

'Plezier in puzzen'

Succesvolle SOLK-behandeling mede dankzij

Tekst: Wieger Favier

Yanda van Rood en Carlijn de Roos behandelen sinds 2003 gezamenlijk patiënten met Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Centraal daarin staat het

Gevolgenmodel waarin ze recentelijk ook een plek gaven aan traumatische herinneringen, waardoor ze de patiënten nog beter kunnen helpen.

Foto: Nienke Hofstede

len'

kzij EMDR

In aanloop naar hun keynote-voordracht over SOLK op het jaarlijkse EMDR-congres, overleggen klinisch psychologen Yanda van Rood en Carlijn de Roos hierover in een compacte werkkamer op de poli psychiatrie in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Tussen bureau en volle dossierkasten is het wikken en wegen over inhoud, volgorde en de laatste accenten. Ook als ze tussendoor vertellen over de vorderingen die ze de afgelopen jaren maakten in de behandeling van SOLK-patiënten, valt op hoe zorgvuldig ze zijn in hun bewoordingen, hoe nauwgezet ze iedere uitspraak overwegen, peins-stiltes laten vallen en elkaars formuleringen soms net weer wat aanscherpen, tot ze beiden tevreden zijn. 'Plezier in puzzelen', zo omschrijven ze hun werk. Via een stapsgewijze aanpak proberen ze de complexe klachten van hun patiënten te ontcijferen, zodat de stukjes op hun plaats vallen. Het zijn patiënten die soms al tientallen jaren met pijn of ernstige vermoeidheid tobben, zich daarover nauwelijks begrepen of gehoord voelen, en vaak al een heel zorgtraject achter de rug hebben.

'Boeiende materie' voor de twee puzzelaars die wel van een stevige uitdaging houden. Carlijn en Yanda leggen de lat hoog: "We zien het als een uitdaging om ook bij deze patiënten, waarop iedereen zich al heeft stukgegeven, toch het maximale herstel te bereiken", zegt Carlijn. "We blijven zoeken tot het plaatje echt klopt. Geweldig als je dan, na een lange weg vol obstakels, of al na een paar gerichte interventies, zo'n volledig vastgelopen patiënt toch ineens ziet opknappen."

SOLK-specialist Yanda vreest echter wel dat de patiënten die zij en Carlijn behandelen, nog maar het topje van de ijsberg vormen. "Wij zien alleen de volhouders die ondanks alle tegenslag, toch zijn blijven zoeken. De rest zit ontmoedigd thuis en heeft het al lang opgegeven."

'In stand houdende factoren'

Patiënten met SOLK hebben lichamelijke klachten, zoals chronische pijn, vermoeidheid, verlammingen of wegrakingen die niet -of niet geheel- verklaard worden door een bekende ziekte. Als de klachten langer dan zes maanden aanhouden en aanzienlijk leed en functioneringsbeperkingen teweegbrengen, is er sprake van een somatoforme stoornis. Veel SOLK-patiënten hebben bovendien -al dan niet als gevolg van de SOLK- last van andere klachten zoals depressieve-, en angstklachten. "Ook post traumatische stress klachten komen veel voor", zegt Carlijn, "en we zijn in de laatste jaren gaan zien hoe de onverwerkte traumatische herinneringen de SOLK in stand kunnen houden."

In hun benadering van SOLK maken Yanda en Carlijn een belangrijk onderscheid tussen de oorzaak van de klachten en eventuele 'in stand houdende factoren' zoals angst- en vermijdingsgedrag, somberheid en onverwerkte traumatische herinneringen. "We onderzoeken niet de oorsprong, maar kijken wat het herstel in de weg zit", legt Yanda uit. "Op basis daarvan maken we een behandelplan met een of meerdere gerichte interventies zoals EMDR, cognitieve herstructurering of ontspanningsoefeningen. Als we bijvoorbeeld iemand zien die last heeft van onwillekeurige trekkingen van het hoofd na een auto-ongeluk, dan denken wij aan een fysieke herbeleving; het hoofd dat achterover slaat tijdens de botsing. Niet de oorzaak van de klacht staat voorop, maar de reden waarom het niet overgaat: dat is de andere manier van kijken."

Vergroten van fysieke window of tolerance

Sommige patiënten zijn inmiddels te ziek voor opname in een kliniek omdat ze, vanwege extreme vermoeidheid of bijvoorbeeld urenlange wegrakingen, niet de minste activiteiten en therapieën kunnen volhouden. "Omdat ze gemakkelijk over hun eigen grenzen gaan, is het nodig om deze patiënten af te remmen, in plaats van ze te activeren. Iemand die maar even rechtop kan zitten, moet deze beweging slechts heel kort, maar wel regelmatig uitvoeren. Zo blijft de patiënt in zijn fysieke *window of tolerance*, en door geleidelijk uitbouwen ontstaat er vervolgens voldoende speelruimte voor de volgende stap. Als er een link is met een onverwerkte traumatische herinnering, dan is die volgende stap vaak EMDR."

Centraal in die stapsgewijze benadering staat het Gevolgenmodel: een breed inzetbaar protocol voor de diagnostiek van patiënten met SOLK, ontworpen door Anne Speckens en doorontwikkeld door Yanda. Hierin gaven Carlijn en Yanda ook een plek aan onverwerkte traumatische ervaringen. "Vroeger bestond er voor iedere SOLK wel een protocol", vertelt Yanda. "Maar het Gevolgenmodel is het eerste generieke protocol voor de diagnostiek, waarmee je bij elke klacht gericht kunt vaststellen welke interventies geïndiceerd zijn. Het helpt om telkens heel precies te achterhalen welke informatie nog ontbreekt. Als we, tijdens de behandeling vastlopen, duiken we opnieuw het model in, controleren wat we al hebben gedaan, of er al 'in stand houdende factoren' zijn verminderd, en wat er nog is overgebleven. Zo kunnen we, met het model als houvast, door zoeken tot we helder hebben wat op dat moment de meest directe in stand houdende factor is en dat als aangrijpingspunt nemen voor de verdere behandeling."

Als voorbeeld van een geslaagde zoektocht noemt Yanda een patiënte met chronische buikpijn, hevige buikpijnaanvallen en ernstige depressies als aanmeldingsklacht. "Zij was al uitgebreid behandeld door een gynaecoloog, een psychiater en een psycholoog, en had al verschillende opnames achter de rug. Bij het invullen van het Gevolgenmodel kwam naar voren dat de machteloosheid tijdens de buikpijnaanvallen deed denken aan de machteloosheid tijdens een verkrachting dertig jaar daarvoor. De behandeling bestond uit drie EMDR-sessies. Zoveel als nodig waren om deze nare ervaring te verwerken. De buikpijnaanvallen verdwenen, de buikpijn nam sterk af en de depressie klaarde op. We hebben deze patiënte nog lang daarna gevolgd om te kijken of het herstel zou beklijven. En dat deed het."

Ook veel instellingen werken inmiddels met deze diagnostische methode en zijn er enthousiast over. "Herstelprogramma's zijn vaak zwaar en kunnen bestaan uit een schot hagel: groepsbehandeling, creatieve therapie, mentaliseren: van alles wordt tegelijk op iemand afgevuurd. Bij de meting, helemaal aan het eind van het behandelprogramma, blijkt vervolgens niet duidelijk welke behandelmodule wel en welke niet effectief is geweest. Na de

"Een geweldig voordeel van zo'n korte gerichte EMDR-behandeling is dat we de gestelde hypothese over de rol van de traumatische herinnering relatief makkelijk en snel kunnen toetsen en deze zo nodig bijstellen."

Carlijn de Roos

diagnostiek met behulp van het Gevolgenmodel maken we nog steeds gebruik van diezelfde interventies, maar nu heel gericht. We schieten met scherp. En bij elk 'schot' kunnen we niet alleen gelijk zien of het raak is, maar ook hoe diep en hoe effectief. Daardoor is onze leercurve veel steiler: we leren snel van onze interventies omdat we daarover gelijk feedback krijgen. Tegenwoordig verloopt een intake al vaker volgens het gevolgenmodel, en passen instellingen het programma waar nodig aan."

Rol van trauma

De samenwerking tussen Yanda en Carlijn startte elf jaar geleden. Yanda was toen al gespecialiseerd op het gebied van SOLK en somatoforme stoornissen en Carlijn raakte extra geïnteresseerd in dit terrein toen ze hoorde dat Bob Tinker, een van de EMDR-pioniers uit Amerika, succesvol een patiënt met fantoompijn na een ongeval, had kunnen genezen door het trauma van dat ongeval met EMDR te behandelen. "Ik vond dat zeer intrigerend nieuws en startte met Sandra Veenstra en in samenwerking met Yanda, een pilot-studie naar het effect van EMDR bij fantoompijn.

Volgens hun nauwgezette werkwijze sleutelden Carlijn en Yanda in de daarop volgende jaren aan de verdere ontwikkeling van het Gevolgenmodel en gaven daarin recentelijk ook een plek aan traumatische herinneringen. "We merkten dat trauma in de vorm van emotioneel of seksueel misbruik en mishandeling in de vroege jeugd opvallend vaak voorkomt bij patiënten met SOLK", legt Carlijn uit, "en dat sommige mensen met ernstige somatoforme klachten, zoals ernstige vermoeidheid, eigenlijk telkens in een fysieke herbeleving kunnen zitten. Als je niets meer kunt en je zwaar voelt, geeft dat een machteloos gevoel wat eerdere, onverwerkte herinneringen activeert waarin machteloosheid ook een rol speelt, zoals fysieke mishandeling. De herinnering daaraan is er nog wel, maar de bijbehorende lichamelijke sensatie is niet bewust toegankelijk. We merkten echter dat we die fysieke herinnering een stuk beter op konden sporen, door veel meer via het lichamelijke gevoel uit te vragen. We vragen patiënten zich te concentreren op de lichamelijke sensatie, er met hun volle aandacht naar toe te gaan en deze daarna te beschrijven. Naar aanleiding van die beschrijving kunnen we vervolgens vragen of en wanneer de patiënt dit eerder zo heeft gevoeld. Zo raken de aan de lichamelijke sensaties verbonden herinneringen toch geactiveerd en toegankelijk."

Als een mogelijke, aan de klacht gerelateerde traumatische ervaring op deze manier is geïdentificeerd, is een gerichte EMDR-behandeling de volgende stap. "Een geweldig voordeel van zo'n korte, gerichte behandeling is

dat we de gestelde hypothese over de rol van de traumatische herinnering relatief makkelijk en snel kunnen toetsen en deze zo nodig bijstellen", benadrukt Carlijn.

Bijzondere wisselwerking

Carlijn leerde tijdens haar specifieke behandeling van jonge en vroeg getraumatiseerde kinderen veel van de lichamelijke reacties die ze waarnam. "Jonge kinderen hebben nog geen woorden voor wat er gebeurt, maar hun lijfjes zijn des te expressiever. Bij hen zie ik het effect dat de onverwerkte traumatische ervaring heeft op het lichaam. De houding, spierspanning, en het niet gebruiken van het deel van het lichaam dat bij de traumatische ervaring betrokken was. Het effect van de EMDR-behandeling is ook snel en vrij direct te zien aan de reactie van het lichaam. Als ik bijvoorbeeld een peuter die lang aan het infuus heeft gelegen of in ademnood is geweest behandel met EMDR, dan zie ik dat lijfje weer ontspannen en in beweging komen. Als de stagnatie is opgeheven komt de motorische ontwikkeling weer op gang."

Het frappante is dat Carlijn en Yanda lichamelijke reacties die deel uitmaken van de traumatische herinnering steeds beter herkennen bij volwassenen die ook op zeer jonge leeftijd zijn getraumatiseerd. "Het volwassen lijf vertoont ineens een respons of gedrag dat meer bij peuters hoort", vertelt Yanda. "Een als peuter bijna verdronken man begon hier in de kamer bijvoorbeeld plotseling vreselijk te huilen en telkens te proesten, alsof hij het water uit zijn toenmalige 'longetjes' hoestte."

De twee behandelaars zijn enthousiast over deze bijzondere vorderingen en hopen dat EMDR-therapeuten die patiënten met SOLK behandelen, gebruik zullen maken van het Gevolgenmodel zodat door gericht inzetten van interventies, ook hun patiënten maximale kans hebben op herstel. "Het zou bovendien geweldig zijn als deze behandeling in de toekomst meer bij de voorkeur beschikbaar komt en er betere samenwerking ontstaat tussen de verschillende disciplines", besluit Yanda. "Zelf hopen we onze kennis nog zodanig uit te breiden, dat we de behandelwijze op een vereenvoudigde manier beter kunnen uitleggen aan mensen in de eerste lijn, zodat zij de SOLK-patiënten eerder naar de juiste plek kunnen doorverwijzen en deze meer kans maken op herstel."

Yanda van Rood is klinisch psycholoog / psychotherapeut en werkzaam op de afdeling psychiatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Zij is bovendien voorzitter van de wetenschapscommissie van de VEN. Carlijn de Roos is klinisch psycholoog / psychotherapeut, coördinator van het Psychotraumacentrum GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen en voorzitter van de VEN.