

TRAUMABEHANDELING BIJ KINDEREN EN JEUGDIGEN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING WAT ALS STATE-OF-THE-ART THERAPIE NIET OF ZELFS AVERECHTS WERKT?

Judith de Vroomen¹
Michel van den Bogaard²

Samenvatting

Kinderen en jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB) lopen meer kans op psychotrauma dan normaalbegaafde leeftijdgenoten. Ook zij kunnen van traumabehandeling profiteren, mits rekening met hun LVB-profiel wordt gehouden. Toch werkt de therapie soms niet of zelfs averechts. Wat dan? Dit artikel gaat op deze vraag in, geïllustreerd met een casus. Het blijkt dat met aanpassingen de therapie toch kan slagen. Daarbij vormen een therapeutische werkrelatie en een gezamenlijk opgestelde casusconceptualisatie de kern om geprotocolleerd maatwerk te kunnen bieden.

Judith de Vroomen heeft de therapie gegeven tijdens haar opleiding tot psychotherapeut. Michel van den Bogaard was haar begeleider en is regiebehandelaar van de afdeling in kwestie.

Inleiding

Er zijn veel Sterre's. Kinderen en jeugdigen die met dezelfde problemen kampen. Sommigen zijn bij specialistische centra in behandeling; anderen worden thuis, op school of elders ondersteund. Echter, bij een aanzienlijk deel wordt pas laat of niet onderkend wat de onderliggende problemen zijn (Van den Bogaard

Casus Sterre (1)

Sterre is 16 jaar oud. "Ik ben niet mooi. Ik kan niks. Ik kan er maar beter niet zijn." Kerngedachten die verankerd liggen in jarenlange ervaringen van 'het normaal' niet kunnen bijbenen. Het lukt haar letterlijk en figuurlijk niet anderen bij te houden, samenhangend met aangeboren lichamelijke aandoeningen, een licht verstandelijke beperking en psychiatrische aandoeningen. De destructieve gedachten worden door traumatische ervaringen versterkt. De ingezette state-of-the-art traumabehandelingen, CGT en EMDR, zijn voortijdig gestopt door de sterke ontregeling en averechtse effecten. Zij is er zelfs angstiger door geworden en in een ernstige crisis beland, leidend tot crisisopname bij een specialistisch jeugd-GGZ instelling. De traumabehandeling was haar laatste hoop. Nu deze mislukt is en haar verteld is dat zij uitbehandeld is, is haar wereld ingestort.

et al., 2020; Van Kregten et al., 2020; Nieuwenhuis et al., 2021). De problemen worden vaak door andere, meer in het oog springende problemen overschaduwd. Bij Sterre stonden bijvoorbeeld boos, opstandig gedrag en zich in haar slaapkamer terugtrekken op de voorgrond. Dit werd door haar familie, hulpverleners en leerkrachten aan een lastige fase in

¹ Orthopedagoog, GZ-psycholoog en psychotherapeut en werkzaam voor specialistische GGZ Herlaarhof, onderdeel van Reinier van Arkel. E-mailadres: j.de.vroomen@reiniervanarkel.nl

² Klinisch psycholoog en psychotherapeut voor specialistische GGZ Herlaarhof, onderdeel van Reinier van Arkel.

³ Sterre is een gefingeerde naam, verzonden door de cliënt zelf. Zij en haar ouders hebben toestemming gegeven voor het gebruiken van de informatie, hebben de conceptversie gelezen en zijn akkoord met publicatie.

de puberteit en problemen op school gelinkt, hetgeen ook klopte. Dat zij eveneens last van andere problemen had, dat werd pas duidelijk toen zij deze ballen niet meer tegelijkertijd onder water kon duwen. De meer internaliserende problemen kwamen zo boven water, zoals zich plotseling opdringende herinneringen aan de trauma's, het beklemmende gevoel dat deze zo weer kunnen gebeuren, angst om ergens heen te gaan, vermijden om alleen buiten te zijn en snel schrikken en in paniek raken. Wat lag daaraan ten grondslag? Doordat zij zichzelf de schuld gaf, zich schaamde, zich niet goed raad wist met de heftigheid en mix aan emoties en bang was om niet geloofd en voor gek verklaard te worden, durfde ze – net als veel lotgenoten – niet te vertellen wat er speelde en zo om hulp te vragen. Totdat de problemen haar boven haar hoofd groeiden en zij op aandringen van haar moeder op schoot hortend en stotend vertelde wat er aan de hand was.

Of andersom, de traumatische stressreacties zijn zichtbaar, maar in de behandeling wordt onvoldoende rekening gehouden met LVB-problematiek, zoals de moeite met leren, generaliseren en abstraheren en beperkingen in de sociale omgeving. Aan de ene kant zijn richtlijnen en protocollen voor normaalbegaafde leeftijdgenoten in de regel te abstract en te talig, ligt het tempo te hoog en zijn de stappen te groot (AKWA GGZ, 2018; Van den Bogaard et al., 2020; Van Kregten et al., 2020). Aan de andere kant bieden ze te weinig steun en structuur.

Het volgen van deze richtlijnen en protocollen kan - onbedoeld - tot overvraging leiden, in de zin van een gat tussen wat jongeren met een LVB zelfstandig en met hulp kunnen en aankunnen enerzijds en wat er van hen gevraagd wordt anderzijds. De overvraging heeft soms ernstige gevolgen, waarbij zij helaas al te vaak de boodschap krijgen ongemotiveerd of uitbehandeld te zijn. Of zij durven geen (trauma) behandeling meer aan, omdat ze door heftige emoties overspoeld worden, zoals Sterre, met controleverlies en crisis tot gevolg.

Houdt dit in dat dat terughoudendheid bij (trauma)behandeling geboden is bij kinderen en jeugdigen die op LVB-niveau functioneren?

Allerminst. Dit artikel laat aan de hand van Sterre's verhaal zien hoe – ondanks de verwevenheid van problemen – een succesvolle (trauma)behandeling kan worden gegeven. Met een gedegen analyse van de problemen (de zogenoemde casusconceptualisatie) én door intuïtief, beredeneerd en flexibel gebruik te maken van bewezen effectieve methoden of juist daarvan af te wijken (vgl. Hafkenscheid, 2021; Mertens, 2021; Scheepers, 2021). Het doel van het geprotocolleerde maatwerk is om tot de best passende, gepersonaliseerde hulp te komen, waardoor de psychotrauma's het leven niet meer beheersen en er verder aan herstel van het gewone leven gewerkt kan worden. Met geprotocolleerd maatwerk wordt dus bedoeld, het volgen van reguliere zorgstandaarden, richtlijnen en protocollen op het gebied van traumabehandeling, maar aangepast aan het LVB-profiel van de kinderen en jeugdigen in kwestie. Mits LVB-proof zijn deze behandelingen ongeveer even effectief als bij normaalbegaafde leeftijdgenoten (AKWA GGZ, 2018; Van den Bogaard et al., 2020; Van Kregten et al., 2020). Omwille van de leesbaarheid leggen we de nadruk in de tekst op deze aanpassingen aan de LVB-doelgroep.

Grotere kans op trauma- en stressorgerelateerde klachten en -stoornissen

Nare, stressvolle gebeurtenissen zijn vervelend, maar deze leiden niet altijd tot problemen (Beer et al., 2020; Van Kregten et al., 2020; Vanneste et al., 2021). De stress kan als een normale reactie gezien worden. Echter, bij ernstige, langdurige en/of veelvuldige blootstelling aan deze gebeurtenissen bestaat de kans op het ontwikkelen van traumagerelateerde klachten. Het is juist het geval als de verhouding tussen draagkracht en draaglast toch al scheef is, inclusief overvraging en zelfoverschatting, zoals bij veel jeugdigen die op LVB-niveau functioneren. De combinatie aan risicofactoren vergroot op haar beurt het risico van traumagerelateerde en andere stoornissen.

Vergeleken met normaalbegaafde leeftijdgenoten, maken kinderen en jeugdigen met een LVB vaker ingrijpende zaken mee (Van Kregten

et al., 2020; Stobbe et al., 2021; Vervoort et al., 2021). Ondanks dit verhoogde risico worden de psychotrauma's, zoals gezegd, dikwijls niet herkend. En als zij al worden herkend, dan geeft dat – net als bij normaalbegaafde leeftijdgenoten – niet automatisch een passend antwoord op de behandelvraag, bijvoorbeeld omdat jongeren emoties onvoldoende kunnen reguleren. Of omdat de stressreacties zich richten op het anderen op afstand houden. Bij Sterre speelde beide.

Casus Sterre (2)

Sterre lijdt aan lichamelijke aandoeningen, leidend tot allerlei opnames in de eerste levensjaren. Zij blijft levenslang op medische zorg aangewezen, waarmee ze zo goed mogelijk met haar familie leert leven. Op kleuterleeftijd start zij op een reguliere basisschool in de buurt. Zij kan echter fysiek en mentaal niet goed meekomen en maakt daarom de overstap naar het speciaal onderwijs. Hier komt zij beter tot haar recht, maar het taxivervoer is voor haar tegelijkertijd stressvol en traumatiserend, zoals in het busje vergeten en gepest worden.

Op het voortgezet speciaal onderwijs loopt Sterre steeds meer vast. Het wordt geweten aan een opspelende puberteit, tegen haar plafond aanlopen ('growing into deficit') en acceptatieproblemen die daarmee samenhangen.

Zij krijgt steeds meer last van angst- en stemmingsklachten en sociale angst, versterkt door de confrontatie met het feit dat haar jongere broer en zus haar in de ontwikkeling voorbijstevenden.

Wat daar bijkomt, is dat zij het afgelopen jaar door leeftijdgenoten meermaals aangerand en door een andere leeftijdgenoot verkracht is. Zij krijgt ambulante behandelingen, gericht op deze trauma's. Zij ontregelt echter sterk op de traumabehandeling, zowel bij EMDR als op traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CBT); zozeer dat zij in crisis geraakt. Zij vertoont gevaarlijke vormen van automutilatie en suïcidaal gedrag die ze met haar familie en hulpverleners niet onder controle krijgt. Zij wordt opgenomen op een crisis- en zeer intensieve behandelafdeling voor jeugdigen die op LVB-niveau functioneren.

Het begrijpen van de problemen en samenhang

Er wordt binnen de specialistische jeugd-GGZ van oudsher classificerende diagnostiek (DSM-5) ingezet om te bepalen of, en zo ja, van welke psychiatrische stoornissen er bij kinderen en jeugdigen gesproken kan worden. Het vormt de opmaat om stoornisspecifieke zorgprogramma's en -paden te volgen, bijvoorbeeld over angst- en stemmingsstoornissen. Classificerende diagnostiek geeft echter niet automatisch antwoord op dimensionele, stoornisoverstijgende vragen, bijvoorbeeld over emotieregulatie, hechting, interpersoonlijke kwaliteiten, motivatie en zelfbeeld, die behandeltrajecten beïnvloeden (Hafkenscheid, 2021; Mertens; 2021; Scheepers, 2021). De classificerende diagnostiek en transdiagnostische stroming kunnen elkaar aanvullen om tot een totaalbeeld (casusconceptualisatie) te komen, juist om de problemen en samenhang te begrijpen en van daaruit tot geprotocolleerd maatwerk te komen. Het belang van deze en/ en-benadering (én classificerende diagnostiek én aanvullend transdiagnostiek) bij complexe vragen wordt bij Sterre onderstreept, kijkend naar de impact van het voortraject. Het zijn thema's die ook Sterre en haar ouders bezighouden.

Casus Sterre (3)

De psychiatrische crisis vergroot uit wat er bij Sterre speelt. Het roept bij de opname de vraag op of, en zo ja, in hoeverre en op welke wijze de eerder gestelde diagnose als vlag de lading thans voldoende dekt: medische aandoeningen en een functioneren op de grens van zwakbegaafdheid/laaggemiddeld niveau, aangevuld met PTSS. Het sluit aan bij het gevoel van Sterre en haar ouders dat er meer aan de hand is en dat dit tot nieuwe (uit)wegen kan leiden. Zij willen daarom aan nader onderzoek meewerken, versterkt door een voorzichtig optimisme dat de rust, stabiliteit en veiligheid bij Sterre met een KJP & LVB-aanpak (zie verderop) al snel hersteld is.

Nader onderzoek wijst uit dat er bij haar sprake is van een autismespectrumstoornis, gemas-

keerd door een vlotte presentatie en babbel. Naast een complexe PTSS, wordt ook een angst- en stemmingsstoornis vastgesteld. Er is sprake van een disharmonisch intelligentie- en neuropsychologisch profiel, met een betrekkelijk hoge score op verbaal gebied (grensgebied zwakbegaafd/laaggemiddeld niveau) en relatief lage uitslagen op perfoormaal vlak (grensgebied matig/licht verstandelijk beperkt) en executieve functies.

Het laatste geldt ook voor haar emotionele ontwikkeling en hechting (angstig, onveilige hechtingsstijl), met dien verstande dat zij wel bij haar kalenderleeftijd passende belangstelling en ontwikkelingstaken heeft.

Met alle tegenslagen worstelt zij met de vraag wie ze is, hoe ze zich tot anderen verhoudt en hoe haar toekomst eruitziet.

Casusconceptualisatie

Het beeld van Sterre is er één van een puber die in de knoop zit met zichzelf, belangrijke anderen en de wereld om haar heen. De knoop wordt langzaam maar zeker ontward.

Om haar in leven te houden, is zij in haar eerste levensjaren meerdere malen opgenomen geweest. De medische zorg stond noodzakelijkerwijs op de eerste plaats. De affectieve, pedagogische zorg kwam – ondanks dat haar ouders affectief en pedagogisch competente ouders zijn – op de tweede plaats. Hier zou een basis gelegd kunnen zijn voor een angstig, ambivalente hechtingsstijl met een aanklampende copingstijl en een instabiel, onzeker zelfbeeld; een wankel basis die door andere factoren en mechanismen negatief beïnvloed is, zoals een laat onderkend autisme en disharmonisch LVB- en ontwikkelingsprofiel, een opeenstapeling van life events en langdurige overvraging. Het heeft geleid tot een uitgesproken negatief zelfbeeld. Beschermende factoren zijn er wel degelijk, zoals een goede band met haar ouders, goede medische zorg en een goede wil om er het beste van te maken.

Het wankel evenwicht bij haar is ernstig verstoord geraakt door traumatische ervaringen, leidend tot een ernstige psychiatrische crisis en crisisopname. Hier is een basis gelegd om uit het diepe dal te klimmen. Het is al gelukt de eerste stappen te zetten. Het vertrouwen groeit

dat zij – ondersteund door haar familie en hulpverleners – uit het dal kan klimmen, in de wetenschap dat het met vallen en opstaan gaat.

Sterre en haar ouders herkennen het geschetste beeld, stap voor stap uitgetekend op een white board. Het is voor hen een erkenning dat zij intuïtief goed aangevoeld hebben dat er meer aan de hand is. Het helpt hen om elkaar en zichzelf beter te begrijpen. Het is tegelijkertijd een ontschuldiging voor anderen en zichzelf, omdat – ondanks de goede bedoeling en grote inzet – niemand eerder wist wat er aan de hand was en daarmee rekening kon houden. Het is volgens hen zelfs de vraag of dat zonder de crisisopname wel gelukt was.

Zij pakken deze boodschappen goed op. Zij vinden het een geruststelling dat ze niet de enigen zijn die met deze problemen kampen en dat het de meesten lukt samen sterker uit deze lastige periode te komen en zoveel mogelijk het normale leven op te pakken. Passend bij psycho-educatie als vervolgstap, helpen zij mee aan het opstellen van een zogeheten nieuwe Handleiding van Sterre, vertaald naar een programma en stoplicht voor thuis, op school en de groep. Van daaruit wordt volgens de professionele standaard een behandeltraject op het gebied van autisme, angst en stemming succesvol gevolgd.

Traumabehandeling blijft echter een ander verhaal. Het is voor Sterre, haar ouders en haar zorgverleners weliswaar prettig om elkaar beter te begrijpen en een positieve weg met elkaar ingeslagen te zijn, maar de traumatische ervaringen blijven Sterre nog veel parten spelen en voor hindernissen op de weg zorgen.

Hindernissen op de weg nemen

De weerbarstigheid van ernstige klachten vraagt tegelijkertijd om snelheid. Ernstig depressieve beelden, suïcidale gedragingen en traumatische klachten vragen om (be)handelen. De tijd om uitgebreid diagnostiek te doen, is er dan niet. Het combineren van crisisinterventie, het liefst binnen een multidisciplinair team, met het aangaan van het contact met de jongeren en naasten is een belangrijke stap. 'First connect, then correct' is dan een voor-

waarde om tot behandeling te kunnen overgaan (Van den Bogaard et al., 2020; Van Kregten et al., 2020; Hafkenscheid, 2021).

Door met een nieuwsgierige, open houding en opstelling de jongeren en naasten te willen leren kennen, wordt aan een gezamenlijke basis gewerkt. Ondanks de soms afwijzende, ambivalente of juist verstikkende gedragingen bij de jongeren, wordt doorgedaan. Het doorzetten kenmerkt zich door balanceren met professionele afstand en nabijheid, juist omdat het gaan inzetten van (trauma)behandeling - indien mogelijk - de voorkeur heeft. In blok 4 wordt uiteengezet hoe dit balanceren bij Sterre gebeurde.

Dit verschilt overigens niet tussen kinderen en jeugdigen met een LVB en normaalbegaafde leeftijdgenoten (AKWA GGZ, 2018; Van den Bogaard et al., 2020; Van Kregten et al., 2020). Integendeel, bij hen zijn dezelfde zorgstandaarden, generieke modules en richtlijnen van toepassing. Deze zijn bij hen grofweg even effectief, mits er rekening met hun LVB-profiel gehouden wordt. In dit geprotocolleerde maatwerk worden reguliere kwaliteitsstandaarden gevolgd, maar daarbinnen worden deze aan de jongeren in kwestie aangepast - zonder dat dit ten koste gaat van de kern van deze therapieën. Zo valt te denken aan afstemming op hun begripniveau, belevingswereld en copingstrategieën bij CGT en EMDR. De reguliere specialistische jeugd-GGZ richt zich sterk op zelfinzicht en zelfregulatie; vermogens die bij kinderen en jeugdigen met een LVB juist beperkter zijn.

Om aan hun ondersteuningsbehoefte tegemoet te komen, kunnen de algemene richtlijnen over kinder- en jeugdpsychiatrie & LVB toegepast worden, zoals actief, betrokken, directief, explorerend en taakgericht werken (versus een meer afwachtende, vraaggerichte houding en opstelling) (AKWA GGZ, 2018; Van den Bogaard et al., 2020; Van Kregten et al., 2020). Gebruikmakend van korte, krachtige en vereenvoudigde boodschappen, ligt het accent op ervaringsgericht leren (eerst praktijk, dan theorie), logisch redeneren (als dit, dan dat), concrete, praktische hulpmiddelen (zoals een stoplicht/stappenplan), ondertitelen

(mentaliseren), minder druk en juist meer tijd en ruimte. Ten slotte is het van toegevoegde waarde om emoties, gedachten en ervaringen te helpen reguleren. Het zogenoemde co-reguleren, vergelijkbaar met wat ouders bij jonge kinderen doen. Door voor en samen te doen, kunnen jongeren stappen leren zetten.

Casus Sterre (4)

“Wat je ook gaat doen, ik ga geen EMDR doen of zo’n verhaal maken.”

Het contact met Sterre was er direct. Open, vriendelijk, maar ook meteen alsof zij mij al jaren kende. Passend bij de aanklampende houding en opstelling bij een jong meisje met een angstig, ambivalente hechtingsstijl (vrij vertaald: ‘aan moeders rokken hangen’), ontbrak bij haar enige terughoudend jegens mij. Zij maakte mij direct duidelijk dat ze nooit meer enige therapie zou doen: “Geen EMDR of zo’n verhaal maken over je trauma.” De manier waarop zij dit uitsprak, gaf al voldoende reden om traumabehandeling op de misgelopen traumabehandeling te willen geven. Zij had er flashbacks en nachtmerries over, raakte er emotioneel van slag van en ging gesprekken daarover en herinneringen daaraan zoveel mogelijk uit de weg. Ik exploreerde de basis van haar wantrouwen en de aandachtopeisende, zuigende contactname, gebrek aan terughoudendheid en tegelijkertijd wantrouwen. Door geïnteresseerd zonder oordeel te zijn, kreeg ik contact met Sterre en het eenzame meisje dat achter deze gedragingen zat. Er ontstond een vertrouwensband, waarin ik steeds meer mijn grenzen mocht aangeven zonder haar af te wijzen.

Deze afwijzing speelde continu in haar dagelijks leven. Zo wilde zij aan het einde van elke therapie-afspraak niet weg, pakte ze mijn sleutels als een spelende kleuter af of ging ze als een dwarse peuter in verzet door voor de deur te gaan zitten. Allerlei tegenoverdrachtgevoelens popten bij mij op. Het benauwde mij, haar gedrag - met de neiging haar op afstand te willen houden, tegenovergesteld van wat zij nodig had. Het lukte mij deze gevoelens in te slikken en met sociotherapeuten op de afdeling te delen. Hierbij komt het belang van het multidiscipli-

plinair werken naar voren. Stoom kunnen afblazen met collega's om fysiek en mentaal ruimte te creëren. Van daaruit kan er gezamenlijk naar de betekenis achter het gedrag van Sterre gezocht worden.

Zo kan – net als bij normaalbegaafde leeftijdgenoten – tijdens het wekelijkse multidisciplinaire overleg deze verrijkte betekenis gebruikt worden om nader richting aan de behandellijn te geven. Wat daar LVB-specifiek bijkwam, was het spanningsveld tussen de jonge emotionele ontwikkelingsleeftijd en behoefte aan nabijheid enerzijds en leeftijdsadequate autonomiebehoefte anderzijds.

Aan de ene kant stelde zij zich speels en plagerig jegens mij op, welhaast dwingend en regressief. Aan de andere wees zij ingaan op het spel en plagerijtjes af, omdat dat saai en suf was, gepaard gaande met puberale afwijzing en stoerdoenerij. Het riep bij mij irritatie en onzekerheid op, met de vraag: “Ja, wat wil je nou eigenlijk?” Zo besprak ik met Sterre, op een passend niveau, de ongemakkelijkheid die ik soms voelde, maar ook mijn vrees om haar vervolgens af te wijzen. Ik sprak uit wat zij voor mij binnen dit therapeutisch contact betekende, maar ik stelde ook mijn grenzen. Ik toonde in het contact haar het voorbeeld van een gezonde interactie tussen twee personen. Waar je soms in verzoeken van anderen meegaat, maar je ook jouw eigen grenzen mag stellen.

‘Limited reparenting’ voedt wat de jeugdige zo vaak tekortgekomen is, maar met de gezonde begrenzing die passend is voor het therapeutisch contact. In de ogen van Sterre zag ik erkenning en vertrouwen. Zij stond aan het einde van de afspraak op en liep gezellig kletsend mee naar de groep terug. Het gedrag was niet altijd direct weg of anders, maar het werd wel bespreekbaar. Door stug door te gaan en zo betrouwbaar en beschikbaar te zijn, voelde zij zich gehoord en gezien en dat opende deuren bij haar.

Door in het contact te investeren, volgde er een proces waarbij langzaam het gezonde verstand achter deze wat grenzeloze houding en opstelling naar voren kwam. In schematherapie wordt hier ook wel de term ‘gezonde adolescent’ of ‘gezonde volwassene’ gebruikt (Mar-

tius, 2021; Van der Sanden et al., 2020). Een eenzaam meisje dat de wereld om zich heen zo vaak niet begreep. Plus een meisje dat zo graag ook gewoon wilde zijn, erbij wilde horen en met haar leeftijdgenoten wilde meedoen.

Haar welhaast grenzeloze overgave aan bijvoorbeeld jongens die haar enige aandacht gaven, had tot ernstig seksueel misbruik geleid. Hierdoor durfde zij niet meer alleen te zijn, kon ze de vuilniszak niet alleen in de container vlakbij gooien en had ze veel last van herbelevingen en nachtmerries. Ook het omgaan met stressvolle situaties in het dagelijks leven viel haar zwaar, met geregeld uitvalsverschijnselen (conversie) in armen en/of benen en erger tot gevolg.

Het kiezen van behandelmethodieken

In de afweging welke behandelmethodiek op welk moment in te zetten, tellen meerdere factoren mee. Zo stelt de Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen (AKWA GGZ, 2020) dat - indien mogelijk - PTSS-klachten direct behandeld dienen te worden. Ondanks dat PTSS-klachten overduidelijk aanwezig kunnen zijn, is behandeling echter niet altijd mogelijk, bijvoorbeeld door wantrouwen, een beperkt zelfinzicht, beperkte zelfregulatie en/of onvoldoende ondersteuning. De traumaklachten, de aangeleerde, maladaptive copingstrategieën en de systeemproblemen houden elkaar dan in stand en versterken elkaar. Dit geldt voor zowel jeugdigen met een LVB als normaalbegaafde leeftijdgenoten.

Bij de eerstgenoemden dient eveneens rekening gehouden te worden met een LVB-profiel. Zoals bij die adolescenten die complexe opdrachten naast zich neerleggen en direct tot overname vragen, maar anderzijds hulp kunnen afwijzen, met soms gemene opmerkingen, waarbij de ander het nooit goed kan doen. Een complex geheel van aantrekken en afstoten, maakt de dynamiek uitermate ingewikkeld.

De problemen in de hechting, identiteit en relatievorming bij Sterre hangen samen met haar eerste levensjaren die in het teken van medische zorg hebben gestaan om haar in leven te houden en te revalideren. Zij is angstig en

heeft een welhaast grenzeloze, aanklampende houding en opstelling naar anderen. Het ontbreken van een stevige basis in zichzelf, haar fundament, liet haar als persoon geregeld wankelen, versterkt door lichamelijke aandoeeningen en onbedoelde overvraging door haar sterke sociale gerichtheid en presentatie. Vanuit dit integratieve beeld is een gecombineerde behandeling nodig: traumabehandeling, evenals hechtingsbevorderende (systeem)therapie, plus emotieregulatietherapie met stabiliserende stappen en een integrerende, identiteitbevorderende benadering. Aansluitend bij haar disharmonisch LVB-profiel, is bijvoorbeeld in overleg met haar ouders en haar gekozen voor kortere, maar meer sessies, een vaste tijd, ruimte en opbouw, evenals voor een lager tempo, meer herhalen, vereenvoudigde taal en visuele ondersteuning. Bovendien is er extra aandacht voor het jonge emotionele ontwikkelingsniveau enerzijds en de bij de kalenderleeftijd horende interesses en ontwikkelingstaken anderzijds. Daarnaast is er extra aandacht voor het actief betrekken van het netwerk voor emotionele en praktische ondersteuning en het helpen maken van de transfer naar het dagelijks leven.

Deze integratieve psycho- en systeemtherapie, waarbij je allerlei aanpassingen maakt, valt te vergelijken met het doorkruisen van een drukke, grote stad met het openbaar vervoer waaraan allerlei werkzaamheden verricht worden. De bestemming is duidelijk, in die zin dat trauma's het herstel van het gewone leven niet meer in de weg staan. Om daar te komen, dient met - aangekondigde en onvoorziene - hindernissen, omleidingen, opstoppingen, pauzes en schuilen tegen het slechte weer rekening gehouden te worden.

Om obstakels te trotseren, worden - berekend, flexibel en soms intuïtief - hulpmiddelen en hulptroepen ingeschakeld om de route te kunnen vervolgen. De therapeut dient stil te staan bij wat er in het therapeutisch contact al dan niet gebeurt, gebruikmakend van het multidisciplinair team om de betekenissen en functies van de gedragingen in kaart te brengen. Op deze wijze kan er bij haltes worden

stilgestaan, alsmede bij overstapstations op andere routes of van plaatsvervangend vervoer gebruik gemaakt worden. Zo kent elk van deze knooppunten de mogelijkheid om terug, opzij of naar voren te gaan om blokkades op de weg te (voor)zien en te omzeilen.

Vertaald naar Sterre en haar ouders, zijn in overleg met hen bijvoorbeeld - bruikbare - elementen van cliëntgerichte psychotherapie, schematherapie, sociotherapie en systeemtherapie als bypasses en detours ingezet om op de hoofdroute van CGT en EMDR te kunnen uitkomen (klinisch redeneren en gezamenlijke besluitvorming). Rekening houdend met de zorgstandaarden, generieke modules en richtlijnen, kan al slalomend de eindbestemming bereikt worden. Met dien verstande dat bij de keuzes voor afslagen de eigen expertise en voorkeuren een rol spelen. Zoals wij vanuit een cliëntgerichte basishouding en -opstelling werken en daaraan elementen van schema- en systeemtherapie toevoegen, zo werken anderen vanuit mentaliseren bevorderende therapie (MBT) en/of andere psychodynamische therapieën. Hoe goed therapeuten zich in therapeutische stromingen thuis voelen, bepaalt - met praktische uitvoerbaarheid - deze keuzes in sterke mate (vgl. Hutsebaut, 2020; Mertens, 2021; Van Oenen, 2019). Er zijn immers meerdere wegen die naar Rome leiden.

Casus Sterre (5)

Bij Sterre werd steeds duidelijker waarmee zij kampte. Zij liet daarbij geregeld een moeilijk verstaanbaar beeld zien met plotselinge uitvalsverschijnselen, waarbij haar hele onderlichaam uitviel en ze op paramedische zorg was aangewezen. Maar ook terugval in uitgesproken kleinkinderlijk gedrag met overspoelende paniek. Enkel vanuit haar gedrag kon afgelezen worden hoeveel spanning sommige activiteiten bij haar opriepen. Zij kon er niet over praten of het anderszins uitdrukken. Het was belangrijk de basis te verstevigen, maar het recente seksuele misbruik belemmerde haar daarin. Echter, het aangaan van haar onzekerheden en de nare ervaringen uit het recente verleden, wilde

zij niet. Zij was 16 jaar oud en had uiteraard zeggenschap over haar therapie.

Wij bouwden deze weigering om naar wat deze gebeurtenissen met haar hadden gedaan. Vanuit gebeurtenissen thuis of op de groep die op dat moment of recentelijk plaatsvonden, konden de eerder ontstane overlevingsstrategieën benoemd worden. Met een bak vol diertjes en allerlei poppetjes zat ik daar met deze jongedame gebeurtenissen uit te spelen.

Maar niet de kern van de pijn, want daar mocht niet aangekomen worden. Sterre was in staat met mij te kijken hoe zij op bepaalde situaties reageerde. Maar waarom zij zo is gaan reageren, dus de eigenlijke pijn, werd weggehouden. Zij wist bijvoorbeeld op een gegeven moment in spel uit te beelden dat ze zich dik en lelijk vond. Of als er iets engs om haar heen gebeurde, dat zij dan als een klein meisje wegkroop. Maar waar dit gedrag ooit door ontstaan was, dat was haar een raadsel of bleef ze vermijden. Vanuit haar beeld én haar geschiedenis werd mij duidelijk dat de opgedane, nare ervaringen uit haar levensgeschiedenis hieraan ten grondslag lagen. En dat je dus die pijn wilde aanpakken.

De ervaringen die wij uit het spel kregen, konden we als tussenstap samen vertalen naar hoe zij zich soms voelde. De ‘clown’ die bij spanning grapjes ging maken. ‘Grom’ die alleen maar mopperde als alles tegenzat. Het ‘knorretje’ dat niet meer kon praten en als een baby’tje met grote angstige ogen de wereld in keek. En zo waren er nog meer.

Op de groep en thuis werden deze hoedanigheden vervolgens geïntroduceerd en in het dagelijks leven gebruikt. Met een brede interpretatie van schematherapie, met het gebruik van diertjes, poppetjes en quotes aangepast aan een veel jongere emotionele leeftijd, konden wij voor Sterre duidelijk maken hoe bepaalde maskers haar gedrag op verschillende momenten leken aan en bij te sturen. Na een incident met agressief gedrag van een groepsgeenoot, zat de sociotherapeut bij Sterre om een vertaling te geven aan het ‘knorretje’ die zelf niks meer kon zeggen en niks meer kon doen - met parallellen met een dreumes die ook getroost wordt met fysieke toenadering en troostende woorden.

Door deze taal eveneens door de sociotherapeuten op de groep en door ouders thuis te laten spreken, begon deze casusconceptualisatie voor Sterre te leven. Zo mochten langzaam haar sterkte en zwakke kanten benoemd worden. Voor haar was dit grote winst, maar evenzo voor de ouders en sociotherapeuten. De machteloosheid die haar gedrag soms bij anderen opriep, veranderde zo in meer ondersteuningsmogelijkheden.

De ingang tot behandeling: hindernissen op de weg nemen

Het aangaan of voortzetten van een behandeling wordt vaak bemoeilijkt door een opgebouwd pantser en/of masker. Een pantser om zich sterk te maken voor de – in hun ogen – bedreigingen uit de buitenwereld, plus een masker om de werkelijke gedachten en gevoelens te verhullen (vgl. Van Kregten et al., 2020; Martius, 2021; Van der Sanden et al., 2020). Dit pantser en masker vormen overlevingsstrategieën om met de bedreigende wereld te kunnen omgaan. Soms bewust, maar vaker onbewust. Behandeling heeft als doel om tot verandering te komen om zo meer adaptieve, gezonde patronen te leren. Hierdoor moeten zij leren loslaten wat tot dusverre het meest helpende leek te zijn. Ook hier komt terug dat de doelen hetzelfde als bij normaalbegaafde leeftijdgenoten zijn, maar dat de routes, middelen en termijnen aangepast dienen te worden om zover te komen.

Voor deze jeugdigen is de noodzaak tot verandering vaak onduidelijk, zoals dat hun maladaptieve gedrag bijvoorbeeld tot nieuwe trauma’s kan leiden. Zo wordt geregeld misbruik gemaakt van hun goedgelovigheid en grotere gevoeligheid voor groepsdruk. Of het voelt te kwetsbaar hierbij stil te staan. Het ene probleem staat zo het aanpakken van het andere in de weg. Hoe kunnen de hindernissen voor het toepassen van state-of-the-art traumabehandeling genomen worden? Het is in dit verband belangrijk het pantser en het masker, maar ook de verdeckte gedachten en gevoelens te gaan benoemen in een op maat gemaakte

taal voor de jongeren en naasten. In het begin is dit erg spannend voor hen, maar het is vaak al snel verrijkend en soms zelfs bevrijdend. Bij Sterre werden, zoals gezegd, poppetjes gebruikt die voor verschillende gedragingen stonden. Deze concrete uitwerking zorgt ervoor dat eigen gedrag voor even geëxternaliseerd wordt, een manier om vanuit een helikopterblik naar zichzelf te kijken. Deze taal zorgt voor begrip bij hen en geeft hen gereedschap om de overlevingsstrategieën opzij te leren zetten en gezonde interacties met zichzelf en anderen aan te gaan. Door inzet van het systeem in de volle breedte - van hechtingsfiguren tot steunnetwerken - wordt meer rekening gehouden met het sociaal-emotionele jongere ontwikkelingsprofiel van deze jongeren. Het voelen dat de benadering breed gedragen wordt, biedt geborgenheid en houvast, zoals ook op jongere leeftijd vaak het geval is. Het wordt bijvoorbeeld met de doelstelling vorm en inhoud gegeven door ouderparticipatie op de afdeling, thuisparticipatie door de mentoren en bezoek van brussen en grootouders op de afdeling, rekening houdend met de Handleiding van Sterre.

In de therapie gaan de jongeren met hun netwerk op ontdekking, gesteund bij nood en soms even aan de hand meegenomen om tot nieuwe ontdekkingen te komen. Daar zit vervolgens ook de ingang om de meegemaakte trauma's te gaan verwerken. De rationale van de behandelmethodieken, zoals CGT, EMDR, schematherapie en systeemtherapie, blijft daarbij leidend, maar de vorm kan flexibel aangepast worden aan de behoeften van de jongeren en hun netwerk. Hoe het systeem in het geheel meegenomen kan worden, komt ook in blok 6 terug.

Casus Sterre (6)

Na het delen van de casusconceptualisatie met Sterre en haar ouders, besloten we de ouders nog nadrukkelijker te betrekken om de basis voor traumabehandeling te verstevigen. Omdat het Sterre zelf onvoldoende lukte om een goede oorzaak-gevolgrelatie te maken tussen die dingen die zij had meegemaakt en haar klachten in het hier & nu, besloot ik samen met ouders een verhaal te maken over alle gebeurtenissen in haar leven. Dit naar de Verhalenmethode van Lovett (1999); (Beer & De Roos, 2021). Recente gebeurtenissen en gebeurtenissen die al een basis hadden vanaf heel jonge leeftijd (preverbale fase). Niet zozeer met het doel om erkenning en toestemming te geven, zoals dit als doel bij het voorbereidingsverhaal voor traumabehandeling (VVT) wordt gehanteerd (Struik et al., 2020). Maar wel een vergelijkbaar verhaal om een lijn te creëren van haar opgebouwde identiteit. Een rode draad door het verleden, het heden en de toekomst, en tegelijkertijd ook de rol van het systeem in dezen. Deze rode draad wordt geregeld niet overzien door jeugdigen en (jong) volwassenen met een LVB.

Er ging tijd overheen om dit verhaal te maken. De ouders – die al zo vaak hun verhaal hadden gedaan – moesten meegenomen worden in het belang van meerdere details in dit verhaal en hoe zij hun rol in deze gebeurtenissen zagen. Door echt de tijd en ruimte voor deze inbedding te creëren, konden ouders oprecht de traumabehandeling nog meer mede gaan dragen.

De voortgang van de therapie voor Sterre stond even stil. Immers, met ouders werd een wezenlijke voorwaarde gecreëerd die nodig was ter ondersteuning aan Sterre's behandeling. Tussentijds bleef ik echter contact met haar houden. Tweemaal per week kwam ik op de groep een spelletje met haar spelen. Vaak een half uurtje, meer niet, maar waarin het contact bleef. Wij spraken over de kleine en grote dingen die door de dagen heen speelden. Een waardevolle verbinding met haar bleef zo in stand.

Uiteindelijk lag er een bruikbaar verhaal dat haar ouders aan haar voorlezen. Sterre voelde

zich gesteund door haar ouders in wat zij haar vertelden. Ze kon het aan om naar het verhaal te luisteren. Bij jonge kinderen zetten we pre-verbale EMDR (Lovett-methode (Lovett, 1999; Beer & De Roos, 2021)) in door een verhaal aan het kind te vertellen over de nare gebeurtenissen. Dezelfde methodiek werd bij deze 16-jarige, doch emotioneel jongere dame ingezet. In eerste instantie ging het niet over de pre-verbale fase, maar over de recente verkrachting. Zij ging kleuren, de therapeut las stukken uit het verhaal voor en tapte tegelijkertijd op haar benen. Gerichtte kleuropdrachtjes werden gegeven om het werkgeheugen wat meer te belasten. Sterre luisterde en viel soms stil. Tranen biggelden over haar wangen. De therapeut mocht doorgaan. We hadden met smileys haar eigen emoties getekend op een geplastificeerd vel.

Sterre kon aanwijzen hoe zij zich voelde en gaf door een meetlat aan hoe sterk dat gevoel was (een aangepaste vorm om toch de SUD enigszins in kaart te krijgen). Sociotherapeuten, en ook een enkele keer haar moeder, waren bij deze sessies aanwezig. Zij deden op onderdelen mee, zodat holding geboden werd en de bevindingen meegenomen konden worden naar de afdeling en thuis.

Langzaam maar zeker ontstonden er tijdens het tekenen ook woorden bij Sterre. Over de dingen die zij had meegemaakt. Zij vulde het verhaal aan, met eigen ervaringen, emoties en gedachten. Zij tekende poppetjes aan de rand van de tekening. Poppetjes van mensen die zij miste of gemist had. Maar ook personen met wie zij verbinding voelde. Haar ouders, haar brussen, haar mentoren, en soms stond ik erbij. We konden benoemen wat we zagen. En Sterre sloot de sessies steeds vaker met opluchting af. Zij liep dan als een blij meisje naar de groep terug.

Sterre werd opener op de groep en naar haar ouders. De angsten verminderden, en zij ging met haar mentoren steeds meer uitdagingen aan ('exposure in vivo'). De hopeloosheid in haar leven maakte plaats voor kleine toekomstplannen.

Conclusie

Kinderen en jeugdigen met complexe problemen én een LVB-profiel kunnen wel dege-lijkelijk van (trauma)behandeling profiteren, zoals uit Sterre's verhaal blijkt. Ook zij hoeven niet met ernstige PTSS-klachten en maladaptieve overlevingspatronen te blijven doorlopen. De alsmaar opspelende doodswens kan zelfs ge-keerd worden. Zij kunnen de stap maken van overleven naar weer willen leven. En van een gebrekkig, onzeker zelfbeeld naar een steeds stabiel persoon. Het is essentieel dat de therapeut samen met de jeugdigen en ouders de ontstane problemen probeert te begrijpen, plus de behoeften achter het gedrag leert kennen en gaat erkennen om zo de juiste haltes en afslagen te kunnen nemen.

Het is eveneens van belang dit begrip en deze erkenning ook te delen en mee te laten ondersteunen door het informele en professionele netwerk, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van de jeugdigen. Het helpt bij het maken van een casusconceptualisatie visueel materiaal te gebruiken dat ook in de leefomgevingen van jongeren wordt gebruikt.

Uiteindelijk wordt zo niet enkel een klachtbe-handeling ingezet, maar een aangepaste, iden-titeitsversterkende therapie. Behandelingen als deze zijn niet voorbehouden aan de spe-cialistische jeugd-GGZ, maar zij kunnen ook plaatsvinden in orthopedagogische behandel-settingen en binnen de VB-sector, al dan niet in samenwerking met de specialistische jeugd-GGZ. Dit samen optrekken, gebeurt in toene-mende mate en werpt zijn vruchten af.

De basis is dus de casusconceptualisatie die met jeugdigen en ouders/verzorgers opge-steld wordt. De casusconceptualisatie geeft richting aan het vervolg: wat is er aan de hand en hoe kan daar in het vervolg rekening mee gehouden worden, inclusief LVB-profiel? De vervolgstappen behelzen het - gepland of on-voorzien - moeten nemen van obstakels op de weg, in de zin van noodzakelijk voorwerk om tot state-of-the art traumabehandeling te kunnen komen. De traumabehandeling wordt dan niet zozeer opgevolgd door integratieve

psycho- en systeemtherapie, maar deze is er een integraal onderdeel van. Aan verbetering van het zelfinzicht, de zelfregulatie en het zelfbeeld wordt bijvoorbeeld al voor en tijdens de traumabehandeling gewerkt en wordt daarna vervolgd.

De aanpassingen aan LVB-profielen zijn grofweg in drie categorieën onder te verdelen (AKWA GGZ, 2018; Van den Bogaard et al., 2020; Van Kregten et al., 2020). De eerste categorie betreft aanpassingen in de kaders, zoals het aantal en de duur van de sessies. De tweede categorie gaat over aanpassingen in de therapie, zoals een vaste structuur, eenvoudige taalgebruik, visuele ondersteuning en oog en oor voor de jonge(re) emotionele ontwikkeling. De derde heeft betrekking op het actief betrekken van het sociale netwerk, bijvoorbeeld voor emotionele beschikbaarheid, praktische ondersteuning en het helpen maken van de vertaalslag naar het dagelijks leven. Tot slot: hoe gaat het met Sterre? Hoe blijkt zij met haar ouders op het klinische traject terug?

Casus Sterre (7)

Sterre is inmiddels 17 jaar oud. Zij woont weer thuis. Overdag gaat zij naar een dagbestedingsproject, aansluitend bij haar belangstelling en mogelijkheden. Zij doet zo aan het sociale leven mee. Zij heeft inmiddels verkering. Zij plaatst foto's op sociale media, waarin ze haar lichaam steeds beter accepteert ('body positivity').

Sterre is – met ondersteuning van haar familie en hulpverleners - een plek in de maatschappij aan het vinden zonder dat de trauma's haar herstel van het gewone leven in de weg staan. Zij krijgt ambulante hulp om aan haar praktische en sociale zelfredzaamheid te werken en naar een begeleide woonvorm toe te werken. Zij heeft er – net als haar ouders en zorgverleners – vertrouwen in, wetende dat het met vallen en opstaan gepaard gaat.

Tot slot heeft zij met haar ouders op het klinische (trauma)behandelingstraject teruggeblikt. Het was weliswaar zwaar, maar zij zijn er sterker en gesterkt uitgekomen. Zij hebben op basis van hun ervaringen tips voor hulpverle-

ners meegegeven. De belangrijkste is: treed jeugdigen en ouders als mensen met respect tegemoet en niet als een bundeling diagnoses, cliënten of patiënten. De match met de therapeut en het team is belangrijk, juist wanneer het vertrouwen in de zorg en zorgverleners beschadigd is. Neem de tijd en ruimte om samen een basis te leggen en van daaruit samen een traject uit te stippelen en te volgen. Anders komt de klik met de therapeut en het team er niet. Hetzelfde geldt voor het vertrouwen in – toch al vage – methoden als EMDR. Het gaat – in het verlengde daarvan – niet om kookboekrecepten die altijd lukken, maar om therapie op maat. Ook al is er twijfel over de motivatie of haalbaarheid, stel niet dat iemand ongemotiveerd of uitbehandeld is wanneer het moeilijk of zelfs niet loopt. Haal er dan op tijd hulptroepen bij of draag het over, want baat het niet, dan schaadt het wel, zo blijkt. Tegelijkertijd is ook gebleken dat het met een ten dele andere aanpak wel degelijk kan en lukt.

Literatuur

- AKWA Kwaliteit GGZ (2018). *Generieke module psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of licht verstandelijke beperking*. AKWA. Te verkrijgen via <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb/introductie>
- AKWA GGZ (2020). *Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen*. AKWA. Te verkrijgen via <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen/introductie>
- Beer, R., Verlinden, E., & Lindauer, R. (2020). *Protocol voor classificatie, screening en diagnostiek van trauma- en stressorgerelateerde & dissociatieve stoornissen bij kinderen en adolescenten*. Universiteit van Amsterdam. Te verkrijgen via <https://kennisnet.vgct.nl/wp-content/uploads/2022/02/diagnostiekprotocol-trauma-bij-kinderen-en-adolescenten-versie-2020.pdf.pdf>
- Beer, R., & Roos, C. de (2021). EMDR-verhalenmethode: Als woorden (nog) niet beschikbaar zijn.

- Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 48(1), 80-99.
- Bogaard, M. van den, Boven, S., Berg, M., Blokenhoeve, J. van den, & Drost, J.-W. (2020). *Cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en een psychische stoornis: Een handreiking voor behandelaren CGT*. Academische Werkplaats Kajak. Te verkrijgen via <https://www.academischewerkplaatskajak.nl/cgt-bij-jeugdigen-met-een-lvb-en-een-psychische-stoornis/>
- Hafkenscheid, A. (2021). *De therapeutische relatie*. Boom.
- Hutsebaut, J. (2020). Make therapy simple again! *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 46(2), 96-106.
- Martius, D. (2021). Schematherapie bij een licht verstandelijke beperking, PTSS en borderline persoonlijkheidstrekken. In H. Hornsveld, H. Bögels & H. Grandia (Red.), *Casusboek schematherapie: 21 voorbeelden uit de praktijk* (pp. 105-121). Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kregten, C. van, Knipschild, R., Mevissen, L., Kaatee, M., Nieuwenhuijzen, M. van, Prins, P., Appelboom, K., Neumann, C., & Avest, R. ter (2020). *Tijdig signaleren en behandelen van trauma- en stressorgerelateerde problemen bij jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking: Een handreiking voor behandelaren en begeleiders*. Academische Werkplaats Kajak. Te verkrijgen via <https://www.academischewerkplaatskajak.nl/handreiking-trauma-en-lvb/>
- Lovett, J. (1999). *Small wonders: Healing childhood trauma with EMDR*. Free Press.
- Mertens, D. (2021). Van dwang naar verbinding: Een integratieve kijk op psychotherapie. *GZ-psychologie*, 21(1), 13-17.
- Nieuwenhuis, J., Lepping, O., Mulder, N., Nijman, H., Veereschild, M., & Noorthoorn, E. (2021). Increased prevalence of intellectual disabilities in higher-intensity mental health care settings. *BJ-Psych Open*, 7(3), e83. doi:10.1192/bjo.2021.28.
- Oenen, F.-J. van (2019). *Het misverstand psychotherapie*. Boom.
- Sanden, P. van der, Keulen-de Vos, M. & Frijters, K. (2020). Schematherapie bij jeugdigen met een LVB. In J. Roelofs, M. van Wijk-Herbrink & M. Boots (Red.), *Toegepaste schematherapie bij kinderen en adolescenten* (pp. 145-160). Bohn Stafleu Van Loghum.
- Scheepers, F. (2021). *Mensen zijn ingewikkeld: Een pleidooi voor acceptatie van de werkelijkheid en het loslaten van modeldenken*. De Arbeiderspers.
- Stobbe, K. J., Scheffers, M., Busschbach, J. T. van, & Didden, R. (2021). Prevention and intervention programs targeting sexual abuse in individuals with mild intellectual disability: A systematic review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 14(2), 135-158.
- Struik, A., Dierckx, C., & Pijpers, M. (2020). Slapende honden wakker maken: Het voorbereidingsverhaal traumaverwerking. *Systeemtherapie*, 32(1), 25-40.
- Vanneste, Y., Wessels, E.-J., Haak, L. van den, Pijpers, F., & Ferron, F. (2021). Stress bij kinderen: Zo houden we het gezond. Hoe chronische stress tijdens het opgroeien de gezondheid negatief beïnvloedt en wat er kan worden gedaan om dit te voorkomen – een biologisch perspectief. *Tijdschrift Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, 48(2), 10-27.
- Vervoort-Schel, J., Mercera, G., Wissink, I., Helm, P. van der, Lindauer, R., & Moonen, X. (2021). Prevalence of and relationship between adverse childhood experiences and family context risk factors among children with intellectual disabilities and borderline intellectual functioning. *Research in Developmental Disabilities*, 113, Art. 103935. doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103935.