

# Behandelsessie van een jonge vrouw met ernstige PTSS na langdurig en extreem seksueel geweld

Tekst: Judith Koopmans en Ad de Jongh

**Ernstige dissociatie tijdens de behandeling van PTSS is voor veel behandelaars een doorn in het oog. Soms is dat de reden om te stoppen met een traumagerichte behandeling en wordt er gekozen voor een traject van voorbereiding en stabilisatie. Aangezien onderzoek laat zien dat dissociatieve klachten verminderen wanneer de emotionele lading van de traumatische herinneringen, verantwoordelijk voor de PTSS, afneemt, is er veel aan gelegen om manieren te vinden om de dissociatie onder controle te brengen. Aan de hand van een EMDR-behandeling bij een chronisch getraumatiseerde vrouw die veelvuldig dissocieert, beschrijven we een aantal technieken die haar hielpen om controle over de dissociaties te krijgen, waardoor de behandeling van de PTSS op gang kon komen.**

Julia is een intelligente, goed verzorgde alleenstaande 29-jarige vrouw. Ze heeft de afgelopen tien jaar al verschillende (PTSS-) behandelingen, (crisis)opnames en diverse suïcidepogingen meegemaakt. Ze is steeds op gespecialiseerde trauma-afdelingen behandeld, waar ze overigens ook EMDR-therapie heeft gehad, maar dit heeft niet veel opgeleverd.

Julia meldt zich nu aan voor een programma van acht dagen van intensieve traumabehandeling bij het Psycho-trauma Expertise Centrum (PSYTREC) in Bilthoven. De behandelingen zijn individueel. In de ochtend krijgt ze een anderhalf uur durende sessie met *exposure* en in de middag een met EMDR. Julia is erg gemotiveerd, wil vooruit in het leven en is daarom bereid haar trauma's actief aan te pakken. Ze hoopt door deze intensieve traumabehandeling van haar herbelevingen af te komen en beter te kunnen slapen.

Julia is van haar 14e tot haar 16e jaar blootgesteld aan ernstige vormen van seksueel geweld. Ze vertelt dat ze tijdens deze periode meerdere malen op gruwelijke wijze is verkracht door groepen mannen. Dit zou zijn gebeurd onder fysieke en emotionele bedreiging en vaak onder invloed van drugs. Ook zegt zij ernstige fysieke mishandelingen te hebben meegemaakt en dat ze zag hoe andere vrouwen in groepsverband werden verkracht. Julia heeft last van spontane herbelevingen, in- en doorslaap-

problemen, schrikachtigheid en dissociatie. De periodes van dissociatie kunnen soms uren duren. Daarnaast is er sprake van een negatief zelfbeeld, automutilatie en een hoog suïciderisico. Het lukt gelukkig om goede afspraken met Julia te maken over het suïcidaliteitsrisico en het automutilerend gedrag.

## De behandeling

Als wij haar voor het eerst, aan het begin van onze eerste behandeling, zien heeft Julia al een aantal sessies bij PSYTREC achter de rug. Het blijkt dat ze in de sessies veelvuldig dissocieert. Hier is ze soms moeilijk uit te krijgen. Ook na afloop van een sessie is ze soms urenlang nauwelijks aanspreekbaar. Tijdens het aanbieden van de oogbewegingen komen er regelmatig flitsen van de herinnering door de afleiding heen, waardoor Julia gaat herbeleven, dissocieert en vervolgens stopt met het volgen van de oogbewegingen. We krijgen de indruk dat ze een groot werkgeheugen heeft, cognitief erg sterk is en de afleiding dus onvoldoende is om de EMDR effectief te laten zijn. Deze hypothese wordt ondersteund door de constatering dat de SUD verschillende sessies na elkaar niet of nauwelijks daalt. Julia voelt zich moedeloos en dat gevoel krijgen wij als behandelaars inmiddels ook. We starten de nieuwe sessie en trachten te achterhalen of we de dissociatie onder controle kunnen krijgen, om ►



daarmee de kans te vergroten de behandeling van Julia's PTSS te laten slagen. We stellen haar de vraag: "Julia, kun je me helpen? Wat heeft tot nu toe het beste gewerkt bij jou om EMDR mogelijk te maken?" Julia geeft aan dat onregelmatige oogbewegingen het beste werken. Dat wil zeggen: geen rechtlijnige, regelmatige bewegingen, maar soms tussendoor even abrupt stoppen, versnellen en dan weer vertragen zodat Julia haar aandacht er goed bij moet houden om de vingers van de therapeut te kunnen volgen. Vanwege de veronderstelling dat Julia een bovengemiddeld groot werkgeheugen heeft, besluiten we tijdens de sessie om, naast de onregelmatige oogbewegingen, ook gebruik te maken van het zichzelf afwisselend links en rechts op de bovenbenen *tappen*, en van piepjes die we door middel van de koptelefoon van de EMDR-KIT aanbieden.

Ook introduceren we bij Julia de *blind to therapist* -modus waarbij we uitleggen dat zij die details waarover ze niet durft te vertellen ook niet met ons hoeft te delen, als ze er maar voor zorgt dat ze de instructies van het protocol goed blijft volgen en ze zich volledig op de meest nare details van het trauma blijft focussen. Ook vragen we Julia of ze de trillers die bij de EMDR-KIT horen in haar schoenen kan doen. Hierdoor creëren we een extra afleidingskanaal en kan ze haar handen blijven gebruiken om te *tappen*.

Als we na deze voorbereidingen de EMDR-therapie starten, gaan we vrijwel direct naar de desensitiseringsfase. Voor deze sessie staat op de agenda de herinnering aan een groepsverkrachting, waarbij meerdere mannen onder invloed van drugs, haar oraal, vaginaal en anaal verkrachtten. Julia is al bekend met de uitleg, de emotionele lading is al erg hoog en de traumatische herinnering al bijna volledig geactiveerd. Nu vertragen, door haar eerst het hele verhaal nogmaals te laten vertellen, zou er toe kunnen leiden dat zij in een dissociatie terecht komt. We vragen haar daarom direct te beginnen met zichzelf afwisselend links en rechts op de bovenbenen te *tappen*, en vervolgens het meest akelige beeld in gedachten te nemen. Daarna moedigen wij Julia aan om harder op haar bovenbenen te slaan met een ingewikkelder tappatroon (rechts twee keer, links een keer, links twee keer, rechts een keer, rechts twee keer etc.). Zodra ze dat onder de knie heeft, starten we de (onregelmatige) oogbewegingen op. Als Julia begint te dissociëren, stopt ze met *tappen*. Daarom pakken we voorzichtig Julia's handen vast en helpen haar de *tapbewegingen* weer op te pakken.

We passen, naast bovenstaande technieken, ook een aantal cognitieve *interweaves* toe:

"Wat zou je tegen de ouders willen zeggen?"

"Dat ze dit nooit hadden mogen doen."

"Zeg het maar tegen ze!" [Set]

"Wat zou je als oudere Julia nu willen doen?"

"Mezelf weghalen."

"Waar zou je haar dan heen brengen?"

"Hier naartoe."

"Kun je je voorstellen dat je haar bij jou op schoot houdt?"

"Ja?"

"Doe het maar." [Set]

## Na afloop

De SUD zakt gedurende de sessie van 10 naar 5. Hierna voelt Julia zich fysiek en psychisch rustiger. Zelf geeft ze aan dat ze tijdens de sessie het gevoel had dat ze meer controle over haar angst en dissociatie had, wat als een overwinning voelt. Als we Julia vragen wat haar het meest heeft geholpen om uit de dissociatie te blijven, dan wel eruit te komen, geeft ze aan dat het toepassen van alle vormen van werkgeheugenbelasting bij elkaar (de trillers in haar schoenen, het *tappen* en het maken van onregelmatige oogbewegingen) haar het meest hebben geholpen. Ook het vastpakken van haar polsen heeft Julia als erg behulpzaam ervaren, omdat ze dan zelf kon aangeven wanneer ze klaar was om het *tappen* weer op te pakken.

Na deze sessie behaalt Julia voorzichtige successen tijdens haar verblijf bij PSYTREC. Er zijn meerdere targetherinneringen, maar er blijft gezocht worden naar manieren om de sessies zo goed mogelijk, zonder dissociaties, te laten verlopen. Dat gebeurt door tijdens de sessies het werkgeheugen van Julia zo optimaal mogelijk te belasten, met onder meer diverse (creatieve) combinaties van oogbewegingen, trillers, onregelmatige piepjes, het laten concentreren op geluiden in-het-hier-en-nu (zoals voetstappen op de gang) en motorische taken (zoals het uitvoeren van een *v-step* in de kamer: zie hieronder); Julia is dan wel cognitief heel sterk, motorisch is zij dat niet. Er liggen dus vooral daar kansen om de werkgeheugenbelasting te optimaliseren.

Julia heeft de achtdaagse intensieve behandeling afgerond en vertrouwen gekregen dat ze de spanning zelf kan laten zakken en dat verwerking mogelijk is. Ze heeft ook vertrouwen dat ze 'wat er nog ligt' verder kan verwerken en weet nu ook wat goed voor haar werkt. Gewapend met dit vertrouwen gaat ze buiten PSYTREC haar traumabehandeling verder vervolgen binnen een poliklinische setting.

## Tips om dissociatie te voorkomen en verwerking mogelijk te maken

### 1. Het maximaliseren van werkgeheugenbelasting om herinneringen te desensibiliseren

Soms zie je een patiënt met een lange behandelgeschiedenis, al dan niet met EMDR, die niet of nauwelijks effect heeft gesorteerd. Denk in dat geval als eerste aan de mogelijkheid dat het gebrek aan effectiviteit van de EMDR-behandeling kan worden verklaard uit het feit dat er tot nu toe te weinig werkgeheugenbelasting is toegepast ('klikjes' in plaats van oogbewegingen, te langzame oogbewegingen etc.), of dit komt omdat de patiënt van zichzelf een grote werkgeheugen capaciteit lijkt te hebben. Vraag daarom aan de patiënt of hij of zij tijdens de set met oogbewegingen nog beelden of flitsen van de herinnering voor zich ziet. Als dit het geval is, ondersteunt dit de hypothese dat het gebrek aan effectiviteit van de behandeling door een gebrekkige werkgeheugenbelasting kan worden verklaard. Deze belasting kan dan worden opgehoogd door de oogbewegingen gevarieerder (door middel van versnellen, vertragen, van richting veranderen en het maken van andere figuren) aan te bieden, door via een koptelefoon daarnaast ook nog eens onregelmatige klikjes toe te voegen, door de patiënt zelf ingewikkelde lichamelijke bewegingen te laten maken (bijvoorbeeld door hem of haar te laten tappen in afwisselende tempo's en ritmes), of door de patiënt met een koptelefoon op het hoofd door de kamer te laten lopen. Een ander idee is om de patiënt te vragen een v-patroon op de grond te laten maken door met de voeten telkens vier stappen te zetten (links voor, rechts voor, links achter, rechts achter, etc.), waarbij hij of zij het linker- en het rechterbeen afwisselt om de werkgeheugenbelasting te optimaliseren. Kortom, het is een goed principe om de intensiteit van de werkgeheugenbelasting net zo lang te vergroten totdat de SUD gaat dalen. Dan weet je dat je goed zit.

### 2. Werkgeheugenbelasting toepassen om binnen de *window of tolerance* te blijven

Als er sprake is van dissociatie, dan is een voldoende gedoseerde werkgeheugenbelasting met veel variatie in de aangeboden stimuli (visueel, auditief en kinesthetisch) misschien wel de beste manier om patiënten binnen hun *window of tolerance* te houden en dus om dissociatie te voorkomen. Dit wordt goed geïllustreerd door Julia's behandeling. Wees niet bang voor dissociaties. De mogelijkheid om te dissociëren is in de basis een ongevaarlijk en natuurlijk mechanisme om te voorkomen dat iemand te veel wordt overspoeld door herinneringen en emoties. Bij sommige patiënten is dat mechanisme door wat ze heb-

ben meegemaakt scherp afgesteld. In dat geval is vaak een gezonde dosis creativiteit nodig om de patiënt cognitief zo bij het proces te blijven betrekken dat traumabehandeling mogelijk blijft, of wordt. Dikwijls is het een kwestie van lange adem om samen met de patiënt te zoeken naar de optimale verhouding tussen werkgeheugenbelasting, om de herinnering in het werkgeheugen te houden en eventuele dissociaties te bedwingen, zodat de herinnering voldoende toegankelijk wordt om te kunnen bewerken. Het helpt dan om te bedenken dat als des te meer heftige herinneringen (wel) zijn gedesensibiliseerd, des te minder de patiënt het nodig heeft om dissociatie in te zetten om zichzelf te reguleren.

### 3. *Blind to therapist*

Werken met de optie '*Blind to therapist*' biedt de mogelijkheid voor de patiënt dat hij of zij niet bang hoeft te zijn om de ellendige gebeurtenis met alle schaamtevolle details (bijvoorbeeld seks met dieren of een anale verkrachting) te delen met de therapeut. Hiermee voorkom je mogelijk dat de angstige spanningen die hiermee gepaard gaan leiden tot dissociaties. De therapeut vraagt de patiënt om zich op de nare details te concentreren en past werkgeheugenbelasting toe. Het protocol wordt afgewerkt zonder dat de patiënt details hoeft te noemen.

### 4. *Flashforwards targetten om behandeling mogelijk te maken*

Veel patiënten vinden het idee dat ze hun trauma moeten vertellen en zich ook nog eens moeten concentreren op de herinnering eraan zo eng, dat ze dit weigeren of aangeven het niet te kunnen. Vaak zeggen ze dan: "Ik kan dit niet", of: "Ik voel niks bij deze herinnering, ik kan niet bij mijn gevoel komen." Een goede strategie is dan om dit te kaderen als vermijding en angst voor wat er mis kan gaan. Kortom, de patiënt heeft *flashforwards* en anticipeert op de rampzalige consequenties die hem of haar kunnen overkomen (ontregeling, dissociatie, gek worden, de therapeut iets aandoen, etc.) wanneer ze zich wel zouden overgeven aan een EMDR-behandeling. In dat geval biedt een EMDR-sessie gericht op dit type van *flashforward* vaak uitkomst. Als de SUD van de rampfantasie 0 is, neemt de angst af en durft de patiënt de herinnering alsnog toe te laten. ■

*Judith Koopmans is als GZ-psycholoog werkzaam bij PSYTREC. Ze werkte hiervoor als (GZ)-psycholoog bij HSK en Artsen zonder grenzen.*

*Ad de Jongh is als bijzonder hoogleraar 'Angst en gedragsstoornissen' verbonden aan de Universiteit van Amsterdam en de Vrije Universiteit en is hoofd onderzoek bij PSYTREC.*