

Met spoed naar de psycholoog

Eerste hulp bij verwerken

Tekst en foto: Gea Procee

PTSS krijgt als beroepsziekte binnen steeds meer bedrijven erkenning. Ook bij slachtoffers van ernstige ongelukken of misdrijven kan soms al vroeg duidelijk zijn dat zij niet zonder hulp over een schokkende ervaring heen

komen. Snel ingrijpen met EMDR kan helpen om de lijdensdruk te verminderen en misschien ook een PTSS te voorkomen. Ad de Jongh en Sjef Berendsen vertellen over het belang van snel interveniëren in plaats van afwachten.

Wat maakt vroegtijdige interventie nodig?

Ad: "Er is nog niet veel bekend over vroegtijdige interventies. We weten niet precies wanneer je EMDR kunt inzetten naast andere gangbare therapieën. Daar zijn ook veel vragen over in de cursussen. Ik denk dat het merendeel van de psychologen nog steeds wordt opgeleid met het idee

dat je er eerst maar mee moet leren leven, als je een trauma hebt meegemaakt. Na dertig dagen kun je vol doen aan een PTSS en pas dan kan een psycholoog interveniëren. Maar het gekke is dat hulpverleners zich weinig realiseren dat mensen wel veel klachten kunnen hebben in die eerste tijd. En als je die lijdensdruk kunt verminderen? Waarom zou je

dat dan niet doen? Hoewel we dit in de praktijk gewoon doen, is het onderzoek nog heel beperkt." EMDR wordt gezien als een hulpmiddel om het natuurlijke verwerkingsproces in beweging te brengen wanneer dat niet voldoende op gang is gekomen. Je zou dus kunnen zeggen: zo vroeg interveniëren is helemaal niet nodig omdat het verwerkings



proces het in principe zelf wel gaat doen...

Sjef: "Toch is het belangrijk, omdat dit niet voor iedereen geldt. Er bestaat een groep mensen van wie je weet dat zij vanzelf wel zullen herstellen en een groep bij wie dat te langzaam gaat of niet gebeurt. Bij die groep zie je geen verandering in de loop van de eerste dagen of weken. Ik herinner me een trambestuurder die een jonge vrouw onder zijn tram kreeg. Hij vond dat hij altijd heel goed reed. Als het een ander overkwam dacht hij: 'dat zal mij nooit gebeuren.' Ik werd er direct na het ongeluk bij geroepen, omdat hij niet uit de emotie kwam. Ik heb twee dagen later de eerste EMDR-interventie gedaan. Dat ging heel lastig, hij kon de oogbewegingen allemaal niet volgen, de koptelefoon moest op en af, maar we zagen de SUD al dalen. Een paar dagen later volgde de tweede sessie. Daarin daalde de SUD

nog verder. Ik denk dat hij er veel langer last van had gehouden, als ik hem niet had geholpen. Dat was voor hem vervelend geweest, en ook voor zijn werkgever."

Ad: "We zien vaak twee soorten reacties: sommige mensen reageren vrij gelaten, hoewel ook zij last hebben van herbelevingen en slecht slapen. Anderen raken al tijdens of vlak na een schokkende gebeurtenis volledig in de stress. Als je zo'n klap niet echt goed aankan en je raakt erg ontregeld, dan is vroege interventie belangrijk. Het is eigenlijk een standaardnormaalverdeling: bij een kleine groep mensen is er een buitenproportionele reactie, en die herstelt niet zomaar vanzelf.

een vuilnisman behandeld die met zijn wagen achteruit gereden was en daarbij een kind had doodgereden. Hij zag niet alleen iemand onder zijn wielen liggen, maar hij had dat zelf veroorzaakt. Zo iemand is natuurlijk niet echt schuldig. Hij had niet de intentie om iemand iets aan te doen; maar zo voelde hij dat wel. Daar moet je snel iets aan doen. Dit type schuldgevoel gaat niet zomaar vanzelf over."

Kun je ook te vroeg zijn?

Sjef: "Er is onderzoek gedaan naar debriefing en dat blijkt inderdaad soms averechts te werken. Het idee is ontstaan dat je mensen niet te snel moet blootstellen aan al die nare details en emoties. We zijn ervan afge-

"Het merendeel van de psychologen wordt nog steeds opgeleid met het idee dat je er eerst maar mee moet leren leven als je een trauma hebt meegemaakt."

Ad de Jongh

Het blijkt overigens dat mensen die heel heftig reageren op een gebeurtenis vaak ook al een voorgeschiedenis hebben van trauma in het verleden. Daarin schuilt wel een risico. EMDR wil, ook als vroege interventie, kort zijn."

Zijn er ook specifieke ervaringen of gebeurtenissen waarbij je alert moet zijn op de noodzaak om niet af te wachten?

Ad: "Ik denk het wel. Dat geldt in ieder geval voor alles waarin schuld en zelfverwijt een rol spelen. Dus als er iets is gebeurt waarvoor iemand zich heel verantwoordelijk voelt. Ik heb eens

stapt om direct heel nauwgezet de gebeurtenissen te reconstrueren. Bij imaginaire exposure doe je dat wel. Ik kan me voorstellen dat je daar heel voorzichtig mee bent, maar dat is met EMDR anders."

Ad: "In EMDR kun je veel meer met de afleiding doen. Je kunt je voorstellen dat als je in een debriefing zit met mensen die net iets vreselijks hebben meegemaakt en de therapeut zegt: 'Ga nog eens vertellen wat je net allemaal hebt meegemaakt', dat de adrenaline dan weer omhoog schiet. Wij denken dat EMDR dan juist wel kan, omdat je daarmee het parasym-

patisch zenuwstelsel activeert, wat zorgt voor een daling van de *arousal*. Maar hiernaar is nog weinig klinisch onderzoek gedaan.”

Sjef: “De richtlijnen geven aan dat je moet beginnen met ‘*watchful waiting*’. Dat betekent dat je even afwacht hoe het verwerkingsproces verloopt. Het Instituut voor Psycho-trauma heeft in 2010 een online verwerkingsscan geïntroduceerd bij de NS. Die scan wordt een week na een ingrijpende gebeurtenis afgenomen. Het blijkt uit de eerste cijfers dat ruim zestig procent van de medewerkers ‘groen’ scoort. Dat is de groep met voldoende zelfherstellend vermogen. Ongeveer tien procent van de mensen meldt dat het niet goed gaat en vraagt om een therapeut. Bij die groep kun je starten met EMDR. Je probeert er vroeg bij te zijn om de lijdensdruk te verminderen en misschien ook een PTSS te voorkomen. En als dat laatste lukt, dan is dat geweldig. Want tot nu toe leeft de opvatting dat je dat niet kunt voorkomen.”

Ad: “Daarom zou op dit gebied de studie naar vroegtijdige EMDR bij verkrachtingsslachtoffers, die binnenkort van start gaat bij het Centrum Seksueel Geweld (CSG) In Utrecht, wel eens een doorbraak kunnen worden.”

Er is veel gaande rondom vergoedingen en DBC's. Hebben we de wind mee of tegen in de mogelijkheden om snel in te grijpen?

Sjef: “Ik denk dat we de wind mee hebben. Ik werk bij het Instituut voor Psychotrauma, een commercieel instituut. Er is bedrijven veel aan gelegen dat mensen snel herstellen. Als je kunt laten zien dat je iets snel signaleert en je doet een goede interventie, dan zijn ze daar zeer enthousiast over. Daarom willen we hierover ook publiceren. Met de verwerkingsscan kunnen we snel de mensen boven tafel krijgen, die bij vorige incidenten niet zijn opgemerkt. We onderbouwen

dat met een onderzoek van Wang (e.a. 2005). Hij stelde vast dat van de mensen die een PTSS ontwikkelen, slechts tien procent in het eerste jaar na de schokkende gebeurtenis, zelf actief hulp zoekt. Dus negentig procent blijft er langer dan een jaar mee rondlopen. In ieder bedrijf waar wij komen, werken dus mensen die nog

een baan: een redelijk gezonde groep met een sociaal netwerk. Maar mensen die bijvoorbeeld in een ziekenhuis komen, zijn vaak een hele andere doelgroep. Kijk naar de sociale achtergrond en zoek als het even kan uit hoe het zit met eerdere trauma's.”

Ad: “We schrijven op dit moment een hoofdstuk over vroege interventies

“Met de verwerkingsscan kunnen we snel de mensen boven tafel krijgen die bij vorige incidenten niet zijn opgemerkt.”

Sjef Berendsen

klachten hebben.

Bij de politie is PTSS pas sinds 2013 erkend als beroepsziekte. Daarmee lopen ze ontzettend achter. Binnen Defensie is het al sinds de jaren negentig erkend. Ook de NS is er al veel verder mee. Nu het bij de politie erkend is, zie je dat daar een hele slag wordt gemaakt.

Prof. dr. Berthold Gersons heeft een blauwdruk gemaakt voor een zorglijn voor de politie waar de verwerkingsscan onderdeel van is. Dat betekent dus dat wanneer iemand ‘rood’ scoort, je meteen een interventie kan doen. Mooi toch? In die zin zit het mee.”

Wat is jullie advies als het gaat om vroeg interveniëren? Moeten EMDR-therapeuten het vooral aanpakken, of moeten ze daar toch voorzichtig mee zijn?

Sjef: “In zijn algemeenheid is dat moeilijk te zeggen. Het hangt erg af van de doelgroep. De groep waar Ad en ik voor werken zijn mensen met

voor het tweede deel van het Praktijkboek EMDR. Er is een aantal protocollen in omloop die proberen in te spelen op de manier waarop herinneringen liggen opgeslagen. We weten dat na ongeveer drie maanden een herinnering een geheel wordt, en dat mensen dan uitstekend in staat zijn om er een plaatje uit te kiezen. Wanneer je dat plaatje bewerkt, dan wordt ook de hele herinnering gedesensitiseerd. Maar direct na een ingrijpende gebeurtenis liggen herinneringen nog een beetje gefragmenteerd in het brein opgeslagen. En dat betekent dat je al die fragmenten apart moet aanpakken. In die verschillende protocollen vind je manieren om te scannen en te focussen om de details te vinden. Dat is dus niet het basisprotocol.”

Maar veel tijd om te conceptualiseren is er niet...

Ad: “Tijd voor conceptualisatie is vaak ook niet nodig. We willen vooral de herinneringen aanpakken die het meest pregnant zijn. Het vraagt wel

om klinische sensitiviteit. Je moet snappen waarom mensen zoveel lijden en inzoomen op die fragmenten die er toe doen. Wanneer er sprake is van dood en lichamelijk letsel, dan is er mogelijk sprake van schuld. Dan is het belangrijk om ook *interweaves* ter beschikking te hebben.”

Sjef: “We zijn van plan om binnenkort Elan Shapiro uit te nodigen. Hij is in de wereld van EMDR degene die het meest doet met vroegtijdige interventies. Shapiro maakt onderscheid tussen EMD, EMD met een kleiner r en EMD met een grote R. EMD is dan alleen de desensitisatie, dus zonder de associatieketen. Na elke set ga je terug naar target. EMDr is met associaties, die alleen betrekking hebben op het beeld of de gebeurtenis. Je laat dan alleen een associatieketen toe die met het beeld te maken heeft.

Dan houd je het heel veilig. Dat zou een oplossing kunnen zijn voor mensen die al heel veel hebben meegeemaakt. En dan is er de gewone EMDR met alle associaties. Shapiro noemt dat *telescopic processing*.

Als ik nog even terug ga naar de trambestuurder, dan waren er in de eerste EMDR-sessie alleen maar associaties over de gebeurtenis en dat plaatje. Dat gebeurt eigenlijk vanzelf. Dan is het EMDr, met een kleine r. We gebruiken dan gewoon het basisprotocol, we beperken het niet, maar het gebeurt gewoon zo. Het is eigenlijk een hele adequate beschrijving van die eerste fase.”

Elan Shapiro

In september 2014 komt Elan Shapiro spreken op een netwerkvond en hij zal bovendien een workshop verzorgen.

Ad de Jongh is als bijzonder hoogleraar angst- en gedragsstoornissen verbonden aan de Universiteit van Amsterdam en heeft een praktijk gespecialiseerd in de behandeling van psychotrauma.

Sjef Berendsen is adjunct-directeur van het Instituut voor Psychotrauma.

De SIG Vroegtijdige interventie

De SIG Vroegtijdige interventie is slapende. Ad de Jongh en Sjef Berendsen zouden graag zien dat het nieuw leven wordt ingeblazen, samen met nieuwe leden. Omdat zij zelf binnen de VEN al meerdere taken hebben, hopen ze ook op een enthousiaste collega die de voorzittershamer wil overnemen.

Kennis delen over de manier waarop je in de eerste uren en dagen na een trauma kunt interveniëren met EMDR, is vooral belangrijk voor hulpverleners die werken voor bedrijven waarin medewerkers een risico lopen op het ontwikkelen van PTSS zoals Defensie, de politie en brandweer. Dat geldt ook voor bijvoorbeeld ziekenhuispsychologen die te maken hebben met de opvang van patiënten, ambulancepersoneel of met medisch personeel dat geconfronteerd wordt met medische fouten.

Ad en Sjef wijzen erop dat eerstelijnspsychologen er vaak nog niet veel mee te maken krijgen, omdat huisartsen zich onvoldoende bewust zijn van de mogelijkheden om heel snel te verwijzen. In de vorming van de basis-ggz liggen dus ook mogelijkheden.

Er zijn ondertussen interessante ontwikkelingen op het gebied van onderzoek naar de manier waarop herinnering die nog aan het consolideren zijn, beïnvloed kunnen worden. Een belangrijke vraag is of vroegtijdige interventie PTSS kan voorkomen. Binnenkort start in het Centrum Seksueel Geweld (CSG), onderdeel van het UMC Utrecht, een onderzoek naar de effecten van vroegtijdige EMDR na een verkrachting. In EM2 is hierover al een artikel verschenen.

Ad en Sjef kijken uit naar collega's die hun kennis uit de praktijk meenemen. Vaak is de algemene kennis over EMDR er wel, maar nog niet over wat je met EMDR precies kunt doen voor wie, en voor wie niet. Ad: “Juist door te kijken naar individuele gevallen binnen een populatie, kunnen we nog veel leren.”

Aanmelden:

Belangstellenden voor deelname aan de SIG Vroegtijdige interventie kunnen zich aanmelden bij Ad de Jongh (a.de.jongh@acta.nl) of Sjef Berendsen (sjef.berendsen@ivp.nl)