

# PTSS-behandeling bij een vrouw met een dissociatieve stoornis

Tekst: Hans-Jaap Oppenheim

**Er is steeds meer wetenschappelijk bewijs voor handen dat laat zien dat een PTSS-behandeling bij ernstig en herhaaldelijk ontregelde mensen mogelijk is. Zo laat het T-TIP (Treating Trauma in Psychosis) -onderzoek zien dat behandeling van PTSS met behulp van EMDR of imaginaire exposure bij mensen met psychose veilig en succesvol is toe te passen. In dit artikel beschrijf ik een casus van een 46-jarige vrouw met een dissociatieve stoornis niet anders omschreven (DSNAO), die ernstig ontregeld raakte na een operatie die ze een paar maanden daarvoor had ondergaan. Zij moest er voor worden opgenomen in een kliniek.**

Mevrouw Van Dis<sup>1</sup> heeft een jeugd gehad met, vanaf haar zesde jaar, onder meer incest met haar vader en seksueel misbruik door diverse anderen. Dit is nu nog steeds belastend voor haar. Ze is jarenlang bij verschillende therapeuten onder behandeling geweest. Sinds acht jaar is ze bekend bij de plaatselijke GGZ-instelling in verband met traumagerelateerde klachten, waaronder forse dissociatieve verschijnselen. Ze heeft stemmen in haar hoofd, is vaak tijd kwijt (soms uren) en soms komt ze 'bij' op plekken die ver van haar woonplaats liggen, zonder dat ze weet hoe ze daar gekomen is. Zo heeft ze zichzelf ook een paar keer langs het spoor aangetroffen. In de loop der jaren heeft ze meerdere diagnoses gekregen, waaronder persoonlijkheidsstoornis NAO en psychotische stoornis NAO<sup>2</sup>. Sinds begin 2015 is ze in behandeling bij het Top Referent Trauma Centrum (TRTC) Altrecht. Daar is een dissociatieve stoornis NAO vastgesteld. Bij de GGZ heeft zij diverse behandelmodules gevolgd, waaronder stabilisatiegerichte behandelingen, zoals delen uit de DGT-training en 'Vroeger en Verder'.

In mei 2015 moest mevrouw Van Dis een kaakchirurgische ingreep ondergaan onder narcose. Voordat ze volledig buiten kennis was, maakte ze even mee dat ze haar lichaam niet meer kon bewegen, maar wel de gesprekken tussen de artsen kon volgen ('*anesthesia awareness*'): een afschuwelijke ervaring. Drie dagen na de operatie kreeg ze last van angsten en herbelevingen

van deze operatie. Ze sliep niet meer, vermoeidheid en paniek namen snel toe en ze raakte zo ernstig ontregeld dat ze, om suïcide te voorkomen, vrijwillig werd opgenomen in de kliniek (*high care*) van de plaatselijke GGZ-instelling. De opname had weinig effect. Uiteindelijk lukte het met extreem zware slaapmedicatie om de slaap te reguleren, maar de beelden bleven komen. De afdelingspsychiater vroeg zich af of EMDR geïndiceerd was en vroeg een taxatiegesprek aan.

Mevrouw Van Dis maakt een intelligente indruk en heeft een realistisch beeld van haar eigen problematiek. Naast de al jarenlang bestaande herbelevingen van vroege ervaringen wordt ze nu met name overweldigd door de herbelevingen van de recente operatie. Die operatie op zich lijkt geen relatie te hebben met de trauma's uit haar vroege jeugd, al doet de totale machteloosheid van het narcosemoment wel denken aan de machteloosheid die ze ook heeft ervaren tijdens diverse seksueel misbruiker-ervaringen in haar jeugd. Deze associatie is drie dagen na de operatie ontstaan. Gedurende de operatie heeft ze geen bewuste herbelevingen van eerdere trauma's gehad. Ze wil graag EMDR en is bereid het risico te nemen dat andere trauma's geactiveerd kunnen worden. We spreken af dat ze, terwijl ze in de kliniek verblijft, een week lang dagelijks EMDR krijgt, en dat we tijdens het EMDR-proces onmiddellijk *back to target* (BTT) zullen gaan, als er toch herinneringen aan andere trauma's opkomen. Ook de be-

<sup>1</sup> Ik ben 'mevrouw Van Dis' erg veel dank verschuldigd, zowel voor deze behandelingservaring als voor haar geweldig leerzame commentaar op een eerdere versie van deze casusbeschrijving.

<sup>2</sup> Het is zorgwekkend hoe vaak een dissociatieve stoornis over het hoofd gezien wordt en mensen jarenlang (soms ten onrechte) voor een psychotische stoornis, borderline stoornis, bipolaire stoornis etc behandeld worden.

handelaar van Altrecht gaat hiermee akkoord.

Op de beoogde eerste EMDR-dag, maandag, vertelt mevrouw Van Dis dat haar moeder afgelopen vrijdag onverwachts is overleden. Zij is het hele weekend in het huis van haar moeder geweest. Sindsdien ziet ze steeds het gezicht van haar moeder voor zich, op het moment dat zij door twee verpleegkundigen werd afgelegd. Maar er is meer. Zondag heeft ze oog in oog gestaan met een verwarde blote man op de afdeling. Ook dit beeld achtervolgt haar.

Het lijkt ons beiden niet zo handig om nu met het narcosetrauma te beginnen. In plaats daarvan besluiten we de ervaring met de verwarde man aan te pakken. Zo kan ze ervaring met de EMDR-behandeling opdoen. Het plaatje van 'wat er had kunnen gebeuren' (handen die haar wurgen) wordt binnen vijftien minuten geneutraliseerd. Tijdens het proces treden er geen dissociatieve fenomenen op. Voor mevrouw Van Dis én mij een bevestigende ervaring.

De dag daarop voelt ze geen angst meer voor de 'verwarde man'. Wel was ze die ochtend 'een stuk tijd kwijt'. Ze heeft het idee dat dit net zo goed met de dood van haar moeder te maken kan hebben gehad, als met de EMDR-behandeling. Omdat ze de komende dagen de begrafenis moet regelen, stellen we het narcosetrauma opnieuw uit en besluiten we het intrusieve beeld van haar moeder die werd afgelegd, met EMDR aan te pakken. Het plaatje (SUD=9) hebben we in deze zitting volledig gedesensitiseerd.

Een week later (de begrafenis was goed en naar tevredenheid verlopen) starten we met de narcose-ervaring. Het targetbeeld is een 'wat er had kunnen gebeuren'-plaatje: tijdens de narcose misbruikt worden door de artsen (SUD=9). Meerdere herinneringen aan seksueel misbruik van vroeger komen op, maar worden onmiddellijk gecoupeerd door *back to target* te gaan. Ook switcht ze een paar keer, maar ze kan snel weer in het hier en nu gebracht worden. Na afloop is de SUD nog hoog. Drie persoonlijkheidsdelen blijken te zijn geactiveerd met leeftijden (respectievelijk vijf, tien en zestien jaar) waarop diverse misbruiksituaties hadden plaatsgevonden. Alle drie zijn naar 'veilige plekken' geleid.

Op de volgende zitting vertelt ze dat ze zichzelf na afloop van de vorige zitting een paar uur volledig 'kwijt' was. Daarom besluiten we, ook al was het vorige plaatje niet geneutraliseerd, nu bewust voor de realiteit boven de fantasie te kiezen: het naaste beeld van wat er wél is gebeurd. Ze ziet zichzelf met gesloten ogen op de ope-

ratietafel liggen, terwijl ze het benauwd heeft (SUD=8). Al snel tijdens de associaties herinnert ze zich weer hoe ze jaren daarvoor een anafylactische shock heeft gehad in een ziekenhuis, toen artsen probeerden vast te stellen voor welk pijnstillend middel ze allergisch was. Tijdens die shock zwol haar keel op, is ze buiten bewustzijn geraakt en kreeg ze een hartstilstand. Met adrenaline-injecties is ze weer 'teruggehaald'. De SUD daalt naar 5. Tijdens de nabespreking komt ook de herinnering omhoog van hoe haar vader vroeger tijdens het misbruik een kussen op haar gezicht drukte zodat ze bijna stikte, en haar dreigde te gaan vermoorden als zij over het misbruik zou vertellen.

In de volgende zitting vertelt ze dat ze na de vorige zitting in volledig gedissocieerde toestand (suïcidaal puberdeel) bij het spoor heeft gestaan. Ze kwam 'terug' toen de machinist toeterde. Met de kliniek en mevrouw Van Dis worden afspraken gemaakt dat de vrijheden die ze heeft, ingetrokken worden, zodat ze tegen zichzelf beschermd kan worden.

Het narcoseplaatje roept geen spanning meer op, de twee andere plaatjes wel. We beginnen met het beeld dat ze 'dood' ligt tijdens de anafylactische shock. Het beeld heeft een SUD van 7. Ze herbeleeft de benauwdheid, stikt weer bijna, switcht een paar keer, maar blijkt relatief makkelijk teruggebracht te kunnen worden naar het hier en nu. De SUD van dit beeld zakt naar 0. Onmiddellijk daarna, tijdens dezelfde sessie, gaan we verder met het tweede plaatje: haar vader drukt een kussen op haar gezicht. Dit beeld daalt van SUD 10 naar SUD 5. Ze is na afloop uitgeput en heeft moeite om in het hier en nu te blijven.

Aan het eind van de middag ga ik bij haar langs. Ondanks extreme vermoeidheid spreekt ze haar blijdschap uit over de EMDR-aanpak. Ze accepteert haar wegrakingen van de afgelopen dagen want 'die gebeuren zonder de EMDR ook'. Ze zegt al vijftien jaar om traumaverwerking te hebben gevraagd, maar ze zou nooit 'stabiel genoeg' geweest zijn.

De volgende zitting gaan we verder met 'het kussen op haar gezicht'. Dit beeld heeft een SUD van 7. Tijdens de desensitisatie verandert de angst langzaam in een intens beleefde woede. Via een *cognitive interweave* laat ik haar de woede verbeelden en slaat ze in haar fantasie haar vader met een schep dood om vervolgens, na een nieuwe *interweave*, het kind troostend in haar armen te nemen<sup>3</sup>. De SUD zakt naar 0. Ze beseft tijdens de positieve afsluiting wat een 'sterk mens' ze is. ▶

<sup>3</sup> Deze vorm van *cognitive interweave* ("Wat zou je nu het liefst met de dader willen doen?") heb ik tijdens mijn presentatie op het laatste EMDR-congres *kill the beast* genoemd. Samen met de *CI safe the child* ("Wat zou je nu het liefst met het kind willen doen?") is dit een zeer doeltreffende combinatie bij de verwerking van interactioneel trauma. Het 'kill the beast' is mijns inziens in veel gevallen een minder omslachtige toepassing bij heftige woede dan het 'Woede, Wrok, Wraak-protocol'.

De zitting daarop vertelt ze dat het 'kussen-beeld' weg is. In plaats daarvan ziet ze twee armen (haar armen) die het kind optillen! Het narcosetrauma roept geen spanning op, de herinnering aan de anafylactische shock nog enigszins wel. Ze is erg positief over haar behandeling. Ze heeft ervaren dat traumaverwerking mogelijk is. We besluiten om het hierbij te laten.

Twee maanden later mailt ze: *"Ik denk nog regelmatig terug aan onze korte, maar zeer intensieve 'emdrses-sieperiode' (leuk woord voor galgje). Ik kijk er met een enorm goed gevoel op terug, zeker als je bedenkt in wat voor bizarre periode het plaats vond, en de effecten lijken echt blijvend, inclusief veel minder kokken tijdens het tandenpoetsen."*

### Nawoord

Bij deze DSNAO-patiënt is het gelukt om de overspoelende PTSS-klachten na een recent trauma te laten verdwijnen, zonder al te veel ellende van vroeger overhoop te halen. Dit is geen pleidooi om bij deze groep door vroegkinderlijke trauma's ernstig ontregeld geraakte patiënten 'gewoon al die trauma's aan te pakken', maar om weloverwogen in samenspraak met de patiënt een reële inschatting te maken van de voor- en nadelen van EMDR. Het is een afweging van de 'fout van de eerste orde' (wel verwerken, terwijl de patiënt het niet aan kan) tegen de 'fout van de tweede orde' (niet verwerken, terwijl verwerking mogelijk is). Beide 'fouten' kunnen dramatisch zijn. Bij traumaverwerking met EMDR is het belangrijk om vooraf tot een zeer goede afbakening te komen: heldere afspraken maken over het *back to target*-gaan, optimale veiligheid creëren (desnoods een opname in een kliniek zonder vrijheden) en niet al te bang zijn voor tijdelijke toename van klachten, waaronder suïcidegedrag. Zonder behandeling vinden nu eenmaal ook periodes plaats

met toename van klachten en risicovolle situaties. Van groot belang is dat de patiënt achter de te volgen behandeling kan staan en de mogelijke risico's accepteert. Mijn ervaring is dat het eerder de angst van de behandelaar dan de angst van de patiënt is, die tot uitstel van traumaverwerking leidt. Bij DIS en DSNAO kan het wenselijk zijn om die delen die logischerwijs bij de behandeling betrokken zullen raken, van te voren bij de behandeling te betrekken. Angstige delen kunnen in veiligheid gebracht worden (veilige plekken), suïcidale delen moeten vaak anderszins beschermd worden. Uitleg, geruststelling en psycho-educatie zijn hierbij van groot belang.

Ikzelf zal een volgende keer voorzichtiger zijn met plaatjes van 'wat er had kunnen gebeuren'. Intuïtief lijkt mij dat concrete ervaringsbeelden minder kans op ongewenste associaties hebben dan gefantaseerde beelden. Mevrouw Van Dis schrijft hierover: *"Ik denk dat het 'je voorstellen wat er had kunnen gebeuren' voor mij als ik ik wel goed was. In de realiteit wordt je angst natuurlijk gevoed door die gedachten. Maar voor de overige delen (en zeker de jongere) kan dat tamelijk bedreigend zijn. Wie zegt dat 'fantasie' niet werkelijkheid kan worden?"* Over de interweaves 'Kill the beast' en 'Safe the child' vervolgt ze: *"De volgende vraag is dan natuurlijk: hoe zit dat met de cognitive interweave? Dat kan dus alleen als de bedreiging wordt afgewend. Het werkte inderdaad, omdat ik door jou in staat werd gesteld het kind te redden. Ik heb me later afgevraagd of dat kleintje er nu nog is en hoe ze zich voelt. Ze is er nog wel. Maar ik kan haar nu beter geruststellen en eigenlijk komt ze alleen nog tevoorschijn bij grote emoties die eigenlijk bij kinderen horen, maar die ik als ik-ik ook nog kan hebben. Zij is degene die die het best kan laten zien. In die zin is ze nu dus vooral nog helpend aanwezig."* ■

### Rectificatie

Helaas is in het artikel van Geurink en Oppenheim 'Eerst stabiliseren of direct traumaverwerking: een schijn-discussie' in EM8 het figuur 1 qua kleur verkeerd weergegeven. Hier treft u de juiste weergave aan.

