

EMD-knaller bij een patiënt met conversieklachten en ernstige dissociatie

Beantwoord door: Ad de Jongh

Ik heb een 38-jarige vrouw die tijdens de EMDR therapie een sterke neiging heeft om weg te vallen. Het betreft een vorm van dissociatie waarbij eerst haar ogen op half zeven gaan staan, waarna ze volledig slap door haar benen zakt en vervolgens valt. Ze kan zichzelf niet opvangen. De praktijk is dat ik haar in haar val moet opvangen om te zorgen dat ze nergens tegenaan valt of een harde klap maakt. Driemaal lag ze tijdens de dissociatie in foetushouding en maakte ze schokkende bewegingen. De behandeling betreft een vervolg op een kortdurend traject van intensieve traumabehandeling.

Momenteel werken we aan wat we dachten dat het allerergste en tevens laatste beeld was van de herinneringen aan jarenlang misbruik op volwassen leeftijd door een collega. Die had zich opgeworpen om haar van haar seksuele stoornissen af te helpen. Ze ging tijdens het misbruik al snel dissociëren en heeft zelfs een hele tijd gedacht dat hij dan ophield. Totdat ze eenmaal zichzelf had gedwongen erbij te blijven en ontdekte dat hij haar dan misbruikte. Het bijzondere aan deze laatste verkrachting was dat hij haar tijdens de verkrachting per se erbij wilde houden door te zorgen dat ze niet zou dissociëren. Dat deed hij door haar te slaan, aan de haren te trekken en in het gezicht te spugen. Waarom hij dit deed, weten we niet. Het is niet uitgesloten dat het hem opwond haar te vernederen en die opwinding bleef uit als zij erbij lag als een zoutzak.

Tijdens eerdere behandelingen was dit beeld nog niet op tafel en gaf ze aan geen herinneringen te hebben van tijdens de dissociatie. Maar van deze gebeurtenis erkent ze ondanks verlies van volledige motorische uitval wel herinnering te hebben. Ze heeft er herbelevingen van en iedere nacht nachtmerries. Het targetbeeld heeft als belangrijkste kenmerken dat hij zwaar op haar ligt, haar slaat, in haar gezicht spuugt en als ergste zijn geur. Inmiddels op dit beeld een viertal sessies gedaan waarbij ik aanvankelijk qua werkgeheugenbelasting uitkwam bij een combi-

natie van V-stap, wisselende oogbewegingen, de surprise-klap en er doorheen praten. Dit bleek nog niet voldoende, de dissociatie treedt snel en acuut op als zijn geur naar bovenkomt of door mij benoemd wordt. Een complicatie is het vallen, omdat ze vanaf het moment van intrede van de dissociatie een draaiende val maakt met enkele passen waardoor ik haar onvoldoende kan begeleiden. Zittend in haar stoel neigt ze zo met stoel en al om te vallen.

In een supervisiesessie kwamen we uit op de gedachte dat ik met alle werkgeheugenbelasting eigenlijk hetzelfde doe als de dader, namelijk haar uit de dissociatie proberen te houden. Dat terwijl dissociëren in een dergelijke situatie eerder een gezonde reactie lijkt omdat je 'dit toch niet bewust wil meemaken'. Dit heb ik met de patiënt besproken en zij erkende dat het niet mogen dissociëren haar eerder in een strijd met mij bracht dan terug bij de dader. Zodoende heb ik de strategie wat gewijzigd en geef ik haar expliciet toestemming te dissociëren, en als het gebeurt bekrachtig ik het. Ik ga dan maar wel door met werkgeheugenbelasting (*buzzers* of *tappen* op de enkels). Als ze de geur benoemt laat ik haar ruiken aan sterke geuren (*tea tree oil* of schoonmaakazijn). In deze sessie is de dissociatie nog eenmaal opgetreden. Ze viel toen weg, wederom in foetushouding waarbij ik de *buzzers* op haar enkels heb gehouden tot ze weer bijkwam. Bij het ▶



evalueren van deze aanpak gaf zij aan dat het gebruik van de geuren voor haar niet logisch voorkwam omdat ze juist meende zijn geur te moeten kunnen verdragen.

Wat betreft de risico's van het vallen en het in mijn ogen onwenselijke gegeven dat ik haar tijdens het vallen moet tegenhouden door haar hand te pakken, heb ik haar een voorstel gedaan. Zij gaat op haar rug op de grond liggen en ik op mijn knieën ernaast met als werkgeheugenbelasting variabele oogbewegingen en *buzzers*. Zij stemde daarmee in, hoewel ze zich wel kwetsbaar voelde met mij zo dichtbij; aanvankelijk had zij moeite zich te concentreren op het beeld. Opmerkelijk is dat ze meende alert te zijn, terwijl ze wel meermaals dissocieerde. Tijdens de dissociatie kon zij de *buzzers* in haar handen houden.

De SUD daalde tot vorige sessie niet, maar deze keer gaf ze aan dat de SUD tussen vorige sessie en de vorige sessie was gezakt van 8 naar 6. Tegelijk drong zich echter een nieuwe herinnering op van een zestal verkrachtingen door de man in twee dagen tijd. Deze gebeurtenis komt nu ook in de nachtmerries steeds terug. Nu gaan de beide herinneringen door elkaar lopen. Los van het feit dat de SUD onvoldoende daalt, baart het mij zorgen dat de conditie van de patiënt afneemt door de voortdurende nachtmerries. Ook ben ik ongerust over de impact van de EMDR en het feit dat ze na de sessie naar huis moet fietsen of autorijden. Ze heeft een sterke drang om de behandeling snel en effectief te doen. Ze wil van haar klachten af en een normaal leven. Ze wil na iedere keer dat ze na enkele minuten (maximaal 5 minuten) bijkomt uit de dissociatie snel de EMDR weer vervolgen, maar daarna treedt de dissociatie vrijwel direct weer op. Zodoende ben ik ervan overtuigd dat ze eerst weer met beide benen stevig op de grond moet staan en dat ik dan pas weer verder ga.

Relevant in de anamnese is, dat zij ook in haar jeugd is misbruikt. De dissociaties zouden al zijn opgetreden vanaf haar 13e jaar, dus ruim voor het misbruik dat we nu aan het verwerken zijn. Mijn vraag is wat ik kan doen om gegeven de dissociatie (met name op de geur van de man) de SUD te doen dalen?

Antwoord

Dit is een hele interessante en uitdagende casus. Je hebt al heel veel zinvolle dingen gedaan, waaronder pogingen om herinneringen te activeren en (met veel werkgeheugenbelasting) te desensitiseren. Het lijkt te gaan om een patiënt met conversiestoornis met uitvalsverschijnselen van lichaamsdelen, die sterk lijken op een neurologische aandoening, en spanningsaanvallen waarbij de spieren verslappen. Ook kan de patiënt vallen waarna het lichaam schokkende bewegingen maakt zoals bij een epileptische aanval gebeurt,

gedrag dat vaak met de term PNEAs (Psychogene Niet-Epileptische Aanvallen) wordt aangeduid.

Het is in dit geval niet onlogisch om te veronderstellen dat deze aanvallen samenhangen met activatie van herinneringen aan het misbruik. Als die herinneringen verwerkt zouden kunnen worden, zouden de somatische manifestaties daarvan (bijvoorbeeld de conversie en de dissociaties) verminderen. Het contact met jou als man is mogelijk een extra trigger die de herinneringen aan het misbruik activeert en initieert de conversie-aanvallen.

Je bent al goed op weg met een traumagerichte behandeling. Mijn ervaring is dat je in dit soort gevallen het beste deze behandelaanpak kunt volhouden op het target waar je eerder succesvol in bent geweest, en dat je je niet laat afleiden door andere gebeurtenissen die de behandeling compliceren, zoals het opkomen van andere herinneringen en onvoorspelbaar potentieel complicerend gedrag van de patiënt. Een positieve omstandigheid in dit geval is de enorme motivatie van de patiënt om door te gaan.

Meer concreet zou mijn behandeladvies nu zijn je EMDR te richten op de herinnering(en) aan die nare verkrachting door haar collega door: (1) de herinnering slechts heel kort te activeren, (2) een methode te gebruiken om de kans op dissociatie te verkleinen en (3) de werkgeheugenbelasting verder te maximaliseren. De techniek die dit allemaal combineert is de werkgeheugenknaller, ofwel EMD-knaller (zie het kader voor de stappen).

Ik zou je aanraden dit patroon minstens een kwartier lang te blijven herhalen met als doel de herinnering als het ware stuk te beuken. Dan even rust nemen om de SUD te checken en daarna weer doorgaan. Ik ben heel benieuwd wat het effect daarvan zal zijn.

Reactie

Ze gaat akkoord met de EMD-knaller met ingewikkelde *taps*. We lopen de hele procedure van tevoren door. Tijdens het toepassen van de EMD-knaller blijft ze tijdens de eerste twee rondes van een kwartier redelijk erbij. Het lukt haar echter niet goed om haar hoofd helemaal leeg te maken door de herinnering in de emmer te stoppen. Ik besluit om de mate van aanwezigheid van het beeld van haar gezicht te lezen en het tempo erin te houden. Haar hoofd voelt dan vol, chaotisch, alles loopt door elkaar. Ik motiveer haar steeds om door te zetten.

Tijdens de derde ronde raakt haar hoofd zo vol dat ze steeds op de rand van dissociatie zit. Haar ogen zakken weg en haar lichaam bevriest. Ze is gedurende 10 tot 20 seconden niet bereikbaar en komt dan met enkele kor-

De EMD-knaller

1. De herinnering op een plek in de ruimte laten neerleggen, bijvoorbeeld in een prullenbak (dus het hoofd is leeg).
2. Ogen laten sluiten.
3. Ingewikkelde taps op eigen bovenbenen laten maken, maar in dit geval zou ik de V-step gebruiken (dit kan eventueel gecombineerd worden door de patiënt licht door de knieën te laten zakken terwijl zij de V-Step maakt).
4. Het herinneringsbeeld laten ophalen vanuit de plek in de ruimte en de patiënt laten focussen op het meest nare aspect van de herinnering.
7. Wanneer de herinnering goed is geactiveerd vragen de ogen te openen.
8. Een directe, snelle set met oogbewegingen, en tegelijkertijd hardop 'Tik-Tak-Tik-Tak' laten zeggen (in dit geval niet langer dan 10 seconden).
9. SUD checken en dan weer snel terug naar 1.

te schokjes weer bij. Ik motiveer haar zodra ze bijkomt het tappen te hervatten en dan gaan we door. In deze ronde komt plots verdriet naar boven dat enkele minuten aanhoudt. Ik ben blij omdat dat dit voor het eerst is in de behandeling dat het verdriet zo naar boven komt. Ik stimuleer haar het toe te laten. In de vierde ronde is de emotie weer meer ingehouden, klaagt ze over moeheid, niet meer te kunnen. Ik motiveer haar toch vol te houden; dat lukt redelijk, ze is dan wat minder op de rand van dissociatie. Na dit geknal wil ze meteen in beweging om niet weg te zakken; de meubels weer op hun plek zetten en verder met haar drukke programma waarvan ze nu kan erkennen dat ze dat doet omdat ze bang is dat de dagen anders net zo beheerst zullen worden door herinneringen en herbelevingen als de nachten. Tussen de rondes en aan het eind kon ze niet aangeven hoe hoog de SUD was; het hoofd te vol en niet kunnen focussen op het beeld. Een dag later liet ze weten de sessie als pittig ervaren te hebben en moe te zijn ervan. De avond na de sessie had ze nog superveel beelden achter elkaar en een hele zware nacht, maar deze dag een prima dag zonder beelden. Gevraagd naar de SUD, kan ze daar nog steeds geen cijfer aan geven.

Antwoord

Ik denk dat dit geen slecht resultaat is. Er is van alles gebeurd, maar wat nog niet helemaal op orde is, is haar neiging om te dissociëren. Ze moet dus beter binnen de *window of tolerance* blijven. Daarom zou ik je adviseren de V-step te gebruiken als werkgeheugenbelastende taak. Kun je haar nog in beweging krijgen? Bijvoorbeeld door haar *toch* te motiveren voor de V-step, maar vergeet in dat geval dan niet eerst haar angst voor vallen te behandelen.

Reactie

Ik had voor de vakantie met haar jouw advies besproken

om toch te V-step te gebruiken en eerst de angst voor het vallen te behandelen. Ze ging daar niet mee akkoord. Ze meende dat het vorige keer goed gegaan was en ze gaf aan niet elke sessie een nieuwe aanpak te willen. Ze bleek niet te weten dat ze wel degelijk 10-20 seconden weg was geweest door dissociatie. Ze wilde in geen geval de V-step; ook al gezien de hoge temperatuur van 28°C in de kamer. Ze ging wel akkoord met de EMD-knaller. Het target was dat hij zwaar op haar lag en haar in haar gezicht spuugt. Domein: machteloosheid. SUD: 5. We doen drie rondes met de EMD-knaller. Aan het einde van de tweede ronde en in de derde ronde raakt zij geregeld buiten haar *window of tolerance*. Ze kan echter alle keren daarna de draad weer snel oppakken. De SUD daalt naar 1. De score op het klinisch interview psychotrauma (KIP) bleek te zijn gedaald van 31 naar 13. De 13 zit vooral nog in de nachtmerries en de hyperalertheid. Vervolgens heeft ze een ruime time out genomen in de vakantieperiode. De score op herbelevingen overdag en vermijden was sterk gedaald. Ze was daarover zelf "best tevreden!!!". Kortom, ze geeft aan dat het relatief goed gaat en haar grootste probleem op dit moment haar onzekerheid en gebrek aan zelfvertrouwen is. Daar wil ze nu wel aan werken, niet meer aan het misbruik door haar collega. Ik heb besloten daarmee in te stemmen. We vervolgen nu 'rechtsom'. Naar mijn idee heb ik genoeg argumenten ter tafel gebracht om toch de trauma's te processen. Helaas tevergeefs. Neemt niet weg dat ik al doende weer het nodige bijgeleerd heb voor wat te doen als de SUD niet daalt.

Antwoord

Wow! Ik vind dat je tot het gaatje bent gegaan en een stevige portie durf hebt vertoond om op het trauma te blijven focussen en je bijvoorbeeld niet te laten afleiden door de dissociaties van de patiënt. Zo heb je bij deze beschadigde patiënt in een relatief korte tijd veel bereikt. ■