Supervisievraag

Behandeling van angst na een CVA

Beantwoord door: **Ad de Jongh** Illustratie: **Chiara Arkesteijn**

Ik zie een patiënt die een Cerebro Vasculair Accident (CVA) in de rechterhemisfeer heeft gehad. Dit ging gepaard met voorbijgaande uitvalsverschijnselen in de ledematen aan de linkerzijde, het niet kunnen openen van de ogen en uitval van de spraak. Momenteel is er geen sprake van restverschijnselen, alleen van een beperkte fysieke en mentale belastbaarheid. De patiënt heeft wel een angststoornis ontwikkeld. Die behandel ik nu. We zijn gestart met EMDR gericht op een zeer beladen herinnering aan de CVA, waarbij mij opvalt dat er nauwelijks sprake is van zichtbare *arousal*. De SUD zakt gedurende de sessie zeer langzaam, maar is de volgende sessie weer volop aanwezig.

Ik snap niet dat er in de sessies nauwelijks sprake is van een afname van de SUD ten aanzien van het beeld. De patiënt geeft desgevraagd aan dat ze de spanning ten opzichte van het beeld vooral 'beredeneert' in plaats van deze te voelen. Ze voelt sowieso weinig.
Kan het rechterhemisfeerletsel de EMDR compliceren of zelfs een contra-indicatie vormen? Voor adequate EMDR-behandeling is het ervaren van *arousal* immers noodzakelijk. Mogelijk is er dan nog een verschil tussen de beleving en de expressie van spanning, waarbij ik me kan voorstellen dat het bij een intacte beleving nog goed mogelijk is. Bij deze patiënt lijkt de beleving echter verstoord.

Antwoord

Alles kan, alleen is dat niet de meest aannemelijk verklaring. Maar eerst: ik probeer me een beeld te vormen van wat je precies behandelt. Welke symptomen probeer je te beïnvloeden met de EMDR die je toepast? Is er inderdaad sprake van een angststoornis? Als je weet welke symptomen je wilt beïnvloeden, dan is ook duidelijk wanneer je behandeling succesvol is, namelijk wanneer *die* klachten voldoende verminderd zijn.
Het zou kunnen gaan om een PTSS, hoewel er dan sprake moet zijn van herbelevingen, waarvan zij last heeft. Dan is er per definitie *arousal*. Maar dan snap ik deze zin niet: "*We zijn gestart met EMDR gericht op een zeer beladen herinnering omtrent de CVA, waarbij opvalt dat er nauwelijks sprake is van zichtbare arousal.*" Het lijkt met elkaar in tegenspraak. Want als er geen *arousal* is, wat is er dan precies wel beladen en wat probeer je dan te behandelen? Kun je aangeven wat de lijdensdruk van de patiënt precies bepaalt?
Extra lading creëer je overigens door een gerichte NC te kiezen die flink dysfunctioneel is. Is dat misschien onvoldoende gelukt? Of vindt deze mevrouw vooral wat er *toen* gebeurd is naar, maar heeft ze van de herinnering *nu* eigenlijk geen last en ondervindt ze van deze gebeurtenis nu geen lijdensdruk meer? Misschien vindt ze dat ze iets zou moeten voelen, omdat het nu eenmaal naar is als je een CVA meemaakt, maar is de herinnering eraan nu niet meer beladen? In dat geval hoef je ook niets te doen. Als ze geen PTSS-achtige klachten maar wel andersoortige psychische klachten heeft, welke klachten zijn dat dan, en worden die dan misschien aangestuurd vanuit een *andere* herinnering? Kortom, vragen te over…

Reactie

De diagnose luidt: specifieke fobie, overige type met obsessieve-compulsieve trekken. Er is geen sprake van een PTSS. De lijdensdruk is aanzienlijk en bestaat uit dagelijks optredende paniekaanvallen. Centraal bij die paniekaanvallen staat de angst om de lijfelijke controle te verliezen. Om dit te voorkomen vertoont de patiënt omvangrijk vermijdings- en veiligheidsgedrag met een algehele verschraling van de bewegingsvrijheid en de levenskwaliteit als gevolg. De triggers voor de paniekaanvallen zijn lichamelijke klachten die refereren aan de herinneringen aan twee gebeurtenissen. De eerste betreft een CVA in de rechterhemisfeer enkele jaren geleden. Deze ging gepaard met uitvalsverschijnselen. De tweede betreft een hevige paniekaanval, die ze bijna een jaar later had, met soortgelijke uitvalsverschijnselen (enkele minuten haar ogen niet kunnen openen, uitval van spraak en ernstige lichamelijke verkramping). Hierna ontstond de angst om opnieuw een CVA te krijgen. Uit neurologisch onderzoek bleek dat er zich tijdens de tweede gebeurtenis geen CVA had voorgedaan. Omdat epilepsie werd uitgesloten, was de hypothese dat het ging om een paniekaanval.

Voor de EMDR heb ik een targetbeeld geselecteerd waarin ze na de tweede gebeurtenis in een foetushouding ligt te huilen in een ziekenhuisbed in gezelschap van enkele familieleden (NC: 'Ik ben hulpeloos', PC: 'Ik kan het aan'). Bij de targetselectie en het 'op de berg zetten' van deze herinnering was er wel degelijk sprake van spanning. Dit werd niet alleen door de patiënt gerapporteerd, maar het was ook voor mij duidelijk zichtbaar. Hierna, en in de hierop volgende sessies, was dit echter niet of nauwelijks zichtbaar, ondanks de hoge SUD-scores die zij telkens rapporteerde. De SUD zakte zeer langzaam: van 8 naar 7 in de eerste sessie, daarna van 8 naar 6 in de tweede sessie, en in de derde sessie was de SUD opnieuw 8, waarna deze weer zakte naar 5. In de daaropvolgende sessie herhaalde dit patroon zich. Over de sessies heen was er dus nauwelijks sprake van een afname van de *arousal* bij het herinneringsbeeld. Zij gaf desgevraagd aan dat ze de spanning ten aanzien van het beeld vooral 'beredeneerde' in plaats van voelde. In totaal heb ik twee sessies ▸

van negentig minuten en twee van zestig minuten aan de EMDR besteed, waarna we vaststelden dat er, tenminste op korte termijn (in de BGGZ is de tijd tenslotte beperkt), weinig van de EMDR te verwachten viel. We besloten de EMDR te staken en ons te gaan richten op *exposure*.
Mogelijk stagneerde de EMDR als gevolg van onvermogen bij de patiënt om zich aan de behandeling over te geven en de aan het beeld gerelateerde emoties toe te laten. Dit zou gerelateerd kunnen zijn aan haar neiging om aan 'moeilijke' emoties voorbij te gaan of deze weg te drukken.
Een tweede hypothese is dat er sprake is van een neurologisch defect als gevolg van de CVA, leidend tot emotionele vervlakking. Zij rapporteert als restsymptomen van de CVA slecht tegen drukte te kunnen en een beperkt concentratievermogen te hebben. Verder geeft ze aan altijd al beperkte introspectieve vaardigheden te hebben gehad, wat sinds het CVA verergerd zou zijn. Vandaar nogmaals mijn vraag: kan het rechterhemisfeerletsel de EMDR compliceren of zelfs een contra-indicatie vormen? Of heb je misschien andere ideeën of adviezen over de oorzaak van de stagnatie?

Antwoord

In deze casus gaat het dus blijkbaar *niet* om een specifieke fobie, maar om een (traumagerelateerde) paniekstoornis. Begrijp ik nu ook dat je niet de herinnering aan de CVA hebt behandeld, maar die van een jaar later? Je schrijft dat uit neurologisch onderzoek bleek dat er, wat deze gebeurtenis betreft, geen sprake is geweest van een CVA of epilepsie. Dus de tweede 'CVA' was 'slechts' haar eerste paniekaanval, waarna haar paniekstoornis begon. En het is *die* herinnering die je met EMDR geprobeerd hebt te kraken? Begrijp ik het zo goed?
Voor een juiste casusconceptualisatie is meer inzicht in de klachten en de diagnose belangrijk. In dit geval moet je dus niet de herinnering aan de CVA behandelen (daaraan kleeft ook geen spanning), maar die aan de eerste paniekaanval. Een stevige paniekaanval is van nature een heftige ervaring, omdat zo'n gebeurtenis gepaard gaat met gevoelens van angst dood te zullen gaan. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat een eerste, hevige paniekaanval vaak aan alle criteria van een PTSS voldoet, behalve aan het zogenoemde A-criterium. Het is sowieso een ervaring van extreem controleverlies. Daarnaast is het voor elke persoon een schokkende gebeurtenis wanneer hij of zij zich realiseert de eigen lichamelijke sensaties niet in de hand te kunnen houden, en dus overweldigd raakt, als het er op aan komt. Dat maakt je als persoon kwetsbaar om in de zogenoemde Paniekcirkel van Clark te komen. Dit is een zichzelf versterkende spiraal van fysiologische, fysieke en emotionele reacties, waarbij de lichamelijke angstreacties (bijvoorbeeld hartkloppingen, transpireren, trillen of beven) op de voorgrond staan om vervolgens door de persoon catastrofaal te worden geïnterpreteerd (*"Dit is een hartaanval, nu ga ik dood"*), waardoor er nog meer adrenaline wordt aangemaakt, er zich, als gevolg van de fysieke reacties die daar weer het gevolg van zijn, een *nog* catastrofaler gedachtenpatroon ontwikkelt, en er zodoende nog meer paniek ontstaat.

Nog even voor de zekerheid, en samengevat: zoals ik het nu begrijp heeft ze *weinig of geen* ernstige intrusies van de CVA, maar heeft ze als gevolg van de tweede catastrofale gebeurtenis, waar het niet om een CVA maar om een paniekaanval ging, niet alleen een paniekstoornis (een fobie voor paniekaanvallen) ontwikkeld, maar ook een angst om opnieuw een CVA te krijgen? In dat geval lijkt het mij in ieder geval verstandig om de klachten 'Linksom' te conceptualiseren. Dan kom je al snel vanzelf bij haar eerste paniekaanval terecht. Je EMDR moet dan gericht zijn op het plaatje van de absolute machteloosheid en angst in het controledomein en niet op het plaatje van de foetushouding waarbij ze ligt te huilen in een ziekenhuisbed. Dat laatste is een typisch zelfwaarderingsplaatje met schaamte in plaats van angst, maar daar ligt niet de beschadiging in jouw casus.
Als de patiënt, na het desensitiseren van dit herinneringsbeeld, nog steeds een fobische angst voor een CVA overhoudt, dan zou ik die angst met een EMDR gericht op de *flashforward* (het meest heftige fantasiebeeld over een toekomstige paniekaanval, of welke rampgedachte daar achter steekt: een hartinfarct of ook weer een CVA?) aanpakken, omdat de anticipatieangst in deze casus op de voorgrond staat. Hetzelfde geldt voor de angst om een CVA te krijgen. Richt je EMDR op die twee catastrofale toekomstbeelden.

Over de emotionele vervlakking die je constateert het volgende: een bekende en zeer veel voorkomende complicatie bij het behandelen van paniekstoornis met EMDR is dat patiënten zich niet gemakkelijk overgeven aan de therapie en de boot afhouden, omdat zij er niet op vertrouwen dat er niet iets naars zal gebeuren tijdens de EMDR-sessie, namelijk: een paniekaanval. De patiënt stopt vanwege deze angst de herinnering dan niet in het werkgeheugen op het moment dat de EMDR begint (of de patiënt haalt de herinnering er snel uit) vanwege de vrees in een onbeheersbare paniekaanval terecht te komen. En geeft de patiënt eens ongelijk, het is niet helemaal ondenkbaar. Paniekpatiënten zijn nu eenmaal vanwege deze 'angst voor de angst' onverbeterlijke *control freaks*. De patiënt zegt daar doorgaans helemaal niets over (en ook als je er naar vraagt,

ontkent hij of zij dit zelfs vanwege schaamte), maar meestal manifesteert zich dit in 'lege associaties': *"Er komt niets op."* Het proces blokkeert; er is sprake van *blocking*. En dan is er nu eenmaal ook geen, of zeer weinig, SUD-daling. Kortom, bij een patiënt met een paniekstoornis is het niet zelden lastig voor de therapeut om controle over het angstproces te krijgen en het EMDR-proces op gang te brengen.

Reactie

Ik denk inderdaad dat de classificatie paniekstoornis passender is dan die van specifieke fobie. Wat je schrijft over 'het afhouden van de boot, wat maakt dat het proces niet op gang komt' is voor mij heel herkenbaar, ook uit eerdere gecompliceerd verlopen EMDR-behandelingen. Ik vermoed al langer dat een sterke controlebehoefte als onderdeel van een angststoornis en/of dwangmatige trekken in het algemeen vaak zorgen voor een langere en soms zelfs stagnerende EMDR-behandeling.

Hoewel ik je tips en adviezen ter harte neem en deze sowieso bij andere EMDR-behandelingen zal gaan gebruiken, weet ik nog niet of ik met deze patiënt verder ga. Ik werk in de BGGZ en heb haar geplaatst in een product dat uit maximaal 750 minuten bestaat. Er resteren nog 2-3 sessies van 45 minuten. Bovendien bracht zij forse twijfels over mij als behandelaar naar voren… Ze vond mij 'onzeker' overkomen, twijfelt, gezien mijn leeftijd, aan mijn competenties en geeft aan dat ze me onvoldoende vertrouwt om de *exposure* met mij aan te gaan. Verder liet ze zich denigrerend uit over de behandeling tot nu toe (over de EMDR zei ze bijvoorbeeld dat iedereen dat kan) en ze vraagt zich af of ik wel in staat ben om de *exposure*-behandeling voldoende op maat te maken… Ik heb vervolgens volmondig toegegeven me soms onzeker te voelen, wat een vruchtbaar gesprek opleverde over haar eigen onzekerheid en haar moeite om deze te accepteren.

Ikzelf vermoed dat deze kritiek sterk ingegeven werd door haar moeite om zich over te geven, wat goed past bij wat er gedurende de EMDR leek te gebeuren. Zolang het over mij gaat, gaat het niet over haar. Dat geeft haar veiligheid. Mogelijk is dat een patroon, want ook in de voorgaande behandeling vond ze haar behandelaar incompetent en trok ze zich voortijdig terug, overigens zonder haar kritiek met de behandelaar te bespreken. Wat dat betreft is het een groot compliment waard dat ze dit nu wel doet! We zijn overeengekomen om de resterende tijd toch te besteden aan interoceptieve *exposure*. Ik heb *exposure* bij een in haar ogen onzekere therapeut benoemd als extra moeilijk, wat maakt dat ze alleen maar meer zal kunnen profiteren. Ook heb ik een groot deel van de verantwoordelijkheid bij haar gelegd: veel zal afhangen van haar eigen input en inzet. Afhankelijk van het effect overweegt ze eventueel nog een tweede product. De regie ligt bij haar!

Antwoord

Ik zou, als dit je lukt, doorgaan op het pad van EMDR. Interoceptieve *exposure* en EMDR zijn beide effectief gebleken in een *randomized clinical trial*. Dus waarom niet doorgaan met EMDR? Want, ik voorspel je dat je met interoceptieve *exposure* in dezelfde dynamiek van vermijding-uit-angst-voor-controleverlies terecht komt. In beide gevallen moet je daarom nog wel wat voorwerk verrichten. Hoewel ik het in principe een goed idee vind dat je de regie bij de patiënt neerlegt, wil ik je wel aanraden om je niet het bos in te laten sturen. Veel van haar gedrag en haar communicatie lijkt gestuurd door twee zaken: controle en vermijding. Het diskwalificeren van jou als therapeut is een manier om de controle terug te krijgen. Ik heb drie tips voor je:

***Tip 1**. Niet te gemakkelijk 'one down' gaan*

Ga daar niet in mee door in een gesprek ook '*one down*' te gaan, of door jezelf voor het gemak ook incompetent te verklaren. Bovendien kun je het voeren van zo'n gesprek over jouw incompetentie op zichzelf ook weer als een vorm van vermijding beschouwen. Nogmaals, ga daar niet te gemakkelijk in mee en zet haar aan het werk.

***Tip 2**. Psycho-eductie: paniekcirkel van Clark*

Het is verstandig om aan het begin van de EMDR-zitting te starten met een (kort) gesprek met de patiënt over de dynamiek van een paniekstoornis en het centrale thema 'angst voor de angst'. Geef uitleg over de paniekcirkel van Clark en vertel hoe je die cirkel weer kunt doorbreken. Leg ook uit dat vermijding, wegdrukken van angstgevoelens tijdens de EMDR-zitting en pogingen om de regie te behouden zeker niet gaan helpen. Wijs de patiënt daarom (op Socratische wijze) op de last die zij in het dagelijks leven ondervindt van de paniekklachten en zoek samen met haar naar oplossingen om haar te motiveren zich wel over te geven aan de behandeling, omdat dit de enige manier is om de angst- en posttraumatische stressklachten te verminderen. In dat verband kan het helpen als je de patiënt wijst op het relatieve voordeel van EMDR, namelijk dat als je met voldoende werkgeheugenbelasting volledig wordt afgeleid, je er op kunt vertrouwen dat je niet in de paniekcirkel terecht *kunt* komen. Als het je lukt om de patiënt te motiveren haar remmingen los te laten, en daarmee het EMDR-proces op gang te brengen, dan is in feite een ▶

goed uitgevoerde EMDR-behandeling een gedragsexperiment op zich. Namelijk een waarbij zij proefondervindelijk vaststelt dat de gevreesde paniekaanval – en verdere consequenties - zich niet voordoen. Daarbij merkt zij ook dat zij, naarmate de SUD op het target daalt, steeds beter in staat is haar angstige gevoelens te beheersen.

***Tip 3**. Behandel de 'angst voor de angst' met EMDR gericht op de flashforward*
Behandel nu eerst de 'angst voor de angst', de fobie voor een paniekaanval tijdens de sessie. Dat kan nog best in de tijd die je nu nog over hebt. Dat betekent dat je nu een EMDR gericht op deze *flashforward* doet, een die is gericht op zo'n paniekaanval (je kunt daarbij waarschijnlijk het beste het beeld van absolute machteloosheid als target nemen, of van een hartaanval, of van een CVA, afhankelijk van wat ze het meest vreest). In het algemeen kun je een patiënt goed motiveren voor deze insteek omdat het een *fantasie*plaatje is. Dat is makkelijker te 'verkopen' ("*Het is maar een fantasiebeeld, een plaatje en niet 'echt'. Daar gaan we nu eerst de EMDR op doen, om te kijken hoe dat gaat helpen om de 'angst voor de angst' te behandelen. Daarna gaan we ons op de werkelijke kern van de problematiek richten en dat is…..*"). Dit is meestal de meest efficiënte manier, zo is mijn ervaring. Je moet altijd eerst de anticipatieangst ten aanzien van de therapie zelf behandelen. Dat geldt niet alleen voor een paniekstoornis, maar ook voor PTSS. Er van uitgaande dat de paniekcirkel van Clark een goed model is voor de wijze waarop een paniekaanval ontstaat en in stand wordt gehouden, zal - als dit rampbeeld zijn lading geheel verliest - de kans sterk verminderen dat de patiënt überhaupt in zo'n cirkel terecht komt.

Reactie

Hoewel ik je tips ter harte neem voor volgende behandelingen, heb ik vanwege de beperkte resterende tijd toch afgezien van verdere EMDR-interventies. Doorslaggevend hierbij was dat de EMDR bepaald niet vlot was verlopen (waardoor ik twijfelde of de resterende tijd echt genoeg was om een *flashforward* te desensitiseren). Ik wilde haar graag een techniek aanbieden waarmee ze zelfredzamer werd (dan past exposure meer dan EMDR, omdat ze dan afhankelijk is van een therapeut) en er bestaat ten aanzien van de behandeling van paniekklachten nu eenmaal meer evidentie voor *exposure* dan voor EMDR.
Uiteindelijk hebben we één sessie besteed aan interoceptieve *exposure*-oefeningen, waarbij we alle oefeningen uit het protocol van Kampman, Keijsers en Hendriks hebben toegepast. Met name de hyperventilatieprovocatie, die we twee keer hebben gedaan. Het hoofdschudden en ronddraaien op een bureaustoel leverden significante angstreacties op, de resterende oefeningen niet of nauwelijks. We spraken af dat ze de drie oefeningen dagelijks thuis tweemaal zou uitvoeren, zonder pauzes en zonder dat haar partner thuis was. Zo gauw deze oefeningen geen angst meer zouden uitlokken, zou ze de hyperventilatieprovocatie in duur verlengen of combineren met *exposure* in vivo-oefeningen.

Op de volgende sessie bleek zij, hoewel verre van dagelijks, alleen de hyperventilatieprovocatie gedaan te hebben. De angst was gaandeweg afgenomen, de laatste keren piekte deze hooguit tot een 3. Het hoofdschudden en ronddraaien had ze niet geoefend, vanuit de overtuiging dat de CVA schade in haar hoofd had veroorzaakt, onder andere aan het evenwichtsorgaan. Ze ontkende desgevraagd dat vermijding hierbij een rol had gespeeld. Opnieuw uitte ze zich kritisch over de behandeling. Zo ziet ze de BGGZ-behandeling als 'standaard', waarbij onvoldoende 'op maat' is gewerkt. Ze twijfelde bijvoorbeeld of de interoceptieve *exposure*-oefeningen wel bij haar aansloten en noemde mijn aanmoedigingen tijdens de oefeningen 'kinderlijk'.
Desondanks geven zowel de patiënt als haar echtgenoot aan dat de behandeling heeft geleid tot een duidelijke afname van haar angstklachten. Ze heeft geen paniekaanvallen gehad, maakt zich geen zorgen meer om een herhaling van epileptoforme aanvallen en is veel actiever. Haar partner bevestigt dit. Ze gaat vaker alleen van huis, heeft een zanggroepje opgestart, is op zoek naar vrijwilligerswerk, is gestart met hardlopen en gaat vaker dagjes uit.
Toch heeft de patiënt niet de indruk dat ze haar angsten al op eigen kracht kan hanteren. Daarom wil ze graag voor voortzetting van de behandeling terugverwezen worden naar de SGGZ. Ik ben akkoord gegaan met deze vraag en heb haar terugverwezen naar de SGGZ voor een 'op maat'-cognitief gedragstherapeutische behandeling, gericht op de resterende paniekklachten en het vermijdingsgedrag. Daarnaast heb ik in de overdracht jouw suggesties over de *flashforward* genoemd.

Antwoord

Ik vind het jammer dat de behandeling nu niet helemaal is afgerond. Ik denk dat je, als je met EMDR had doorgezet, een stuk verder was gekomen, al was het alleen maar om de angst om de interoceptieve *exposure*-oefeningen goed uit te voeren, te bestrijden. Ik hoop dat de therapeut die de vervolgbehandeling gaat doen, dit nog oppakt. ■