

# Behandeling van posttraumatische stresssymptomen met EMDR bij een patiënt met afasie

E.P.J. Janssen, L. van Donzel

**Samenvatting** Posttraumatische stressstoornis (PTSS) komt vaak voor bij patiënten met niet-aangeboren hersenletsel. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) is een effectieve behandeling voor posttraumatische stresssymptomen. Wetenschappelijk onderzoek naar de toepasbaarheid en effectiviteit van EMDR bij niet-aangeboren hersenletsel, en meer specifiek bij patiënten met afasie, is echter schaars. Wij behandelden PTSS-symptomen met EMDR bij een patiënt met afasie na niet-aangeboren hersenletsel, waarbij we het EMDR-standaardprotocol aanpasten. De therapie was relatief kort, de partner werd betrokken in de behandeling en de resultaten waren positief. De bevindingen laten de mogelijkheden zien wat betreft EMDR bij patiënten met afasie en zijn bemoedigend voor verder onderzoek naar de toepassing van EMDR bij deze doelgroep.

Posttraumatische stressstoornis (PTSS) komt veel voor na niet-aangeboren hersenletsel (NAH), zoals een cerebrovasculair accident (CVA) of een traumatisch hersenletsel. De prevalentie van PTSS na traumatisch hersenletsel wordt in een meta-analyse geschat op 15,6% en in het eerste jaar na een CVA op 23%.<sup>1,2</sup> PTSS-verschijnselen werden in deze studies gerelateerd aan de gebeurtenis waarbij NAH werd opgelopen of aan stressvolle gebeurtenissen eromheen. PTSS kan daarnaast ook: 1. reeds aanwezig zijn geweest voorafgaand aan het hersenletsel; 2. zich ontwikkelen over een trauma van voor het hersenletsel met eerder subklinische symptomen (PTSS met uitgestelde expressie, bijvoorbeeld getriggerd door opnieuw ervaringen van machteloosheid); 3. ontstaan in de verdere levensloop na hersenletsel over gebeurtenissen die losstaan van het hersenletsel.<sup>3</sup>

*Eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) is een geprotocolleerde behandeling van eerste keuze bij PTSS,<sup>4</sup> gericht op het reduceren van de invloed van traumatische herinneringen.<sup>5</sup> Het EMDR-standaardprotocol bestaat uit 8 fasen: 1. diagnostiek; 2. voorbereiding; 3. scherpstellen; 4. desensitisatie; 5. installatie; 6. body-scan; 7. positief afsluiten; 8. herevaluatie.<sup>6</sup>

In de fase van desensitisatie stelt de behandelaar in samenspraak met patiënt het beeld van de traumatische herinnering vast dat actueel het meest met spanning beladen is. De bijbehorende negatieve cognitie wordt bepaald en de min of meer tegenovergestelde positieve, functionele, cognitie en de actuele geloofwaardigheid

daarvan (*validity of cognition*; VOC) op een schaal van 1-7. Vervolgens vraagt de behandelaar de patiënt naar de emotie bij het beeld met de negatieve cognitie, de emotionele spanning op een *subjective unit of disturbance* (SUD-)schaal (0-10) en de plaats van de bijbehorende lichamelijke sensaties.

Dan vraagt de behandelaar de patiënt zich te concentreren op het beeld, de negatieve cognitie en de bijbehorende lichamelijke sensaties terwijl de behandelaar een of meer stimuli aanbiedt (bijvoorbeeld een horizontaal bewegend licht voor de ogen, onregelmatige auditieve kliks links en rechts, pulsatoren in de handen, handtaps, rekensommen etc.). Na ongeveer een halve minuut vraagt de behandelaar wat er opkomt, waarna desensitisatie wordt herhaald. Op gezette tijden vraagt de behandelaar na hoeveel spanning het beeld oproept. Wanneer de spanning volledig is gedaald (SUD = 0), wordt de positieve cognitie aan het beeld gekoppeld tot de VOC 6 of 7 is.

Over de toepasbaarheid en effectiviteit van EMDR bij mensen met NAH is nog nauwelijks wetenschappelijk onderzoek gepubliceerd.<sup>7</sup> NAH gaat veelal gepaard met cognitieve, communicatieve en emotionele problemen, op basis waarvan men zou kunnen veronderstellen dat de behandeling minder goed toepasbaar is dan in de algemene populatie met PTSS. De richtlijn 'Neuropsychiatrische gevolgen na niet-aangeboren hersenletsel bij volwassenen'<sup>8</sup> geeft aan dat er in de wetenschappelijke literatuur geen bewijs is gevonden

## AUTEURS

**Ellen Janssen**, klinisch neuropsycholoog en promovendus, Hoogspecialistisch Centrum voor Hersenletsel en Neuropsychiatrie Huize Padua, GGZ Oost Brabant; School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University.

**Loes van Donzel**, klinisch psycholoog en promovendus, Hoogspecialistisch Centrum voor Hersenletsel en Neuropsychiatrie Huize Padua, GGZ Oost Brabant; Topklinisch Centrum PersonaCura, GGZ Breburg; Tranzo, Tilburg University.

### Correspondentie

E.P.J. Janssen (ep.janssen@ggzooostbrabant.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-7-2022.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(3):186-189

voor behandeling van PTSS bij volwassenen met traumatisch hersenletsel of CVA. Er is echter evenmin evidentie dat bepaalde interventies niet werkzaam of onveilig zouden zijn, gezien het gebrek aan onderzoek. Daarom wordt aanbevolen de reguliere behandelrichtlijn voor PTSS als leidraad te hanteren.<sup>9</sup>

Een deel van de mensen met NAH heeft afasie, een verworven taalstoornis waarbij het begrijpen en/of produceren van taal is aangedaan. In de praktijk zijn er aanwijzingen dat mensen met afasie onvoldoende psychologische ondersteuning krijgen.<sup>10</sup> Aan de hand van een casus beschrijven we de behandeling met EMDR van PTSS-klachten bij afasie na NAH.

## CASUS

Patiënte A, een 55-jarige vrouw, werd naar de poli van het Hoogspecialistisch Centrum voor Hersenletsel en Neuropsychiatrie van GGZ Oost Brabant verwezen in verband met stemmingsklachten en suïcidale gedachten. Het betrof een heraanmelding; ze was reeds sinds 25 jaar met tussenpozen met stemmingsklachten in zorg. De behandeling bestond voornamelijk uit medicamenteuze behandeling.

Tien jaar voor de verwijzing was ze getroffen door meerdere herseninfarcten, waaronder een groot infarct van de middelste hersenslagaders links, waarna ze ernstige stoornissen hield in het begrijpen en produceren van taal. Ook was er spraakaproxie, dat wil zeggen moeite met het doelbewust uitspreken van klanken, woorden en zinnen door problemen in de aansturing van de betrokken spieren. Enkele woorden kon ze verstaanbaar spreken in haar lokale dialect. Daarnaast gaf zij aanwijzingen aan haar partner door een woord te spreken of te schrijven waardoor hij voor haar kon vertellen wat ze wilde zeggen. Neuropsychologisch testonderzoek werd niet uitgevoerd vanwege de communicatieve problemen. Bij intake bleek dat er ernstige inslaapstoornissen en suïcidale gedachten waren, zonder acute suïcidaliteit of

suïcidale intenties. Patiënte gebruikte temazepam 10 mg zo nodig voor de nacht en sinds enkele jaren paroxetine 30 mg, in eerste instantie met goed effect op de stemmingsklachten.

Uit psychiatrisch onderzoek bleek geen depressieve stoornis, wel waren er beperkingen ten gevolge van hersenletsel, waaronder dwanghuilen en communicatieve misverstanden tussen patiënte en haar partner, wat tot frustratie bij patiënte leidde. Daarnaast werdesignaleerd dat er reeds langere tijd sprake was van herbelevingen bij patiënte over ervaringen in de jeugd. Daarop werd patiënte gezien voor nadere psychologische diagnostiek, waarbij de logopedist werd betrokken om mee te denken over de mogelijkheden daartoe, gezien de beperkingen in taal. De kenmerken van PTSS werden uitgevraagd aan de hand van het *Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren – Licht Verstandelijke Beperking* (DITS-LVB).<sup>11</sup> De versie voor volwassenen werd gebruikt. De eenvoudige taal en korte zinnen van dit instrument pasten beter bij het begripsvermogen van patiënte dan instrumenten voor de algemene populatie. De vragen werden zowel visueel als mondeling aangeboden. Patiënte antwoordde mondeling en/of door aan te wijzen op een JA/NEE-kaart. Omdat ze zelf geen woorden meer kon geven aan de gebeurtenissen uit haar verleden, speelde haar partner een belangrijke rol door zo goed als mogelijk en met aanwijzingen van patiënte te vertellen over wat hij zich herinnerde uit haar verhalen daarover van voor haar CVA's.

Er werd wat betreft de traumatische gebeurtenis niet voldaan aan het A-criterium van PTSS (blootstelling aan feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld) volgens de DSM-5.<sup>12</sup> Er was sprake van herbelevingen van gebeurtenissen van affectieve verwaarlozing en verbaal geweld in de jeugd. Ze had negatieve opvattingen over zichzelf, gerelateerd aan deze recidiverende gebeurtenissen. Ze probeerde gedachten aan de gebeurtenissen te vermijden, zonder succes. Aan de overige PTSS-criteria werd voldaan. Er waren disfunctionele opvattingen en negatieve emoties

die met name betrekking hadden op het zelfbeeld, prikkelbaarheid en slaapproblemen. Voorafgaand aan de behandeling gaf patiënte op een visuele-analoge schaal (0-10) haar mate van zelfvertrouwen een 3.

## Behandeling

Behandeling met EMDR werd in overleg met patiënte en partner geïndiceerd vanwege het relatief beperkte verbale karakter daarvan. Vastgesteld werd dat er herbelevingen waren van vier gebeurtenissen van affectieve verwaarlozing en verbaal geweld.

We brachten aanpassingen aan in het standaardprotocol EMDR,<sup>5,6</sup> die overeenkomsten hadden met de ‘verhalenmethode’ bij preverbaal trauma<sup>13</sup> en met het ‘*blind to therapist*’-protocol.<sup>14</sup> Dit betekende dat patiënte een traumatische gebeurtenis selecteerde voorafgaand aan de sessie, die haar partner op basis van haar aanwijzingen zo goed als mogelijk uitschreef, inclusief details van de situatie en daarmee geassocieerde zintuiglijke ervaringen (voor zover hem bekend van eerder). Hij benoemde aan het einde van het stuk dat ze nu veilig was en dat de betrokkenen haar niets meer konden aandoen.

De tekst werd voorafgaand aan de sessie naar de behandelaar verzonden die eventueel feedback gaf over de formulering. Tijdens de sessie las haar partner het verhaal voor, waarbij de behandelaar patiënte instrueerde het beeld te kiezen dat nu nog het naast voor haar was om naar te kijken. Het exacte target bleef onbekend voor de behandelaar. De behandelaar verhoogde de emotionele lading door foto's van patiënte in de periode van de affectieve verwaarlozing te tonen. De lading werd verder verhoogd doordat haar partner, op patiëntes verzoek, in het lokale dialect sprak.

De behandelaar maakte gebruik van kaarten met een visualisatie van de SUD-schaal en VOC-schaal, waarop patiënte de score kon aanwijzen (<https://www.silverkit.nl>). Een hoge werkgeheugenbelasting bleek nodig. De behandelaar realiseerde dit met een lichtbalk, pulsators in de sokken, onregelmatige kliks via een hoofdtelefoon en door haar met voor de borst gekruiste armen op beide schouders te laten tappen.

Drie targets werden achtereenvolgens gedesensitiseerd in drie sessies. Het vierde target bleek daarna niet (meer) beladen en behoefde geen behandeling.

## Resultaten

Gedurende de behandeling daalde de emotionele lading, gemeten met SUD, bij elk herinneringsbeeld van 8-9 tot 0 of 1. Bij aanvang van de behandeling van elk herinneringsbeeld werd de geformuleerde positieve cognitie volledig ongeloofwaardig geacht, in de fase van installatie werd dit volledig geloofwaardig.

Aan het einde van de behandeling vroeg de behandelaar patiënte naar de mate van herbelevingen, slaapproblemen en stemmingsproblemen. Ze gaf met de hulp van haar partner aan dat er geen herbelevingen meer waren en dat stemming en slaap waren verbeterd. Ze

gaf haar zelfvertrouwen een 7 (0-10), een vooruitgang met 4 punten. Haar partner bevestigde verbeteringen in het functioneren op basis van zijn observaties: ze was actiever en initiatiefrijker geworden sinds vooral de tweede sessie, ondernam uit zichzelf activiteiten, zoals sport, terwijl ze daar voorheen toe gestimuleerd moest worden en er geen zin in had, ze vroeg om uitbreiding van de dagbesteding en breidde zelf het sporten uit. Verder nam hij waar dat ze beter sliep.

De psychiater constateerde twee maanden later dat de depressieve klachten in remissie waren, volgens patiënte en haar partner sinds de tweede EMDR-sessie. De dosis temazepam werd daarop gehalveerd.

Bij follow-up, ongeveer een jaar na het beëindigen van de EMDR, bleken de resultaten behouden op basis van de observaties van haar partner.

## BESPREKING

Psychotherapie lijkt vrijwel onmogelijk wanneer het vermogen onze beleving in taal te vatten niet meer goed werkt. Het relatief geringe beroep op intellectuele, cognitieve en communicatieve vaardigheden zijn voordelen van EMDR in de toepassing bij mensen met beperkingen in die vaardigheden.<sup>3,15</sup> Onze casusbeschrijving illustreert de mogelijkheden van EMDR bij afasie. We pasten het standaardprotocol aan waardoor er nog minder beroep werd gedaan op de taalfuncties. De behandeling was relatief kort, de partner werd betrokken in de behandeling en de resultaten waren positief.

We kunnen vraagtekens plaatsen bij de betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten van de meetinstrumenten en van de weergave van klachten, gezien de taalproblemen en het gebruik van informatie van de partner. Ook is het moeilijk om te onderscheiden wat de oorzaak is van symptomen zoals prikkelbaarheid en slaapproblemen, die zowel verklaard kunnen worden door hersenletsel als door PTSS. Maar wat patiënte en haar partner aan klachten en (gedrags)veranderingen aangaven, kwam wel overeen met de uitkomsten van de metingen.

Anderen pasten met succes EMDR toe bij een patiënte met depressie en afasie, op drie targets van ingrijpende gebeurtenissen waarvan ze veronderstelden dat deze de depressieve symptomen in stand hielden.<sup>16</sup> Deze auteurs deden aanpassingen in het standaardprotocol die veel overeenkomsten vertonen met onze aanpassingen, en zij geven een nuttig overzicht met aandachtspunten voor EMDR bij mensen met afasie.

## CONCLUSIE

Deze casusbeschrijving laat zien dat EMDR voor mensen met posttraumatische stressklachten en afasie na NAH kan bijdragen aan reductie van klachten en verbete-

ringen in het functioneren. Verder onderzoek naar de toepassing en effectiviteit van EMDR als psychotherapie bij mensen met afasie is wenselijk om stevige conclusies te kunnen trekken.

 Zonder de medewerking van patiënte die haar informatie beschikbaar stelde, was dit artikel niet mogelijk geweest. Peter Smits, klinisch psycholoog, en Silvia van Engelen, psychotherapeut en GZ-psycholoog, gaven supervisie bij de behandeling.

## LITERATUUR

- 1 Praag DLG van, Cnossen MC, Polinder S, e.a. Post-traumatic stress disorder after civilian traumatic brain injury: A systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *J Neurotrauma* 2019; 36: 3220-32.
- 2 Edmondson D, Richardson S, Fausett JK, e.a. Prevalence of PTSD in survivors of stroke and transient ischemic attack: A meta-analytic review. *PLoS One* 2013; 8: e66435.
- 3 Vink M, Janssen E, Zaal A. Eye movement desensitization and reprocessing. In: Smits P, Ponds R, Farenhorst N, e.a., red. *Handboek neuropsychotherapie*. Amsterdam: Boom; 2016. p. 189-211.
- 4 GGZ Standaarden. Zorgstandaard psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. 2020. p. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen/introductie/introductie>
- 5 Shapiro F. *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press; 2001.
- 6 Jongh A de, ten Broeke E. *Handboek EMDR. Een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma*. 7 ed. Amsterdam: Pearson; 2018.
- 7 Mikolić A, Polinder S, Retel Helmrich IRA, e.a. Treatment for posttraumatic stress disorder in patients with a history of traumatic brain injury: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2019; 73: 101776.
- 8 Federatie Medisch Specialisten. *Neuropsychiatrische gevolgen na NAH bij volwassenen*. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten; 2017.
- 9 Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. *Richtlijn Behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel*. Utrecht: CBO/Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen; 2007.
- 10 Northcott S, Simpson A, Moss B, e.a. How do speech-and-language therapists address the psychosocial well-being of people with aphasia? Results of a UK online survey. *Int J Lang Comm Disord* 2017; 52: 356-73.
- 11 Mevissen L, Didden R, de Jongh A. *DITS-LVB voor volwassenen: Diagnostisch interview trauma en stressoren licht verstandelijke beperking*. Accare; 2018.
- 12 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- 13 Lovett J. *Small wonders: healing childhood trauma with EMDR*. New York: Free Press; 1999.
- 14 Blore DC, Holmshaw EM, Swift A, e.a. The development and uses of the 'blind to therapist' EMDR protocol. *Journal of EMDR Practice and Research* 2013; 7: 105-95.
- 15 Bakvis P. EMDR bij dementie: Een review van de literatuur. *Tijdschrift voor Neuropsychologie* 2021; 16.
- 16 Guina J, Guina C. Wants talk psychotherapy but cannot talk: EMDR for post-stroke depression with expressive aphasia. *Innov Clin Neurosci* 2018; 15: 45-8.