

TRAUMAVEERWERKING: WAAROM NIET?

Therapeuten nemen de behandelrichtlijnen voor posttraumatische stressstoornis (PTSS) bij kinderen te weinig in acht, zo blijkt uit Amerikaans onderzoek. Het is niet bekend in hoeverre die richtlijnen in Nederland nageleefd worden bij getraumatiseerde kinderen. Wel heeft onderzoek uitgewezen dat de meerderheid van de kinderen met klachten als gevolg van kindermishandeling géén traumabehandeling krijgt. Daar zijn uiteenlopende redenen voor; over één belangrijke reden, namelijk onnodig – en onnodig lang – stabiliseren, gaat dit betoog.

IVA BICANIC, CARLIJN DE ROOS, RENÉE BEER, ARIANNE STRUIK

Stabiliseren verwijst naar interventies die iemand voorbereiden op de verwerking van traumatische herinneringen. Deze worden met name toegepast bij chronisch of complex getraumatiseerde kinderen. Als gevolg van langdurige en interpersoonlijke traumatisering in de vroege jeugd veronderstelt men bij deze kinderen naast PTSS-klachten – zoals herbelevingen, vermijdingsgedrag en hyperarousal – ook problemen op andere gebieden die de ontwikkeling bedreigen. Van der Kolk en collega's (2009) clusteren de gevolgen van complexe traumatisering in disregulatie op verschillende gebieden, namelijk: affectief, fysiologisch, aandacht en gedrag, cognities ten aanzien van het zelf en anderen, en relaties. Hiervoor is enige empirische evidentie (Jonkman e.a., 2013), maar vooral klinische evidentie.

VERWARRING IN HET VELD

De richtlijnen voor de behandeling van PTSS bij kinderen zijn duidelijk: ze stellen dat traumabehandeling zich dient te richten op het verwerken van de traumatische herinneringen (AACAP, 2010). Desondanks is men in de praktijk terughoudend met de inzet van traumabehandeling bij chronisch getraumatiseerde kinderen met ernstige klachten. De richtlijnen van *The*

International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD, 2004) en *The European Society for Trauma and Dissociation* (Potgieter-Marks e.a., 2015) adviseren om deze kinderen gefaseerd te behandelen. Dat wil zeggen: eerst een stabilisatiefase, dan een fase waarin de traumatische herinneringen worden verwerkt, waarna een fase van integratie volgt. Dat advies is echter voornamelijk *practice-based*. Ook voor volwassenen wordt dit gefaseerde model aanbevolen in *The Treatment Guidelines For Complex PTSD in Adults* van *The International Society for Traumatic Stress Studies* (ISSTS, 2012). Tot op heden is er echter geen onderzoek dat de noodzaak van stabilisatie onderbouwt, noch bij kinderen (Lindauer, 2015), noch bij volwassenen (Bicanic e.a., 2015).

De genoemde richtlijnen geven niet aan hoe gestructureerd aan stabilisatie kan worden gewerkt en wanneer iemand voldoende stabiel is. Concrete richtlijnen daarvoor ontbreken nog, terwijl ze wel van belang zijn voor de klinische praktijk. Er zijn wel ideeën over, maar het toetsen daarvan in onderzoek is lastig. Dat geeft immers het risico dat kinderen, van wie men wil aantonen dat ze stabilisatie nodig hebben, beschadigd raken door een *random* toewijzing aan een behandeling met of zonder stabilisatie. Maar we



Illustratie: Jedi Noordergraaf

kunnen niet zonder meer aannemen dat stabilisatie altijd noodzakelijk is, terwijl dat nu wel in toenemende mate gebeurt.

De verwarring in het klinische veld is begrijpelijk: de richtlijnen geven onvoldoende handvatten. Bovendien ontbreekt een eenduidige definitie van stabilisatie en van de stabilisatiefase. Soms speelt bij de keuze voor stabilisatie de angst van behandelaars om kinderen te hertraumatiseren een rol, of vrezen zij dat een confrontatie met de traumatische herinneringen tot verslechtering of voortijdige uitval gedurende de behandeling leidt. Niet zelden geldt de complexiteit van de casuïstiek als argument om van de PTSS-richtlijnen af te wijken: “Deze casus is te complex om een simpele protocollaire behandeling op los te laten.” Stabilisatie wordt dan een doel op zich, in plaats van een interventie voorafgaande aan traumaverwerking.

In het afgelopen decennium zijn verschillende interventies voor ernstig getraumatiseerde kinderen en jongeren beschreven; in Nederland bestaan *Slapende honden wakker maken* (Struik, 2010) en *Stapstenen* (Kroneman e.a., in druk). Allemaal hebben ze net weer een andere opzet, volgorde en inhoud, waarbij het meestal gaat om een combinatie van veiligheid, motivatie, psycho-educatie, symptoommanagement

(door ouders), hechting, cognities, sensitiviteit en responsiviteit van verzorgers, en emotieregulatie. Maar ook hierover zijn misverstanden ontstaan, omdat de doelgroep en hun symptomen sterk uiteenlopen en het daarom niet nodig is om bij elk kind aan elk topic te werken. Zo is *Slapende honden* (Struik, 2010) uitsluitend bedoeld voor die zeer kleine groep kinderen wier trauma’s zijn weggestopt, vergeten of verdrongen; het kind of diens omgeving wil geen slapende honden wakker maken. Die doelgroep wil niet praten of heeft geen (toegang tot) herinneringen, dus kan men niet starten met het verwerken van herinneringen. Maar stabiliseren bij kinderen die wél over hun herinneringen kunnen praten, nachtmerries en intrusies hebben – de zogenaamde ‘wakkere honden’ – is doorgaans niet nodig. De symptomatologie kan nauwelijks erger worden, dus waar zijn we bang voor? Zelfs als behandeling ongewild leidt tot een verergering van klachten, dient men niet af te wijken van het ingeslagen verwerkingsproces: “*Clinical worsening may suggest the need to strengthen mastery of previous treatment components through a variety of interventions, rather than abandoning a trauma-focused approach*” (AACAP, 2010, p. 421–422).

VEEL VOORKOMENDE MISSERS

In *Slapende honden* (Struik, 2010) zijn de criteria voor stabilisatie concreet gemaakt aan de hand van het Zes Testen Formulier. In de praktijk blijkt dat die criteria veel strikter gehanteerd worden dan nodig. Een van de meest voorkomende missers is dat een behandelaar het ontbreken van voldoende emotieregulatie in het dagelijks leven ziet als een teken van onvoldoende stabiliteit, terwijl dat nu juist een symptoom is – een gevolg van onverwerkte herinneringen. Het is voor traumaverwerking niet per se nodig om in het dagelijks leven voldoende emotieregulatie te hebben. Een kind heeft uitsluitend voldoende emotieregulatie nodig om tijdens de sessie de gevoelens te kunnen verdragen die vrijkomen bij het activeren van de traumatische herinneringen zonder de sessie af te breken, of na afloop zichzelf of anderen ernstig te verwonden. Bijna alle kinderen kunnen dat, vaak ook degenen die in het dagelijks leven soms dissociëren.

Op deze plaats spreken wij onze bezorgdheid uit over het feit dat therapeuten bij kinderen met ‘wakkeren honden’ nog te vaak standaard kiezen voor een stabilisatietraject op basis van de traumageschiedenis of de ernst van het klinische beeld. Beter zou zijn als zij eerst zouden onderzoeken of de traumagerelateerde klachten kunnen worden bewerkt volgens de geldende PTSS-richtlijnen. Anders ontstaat onderbehandeling, waardoor traumagerelateerde klachten onnodig lang aanhouden en traumatische herinneringen de verdieping van veilige hechtingsrelaties tegenhouden, met alle schade van dien. Kiezen voor stabiliseren is in die gevallen niet per se de ‘veilige weg’, maar kan juist het risico verhogen op toename van comorbiditeit, stagnatie in de ontwikkeling en revictimisering (AACAP, 2010). Recentelijk is vanuit de praktijk van de langdurige pleegzorg beschreven op welke manier voor deze doelgroep de gerichtheid op stabiliseren in plaats van verwerken tot schrijnende situaties kan leiden (Ganzevles & De Blok, 2015).

De wetenschap onderbouwt vooralsnog onvoldoende dat stabilisatie noodzakelijk is voor effectieve traumaverwerking bij kinderen en volwassenen (Lindauer, 2015; Bicanic e.a., 2015). Integendeel, een recente review toont aan dat traumabehandelingen waarbij blootstelling aan de traumatische herinnering plaatsvindt zonder voorafgaande stabilisatie, geen ontoelaatbare risico's geven en dat kinderen ervan profiteren (Leenarts e.a., 2013).

OMSLAG IS NODIG

Evenmin is er wetenschappelijke onderbouwing voor argumenten zoals ‘te vroeg, complex, te onveilig, niet stabiel’ om vroegkinderlijk, chronisch getraumatiseerde kinderen met toegankelijke herinneringen *evidencebased* behandelingen te onthouden. Kinderen hebben recht op traumabehandeling conform de richtlijnen en het is onze plicht die te bieden. Naar

ons idee is het schadelijker dat kinderen door lopen met onverwerkte traumatische herinneringen, dan dat ze een eventueel risico lopen bij het aanpakken van hun wakkere honden. Sommige kinderen zullen bovendien door continu veranderende leefomstandigheden nooit optimale stabiliteit bereiken wanneer het gaat om actuele veiligheid of de aanwezigheid van een kalme, veilige hechtingsfiguur. Bij deze groep is het realistischer om ‘*good enough stability*’ na te streven (Kliethermes & Wamser, 2012; Struik, 2010). Onze aanbeveling is dan ook om de huidige multidisciplinaire richtlijnen voor de behandeling van PTSS systematisch te volgen en *evidence-based* behandelingen gericht op traumaverwerking, zoals Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie (Cohen e.a., 2008) en EMDR standaard in te zetten, tenzij er gefundeerde argumenten zijn om dit niet te doen.

Er is een omslag nodig in het denken van behandelaars. Het uitgangspunt bij teambesprekingen zou moeten zijn: ‘Traumaverwerking, waarom niet?’. Bij een beperkte subgroep van de getraumatiseerde kinderen zal een stabilisatiefase voorafgaand aan de behandeling nodig blijven, waarbij behandelaars concreet omschrijven welke stabiliseringsinterventies per se noodzakelijk zijn om het kind voor te bereiden op de traumaverwerkingssessies, met een heldere formulering van het doel van elke stabiliseringsinterventie en het ingeschatte aantal sessies. De criteria hiervoor zullen met behulp van resultaten van wetenschappelijk onderzoek verder onderbouwd moeten worden.

Met dank aan prof. A. de Jongh voor zijn ondersteuning bij de opzet van dit artikel.

LITERATUUR

- > American Academy of Child and Adolescent Psychiatry - AACAP (2010). Practice Parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (4), 414-430.
- > Bicanic, I., Jongh, A. de, & Broeke, E. ten (2015). Stabilisatie in traumabehandeling. Noodzaak of mythe? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(5), 332-339.
- > Cohen, J.A., Mannarino, A.P. & Deblinger, E. (2008). *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- > Ganzevles, M. & Blok, R. de (2015). *Wie zorgt er dan voor mij? Een veilige toekomst voor kinderen in de jeugdzorg*. Uitgeverij SWP.
- > International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) (2004). Task Force on Children and Adolescents. *Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents*.

De volledige literatuurlijst is op te vragen bij de auteurs.