

Rik Knipschild over traumabehandeling bij kinderen en jongeren met dissociatieve symptomen of stoornissen

'Dissociatie nemen we er gewoon bij'

Tekst: **Nadia Thiel** Illustratie: **Saskia Wariner**

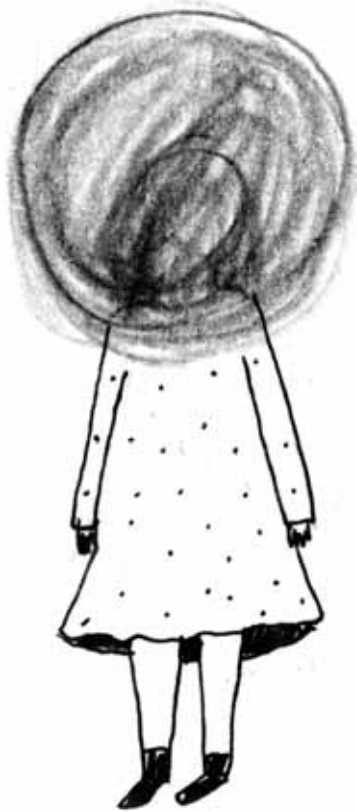
Rik Knipschild aarzelt geen moment als de congrescommissie van de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP) hem benadert als spreker voor hun voorjaarscongres in 2016 met het thema: 'Controversen in de zorg na psychotrauma'. Dit is een kans om het onderwerp aan te snijden wat hem in zijn professionele hart raakt: het ontbreken van goed gevalideerde handvatten voor behandeling en diagnostiek bij kinderen en jongeren in Nederland met dissociatieve symptomen of stoornissen.

Rik is nu ruim zes jaar werkzaam in de jeugd-GGZ bij Karakter als GZ-psycholoog en psychotraumatoloog NtVP. Regelmatig ziet hij naar hem verwezen kinderen en jongeren met een complex psychiatrisch beeld met dissociatieve symptomen. Hij merkt dat de aanwezigheid van deze symptomen tot handelingsverlegenheid kan leiden bij behandelaren, die daarom graag doorverwijzen. "Neem bijvoorbeeld Desi: een fictieve casus, maar hiermee kan ik een vrij gangbaar beeld schetsen", zegt Rik. "Desi is door de eerste lijn doorverwezen. Er worden stemmingsklachten gerapporteerd, emotieregulatieproblemen en neurocognitieve problemen. Desi knalt eruit op school en ook thuis zijn er veel problemen in de interactie met de verschillende gezinsleden. De hypothese is dat er sprake is van een PTSS als gevolg van meervoudige interpersoonlijke traumatisering. De aanwezigheid van dissociatieve symptomen bij Desi worden beschreven als: 'periodes van depersonalisatie en derealisatie'. Meer duidelijkheid wordt er nog niet verschaft. Wat is nu de eerste stap?"

Rik werkt in de eerste plaats altijd aan een casusconceptualisatie over wat er aan de hand is. Deze stelt hij samen met zijn patiënten op. Simpel gezegd: Waar heb je last van? Hoe denken we dat dit komt? En wat moeten we doen om ervan af te komen?

"Ik gun zo'n meisje een goede traumatherapie, waar ze op haar plek is", zegt Rik. De lijdensdruk van Desi is groot. Geroutineerd gaat Rik aan de slag met het werken aan vaardigheden bij haar om de dissociatie symptomen te verminderen voordat hij de traumatherapie start. 'Dissociatie staat de integratie van traumabehandeling in de weg', zo luidt de aanname die aan deze routine ten grondslag ligt. Maar Rik is niet tevreden. Hij begint zich steeds meer af te vragen of dit wel klopt. "Waarom zou ik niet meteen starten met traumatherapie? Waarom eerst vaardigheidstraining of andere opstartfases als we het lijden van deze jongere met traumagerichte behandelsessies zoals EMDR of imaginaire *exposure* al direct kunnen verlichten?"

I'M SOMEWHERE



BUT NOT HERE...

Net als bij de bakker

Rik voelt zich hierin gesteund door bijvoorbeeld recent onderzoek van Agnes van Minnen en collega's (2016). In dit onderzoek wordt duidelijk dat de aan- of afwezigheid van dissociatieve symptomen geen verschil maakt in het behandelingsucces van de traumabehandeling bij volwassenen. Rik vraagt zich af waarom dat dan bij kinderen ook niet zo zou zijn. In alle gevallen gaat het om traumabehandeling zonder dat er eerst gefocust wordt op het verminderen of hanteren van de dissociatieve klachten. "Ik denk dat we allemaal professioneel zijn opgevoed met de gedachte dat mensen met een geschiedenis van interpersoonlijke traumatisering het beste geholpen zijn als we eerst investeren in een goede therapeutische relatie", filosofeert Rik. "Misschien omdat we voor die tijd vooral voorzichtig met onze patiënten wilden omspringen, uit angst dat ze zouden afknappen op de zware belasting van de confrontatie met hun meest indringende herinneringen. Maar is die voorzichtigheid wel nodig bij patiën-

ten met dissociatieve symptomen of stoornissen? Zou een goede therapeutische relatie niet juist ontstaan tijdens een traumagerichte behandeling? Niet nog meer tijd verspillen! De meeste patiënten hebben al zo lang op een therapie moeten wachten, bijvoorbeeld door verwijspcedures en wachtlijsten? Moet je dan nog meer rekken?"

Voor motivatieproblemen bij patiënten moeten we volgens Rik ook niet te bang zijn. "Als ik bij een bakker brood heb gekocht, dan kom ik daar nog eens terug, zodra ik iets geproefd heb wat me smaakte en mijn honger stilde. Aan een bakker die alleen maar praat over zijn product heb ik niet veel. Waarom zou dat voor een goede therapie anders werken?"

De afwezigheid van een goed meetinstrument

Vanuit de overtuiging dat ook kinderen en jongeren het beste geholpen zijn met een directe aanpak van effectieve traumagerichte therapie, ongeacht de aanwezigheid van dissociatieve symptomen, gaat Rik op zoek naar richtlijnen voor de juiste aanpak. "Als er evidentie is om toch eerst specifiek te werken aan het verminderen van de dissociatie voor de start van de traumatherapie, dan hoor ik dat natuurlijk graag." Maar gedegen onderzoek hierover kan Rik niet vinden. "Al vijftien jaar lang is er in Nederland onvoldoende onderzoek gedaan naar het theoretisch construct 'Dissociatie bij kind en jeugd'." Rik vindt daarnaast de afwezigheid van goede psychometrische instrumenten die dissociatie kunnen classificeren een groot gemis. Hij vindt dit ook zeer vreemd. "Als we impliceren dat de aanwezigheid van dissociatieve symptomen onderscheidend is voor de aanpak in traumabehandeling, waarom hebben we de instrumenten die deze symptomen in kaart brengen dan nog niet goed psychometrisch onderzocht?" Er zijn wel wat screeningslijsten of *checklists* ontwikkeld. Het meest gebruikt zijn de A-DES (*The Adolescent Experience Scale*) of CDC (*Child Dissociative Checklist*), maar of deze ook meten wat ze horen te meten is niet met zekerheid te zeggen. "Bovendien plaats je met een screeningslijst dissociatie op een continuüm: er is in meer of mindere mate sprake van dissociatie. Maar wat nou als we dissociatie als pathologie opvatten? Dan wil je de aanwezigheid en de aard van de symptomen in kaart brengen. In Nederland zijn we dan aangewezen op het klinisch interview, de SCID-D (*Structured Clinical Interview for DSM IV Dissociative Disorder*)." ▶

“Niet nog meer tijd verspillen! De meeste patiënten hebben al zo lang op een therapie moeten wachten.”

Er kleven echter wat nadelen aan de SCID-D: deze (noch een ander gestructureerd klinisch interview) is niet onderzocht bij patiënten onder de zestien jaar in Nederland. Desondanks is het een veel gebruikt instrument. “Maar het gebruik van de SCID-D vraagt wel een enorme investering van zowel de therapeut als de patiënt”, benadrukt Rik. In de afgelopen twee jaar nam hij zo’n tien keer een SCID-D af. Gemiddeld was hij zo’n acht á twaalf uur per casus kwijt aan de voorbereiding, afname, interpretatie, verslaglegging en terugkoppeling voordat hij een therapie kon starten. “Daarbij komt dan nog de vraag of het wel uitmaakt voor het behandelingsucces. Denk terug aan het onderzoek van Agnes van Minnen en collega’s. Waarom zou ik onderscheid maken in de aanwezigheid van dissociatie bij traumabehandeling? En waarom zou ik mijn patiënt onnodig met dit proces van diagnostiek moeten belasten, als de lijdensdruk zo duidelijk is?”

De noodzaak van wetenschappelijk onderzoek

Rik start in 2017 met collega’s een vergelijkend effectonderzoek naar traumabehandeling met of zonder stabilisatiefase bij adolescenten van twaalf tot achttien jaar. “Dissociatie is geen exclusiecriteria, we nemen het in ons onderzoek juist mee en zijn benieuwd of het van invloed is op het succes van de directe behandelaanpak.” Een vergelijkbaar onderzoeksvorstel schreef Rik samen met Lotte Hendriks (GZ-psycholoog en promovenda bij Pro Persona) om dit vraagstuk ook te kunnen gaan beantwoorden bij jongeren die behandeld worden binnen de gesloten jeugdzorg. Hij hoopt dat er meer onderzoekers gaan volgen. Nederland

heeft behoefte aan een richtlijn voor de behandeling en diagnostiek van kinderen en jongeren met dissociatieve symptomen of stoornissen, waar gedegen wetenschappelijk onderzoek aan ten grondslag ligt. De dichtstbijzijnde richtlijn is afkomstig van de ESTD (*European Society for Trauma and Dissociation*) die deze in 2015 ontwikkelde voor deze doelgroep. “Voor de aanbevelingen in deze richtlijn is geen evidentie. Dit wordt ook door de auteurs zelf benoemd. Ze schrijven dat de meeste aanbevelingen tot stand zijn gekomen door klinische richtlijnen die gebaseerd zijn op de opvattingen en ervaringen van specialisten en op gevalbeschrijvingen.” Dat is wat Rik betreft een veel te ambitieuze beschrijving voor selectieve aannames en het geeft een beperkte weerspiegeling van visie op dit gebied. “Als verondersteld wordt dat dissociatie van invloed is op het verwerken van traumatische herinneringen, dan hebben we een noodzaak en plicht om dit te onderzoeken, want ernstig getraumatiseerde kinderen en jongeren verdienen de best passende behandeling.”

Mogelijk is voor een bepaalde groep getraumatiseerde kinderen een focus op dissociatie nodig, maar of dit per definitie noodzakelijk is, betwijfelt Rik zeer. Het schokt hem als hij leest dat er behandeltrajecten voorgesteld worden van enkele maanden tot drie jaar, waarin geprobeerd wordt de dissociatie te verminderen voordat de posttraumatische verwerking pas kan plaatsvinden. “Aannames zijn er wellicht niet voor niets”, zegt Rik. Maar de onderzoeker in hem raakt hier direct door getriggerd: “Dat we dit al decennia lang laten voortbestaan zonder enige vorm van wetenschappelijke onderbouwing, moeten we niet willen in ons vakgebied.” ■

Referenties

van Minnen, A., van der Vleugel, B.M., van den Berg, D.P.G., de Bont, P.A.J.M., De Roos, C., van der Gaag, M., De Jongh, A. (2016). Effectiveness of trauma-focused treatment for patients with psychosis with and without the dissociative subtype of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*. 1–2. doi: 10.1192/bjp.bp.116.185579