumabehandeling binnen een intensief klinisch behandelklimaat, met een relatief kortdurend behandeltraject en met de nodige durf, is bij deze problematiek een effectieve traumabehandeling mogelijk.

Fatu is een zeventienjarige adolescente afkomstig uit Sierra Leone. Op dertienjarige leeftijd is ze met haar vader gevlucht naar Nederland. Twee jaar later vond gezinshereniging plaats. Het gezin woont in een AZC; de asielprocedures lopen nog. De grootmoeder van Fatu was in Sierra Leone natuurgenezeres. Fatu was voorbestemd om deze rol binnen de gemeenschap over te nemen. Tijdens het inwijdingsritueel kwam het kind te overlijden dat aan de beurt was voordat Fatu besneden zou gaan worden. Vader is vervolgens met Fatu gevlucht. De gemeenschap wilde dit voorkomen door achter hen aan te gaan met machetes, waarbij Fatu gewond is geraakt. Tijdens de traumabehandeling blijkt later dat Fatu daarna is verkracht door de persoon bij wie zij met haar vader uiteindelijk onderdak vond. Een situatie met veel onmacht en hulpeloosheid omdat de man dreigde hun schuilplaats te zullen verraden als zij over de verkrachting aan vader zou vertellen. Daar kwam nog eens bij dat Fatu's moeder haar eerder verteld had dat verstoting zou volgen als zij vrijwillig of gedwongen seksueel actief zou zijn voor het huwelijk.

## Reden tot klinische behandeling

Fatu heeft extreme aanvalsgewijze pijnklachten, vaak gevolgd door flauwvallen, die jarenlang zijn geduid als somatisch en hebben geleid tot veel ziekenhuisopnames. Bij Fatu is sprake van sterke (overlevings-)schuld, een groot schaamtegevoel en een negatief zelfbeeld ('Ik ben een slecht persoon'). Op de polikliniek is eerder getracht traumabehandeling te starten, maar vanwege hevige dissociatie en herbelevingen werd deze afgebroken. Om te voorkomen dat er in plaats van traumabehandeling een langdurend stabilisatietraject ingezet gaat worden, wordt zij aangemeld voor een Klinische intensieve traumabehandeling.

## Diagnostiek, indicatiestelling en casusconceptualisatie

Op basis van de *Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents interview* (CAPS-CA) wordt vastgesteld dat haar klachten aan de diagnostische criteria van een PTSS voldoen, met een ernstscore van 105. De PTSS-klachten zijn dus extreem.

In de casusconceptualisatie kiezen we als aangrijppingspunt van de behandeling voor de intrusieroute (*rechtstreeks*) middels EMDR. De targetbeelden met de hoogste actuele SUD zijn het dode kind, de vlucht uit het huis, de confrontatie met de dorpelingen met machetes, de vlucht met vader uit Sierra Leone en de verkrachting.

## Intensieve traumabehandeling

De EMDR wordt gedurende vijf weken vijf dagen per week tweemaal daags (zestig tot negentig minuten) in een carrousel-constructie met een viertal EMDR therapeuten geboden, afgewisseld met activatie in de vorm van sport en bewegen. Voor de EMDR kiezen we op basis van de casusconceptualisatie én de ervaringen op de polikliniek en de wetenschap rond de noodzaak ervan, voor veel werkgeheugenbelasting (oogbewegingen, trillers in de broekzak en mee-tappen). We starten met psycho-educatie waarin we de *window of tolerance*, de rationale van EMDR en de rol van het lichaam bij trauma bespreken. Uitgebreid aan de orde komt het verband tussen de somatische uiting van stress en emoties. Deze uitleg herhalen we gedurende de behandeling veelvuldig, omdat Fatu ook tijdens de EMDR-sessies en op de klinische behandelgroep extreme aanvalsgewijze pijn-aanvallen heeft, gevolgd door flauwvallen. In de eerste sessie, twintig seconden na de opstart van het ▶



eerste targetbeeld (het dode kind) treedt een sterk dissociatieve reactie op, waarbij Fatu met de ogen wijd open op de grond zakt, en gedurende vijftien minuten nergens op reageert. Daarna krijgt Fatu een herbeleving. Zij kruipt in het hoekje van de kamer weg, prevelt Afrikaanse woorden en is zichtbaar doodsbang. Daarop brengt de therapeut verbinding aan door op gepaste afstand zacht met haar te praten.

### Maximale werkgeheugenbelasting

Vervolgens wordt, in lijn met Schauer en Elbert (2010), voorafgaand aan de tweede EMDR-sessie gestuurd op voldoende eten. Zij beschrijven dat voldoende inname bij patiënten met dissociatieve problematiek van belang is vanwege de mogelijke verergering van de zogenaamde *shut-down-reactie* als er een tekort is. Fatu's bloedsuikerspiegel houden we dus op peil om de kans op een dissociatieve reactie te verkleinen. In de sessies zelf zetten we in op verhoogde activatie met maximale werkgeheugenbelasting door tegelijk te werken met de oogbewegingen en trillers. Ook voegen we extra werkgeheugenbelasting toe middels spraakactivatie (rekensommen, tellen en kleuren benoemen), sensorische activatie (ice packs) en motorische activatie (fietsen op een *crosstrainer*). Om de werkgeheugenbelasting binnen de EMDR-procedure te optimaliseren ondersteunt een HBO-behandelaar van de behandelafdeling de EMDR-therapeut bij de sessies. De HBO-behandelaar zorgt voor het koelen met de ice packs (sensorische activatie) en ondersteunt Fatu bij het blijven zitten op de *crosstrainer*. Binnen de associaties blijft de aandacht vooral gericht op wat Fatu voelt in haar lijf en waar ze dat voelt, om zo de koppeling tussen lichamelijke spanning en emoties te blijven leggen. Tijdens de behandeling behandelen we de irrationele overtuigingen zoals de angst om gek te worden, de angst

op een ondraaglijk leven en de angst voor vervloeking door grootmoeder middels de *flashforward*-procedure. Door de behandeling vinden cognitieve veranderingen plaats ten aanzien van het thema schuld en schaamte en ontstaat bij Fatu het vertrouwen om over de verkrachting te vertellen. In de daarop volgende periode lukt het Fatu zowel tijdens EMDR-sessies als daarbuiten veel vaker binnen haar *window of tolerance* te blijven. De verwerking vindt plaats met volledige SUD-dalingen ten aanzien van de herinneringen en een afname van de PTSS-klachten.

De aanwezige HBO-behandelaar zorgt voor de overdracht tussen therapie- en behandelafdeling. Fatu geeft aan dat hierdoor haar veiligheidsgevoel tussen de EMDR-sessies vergroot is en ervaart dit als helpend om de behandeling vol te kunnen houden.

### Evaluatie van de behandeling

Bij afsluiting van de behandeling blijkt uit de scores op de CAPS-CA dat Fatu niet langer voldoet aan de criteria van een PTSS. Er is een duidelijke vermindering van de schuld- en schaamtegevoelens. Van extreme pijnklachten is geen sprake meer. Fatu gaat weer naar school en vlucht niet langer voor de beelden, gedachten en gevoelens.

Met dit artikel willen we andere behandelaars van patiënten die lijden onder hevige dissociatie en herbelevingen stimuleren, om net als bij Fatu een traumagerichte behandeling te bieden. Waar nodig zijn aanpassingen mogelijk, zodat EMDR ook voor deze doelgroep ingezet kan worden. Met voldoende technische kennis over EMDR, ondersteuning van medebehandelaars in een kliniek in de vorm van een ITB én durf kan dat zeker. ■

### Referenties

- Schauer, M., & Elbert, T., (2010). Dissociation following traumatic stress. Etiology and treatment. *Journal of Psychology* 218(2), 109-127.
- Sofi D., Van Ee, E., & De Jongh, A. (2018). Een handleiding voor EMDR bij vluchtelingen. *EMDR Magazine* 17 (6), 30-31.
- Zoet, H. (2018). Werkt een PTSS-behandeling minder goed als er sprake is van dissociatie? *EMDR Magazine* 17 (6), 57.

**Drs. P.J. Fokkema is als orthopedagoog generalist (NVO), cognitief gedragstherapeut (VGCT) en EMDR Practitioner (VEN) werkzaam bij Accare Intensieve Zorg te Smilde.**

**Drs. Y.T. van Pelt is als orthopedagoog generalist (NVO), cognitief gedragstherapeut (VGCT) en EMDR Practitioner & Supervisor K&J en volwassenen (VEN) werkzaam bij Accare Intensieve Zorg te Smilde en bij supervisiepraktijk Studium Nexus.**