

Autistische man met ernstige PTSS en hallucinaties

Beantwoord door: **Ad de Jongh**

Op de polikliniek waar ik werk, bieden we gespecialiseerde autismebehandelingen aan voor volwassenen. EMDR-therapie wordt regelmatig toegepast, omdat we zien dat mensen met autisme vaak ook last hebben van de gevolgen van aangrijpende gebeurtenissen. Sinds enkele maanden ben ik betrokken bij de behandeling van een 53 jarige man, voormalig ambtenaar en vader van vier kinderen, die veel last heeft van een trauma-gerelateerde stem. Hij hoort namelijk de indringende stem van zijn vader die hem de hele dag bestraffend en treiterend commentaar geeft op wat hij doet. In het verleden heeft deze stem hem regelmatig aangezet tot suïcidegedachten.

Bij de man is vastgesteld dat hij last heeft van een complexe PTSS. Naast de chronische suïcidaliteit is hij bekend met dissociaties en impulsdoorbraken. Hij heeft drie jaar lang een stabilisatiebehandeling ontvangen, is regelmatig klinisch opgenomen geweest en heeft ook al veelvuldig ECT's voor zijn depressie ontvangen. Er is hem altijd gezegd dat EMDR bij hem niet kan worden toegepast vanwege de complexiteit van zijn problematiek. Aanvankelijk behandelde ik hem met cognitieve gedragstherapie voor mensen die stemmen horen, maar ik merk dat dit een beperkte klachtenreductie geeft. Ook het *rescrip*ten op de nachtmerries bleek weinig resultaat te geven. Het feit dat er weinig verandert, ziet de patiënt als nieuw bewijs voor het eigen falen. Mijn patiënt rapporteert tijdens de sessies veel last te hebben van herbelevingen aan het fysiek geweld van vader, de verwaarlozing van beide ouders en de indringende beelden en geluiden ten tijde van zijn klinische opnames. Ik begin mij steeds meer af te vragen of een EMDR-behandeling toch niet haalbaar is voor deze man. We hebben inmiddels namelijk wel een goede werkrelatie opgebouwd en ik kan het moeilijk aanzien dat hij zo lijdt onder zijn intrusies. Na overleg met een ervaren EMDR-

therapeut en het huidige behandelteam stellen we hem voor om toch een EMDR-behandeling te proberen. Hij is verrast, aangezien hij er jarenlang vanuit is gegaan dat dit niet mogelijk was, maar zegt nu alles te willen proberen.

Vraag

In de voorbereiding voor een EMDR-behandeling neemt zijn spanning toe. De dissociaties komen vaker voor en daarbij vertoont hij soms onvoorspelbaar gedrag. Hij kijkt mij dan aan met een indringende en vijandige blik en zijn kaken en lichaam staan strak van de spanning. Ik heb het idee dat hij mij dan voor zijn vader aanziet. De patiënt geeft zelf aan dat hij ten tijde van de dissociaties bang is om mij of zichzelf iets aan te doen. Hij kampt met veel opgekropte boosheid jegens zijn vader en hij zou het vreselijk vinden als deze agressie plotseling op mij gericht zou worden.

Tot nu toe heb ik hem steeds uit de dissociaties weten te halen door bijvoorbeeld plotseling op te staan en cognitief te belasten of samen naar buiten te lopen. Maar ik merk dat ook bij mij de spanning voor deze EMDR-behandeling begint toe te nemen. Doe ik hier wel goed

aan? Hadden die voorgaande behandelaars toch gelijk dat het bij hem te complex is? Moet hij niet eerst worden opgenomen om hieraan te beginnen? Ben ik zelf wel voldoende veilig en in staat dit aan te gaan?

Antwoord

Ik word er altijd verdrietig van te horen dat zo'n man nooit een traumabehandeling is aangeboden, terwijl de richtlijn is om bij PTSS via de richtlijnen te werken. En dat is EMDR of trauma-gerichte cognitieve gedragstherapie. Onderzoek laat zien dat ook bij complexe PTSS en traumagerelateerde stemmen EMDR in staat is een goed eindresultaat neer te zetten, en zelfs in betrekkelijk korte tijd. Kortom, dit is echt wel haalbaar! Maar het belangrijkste is: laat je niet afleiden.

Begin alsjeblieft nooit met een behandeling gericht op de traumasymptomen zelf (emotie-regulatieproblemen, woede, verslavingsproblemen, et cetera), dat is het paard achter de wagen spannen. Ik weet dat dit vaak gebeurt, maar het werkt niet, omdat het afleidt van wat er wel moet gebeuren en dat is het behandelen van de traumaherinneringen zelf. Want als je dat doet (alle herinneringen op SUD 0) dan verminderen de traumagerelateerde symptomen vanzelf. Om de weg naar de traumabehandeling vrij te maken is het nu eerst belangrijk om je EMDR te richten op de *flashforward* van wat de patiënt verwacht dat er in het ergste geval gaat gebeuren als EMDR op de herinneringen zal worden toegepast.

Reactie

Oké, dank je. We gaan het dus gewoon proberen. We doen de EMDR-behandeling poliklinisch, maar wel met een collega erbij in de kamer. Ik ben op jouw advies gestart met EMDR gericht op zijn *flashforward*, namelijk het beeld dat hij mij iets aan zou doen, omdat hij dat echt onverdraaglijk zou vinden. Ik heb meervoudige belasting – à la EMDR 2.0 - toegepast: lichtbalk, tappen op benen, rekenen/woorden spellen en liedjes zingen. Het beeld verdween en er was na dertig minuten al geen lading op de *flashforward*. Ik heb daarna de PC 'Ik kan het aan' geïnstalleerd en ook de stem verdween door de afleiding!

Antwoord

Super! Je insteek begint nu al te werken.

Reactie

Wat er bij de *body scan* (ogen dicht) gebeurde is dat hij de stem ging 'opzoeken'. De stem kwam toen in volle hevigheid terug en mijn patiënt schoot in een herbeleving. Ook valt het mij op dat hij erg bezig is met de procedure. Hij wil alle sommen goed doen, de spelling van woorden moet correct zijn, er speelt continue het gevoel te falen. Dit zal ook samenhangen met zijn autisme. Dus als ik vraag wat komt erop? zegt hij: "Nu ging het wel goed", of "Ik ben hard aan het werk" of "Ik kon de balk niet volgen met het spellen." Ik mag hem niet zeggen dat het wel goed gaat, want dat gaat tegen de stem



in. Als hij veel fout heeft gedaan, krijgt hij nadien straf van de stem. Dus heel hoog belasten is lastig, omdat er dan meer 'fouten' worden gemaakt. We sloten af met samen een lied zingen en tekst lezen (dat werkt goed op de stem). Het leek wel of hij zo onwennig was dat de stem weg was, dat hij hem 'terug ging halen'. Ook vraag ik me af of hij nog erg moet wennen aan de procedure of dat hierin iets niet goed gaat...

Antwoord

Ik was nog vergeten te zeggen dat je bij dit soort behandelingen de *body scans* beter nog even kunt ►

uitstellen. Eerst alle herinneringen naar 0, je wilt immers niet dat er aan het einde van je sessies allerlei nieuwe herinneringen worden getriggerd. Kortom, het maakt de patiënt instabiel.

Heel mooi dat je - toen de herinneringen werden getriggerd - weer EMDR 2.0 bent gaan toepassen door modaliteit-specifiek te gaan belasten: omdat het een herinnering betrof met een grote auditieve component ben je auditief gaan belasten door hem een liedje te laten zingen. Afsluiten met een lied is natuurlijk altijd prachtig!

Een sterke werkgeheugenbelasting is altijd goed maar zorg wel, door steeds te blijven checken, dat de herinnering in het werkgeheugen van je patiënt ligt. En nogmaals: blij opletten dat je je niet laat afleiden van waar het echt om gaat en dat is het desensitiseren van de traumaherinneringen.

Reactie

Ik heb samen met mijn patiënt besproken van welke klacht/herbeleving hij als eerste af zou willen en het blijkt dat hij het liefst wil dat de stem stopt. Daarom heb ik in de volgende sessie de auditieve hallucinatie als target gebruikt. De stem werd door de afleiding (lichtbalk, tappen op muziek, rekenen/spellen) minder indringend en ging naar achtergrond. Maar ook nu was patiënt erg met de procedure bezig. Zodra de belasting te hoog wordt, neemt zijn frustratie, maar ook de spanning en agressie zichtbaar toe. Ik merk dat ik zelf ook nog erg gespannen ben en vraag me af of het wel goed gaat. Kan ik hem wel blijven behandelen als ik bang blijf voor de agressie die kan vrijkomen? Ook in deze sessie heb ik iemand vanuit het team er voor de zekerheid bij gevraagd. Het afsluiten met samen lied zingen, is voor beiden wel prettig. Zal ik opnieuw verder gaan met die auditieve hallucinatie? Of moet ik 'toppen' snellen van alle andere mishandelingen/traumata zodat de stem daarna misschien minder aanwezig zal zijn? Zal dat de agressie niet verergeren en moet ik daar misschien eerst iets mee?

Antwoord

Je hebt je toch weer laten afleiden door de stemmen... Behandel alsjeblieft zijn trauma (de herinneringen) zelf en niet de stemmen, die immers 'slechts' de manifestaties zijn van zijn trauma. Met andere woorden: ga op de herbelevingen zitten, gebruik daarvoor de EMDR-knaller (en verder niets).

Een paar andere belangrijke tips voor het vervolg. Het is niet verstandig om iemand in de sessie erbij te hebben. Het zou hem kunnen remmen om open te zijn. Ook communiceer je naar de patiënt dat hij

inderdaad gevaarlijk is en dat jij bang bent voor zijn agressie. Het is echt niet aannemelijk dat hij je iets aandoet, geloof me. Maar het meest waarschijnlijke is dat het slechts zijn angst is dat hij je iets aandoet. Het hoort niet ook jouw angst te zijn. Je kunt deze angst van hem met een gerichte EMDR op deze *flashforward* aanpakken. Maar... nu eerst de trauma's behandelen.

Reactie

Je hebt gelijk dat ik me te veel laat afleiden door de traumagerelateerde symptomen (agressie, stemmen, negatief zelfbeeld/falen). Ik ga er veel te veel in mee! De patiënt heeft trouwens aangegeven dat hij liever niet meer met een onbekend persoon erbij de EMDR wil vervolgen. Hij kon zich daardoor inderdaad de eerste twee sessie niet goed openstellen. Hij vertrouwt mij, maar iemand anders erbij zorgt alleen maar voor toenemende spanning. Samen besluiten we de draad op te pakken en door jouw feedback voelde ik me gesterkt het met hem alleen aan te gaan. Ik heb wel gezorgd voor een ruime therapiekamer en collega's nabij zijn ingelicht. Ook hebben we mogelijkheden van het doorverwijzen naar een intensieve behandeling - zoals die van PSYTREC - besproken. Patiënt zou inderdaad graag worden doorverwezen. Tot het zover is 'ruimen wij zoveel mogelijk op'.

We zijn nu aan de slag gegaan met zijn herbeleving aan de opname op de PAAZ: beeld en geluid van de ambulances. Bij start was zijn SUD 8 en door afleiding met lichtbalk en buzzers raakte het beeld steeds vager en uiteindelijk neutraal. Ik heb er goed op gelet dat bij *back to target* de herbeleving steeds in het werkgeheugen was. Verder heb ik hem tijdens het desensitiseren niet rechtstreeks aangekeken, maar via het videoscherm. Hierdoor vind ik zijn blik minder indringend. Na afloop voelde patiënt zich heel rustig en kon de PC 'Ik kan het aan' geïnstalleerd worden. Hij was stomverbaasd dat hij het plaatje niet meer kon vinden in zijn geheugen. Ook de *mental video check* liep zonder problemen. Hij schoot niet in herbelevingen, had geen dissociaties en er kwam echt ontspanning. Ik krijg weer wat meer vertrouwen!

Hij mailde me na enkele dagen: "Het is niet te geloven maar ik was vanmorgen mijn ronde aan het doen en mijn vrouw ging een stukje mee. Vraagt ze: 'Heb jij die ambulance niet gehoord?' Ik had geen ambulance gehoord. Zit ik bij mijn casemanager en kwam er ook één met een hoop herrie voorbij en vroeg zij ook of ik hem gehoord had tussen dat geklets van mij door. Ik had hem gehoord maar het deed mij niets, hij leidde mij niet eens af. Dus bij deze wil ik jou ontzettend bedanken."

Antwoord

Mooi zeg! Het trauma-gericht behandelen begint vruchten af te werpen.

Reactie

Ik zie mijn patiënt nu wekelijks. Hij heeft een lijst gemaakt met herbelevingen waar hij aan zou willen werken. De wat 'zwaardere traumata' met vader parkeren we voorlopig nog en bewaren we voor de intensieve behandeling. Het beeld waar hij nu veel last van heeft (en in zijn dromen terugziet) is dat hij muizen ziet, die hij 's nachts over zijn het bed en over zijn gezicht ziet lopen: "Ik voel ze lopen en hoor hun geluiden". De NC is: 'Ik ben in gevaar' en de PC: 'Ik ben nu veilig', VOC=1; boos, SUD=10.

Hij ervoer veel lichamelijke sensaties bij het desensitiseren van dit fantasiebeeld en geleidelijk ontstond er meer afstand ten opzichte van het beeld. Uiteindelijk zag hij het 'slechts' als een foto en raakte het hem niet meer. Ik heb het gecheckt maar er was geen *flashforward* in zijn hoofd. Na afloop was hij stomverbaasd wat de EMDR-procedure met zijn herinneringen had gedaan. Hij gaf nog wel aan dat hij afgelopen weken meer is gaan dromen. Hij heeft meer nachtmerries (gaan constant over bedreigd worden) en slaapt hierdoor korter. Ook heeft hij in de nacht de hond geschopt, die nu bang voor hem is. Ik vraag me af of we ook zijn nachtmerries als target kunnen gebruiken?

Antwoord

Het ging zo lekker, en nu kon je de neiging toch niet bedwingen om je behandeling op trauma-gerelateerde symptomen (hallucinaties) te richten, in plaats van de traumaherinneringen zelf. Je laat je nu elke keer afleiden door wat de patiënt inbrengt. Je mist daarmee een visie op de casus als geheel en van daaruit een heldere casusconceptualisatie. In het geval van PTSS of complexe PTSS is je casusconceptualisatie namelijk altijd 'Rechtstreeks', dat betekent dat je eerst de herinneringen ordent op een manier dat je de herinnering met de hoogste SUD eerst behandelt. En je begint eerst met alleen A-criteria waardige herinneringen, dat wil zeggen die te maken hebben met een confrontatie met de dood, seksueel geweld of mishandeling.

Kortom, maak nu eerst een hiërarchie van alle herinneringen die aan het A-criterium van PTSS voldoen op basis van de SUD-score die gebaseerd is op de (hele) herinnering. Snap je wat ik bedoel? Je hoeft echt niet bang te zijn. Het gaat je lukken om de traumabehandeling zelf te doen. Als jij een paar van de ergste traumaherinneringen desensitiseert hoeft hij misschien helemaal niet meer naar een centrum met

een intensieve behandeling. Of heeft hij wellicht geen A-criteriawaardige trauma's meer?

Reactie

Die A-criteria traumata heeft hij zeker wel en je hebt gelijk dat de casusconceptualisatie mogelijk onvoldoende is uitgewerkt. Ik was voornemens om er na mijn week vakantie met hem op terug te komen. Echter, mijn patiënt zegde zijn afspraak bij mij af. Het bleek niet goed te gaan met hem. Somberheid en suïcidaliteit waren toegenomen in de afgelopen twee weken. Hij had veel meer last van herbelevingen gedurende de dag, maakte plannen om zichzelf van het leven te beroven en wilde geen EMDR-behandeling meer. Hij en ook zijn vrouw hadden de conclusie getrokken dat de EMDR hem te veel ontregelde en het vertrouwen hierin ebde weg. De psychiater en ik zijn met hem en zijn vrouw hierover in gesprek gegaan en hebben besproken dat het onzes inziens belangrijk was om nu de behandeling juist wel voort te zetten! Mijn patiënt vond dat zijn draagkracht om dit aan te gaan nu onvoldoende was. Hij wilde het liefst eerst een ECT-behandeling om daarna opnieuw EMDR te overwegen. Mogelijk had hij toen covid-19, want hij werd steeds zieker.

Inmiddels heb ik met hem weer telefonisch contact. Het gaat nu goed met hem. Hij is enorm opgelucht dat hij weer is hersteld van een zwaar virus en voelt zich zowel mentaal en fysiek momenteel erg goed. De somberheid is weer naar de achtergrond. De herbelevingen en stem zijn beter hanteerbaar. Hij focust zich op het heden: het schilderen en schrijven van een boek wat hij al heel lang wil. Naar zijn gezinsleden komt hij meer uit voor zijn behoeften en dat is nieuw gedrag voor hem. Hij wil graag in contact blijven om 'dit pad te blijven volgen' en kiest er voor nu voor om de EMDR-therapie niet opnieuw aan te vangen. We monitoren samen het beloop van zijn klachten. Ik denk dat hij mogelijk op termijn nog wel baat zou hebben bij een EMDR behandeling, waarbij er sneller geacteerd zou moeten worden op de A-criteria. Anderzijds vind ik het ook heel waardevol dat hij nu zelf opnieuw voor het leven heeft gekozen en volledig op eigen kracht is hersteld. Deze ervaring proberen we nu te verzilveren in een creatief beeld.

Antwoord

Wat jammer dat het coronavirus hem te pakken kreeg, net nu je een belangrijke doorbraak aan het bewerkstelligen was. Aan de andere kant lijkt je behandeling bij deze patiënt met ernstige psychopathologie in enkele sessies al wel veel te hebben opgeleverd. En daar gaat het uiteindelijk om. ■