

Een andere procedure om angsten te behandelen?

Ik las in de vorige Nieuws-brief dat jullie benieuwd zijn naar ervaringen van lezers. Toen dacht ik: ik mail welke milde variatie op het protocol ik gaandeweg de jaren van EMDR vaak gebruik.

Bij patiënten met een angststoornis doe ik het volgende: na het desensitiseren van de relevante targets breng ik in kaart welke situaties vermeden worden en laat ik per situatie de patiënt, met de koptelefoon op, de situatie als een filmpje doorlopen – uitgaande van het gewenste beloop - en vraag hem een signaal te geven als hij voelt dat er spanning komt die hij niet kan hanteren. Daarna vraag ik hem dat beeld te beschrijven en zoek met hem naar ‘hulpmiddelen’ om dat moment goed door te komen. Dat zijn helpende gedachten, of het denken aan iemand, of focussen op een neutraal facet van die situatie. En dan de tikjes. Dat herhalen en soms het zoeken naar extra hulpmiddelen, net zolang totdat de PC ‘Ik kan het aan’ een dikke 7 is. Dan loopt het filmpje door tot het volgende te moeilijke moment en vervolgens herhalen we bovenstaande. Ik loop het filmpje door totdat de patiënt echt het gevoel heeft dat het gaat lukken. Thuis kan de patiënt dit uitproberen. Van mijn patiënten hoor ik meestal terug dat zij dit vaak het meest ‘empowering’ stuk van de therapie vonden.

Het is dus eigenlijk een filmpje met daarin diverse future templates, maar waaraan wel elementen uit vooral de CGT, in vitro exposure zijn toegevoegd. Het is dus eigenlijk een aangeklede versie van het laatste deel. Ik vroeg me af of jij dit ook zo doet in de praktijk en wat je vindt van mijn variant.

Antwoord

Dank voor je bijdrage. Ik snap de gedachte wel waarom je doet wat je doet. Volgens mij breng je een alternatieve variant in voor de ‘linksom’ procedure. Je zegt daarbij dat je na het desensitiseren van de relevante targets, in kaart brengt

welke situaties de patiënt vermijdt. Nu is het natuurlijk zo dat als het goed is er geen situaties meer worden vermeden. Maar het komt voor inderdaad. Als dat het geval is, dan stelt het ‘linksom’ protocol voor om eerst een flashforward te doen en daarna een future template. Ik probeer even mee te denken en te analyseren wat jij doet. Jij slaat dat stuk dus over, maar laat per situatie de patiënt, met de koptelefoon op, de situatie als een filmpje doorlopen – uitgaande van het gewenste beloop - en vraagt de patiënt jou een signaal te geven zodra hij voelt dat er spanning komt die hij niet kan hanteren. Dat is een procedure die heel sterk lijkt op de ‘mental video procedure’ of ‘video check’, die ook in de opleiding wordt onderwezen (zie ook Praktijkboek EMDR in het hoofdstuk over ‘linksom’), maar zoals gezegd pas nadat de flashforward en de future template is geïnstalleerd. Ook het installeren van de PC ‘Ik kan het aan’ wordt op dezelfde wijze beschreven. Hieronder een kopie van de tekst in de nieuwe versie van Praktijkboek EMDR .

In het geval van fobieën wordt er meestal voor gekozen, naast de installatie van een future template, nog een extra videocheck uit te voeren op een toekomstige situatie. Het doel hiervan is na te gaan of er niet toch nog elementen of aspecten in dit type situaties zijn te vinden die de patiënt zouden kunnen verhinderen deze situaties op te zoeken en die dus alsnog gerichte desensitisatie behoeven. In zo’n videocheck wordt de patiënt gevraagd in verbeelding, en met gesloten ogen, een voor hem/haar kenmerkende angstwekkende situatie te doorlopen en wel van begin tot eind.

Voorbeeld

Een patiënt met een al langer bestaande tandartsfobie stelt zich voor in een film te zitten over zijn toekomstig bezoek aan de tandarts waarbij hij als hoofdpersoon van deze film een gebitscontrole ondergaat. De film begint op het moment dat hij een tele-

fonische afspraak maakt met de tandarts-assistente. Daarna komen het 's ochtends opstaan, het ontbijt en de fietstocht naar de praktijk aan de orde. De film eindigt als hij na het bezoek aan de tandarts thuis komt.

Door de patiënt te vragen de ogen te openen op het moment dat er emotionele spanning wordt gevoeld, weet ook de therapeut dat een bepaald aspect van de situatie bij de patiënt inderdaad nog spanning oproept. Op dat moment vraagt de therapeut de patiënt in gedachten uit te spreken: 'Ik kan het aan' en zich hierop te concentreren waarna de therapeut een set oogbewegingen introduceert. Indien om een of andere reden gebruik wordt gemaakt van tikjes, en de therapeut ervoor kiest de patiënt de ogen gesloten te laten houden, kan een verbaal of non-verbaal signaal worden afgesproken.

'Ik zou je willen vragen om je ogen dicht te doen en een typische situatie in gedachten te nemen die je tot nu toe moeilijk of spannend vond om mee te maken. Begin bij het begin en draai deze toekomstige – en dus denkbeeldige – situatie als een soort film in je gedachten af, helemaal tot aan het eind. Ga na of er ergens nog spanning optreedt, terwijl je de film afdraait. Ik zou je willen vragen om op het moment dat dat het geval is je ogen te openen, zodat ik weet dat dit een moeilijk of spannend moment is. Op dat moment vraag ik je je op het meest spannende aspect van die situatie te richten en tegelijkertijd tegen jezelf te zeggen: "Ik kan het aan" ... Is dat oké?'

Nadat de diverse targets succesvol zijn gesensitiseerd, de PC's zijn geïnstalleerd, en benodigde future templates zijn aangebracht en eventueel nog een videocheck is gedaan, wordt het belangrijk te controleren of de symptomatologie is verminderd, en of de patiënt inmiddels, tussen de zittingen in, ander gedrag is gaan vertonen. Als er nog sprake is van een vorm van vermijdingsgedrag dan gaat de behandelaar na, of hij niet ergens een target over het hoofd heeft gezien. In ieder geval moet de behandelaar begrijpen op welke manier of door welke omstandigheden het vermijdingsgedrag in stand wordt gehouden. In die gevallen dat er, ook na verdere exploratie, geen relevante targets kunnen worden gevonden, is het verstandig met

de patiënt een gedragsexperiment of exposure in vivo procedure voor te bereiden. Dit zorgt ervoor dat de patiënt leert omgaan met de (voorheen) angstwekkende situatie door te ervaren dat de ellende die hij tot nu toe verwachtte niet daadwerkelijk optreedt. Tegelijkertijd gaat de patiënt merken dat eerder onvermijdelijk optredende angstreacties niet meer voorkomen. Daarnaast kan het soms nodig zijn de patiënt specifieke vaardigheden te leren om deze huiswerkopdrachten in elk geval te durven en te kunnen uitvoeren.

Kortom, wat je beschrijft is een mooie procedure, maar ik zou dit wel doen in combinatie met andere effectieve onderdelen van het protocol. Het zou namelijk kunnen dat er vermijdingsgedrag blijft bestaan, omdat je die andere onderdelen achterwege laat. Overigens moet je wel oppassen met het gebruik van de koptelefoon (zeker wat de 'regelmatige tikjes' betreft) want uit onderzoek komt naar voren dat, in het laboratorium althans, de tikjes vier keer (!) minder effectief zijn dan het gebruik van oogbewegingen.

Reactie

Het klopt dat ik, afhankelijk van het verhaal van de patiënt, de ene keer wel en de andere keer geen flashforward doe. Zo deed ik bijvoorbeeld wel een flashforward bij een patiënte die miselijk werd in de bus, daarna onmiddellijk moest overgeven en later angst ontwikkelde op basis van de gedachte: "Stel nu dat ik (in de bus) over had moeten geven...", waardoor de vermijding toenam. Bij paniekaanvallen in de auto na een auto-ongeluk doe ik geen flashforward. Uiteraard desensitiseer ik wel het ongeluk en andere relevante targets), maar ik begrijp dat dit nu wel de standaard is?

In mijn variant meen ik geen future template over te slaan, integendeel; de film staat stil bij het moment van spanning, ik vraag naar het beeld en laat de patiënt tegen zichzelf zeggen: "Ik kan het aan", totdat de VOC 7 is. Het klopt wel dat ik hier elementen aan toevoeg die niet in de future template-procedure staan, zoals helpende gedachten, etc. Het voordeel vind ik juist dat patiënten heel bewust beleven wat de moeilijke momenten zijn. Die blijken soms anders dan zij van tevoren zouden zeggen.