

## TRAUMABEHANDELING KAN WEL! DE TOEPASSING VAN DE SLAPENDE HONDEN METHODE BIJ JEUGDIGEN EN VOLWASSENEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

Arianne Struik<sup>1</sup>  
Barbara van Blanken<sup>2</sup>

*Traumatisering wordt bij jeugdigen met een verstandelijke beperking vaak niet herkend. Behandeling richt zich op symptomen, maar als de traumatisering onbehandeld blijft, kan dit onvoldoende effectief zijn of verergeren de klachten. Behandeling van traumatisering bij jeugdigen met een verstandelijke beperking is echter goed mogelijk. In de praktijk wordt er vaak afgezien van een behandeling gericht op het verwerken van traumatische herinneringen, omdat de jeugdige en zijn systeem niet 'stabiel' genoeg is en men geen 'slapende honden wil wakker maken'. De complexe traumatisering, de systemen waarin de kinderen opgroeien en veelheid aan problemen in het dagelijks leven van deze kinderen, jongeren en volwassenen bemoeilijkt het vormgeven van een traumabehandeling. In dit artikel wordt de toepassing van de Slapende Honden methode (Struik, 2016) bij deze doelgroep aan de hand van een casus beschrijving geïllustreerd.*

### Inleiding

Traumatisering komt veel voor bij jeugdigen met een verstandelijke beperking, enerzijds doordat ze vaker worden blootgesteld aan traumatiserende gebeurtenissen en anderzijds doordat ze minder goed instaat zijn deze gebeurtenissen op natuurlijke wijze te verwerken (Mevisen & Didden, 2017). Het doel van dit artikel de lezers te laten kennismaken met de Slapende Honden methode (Struik, 2016) die, gecombineerd met eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR; Shapiro &

Forrest, 2001), naar onze verwachting geschikt is als behandelingsvorm bij getraumatiseerde jeugdigen en volwassenen met een verstandelijke beperking.

In dit artikel wordt de Slapende Honden behandeling kort beschreven, geïllustreerd aan de hand van het geanonimiseerde verhaal van Daisy, een inmiddels zes-en-twintig jarige vrouw, met een licht verstandelijke beperking. Vanaf heel jonge leeftijd werd ze blootgesteld aan fysiek, seksueel en psychisch geweld door verschillende plegers en sinds haar geboorte was ze getuige van huiselijk geweld tussen haar ouders. De traumatisering bleef de eerste zeventien jaar van haar leven onopgemerkt, waardoor ze verder getraumatiseerd raakte. Ze werd gediagnosticeerd met een verstandelijke beperking, een angststoornis, schizofrenie, een stemmingsstoornis en kenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis, alvorens er een posttraumatische stress stoornis en uiteindelijk een dissociatieve identiteitsstoornis werd vastgesteld.

### Complexe traumatisering

Traumatisering bij jeugdigen met een verstandelijke beperking is vaak complex. Er kan sprake zijn van kindermishandeling, verwaarlozing en een onveilige hechting. Daarnaast kan de verstandelijke beperking leiden tot onbegrip, veelvuldige faalervaringen en pestervaringen. Naarmate jeugdigen met een verstandelijke beperking ouder worden, wonen ze doorgaans in een pleeggezin, gezinshuis of

---

<sup>1</sup> Arianne Struik is ontwikkelingspsycholoog/ systeemtherapeut bij het Institute for Chronically Traumatized Children (correspondentie adres: ariannestruik@hotmail.com).

<sup>2</sup> Barbara van Blanken is GZ-psycholoog/EMDR-practitioner bij het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie, GGZ Drenthe.

instelling (Mevisen & Didden, 2017), waardoor het risico op niet bij de leeftijd passende seksuele ervaringen of seksueel misbruik toeneemt (Mevisen & Didden, 2017). Ook medische problemen en dus medisch trauma, komt vaker voor bij deze doelgroep (Mevisen, 2016). Er zijn minder beschermende factoren aanwezig, zoals sociale steun, een veilige hechting en er is vaak minder begrip van hetgeen er is gebeurd (Scharloo, Ebbers, & Spijker, 2013). Ook bij Daisy was er sprake van complexe traumatisering.

*Daisy is vanaf haar zesde tot haar negende psychisch en fysiek mishandeld en ernstig seksueel misbruikt door haar vader en andere mannen die hem hiervoor betaalden. Hierbij had hij steeds een paar scherpe messen naast zijn bed liggen die hij regelmatig sleep in het bijzijn van Daisy. Hij misbruikte haar 's avonds en 's nachts als moeder sliep en tijdens drie weken dat moeder opgenomen was in het ziekenhuis. Hij zei steeds dat ze een waardeloos kind was, een sekshoerkind met wie alle mannen later seks zouden hebben. Hij zei dat de duivel in haar zat en dat hij die eruit moest halen door de seks en het slaan. Ook vernielde hij veel van haar spullen, speelgoed en knuffels. Vader mishandelde ook moeder en broertje. Toen Daisy negen jaar was vluchtte moeder met de beide kinderen naar een Blijf van mijn lijf huis.*

### **Klachten**

Ten gevolge van complexe traumatisering is er meestal sprake van een combinatie van trauma-gerelateerde klachten en hechtingsproblemen (Van der Kolk et al., 2009). Chronisch getraumatiseerde kinderen hebben naarmate de traumatisering complexer is, een grotere kans om minder posttraumatische stress symptomen en ernstiger, niet-trauma gerelateerde symptomen te vertonen (Jonkman, Verlinden, Bolle, Boer, & Lindauer, 2013). De klachten kunnen vaker tot uitdrukking komen in gedragsproblemen, zeker naarmate de beperking in communicatie ernstiger is. Soms kan dat leiden tot zeer agressief of zelfbeschadigend gedrag en bij een lager niveau kan de

jeugdige de neiging ontwikkelen om alle vormen van emotioneel contact te ontlopen en gesloten en afwerend gedrag gaan vertonen (Mevisen, 2016; Scharloo et al., 2013). In de praktijk blijken dissociatie en somatoforme dissociatie, lichamelijke klachten of uitval bij deze doelgroep regelmatig voor te komen (Scharloo et al., 2013). De verstandelijke beperking vergroot het risico van jeugdigen op herhaald slachtofferschap (Scharloo et al., 2013). In een rapport over loverboy-problematiek van het Verwey-Jonker Instituut (2011) worden meisjes met een licht verstandelijke beperking tevens beschreven als risicogroep om slachtoffer worden van een loverboy.

### **Veel trauma niet herkend**

Het herkennen van traumatisering bij chronisch getraumatiseerde kinderen wordt bemoeilijkt, doordat er minder posttraumatische stresssymptomen zijn. Daarnaast kunnen de beperkte verbale vermogens en communicatieve vaardigheden van jeugdigen met een verstandelijke beperking het nog lastiger maken om traumasymptomen, dissociatie of zelfs een dissociatieve stoornis te herkennen. Tevens is er nauwelijks wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot deze doelgroep en is pas recentelijk is het klinisch interview 'Anxiety Disorders Interview Schedule- Child- Licht Verstandelijke Beperking' (ADIS-C-LVB) ontwikkeld om traumatisering, traumasymptomen en de impact daarvan op het dagelijks leven in kaart te brengen bij deze doelgroep (Mevisen, 2016).

Als de problemen zich uiten in gedragsklachten richt behandeling zich al snel op het probleemgedrag, zonder de onderliggende oorzaak aan te pakken. De casus van Daisy illustreert dat.

*Daisy volgde aanvankelijk regulier basisonderwijs en was een stil, aangepast meisje. Toen ze op haar negende uit het Blijf van mijn lijf-huis kwam, werd de verstandelijke beperking vastgesteld en ging ze naar het speciaal basisonderwijs. De vroegkinderlijke chronische traumatisering door het huiselijk geweld bleef onbehandeld, waarschijnlijk door de voorna-*

*melijk internaliserende problematiek van Daisy. Dat er ook sprake was van seksueel misbruik, psychische en fysieke mishandeling van Daisy was toen nog niet bekend. Daisy ging destijds vaak bij de meester op schoot zitten, maar op school werd ook dit niet als zorgelijk geïnterpreteerd.*

Bij Daisy was er ook sprake van herhaald slachtofferschap.

*Rond haar elfde ging Daisy's moeder samenwonen met een nieuwe vriend, die vaak seksueel getinte opmerkingen maakte en die Daisy later ook betastte. In die periode ging ze ook af en toe bij opa en oma van moederszijde logeren, waar ze eveneens werd betast (door opa, die ook moeder seksueel misbruikt had en Daisy altijd grote cadeaus gaf). Daisy ging zich onveilig voelen en werd steeds banger voor mannen.*

Onbehandelde vroegkinderlijke traumatisering kan verregaande gevolgen hebben op alle ontwikkelingsgebieden (Felitti et al., 1998; Schore, 2001; Van der Kolk et al., 2009) en ook bij Daisy werden de problemen steeds groter.

*Op haar twaalfde werd binnen de kinderpsychiatrie een angststoornis vastgesteld waarvoor ze werd behandeld, helaas met weinig succes. Toen Daisy zestien jaar was, werd ze voor vier maanden met een inbewaringstelling (IBS) opgenomen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Daisy verwondde zichzelf, was erg bang voor mannen en had last van stemmen. Ze werd gediagnosticeerd met schizofrenie. Daisy werd gedurende de opname verscheidene malen gesepareerd waarbij ze werd uitgekleed door mannelijke begeleiders.*

*Daisy werd vervolgens op haar achttiende met een stemmingsstoornis aangemeld bij een polikliniek voor mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek. Ze was zo angstig dat ze nauwelijks durfde te praten en op elke vraag timide antwoordde: "weet ik niet". Haar vaste begeleider, die haar inmiddels goed kende, kwam steeds mee en*

*vertelde voor haar wat ze had meegemaakt. Daar werd uiteindelijk een posttraumatische stressstoornis vastgesteld.*

### **Ouders met een verstandelijke beperking / complexe gezinnen**

De praktijk wijst uit dat jeugdigen met een verstandelijke beperking vaak opgroeien in multiprobleem gezinnen waarbij één of beide ouders ook een verstandelijke beperking heeft en er sprake is van intergenerationale traumatisering. Het bieden van een veilige hechting wordt bemoeilijkt als ouders zelf een verstandelijke beperking hebben en bijvoorbeeld niet kunnen mentaliseren (d.w.z. het begrijpen van eigen en andermans gedrag door het te koppelen aan mentale toestanden zoals overtuigingen, wensen, gevoelens en gedachten) en minder sensitief-responsief zijn. Maar ook medische problemen kunnen ervoor zorgen dat er blijvende traumatisering is en daarnaast kunnen financiële zorgen de situatie verder bemoeilijken. Ook Daisy groeide op in een dergelijk multiprobleem gezin.

*Daisy's moeder heeft ook een verstandelijke beperking en is eveneens in haar jeugd misbruikt door haar vader. Ze was zo bang voor haar man dat ze heel lang niet heeft durven vluchten. Vader zou psychiatrische problematiek hebben gehad, maar er is verder niets over hem bekend. Daisy heeft hem na haar negende jaar niet meer gezien. Daisy's drie jaar jongere broertje heeft een ernstige verstandelijke beperking en autisme. Hij heeft veel gedragsproblemen en het zou kunnen dat ook hij mishandeld en misbruikt is door vader. Sinds zijn zesde jaar spreekt hij niet meer.*

### **Traumabehandeling**

EMDR en trauma-focused cognitieve gedragstherapie (TF-CGT) (Cohen, Mannerino, & Deblinger, 2006) zijn eerste keus behandelingen voor kinderen, jongeren en volwassenen met een posttraumatische stress stoornis (Cohen et al., 2010; World Health Organization, 2013). Deze behandelingen richten zich op het werken van traumatische herinneringen, zodat

deze in het hier en nu geen klachten meer veroorzaken. Ook voor kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking lijkt EMDR een geschikte, doeltreffende behandeling te zijn (Mevisen & Didden, 2017; Mevisen, Didden, Korzilius, & de Jongh, 2017). Deze behandelingen kunnen echter alleen worden ingezet als de jeugdige of volwassene over zijn of haar herinneringen kan en wil praten of toelaat dat deze traumatische herinneringen worden geactiveerd. Dit bleek bij Daisy het geval.

*Na het vaststellen van de posttraumatische stressstoornis leerde Daisy steeds beter zelf verwoorden wat er in haar omging. Ze wilde graag af van de voortdurende nare herinneringen, nachtmerries, herbelevingen en boze personen in haar hoofd die zeiden dat ze zichzelf moest verwonden en haten. Ze wilde zichzelf niet langer haten en niet meer bang zijn voor mannen en ze wilde aanraking leren verdragen. Ze zei: 'Ik haat mezelf, ik ben slecht, wat er is gebeurd, is mijn schuld, alle mannen zijn slecht, mensen zijn niet te vertrouwen.' In haar dagelijks leven kwam ze voortdurend triggers tegen. Ze kon geen seks hebben, kon seksueel getinte grapjes niet verdragen en werd extreem angstig als ze in de buurt was van een man met een getinte huidskleur (vader en de andere mannen die het misbruik destijds pleegden hadden een getinte huidskleur). Daisy was bang en schrikachtig bij iedere aanraking, had moeite met tanden poetsen, omdat de tandpasta in haar mond haar deed denken aan sperma. Ze kon niet tegen glibberig vlees, schreeuwen en harde stemmen. Daarnaast had ze nog nare beelden van de separaties tijdens opnames.*

*Omdat er duidelijke klachten waren, Daisy gemotiveerd was en ze voldoende stabiel leek, startte ze met een EMDR-behandeling, conform de richtlijnen. Echter het werken aan de traumatische herinneringen met EMDR leidde tot een sterke verslechtering van haar functioneren. Daisy ging meer dissociëren. Ze vertelde dat de personen in haar hoofd voortdurend tegen haar praatten en haar de opdracht gaven zichzelf te beschadigen en te suïcidieren.*

*Daarnaast was ze bang voor straf en slaag. Ze kon niet meer alleen zijn, omdat ze suïcidaal was en erg automutileerde. Ze sneed zichzelf met stukken glas. Meestal wist ze achteraf niet meer dat ze dit had gedaan.*

*Daisy werd op haar negentiende opnieuw klinisch opgenomen voor een aantal maanden in de psychiatrie. Er werd niet afgestemd met haar poliklinische behandelaar en het behandelteam diagnosticeerde haar met kenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis, zonder de traumatisering te herkennen. Als Daisy automutileerde, werd dat beschouwd als het vragen van aandacht en greep de groepsleiding niet in. Daisy werd wederom een aantal malen uitgekleeft en gesepareerd, traumatische ervaringen, waarvoor ze later EMDR kreeg.*

*Daisy ging weer naar huis, waar ze was gaan samenwonen met Henk, die ook een verstandelijke beperking had. Haar moeder woonde dichtbij en haar broer woonde in een instelling. Overdag ging ze naar de zorgboerderij van waaruit zij en haar man ambulante begeleiding kregen van een persoonlijke begeleider, parallel aan de poliklinische behandeling. Deze persoonlijke begeleider meldde haar opnieuw aan bij de polikliniek voor mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek, omdat hij er van overtuigd was dat er traumabehandeling nodig was.*

De vasthoudendheid van deze begeleider om Daisy te laten participeren in traumabehandeling, is voor het herstel van Daisy erg belangrijk geweest. Helaas wordt er in de praktijk echter meestal geadviseerd om de traumatisering met rust te laten tot de jeugdige eraan toe is en op die manier dus geen 'slapende honden wakker te maken'. Dat druist echter in tegen de wetenschappelijk kennis die er is op dit gebied. De internationale richtlijnen voor de behandeling van posttraumatische stress bij jeugdigen adviseeren om bij een verslechtering van klachten de traumabehandeling niet te staken, maar interventies in te zetten om de jeugdige te versterken (Cohen et al., 2010), middels

een gefaseerde behandeling, waarbij er in de stabilisatiefase wordt toegewerkt naar het verwerken van traumatische herinneringen (Child and Adolescent Committee of the European Society on Trauma and Dissociation, 2017). Bij jeugdigen met een verstandelijke beperking en hun complexe, instabiele systemen wordt gestreefd naar het hanteerbaar maken van de instabiliteit en 'good enough stability', oftewel, een mate van stabiliteit die net voldoende is voor de jeugdige om de traumaverwerkings-sessies te kunnen doorstaan. Een zorgvuldige analyse van de situatie is belangrijk, om zo een plan te maken om deze delicate balans te bereiken. De Slapende Honden methode biedt hiervoor een raamwerk.

#### **Gefaseerde trauma-focused behandeling met de Slapende Honden methode**

Slapende Honden is een gefaseerde behandelingsmethode (zie tabel 1) voor vroegkinderlijk, chronisch getraumatiseerde kinderen die voorbereiding nodig lijken te hebben om met traumaverwerking te kunnen starten. Voorafgaande aan behandeling wordt een analyse gemaakt van het kind en zijn of haar netwerk aan de hand van zes testen, om zo in kaart te brengen wat mogelijke redenen zijn voor niet kunnen of willen starten met traumaverwerking bij een kind. Aan de hand van die analyse wordt een plan gemaakt met interventies om de mogelijke blokkades voor het kind en zijn of haar netwerk op te heffen (in de stabilisatiefase van



**Figuur 1.** *Tuimelaar: hanteerbaar maken van de instabiliteit*



behandeling). Als de blokkades zijn opgeheven en het kind kan en wil starten met traumaverwerking, dan volgt de fase van traumaverwerking waarin de traumatische herinneringen, die de klachten van het kind veroorzaken, worden verwerkt. In de daaropvolgende integratiefase wordt gewerkt aan het integreren en consolideren van veranderen en het vergroten van de weerbaarheid tegen nieuwe mogelijke traumatisering in de toekomst.

De Slapende Honden methode is een systeemgerichte methode en biedt niet alleen structuur bij het vormgeven van de behandeling, maar beschrijft tevens hoe er kan worden samengewerkt met het netwerk, verzorgers en begeleiders. Daarnaast kan de Slapende Honden methode ook richting geven aan beslissingen van een voogd of gezinsvoogd over bijvoorbeeld omgang met familie, wel of niet begeleiden van omgang, en helderheid over het toekomstperspectief met betrekking tot de woonsituatie van de jeugdige. De Slapende Honden methode, inclusief de toepassing van deze methode bij mensen met een verstandelijke beperking, staat uitgebreid beschreven in het boek *Slapende Honden? Wakker maken!* (Struik, 2016). In een pilotstudie (N = 14) bleek dat alle kinderen, die aanvankelijk niet wilden of konden participeren in EMDR, met een combinatie van de Slapende Honden methode en EMDR hun traumatische herinneringen wél verwerkten in gemiddeld 7.57 sessies (Struik, Lindauer, & Ensink, 2017).

In de volgende paragrafen volgt een toelichting van de analyse met de 'Zes Testen' (zie tabel

2) en de algemene aspecten van een Slapende Honden behandeling, zoals de samenwerking met het netwerk, de aandacht voor? motivatie en psycho-educatie. Daarna volgt een beschrijving van de interventies in de stabilisatiefase, de fase van traumaverwerking en de integratiefase, geïllustreerd aan de hand van de behandeling van Daisy.

#### **Analyse met behulp van de Zes Testen**

De Slapende Honden methode maakt gebruik van de 'Zes Testen', ontwikkeld naar het model van de 'Drie Testen' voor volwassenen (Spierings, 2009), om een analyse te maken van de mate van stabiliteit van de jeugdige en zijn of haar systeem en om de mogelijke redenen in kaart te brengen voor het niet willen of kunnen praten over zijn of haar traumatische herinneringen door het kind. De behandelaar vult het Zes Testen formulier in, waarmee aan de hand van invulvragen met betrekking tot vijf thema's, alle mogelijke redenen bij een jeugdige voor het niet kunnen of willen praten over zijn of haar trauma's in kaart worden gebracht.

Veiligheid is de eerste thema bij de behandeling van trauma en hechting (Cohen et al., 2010; Zeanah, Cheshner & Boris, 2016). In de eerste test, Veiligheid, kijkt de behandelaar naar de veiligheid van de jeugdige aan de hand van vragen als: Is de jeugdige veilig nu? Zou het kunnen zijn dat de jeugdige zich nog niet voldoende veilig voelt of bang is er niet van zijn of haar ouders over te mogen praten? Is er pedagogische veiligheid, heeft de jeugdige een hechtingsfiguur die hem steunt en stimuleert?

**Tabel 1.** *Tijdsschema van de traumabehandeling met de Slapende Honden methode*

<b>ANALYSE</b>	<b>STABILISATIE FASE</b>	<b>TRAUMAVERVERKINGSFASE</b>	<b>INTEGRATIE FASE</b>
Zes Testen Formulier	Slapende Honden interventies bij test 1-6	EMDR of TF-CGT en Slapende Honden interventies	Slapende Honden interventies bij test 1-6

Het dagelijks leven van deze jeugdigen is doorgaans erg onrustig (Lanktree et al., 2012), wat ook een reden kan zijn om niet te willen of kunnen praten over trauma's. In de tweede test komen de problemen in het Dagelijks Leven aan de orde. Zou de jeugdige al teveel problemen ervaren, zodat er niet nog meer bij kan? Of is de jeugdige bang dat zijn of haar gedragsproblemen erger worden en hij of zij van school gestuurd wordt of uit huis moet? Of spijbelt de jeugdige van school, draait hij of zij zijn of haar dag en nachtritme om?

Vroegkinderlijke, chronische traumatisering heeft een negatieve impact op de hechtingsrelaties van kinderen (Van der Kolk et al., 2009; Zeanah et al., 2016). Problemen in de hechtingsrelaties, test 3 Hechting, kunnen ook een reden zijn dat een jeugdige niet over zijn of haar herinneringen wil of kan praten. Hij of zij wil papa of mama bijvoorbeeld niet overstuur maken. Of, bij een uithuisplaatsing, is de jeugdige bang niet meer naar huis te mogen. Of de jeugdige maakt onvoldoende gebruik van zijn hechtingsfiguur om hem of haar te troosten en te reguleren, en het is de verwachting dat de jeugdige dermate zal dissociëren tijdens traumaverwerking, dat de traumaverwerking stagneert.

Vroegkinderlijk, chronisch getraumatiseerde kinderen hebben doorgaans ook problemen in de emotieregulatie (Schore, 2001). Angst voor gevoelens, zoals boosheid, verdriet of angst, en een gebrek aan emotieregulatie kunnen ook redenen zijn voor jeugdigen om niet te willen of te kunnen praten over hun trauma's. Hier wordt in test 4, Emotieregulatie, naar gekeken.

Bij de meeste vroegkinderlijk, chronisch getraumatiseerde kinderen zijn hun ouders verantwoordelijk voor de traumatisering (Sedlak et al., 2010). Omdat ouders ook verantwoordelijk zijn voor de veiligheid en kinderen van hen afhankelijk zijn, kan dat leiden tot ingewikkelde negatieve cognities over henzelf (Ehlers et al., 2003). Ze kunnen verantwoordelijkheid ervaren voor mishandeling of verwaarlozing en schuld-

gevoelens kunnen groot zijn en de jeugdige blokkeren, zeker als ouders het kind ook daadwerkelijk beschuldigen. Tijdens traumaverwerking moet de jeugdige zich gaan realiseren dat het niet zijn of haar schuld was en dat hij of zij geen slecht kind is. In test 5, de Cognitieve Shift, wordt bekeken in hoeverre de jeugdige voorbereiding nodig heeft om die verschuiving in cognities mogelijk te maken.

De Notendop, test 6, tenslotte, is een proef op de som om te kijken of de jeugdige al in staat is een overzicht te maken van zijn of haar traumatische herinneringen, zonder hierbij overspoeld te raken. Als dat lukt, is de jeugdige klaar voor de verdere traumaverwerking.

*Bij Daisy werd aan de hand van de Zes Testen een analyse gemaakt waaruit naar voren kwam dat er blokkades waren op alle gebieden. Ze had dus een stabilisatiefase nodig, voorafgaand aan de traumaverwerking om zo de instabiliteit hanteerbaar te maken. Het was nodig om meer veiligheid en rust in het dagelijks leven te creëren. De hechtingsrelaties boden onvoldoende steun, haar emotieregulatie was onvoldoende en ze had de beschuldigingen van haar vader geïnternaliseerd.*

*Daisy bleek tevens een dissociatieve stoornis te hebben, waarbij haar persoonlijkheid was opgedeeld in drie delen. Een deel van Daisy was een angstig en bang meisje dat doodsbang was voor de twee boze personen (dissociatieve delen) in haar. Ze was schrikachtig en niet weerbaar en ze toonde geen boosheid en kracht. Ten behoeve van de traumaverwerking was het noodzakelijk dat Daisy de agressie van die dissociatieve delen zou gaan integreren. Die agressieve gevoelens hadden haar waarschijnlijk zo angstig gemaakt, dat ze niet onder ogen wilde zien dat het haar gevoelens waren en dat blokkeerde waarschijnlijk de verwerking tijdens de EMDR behandeling. Daisy had dus meer voorbereiding nodig in een stabilisatiefase en de Slappende Honden behandeling werd daartoe ingezet.*

**Samenwerking verzorgers/ begeleiders en het netwerk**

Een centraal uitgangspunt van de Slapende Honden behandeling is de systeemgerichte visie en samenwerking met het netwerk. Niet alleen bij jeugdigen, maar ook bij volwassenen met een verstandelijke beperking is het noodzakelijk om systeemgericht te werken met verzorgers/ begeleiders en het netwerk om verschillende redenen (Struik, 2016). Jeugdigen met een verstandelijke beperking hebben meer moeite om te generaliseren en het geleerde zelf in de praktijk te brengen. Daar kan de verzorger of begeleider hen bij helpen. Ook hebben ze vaak onvoldoende inzicht in zichzelf, waardoor de behandelaar niet goed kan vertrouwen op hun zelfrapportage. Het is echter noodzakelijk om goed zicht te krijgen op het functioneren om het effect van interventies en de mate van instabiliteit te kunnen beoordelen. De verzorger of begeleider kan rapporteren welke veranderingen hij of zij heeft waargenomen. Daarom is bij voorkeur één van de verzorgers/ begeleiders aanwezig bij de Slapende Honden en EMDR sessies, om zo de verbinding te kunnen maken met het dagelijks leven.

Alle jeugdigen en volwassenen met een verstandelijke beperking hebben een steunfiguur nodig die hen stimuleert en ondersteunt. Professionals kunnen daar een belangrijke rol in vervullen. Deze steunrelaties zijn echter niet betrouwbaar voor de lange termijn, omdat professionals kunnen verhuizen of een andere baan kunnen krijgen. Biologische ouders en het netwerk van de jeugdige bieden deze continuïteit op de lange termijn wel en daarom is het noodzakelijk om hen ook te betrekken bij de behandeling. Als ze door eventuele eigen beperkingen ook snel overspoeld raken, kan dat worden gecompenseerd door professionals die ondersteuning bieden aan ouders. Er worden bij deze doelgroep minder hoge eisen aan de stabiliteit gesteld, oftewel, de stabiliteit hoeft niet perfect te zijn, maar 'good enough' (Kliethermes & Wamser, 2012). Het doel van de Slapende Honden methode is immers niet het

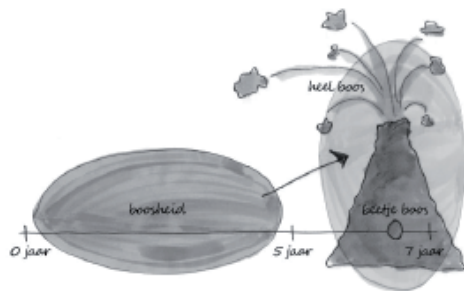
oplossen van alle problemen in het leven van deze jeugdigen, maar vooral het mogelijk maken van traumaverwerking, waardoor de trauma-gerelateerde klachten kunnen afnemen.

Als ouders, een partner of familieleden zelf ook een persoonlijk begeleider hebben, kan met diegene worden samengewerkt om de instabiliteit van het netwerk hanteerbaar te houden, bijvoorbeeld door herhaaldelijk psycho-educatie te bieden of diegene ter ondersteuning te laten deelnemen aan sessies.

Ook als biologische ouders (mede-)verantwoordelijk zijn voor de traumatisering worden ze, indien mogelijk en veilig, betrokken bij de behandeling. Zij kunnen hun kind toestemming geven om te praten over de herinneringen en hen ontschuldigen en indien mogelijk excuus maken. Samen met ouders, en eventueel hun begeleiders, kan een Traumaverwerkingsverhaal, één van de Slapende Honden interventies, worden gemaakt, een eenvoudig verhaal met tekeningen om het kind uit te leggen wat er gebeurd is, wat de intenties van de ouders en eventueel (gezins) voogd waren en wie er verantwoordelijk was in de ogen van de ouders. Ook kunnen ouders hun kind stimuleren en motiveren gedurende de behandeling om over de traumatische herinneringen te praten.

*De persoonlijke begeleider vergezelde Daisy bij alle Slapende Honden-sessies met de behandelaar. Zo werd de verbinding gemaakt tussen de behandelingsessies en het dagelijks leven, waar Daisy zelfstandig niet toe in staat was. Daisy's partner en moeder hadden het beste met haar voor, maar door hun eigen beperking reageerden ze vaak niet zo verstandig op haar en begrepen ze haar problemen ook niet altijd. Hierdoor raakte Daisy regelmatig ontregeld. Haar partner en moeder werden desondanks betrokken bij de behandeling, om met hen een aantal van de mogelijke blokkades van Daisy uit de weg te ruimen. Daisy's vader werd niet betrokken bij de behandeling, omdat hij onvindbaar was.*





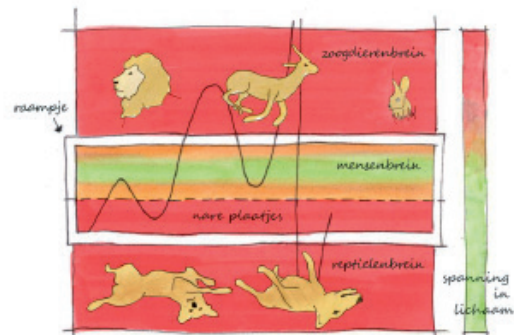
**Figuur 2.** De Vulkaan.

### Motivatie en Psycho-educatie

De Slapende Honden methode start met psycho-educatie aan de jeugdige en zijn of haar netwerk over de impact van traumatisering en de relatie tussen traumatische herinneringen en gedrag en gevoelens in het hier en nu. Een vereenvoudigde versie van een 'Window of Tolerance' (figuur 3) kan worden gebruikt om de verschillende stressreacties zoals vechten, vluchten, verstopten, bevriezen en submissie, uit te leggen en om te illustreren hoe chronische stress, veroorzaakt door onverwerkte herinneringen, de hoeveelheid dagelijkse stress die de jeugdige kan verdragen vermindert. Oftewel, die maken het raampje kleiner (Struik, 2016, pp. 110-116). De Vulkaan (figuur 2), een metafoor van een ontploffende vulkaan, wordt gebruikt om uit te leggen hoe oude gevoelens zoals boosheid of angst binnen in de jeugdige kunnen worden bewaard. Als de jeugdige zich dan een beetje boos of bang voelt, dan worden die oude gevoelens getriggerd en wordt hun boze of bange gevoel ineens heel groot en dan ontploffen ze als een vulkaan (Struik, 2016, pp. 106-107).

Door gebruik te maken van deze psycho-educatie kunnen de jeugdige en zijn of haar netwerk gaan begrijpen dat hun gevoelens en gedragingen vaker voorkomen bij jongeren en een gevolg zouden kunnen zijn van wat ze hebben meegemaakt en dat er een oplossing is waardoor hij of zij zich beter kan gaan voe-

len. Goede uitleg hierover zorgt ervoor dat de verzorgers/ begeleiders inzicht verkrijgen in hoe hiermee kan worden gewerkt, waardoor het functioneren in het dagelijks leven en het omgaan met triggers voor de jeugdige sterk kan verbeteren. Psycho-educatie wordt gedurende de behandeling regelmatig herhaald.



**Figuur 3.** Window of Tolerance

### Stabilisatiefase

Vervolgens worden interventies gepland om de mogelijke barrières op te heffen, die het praten over de traumatische herinneringen in de weg staan.

*Om EMDR mogelijk te maken moest Daisy eerst de dissociatie onder controle krijgen. Het grootste probleem was dat Daisy vooral een heel bang meisje was. Deze angst voerde de boventoon. Ze raakte vaak uit haar 'window of tolerance' en kwam in een dissociatieve toestand terecht waarin ze automutilleerde.*

*Aan zowel Daisy als haar omgeving (moeder, man en persoonlijk begeleider) werd uitgelegd wat de impact van traumatisering bij Daisy was geweest en hoe dissociatie ontstaat en wat te doen om dissociëren en herbelevingen tegen te gaan (psycho-educatie en motivatie). Daisy en haar omgeving leerden om te werken met een signaleringsplan waarin beschreven werd wat ze kon doen om weer 'binnen haar raampje te komen'. Er werd een concreet plan gemaakt voor wat Daisy kon doen als ze dreigde te dis-*

sociëren. Ze kon bijvoorbeeld afleiding zoeken door te gaan bewegen, dansen, zingen, fietsen op de hometrainer, praten met iemand anders over leuke dingen, de hond uitlaten, denken aan de nieuwe puppy, of koekjes gaan bakken. Door de psycho-educatie begreep haar omgeving haar steeds beter en konden ze haar goed steunen.

Afhankelijk van de analyse die met de Zes Testen is gedaan, worden bij sommige jeugdigen interventies ingezet op slechts één van de thema's waarnaar de testen verwijzen, bijvoorbeeld veiligheid, en bij anderen op meerdere of zelfs op alle thema's. Bij Daisy werden op alle thema's interventies ingezet.

#### Test 1 Veiligheid

Met Daisy's moeder en haar persoonlijk begeleider werd besproken dat het voor Daisy belangrijk was dat haar moeder haar stimuleerde om over haar herinneringen te praten. In een gesprek met Daisy gaf haar moeder haar die toestemming. Ook haar man werd bij dit gesprek betrokken. Moeder gaf aan dat er al enkele jaren geen contact meer was met stiefvader en opa. Daisy's fysieke veiligheid was niet helemaal gewaarborgd, omdat haar man ook zijn seksuele behoeften had en Daisy zou de seks met haar man ook kunnen ervaren als misbruik. De behandelaar besprak met Daisy en haar persoonlijke begeleider dat ze tot na de traumaverwerking geen seks met haar man moest hebben, zodat ze zich veilig kon gaan voelen. De persoonlijke begeleider besprak dat thuis met Daisy en haar man.

#### Test 2 Dagelijks Leven

Daisy's dag- en weekritme waren redelijk. Daisy stond altijd op tijd op om naar de dagbesteding op de zorgboerderij te gaan en als ze vrij was moest ze haar hond uitlaten. Slapen ging niet altijd goed en Daisy maakte met haar persoonlijk begeleider een nachtmerrieplan. Dit hielp haar lang niet altijd, omdat de herbelevingen te heftig waren, maar de nachtmerries namen wel af. Daisy kon een periode niet goed omgaan met haar telefoon en sociale media en om die

reden leverde Daisy haar telefoon en computer in voor enkele maanden.

#### Test 3 Hechting

Daisy's moeder was hechtingsfiguur voor Daisy, maar had zelf geen 'kalm brein' en kon erg van streek raken als het niet goed ging met Daisy. Dan riep ze dat Daisy weer moest worden opgenomen. Ook kon ze dan gaan huilen en ze was dan niet in staat om Daisy te troosten en gerust te stellen. Maar over het algemeen ervoer Daisy toch ook veel steun van haar. Dit gold ook voor Daisy's man. Hij was niet altijd stabiel, waardoor het proces nogal eens vertraagde. Hij kon bijvoorbeeld erg boos zijn op haar moeder, omdat hij vond dat moeder haar destijds niet goed had beschermd. Dat was voor Daisy dan heel moeilijk, omdat zij het altijd opnam voor haar moeder. 'Mama kon niet anders, omdat ze zo bang was voor hem', zei Daisy dan. De psycho-educatie droeg bij aan het verbeteren van de steun van ... en ... aan Daisy. Eens in de paar maanden kwamen Daisy's man en haar moeder mee naar de Slappende Honden-sessies. De persoonlijk begeleider van Daisy en haar man steunden hen en Daisy's moeder had zelf ook een persoonlijk begeleider. Deze persoonlijk begeleiders hadden wel een kalm brein en konden hen regelmatig weer kalmeren. De persoonlijk begeleider was, naast deze hechtingsfiguren uit haar netwerk, een zeer belangrijke steun voor Daisy in het dagelijks leven. De persoonlijk begeleider kon naar haar luisteren en haar steunen als haar moeder of man dat tijdelijk niet konden. Tezamen had 'de groep' uiteindelijk een voldoende kalm brein en was er voldoende steun voor Daisy, 'good enough stability'.

#### Test 4 Emotieregulatie

In de behandelsessies bleef Daisy maar zeggen dat ze niets waard was en dat ze zichzelf haatte en dat ze niet boos kon zijn op de ouders. Daarover praten leverde niets op. Daarom werd er gekozen voor een ervaringsgerichte therapie en na enkele maanden startte Daisy met psychomotorische therapie (PMT). Ze had gedurende drie jaar de ene week een PMT-sessie en

de andere week een Slapende Honden sessie. Naar beide kwam de persoonlijke begeleider mee. De PMT-er en de behandelaar hadden tussentijds overleg om de sessies op elkaar af te stemmen. Rond haar drieëntwintigste werd Daisy opnieuw voor vier maanden opgenomen, omdat ze suïcidaal was. Na ontslag werd de traumabehandeling weer vervolgd. De combinatie van Slapende Honden sessies en PMT leverde een doorbraak op in de behandeling. Daisy leerde om haar boosheid en kracht te ontwikkelen en dit ook liefelijk te doen. Daisy werd sterker en steviger en de samenwerking met de agressieve delen werd steeds beter. De deling verminderde en Daisy was veel minder dat bange meisje. Ze kreeg minder schuldgevoelens en een positiever zelfbeeld. Ze had daarna minder last meer van herbelevingen. Ze kon beter voor zichzelf opkomen en liet ook in het dagelijks leven meer boosheid zien. De mensen in haar omgeving kenden dit natuurlijk niet van haar en kregen uitleg en psycho-educatie (test 4). Daisy bleef gemotiveerd om van haar traumatische herinnering af te komen en bleef ernaar verlangen een gewoon leven te leiden.

#### Test 5 Cognitieve Shift

Tijdens traumaverwerking zou Daisy een aantal van haar negatieve cognities moeten gaan corrigeren, zoals 'ik haat mezelf, ik ben slecht, het is mijn schuld, alle mannen zijn slecht'. Die overtuigingen waren erg hardnekkig en door deze met Daisy, haar moeder en haar man te bespreken hoorde ze van hen dat zij ervan overtuigd waren dat haar vader en die andere mannen fout zaten en dat het misbruik en de mishandelingen niet Daisy's schuld waren. Haar moeder en haar man spraken uit dat ze hoopten dat Daisy dat ook zou gaan geloven. Toch heeft het anderhalf jaar voorbereiding gekost om haar deze shift te kunnen laten maken. Ze bleef erg vasthouden aan haar overtuigingen, waardoor er telkens in de Slapende Honden-sessies en de PMT-sessies aandacht aan werd besteed. De persoonlijke begeleider besprak dit regelmatig met Daisy en soms met haar man erbij.

#### Test 6 De Notendop

Daisy had al in een eerder stadium een overzicht gemaakt van haar traumatische herinneringen. Toen Daisy voldoende stabiel leek (namelijk niet meer dissocieerde), zichzelf niet meer beschadigde en nauwelijks nog nachtmerries en herbelevingen had, werd dit overzicht opnieuw met haar bekeken. Daisy kon deze herinneringen noemen zonder ontregeld te raken.

#### **Traumaverwerkingsfase**

De voortgang van de behandeling wordt regelmatig geëvalueerd. Als de blokkades zijn opgeheven en de jeugdige voldoende is voorbereid om te praten over zijn of haar traumatische herinneringen, worden deze met behulp van EMDR verwerkt.

Daisy startte opnieuw met EMDR. In ongeveer vijftien sessies, waarbij de persoonlijke begeleider aanwezig was, verwerkte ze haar traumatische herinneringen aan de fysieke, psychische en seksuele mishandeling aan de hand van de zes laatste plaatjes. Ze had geen nare herinneringen meer aan het huiselijk geweld. Van een zeer angstig en schuw klein meisje werd ze een veel sterkere jonge vrouw, die wist wat ze wilde.

#### **Integratiefase**

In de integratiefase wordt met de Slapende Honden interventies verder gewerkt aan het herstel. In deze fase zullen interventies zich, naast op de gevolgen van traumatisering, tevens richten op de verstandelijke beperking.

In de integratiefase, die tien maanden duurde, werkte Daisy aan het leren omgaan met een leven zonder trauma's en 'met een rustig hoofd', zoals ze dit zelf noemde. Dat voelde erg vreemd voor haar. De medicatie werd afgebouwd, omdat Daisy niet meer angstig was. Daisy wilde leren vriendinnen te maken, die ze nooit had gehad, en ze wilde werken met dieren of kleine kinderen. Ze leerde omgaan met seksualiteit, die nu wel mogelijk was, maar ook erg eng was. Ook werd aandacht besteed aan

haar omgeving, die moest wennen aan een Daisy die geen terugval meer had. In de afgelopen tien jaar was ze namelijk altijd teruggevallen, met name tegen de winter. Moeder zei heel vaak tegen haar dat het misschien wel weer mis zou kunnen gaan, dat ze niet te optimistisch moest zijn, want zo was het immers de afgelopen jaren steeds gegaan. Daisy kon nu zelf echter heel zeker tegen moeder zeggen dat ze die terugval niet meer kreeg. De traumabehandeling werd na zes jaar afgesloten en Daisy is nu al twee jaar stabiel en heeft een betaalde oppasbaan.

### Beschouwing

Traumatisering komt veel voor bij jeugdigen en volwassenen met een verstandelijke beperking, maar wordt nog weinig onderkend en behandeld. Traumabehandeling kan echter klachtenverlichting geven, gedragsproblemen verminderen en bijdragen aan de kwaliteit van leven. Daarnaast kan traumabehandeling mogelijk herhaald slachtofferschap voorkomen. Slapende Honden is een methode waarmee in kaart kan worden gebracht waarom getraumatiseerde jeugdigen en volwassenen mogelijk niet over hun traumatische herinneringen willen of kunnen praten en wat hun mogelijke blokkades zijn, om deze vervolgens met interventies op te heffen en hen voor te bereiden op traumaverwerking. Deze methode kan ook worden toegepast bij kinderen, jeugdigen en volwassenen met een verstandelijke beperking, voor wie traumabehandeling aanvankelijk onmogelijk leek. Dit werd geïllustreerd aan de hand van een beschrijving van de casus van Daisy, een meisje met een verstandelijke beperking bij wie pas na zeventien jaar en een uiteenlopend scala aan misdiagnoses en klinische opnames, de traumatisering werd vastgesteld. Zij werd met succes behandeld, mede door toedoen van een vasthoudende persoonlijke begeleider.

*Met dank aan Joss Schrijver voor haar waardevolle input.*

### Referenties

- Child and Adolescent Committee of the European Society on Trauma and Dissociation. (2017). *Guidelines for the assessment and treatment of children and adolescents with dissociative symptoms and dissociative disorders*. ESTD.
- Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, S. R., Chrisman, A., Farchione, T. R., . . . Medicus, J. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414-430.
- Cohen, J. A., Mannerino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., & Mayou, R. A. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(10), 1024-1032.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*, 14(4), 245-258.
- Verwey-Jonker Instituut. (2011). *Loverboys en hun slachtoffers: inzicht in aard en omvang problematiek en in het aanbod aan hulpverlening en opvang*.
- Jonkman, C. S., Verlinden, E. F., Bolle, E. F., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2013). Traumatic stress symptomatology after child maltreatment and single traumatic events: different profiles. *Journal of Traumatic Stress*, 26(2), 225-232.
- Kliethermes, M., & Wamser, R. (2012). Adolescents with complex trauma In J. A. Cohen, A. P. Mannerino, & E. Deblinger (Eds.), *Trauma-Focused CBT for children and adolescents: Treatment Applications* (pp. 175-196). New York, NY: Guilford Press.
- Lanktree, C. B., Briere, J., Godbout, N., Hodges,



- M., Chen, K., Trimm, L., . . . Freed, W. (2012). Treating multitraumatized, socially marginalized children: Results of a naturalistic treatment outcome study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(8), 813-828.
- Mevissen, L. (2016). EMDR bij mensen met een verstandelijke beperking. In H. J. Oppenheim, H. Hornsveld, E. Ten Broeke, & A. De Jongh (Eds.), *Praktijkboek EMDR deel II. Toepassingen voor nieuwe patiëntengroepen en stoornissen*. Amsterdam, The Netherlands: Pearson Assessment and Information.
- Mevissen, L., & Didden, R. (2017). Systeemgerichte diagnostiek en behandeling van psychotrauma bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. *Onderzoek en Praktijk*, 15(1), 6-14.
- Mevissen, L., Didden, R., Korzilius, H., & de Jongh, A. (2017). Eye movement desensitisation and reprocessing therapy for posttraumatic stress disorder in a child and an adolescent with mild to borderline intellectual disability: A multiple baseline across subjects study. *Journal of applied research in intellectual disabilities*(00), 1-8.
- Scharloo, A., Ebbers, S., & Spijker, M. (2013). *SOS-snelle opvang bij seksueel misbruik van mensen met een verstandelijke beperking: een praktisch handboek*. Houten, The Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal*, 22(1-2), 201-269.
- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., & Li, S. (2010). *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress*. Retrieved from Washington, DC: Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
- Spierings, J. (2009). Stabilisatie, een gestructureerd programma voor taxatie en intervisie. In E. Ten Broeke, A. De Jongh, & H. Oppenheim (Eds.), *Praktijkboek EMDR* (2nd ed.). Amsterdam, The Netherlands: Pearson Assessment and Information.
- Struik, A. (2016). *Slapende honden? Wakker maken! Een behandelmethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen* (2nd ed.). Amsterdam, The Netherlands: Pearson Assessment and Information B.V.
- Struik, A., Lindauer, R. J., & Ensink, J. B. (2017). I Won't Do EMDR! The Use of the "Sleeping Dogs" Method to Overcome Children's Resistance to EMDR Therapy. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(4), 166-180.
- Van der Kolk, B., Pynoos, R., Cicchetti, D. C., M., D'Andrea, W., Ford, J., Lieberman, A. P., F., . . . Teicher, M. (2009). *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V*. Retrieved from Unpublished.<http://www.traumacenter.org/about/Conference2011.php>.
- World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Zeanah, C. H., Chesher, T., & Boris, N. W. (2016). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 55(11), 990-1003.