

## Geadopteerd meisje met panische angst voor naalden



Ik heb een vraag over een geadopteerd meisje van acht jaar, van wie het zusje is overleden toen zij vijf jaar oud was. Haar ouders zijn twee jaar lang afwisselend in het ziekenhuis geweest. Zelf kwam zij ook geregeld in het ziekenhuis. Ze was er toen getuige van dat haar zus geprikt moest worden voor een infuus en daar erg paniekerig op reageerde. Sindsdien is zij erg bang om ziek te worden en dan te moeten worden geprikt. Ze wil daarom niet bij andere kinderen spelen uit angst om besmet te worden, met alle gevolgen van dien. Ze wil het liefst steeds bij haar ouders in de buurt zijn en ook bij hen slapen. Ze droomt van naalden en geprikt worden en reageert panisch als ze een naald denkt te zien. Omdat de klachten zo duidelijk begonnen zijn na het incident met haar zus, is het aannemelijk dat deze door de herinnering worden aangestuurd.

De EMDR-sessie gericht op de herinnering met het infuus verliep vrij lastig. Het was moeilijk om het beeld scherp te stellen. Daarna had ze moeite met associëren, al daalde de SUD wel. Na de sessie vroeg ik hoe het voor haar zou zijn, als zij van de angst af zou zijn. Het bleek dat ze het niet zo fijn zou vinden, want dan moest ze weer zelfstandig dingen doen. Ook als ze van haar verlatingsangst af zou zijn, zou het minder prettig voor haar zijn. Mogelijk is er sprake van ziekte winst. Haar ouders laten het meisje namelijk bij hen slapen als ze angstig is, en zij lijkt er ook veel aandacht mee te krijgen. Ze zal de angst dus niet zonder meer op willen geven.

Heb jij toevallig een goede tip hiervoor? Toch nog een

keer een sessie? Ze gaf zelf thuis aan dat ze niet nog een keer wil komen. Ook gaf ze thuis aan dat ze had 'gelogen' en dat het beeld nog steeds heel naar was om te zien.

### Antwoord

Inderdaad lastig. Is het voor jou voldoende helder dat de angst voor naalden voortkomt uit de onverwerkte herinnering die je beschrijft? Is dat het idee van de ouders, of kan het meisje jou dit ook zelf vertellen? Heb je met haar en de ouders een klachteninventarisatie gemaakt en de klachten gekoppeld aan onverwerkte herinneringen? Mogelijk zijn er meer targetherinneringen die de klachten veroorzaken. Je begint dan bij voorkeur bij de eerste, of anders bij de herinnering waarna de klachten zijn toegenomen. Denk ook aan de mogelijkheid van een *flashforward*.

Als we uitgaan van dit target, is het niet uit te sluiten dat er sprake is van vermijding op basis van angst, door te doen alsof ze het niet wil in plaats van dat ze het niet durft. Ik zou dat met haar ouders bespreken. Je kunt er ook in het gesprek met haar ouders op uitkomen dat er, naast de angst voor naalden, sprake is van separatieangst die gebaseerd is op vroegere ervaringen. Dan is het goed om de herinneringen te identificeren die met de separatieangst (let op: dat is dus een ander klachtenpatroon dan dat van de injectieangst) samenhangen en die te ordenen met de linksomprocedure.

Dus leg je vragen en bevindingen voor aan de ouders en zoek met hen uit welke hypothese het meest lijkt te kloppen.

pen. Als je er op uitkomt dat de ouders zelf angstig zijn en niet voldoende durven te begrenzen, is het goed om hen eerst daarmee te helpen door ze gerust te stellen, of door uit te leggen dat begrenzing juist helpend kan zijn als een kind angstig is. Daarnaast zou je kunnen aangeven dat het van belang is dat de ouders rustig en op een liefdevolle manier stevig blijven en niet zomaar meebewegen met de angst of 'manipulatie' van hun dochter.

Daarnaast zou je eventueel eerst een RDI kunnen doen, voordat je verder doorgaat met het target, om haar het vertrouwen te geven dat ze de confrontatie met de herinnering aan kan.

### Reactie

Ik heb je overwegingen over de angst van de ouders om hun dochter te begrenzen open met hen besproken. Ze herkenden dit wel enigszins, maar meer nog hadden ze het idee dat de kern van het probleem bij hun dochter in de separatieangst zit. We zijn er daarom op uitgekomen om de onderliggende separatieangst eerst te behandelen. Ik ben nu bezig met de verhalen via de verhalenmethode van Lovett. Het eerste verhaal gaat over het afgestaan zijn. Haar moeder leest dit verhaal mooi rustig voor en raakt haar aan (buik bij gemis, spanning, voetje bij operatie). Het meisje glimlacht als zij hoort dat haar biologische moeder blij met haar was en slikt bij het stukje over 'het afgestaan zijn'. Ze reageert luchtiger bij het stukje over het spelen met haar pleegbroer. Daarnaast is ze gespannen bij het stuk dat over het kindertehuis gaat.

In het verhaal zit ook een stukje over haar ervaringen in een ziekenhuis in China (operatie aan klompvoetje). Dat roept nog veel spanning op. Ik heb dat eruit gehaald en daarop nog het basisprotocol toegepast. Dat verliep zonder problemen.

Het was mooi om te zien hoe het meisje aan het einde uit zichzelf naar de wc ging en nu niet vroeg of haar moeder meeging. Het lijkt er dus voorzichtig op dat deze ingang goed is, het proces nu loopt, en dat de eerste tekenen van ontspanning zich nu aandienen.

Het tweede verhaal gaat over de ziekte van haar zusje in een periode waarin de ouders veel afwezig zijn geweest. Ik wil daar de volgende keer mee verder gaan. Het incident met het infuus zit natuurlijk ook in deze periode. Moet ik dat in het (Lovett-) verhaal opnemen, of moet ik dit apart behandelen met het basisprotocol?

### Antwoord

Heel goed dat je jouw hypothesen aan de ouders hebt voorgelegd, zodat jullie samen op een transparante manier konden uitzoeken waar de kern van het probleem lag.

Op basis daarvan kwam je uit op de twee verhalen die de bron lijken te vormen van de separatieangst. Met de Lovett-methode kun je mogelijke pijnpunten (ook preverbaal) in de geschiedenis van een kind desensibiliseren. Als je bij de toepassing van de EMDR merkt, zoals in dit geval, dat een bepaald onderdeel van het verhaal erg veel spanning oplevert, kun je dat er inderdaad nog uitlichten en behandelen met het basisprotocol, zodat je zeker weet dat je dit target afdoende hebt gedesensibiliseerd.

Het lijkt er inderdaad op dat het proces nu weer loopt en het meisje open staat voor verdere behandeling. Het is goed om de volgende keer eerst nog even terug te komen op het eerste verhaal en samen met het meisje en haar ouders chronologisch na te lopen en na te gaan of er nog onderdelen in het verhaal zitten die momenteel nog spanning opleveren. Als dat het geval is, kun je daar een plaatje van laten maken en met oogbewegingen of tappen de emotionele herinnering van deze herinnering naar een SUD 0 brengen.

Vervolgens kun je doorgaan met het tweede verhaal. Als het incident met het infuus onderdeel uitmaakt van de beschreven periode, kun je dat gewoon door de ouders in het verhaal laten opnemen. Echter, als je merkt dat dit deel van het verhaal erg veel spanning oproept, dan kun je dit weer apart behandelen met het basisprotocol.

De RDI (gericht op vermindering van de angst voor de EMDR) die ik eerder noemde, zou je eventueel nog kunnen toepassen voordat je aan de behandeling van dit verhaal begint. Dat draagt er mogelijk toe bij dat het meisje niet weer gaat vermijden (zoals we veronderstelden) als deze gebeurtenis aan de orde komt. Ik wens je veel succes.

### Reactie

De ouders en het meisje bleken in de tussenliggende periode nog geregeld te zijn teruggekomen op het verhaal van het afgestaan zijn. Het meisje was al een stuk vrolijker en bleek al eens spontaan bij een vriendinnetje te hebben gespeeld! We zijn nagegaan of er nog plaatjes waren in het verhaal waar nog spanning bij zat, maar dat bleek niet het geval.

Omdat het meisje zoveel minder angstig overkwam, hebben wij (haar ouders en ik) besloten om het tweede verhaal zonder voorafgaande RDI te behandelen. Gek genoeg sprong de angst voor het infuusincident er helemaal niet meer uit. Ik heb deze herinnering dus niet meer apart behandeld met het basisprotocol.

De laatste berichten van haar ouders zijn dat het meisje steeds meer durft, ook als zij er niet bij zijn, en de angst voor prikken lijkt 'als vanzelf' te zijn verdwenen.

## Marokkaanse mevrouw die 'uit de trein' wil stappen



Mijn patiënte is een 30-jarige vrouw die aangemeld is bij een afdeling medische psychologie door de gynaecoloog. Het is een Marokkaanse vrouw die redelijk Nederlands spreekt, zonder andere trauma's in haar voorgeschiedenis. Ze is twee jaar geleden bevallen van haar derde kind, na twee zoontjes, nu een dochter. Tijdens de bevalling is een epidurale pijnstilling gezet in haar rug en deze is 'naar boven geslagen'. Ze werd binnen enkele seconden doof, ging slechter zien en voelde zichzelf wegglijden, waarna ze bewusteloos raakte. Ze kwam bij door zuurstoftoediening en zag de verpleging rennen en 'in paniek'. Ze vertelt dat ze vlak voor het wegglijden 'in contact met haar ziel is geraakt en zich realiseerde dat ze dood ging'. Het laatste wat ze zag, waren de jassen op de kapstok aan de muur. Toen dit gebeurde, was ze heel rustig en ze vertelt dat het contact met haar ziel eigenlijk ook heel mooi was.

Nu komt ze binnen met klachten over herbelevingen en intrusies (ten aanzien van het wegzakken), een enorme angst voor wat er had kunnen gebeuren, concentratiestoornis, vermoeidheid, slaapproblemen en somberheid. Genoeg indicatie voor EMDR, dacht ik zo. Mijn probleem is dat na twee sessies de SUD nog steeds 9-10 is, en de patiënt niet meer verder wil! Ze wil het liefst stoppen met de behandeling en ze hoopt dat alles vanzelf overgaat.

Het target in de eerste sessie was het 'moment van over-

lijden'. De NC is: 'Ik ben machteloos' en de PC is: 'Ik kan het aan' (om naar het plaatje te kijken). Er is veel emotie, maar de associaties blijven ongeveer hetzelfde: "Ik blijf hangen" en "ik kom niet verder." CI gedaan: "Ga maar verder, je kan het" en "wat is er nodig om verder te kunnen?" Na 45 minuten zijn we gestopt (grote opluchting!). In de tweede sessie zijn we verder gegaan met dit target (SUD = 9). Er komt nu iets meer aan associaties: "Ik ben er niet meer" en "ik zweef" en "ik ga dood", maar ze loopt dan toch vast in: "Ik kan dit niet", "ik zit vast", en "dit helpt niet."

Ik heb een andere ingang geprobeerd met: "Wat had er kunnen gebeuren?" En toen kwam er: "Dat ik mijn kinderen niet meer heb." Het beeld dat ze daarbij heeft, is dat haar kinderen zonder haar aan tafel zitten (SUD = 9), maar er komen geen associaties. Ze stapt gewoonweg niet in de trein!

Nu ik dit opschrijf, bedenk ik me dat ik misschien eerst een RDI had moeten doen. Ik heb wel veel psycho-educatie gegeven over verwerking, EMDR, vermijding etc.. Omdat ze echt verschrikkelijk graag wilde stoppen, ben ik akkoord gegaan met een afkoelperiode van zes weken, dit is een periode waarin ik zelf ook op vakantie ben; daarna is er een telefonisch contact medio mei. Het liefste wil ik daarna weer met haar starten. Ik hoop dat ze dan ziet dat het niet vanzelf overgaat en dat ze dan weer gemotiveerd is.

## Antwoord

Het fantasiebeeld waarop te zien is wat er had kunnen gebeuren, lijkt me nu het meest geschikte en meest cruciale target. Je zegt: “Ze stapt gewoonweg niet in de trein.” Zelf zegt de patiënt ook dat ze het niet kan, en ze straalt uit weinig vertrouwen in het proces te hebben. De vraag is dus of ze voldoende overtuigd is van de heilzame werking en de mogelijkheden van EMDR, zodanig om daarvoor intrinsiek gemotiveerd te raken. Maar het kan ook angst zijn. Vraag er naar en vertel haar dat je weerstand merkt, want je wilt het graag snappen. Vertel haar ook dat het belangrijk is om te begrijpen wat de reden voor haar is om niet in deze trein te stappen en of, en zo ja, waarom zij de behandeling liever af wil houden. Het zou kunnen dat ze bijvoorbeeld bang is voor controleverlies om ‘gek te worden’ of iets anders? Wat weet je op dit vlak van haar voorgeschiedenis? Heeft ze in haar leven ooit controleverlies meegemaakt? In ieder geval lijkt het verstandig om de patiënt zo veel mogelijk regie te geven over het proces en haar te motiveren voor behandeling. Een manier om dat idee te vergroten is het toepassen van de zogenaamde ‘Cola-metafoor’:

*Soms hebben mensen het idee dat ze min of meer overspoeld worden door de ellende die door de EMDR naar boven komt. Zij denken dat de stroom ellende oneindig is en dat het dus nooit ophoudt. Dit weerhoudt hen ervan om door te gaan met de behandeling. Maar het is wel eindig. Alles wat eenmaal gedaan en verwerkt is, kan niet meer terugkomen. Het is net als met een cola-fles. Als je er hard mee schudt, komt er spanning vrij. Je draait de dop er een beetje af en je hoort: Psss... Als je nog een keer schudt, gebeurt het weer: Psss.... En elke keer lijkt het wel alsof de spanning eindelijk kan worden opgebouwd. Maar dat is niet zo. Alles wat eruit gaat, komt er niet meer vanzelf in. Dat is een voorspelbare zekerheid. Want op een gegeven moment schud je en draai je de dop er weer af en dan ...hoor je niets meer. Alle spanning is er dan uit. Voorbij! En zeker is dat de druk er nooit meer vanzelf in komt. Het is als het ware opgelost.*

*Dus, als je denkt ‘dit komt nooit meer goed’, bedenk dan ook dat wat er eenmaal aan spanning en emotie uit is, nooit meer terugkomt. En zo is het met de behandeling ook: hoe harder er wordt geschud, hoe eerder je hoofd leeg en ontspannen aanvoelt.*

Je noemde het al, maar een beproefde manier om voorzichtig met de therapie te beginnen is om een EMDR-procedure uit te voeren op een zorgvuldig geselecteerde positieve herinnering waaraan positieve vermogens of eigenschappen kunnen worden ontleend: de *Resource Development and Installation* (RDI) -procedure. Het uit-

gangspunt van deze procedure is dat patiënten niet alleen geholpen kunnen worden door de negatieve invloed van beschadigende ervaringen (draaglast) te verminderen, maar ook door met de invloed van positieve herinneringen de draagkracht van de patiënt te versterken. Met andere woorden: waar het EMDR-basisprotocol erop is gericht de negatieve invloed van emotioneel beladen herinneringen met een disfunctionele betekenisgeving af te breken, is de RDI-procedure er juist op gericht de positieve invloed van geheugenrepresentaties met een ‘empowerende’ en functionele betekenisgeving op te bouwen. Deze positieve geheugenrepresentaties worden in de eigen leergeschiedenis van de patiënt gezocht. Een positieve ervaring met RDI kan haar ook helpen om zich over te geven aan de verwerking van haar ervaring in het ziekenhuis.

## Reactie

Heel hartelijk dank voor je uitgebreide antwoord. Met mijn patiënt had ik afgesproken om een periode van zes weken rust in te bouwen, waarin ze alles kon laten bezinken en bekijken of haar methode (er niet meer aan denken) ook zou helpen. Gestimuleerd door jouw reactie heb ik haar na mijn terugkomst gebeld en (mede gezien het oplopen van de lijdensdruk, want ‘niet meer aan denken’ helpt haar natuurlijk niet!) haar kunnen motiveren voor een herstart van de behandeling. Ik zie haar nu volgende week en ga met hernieuwde moed aan de slag.

## Nagekomen reactie

Het bovenstaande schreef ik indertijd vol enthousiasme, maar helaas heeft mevrouw de vervolggesprekken, ondanks eerdere toezegging, toch afgezegd. Een aantal keer heb ik per telefoon geprobeerd haar te overtuigen van het belang van de behandeling en daarbij jouw ‘cola-metafoor’ gebruikt. Maar mevrouw bleef zeggen dat het uiteindelijk wel over zal gaan, als ze er maar niet teveel aan denkt en haar leven weer oppakt. We hebben uiteindelijk afgerond met de toezegging dat ze altijd welkom is om verder te gaan, als zij eraan toe zou zijn. Helaas heb ik haar niet meer gezien. Bij het opzoeken van haar dossier om deze supervisievrage af te kunnen ronden, nu een jaar later, zag ik dat ze inmiddels al een keer via de Spoedeisende hulp is opgenomen met onverklaarde buikpijnklachten ‘die vergeleken kunnen worden met pijnklachten van een partus’, zo staat in het dossier. Ik interpreteer dat als eventuele herbelevingen, maar ik ben nu niet meer bij haar behandeling betrokken. Jammer!



## EMDR bij iemand met hoogtevrees, waarbij de SUD nauwelijks daalt

Mijn casus betreft een 50-jarige man met hoogtevrees, deze is veertien jaar geleden ontstaan tijdens een bergwandeling op vakantie. Hij werd bevangen door angst bij het zien van een grote diepte en kreeg een paniekaanval op een smal wandelpad zonder hek.

Een tweede heftige ervaring was tijdens een fietsvakantie twee jaar geleden waarbij hij tijdens een afdaling weer geconfronteerd werd met het zien van diepte. Hij kon niet meer verder fietsen van angst. Ook bij het oversteken van een brug ervaart hij een forse angst. Daarnaast was er tijdens skivakanties en bij een bezoek aan een vriend op zijn galerij sprake van vrees, maar veel minder erg dan tijdens de genoemde incidenten.

Ik ben begonnen met EMDR 'linksom' (oogbewegingen) bij de eerste gebeurtenis ('*the first*') die tevens '*the worst*' was, maar het schiet niet op. Ik heb twijfels of ik wel goed zit en of dit de aangewezen methode is bij deze man. Het gekozen plaatje is het moment dat hij in de diepte kijkt. De NC is: 'Ik ben machteloos'.

Ik twijfel omdat ik nu tweeënhalve sessie heb gehad, en de SUD die bij aanvang niet hoog (5) was, werd niet lager maar juist iets hoger (6) bij de aanvang van de volgende sessies. De patiënt denkt overigens opvallend lang na voordat hij een cijfer geeft. Naar mijn gevoel gebeurt er (te) weinig. Er zijn totaal geen associaties en er komt steeds 'niets' op.

Ik heb nagevraagd of er sprake is van een rampfantasie, maar dat ontkent hij. Hij kent ook geen enge of nare verhalen van mensen die gevallen zijn of iets dergelijks. Er liggen wel *future templates* (want hij gaat weer fietsen deze zomer en ziet daar nu al tegen op, ook al bij het inkijken van een folder met fietsende mensen in de bergen), maar zover ben ik dus nog lang niet.

### Antwoord

Ik denk dat je nu vooral een plaatje hebt gekozen van een herinnering aan een moment dat toentertijd heel angstwekkend was ('het kijken in de diepte'). De vraag is of dat nu nog naar is. Ik denk dat hij steeds beoordeelt hoe naar het TOEN was en dat wordt nooit 0 natuurlijk. Snap je dat?

Er zijn in het controledomein globaal twee mogelijkheden: te weinig lading, of te veel. Het eerste probleem heeft te maken met een onjuist gekozen targetbeeld. Dat wil zeggen: *toen* (de gebeurtenis zelf) was het naar, maar de emotionele lading van de herinnering aan deze

gebeurtenis is *momenteel* gering. Als er desondanks wel klachten zijn, dan *moet* er wel een andere herinnering zijn die *wel* lading heeft. Soms gaat het om een ander aspect van dezelfde herinnering. Kortom, misschien moet je eerst nog beter zoeken naar een nieuw target, in ieder geval een die momenteel nog wel emotioneel beladen is: het gaat om het vinden van de 'angel'. Ik denk dat je zijn eerste paniekaanval moet hebben. Die is waarschijnlijk nu nog naar omdat hij bang is die nog een keer te krijgen. Een andere mogelijkheid is dat de herinnering wel degelijk emotioneel beladen aanvoelt, maar dat de patiënt zich eenvoudigweg niet *durft* te concentreren, omdat hij bang is dat hij niet in staat is de emoties die daardoor worden opgeroepen te hanteren en in bedwang te houden. Er is sprake van angst voor de angst, ofwel angst voor controleverlies. Deze angst is in staat het verwerkingsproces van de patiënt volledig te blokkeren. Dit wordt nog eens versterkt door het formuleren van de NC - die in het geval van dit type van problemen - ook nog eens '*Ik ben machteloos*' is, waardoor het gevoel van controleverlies nog verder oploopt. Daar komt nog extra bij dat andere herinneringen aan machteloosheid via de associaties kunnen worden *getriggerd*. In dat geval reageert de patiënt vaak met associaties zoals: '*Niks*' en '*Dit lukt niet*'. Het is, vooral voor de beginnende EMDR-therapeut, een typische valkuil om naar de inhoud van deze reacties van de patiënt te luisteren en dan te denken dat de procedure niet voldoende werkt. Het beste wat de therapeut in zo'n geval kan doen is, als de patiënt bijvoorbeeld zegt zich niet meer te kunnen concentreren, simpelweg te reageren met "*Concentreer je op die gedachte (of dat onvermogen)*", dan deze associatie en de daaropvolgende associaties te volgen, en deze werkwijze stug vol te houden.

Nog een opmerking: een *future template* is een neutrale situatie. Als hij nog een angstige situatie (schrikbeeld) in de toekomst voor zich ziet, is dat een *flashforward* en die moet je apart *targeten*.

### Reactie

Dank voor het meedenken. Ik heb mijn patiënt inmiddels weer gezien. Ik heb allereerst (nogmaals) het 'toen/nu-gebeuren' gecheckt. Hij blijft erbij dat dit in het heden nog het naaste plaatje is. Daarna heb ik ook nog gecheckt of de paniekaanval mogelijk meer beladen is. Hij zegt van niet. Kortom, ik ben weer opgestart met *back to target*



met daarbij hetzelfde plaatje: hij ziet zichzelf de diepte in kijken. Het aspect van de eindeloos lijkende afgrond boezemt hem de meeste angst in. De SUD is 5 en het verloop is 5...5...5....4/5. Wederom weinig beweging en wederom weinig tot geen associaties: 'niks', en 'leegte'. Bij doorvragen af en toe: 'een wat gespannen gevoel in buik'. Hij geeft desgevraagd aan dat hij het moeilijk vindt om te focussen.

Ik heb ook nog onderzocht of het plaatje mogelijk te beangstigend voor hem is (zoals jij opperde als mogelijkheid). Dit ervaart hij niet zo, en ik heb ook niet die indruk. Wat te doen? Ik wil best stug doorgaan, maar het voelt toch alsof we niet op de goede weg zitten.

Hij opperde zelf om een foto mee te nemen van de betreffende vakantie waarop de berg en een stuk afgrond te zien zijn. Bij het kijken naar deze foto ervaart hij veel spanning. Mogelijk helpt dit hem beter te focussen bij *back to target*. Het komt als het ware overeen met het targetbeeld, behalve dan dat hij er zelf niet opstaat. Wat vind jij daarvan?

### Antwoord

Hoogtevrees is iets bijzonders en heeft een andere dynamiek dan veel andere angsten. Onderzoek laat zien dat een derde deel van de populatie een aangeboren neiging heeft om duizelig te worden bij het zien van diepte. Dus dat conditioneert makkelijk en verklaart waarschijnlijk waarom het de meest voorkomende angst is in Nederland (de meest voorkomende fobie is een fobie voor de tandheelkundige behandeling).

Wat de casus betreft, blijf ik op de een of andere manier denken dat dit een plaatje is dat vooral *toen* naar was, dat wil zeggen: op het moment dat hij in de diepte keek. Het verbaast me namelijk dat hij met het idee komt om een foto mee te brengen van een afgrond omdat 'hij *wel* spanning ervaart bij het kijken naar die foto'. Dus bij het plaatje niet? Snap jij dat? Wat ik ook niet begrijp, is dat hij geen rampfantasie of 'schrikbeeld' heeft. Dat heeft namelijk iedereen die een angst heeft, per definitie (een mentale representatie van de UCS).

Nee, je moet geen foto nemen. We moeten echt op zoek naar zijn mentale representatie van wat er (in het ergste geval) kan gebeuren als hij met een situatie, zoals zichtbaar is op deze foto, wordt geconfronteerd. Snap je wat ik bedoel? In dit geval zal die toch wel zijn: (vanwege duizeligheid) 'De controle verliezen en in het gat gezogen worden', of 'vallen en te pletter slaan'. Heeft hij daar echt geen mentale representatie van? Ik kan het niet geloven.

Die *moet er zijn*. Kun je die uit hem peuteren? Dan zou ik dit plaatje nemen en een *flashforward* doen. Houd me op de hoogte alsjeblieft.

### Reactie

Ik snap je hypothese en ik snap dat jij bepaalde dingen niet snapt (snap jij het nog?). Je gebruikt met recht de woorden 'uit hem peuteren'. Ik zal het hem nogmaals voorleggen en hem bevragen over een rampfantasie die hij mogelijk heeft, wat hij eerder dus ontkende. Ik zou graag met een *flashforward* aan de slag willen, maar dan zal hij die toch zelf moeten aanleveren. Oké, geen foto dus.

Nog een expliciete vraag: wat te doen als je niet uit de 'toen-versus-nu'-discussie komt met een patiënt, terwijl je zelf het gevoel hebt dat het echt om 'toen' gaat?

### Antwoord

Ja, zit hij in je kamer te kijken naar een plaatje waarop te zien is dat, of herinnert hij zich weer hoe, het *toen* was? Ofwel: is hij in staat dat onderscheid te maken? Waar het in deze casus in ieder geval om gaat, is dat hij moet nadenken over het volgende: we kunnen met EMDR allerlei dingen uit zijn hoofd halen, dat wil zeggen: minder 'naar' maken, maar *wat moet er uit zijn hoofd*, zodat hij die angst nooit meer heeft? Een plaatje van een afgrond (CS) eruit halen, heeft geen zin. Met het desensitiseren van een dergelijk plaatje haal je niet de kern of de angel van de angst eruit. De paniekaanval (ervaring controleverlies, UCS) is wel zo'n angel. Probeer het in ieder geval.

### Vervolg

Ik heb mijn patiënt nogmaals gevraagd naar eventuele rampgedachten. En toen zei hij opeens: "Natuurlijk heb ik dat gedacht!" Hij doelt op 'zelf naar beneden vallen als gevolg van duizeligheid tijdens een paniekaanval'. Daar hebben we dan eindelijk 'dat wat er had *kunnen* gebeuren'! Echter, een beeld heeft hij er weer niet zo snel bij. We komen uiteindelijk bij het beeld dat hij in vrije val van de berg stort. De SUD bij aanvang is 5 (vind ik niet zo hoog) en daalt netjes naar 0. De VOC ('Ik kan het aan') kruipt heel langzaam naar 6,5 (max).

Dan gaat hij met vakantie naar Frankrijk. De fiets gaat mee. Na terugkomst vertelt hij met trots dat hij de Mont-Ventoux heeft beklommen en is afgedaald, zonder een paniekaanval of een grote angst...

Hij is tevreden, en we hebben afgesloten.

## EMDR tegen stotteren. Kan dat?

Ik heb een jongeman (30 jaar) met ernstige stotterklachten succesvol behandeld met EMDR. Deze patiënt stotterde vanaf zijn vierde jaar en hij heeft daarna vele therapieën gehad. Hij gaf aan dat hij in de categorie van de zwaardere gevallen zat als het ging om zijn stotterklachten. Een deel van de inspiratie voor de behandeling hebben wij samen gehaald uit het verhaal van Dale Sander (<https://sites.google.com/site/stutteringemdr/>). Mijn patiënt geeft zelf aan dat het stotteren voor 90 procent is verminderd. Het is hem duidelijk geworden dat stotteren voor hem een door angst gestuurde aandoening was.

In de Vraagbaak EMDR staat een hoofdstuk waarin jullie aangeven dat er vaak 'vage targets' zijn met weinig lading. Ik vroeg me af of dit gebaseerd is op eigen ervaringen of dat er onderzoeksgegevens over zijn?

Uit mijn N=1-ervaring kwam naar voren dat zijn eerste herinnering (voorlezen in groep 3) op dit terrein een nare herinnering was, maar desensitisatie van dit target bleek nauwelijks invloed op het stotteren te hebben. We gingen daarom op zoek naar 'verborgen' herinneringen. In zijn geval leverde dit veel op. Hij had een herinnering aan een valse kroepaanval op 1,5-jarige leeftijd. De desensitisatie was heftig, maar gaf mijns inziens een verbetering ten aanzien van de stotterklachten. Ook was er een herinnering waarbij hij achterna werd gezeten door andere kinderen in de speeltuin. Dit gaf voor hem eenzelfde gevoel van spanning in zijn middenrif. Bovendien was er een herinnering van toen hij in groep 3 zat en in een zwembad onder water was geduwd. EMDR gaf na het desensitiseren een snelle afname van zijn actuele lichamelijke spanning. Zijn negatieve kernopvatting was 'Ik ben minderwaardig'. Hierop heb ik een behandeling 'rechtsom' ingezet.

Ik ga er op basis van deze casus vanuit dat voor een succesvolle aanpak van stotteren met behulp van EMDR drie elementen opgenomen zouden moeten worden:

- De eerste ervaring. Deze geeft wel lading, maar is (waarschijnlijk) niet de bron.
- De echte bron(nen). Deze kun je proberen te vinden via een focus op het lichamelijke aspect. Hierbij zou je ook navraag moeten doen bij de ouders. Doorvragen tot dat je het gevonden hebt.
- Een negatief zelfbeeld. Dit vormt altijd onderdeel van de problematiek.

### Antwoord

Erg interessant! Ik heb nog weinig goede verhalen over EMDR bij stotteren gehoord. Zelf was ik er ook nog weinig succesvol in. Misschien dat het toch kan, maar ik vraag het me af. De beschadiging van het zelfbeeld is logisch, er zullen ook zo veel gebeurtenissen zijn die potentieel schaamtevol zijn: dat moet wel invloed hebben op je zelfbeeld. Maar ik betwijfel of door desensitisatie van deze herinneringen de stotterklachten minder worden. Maar het zou natuurlijk mooi zijn als je meer van deze casus zou kunnen beschrijven. We kunnen via deze casus in EMDR Magazine lezers vragen naar hun ervaringen met stotteren en EMDR.

### Reactie

Ik heb volgende week een afspraak met een logopediste om mijn kennis over stotteren en de mogelijke behandelvormen bij te spijkeren en om te kijken hoe ik in contact kan komen met kandidaat-patiënten.

Ik vond op internet een scriptie van een paar studenten van de Hogeschool Utrecht. Zij hadden de effecten van traumabehandeling op stotteraars onderzocht. Zoals jij ook al aangaf, leverde dit nauwelijks effect op stotteren op, maar wel ten aanzien van de kwaliteit van leven. Ik moet die scriptie nog eens goed nalezen. Het levert in ieder geval wel een aantal instrumenten op om de mate van stotteren te scoren.

### Reactie (vervolg)

Ik heb al weer een tijdje geleden mijn initiatief gestaakt om mensen die stotteren in behandeling te krijgen. Vorig jaar heb ik drie mensen binnen gekregen langs verschillende wegen. Eentje heeft na een eerste kennismaking geen contact meer opgenomen. De tweede stopte na twee sessies omdat hij er geen vertrouwen in had dat het hem iets op ging leveren, en hij gaf aan weinig last van zijn stotteren te hebben. De derde jongeman is zeker zes keer geweest en gaf tijdens de sessies aan dat de EMDR-behandeling hem goed deed. Maar even snel als hij gekomen was, was hij ook weer, zonder kennisgeving, verdwenen...

Mijn eerste patiënt heb ik van mei tot november vorig jaar in behandeling gehad. Over hem gaat de casusbeschrijving. Ik heb hem net een mail gestuurd met de vraag om in zijn eigen woorden aan te geven wat de be-



handeling hem gebracht heeft. Ik verwacht dat hij dit op korte termijn wel zal doen.

### Antwoord

*Dit is toch wel wat ik vermoedde. Dat EMDR heel goed kan werken tegen de gevolgen van het stotteren, maar niet per se bij de aanpak van de oorzaken, waardoor het stotteren verdwijnt. Best wel logisch ook, vind ik. Ik ben heel benieuwd naar het verhaal van jouw patiënt.*

### Reactie

Ik kreeg een reactie terug van mijn (ex-)patiënt. Het levert mij eerder meer vragen op dan dat het me conceptueel antwoorden geeft op de werking van de behandeling:

- Zijn angst om te spreken is kleiner geworden en in bepaalde situaties zelfs verdwenen.
- Hij geeft aan dat het een soort zelfhulptechniek is geworden waarmee hij lichamelijke spanning kan verminderen, met minder stotteren als gevolg.
- Hij geeft zelf aan dat hij door allerlei negatieve ervaringen als stotteraar meer is gaan stotteren. 'Welk target heb ik gemist?', denk ik dan, 'waardoor hij nu nog steeds ongecontroleerde spanning krijgt en gaat stotteren, in situaties die hem nu nog wel spanning geven?'

Positieve veranderingen als gevolg van EMDR in zijn zelfbeeld lijken zeker een positief effect te hebben gehad op zijn stotterklachten. Dit had niet alleen met stotterervaringen te maken, maar ook met reacties van zijn vader op hem ('Ik kan niets'/'ik ben een mislukkeling'), als het om andere dingen gaat. Wat blijft is dat hij bij ervaren spanning een kwetsbaarheid lijkt te hebben, waardoor verschillende spieren in zijn middenrif en rug verstarren, met stotteren als gevolg. De patiënt zelf is er van overtuigd dat het geen hersenaandoening is maar een aangeleerde lichamelijke reactie.

Wat in de behandeling ook vaak goed werkte, was de vraag om een beeld te maken van de 'stotterspanning' die hij in zijn lichaam ervoer, en zich daarop te concentreren (vergelijkbaar met een opdracht in het pijnprotocol). Met een afleidende stimulus leidde dit in alle gevallen tot een afname van de spanning, en ook vaak tot een inzicht bij hem over de reden van zijn spanning. Hij lijkt

het nu te gebruiken als 'ontspanningstechniek'.

De patiënt heeft er nu voor gekozen om een gerichte behandeling te gaan volgen (was laatst te zien in een televisie-uitzending) om van zijn lichamelijke gewenning af te komen. We hebben afgesproken dat we na die behandeling weer contact zullen hebben om te kijken hoe het dan met hem is.



*Keizer Claudius  
(68-37 v Chr.)*



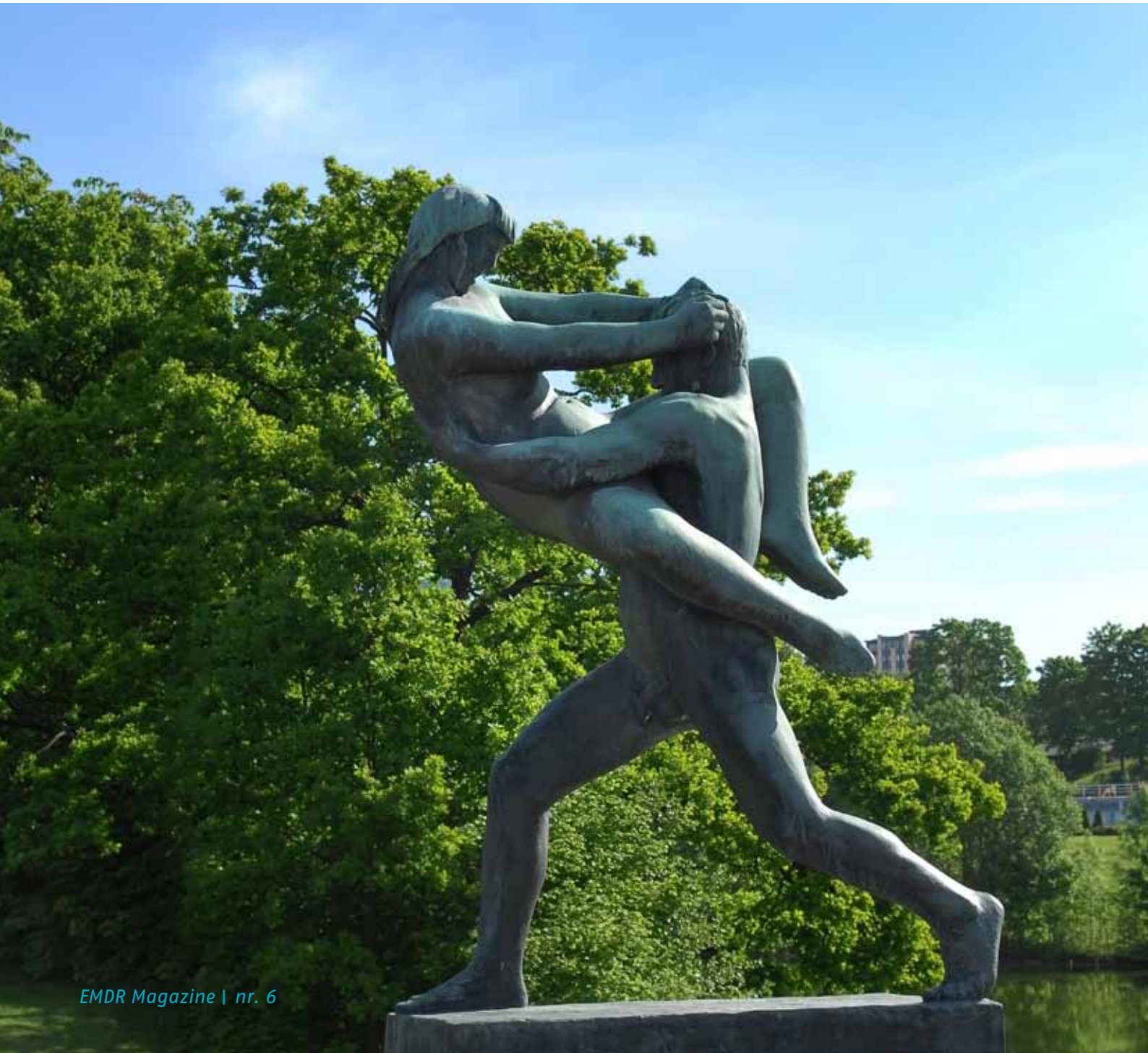
## **EMDR als hulp bij relatiebeëindiging**

Foto: **irisphoto1 / Shutterstock.com**

Ik vroeg me af of jou enige literatuur bekend is over EMDR als behandeling bij mensen die worstelen met het maken van een moeilijke levenskeuze, zoals het wel of niet verbreken van een relatie. Ik heb via Google Scholar en PsycInfo gezocht, maar niets gevonden.

Ik vraag dit omdat ik recentelijk een patiënt met twijfels over het voortzetten van haar relatie heb behandeld met EMDR, met vrij spectaculair resultaat. De overweging om EMDR hierbij toe te passen was de volgende: wanneer mensen een moeilijke levensbeslissing moeten maken,

zijn wij als psycholoog snel geneigd hen te adviseren om hun gevoel te volgen. Dat klinkt als goed advies, maar in de praktijk blijkt dit vaak niet zo eenvoudig. Het 'gevoel' wordt namelijk nogal gekleurd door niet alleen relevante informatie, maar ook door irrationele schrikbeelden en rampscenario's die vooral voor veel vertekening zorgen. Bijvoorbeeld dat iemand vreest altijd alleen te blijven, of die ander nooit te zullen kunnen vergeten. Door EMDR op het grootste rampscenario toe te passen, wilde ik voor beide mogelijke beslissingen (wel en niet verbreken van de relatie) de lading van de schrikbeelden wegnemen, waardoor er meer helderheid over zou blijven en



de beslissing makkelijker zou worden.

Zoals gezegd pakte het bij mijn patiënt erg goed uit. Ze kwam de sessie binnen met behoorlijke somberheid, omdat ze niet wist wat te doen. Bij haar vriend blijven betekende ongelukkig blijven; bij haar vriend weggaan betekende hem verliezen en misschien nooit meer een ander vinden. We hebben EMDR toegepast op het ingebeelde rampscenario dat zij het met hem uitmaakt (omdat deze van beide rampscenario's de meeste lading had), en dit leidde tot zo'n sterke spanningsreductie bij het beeld, dat de patiënt daarna naar haar vriend toe is gegaan, en ze samen besloten afscheid te nemen van elkaar. Zij was erg blij met dit resultaat en ze heeft me later laten weten nog nooit zo'n goede beslissing te hebben genomen.

Mocht hier in de literatuur nog weinig over bekend zijn, dan lijkt het me leuk om er een protocol voor te schrijven, zodat ook andere therapeuten er iets aan kunnen hebben. Maar uiteraard alleen als het niet al vele malen eerder is beschreven en gepubliceerd. Weet je of zo iets bekend is?

### Antwoord

Wat een mooie conceptualisatie en het is een uitstekende ingang om EMDR op te doen! Nee, er is naar mijn weten nooit eerder over gepubliceerd. Ik denk dat het een prachtige ondersteuning is van de reikwijdte en het belang van de *flashforward*-strategie.

Een puntje slechts: het beeld dat je nu hebt gebruikt als *flashforward* is conceptueel niet de meest voor de hand liggende. Het gesprek aangaan met de vriend is immers niet de gevreesde ramp. Ze durft dat niet te doen, omdat ze vreest dat er daarna een ramp gebeurt: altijd alleen blijven en wat daar allemaal aan vast zit. Dat zou conceptueel gezien de *flashforward* moeten zijn. Een gesprek aangaan met de vriend om het uit te maken is geen 'ramp', maar de voorspeller van de ramp.

Voor een protocol, na één enkele succesvolle casus, is het mijns inziens te vroeg. Dan zou je eerst zekerheid moeten verkrijgen omtrent de vraag of deze procedure bij iedereen ook inderdaad ongeveer hetzelfde uitwerkt. Het is eigenlijk de reguliere *flashforward*, maar wel een die enorm goed heeft uitgekapt.

### Reactie

Bedankt voor je positieve reactie. Dit sterkt mij in de overtuiging dat EMDR toepassen in een dergelijke situatie een logische redenering is, en dat ik deze mogelijk

in de toekomst vaker kan inzetten. Al moet ik zeggen dat de positieve uitkomsten al een sterke stimulans waren. Wat betreft je kritische notitie: ik begrijp je punt. Ik moet denk ik iets scherper noteren hoe het gelopen is. Het is namelijk niet zo dat deze patiënt als specifieke angst noemde altijd alleen te zullen blijven. Dat was slechts één van de angsten die ze noemde, als ze het zou uitmaken. De waarheid is dat ik eigenlijk niet zeker wist wat haar grootste angst precies was, voordat ik EMDR ging toepassen bij deze patiënt. Ze vertelde erg bang te zijn dat het een verkeerde beslissing zou zijn om haar vriend te verlaten. En ze had daar allerlei rampscenario's bij (waaronder 'alleen blijven'). Maar toen we EMDR toepasten, en ik haar vroeg wat voor haar het meest akeelige plaatje was dat ze zou kunnen schetsen van wat er zou gebeuren als ze het uit zou maken, koos ze dit: haar vriend die bij de deur staat, huilend, zij huilend en smekend, zich aan hem vastklampend omdat ze hem toch niet durft te laten gaan.

Ik begrijp wat je zegt: dat het uitmaken zelf normaal gesproken niet de 'ramp' zou zijn, maar ik denk dat het rampbeeld bij haar te maken heeft met de gedachte niet in staat te zijn de directe emotionele gevolgen van het uitmaken te verdragen, wat in het plaatje tot uitdrukking komt. De ramp is iets van: "Ik zal kapot gaan van verdriet op het moment dat hij de deur verlaat. Die situatie zal ik niet kunnen verdragen (en dus in het heden: 'dat beeld kan ik niet verdragen.')." Vandaar dat ik dacht dat dit zo zou kunnen, passend bij de NC: 'Ik ben machteloos' (ten opzichte van het beeld).

Mogelijk heb ik het nog steeds niet op de juiste manier aangepakt, dus ik hoor het graag als het idealiter toch anders had gekund. Het resultaat was in elk geval erg positief. Daar ben ik erg blij mee.

### Antwoord

Ja, misschien is het wel niet precies het type target dat we willen hebben met een *flashforward*, maar blijkbaar was het wel een betekenisvol plaatje, en een plaatje dat haar overduidelijk gevoelsmatig in de weg stond voor het nemen van een weloverwogen beslissing om de relatie te beëindigen. Na het wegvallen van het beeld, waarbij ze nu het idee had dit aan te kunnen, voelde ze zich in staat om de knoop door te hakken. Mooi hoor.



# Angst voor injecties bij een 13-jarige



Ik heb als patiënt een meisje van 13 jaar (ze zit in de tweede klas van het VWO) met een forse prikangst. Ze is al weken voor de prik (nu de baarmoederhalsvaccinatie) in paniek en heeft dan forse huilbuien. Deze prikangst speelde voor het eerst op 9-jarige leeftijd. De angst wordt niet voorafgegaan door een nare ervaring en ook zegt ze geen tv-programma, noch anderszins iets gezien te hebben wat er aan heeft bijgedragen. Er is geen sprake van andere problematiek. Het gaat echt om een enkelvoudige angst.

Ik heb met haar een tijdlijn gemaakt en ze kan, behalve een angstwekkend ziekenhuisprogramma met een 7-jarig jongetje die werd geopereerd (plaatje met veel bloed en groen laken eromheen/SUD 8), verder alleen de prikken noemen als nare herinneringen.

Ik ben begonnen met de eerste nare herinnering: de prik op 9-jarige leeftijd.

*"Ik zag allemaal kinderen uit mijn klas vrolijk lachend naast hun moeder en ik moest heel hard huilen. Na afloop zei ik tegen mijn moeder: 'Het was niet zo erg'"*

Het meest nare in dit filmpje blijkt later dat ze een meisje zag, dat ze kende en dat heel hard moest huilen. *"Vond ik heel zielig. Ik liep ernaast."* (SUD= 10)

Ze ziet zichzelf op het plaatje naast haar moeder lopen.

*"Wat maakt het plaatje zo naar?"*

*"Dat ik het zo zielig vind voor het meisje."* De NC is: 'Ik kan er niet tegen'. De PC is: 'Ik kan er tegen'. VOC = 2. Ze heeft daarbij het gevoel een lafaard te zijn. Ze krijgt veel neutrale associaties, maar ook wel 'dat ik dat meisje zo zielig vind'. Ik heb verschillende *interweaves* gebruikt.

*"Zou ze de volgende dag nog huilen?"*

*"Weet ik niet."* [set]

*"Is het een drama als ze huilt, vergaat de wereld?"* [set]

Bij afronding van deze zitting is de SUD dus nog 8,5. Ze vindt het in eerste instantie moeilijk om bij positief afsluiten iets positiefs over zichzelf te formuleren. Het lijkt wel of de gedachte 'ik ben een lafaard' er steeds tussen zit. Maar met veel moeite komen we bij: 'Ik ben dapper' (dat ik hier kom en dat ik er aan wil werken). Maar voelbaar hierbij is ook tegenstand om dat echt over zichzelf te kunnen denken. In principe ga ik dus volgende keer gewoon verder met dit target, maar ik vond het wel erg moeizaam gaan.

## Antwoord

Dit is een leuke casus. Ik heb een paar punten die ik met je wil delen:

Check even of die 8,5 ook echt slaat op de spanning die ze

nu voelt, als ze naar het plaatje kijkt, en niet betrekking heeft op hoe naar het TOEN was.

Bij positief afsluiten moet je zelf altijd al wat in je broekzak zien te hebben: een opmerking die begint met: "Het feit dat." In dit geval zeg je bijvoorbeeld: *"Het feit dat je het zo lang hebt volgehouden, wat zegt dat over jezelf?.....hoe noem je zo iemand?"*

Je zal eens moeten kijken of die betekenisgeving van 'lafaard' niet ook slaat op een heel andere ervaring, buiten de injectiecontext. Kan zij een herinnering aan een gebeurtenis oproepen die heel sterk bewijst dat zij een lafaard is? Die dan eerst desensitiseren.

Stug doorgaan met dit target. Je bent gewoon nog niet klaar.

Als er dan nog steeds sprake is van angst, zou ik een *flashforward* gebruiken. Dat wil zeggen: inventariseer wat dit meisje momenteel verwacht dat er gebeurt, als zij met de angstwekkende stimulus wordt geconfronteerd. Op wat voor akeligs anticipeert zij en denkt ze dat haar overkomt, als zij een injectie krijgt? Het gaat hierbij om het ergste rampscenario, de *worst nightmare*, ook wel *flashforward* genoemd. Het gaat dus om een op de toekomst gerichte rampfantasie op basis waarvan zij nu angstig is:

*"Wat is de ergste en meest rampzalige voorstelling die je kunt maken, als je je voorstelt wat er gebeurt als je ... [een injectie krijgt]?"*

Laat haar van dit rampscenario een stilstaand plaatje maken en desensitiseer deze herinnering (SUD = 0, VoC = 7). De NC is hier standaard: *'Ik ben machteloos'*. Kortom, in dit soort gevallen - als er in het verleden niet veel te halen valt - direct op de ergste ramp gaan zitten. Dat zal wel affectief laden, vermoed ik zo. Houd je me weer op de hoogte? Succes!

## Reactie

Haar moeder is er, op verzoek van mijn patiënt, vandaag bij in de kamer en ze houdt zich aanvankelijk goed afzijdig. Het ter sprake brengen van de komende prik geeft direct forse lading en dikke tranen. De SUD van het oorspronkelijke target blijft echter na ruim een half uur nog steeds 10. Als associatie komt vrijwel alleen 'de prik' naar boven. Ik heb wel wat *interweaves* gedaan:

*"Hoe lang duurt een prik? Toen je baby was heb je ook een paar keer een prik gehad, je huilde maar heel even en daarna was het al weer over."*



Maar de SUD bleef 10 en tranen bleven onverminderd komen. Daarom heb ik ook aanvankelijk onregelmatige tik-gebruikt en uiteindelijk toch de oogbewegingen.

Aangezien ik tijdsdruk voel (prik is a.s. woensdag), en aan zie komen dat ik de SUD niet voor die tijd tot 0 kan terugbrengen en ook nog goed kan afronden, ben ik overgestapt tijdens dit proces op een RDI. Met deels hulp van de moeder (ze kan zelf weinig 'dappere' momenten in haar leven tot op heden noemen) komt ze op 'de eerste keer van de hoge duikplank' en 'de eerste keer logeren' (wat ze erg spannend vond). Deze beide gebeurtenissen heb ik gebruikt voor de RDI, voor het 'dapperheidskoffertje'. Ik heb ook nog gevraagd welke kleur bij dit dappere gevoel past ('regenboogkleur'). Verder heb ik veel aandacht besteed aan het 'je lichaam vol laten lopen met dit dappere gevoel' (van top tot teen, van je haarwortels tot de puntjes van je tenen en de uiteinden van je vingers, etc.). Op die manier geef je de angst heel weinig ruimte in je lichaam ('Een beetje spannend vinden, is heel gewoon bij een prik'). Daarnaast hebben we veel aandacht gegeven aan de lichaamshouding, passend bij dit dappere gevoel. Ze gaf aan dat het dappere gevoel steeds wat groter werd. Ze werd rustig en 'groeide' zichtbaar.

Bovendien heb ik haar de opdracht gegeven hier elke dag minimaal één maal mee te oefenen en het ook te gebruiken in situaties die een beetje spannend zijn.

Woensdag is de prik. We hebben nog een afspraak staan op die ochtend en ze mag de dag ervoor zelf aangeven of ze daar nog gebruik van wil maken. Al met al wel een positief einde van de sessie, maar dus ook wel veel geïmproviseerd, wetende dat deze sessie voor haar met een goed en krachtig gevoel moest eindigen.

Ik ben benieuwd hoe de prik gaat verlopen; ik ben nog niet echt overtuigd dat dit haar voldoende geholpen heeft. Overigens wel bijzonder dat ze zo intens en extreem bang is voor een prik. Wat maakt dat ze dit zo eng vindt?

## Antwoord

Ja, mooi, je heb gedaan wat je kon. Het is wel jammer dat je niet voldoende tijd had om dit proces mooi af te ronden. Kon de prik niet worden uitgesteld, zodat je meer tijd had om eerst de SUD naar 0 te krijgen? Heb je eigenlijk je kansen om EMDR op de *flashforward* te gebruiken wel benut? Nou, laten we woensdag even afwachten. Spannend. Wel daarna sowieso afmaken, hè?

## Reactie

De prik was al een week uitgesteld (baarmoederhalskanker) en er zijn slechts beperkte data in de regio beschikbaar. Bovendien ben ik zelf binnenkort twee weken afwezig.

## Reactie (vervolg)

Bijgaand de terugkoppeling van haar ouders, en hoe de prik zelf tot slot verlopen is:

*“Wat een andere meid hebben wij gezien de afgelopen dagen. Ik heb vrijwel geen spanning gemerkt bij mijn dochter voor de aankomende prik. Ze had geen moeite met inslapen of zelfs slapeloze nachten. Dat hadden we echt niet verwacht.*

*En dan vanmiddag na de sessie bij jou: ze was gespannen, maar niet gestrest. Zeker niet geëmotioneerd of volledig ontroostbaar, zoals de vorige keren het geval was. Op sommige momenten zag ik dat ze haperde. Dan bleek een van de door jou aangereikte oplossingen van pas te komen. We waren nog thuis, toen ze aan de leuke dingen kon gaan denken. Maar hoe dicht bij het gebouw van de CJG/GGD, hoe groter de spanning werd. Ik heb haar nog een keer haar 'dapperheidskoffer' laten openen en dat bleek (weer even) te helpen.*

*Bij het gebouw aangekomen, werd de spanning nog groter. Ze was eigenlijk toch wel op van de zenuwen. In de prikkamer werd ze met mij even afgezonderd, maar ze stond te bibberen op haar benen en kreeg dat niet meer onder controle. Ook de 'prikster' kon haar niet laten ontspannen. Dan toch maar de spuit in de arm. Ze vond dat dit (opnieuw) zeer deed, maar al snel daarna ontspande ze alsnog. Binnen drie minuten had ze zichzelf weer onder controle en kon ze - vooral opgelucht - het gebouw weer verlaten. Ik heb geen enkele traan gezien. Dat was de vorige keren echt wel anders.”*

Inmiddels hebben we besloten dat ze nog even doorgaat om aan haar negatief zelfbeeld te werken. Ook de 'prik-EMDR-sessies' zullen nog worden afgemaakt tot een SUD=0. Na de laatste prik, die dus relatief goed verliep, zei ze desgevraagd een volgende keer niet meer zo bang te zullen zijn voor een prik. Afwachten natuurlijk of dat ook zo zal zijn te zijner tijd.

## Reactie (vervolg)

Inmiddels is de behandeling afgesloten. Ik heb de injectie-angst nogmaals gecheckt, en de SUD is nog steeds 0. Geen verdere desensitisatie meer nodig. Op mijn vraag hoe ze zou reageren als haar ouders nu een reis naar Afrika zouden voorstellen (wat het plan is) en ze daarvoor wel injecties zou moeten krijgen, reageerde ze direct: "Oh leuk!" Goed afgesloten dus.