

Baat het niet, dan schaadt het wél

Wanneer is stabilisatie echt noodzakelijk?
En wanneer kan EMDR ook goed zonder?

Tekst: **Joany Spierings**

Dit artikel heeft als doel behandelaars te ondersteunen bij de vraag 'meteen behandelen of eerst stabiliseren?' In het debat over deze vraag begint zich gaandeweg een consensusgebied af te tekenen. Voor- en tegenstanders van onmiddellijk behandelen vinden elkaar op de volgende punten:

1 'Yes, unless..!'

Bij traumagerelateerde klachten moet toegewerkt worden naar traumabehandeling, tenzij het voor deze specifieke patiënt absoluut onmogelijk en/of onwenselijk is.

2 'De ene patiënt is de andere niet'

Ondanks twijfels over het bestaan en de prognostische waarde van sommige diagnoses, staat vast dat er essentiële verschillen bestaan tussen patiënten. Wat voor de ene persoon helpend is, werkt voor de andere averechts en richt juist schade aan.

3 'Stabiliseren: wanneer wel, wanneer niet?'

In plaats van: 'Stabiliseren, ja of nee?'

In plaats van te polariseren is het belangrijk om te differentiëren tussen (en nader onderzoek te doen naar) patiëntengroepen, comorbiditeit en risicofactoren.

4 Beperk stabilisatie tot het noodzakelijke minimum

Gij zult niet overbodig stabiliseren! Waarop kan niet gekort worden, en waarover valt te onderhandelen?

De kunst is om bij aanvang van de behandeling zodanig te differentiëren dat overbodige stabilisatie achterwege kan blijven en noodzakelijke stabilisatie niet overgeslagen wordt. In ons traumateam is zo'n differentiatie uitgewerkt in de vorm van het onderscheid tussen groene, oranje en rode patiënten. Bij de toewijzing van patiënten aan behandelaars en bij het inzetten van één van

de zorgroutes binnen het zorgpad Trauma geeft deze kleurcode richting aan de behandeling. De meest ervaren behandelaars zien de roodste patiënten. Om 'kleur te bepalen' maken we gebruik van een lijst met criteria op grond van intakegegevens. Deze omvatten:

- elementen uit de biografie (aard en ernst van de gebeurtenissen, mate van verwaarlozing en kwaliteit van de hechting)
- symptomen (niet alleen traumasymptomen, maar ook: dissociatie, zelfbeschadiging, suicidaliteit, crisisgevoeligheid en comorbiditeit)
- een inschatting van de coping (copingstijl, mentaliserend vermogen, affectregulatie en therapiegeschiedenis)

In essentie gaat het om een inschatting van de verhouding tussen het gezonde deel en het gewonde deel van de patiënt. Wat is intact? En wat is gevormd, vervormd en misvormd door traumatisering? Wanneer het gezonde deel groter en krachtiger is dan het beschadigde deel, zal traumaverwerking positief verlopen. Er zijn dan immers voldoende resources, het functionele volwassen perspectief is beschikbaar, de patiënt kan copingstrategieën inzetten en zichzelf binnen de lijntjes, en bij de les houden.

Maar als hij of zij de traumatische herinnering alleen te lijf kan met disfunctionele strategieën als automutileren, dwangmatige controle of verdoving, dan zijn de vooruitzichten voor geslaagde traumaverwerking aanzienlijk somberder. Dan is het vooraf aanleren van zelfregulatievaardigheden (= stabiliseren) noodzakelijk.

In ons team (Traumagerelateerde Stoornissen) werken wij met competentiegestuurde stabilisatie (aan de hand van 'de Drie Testen'): wat de patiënt al in huis heeft, hoeft hij of zij niet te leren. Er is dus geen vaststaande tijd of een vaststaand aantal zittingen.

Groene patiënten zijn snel klaar voor traumaverwer- ▶

king, soms zelfs in één of twee zittingen. Stabiliserende interventies zijn nauwelijks nodig.

Oranje patiënten moeten meer leren, maar te verwachten valt dat met vallen en opstaan wel degelijk tot succesvolle traumaverwerking te komen is. De stabilisatietijd kan variëren van een paar weken tot een paar maanden, afhankelijk van de tint oranje en vooral van de leerbaarheid van de patiënt, c.q. het gezonde stuk.

Hoe roder de patiënt, hoe meer hij of zij nog moet leren voor een geslaagde traumaverwerking. Dan wordt ook aanzienlijk meer gevraagd van de relationele vaardigheden en van de kennis, kunde en lange adem van de therapeut, en daarnaast van de inzet en het doorzettingsvermogen van de patiënt.

Tot slot zijn er nog de 'donkerrode patiënten': diep rood en niet zelden ook nog beschadigd door mislukte behandelingen elders. De therapie begint daardoor op achterstand.

Gelukkig vormen rode patiënten een relatief kleine groep en zullen collega's in de basis-GGZ niet vaak te maken krijgen met deze problematiek.

Casus

De 29-jarige F.H. kwam binnen met een mislukte trauma-behandeling achter de rug: EMDR was geprobeerd, zonder voorafgaande stabilisatie. Het resultaat was dat ze keer op keer binnen enkele minuten wegdissoceerde. Na een serie mislukte pogingen werd deze therapie gestaakt. In haar eigen woorden: "Ik voelde me met de dag slechter. EMDR werkt gewoon niet! Beter gezegd, EMDR maakt het alleen maar erger! Met deze conclusie had ik EMDR en therapie afgeschreven. Jaren doorgeworsteld."

In 2013 wordt deze patiënt in deplorabele conditie aangemeld bij ons team. Ze werkt dan inmiddels niet meer, is verslaafd aan alcohol en blowen, weegt meer dan 120 kilo en is grote delen van de dag 'kwijt'. Ze komt nauwelijks buiten de deur en reageert extreem angstig op een hele rij triggers. Na het doorlopen van een op maat gesneden stabilisatieprogramma met de nadruk op controle krijgen over haar wegrakingen, starten we met EMDR. In haar eigen woorden: "Nadat ik voldoende was gestabiliseerd, ben ik opnieuw gestart met EMDR. De eerste sessies begon ik met lood in mijn schoenen. Zowel met angsten (Zal ik er weer tijdens de eerste sessie uitvliegen? Zal dit weer meer kwaad dan goed doen?) als ook met zelfvertrouwen: ik ken mezelf nu een heel stuk beter. En inderdaad, een wereld van verschil! Voordat mijn hersenen de kans kregen om uit te schakelen, kon ik al ingrijpen. En doordat ik wist wat ik kon doen, voorkwam ikzelf dat ook deze sessies mislukkingen zouden worden."

In welke gevallen is het in mijn ogen noodzakelijk om voorafgaand aan de EMDR te stabiliseren?

Actieve, agressieve zelfhaat is op basis van mijn ervaring vrijwel altijd een zwaarwegende reden om voorlopig af te zien van traumaverwerking, en gericht te werken aan zelfcompassie. Zelfhaat is méér dan een trauma-relateerde negatieve cognitie, het is als een kwaadaardig kankergezwel ingegroeid in de persoonlijkheid. Het risico op mislukking van de EMDR is in dit geval te groot. Schaamte en schuld zijn levensgroot aanwezig. *Cognitive interweaves* die een beroep doen op het liefdevolle, volwassen perspectief slaan niet aan, automutileren wordt ingezet als *coping* strategie, terwijl een positieve cognitie ondenkbaar en zelfs bedreigend is.

Casus

Bij de 27-jarige A. (PTSS, borderline, anorexia, frequente automutilatie, chronische suïcidaliteit, negatief zelfbeeld, dwangmatig gedrag, emotieregulatieproblemen en interpersoonlijke problemen) is de intensieve trauma-behandeling (ITB) in een andere instelling grotendeels mislukt. Uit het verslag blijkt: "De patiënt was erg vermijdend tijdens de behandeling, waardoor de dosering van de blootstelling aan het traumatisch materiaal, ondanks de intensieve behandeling, te laag is geweest." Schuldgevoelens spelen een rol: 'Ik heb het recht niet om hier te zitten, ik ben zelf verantwoordelijk voor wat er gebeurd is.'

Deze patiënt is inmiddels aangemeld in ons team en kan volgens de criteria van 'de Drie Testen' pas aan traumaverwerking beginnen, als ze zichzelf enige zelfcompassie gunt. Zonder zelfcompassie is haar traumabehandeling gedoemd opnieuw te mislukken.

Zelfs zelfhaat hoeft echter nog geen absoluut veto te betekenen. Het hangt dan nog af van de aard van de traumatiserende gebeurtenis. Problemen in het domein 'veiligheid' bijvoorbeeld zijn mogelijk nog op te lossen zonder zelfcompassie, maar problemen in het domein 'zelfwaardering' lopen waarschijnlijk vast.

Ernstige agressie-geremdheid is, in mijn ogen, een andere contra-indicatie. Ook hier geldt weer: een aardbeving durf ik gerust te desensibiliseren, maar om een verkrachting te verwerken is het nodig dat de helende woede vrije doorgang krijgt.

Casus

Ik heb jaren geleden R.D.(57) behandeld voor langdurig seksueel misbruik in haar kinderjaren. De SUD van onze eerste EMDR-sessie bleef, ondanks alle interweaves, maandenlang steken op 4. De patiënt voelde nooit woede naar de dader. Wel werd ze steeds depressiever.

Uiteindelijk is ze na een suïcidepoging opgenomen. Ze is twee jaar opgenomen gebleven en kreeg langdurig electroshocks. Dankzij een betrokken psychiater kwam ze toch terug in traumabehandeling. Deze keer heb ik éérst haar agressie 'vrijgewerkt'. Daarna begonnen we weer met EMDR, ditmaal met succes.

Tot slot

In onderstaande tabel heb ik voor een aantal EMDR-interventies uitgewerkt welke mogelijkheden en resultaten te verwachten zijn voor de verschillende typen patiënten. Met dezelfde interventie lopen de resultaten sterk uiteen.

Patiënt vertelt de gebeurtenis van begin tot eind	Patiënt volgt de instructies en bijt door de zure appel heen	Patiënt moet mogelijk een aanloop/omweg nemen. Uitstelgedrag. Therapeut moet hier en daar 'aanduwen'	Patiënt moet voortdurend aangemoedigd en gerustgesteld worden; tijdelijke toename van klachten	Patiënt kan het niet opbrengen om het verhaal te vertellen, ontregelt in de aanloop ernaartoe
Afspraken over het begrenzen van associaties	Goed mogelijk, patiënt doet de eigen grensbewaking	Met inspanning van de patiënt en alertheid van de therapeut is grensbewaking redelijk mogelijk, evt. met enige aanpassingen	Je bent er steeds te laat bij, ander (belastender) materiaal is al geactiveerd vóór je het weet. Met moeite is de patiënt weer te begrenzen	Muurtjes tussen herinneringen zijn van nat karton: patiënt is niet meer te begrenzen, evt. langdurige negatieve nawerking
Alles melden wat er opkomt, als een toeschouwer de eigen ingevingen waarnemen, 'Just notice'	Patiënt kan met enige aarzeling de associaties uitspreken	Patiënt durft associaties niet hardop uit te spreken; proces loopt van binnen wél door	Patiënt durft associaties ook niet innerlijk uit te spreken, strikte censuur (soms in combinatie met stemmen); proces stagneert	Patiënt raakt in paniek / overstuur van de eigen associaties; proces stagneert en er moet daarna straf gegeven worden
Window of tolerance	Patiënt blijft binnen window of tolerance, eventueel met interventie (proces interweave)	Patiënt blijft grotendeels binnen window of tolerance, mede met behulp van aanpassingen en proces interweaves	Patiënt is aantal malen zodanig buiten window of tolerance dat maatregelen nodig zijn (aanpassingen, soms tijdelijk stoppen)	Patiënt is zodanig buiten window of tolerance dat geen proces meer mogelijk is. Herstelwerkzaamheden noodzakelijk
Positieve cognitie	Positieve conclusie over zichzelf wordt aanvaard	Positieve conclusie over zichzelf wordt betwijfeld	Positieve conclusie over zichzelf 'pakt' niet	Positieve conclusie over zichzelf is niet toegestaan
Cognitive interweave	De functionele informatie kan 'intern' worden geactiveerd	De functionele informatie moet 'extern' worden aangereikt	De extern aangereikte functionele informatie 'pakt' niet	De aangereikte functionele informatie wordt geweigerd
RDI	Patiënt kan positieve herinneringen oproepen en deze binnen handbereik houden. RDI levert goed resultaat op	Patiënt heeft moeite om positieve herinneringen te vinden, kan ze maar met moeite binnen handbereik houden. RDI levert mager resultaat op	Positieve herinneringen steeds onbruikbaar vanwege doorlekkend negatief materiaal. RDI levert geen resultaat op	Patiënt kan, of wil geen positieve herinneringen activeren, noch binnen handbereik houden. RDI is faalervaring

Door zorgvuldige differentiatie kan het optimale behandelresultaat bereikt worden: enerzijds geen overbodige stabilisatie, maar anderzijds geen schade die voorkómen had kunnen worden. ■