



Uit de Praktijk

nummer 1, 2022

IN DEZE UITGAVE:

EMDR: zin en onzin | Gescherpt geloof | De Column van MAX
Het niet-pluis gevoel (NPG) in Psychotherapie

REDACTIONEEL



Ruim twee jaar geleden had ik mij voorgenomen (en aangekondigd) om regelmatig te gaan schrijven over onderwerpen die je in de alledaagse praktijk van de psychotherapie tegenkomt. Niet met de pretentie zuivere 'wetenschap' te bedrijven. Wel met de overtuiging dat de alledaagse praktijk net zulke belangrijke inzichten oplevert als wetenschappelijk onderzoek. Onderzoek dat meestal plaatsvindt in een context die vaak nauwelijks gelijkenissen vertoont met onze alledaagse praktijk.

Waar ik bijzonder verheugd over ben, is dat verschillende van mijn cliënten hebben ingestemd met het mogen delen van gedichten, columns e.d. die ontstonden in de loop van of in het kader van onze contacten. Hun bijdragen zijn anoniem tenzij zij uitdrukkelijk hebben aangegeven dat (een deel van hun naam) mag worden gebruikt. Vandaar de "Column van Max" (roepnaam van Maxime).

Ik zou het ook op prijs stellen als collega's hun gedachten, gedichten, tekeningen etc. zouden willen delen. Of die van hun cliënten uiteraard. Voel u vrij om in te zenden. Er zijn vast veel meer mensen bij wie de vingers wel eens jeuken of waar al materiaal op de plank ligt!

Tegelijkertijd moet ik wel eerlijk zijn. U heeft geen zeggenschap over het wel of niet plaatsen ervan. De redactie, c'est moi! Althans, op dit moment. Want een mederedacteur die meeleest en corrigeert, of tekeningen bij artikelen wil maken, is welkom. Liefdewerk oud papier, dat helaas wel.

Tenslotte, wat kunt u in komende nummers verwachten?

- Anorexia, anders bekeken
- Spiritualiteit, religie en Psychotherapie (dat wordt een serie met verschillende onderwerpen)
- Racisme, etniciteit en interculturele psychotherapie
- Het belang van dromen voor de niet-analyticus
- Objectiviteit en subjectiviteit
- Evidence based en andere kwaliteitsonzin
- etc

Het staat u vrij om de artikelen uit dit nummer, met bronvermelding, over te nemen en te verspreiden.

Ik zal maar geen beloften doen over wanneer het volgende nummer verschijnt, maar nu dit schaap over de dam is...

Tansingh Partiman, april 2022

Colofon.

Redactie: Tansingh Partiman
Design: House of Visual Design
E: redactie@partiman.nl
M: 06 – 512 62 966
ISSN: 2773-2452

Auteursrecht

Uit de Praktijk is een uitgave van Psychotherapie Partiman.

Er is sprake van auteursrecht op de teksten en afbeeldingen. Deze zijn en blijven eigendom van de respectievelijke auteurs, maar mogen met bronvermelding worden openbaargemaakt of vermenigvuldigd. Citeren met bronvermelding is toegestaan binnen de grenzen van het Nederlandse citaatrecht.



EMDR: ZIN EN ONZIN

Dat Francine Shapiro, de grondlegger van EMDR een ordinaire fraudeur is, is al eens uitvoerig in 2004 beschreven door Rob Nanninga in Skepter¹. En over de beginjaren van EMDR zegt hoogleraar M. van den Hout in 2012 het volgende: “EMDR maakte in die beginjaren een pseudowetenschappelijke indruk: de procedure met die oogbewegingsprocedure was mal, de klinische claims waren buitenproportioneel en de aanhangers van de theorie gedroegen zich meer als gelovigen dan als kritische wetenschappers. De theorie zelf hield het midden tussen, laten we zeggen, psychobabble en cryptoneurologie. Zo zou EMDR, aldus Shapiro werken door het ‘katalyseren van een herbalancering van het zenuwstelsel’ en dat zou dan weer resulteren in een heilzaam geachte ‘verplaatsing van informatie die disfunctioneel zit opgesloten in het zenuwstelsel’²”

Tenslotte concludeert hoogleraar W. van den Does in hetzelfde nummer van Skepter³: *“Dat brengt me bij mijn belangrijkste bezwaar tegen EMDR: dat het niet gepresenteerd is als een variant op een gedragstherapeutische techniek, maar als een therapeutische stroming, compleet met verenigingen, congressen, tijdschriften, opleidings- en accreditatieprogramma’s.”*

Maar ongeacht alle terechte kritiek, het werkt wel en dus moeten we Shapiro zeer dankbaar zijn. Exposure gecombineerd met sterke niet-aversieve competitieve stimuli als tegenhanger van traumatiserende ervaringen (invaliderende stimuli) blijkt effectief te zijn. Net als andere exposure varianten overigens. Verder zou ik erop willen wijzen dat Shapiro in haar originele artikel duidelijk maakt dat EMDR slechts een deeltechniek is om de invaliderende ‘anxiety’ te reduceren en geen volledige behandelmethode: *“In addition, it must be emphasized that the EMD procedure, as presented here, serves to desensitize the anxiety related to traumatic memories, not to eliminate all PTSD-related symptomatology and complications, nor to provide coping strategies for the victims.”*⁴

Zelf ga ik bij de exposure behandeling met de cliënt op zoek naar een sterke, positieve stimulus als tegengewicht voor de traumatische herinnering. Dat kan muziek zijn, een YouTube video, een bepaalde inspirerende gebeurtenis in hun leven, waar je dan uitvoerig op ingaat en sterk de nadruk legt op de positieve gevoelens die dat oproept. Vervolgens herhaal je dat proces enkele malen totdat je merkt dat de cliënt het niet meer opneemt. In mijn ervaring is 3 tot 6 keer voldoende bij de eerste sessie.

Uiteraard moet je de cliënt vertellen dat hij/zij nog een paar dagen last kan hebben van de (meestal alleen de eerste) sessie: hoofdpijn, slecht slapen e.d. kunnen voorkomen en horen bij het helingsproces. Vervelend natuurlijk, maar niet iets om ongerust over te worden. Het totale aantal sessies dat je nodig hebt varieert tussen de twee en zeven. Voor deze procedure heb je geen dure cursus of accreditatie nodig, wel een degelijke (gedrags)therapeutische basisopleiding en een beetje creativiteit.

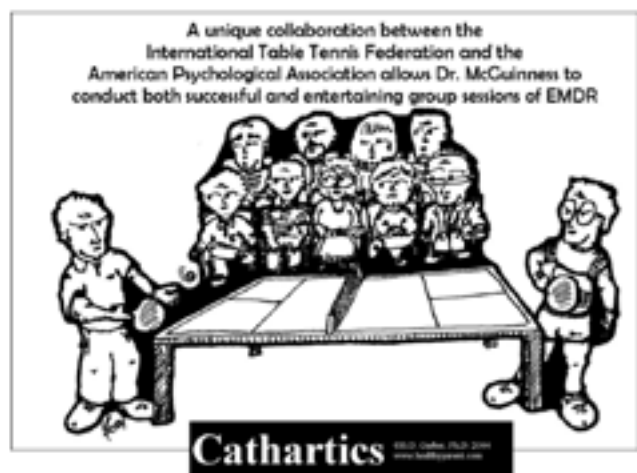
¹Binnen de Amerikaanse context is een dergelijk circus, wat je overigens precies zo ziet bij stromingen als Schema Therapie, best begrijpelijk. Het geven van cursussen en accreditaties levert gewoon inkomsten op. Als studenten dit soort zaken gewoon leren tijdens hun reguliere opleiding (wat heel goed kan, want de theorie en techniek zijn zeer eenvoudig uit te leggen in de meest elementaire stimulus-respons schema's) dan verdien je niets aan een verbetering of aanvulling op bestaande technieken. Het is ook niet nodig dat de EMDR-club integreert in de Vereniging voor Gedragstherapie zoals Van Den Does suggereert. Als je exposure-behandeling conform het devies van Van Minnen in verschillende varianten gewoon in de basisopleiding integreert wordt deze club vanzelf overbodig in de loop der jaren.

De complexiteit van het aanleren van exposure vaardigheden

In dit kader is de oratie van prof. dr. Agnes van Minnen bij de aanvaarding van de leerstoel voor Angstregulatie een eye-opener⁵. Van Minnen zegt het volgende over de complexiteit van het aanleren van exposure vaardigheden: *“Op grond van de effectiviteit zou de meest logische verwachting zijn dat elke therapeut die een ptss-patiënt gaat behandelen exposure toepast. Niets is helaas minder waar. In de dagelijkse klinische praktijk wordt exposure vaak niet toegepast. Aan Amerikaanse therapeuten (Becker, Zayfert en Anderson, 2004) werd gevraagd welke behandeltechnieken ze toepasten. Maar liefst 83% van de therapeuten paste geen imaginaire exposure toe bij de behandeling van hun ptss-patiënten.*

*Eén van de redenen die ze hiervoor noemden was dat ze onvoldoende in deze behandelmethode getraind waren. Blijkbaar denken veel therapeuten dat voor het toepassen van exposurebehandeling een uitgebreide scholing of training nodig is. In werkelijkheid valt het wel mee met die moeilijkheidsgraad. **Ter illustratie:** na 9/11 was er een gebrek aan therapeuten die al die getraumatiseerde mensen konden opvangen en zo nodig konden behandelen. Noodgedwongen heeft men toen snel een aantal psychologiestudenten, zonder ervaring met het geven van therapie, getraind in de behandelmethode met exposure. De training duurde slechts een halve dag, met daarna nog enkele supervisie-bijeenkomsten. Het bleek dat de behandelresultaten van deze onervaren therapeuten net zo goed waren als die van ervaren traumatherapeuten (Levitt, Malta, Martin, Davis, & Cloitre, 2007). Ook uit andere studies blijkt dat na een relatief korte training exposure succesvol kan worden toegepast in de dagelijkse klinische praktijk (zie bijvoorbeeld Cahill, Foa, Hembree, Marshall, & Nacash, 2006). Concluderend: het aanleren van de techniek van exposure is niet moeilijk en een uitgebreide training is niet nodig.”*

En voor de volledigheid, de naam EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, de R is overigens een latere toevoeging uit 1991) is hoogst misleidend en aantoonbaar onjuist. Er is geen enkel bewijs dat de effectiviteit van de uitgevoerde behandeling, die feitelijk bestaat uit exposure gevolgd door een sterke competitieve stimulus die geen negatieve arousal veroorzaakt, afhankelijk is van oogbewegingen. Uit onderzoek blijkt dat meerdere competitieve stimuli effectief kunnen zijn. Wat dan wel de effecten verklaart, blijft een kwestie van spelen met niet bewijsbare processen in het zogenaamde werkgeheugen. Maar ja, je moet wat”.



“Sommige psychologen hebben de neiging om (neuro-)biologische verklaringen te zoeken voor gedragsveranderingen. Dat leidt altijd tot onzin, non-verklaringen of simplismen waar je niets aan hebt. Zoals Van den Hout het formuleert: psychobabble en cryptoneurologie. Neem het verschijnsel REM-slaap; Uit onderzoek waaraan ik ook zelf mocht bijdragen, blijkt dat dit de slaaperiode is waarin ook op primitief dierlijk niveau kennelijk heftige acties plaatsvinden die duiden op ‘belevingen/dromen’ zoals bij mensen (zie Corner M.A., Partiman T, Mirmiram M & Bour HL. Effects of pontine lesions on brainstem polyneural activity during sleep in infant rats. Experimental Neurology 83, 489-493, 1984). De kennis van de neuronale mechanismen van REM-slaap zegt ons echter helemaal niets over de ‘betekenis’ van dromen bij mensen. Betekenisgeving, en dat is een cruciaal proces in het menselijk leven, heeft te maken met de werking van het bewustzijn en menselijke leerprocessen. En dat is een ander soort kennis- en verklaringsniveau dan dat van de neurobiologie (ik kom daar in een later artikel op terug).

Competitive Stimulus Desensitisation (CDS) zou een correcter naam zijn voor wat nu nog EMDR wordt genoemd.

Je behandelt immers een sterke invaliderende stimulus (traumatische herinneringen/angsten) door exposure gevolgd door een sterke niet-aversieve, positieve stimulus. In die zin is EMDR dus simpelweg een variatie op klassieke flooding met dien verstande dat je de ontspanningsoefening (die erg lastig is na flooding) vervangt door een werkzamer en gemakkelijker toe te dienen stimulus. En wilt u toch een R in de naam dan voegen we ook weer Reprocessing toe: Competitive Stimulus Desensitisation and Reprocessing (CDSR).

Tenslotte zij opgemerkt dat er inmiddels een veelheid aan varianten op “EMDR” is ontstaan. En dan kan ik u deze toch niet onthouden: “*Multi-modular Motion-assisted Memory Desensitization and Reconsolidation (3MDR)*”. Pardon?

3MDR is een vorm van psychotherapie welke is gebaseerd op een combinatie van virtual reality exposure en bewegingsafhankelijk leren, ingebed in een ‘dual task processing’ omgeving zoals ook gebruikt wordt bij EMDR: onder blootstelling aan zelf gekozen trauma-gerelateerde beelden worden enkele afleidende taken uitgevoerd. 3MDR verschilt met EMDR in dat er visuele, auditieve en fysieke elementen aan de behandeling worden toegevoegd. Zo wordt het imaginaire beeld vervangen door een visueel beeld (levensgrote foto’s worden in een 180 graden gezichtsveld getoond) en er wordt gerelateerde muziek toegevoegd. Ook loopt de patiënt gedurende de sessie op een loopband, en legt in een sessie ongeveer 2,5 km wandelend af. 3MDR is ontwikkeld door het Ministerie van Defensie bij het Militair Revalidatie Centrum in Doorn. De eerste resultaten van onderzoek naar 3MDR bij veteranen met PTSS aldaar zijn veelbelovend (maar niet eenduidig te interpreteren)⁶.

Tsja, waar een fraudeur al niet goed voor is.

Tansingh Partiman

Wilt u het originele artikel van Shapiro of de genoemde artikelen lezen? Met googelen komt u een heel eind! Maar u mag ook contact opnemen met de auteur: redactie@partiman.nl

BRONNEN:

¹Nanninga, Rob, Een doorn in het oog, Het omstreden succes van EMDR, Skepter 17.1 (2004)

¹Van den Hout, Marcel, Hoe de scepsis uit het lab verdween, Skepter 33.1. (2012).

³Van der Does, Willem, De scepsis niet voorbij; EMDR: een omweg tussen twee modellen van exposure-behandeling. En een merknaam die niet thuishoort in professionele richtlijnen, Skepter 33.1 (2012).

⁴Shapiro F, Efficacy of the Eye Movement Desensitization Procedure in the Treatment of Traumatic Memories *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 2, No. 2, 1989

⁵Van Minnen, A, Wie durft? Tien misverstanden over exposure bij de behandeling van PTSS-patiënten Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Angstregulatie en de behandeling van angststoornissen aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen op vrijdag 6 juni 2008.

⁶ Randomized controlled trial of multi-modular motion-assisted memory desensitization and reconsolidation (3MDR) for male military veterans with treatment-resistant post-traumatic stress disorder J I Bisson , R van Deursen , B Hannigan , N Kitchiner , K Barawi , K Jones , T Pickles , J Skipper , C Young , L R Abbott , M van Gelderen , M J Nijdam , E Vermetten , *Acta Psychiatr Scand* , 2020 Aug;142(2):141-151

GESCHERPT GELOOF

De bomen
waardoor je het bos niet ziet
zijn donker
Achter een elk schuilt gevaar en
de uitgang die je zoekt
loopt dood of
is simpelweg niet daar

De bomen
waardoor je het bos niet ziet
zijn paniek
En een ieder is een heus genie
kan het veel beter dan
jij kan in
je zelfverkleerde profetie

Een spiegel
waarin je jezelf niet ziet
onherkenbaar
Vlak en bleek, ook
voor de ander die je
zo na staat
niets is wat het leek

Je geloof
waaraan jarenlang gescherpt is
een obstakel
Pas te slopen als
je vastloopt
en met hulp
de ogen opent

De bomen
waardoor je het bos weer ziet zijn
vol en verfrist
Net als jezelf na
de reis die
je maakte,
maar toch hebt gemist

Handicapmoeheid

Er werd mij gevraagd een stukje te schrijven over wat ik noem “handicap moeheid” en dat is best een dingetje voor mij. Natuurlijk is het mogelijk om te beschrijven dat het niet makkelijk is om een handicap te hebben, maar dat is een open deur. Daarnaast dekt het maar een deel van de lading, want dit soort vermoeidheid bedoel ik meestal niet als ik het heb over “handicap moeheid”.

En nu komt het: Ik moet mezelf verbeteren en het over “gehandicapten vermoeidheid” hebben, want dat is het. Het is namelijk zo dat ik mezelf regelmatig betrap op het feit dat ik al die gehandicapten in mijn omgeving zat ben. En ja dit klinkt vreselijk in mijn hoofd, op papier en om hardop te zeggen.

Helaas kan ik er niks anders van maken of het enigszins verzachten, ook al vind ik het beschamend en realiseer ik me terdege dat ik op deze manier net zo hard meedoe aan het mensen in hokjes plaatsen en etiketten opplakken. Ik ben al (of heb al een handicap, maar aan deze benadering werk ik nog) gehandicapt vanaf mijn geboorte en in mijn geval zag mijn leven er dus ongeveer als volgt uit: Ik ging naar een dagopvang/crèche met andere gehandicapte kinderen, ik ging naar het speciaal basis en voorgezet onderwijs (met soortgenoten dus) en vond daarna administratief werk in een winkel voor mensen met allerlei soorten handicaps veroorzaakt door allerlei ellende. Ik ging in op mezelf wonen in een woonvorm met allerlei gehandicapte mensen en als ik alleen, oftewel zonder hulp van familie of met familie op vakantie ging, dan ging ik op vakantie met een reisorganisatie die reizen organiseerde voor mensen met een handicap. Je ziet het: Handicaps te over en daar begint het al. Al jaren verandert het woord waarmee je mensen waaraan iets mankeert mag aanduiden, continu. Handicap is uit den boze, het moet beperking of zelfs uitdaging genoemd worden. Nu mag je het best oneens zijn met mijn uitspraak of zelfs moeite hebben met dit stuk, maar ‘Hallo mensen!’ Beperking klinkt veel negatiever en ja dat het een uitdaging is om met een handicap te leven is een understatement of laat ik zeggen: ‘Leven met of zonder handicap is een uitdaging’ en met welke mensen voer ik deze gesprekken? Juist!

Wat ik ook hoor: *“Ik ging naar de film van het weekend en de kassa van de bioscoop was veel hoger dan ikzelf in mijn rolstoel. Daardoor voelde ik me een tweederangsburger”.*

Als ik zoiets hoor moet ik op mijn tong bijten. Want ja, handig is niet, maar vraag dan gewoon om hulp! En vervolg je avondje uit plezierig. Waar maakt een mens zich druk om? Je kan tenminste naar de bioscoop, tot een paar jaar geleden was dat in mijn stad niet eens mogelijk! Begrijp me niet verkeerd: Je mag best klagen als iets niet goed geregeld is, maar stel je prioriteiten en trek je niet alles zo persoonlijk aan. Vaak is er gewoon niet goed nagedacht over iets en is het geen bewuste actie om ‘gehandicapten’ te benadelen. Ikzelf ben opgevoed met ‘Je moet voor jezelf opkomen in de wereld, maar je bent niet alleen op de wereld’.

Ik probeer dat iedere dag voor mezelf te vertalen in: Ik heb een handicap en dat is vreselijk, maar kijk ook naar een ander. Of dat een goede instelling is: Ik weet het niet, maar ik ben al zo vaak gehandicapte mensen tegengekomen die het zo vanzelfsprekend vonden overal meegeholpen te worden dat ze het niet nodig vonden om iemand te bedanken voor de hulp. Naast het feit dat ik bedanken voor geboden hulp een normale omgangsvorm vindt, laat je mensen ook daarmee zien dat je ziet wat mensen voor je doen.

Het is niet mijn bedoeling om mensen te kwetsen of te zeggen dat gehandicapte mensen allemaal egoïsten zijn. Mijn bedoeling is te zeggen: Of je nu een handicap of hoe je het dan ook wilt noemen hebt, of helemaal niks mankeert, bedenk: Het leven is voor iedereen een uitdaging, voor jou niet alleen. Dat werkt volgens mij een stuk minder beperkend!



Het pluis, *niet-pluis* gevoel (PNPG) in de psychotherapie.

Het pluis/niet-pluis gevoel (PNPG) is in de medische sector een uiterst belangrijk 'diagnostisch' instrument. Huisartsen, fysiotherapeuten en verpleegkundigen schrijven er met enige regelmaat over. Huisarts Stolper die op dit onderwerp is gepromoveerd, heeft zelfs een 'meetinstrument' voor huisartsen ontwikkeld¹ en Tuchtcolleges beschouwen het niet-pluisgevoel als onderdeel van de professionele standaard: een niet-pluisgevoel moet altijd leiden tot diagnostische vervolgstappen².

Verder is er eensgezindheid dat de PNPG bekwaamheid aan te leren is (in de huisartsenopleiding wordt er expliciet aandacht aan besteed) en zich ontwikkelt door een combinatie van deskundigheid, ervaring en intuïtie.

In haar masterthesis 'Dit is niet pluis!' schrijft Wering³ het volgende: *"PNPG is intuïtieve kennis, een niet-analytische denkwijze, die zich onbewust gevormd heeft op basis van context en het particuliere van de patiëntomgeving. Het affect dat erbij hoort, een belangrijk signaal dat serieus genomen moet worden, helpt bij het snel en efficiënt selecteren van relevante informatie (de zogenaamde 'affectieve heuristiek') (Stolper, 2010). Ervaren professionals werken meestal op een niet-analytische, automatische manier. In complexe situaties maken ze gebruik van de analytische denkwijze om de klachten of symptomen te koppelen aan diagnoses (Stolper, 2010). Het bedreven zijn in het integreren van veel soorten informatie zorgt ervoor dat het een heen en weer gaande beweging is tussen de beide denkwijzes. Intuïtie is de kern van PNPG en maakt onderdeel uit van zogeheten 'taciete kennis'"*

In ons vak, de psychotherapie, is intuïtie sowieso een

belangrijk instrument. Iedere sessie is een doorlopend schakelen tussen het rationele toepassen van behandelmethoden, het luisteren naar wat de cliënt NIET zegt/ziet, het interpreteren van non-verbale signalen van de cliënt en het analyseren van gevoelens/gedachten en intuïties die dit alles bij jezelf oproept.

Bovendien, cliënten lijken meer niet dan wel op elkaar. Iedereen is uniek en niet in het procrustusbed te zagen dat verzekeraars en kwaliteitswaakhonden in de vorm van protocollen en evidence-based standaarden zo graag van stal halen omdat we daarmee een hogere 'kwaliteit' van behandelen zouden krijgen.



Maar terug naar PNPg's, hoe zit het daarmee in ons vak, de psychotherapie? In ons vak waarin intuïtie van eminent belang is, zouden we dat ook doorlopend moeten tegenkomen toch?

Hier wil ik in ieder geval aandacht vragen voor de fysiologische en medische aspecten die ons kunnen ontgaan omdat we geneigd zijn te focussen op het geestelijke domein. Want lichaam en geest zijn twee kanten van dezelfde medaille, we zijn een compleet mens en geen 'geest' bij de psychotherapeut en 'lichaam' bij de huisarts of medisch specialist.

Casus 1: Spanningspijn en galstenen

Patiënte is een jonge vrouw met een belast verleden met veel fysiek en psychisch geweld in het gezin wat al vele jaren leidt tot een scala aan psychologische klachten en een constant gevoel van onveiligheid en spanning in de buikstreek. Ik vroeg regelmatig, onder meer om na te gaan wat het effect van de therapie was, naar de spanningsklachten. Op een gegeven moment meldde zij dat de spanningspijn in de buikstreek erger leek te zijn. Bij doorvragen vertelde zij dat het vaak heel pijnlijk was. Maar zij was zo gewend aan klachten in de buik dat ze dat niet als abnormaal beschouwde. Het hoorde er voor haar bij, zo probeerde zij mij gerust te stellen. Maar ik was niet helemaal gerust omdat zij het over fysieke pijn had.

Ik vroeg haar om voor alle zekerheid zo snel mogelijk een afspraak te maken bij haar huisarts en te vragen om nader onderzoek omdat ik de verandering van spanning naar pijn niet helemaal vertrouwde. Gelukkig nam de huisarts dit voortvarend op en wat bleek: pijn vanwege galstenen.

Aan de ene kant 'positief', ware het niet dat zij nog enkele maanden moest wachten alvorens zij geopereerd kon worden. Als ik haar klachten alleen maar had 'gepsychologiseerd' had ik iets essentieels gemist! En sowieso altijd waakzaam zijn bij langer durende pijn- en spanningsklachten!

Casus 2: NAH (Niet-Aangeboren-Hersenletsel)

Deze casus betreft een oudere vrouw met een lange geschiedenis van psychologische klachten en problemen op het werk sinds zij een jaar of 13 geleden een CVA kreeg. Zij is in de afgelopen jaren vanwege (stress-) klachten eerder psychologisch behandeld. In de loop van de afgelopen jaren ontstonden steeds vaker conflicten met collega's op het werk (Kinderopvang), is daar ook ziekgemeld, maar ook in de thuissituatie loopt het niet lekker. Reden voor de huisarts om haar nogmaals te verwijzen voor psychotherapie.

Zij vindt de hele wereld vreemd geworden en heeft het gevoel tegen alles en iedereen te moeten vechten. Zij

begrijpt hun niet en zij op haar beurt voelt zich niet begrepen. Er spelen allerlei conflicten op het werk. Zij merkt dat de stress van het werken met kinderen steeds groter wordt. Zij is doodop na een werkdag. De laatste conflicten zijn over het volgen van een cursus. Zij merkt dat een lange cursusdag niet kan volgen, de draad kwijtraakt en haar werkgever verwijt haar een gebrek aan inzet en interesse om de juiste bekwaamheden op peil te houden.

Tijdens de gesprekken met haar, merk ik al snel daar haar aandachtsspanne kort is en dat zij moeite heeft om de lijn van het gesprek vast te houden. Als ik terugkom op iets wat kort daarvoor is gezegd, weet ze soms niet dat we het daarover hebben gehad. In de volgende gesprekken blijkt er ook thuis allerlei functionele uitval te zijn: zo heeft zij de laatste jaren briefjes nodig voor de bediening van bepaalde keukenapparaten en weet zij niet zo goed meer hoe haar digitale fototoestel werkt, terwijl zij jarenlang een fanatieke amateurfotografe was die er moeiteloos mee kon werken. Met haar partner heeft zij vaak ruzie, onder meer omdat hij zich eraan ergert dat zij hem niet kan volgen (wat hij ziet als onwil) als hij bijvoorbeeld dieper ingaat op thema's uit het televisiejournaal.

Daarnaast is er een ernstig trauma, met doorlopend opvlammende boosheid en verbittering als zij terugdenkt aan en praat over de manier waarop zij bij de werkgever ontslagen is waar zij na haar CVA moest re-integreren. Maar zij geeft aan zelf ook geen gemakkelijk persoon te zijn en snel in de boosheid te schieten op het werk en thuis.

Het is mij na een paar gesprekken duidelijk dat dit geen "gewone" complexe psychologische problematiek is. Ik wil het fijne weten over de "(onzichtbare) restverschijnselen bij CVA waar ik ooit wel iets over gelezen heb en ga het googelen. Tot mijn verbazing kan ik een groot aantal verschijnselen zo afstrepen:

- Vermoeidheid (verminderde belastbaarheid)
- Geheugenproblemen
- Concentratieproblemen
- Oriëntatieproblemen
- Moeite met het oplossen van problemen
- Verminderd leervermogen
- Verminderde mentale flexibiliteit
- Snel boos, emotioneel labiel
- Verminderd vermogen tot het beoordelen van situaties

Overleg met de huisarts leert dat zij wel in een academisch ziekenhuis neuropsychologisch onderzoek heeft gehad, maar dat daar toen geen bijzonderheden uit kwamen. Merkwaardig natuurlijk, maar het is niet ondenkbaar dat er in de tussentijd zogenaamde stille beroertes zijn opgetreden.

Hoe dan ook zet ik een aantal zaken in gang:

- 1 Ik ga op thuisbezoek om uitgebreid met de partner te kunnen spreken en voorlichting te geven over restverschijnselen van CVA en van hem te horen hoe hij haar gedrag van de laatste jaren ervaart.
- 2 Haar volwassen kinderen komen naar een groepsessie om door mij geïnformeerd te worden: "Mama is niet 'raar', mama is ziek!"
- 3 De organisatie in haar omgeving die gespecialiseerd is in ambulante begeleiding van mensen met NHA wordt ingeschakeld. Uiteindelijk komt ze terecht bij Hersenz.
- 4 Met haar werkgever ga ik in gesprek om uit te leggen dat zij disfunctioneert omdat er sprake is van CVA restverschijnselen en dat re-integratie geen haalbare optie is, maar we toe moeten naar een versneld IVA traject (volledige arbeidsongeschiktheid). In het belang van beide partijen. Werkgever, arboarts en UWV werken goed mee, zodat zij na enige tijd volledig afgekeurd is en zich (eindelijk) kan concentreren op het functioneren in haar primaire omgeving.
- 5 Daarnaast doen wij een aantal EMDR sessies rond haar woede en verbittering over het ontslagtraject na haar CVA. Dat blijkt niet eenvoudig, omdat ook hier verminderd leervermogen e.d. het proces bemoeilijkt. Maar je roeit met de riemen die je hebt...



Maar er is aan jou niks te zien?



Conclusies:

Uiteraard zijn er ook voorbeelden van het niet-pluis gevoel die meer binnen het domein van de psychologie zelf liggen, maar ik gebruik juist deze voorbeelden opdat wij niet de fout maken uit dat bekende chirurgenv verhaal die op zijn zaalronde vraagt: “waar ligt die blinde darm van gisteren”. We krijgen complete mensen aan tafel. En complete mensen zijn lichaam, geest, ziel (daarover een andere keer meer), maar ook partner, werknemer, hobbyist etc. En door doorlopend, en niet alleen in de diagnostische fase, goed te kijken naar het brede functioneren én aandacht te hebben voor wat in de interactie van onze spreekkamers gebeurt, kunnen we de niet-pluis signalen opvangen en daarnaar handelen.

Als je iets niet kunt plaatsen en raar blijft vinden, ga googelen, consulteer een collega, verwijst voor nader onderzoek naar de huisarts etc. En ook in ons vak geldt dat de PNP bekwaamheid aan te leren is en zich ontwikkelt door een combinatie van deskundigheid, ervaring en intuïtie. Door ervaringen met elkaar te delen krijgt ook in ons vak het werken met het niet-pluis gevoel de professionele plek die het verdient.

Tansingh Partiman

¹ Stolper E. *Gut feelings in general practice*. [Proefschrift]. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 2010. Zie ook website <https://meetinstrumentenzorg.nl>; *Pluis/Niet-Pluis vragenlijst voor huisartsen (PNP vragenlijst) Gut Feelings Questionnaire, September 2018, Review: C.F. Stolper Invoer: M.L. Bokhorst*

² Stolper CF, Legemaate J, Dinant GJ. ‘Niet-pluis’-gevoel tuchtrechtelijk gewogen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A2720.

³ Werink, M.A.C., ‘Dit is niet pluis!’ Een zorgethische studie naar het ‘Pluis-niet pluis’-gevoel bij professionals in de ouder- en kindzorg, Masterthesis, Universiteit voor Humanistiek, 2016

Even voorstellen...

Ik heb nog gestudeerd in de tijd dat je jezelf op kosten van de gemeenschap een veelheid aan kennis en vaardigheden kon eigenmaken: studentassistentschappen, journalist bij de universiteitskrant, communicatietrainer, docent anatomie en fysiologie etc. Na mijn kandidaatsdiploma in de geneeskunde koos ik voor de zogenaamde vrije studierichting geneeskunde. Met als hoofdvakken kinder- en jeugdpsychiatrie en neurobiologie. Daarna volgde ik de post-academische opleiding psychotherapie. Onder meer door mijn actieverleden kwam ik al snel terecht in diverse staf- en lijnfuncties in zorg, onderwijs, jeugdbescherming en welzijn. Daarnaast heb ik een divers verleden in toezichhoudende en bestuurlijke functies. Sinds 2016 ben ik weer actief als zelfstandig en BIG-geregistreerd psychotherapeut en lid van de LVVP. Ik ben geschoold in diverse behandelmethoden waaronder die uit de Integratieve Cognitieve Gedragstherapie, systeemtherapie en mindfulness. In mijn vrije tijd speel ik graag golf en gitaar.

