

Beantwoord door: **Ad de Jongh**

Een vluchteling met een ernstige depressie en complexe PTSS

Sinds augustus zie ik een uit Afrika afkomstige man met een ernstige depressie en symptomen die passen bij complexe PTSS. Hij is naar Nederland gevlucht vanwege de verschrikkelijke dingen die hij heeft meegemaakt in zijn vaderland. Hij liet me delen uit zijn dossier lezen, omdat hij het nog te moeilijk vindt om erover te praten. Zo weet ik dat hij onder andere getuige was van de moord op zijn broer door leden van de veiligheidsdienst en dat hij zelf een week lang is gemarteld.

Hij heeft in Nederland jarenlang in verschillende asielzoekerscentra doorgebracht. Nadat hij was uitgeprocedeerd, is hij lange tijd vastgezet. Ook dit was voor hem een traumatische periode. Hij werd vrijgelaten, omdat hij in aanmerking kwam voor het generaal pardon. Daarna bouwde hij een sociaal netwerk op en ging studeren. De herinneringen en emoties uit zijn verleden drukte hij zoveel mogelijk weg. Maar alles kwam opnieuw naar boven toen hij enkele jaren geleden een brief kreeg van de

Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND), waarin staat dat hij pas genaturaliseerd kan worden, als hij identiteitspapieren uit zijn land van herkomst kan overhandigen. Voor hem is dat echter onmogelijk. Hij durft niet terug te gaan om dit te regelen, omdat hij bang is dat hij het land dan niet meer levend uit komt. De procedure rakelde herinneringen en emoties bij hem op en hij werd zeer geagiteerd en depressief. Ook trok hij zich volledig terug uit zijn sociale contacten en zette zijn studie stop.

Ik heb hem gezien en alles voor hem voelt volstrekt zinloos. Hij onderneemt vrijwel niets meer, slaapt slecht en is in een half jaar zo'n tien kilo afgevallen. Hij kampt dagelijks met nachtmerries en herbelevingen. Het is duidelijk dat hij een traumabehandeling nodig heeft, maar aangezien de depressie zo fors is, achtte ik hem daar niet stabiel genoeg voor. Mijn idee was om hem eerst weer te activeren en wat onder de mensen te brengen. Hij is echter zeer wantrouwend, wijst alle ideeën af en

uit zich negatief en denigrerend over eerdere hulpverlening. Hulp aan huis heeft hij na een kennismaking stopgezet. In zijn beleving begrijpt niemand hem en kan niets hem helpen. Daarbij zegt hij geen energie meer te hebben om iets op te pakken.

Inmiddels heb ik een vertrouwensband met hem weten op te bouwen. Ik heb hem zelfs al zo ver dat hij een à twee keer per week naar oefentherapie gaat bij onze fysiotherapeut. Desgevraagd zegt hij er geen enkele voldoening uit te halen. Afgelopen week gaf hij aan de situatie als uitzichtloos te ervaren en hij liet me weten steeds vaker suïcidegedachten te hebben. De herbelevingen putten hem uit. Ik worstel nu met de vraag of het verstandig is om toch een EMDR-behandeling op te starten. Ik vraag me namelijk af hoeveel stabiel(er) hij nog kan worden. De herbelevingen putten hem uit, lijken hem volledig lam te leggen en houden de depressie in stand. Daartegenover staat dat ik het ook moeilijk vind om in te schatten hoe hij zal reageren op de EMDR. Hij vindt het al moeilijk om überhaupt over de gebeurtenissen te vertellen. Ik heb hem al het een en ander uitgelegd over EMDR, ook dat ik hem graag eerst wat 'steviger en stabiel(er)' zou zien, voordat we eraan beginnen. Hij gaf aan er wel open voor te staan, als dat hem zou kunnen helpen. Desondanks lijkt hij dus niet in staat om te werken aan de stabiliteit die er mijns inziens voor nodig is.

Ik ben benieuwd naar jouw gedachten over deze casus. Ben ik te voorzichtig en zou ik 'gewoon' moeten starten met EMDR of is dat toch niet verstandig?

Antwoord

Hij zegt dat de herbelevingen hem lam leggen. Ervan uitgaande dat er geen sprake is van een dissociatieve stoornis, is de meest logische behandelaanpak daarom, de intensiteit van deze intrusieve herinneringen te reduceren. Ik kan me voorstellen dat hij terecht is teleurgesteld in de hulpverlening, omdat niemand hem eerder heeft willen, of kunnen helpen, terwijl de herbelevingen wel door zijn hoofd spoken. Vanwege de uitzichtloosheid word je vanzelf wel depressief als je trauma onbehandeld blijft. Jammer genoeg zijn er nog steeds veel hulpverleners die geloven dat, als iemand lang met trauma rondloopt en er depressief of agressief van wordt of andere comorbide klachten krijgt, niet alleen de patiënt, maar ook de behandeling 'complex' wordt en dat je dan moet 'stabiliseren'. Maar hoe maak je iemand met herbelevingen stabiel? Niet door er niet over te praten, positief te denken of door hem fysiotherapie aan te bieden. Het helpt allemaal nauwelijks, of slechts tijdelijk, zolang je het trauma er niet uit haalt. Als je pijn hebt aan een vanwege een splinter ontstoken hand, dan zijn stabiliserende pijnstillers, of

handen spoelen in een lauw badje met welriekende zeep de verkeerde keuzes: de splinter moet eruit.

Belangrijk om te weten is, dat er geen enkele wetenschappelijke studie is die laat zien dat stabiliseren bij mensen met intrusieve herbelevingen, noodzakelijk is (1). Omgekeerd is er veel onderzoek naar de effectiviteit van *evidence based* behandelingen gericht op het trauma. Comorbiditeit (ernstige depressie, dissociatie, psychotische klachten etc.) heeft hierop geen negatief effect en er hoeft geen stabilisatie aan vooraf te gaan (2).

Dat deze patiënt niet over zijn trauma wil praten, zoals je zegt, is waarschijnlijk te verklaren uit het feit dat al veel veel mensen (politie, IND en mogelijk tal van hulpverleners) er naar gevraagd hebben en dat hij heeft gemerkt dat het alleen maar oprakelen ervan, al heel pijnlijk is. Hoogstwaarschijnlijk is hij er zelfs bang voor geworden en doet hij zo veel mogelijk zijn best om dit te vermijden. Gelukkig hoef je bij EMDR niet over je herinneringen te praten, als dat nog niet kan, maar de herinneringen alleen maar in gedachten te houden. En dat doet hij al de hele dag...

Als je het lastig vindt om direct met EMDR gericht op de meest intrusieve herinnering te beginnen, dan zou je kunnen starten met het doen van *Resource Development and Installation*, (RDI). Dan zie je vanzelf hoe hij daarop reageert. Heb je daar ervaring mee? Daarna kun je hem motiveren en uitleg geven over EMDR. Dat zal in het begin misschien een beetje moeilijk zijn, maar het perspectief is dat zijn herinneringen langzamerhand minder naar en minder levendig worden, waardoor hij uiteindelijk in staat zal zijn een beter leven te leiden. En wie wil dat niet? Dus als je hem daarin kunt helpen geloven en zijn vertrouwen weet te winnen, dan moet het toch lukken?

Reactie

Bedankt voor je reactie. Ik werk eerlijk gezegd nooit met RDI's, al zou ik dat natuurlijk best eens kunnen proberen. Deze man is alleen zo somber, kritisch en wantrouwend dat ik verwacht dat hij daar niet voor open zal staan. Zo weet hij vrijwel niets positiefs of prettigs te benoemen over vroeger of nu. Het negatieve wat hem is overkomen overheerst alles, en het lijkt alsof hij zelfs het ophalen van mooie herinneringen als zinloos ervaart. Wel gaf hij de vorige keer aan dat hij beseft dat hij nu toch moet gaan vertellen over zijn trauma's, om verwerking mogelijk te maken.

Wat als ik direct zou starten met de vraag te stellen over de intrusies en nachtmerries waar hij in het dagelijks leven het meeste last van heeft? Zou je hem daar dan eerst over laten vertellen, om te kijken of hij de ►

confrontatie aan kan, en zo ja, de week erop starten met EMDR? Of is dat in dit geval onnodig lijden en moet ik direct starten? Ik ben erg zorgvuldig met deze man, omdat ik bang ben hem anders kwijt te raken. Verder speelt mee dat hij geen enkel sociaal netwerk heeft. Hij heeft zich van iedereen geïsoleerd en ik krijg hem vooralsnog niet gemotiveerd om weer contacten te gaan leggen.

Antwoord

Juist uit zorgvuldigheidsoverwegingen zou ik zo snel mogelijk beginnen. Dit betekent dat hij de meest akelige herinnering in zijn werkgeheugen brengt (dat is niet moeilijk: die zit daar namelijk al), niet wacht en direct begint. Traumaverwerking is in feite een gedragsexperiment. Hoogstwaarschijnlijk is het zijn 'harm expectancy' dat hij het niet aan kan. Maar de vraag is, of jij in staat bent hem het vertrouwen te geven dat hij dit wel aan kan. Vertel hem dat de herinneringen zelf niet slaan of schoppen en hij dus in feite niets heeft te vrezen. En wat als blijkt dat, als hij het toch doet, hij het wel aan kan en steeds minder door zijn herinneringen geteisterd wordt? Een RDI kan helpen om hem het extra vertrouwen te geven dat hij de traumabehandeling aan kan, als hij dit nog heel moeilijk vindt. Zo geef je hem extra *tools* om dat wel te durven of te kunnen.

Maak in ieder geval een video (desnoods niet op hemzelf gericht), zodat je die direct na de behandeling kunt inbrengen bij je supervisor. Dan kun je niet alleen deze man voor eeuwig helpen, maar ook jezelf, want dat je van deze casus nog een boel kunt leren, is zeker.

Reactie (half jaar later)

Helaas is de casus niet gelopen zoals ik had gehoopt. De patiënt was moeilijk te overtuigen dat een EMDR-behandeling hem zou helpen, maar ging uiteindelijk toch schoorvoetend akkoord. Hij wilde absoluut nog niet vertellen over de traumatische gebeurtenissen in zijn land van herkomst. Daarom besloot ik hem te laten vertellen over zijn naaste ervaring in Nederland. De situatie ging over zijn arrestatie. Hoe hij in de val was gelokt, werd opgesloten en verhoord. Hij voelde zich destijds als een nummer behandeld. In eerdere sessies had hij al uitvoerig zijn frustratie en minachting over het systeem in Nederland geuit. Als target koos hij het plaatje waarop hij zichzelf ziet zitten in een oranje overall in de cel. De NC was: 'Ik ben overbodig', de SUD was bij de start 8, en dat bleef het ook. Hij zat gedurende de procedure erg 'in zijn hoofd' en kon vrijwel geen associaties benoemen. Hij raakte toenemend geïrriteerd, toen ik op andere manieren probeerde door te vragen, bijvoorbeeld met de vraag 'wat merk je in je lijf?' Op een gegeven moment

zette ik het proces even stop om te bespreken wat er gebeurde. Hij gaf aan dit niet te herkennen en was zeer afwerend. We zijn toen gestopt met de sessie. De keren daarna wilde hij niet meer met EMDR aan de slag. Hij had er geen vertrouwen meer in. Hij werd boos en viel uit wanneer ik toch voorzichtig een nare gebeurtenis ter sprake bracht. Hij gaf aan dat hij zich nog te onrustig en te instabiel voelde om over deze dingen te kunnen praten, of zei zich er niet meer zoveel van te herinneren. En zo waren we weer terug bij af. Ook bleef hij interventies en adviezen gericht op stabilisatie afwijzen. In zijn ogen was hij een speciaal geval, waarbij een doorsnee aanpak niet werkte. Hij bleef de verantwoordelijkheid bij mij terugleggen. Pas wanneer ik met de juiste interventies zou komen, zou hij kunnen opknappen en zouden we eventueel verder met de traumabehandeling kunnen. Ondertussen bleef de IND aan hem 'trekken' en kreeg hij opnieuw een afwijzing te verwerken, wat de frustraties en gevoelens van hopeloosheid alleen nog maar versterkte. Uiteindelijk hebben we in overleg besloten om de behandeling voor dit moment te stoppen. We spraken af dat, zodra en meer duidelijkheid is over zijn verblijfsstatus, hij zich weer zal melden om te kijken of we alsnog met zijn verleden aan de slag kunnen. Kortom een zeer onbevredigend verloop... Ik wil je bedanken voor het meedenken!

Antwoord

Dit is heel jammer. Misschien hoort deze man bij de twintig procent patiënten die thuishoren in de categorie van zogenoemde 'treatment failures'. Wat je ook doet als therapeut, stabilisatie, EMDR, of iets totaal anders: het mag allemaal niet baten. Ik hoop dat je hem had verteld dat een behandeling niet gemakkelijk zou zijn en dat alleen door samen hard te werken het licht aan het einde van de tunnel zichtbaar zou worden. In feite heb je nu niet voldoende tijd gekregen om hem te laten zien dat dit zou gaan helpen, maar je had de omstandigheden niet mee. Hoewel een verblijfsstatus in feite los staat van de verwerking van het oude zeer, de stress eromheen kan de motivatie en het uithoudingsvermogen van de patiënt wel sterk verzwakken en alles zinloos doen lijken. Laten we hopen dat het geluk hem toch goed gezind is en dat hij je dan weet terug te vinden. ■

Referenties

1. Bicanic, I.A.E., De Jongh A. & Ten Broeke, E. Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe PTSS: noodzaak of mythe? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 332-339.
2. Van Minnen, A., Harned, M.S., Zoellner, L., & Mills, K. (2012). Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 18805 -. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.18805>