

Beantwoord door: **Ad de Jongh** Illustratie: **Sandy van Helden**

Behandeling na rofoverval

Bij mij is een 40-jarige vrouw aangemeld met PTSS-klachten en somberheid, na een overval in haar winkel. Een jongen en een meisje kwamen binnen op het moment dat zij alleen in de winkel was. De jongen bedreigde haar met een mes en schreeuwde: "Geld, geld, overval, overval!" Zij riep haar man, die er niet was, in de hoop dat de overvallers bang zouden worden en weg zouden gaan. Dat is gelukkig ook gebeurd. Zij gaat nu niet meer alleen het huis uit. Ze voelt zich niet in staat om voor haar gezin te zorgen of buitenshuis te werken. Ze komt uit Armenië en is met haar gezin gevlucht omdat zij zich daar onveilig voelde. Het gezin heeft tien jaar in een AZC gewoond. Momenteel hebben ze een verblijfsvergunning en ze wonen in een aan hen toegewezen huis. Haar man werkt niet vanwege gezondheidsproblemen. Door financiële problemen hebben zij inmiddels de winkel van de hand moeten doen. Daarbij komt dat ze al jaren last heeft van het prikkelbare darmsyndroom en daar nu extra veel last van ondervindt. Ze ligt drie tot vier dagen per week in bed met buikpijn. Momenteel ziet zij 'bijna de hele dag en vooral 's nachts' de jongen voor zich, die haar dan in haar buik steekt (dit is niet werkelijk gebeurd). Vervolgens heeft het verhaal steeds een andere afloop: de ene keer ligt ze bloedend op de grond, een andere keer dood, soms ligt ze in de ambulance; er is niet altijd politie bij...

Ik ben gestart met het beeld dat zij de hele dag voor zich heeft waarop de jongen met een mes in de winkel schreeuwde voor haar staat. De NC is: 'Ik ben machteloos', de SUD is 10. Ze ervaart spanning in heel haar lichaam.

We hebben een uur gewerkt met oogbewegingen. De SUD bleef 10. Ik heb steeds gecheckt of zij een cijfer gaf aan de spanning van NU. Ook de sessie daarna bleef de SUD 10. Opmerkelijk was dat zij op de vraag: "Wat komt er op?", steeds een andere afloop van het verhaal rapporteerde en ook leek te verdwijnen in haar verhaal. Ik besloot daarop om *cognitive interweaves* te gebruiken, met vragen als: "Is dit werkelijk gebeurd?" Het antwoord was steeds "Nee" (soms nadat ze eerst "Ja" had gezegd). Op deze manier bleef ze meer aanwezig. Ik liet haar ook hardop herhalen: "In werkelijkheid heeft de jongen mij niet gestoken", etc, gevolgd door een set. De

SUD bleef echter 10. Het meest nare aspect van het plaatje bleef het mes.

Ik heb nogmaals met haar gesproken over haar leven in Armenië en hierop doorgevraagd, op zoek naar associaties en herinneringen die haar in deze parten zouden kunnen spelen. Ze blijft aangeven dat ze uit deze periode in haar leven geen traumatische herinneringen heeft, en er ook niet over heeft gehoord of gelezen. Ze kan ook niet benoemen wat nou precies de dreiging was waarvoor ze zijn gevlucht.

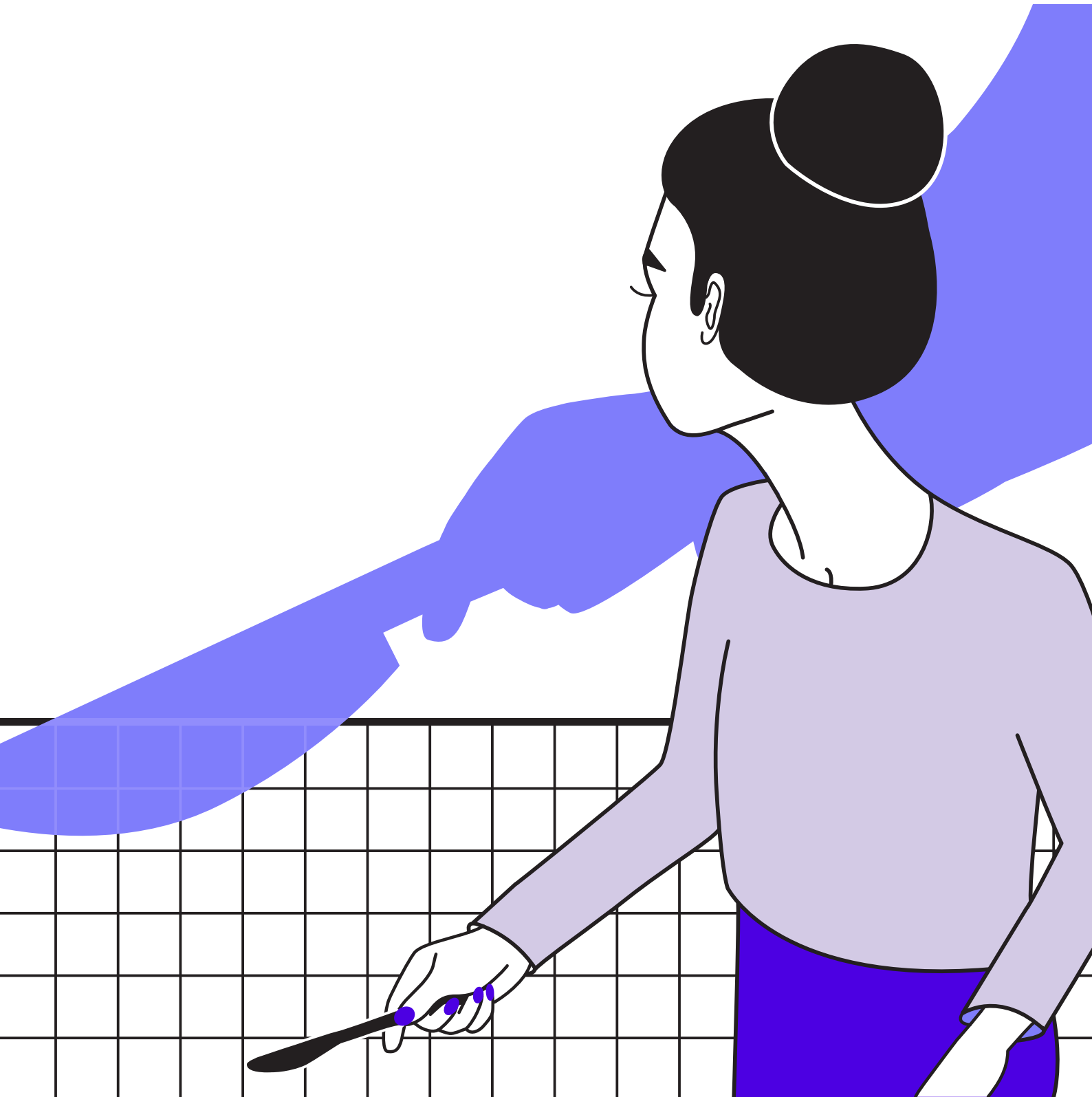
Ik heb deze casus inmiddels besproken in mijn EMDR-intervisiegroep. Hier ontstond het idee om een ander targetbeeld te nemen, namelijk het antwoord op de vraag: "Als je kijkt naar hoe de overval in jouw hoofd afloopt, wat is dan nu het meest nare beeld om naar te kijken?" Zij noemt dan het beeld: "Ik sta voorovergebogen met het mes in mijn buik en ik heb bloed aan mijn handen." Ik ben weer met EMDR begonnen, maar na een heel uur (oogbewegingen en veel *cognitive interweaves*) was de SUD nog steeds 10. Zo ook in de daaropvolgende sessie. Het meest nare aspect van het plaatje is het mes in haar buik.

Mijn vraag is dus: zit ik wel goed? Deze mevrouw lijdt enorm en ik wil niet het risico lopen dat ik op de verkeerde weg zit en daarmee haar lijden versterk. Soms vraag ik me af of het niet zakken van de SUD een functie heeft, en zo ja, welke? Storend vind ik ook dat zij al enkele keren heeft afgebeeld wegens buikpijn. Ik wil echter eerst zeker weten of ik zelf niet een (protocollaire) fout heb gemaakt.

Antwoord

Ik zou zo graag videobeelden willen zien om het te snappen. In feite lijkt het me, dat dit niet zo moeilijk hoeft te zijn, maar werken met mensen uit andere culturen heeft vaak moeilijkheden die je niet zo begrijpt. Enkele vragen en suggesties:

- *Ik begrijp dat ze al langer darmklachten heeft. Ik vraag me af of die angst om in haar buik gestoken te worden en de toegenomen pijn in haar onderbuik, met elkaar te maken hebben. Als zij in de associaties ook een mescherpe buikpijn ondervindt, laat haar dan ook expli-*



ciet op deze pijn focussen en volg de associaties.

- Is de werkgeheugenbelasting ook echt maximaal? Dus: oogbewegingen zo snel als zij (net) kan volgen?
- Zie je ook echt de angst? Of is de SUD wel 10, maar observeer je lichamelijk en non-verbaal niet veel spanning?
- Beoordeelt ze echt de spanning in het plaatje (zoals ze er bij jou in de behandelkamer naar kijkt) of zou ze kunnen bedoelen met SUD=10: "Het is toch naar om een mes in je buik te hebben?" (SUD=10)?
- In het boek 'Vraagbaak EMDR' staan verschillende casus met de titel 'Als de SUD niet naar beneden gaat'. Heb je die bekeken?
- Zou het sowieso niet erg verstandig zijn om met een supervisor naar een video-opname van een behandelzitting te kijken? Dat levert vaak nieuwe gezichtspunten op.

Reactie

Dank je. Ik zie haar morgen weer. Dan zal ik er in elk geval goed op letten dat ik de snelheid van de oogbewegingen maximaal laat zijn. Ten aanzien van wat je schrijft over de SUD: ik meen dat ik dat heel goed in de gaten heb gehouden. Ik zal het in elk geval als aandachtspunt blijven houden. Ik had de hoofdstukken in de Vraagbaak er al op nageslagen, dat was zo ongeveer het eerste wat ik deed. Dat was in eerste instantie ook ondersteunend.

Reactie (vervolg)

Na jouw reactie heeft mijn patiënt eerst eenmaal afgezegd. Ze voelde zich niet goed vanwege de buikpijnklachten. De keer daarna is ze wel gekomen, maar ze voelde zich ook beïnvloed. Haar keel zat 'dicht', ze had veel keelpijn en kon nauwelijks praten. Het leek me een spanningsreactie.

Ik besloot af te wijken van mijn voornemen om met EMDR verder te werken (tenminste voor dat moment) en heb met haar een *mindfulness*-oefening gedaan met aandacht bij de ademhaling. Dit had een ontspannend effect.

De keer daarop vertelde ze me dat ze de genoemde oefening ook 's avonds in bed doet als ze wil gaan slapen, en dat dit haar goed helpt om de herinneringsbeelden aan de overvaller op afstand te houden en zo in te kunnen slapen. Overdag zijn de herinneringsbeelden niet meer of minder geworden, maar ze voelt wel wat meer ontspanning. Ze vraagt nu om 'ontspanningstherapie' omdat ze de eerste dagen na de (*mindfulness*-)sessie zich meer ontspannen heeft gevoeld dan na de EMDR-sessies.

Op grond van haar rapportage van de afgelopen periode heb ik besloten een ontspanningsoefening met haar te doen. Deze wil ze gebruiken in de aanloop naar-, en tijdens de

rechtszitting die morgen plaatsvindt. Ze vindt het reuze spannend om naar de zitting te gaan. Ze heeft serieus overwogen om dat niet te doen. Nu staat ze op het punt om er wel naartoe te gaan, in de hoop dat zij de overvaller in een ander licht kan zien en dat haar dat van de herinneringsbeelden bevrijdt. Ze heeft er dus goed over nagedacht. Overigens realiseert ze zich ook dat ze bij de confrontatie met de overvaller in paniek kan raken. Ik ben benieuwd hoe het afloopt. Mogelijk ervaart zij minder spanning na de rechtszaak en is het daarna gemakkelijker om EMDR toe te passen.

Antwoord

Ik snap haar goed als ze zegt dat ze zich beter voelt met de copingvaardigheden die ze door jou heeft aangeleerd, omdat ze de resten emotionaliteit van de herinneringen er nu beter onder weet te houden en kan verdragen. Ik proef ook uit haar woorden dat de herinnering nog emotioneel beladen is. Dus dat past in het draagkracht-draaglast model van enerzijds beladen herinneringen die de draaglast veroorzaken, en anderzijds de draagkracht die je nu hebt weten te vergroten. In dat licht moet het ook niet te moeilijk zijn om haar - na de rechtszaak - te motiveren om ook dat andere deel van de therapie nog af te maken: namelijk het verminderen van de emotionaliteit van de herinnering aan de overval. Dit omdat dat pas echt de verwerking is die haar op de langere termijn in staat stelt om de overval 'een plek te geven' of achter zich te laten. Haar daarvoor te motiveren is dus nu de eerste stap (en dan in dezelfde zitting het karwei met EMDR afmaken).

Een opmerking is nog wel op zijn plaats: een rechtszaak bijwonen heeft voor het slachtoffer zelden positieve gevolgen omdat dit stress-inducerend zal uitpakken, zolang de traumatische herinneringen niet zijn verwerkt. De emotioneel beladen herinneringen zullen tijdens de rechtszaak worden geactiveerd. Daarnaast gebeuren er tijdens een rechtszaak doorgaans nogal wat zaken die buiten de controle van de patiënt liggen, waardoor deze zich opnieuw hulpeloos voelt.

Reactie

Mijn patiënt is naar de rechtszaak geweest, en ze is daar inderdaad zeer gestrest vandaan gekomen. Dit had vooral te maken met de dreigende houding van de jongen en met zijn leugens. Ook zijn moeder, die erbij aanwezig was, bleek leugenachtig en agressief. Haar hoop dat zij een wat timide jongen zou aantreffen, die veel spijt had van zijn overval – wat haar dan zou helpen bij de verwerking daarvan – is de bodem in geslagen.

Inmiddels heb ik de EMDR weer opgepakt. De SUD is zo waar gedaald van 10 naar 8. Het gaat wel 'tergend' lang-

zaam. Daarbij belt zij regelmatig af.

Ik vraag me toch af in hoeverre ze nog veel spanning heeft als gevolg van vroegere ervaringen, waarover ze niet wil vertellen. Hoewel ik dat in de intake-fase goed heb uitgevraagd en zij toen ontkende dat er in dit opzicht iets aan de hand zou kunnen zijn, bleek deze week toch dat zij nog erg geëmotioneerd raakt, als ik vraag naar haar vader die jaren geleden aan kanker is overleden. Zij geeft dan aan dat zij daar absoluut niet over wil praten. Ach, toch 'gewoon' maar volhouden met EMDR?

Antwoord

Ik snap dat je erg je best doet ten aanzien van deze casus, maar ik begrijp niet waarom de afname van de spanning zo langzaam verloopt. Jij wel? Nogmaals, ik denk dat het heel zinvol is om de opname een keer aan een supervisor voor te leggen. Je kent je eigen blinde vlekken nu eenmaal niet, dus je weet ook niet wat je protocollair misschien toch mist.

Het is altijd lastig als patiënten allerlei geheimen willen bewaren. Je wilt de patiënt heel graag helpen, maar de spanning ten aanzien van het beeld kan sterk worden beïnvloed door een ander trauma, en andere associaties die er vrolijk doorheen fietsen, maar waar de patiënt niet over vertelt. Dan kun je die ook niet targeten (vragen daar op te focussen). En als de patiënt besluit om de beoordeling van de SUD ook betrekking te laten hebben op dat andere trauma, dan kun je doorgaan totdat je een ons weegt, maar je SUD wordt nooit 0. Ik vraag mij daarom ernstig af of je dit toch niet nog een keer expliciet met je patiënt moet bespreken. Dat, als zij jou niet voldoende vertrouwt door je niet alles te vertellen, jij je werk niet naar behoren kunt doen en – zolang die andere informatie niet boven water is - het dus beter is de therapie te beëindigen. Wat denk jij zelf?

Reactie

Ja, je hebt gelijk. Ik ga deze casus aan een supervisor voorleggen. Ondertussen heb ik met mijn patiënt opnieuw uitgebreid stil gestaan bij mogelijke andere en/of eerdere trauma's. Ze houdt vol dat die er niet zijn.

Aansluitend op je laatste opmerking: het is ook in mij opgekomen om te stoppen. En steeds als ik daarover wil beginnen, weet ze een kleine, maar toch positieve ontwikkeling te melden. Toevallig? Vaak heb ik het gevoel dat het een functie voor haar heeft om niet beter te worden. Ik heb dit ook zo met haar besproken. Ze ontkent dat (natuurlijk).

Goed, je hoeft hier wat mij betreft niet op te reageren. Ik wilde je gewoon op de hoogte brengen. Je hoort na verloop van tijd weer van me.

Reactie (vervolg)

Ik heb de patiënt sinds de zomervakantie niet meer gesproken. Zij heeft haar afspraak in augustus afgebeeld vanwege ernstige buikpijn. We hebben toen afgesproken dat zij mij zou bellen of mailen als ze weer beter zou zijn en een nieuwe afspraak wilde maken. Ik heb vervolgens geruime tijd niks van haar gehoord. In oktober heb ik haar wederom een mail gestuurd. Daar kreeg ik geen antwoord op.

In januari probeerde ik opnieuw contact te krijgen, aanvankelijk zonder resultaat. Deze week echter belde ze mij. Ze gaf aan dat ze al die tijd geen contact had opgenomen, omdat ze steeds meer, langer en heviger buikpijn heeft en daardoor steeds meer tijd (vijf van de zeven dagen per week!) in bed doorbrengt. Ze voorzag dat ze een gemaakte afspraak niet zou kunnen nakomen en had er daarom geen gemaakt.

Nu wilde ze toch graag contact met mij om te overleggen over wat nu de oplossing is. Ze wil enerzijds graag komen voor EMDR-therapie. Ze geeft aan dat de herinneringsbeelden afgenomen zijn qua intensiteit en frequentie. Anderzijds vindt ze dat het erg langzaam verbetert en heeft ze last van het feit dat ze vaak moet afbellen.

Haar huisarts belde mij met de vraag of het nu een goed idee is om met medicatie te starten. Nou, ik ben aan het zoeken naar de beste weg. Mogelijk is zij momenteel het beste af met een multidisciplinaire behandeling voor chronische pijnklachten in het revalidatiecentrum. Ik ga daarover nog eens overleggen met de huisarts.

Antwoord

Ik denk dat het ook voor jou niet echt bevredigend is dat je niet de kans krijgt je klus ook echt goed af te maken. Hoe kun je haar motiveren? De intensiteit van de beelden is afgenomen zegt ze, maar waarom zet ze dan niet door met EMDR (toch echt de eerste keuze) en wordt er nu medicatie overwogen (en waartegen moet dit dan precies gaan helpen?). Waar is ze dan bang voor? Kun je haar niet motiveren dat eerst te behandelen? Heb je daar een verklaring voor?

Reactie (een half jaar later)

Deze patiënt is nu ruim een half jaar geleden in overleg met de huisarts met medicatie gestart. De verzekering wilde niet langer betalen voor de sessies en zelf kan zij het ook niet betalen. Uiteindelijk is ze verwezen naar de tweede lijn. Met een voor mij onbekend resultaat. Jammer.