

Stabiliserend 'EMDR-en' bij kwetsbare patiënten

Tekst en Illustratie: Erica Aldenkamp en Annemarie van den Brink
Foto: Nienke Hofstede

Nog niet zo lang geleden was in de behandeling van kwetsbare patiënten met zogenoemde Complexe PTSS het drie-fasenmodel (Cloitre e.a. 2012) 'best practice'. Voor onze doelgroep - GGZ-patiënten met een IQ lager dan 85 - gebruikten we een aangepaste stabilisatietraining, ondersteund door de in die tijd geldende consensus in het werkveld voor deze aanpak. Dit is ter discussie komen te staan in het recent ontstane discours in het veld over nut en noodzaak van stabilisatie (Bicanic e.a., 2015; Thomaes e.a., 2015), dat parallel loopt aan onze klinische ervaringen dat sommige patiënten de eindtermen van een stabilisatietraject niet bereiken. Hun ontregelde toestand als gevolg van herbelevingen en/of omstandigheden houdt aan, terwijl hun coping inadequaat blijft. Dit roept vragen op: kunnen de PTSS-klachten bij deze instabiele patiënten niet beter meteen worden behandeld? Is dat ook bij deze dubbel kwetsbare patiëntengroep verantwoord? Durven behandelaars dit aan? Weten ze hoe ze moeten handelen? Met de 'stabilisatiediscussie' in ons achterhoofd, onze

ervaringen tot nu toe meewegend, zijn wij in de behandeling van Complexe PTSS-klachten bij deze patiëntengroep het drie-fasenmodel gaan 'kantelen'. Dat betekent: niet standaard éérs stabiliseren, en ook niet standaard direct met traumaverwerking starten, maar 'stabiliserend EMDR-en'. Hiermee sluiten we aan op het artikel van Hans-Jaap Oppenheim en Matty Geurink (EMDR Magazine 8, september 2015).

Doelgroep

Dit artikel heeft betrekking op volwassen patiënten met Complexe PTSS-klachten en een IQ onder de 85. Iedereen die in de GGZ, de verslavingszorg of het dak- en thuislozencircuit werkzaam is, kan met deze doelgroep te maken krijgen. Geschat wordt dat ruim 2.2 miljoen (14,6 procent) Nederlanders een IQ onder de 85 heeft. Het grootste deel van deze mensen is zwakbegaafd (IQ 70 -85). Zij staan via hun werk en wonen midden in de maatschappij en doen vaak een beroep op de reguliere gezondheidszorgvoorzieningen, waar



het lage IQ overigens vaak niet tijdig onderkend wordt. Uit onderzoek blijkt dat mensen met een lager IQ veel kwetsbaarder zijn voor het ontwikkelen van psychische problemen - waaronder PTSS - dan mensen met een gemiddeld of bovengemiddeld IQ (o.a. Mevissen & De Jongh, 2010, Wieland et al. 2014). Verschillende verklaringen worden in de literatuur voor deze kwetsbaarheid genoemd, waaronder risicovolle omstandigheden zoals verslaving, loverboy-circuit, situaties die zij niet kunnen overzien en verminderde coping, maar ook lichamelijke afhankelijkheid in verzorgingssituaties.

Casus Carla

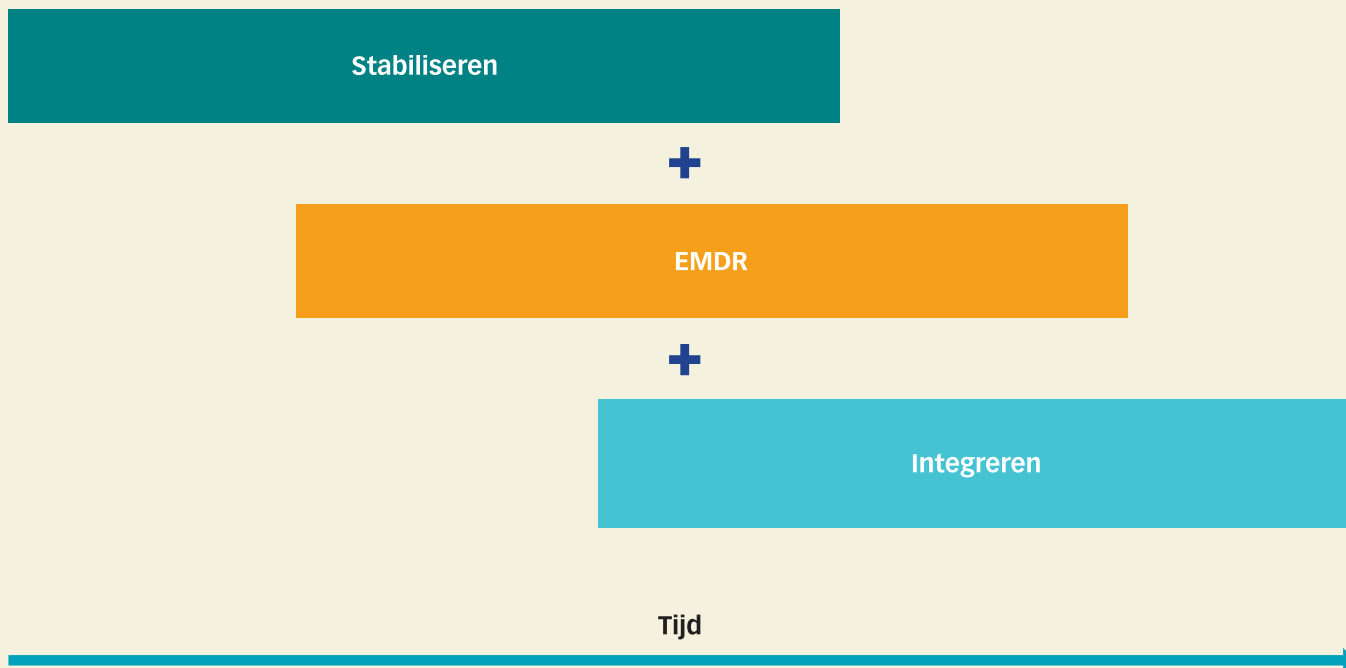
Carla is 45 jaar oud, getrouwd en moeder van drie normaal begaafde, volwassen kinderen. Zij functioneert op zwakbegaafd niveau (TIQ 74) en was gedurende haar hele jeugd slachtoffer van mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik. Dit eindigde pas toen ze trouwde. Het huidige gezinsleven is veilig. Toch heeft Carla dagelijks herbelevingen en nachtmerries en ze is sterk

geneigd om mensen, plaatsen en activiteiten te vermijden. Carla is overalert, ze is voortdurend bezig en put zichzelf hierdoor uit. Ze is associatief in haar denken en spreken, is heel snel overspoeld door emoties en zegt regelmatig te verlangen naar de dood.

Gedurende anderhalf jaar is ingezet op stabilisatie: medicatie, psycho-educatie, inzet van woonbegeleiding, het aanbieden en oefenen van aandachtsoefeningen en emotie-regulatievaardigheden, aangepast aan haar cognitieve niveau. Het emotioneel overspoeld raken blijft echter bestaan. Ook mét hulp lukt het haar niet om vaardigheden tijdig in te zetten. De eindtermen van de stabilisatiefase lijken onbereikbaar. Ze is bang om met EMDR te starten. De therapeut aarzelt, ook gezien haar instabiliteit.

Diagnostiek CPTSS bij een IQ lager dan 85

Duidelijke richtlijnen, standaarden en gevalideerde onderzoeksinstrumenten om Complexe PTSS vast te stellen bij patiënten met een lager IQ dan 85 ontbreken. ►



Dit leidt vermoedelijk zowel tot onder- als misdiagnostiek en draagt bij aan onduidelijke indicatiestellingen voor behandeling. Nét als bij normaal begaafde patiënten, gebruiken wij ook de term Complexe PTSS voor de groep meervoudig getraumatiseerde en ernstig ontregelde patiënten bij wie sprake is van forse PTSS-klachten plus emotieregulatie-problemen, zelfbeeldbeschadiging en problemen in interpersoonlijk functioneren. Bij patiënten met een lager IQ is het belangrijk om alle afzonderlijke klachten altijd te beoordelen tegen het licht van de cognitieve en sociaal emotionele mogelijkheden. De DM-ID (*Diagnostic Manual-Intellectual Disability*) adviseert te letten op gedragsequivalenten van de PTSS-symptomen, bijvoorbeeld het naspelen of uitleven van herbelevingen in plaats van het benoemen ervan. Bij het stellen van een diagnose zal bij deze groep patiënten informatie uit de omgeving betrokken moeten worden. Ook kunnen reguliere vragenlijsten gebruikt worden, maar de therapeut moet zich wel realiseren dat de betrouwbaarheid van gebruik van deze vragenlijsten bij patiënten met een lager IQ doorgaans niet is onderzocht.

Behandeling CPTSS bij een IQ lager dan 85

Specifieke richtlijnen voor de behandeling van CPTSS bij patiënten met een laag IQ ontbreken eveneens. Een aan de doelgroep aangepaste stabilisatietraining blijkt weliswaar goed bruikbaar om vorm te geven aan de

stabilisatiefase (psycho-educatie, versterken van emotieregulatievaardigheden en ondersteuning richting integratie en resocialisatie), maar de eindtermen van 'de drie testen' worden vaak niet behaald.

De discussie in het veld over nut en noodzaak van stabilisatie roept de vraag op of Carla niet tekort gedaan wordt door haar EMDR te onthouden; maar alleen het toedienen van EMDR lijkt voor deze doelgroep niet passend. We besloten daarom om het drie-fasenmodel te kantelen.

De 'drie fasen' van de behandeling blijven in dit model gehandhaafd, alleen lopen ze nagenoeg gelijk op, waardoor stabiliserend 'EMDR-en' ontstaat. We houden rekening met de verhoogde kwetsbaarheid van onze patiëntengroep én kunnen *tegelijktijd* PTSS-klachten behandelen. Concreet betekent dit dat het gestructureerd aanleren van stabiliserende vaardigheden gecombineerd wordt met EMDR, ook bij een complexe casus als die van Carla. Bij aanvang start de stabilisering een fractie eerder en is het aandeel stabiliseren in een sessie mogelijk groter dan het aandeel traumaverwerking. De keuze van de stabiliserende interventies is afhankelijk van de specifieke oorzaken van de ontregeling. Gaandeweg kan vervolgens ook de derde fase, de re-integratie worden toegevoegd. Dit sluit ons inziens goed aan bij wat Hans-Jaap Oppenheim en Matty Geurink 'stabilisatie nieuwe stijl' noemen. (EMDR Magazine 8, september 2015)

Casus Anke

Anke is moeder van twee jonge kinderen. Hulpverleners van de kinderen verwijzen haar naar de GGZ met het vermoeden van een aandachtstoornis, depressie of een borderline persoonlijkheidsstoornis. Uit onderzoek blijkt dat er sprake is van ernstige PTSS-klachten. Anke slaapt slecht, dissocieert veelvuldig en probeert herbelevingen te voorkomen door zich te verliezen in computerspelletjes. Dit gaat onder andere ten koste van het zicht houden op de kinderen. Anke heeft weinig opleiding genoten. Op de lagere school is ze twee keer blijven zitten. Ze heeft nauwelijks vervolgonderwijs gehad, maar haar IQ is nooit onderzocht. De behandelaar vraagt voor Anke bij de start van de behandeling met een begeleiding in de thuissituatie aan, die zowel op de kinderen als op haarzelf gericht moet zijn.

Na een korte psycho-educatie wordt gestart met 'stabiliserend EMDR-en'. Elke sessie start en eindigt met een stabiliserende oefening (horen, zien en voelen, kalmeer jezelf met je zintuigen, leren 'zappen' enz.). In elke sessie wordt bovendien plaats ingeruimd voor het desensibiliseren van een traumatische herinnering met behulp van het EMDR-standaardprotocol. Als Anke ontregelt, wordt de stabilisatievaardigheid herhaald en worden *containment*-technieken binnen de EMDR ingezet (zoals bandbreedte van het target verkleinen en de associatieketens kort houden). Deze vaardigheden krijgen een plaats binnen haar signaleringsplan dat mee naar huis gaat, zodat de begeleiding van Anke haar kan herinneren aan het gebruik ervan in het leven van alledag.

Na zeven sessies zijn de herbelevingen afgenomen en lukt het Anke om de stabiliserende vaardigheden steeds effectiever in te zetten.

Tot slot

De diagnose Complexe PTSS betekent de aanwezigheid van zowel forse PTSS-klachten als emotiedisregulatie, en een beschadigd zelfbeeld. Door het lage IQ is er bovendien vaak sprake van een beperkt werkgeheugen en minder abstractievermogen. Dit alles maakt dat, wil je wat aanleren, je veel moet herhalen en veel ervaringsgericht moet leren. De gekantelde versie van het driefasenmodel ofwel het Stabiliserend 'EMDR-en' verwijst naar een behandeling waarin - afhankelijk van de situatie - geswitcht wordt van stabiliseren naar traumaverwerking en vice versa. Beide elementen zijn onmisbaar en complementair.

Door, naast de EMDR, stabilisatievaardigheden gestructureerd aan te bieden (Aldenkamp e.a., 2015), te oefenen én direct toe te passen, ontstaat een vorm van ervaringsgericht leren, passend bij de leerstrategie van

deze groep. Daarbij geeft het deze groep ook nadrukkelijk zelf mogelijkheden in handen om meer controle over emoties te krijgen, wat bijdraagt aan het zelfmanagement en *empowerment*.

Elke stap in de behandeling is afgestemd op de cognitieve en sociaal emotionele mogelijkheden van de individuele patiënt. Waar mogelijk wordt het systeem ingeschakeld om de patiënt te helpen de stabiliserende vaardigheden in het dagelijks leven toe te passen. Re-integratie wordt zo vroeg mogelijk toegevoegd, maar het aanvragen van ambulante begeleiding en het instrueren in aangepast werk vergt vaak de nodige bureaucratie. De eerste stappen kunnen al tijdens de traumabehandeling gezet worden.

Stabiliserend 'EMDR-en' bij patiënten met een lager IQ is ontstaan in de praktijk. Het is van groot belang empirisch gefundeerde richtlijnen voor de behandeling van ernstige vormen van PTSS in deze doelgroep op te stellen. We hopen onze werkwijze met zoveel mogelijk EMDR-therapeuten te delen en de resultaten daarvan te koppelen aan praktijk gerelateerd onderzoek. ■

Referenties

De volledige referentielijst is opvraagbaar bij de auteurs: info@poli-plus.nl en info@annemarievdrbrink.nl

Erica Aldenkamp is GZ-psycholoog en EMDR-practitioner. Zij is eigenaar van Poli+ (psychiatrie en verstandelijke beperking) met praktijkadressen in Leiden en Amsterdam en mogelijkheden voor landelijke consultatie en trainingen. Bij onder andere de RINO verzorgt zij de cursus rondom complexe traumatisering bij mensen met een laag IQ.

Annemarie van den Brink is GZ-psycholoog en EMDR-practitioner en werkzaam bij Kristal (centrum voor psychiatrie en Verstandelijke beperking Rivierduinen). Ook heeft zij haar eigen praktijk. Bij onder andere de RINO verzorgt zij de cursus DGT en ERT voor deze patiëntengroep.