

De Levende dode

Door Hans-Jaap Oppenheim



foto Dafna Zwarts

In de meeste gevallen kan een EMDR-behandeling succesvol worden afgerond, mits het protocol wordt gevolgd. Maar soms lukt het niet om de gewenste verandering te bereiken, of zelfs maar in gang te zetten. Deze rubriek biedt de gelegenheid om 'mislukte' behandelervaringen met lezers te delen. Op verzoek van de redactie bijt Hans-Jaap Oppenheim als eerste de spits af.

“Nou, succes ermee”, klonk het cynisch toen ik tijdens de intakevergadering me opwierp om een 48-jarige, van oorsprong Marokkaanse man te gaan behandelen. Hij leed onder de gevolgen van een auto-ongeluk dat maar liefst 26 jaar geleden had plaatsgevonden. Al 26 jaar heeft hij nachtelijke herbelevingen, is hij hyperalert, schokt zijn lichaam bij het minste of geringste, heeft hij hoofdpijn en komt hij zijn huis nauwelijks meer uit. Hij had al vele mislukte behandelingen (opnames, pillen en praten) gericht op depressie, hoofdpijn en angsten achter de rug; maar de man had nog nooit een echte traumabehandeling gehad, laat staan EMDR. Appeltje eitje dus, zo vaak kreeg ik niet meer de kans om weer eens een type I trauma te behandelen.

Bij binnenkomst was de vermoeidheid in zijn blik het eerste dat me opviel, daarbij keek hij dof uit zijn ogen. Over het ongeluk kon of wilde hij niet veel vertellen, want onmiddellijk liep de spanning op. Wel werd duidelijk dat hij destijds, behalve een hoofdwond, geen lichamelijke schade had overgehouden. Hij vertelde me dat er voor het auto-ongeluk geen ervaringen van betekenis hadden plaatsgevonden; hij was voor het ongeluk een gelukkig mens, echtgenoot en vader. Na uitvoerige uitleg over de (lichamelijke) gevolgen van traumatisering en over de EMDR-procedure, besloten we om de volgende zitting meteen te gaan starten. Hij was blij dat er eindelijk iemand hem eens niet probeerde te sederen met pillen en huilend gaf hij aan dat hij al 24 jaar dood was. Wat een schande toch dat deze man nooit eerder naar behoren is behandeld.

Het filmpje van het auto-ongeluk is kort: een auto van rechts die vanuit het niets tevoorschijn komt, de klap, zijn hoofd tegen de voorruit, ambulance, ziekenhuis, en dezelfde dag weer naar huis. Bij het zoeken naar het targetbeeld begint het lichaam heftig te schokken, de patiënt begint met zijn armen om zich heen maaien, ramt daarbij een paar keer op de muur naast hem, en zijn rechter been lijkt pompend te remmen. Ik begin onmiddellijk met afleiden, laat hem al snel mijn hand vasthouden en, nadat hij mijn afleidende vingers al een tijd niet meer kan volgen, pak ik zijn beide handen vast en knijp er alternerend in. Ondertussen praat ik op hem in: "Je bent nu veilig, het is 2013, het zijn lichamelijke herbelevingen, het is oud zeer."

De schokken worden steeds heviger. Zo nu en dan staat hij in een reflex op en valt dan bijna voorover. Een keer wil hij weglomen en ik kan hem met moeite tegenhouden. Met alle macht probeer ik hem weer in het hier en nu te krijgen. Uiteindelijk lukt dat. De man is doorweekt en ik niet veel minder. Het schokken gaat nog een tijdje door, hij excuseert zich daarvoor. Ik leg hem nogmaals uit hoe dat kan. De man begint te huilen en omhelst me met gestrekte armen. Hij geeft aan veel vertrouwen in mij te hebben. Niet geheel overtuigd van mezelf heb ik toch maar het gebeuren positief geëtiketteerd: "Het is zwaar maar er is nu al het een en ander verwerkt." De man is bereid om volgende week door te gaan.

Nachtmerries

De volgende zitting geeft hij aan erg veel nachtmerries te hebben gehad en erg gespannen te zijn. Ik leg hem uit dat hij door de toppen van de angst/paniek heen moet en het beste door kan gaan. Ter bescherming laat ik hem op een mat op de grond zitten en ook zijn de muren naast en achter hem bedekt met matten. Ik heb besloten om, naast de oogbewegingen, ook gebruik te maken van de koptelefoon met klikjes. Het werkgeheugen moet immers maximaal belast worden. Op zoek naar een stilstaand beeld laat ik hem weer de film vertellen, maar opnieuw slaat de paniek onmiddellijk toe. Hij rukt de koptelefoon van zijn hoofd en gooit hem weg. Zijn lichaam begint weer heftig te schokken en zijn rechter hand lijkt als een gek een denkbeeldige versnellingspook heen en weer te schuiven. Mijn afleidende vingers volgt hij al lang niet meer. Ik ga over op tappen op zijn knieën. Als ik hem iets te hard aanraak of iets van het ritme afwijk, schokt het lichaam. Na vijftien minuten stop ik. Opnieuw druipt het zweet van zijn gezicht en zijn er grote natte plekken op zijn shirt zichtbaar. Totaal uitgeput verlaat hij de kamer, mij in verbijstering achterlatend.

De derde zitting zou niet veel anders verlopen. Er waren een paar conclusies die ik na afloop moeiteloos kon trekken: op deze wijze verder gaan had geen zin; ik had niet zo zonder meer met het basisprotocol moeten beginnen; je hebt PTSS en PTTs+, oftewel een enkelvoudig trauma kan tot beschadigingen leiden die de diagnose PTSS te boven lijken te gaan; ik heb een lesje bescheidenheid gekregen.

'Successieve approximatie'

Hoe het verder ging? De behandeling is nog bezig. We zijn drie zittingen alleen maar bezig geweest om een extern plaatje van het ongeluk te construeren, waar hij zonder totale paniek naar kan kijken. In eerste instantie heb ik hem met twee autootjes het ongeluk laten uitbeelden. De eerste twee keer gooide hij de andere auto woest weg nog voordat hij deze op zijn auto kon laten botsen. Pas de derde keer, toen ik hem zijn auto vanuit een ander perspectief het kruispunt liet naderen, kon hij laten zien hoe de andere auto op hem botste. De SUD daarbij was 10.

De zitting daarop hebben we op Google Maps en met behulp van Streetview gekeken naar de plek waar het ongeluk heeft plaatsgevonden. Helemaal zeker wist hij het niet meer, maar op het moment dat er een bepaald kruispunt naderde, begon zijn lichaam ineens wild te schokken en gilte hij dat het daar was en hij wilde opstaan. Snel draaide ik het Streetviewperspectief om zodat het kruispunt van de andere kant zichtbaar was en kon hij weer zitten. Ik heb foto's van de twee perspectieven van het kruispunt gemaakt en meegegeven met de opdracht om er de komende week dagelijks meerdere keren een minuut naar te kijken: eerst die vanuit 'de andere kant' en als dat zou lukken daarna de andere vanuit het herbelevingsperspectief.

De zitting daarop meldde hij dat hij zich iets rustiger voelde en dat hij nog maar met lichte schokken van het lichaam naar beide plaatjes kon kijken. Binnenkort, als hij het weer aandurft, gaan we door met EMDR.

Ben je ook bereid om in EM over je ervaringen met een 'mislukte' behandeling te schrijven? Stuur een mail naar I.A.E.Bicanic@umcutrecht.nl