Universiteit Antwerpen

This item is the archived peer-reviewed author-version of:

Toelichting op een eerder betoog over de behandeling van psychogene niet-epileptische aanvallen : reactie op ten Broeke et al. in dit nummer

Reference:

Vuylsteke Kristien, Faché Corine, Antrop Inge, Van West Dirk, Dhar Monica, Bal Sarah.- Toelichting op een eerder betoog over de behandeling van psychogene niet-epileptische aanvallen : reactie op ten Broeke et al. in dit nummer
Gedragstherapie - ISSN 0167-7454 - 48:1(2015), p. 77-82
Handle: http://hdl.handle.net/10067/1286260151162165141

uantwerpen.be

Institutional repository IRUA

Reactie op XXXX Ten Broeke e.a.

Wij willen beginnen met Ten Broeke en andere auteurs te danken voor hun uitgebreide reactie op het artikel 'Psychogene niet-epileptische aanvallen met trauma als oorzakelijke factor: trauma-focused cognitieve gedragstherapie als belangrijk deel van de behandeling (Vuylsteke, Faché, Antrop, Van West, Dhar & Bal, 2014). We zijn verheugd te lezen dat de auteurs het net zoals wij een ontluisterende casus vinden. We zijn namelijk even verbijsterd als droevig over het verloop en therapeutisch traject van Lisa als Ten Broeke e.a. ook blijkt te zijn, zelfs zo verbijsterd dat we het nodig achtten om dit onder de aandacht te brengen en te publiceren.

We zijn blij te lezen dat we eigenlijk dezelfde mening zijn toegedaan, namelijk dat in geval van PNEA de bron van de stress zo snel als mogelijk in beeld gebracht moet worden en in de behandeling betrokken moet worden, zeker gezien uit de literatuur blijkt dat een voorgeschiedenis van trauma op kinderleeftijd, met name seksueel misbruik of lichamelijke mishandeling een van de belangrijkste risicofactoren blijkt te zijn voor het ontwikkelen van PNEA (Alsaadi & Marquez, 2005: Fiszman, Alves-Leon, Nunes, D'Andrea & Figueira, 2004; La France & Barry, 2005; Proença, Castro, Jorge & Marchetti, 2011). Het is een internationaal gekend fenomeen dat kinderen met complex trauma zelden direct met deze problematiek aangemeld worden (Ungar, Tutty, McConnell, Barter, Fairholm, 2009). Zeer vaak ziet men bij chronisch getraumatiseerde kinderen en jongeren problemen die te maken hebben met affect-, en lichaamsregulatie (somatische en biologische disregulatie), verstoorde hechtingsstijlen, agressie naar zichzelf en anderen, impulscontrole problemen, aandachtsproblemen, dissociatieve problemen, een chronisch laag zelfwaarde gevoel en sociale problemen: problemen die niet als dusdanig vervat zijn in de strikte DSM PTSS diagnose. Zelfs al wordt er melding gemaakt van trauma, worden deze andere eerder gedragsmatige/externaliserende problemen nog al te vaak door hulpverleners op de voorgrond gezet. Daarom is er ook zo vaak sprake van misdiagnoses binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie en krijgen chronisch getraumatiseerde kinderen en jongeren vaak eerst een andere diagnose. Zo ontstaat het fenomeen dat deze kinderen in de kliniek voor deze traumaproblematiek ofwel geen diagnose krijgen, ofwel één of meerdere comorbide diagnoses krijgen, die slechts een deel van de problematiek in kaart brengt en waardoor de behandeling vaak niet-traumaspecifiek gericht is (Copeland, Keeler, Angold, Costello, 2007; Ackerman, Newton, McPherson, Jones & Dykman, 1998; Noll, Trickett, & Putnam, 2003). Net als Ten Broeke e.a. betreuren we deze gang van zaken, en willen we met het artikel een betoog brengen voor een snelle nauwkeurige diagnostiek en behandeling van chronisch trauma.

We zijn het, wat de behandeling betreft, ook volledig eens met Ten Broeke e.a. dat CGT nooit als een standaardpakket mag aanzien worden, en dat het gedragtherapeutisch proces impliceert dat er altijd een uitgebreide casusconceptualisatie moet gebeuren waarin aspecten als het uitvoeren van basismetingen, het opstellen van een voorlopige probleemsamenhang en holistische theorie, het maken van een functionele analyse, het kiezen van het eerste te bewerken probleem, e.d. aan bod moeten komen (Hermans, Eelen & Orlemans, 2007). Wanneer we deze procedure NIET beschrijven impliceert dit echter geenszins dat dit niet gebeurd zou zijn in de laatste fase van Lisa's behandeling, noch dat we twijfelen aan de waarde daarvan, noch dat we CGT als een 'recept' stellen voor bepaalde klachten. We zijn daarnaast verheugd te lezen dat Ten Broeke e.a. op een overtuigde manier onze mening deelt over het belang van de snelle aanpak van het trauma in de behandeling van PNEA en de nefaste gevolgen van het uitstellen hiervan, alsook over de verantwoordelijkheid van de behandelaar in dit proces. Wij zijn u dankbaar dat door uw reactie het belang van deze kernboodschap van het artikel onderstreept werd. We beschrijven namelijk een uitgebreide samenvatting van Lisa's lijdensweg omdat we willen aantonen dat het helemaal verkeerd kàn gaan binnen een hulpverleningstraject en we alertheid willen aansporen voor de valkuilen die hierbij aan de grondslag liggen. Dat er jarenlang sprake was van een inadequate behandeling is mede het betoog van het artikel. Het is evident dat wij ook vinden dat dit een lijdensweg is geweest die niet had mogen plaatsvinden. Binnen onze jarenlange praktijk als hulpverlener komen we jammer genoeg af en toe zulke bedroevende situaties tegen.

In dit antwoord op uw reactie willen we verder graag verduidelijking bieden op uw vragen.

Bij aanmelding voor de laatste kinderpsychiatrische opname werd Lisa doorverwezen als 'therapieresistent'. Gezien het ontbreken van een traumagericht beleid in haar vorig hulpverleningstraject ontstond deze (verkeerde) assumptie bij de ouders, bij Lisa en bij eerdere hulpverleners. Wanneer met TF-CGT gestart werd en de aanvallen gedurende een intensief therapeutisch traject verminderen en stopten bleek de assumptie van therapieresistentie foutief te zijn. Wanneer we schrijven dat TF-CGT als voorwaarde voor therapie werd gesteld, bedoelen we daarmee dat we vinden dat net deze oorzakelijke factor (trauma) moet worden behandeld. We begrijpen de reactie van Ten Broeke e.a. niet wanneer ze stellen dat dit aan Lisa en aan haar ouders gecommuniceerd zou zijn in de zin van 'kiezen of delen met betrekking tot het al dan niet behandelen van haar trauma'. Ja, er werd aan Lisa en de ouders meegedeeld dat er binnen deze behandeling geopteerd werd om met traumaverwerking te starten, maar nergens werd geponeerd dat Lisa 'er nu niet langer onderuit kan'. Dat de formulering van Vuylsteke e.a. een bepaalde indruk opwekt betreuren we, maar laten we aan Ten Broeke e.a.

Ten Broeke e.a. suggereren dat het in de meeste gevallen onnodig is eerst de draagkracht te vergroten vooraleer met traumatherapie aan de slag te gaan. De behandelaars die Lisa tijdens haar laatste fase van het beschreven behandeltraject begeleidden kozen ervoor om voorgaand aan de start van TF-CGT (zoals beschreven door Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2008) een stabilisatiefase in te lassen. Deze methode, zoals omschreven door Struik, is specifiek ontwikkeld voor die chronisch getraumatiseerde kinderen en jongeren bij wie getwijfeld wordt of ze, zonder hen eerst te stabiliseren, de standaardtraumabehandeling (CGT of EMDR) wel aankunnen, of ze wordt aangewezen bij kinderen en jongeren die geen behandeling willen of waarbij een vorige behandeling niet gewerkt heeft. De methode heeft als doel de jongere in die mate te stabiliseren dat het de stress behorende bij de traumatische ervaringen onder ogen kan zien en zijn vermogens om na te denken, te evalueren en te ordenen, kan gebruiken in de volgende fases van traumabehandeling (Struik, 2011). Binnen het laatste therapietraject werd onzes inziens zorgvuldig met het trauma omgegaan door - vooraleer met TF-CGT te starten - net aandacht te hebben voor het versterken, het empoweren van de mogelijkheden en het vertrouwen in de hulpverlening van Lisa en haar gezin. Het spreekt voor zich dat dit een specifieke keuze was van deze behandelaars bij deze patiënte, die het zoals in het artikel uitvoerig beschreven verbijsterend 'behandeltraject' had doorlopen. Zoals hierboven al aangehaald dient elke behandeling een behandeling op maat te zijn nadat er eerst een grondige diagnostische casusconceptualisatie is doorgevoerd.

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

In een tweede fase kwam de traumaverwerking aan bod, met onder andere het 'herschrijven' van het traumaverhaal. Het woord 'herschrijven' is wat literair gekozen. We bedoelen het opschrijven van het traumaverhaal waarbij er sprake is van geleidelijke exposure aan herinneringen, maar het gaat natuurlijk, om meer dan opschrijven alleen. Dat het kind 'bij het beschrijven van zijn traumatische ervaringen ook gestimuleerd wordt om de bijgaande gedachten en gevoelens onder woorden te brengen zodat de therapeut een begin kan maken met het onderkennen en uiteindelijk corrigeren van disfunctionele gedachten en sluimerende opvattingen die ten grondslag zouden kunnen liggen aan het voortduren van de emotionele en gedragsproblemen' (Cohen e.a., p134) werd in het artikel niet expliciet aangehaald, doch het werd er niet minder mee bedoeld. We betreuren het dat Ten Broeke e.a.

menen dat er, ondanks het feit dat meermaals wordt aangegeven dat het om een TF-CGT behandeling zoals beschreven door Cohen (e.a., 2008) gaat, iets anders onder zouden verstaan.

Met betrekking tot de vraag van Ten Broeke e.a. over het doel van de toevoeging van EMDR willen we het volgende verduidelijken. EMDR werd toegevoegd aan de behandeling gezien de bewezen effectiviteit in kader van traumabehandeling met als doel symptoomreductie te bekomen (Mc Guire, 2014). Deze behandeling werd, gezien de specifieke eisen, niet door dezelfde behandelaar gegeven als de TF-CGT. Uit de klinische praktijk blijkt dat een combinatie van TF-CGT en EMDR bij complex trauma meer effect kan hebben dan een enkelvoudige therapie. De mogelijke werkzaamheid wordt tevens gesuggereerd door Bronner (Bronner, 2009). De combinatie van EMDR en CGT werd echter in de literatuur nog niet veel beschreven en kan een focus zijn voor verder onderzoek.

Welke specifieke interventie ervoor zorgde dat de aanvallen afnamen kunnen we niet aangeven. Naar onzes inziens is de afname van de aanvallen te danken aan een combinatie van de verschillende interventies en zou het toepassen van een enkele interventie onvoldoende geweest zijn. De focus van het artikel was echter NIET om te achterhalen wélke interventie binnen de traumabehandeling een afname van de aanvallen gaf. Wel was de bedoeling om lezers alert te maken voor het frequent voorkomen van trauma bij PNEA, hierop bedacht te zijn bij aanmelding van een patiënt met PNEA, dit in mee in kaart te brengen bij de casusconceptualisatie en zo snel als mogelijk TF-CGT aan te bieden.

Tenslotte kan de beslisboom inderdaad aangevuld worden door de gangbare therapie in geval van ‘niet psychogeen’ en in geval van ‘geen trauma’. Een verdere uitwerking van de gangbare therapie zou ons te ver van de essentie van het artikel leiden. We verwijzen hiervoor naar de zeer uitgebreide literatuur hieromtrent. We zijn blij dat u, Ten Broeke e.a. ons hierop wijzen in de hoop dat dit voor de lezers op die manier duidelijker is.

Literatuur

Mc Guire, T.M. (2014). Potential of eye movement desensitization and reprocessing therapy in the treatment of post-tramatic stress disorder. *Psychology Research and Behavior Management, 7,* 273-283.

Struik, A. (2011). Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor vroegkinderlijk chronisch getraumatiseerde kinderen. *Kind en Adolescent Praktijk,3,* 100-109.

Vuylsteke, K., Faché, C., Antrop, I., Van West, D., Dhar, M. & Bal, S. (2014). Psychogene niet-epileptische aanvallen met trauma als oorzakelijke factor: Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie als belangrijk onderdeel van de behandeling. *Gedragstherapie, 47,* 173-189.

Alsaadi, T.M. & Marquez, A.V. (2005). Psychogenic nonepileptic seizures. *American Family Physician, 72 (5),* 849-856.

Bronner, M.B., Beer, R., jozine van Zelm van Eldik, M. Grootenhuis, M.A., Last, B.F. (2009). Reducing acute stress in a 16-year old using trauma-focused cognitive behaviour therapy and eye movement desensitization and reprocessing. *Developmental Neurorehabilitation, 12(3),* 170-174.

Fiszman, A., Alves-Leon, S.V., Nunes, R.G., D'Andrea, I. & Figuera, I. (2004). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in patients with psychogenic nonepileptic seizures: A critical review. *Epilepsy & Behavior, 5,* 818-825.

Hermans, D. & P. Eelen en H. Orlemans (2007). Inleiding tot de gedragstherapie (6e, geheel herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

LaFrance, W.C. Jr. & Barry, J.J. (2005). Update on treatments of psychologocal nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behabior, 7* (3), 364-374.

Proença, I.C.G.F., Castro, L.H.M., Jorge, C.L. & Marchetti, R.L. (2011). Emotional trauma and abuse in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior, 20,* 331-333.