

# EMDR bij ziekte en ouderdom

Tekst: Gea Procee Foto: Joost van Halm

**Alle SIG's werken aan de ontwikkeling van specifieke expertise in EMDR. Vaak past de problematiek van patiënten in meerdere aandachtsgebieden tegelijk. Daarom voelen leden van de SIG's de behoefte om met en van leden van andere SIG's te leren. Lucinda Meihuizen, voorzitter van de SIG Ouderen en Merlijn van Eijk, voorzitter van de SIG Somatiek, bijten de spits af.**

## Raakvlakken

Voor Lucinda Meihuizen lag de ontmoeting met Merlijn van Eijk direct voor de hand: "De SIG EMDR en Ouderen richt zich vooral op EMDR bij kwetsbare ouderen die van alles mankeren, zowel somatisch als neurologisch. We richten ons niet op gezonde, vitale ouderen, want die kunnen wel mee in de gangbare EMDR-protocollen, maar op ouderen met bijvoorbeeld dementie of ouderen die kampen met de gevolgen van een Cerebro Vasculair Accident (CVA)."

Ook Merlijn heeft nagedacht over de raakvlakken tussen beide SIG's: "Ik denk dat we overlappen in de behandeling van medisch trauma: de patiënt is lichamelijk vaak chronisch ziek en dat heeft een psychische disbalans veroorzaakt. Of de patiënt heeft op basis van ingrijpende medische behandelingen een PTSS ontwikkeld."

"En juist ouderen hebben vanwege hun leeftijd veel meer ziekenhuiservaring.", vult Lucinda aan. "Zij blijken vaak PTSS te hebben als gevolg van dergelijke ervaringen."

*"Ik probeer om de patiënt steeds weer in het hier en nu te brengen door hardop te benoemen dat hij nu veilig is, dat het lang geleden is en dat het nu goed is."*



Merlijn: "Ik verwacht dat er ook voor zieke ouderen een duidelijk medisch zorgaanbod is, maar dat medisch specialisten vaak nog niet op de gedachte komen dat de problematiek van deze ouderen veroorzaakt wordt, of in stand gehouden kan worden door psychotrauma."

Lucinda beaamt dit: "In verpleeghuizen is de zorg vooral op de medische aspecten gericht. Wanneer ouderen gedragsproblemen krijgen, wordt als eerste gedacht aan medicatie in plaats van aan psycho-sociale interventies. Ook bij angstklachten en PTSS wordt eerst gedacht aan een medicamenteuze oplossing die voor ouderen vaak allerlei bijwerkingen heeft. Gelukkig is dit wel aan het veranderen, want we kunnen altijd eerst kijken waar die angsten vandaan komen en of er een opening is om daar iets mee te doen. We moeten een behandelend team daarin helpen."

Merlijn kent daar uit eigen ervaring ook genoeg voorbeelden van: "Onze volgende SIG-bijeenkomst gaat over astma. Tegenwoordig luister ik bij multidisciplinaire overleggen mee of ik als psycholoog nog iets kan betekenen. Laatst vroeg een arts zich af hoe het kan dat een kindje

na het eerste levensjaar ineens nog zo benauwd werd. Het kindje had een intubatie gehad op de IC toen het negen maanden oud was. Dan denk ik dat het trauma zichtbaar wordt in die fysieke reactie. En als een EMDR-behandeling dan lukt, worden medici gevoeliger voor de psychologische behandelmogelijkheden."

Lucinda: "Wij zien dat bijvoorbeeld ook bij de gevolgen van een CVA. Uit literatuur blijkt dat maar liefst een op de vier patiënten PTSS-klachten hieraan overhoudt. Dat is erg vaak, maar er wordt zelden aan gedacht. Een beroerte geeft heel plotseling een enorme knik in iemands functioneren. Je moet er oog voor hebben dat je daar iets mee kan doen. Hier valt nog veel terrein te winnen."

*"Het scherpstellen moet de trein op de berg zetten. Als we koste wat het kost een plaatje moeten vinden, dan zakt die trein weer van de berg."*

#### Weerstand

Merlijn vertelt dat de somatoforme stoornissen in de SIG-Somatiek een groot en belangrijk aandachtsgebied vormen. Kenmerkend voor deze patiëntengroep is dat ze moeite hebben een link te leggen tussen hun medische en hun psychologische toestand. "Bijvoorbeeld de patiënten met chronische hoofdpijn, die soms op hun zeventiende al niet meer naar school gaan en in donkere kamers liggen. Het invalideert hun hele leven. We hopen samen met het gezinssysteem voor elkaar te krijgen dat ze zonder gezichtsverlies een andere visie op zichzelf krijgen. We werken dan ook wel met het gevolgenmodel waarin we *flashforwards* inzetten als patiënten catastroferen en voorspellen dat een gezond leven niet haalbaar is. Werken met een patiënt met somatoforme klachten is overigens anders dan werken met een GGZ-patiënt die al weet dat er iets psychisch aan de hand is."

Lucinda herkent dat: "Alle ouderen, ook de vitale, zijn toch van de generatie 'niet klagen maar dragen'. Het is moeilijk om ze te motiveren. Ze zijn bang voor wat er tijdens een psychologische behandeling naar boven komt."

Merlijn: "Bij kinderen en jonge mensen kijken wij altijd naar de groei. We willen de ontwikkeling weer in de pas krijgen. Maar bij ▶



ouderen moet je misschien inschatten in hoeverre je nog op veranderingsgerichte therapie kan inzetten. Is het een onderdeel van jouw vak om mee te wegen of je iets nog wel gaat aanpakken met EMDR?

Lucinda blijft even stil en weegt dan haar woorden: "Ik denk eerder dat ouderen psychologisch onderbehandeld worden. Ik ben niet terughoudend vanwege een hoge leeftijd of een slechte prognose. Ik heb mensen van in de negentig behandeld die forse klachten hadden, maar wel openstonden voor behandeling. Bij dementie zie ik vaak dat, juist vanwege de kwetsbaarheid van het brein, al die pijnlijke herinneringen naar boven komen, wat kan uitmonden in enorme angsten en gedragsproblemen. Zo'n behandeling is ingewikkeld, maar zelfs bij dementie is EMDR met de nodige aanpassingen wel mogelijk."

### Creatieve oplossingen

Lucinda en Merlijn zien dat in beide SIG's voortdurend wordt nagedacht over creatieve manieren om patiënten te kunnen helpen met wat er aan expertise in huis is. Lucinda legt uit dat EMDR bij dementie vraagt om een enorme vereenvoudiging van het protocol. Vaststelling van een SUD of VoC laat ze vaak achterwege. "Ik behandelde bijvoorbeeld een man met dementie. Hij had een kind verloren, had oorlogservaringen, verloor een eerste been vanwege diabetes en vanwege diezelfde ziekte moest nu ook het tweede been worden afgezet. Hij had enorme woedeaanvallen die hij niet kon reguleren. Tijdens herbelevingen werd hij dreigend naar verzorgenden. Ook tijdens de behandeling riep hij vaak: 'Rot op, ga weg!'. Hij werd tijdens de behandeling ook boos op mij: 'Jij haalt al die nare dingen naar boven'. Ik bleef hem motiveren om door te gaan, terwijl ik hem niet meer kon uitleggen dat hij er doorheen moest en dat het daardoor minder naar zou worden. Het heeft bij deze man absoluut geholpen. Hij heeft daarna geen woede-uitbarstingen meer gehad. Het is belangrijk om dan vaker kortere sessies te doen. Ik probeer de patiënt steeds weer in het hier en nu te brengen door hardop te benoemen dat hij nu veilig is, dat het lang geleden is en dat het nu goed is."

Merlijn: "Dat lijkt op het creatieve proces dat we bij het behandelen van kinderen met EMDR ook zien. Zo kan het gebeuren dat je al kloppend door de kamer achter ze aan gaat. Wij moeten, als aanpassing bij somatische trauma's, het werken met visuele targets vaak loslaten. Bij PTSS na een bevalling bijvoorbeeld kun je patiënten wel 'duwen' naar een visuele target, maar eigenlijk is het nare aspect aan het target de somatische sensatie zelf: 'Ik viel weg' of: 'Ik voel nog die hand van binnen'. Het scherpstellen

moet de trein op de berg zetten en als we koste wat het kost een plaatje moeten vinden, dan zakt die trein weer van de berg. De onverwerkte onmacht is er op het niveau van de lichamelijke sensatie."

### Domeinen

"Ik hoor vaak van collega's die in ziekenhuizen werken dat zij geen EMDR doen zolang patiënten nog in het ziekenhuis opgenomen zijn. Is dat ook jouw ervaring?", vraagt Lucinda.

"Het is een reserve die we inderdaad hebben", antwoordt Merlijn. "Een patiënt is in het ziekenhuis niet in zijn natuurlijke omgeving en opnames worden steeds korter. Thuis kunnen patiënten het beste helen. Maar deze afwegingen moeten we per patiënt maken. Vorig jaar werd een jongetje binnengebracht die zwaar was toegetakeld door twee Rottweilers. Hij was er vreselijk aan toe. Ik adviseerde zelf aan de kinderarts om hem eerst een weekje veilig naar huis te laten gaan. Maar diezelfde middag ben ik toch al aan de gang gegaan met hem, want de herbelevingen aan de geluiden van de blaffende honden waren zo sterk bij hem aanwezig, dat het bijna niet ethisch was om met EMDR te wachten. Dat was heel goed om te doen."

Merlijn concludeert dat EMDR-behandelingen in het ziekenhuis voor het merendeel het controledomein betreffen en vraagt zich af of dat in het werkveld van Lucinda ook zo is.

Lucinda: "Bij ouderen is het vaak ook zelfverwijt. Ik herinner me een patiënte die op elfjarige leeftijd werd verkracht. Toen ze bij mij in behandeling kwam, droeg ze het idee dat het haar schuld was al meer dan zeventig jaar bij zich. Dat zien we bij ouderen vaker."

Merlijn: "De belangrijkste overeenkomst tussen onze SIG's is misschien wel dat het vooral gaat over het controleverlies over het lichaam: 'Ze gaan er iets mee doen, of je kan er iets niet meer mee'. Onze patiënten zijn overgeleverd. Ik herinner me een titel van een artikel van Ad de Jongh: 'Het gaat niet om de pijn, maar om het overgeleverd zijn'."

Lucinda: "Ja, dat is absoluut de overlap." ■

*Lucinda Meihuizen is GZ-psycholoog en EMDR-practitioner. Ze werkt in de verpleeghuiszorg bij Zorgpartners Midden-Holland en in een vrijevestigde psychologenpraktijk.*

*Merlijn van Eijk werkt als klinisch psycholoog-psychotherapeut bij Meander Medisch Centrum en is vrijevestigd in een eigen praktijk. Zij is EMDR-practitioner en -supervisor.*