

# Vijf vragen aan...

## Josefien van Kalmthout

In de rubriek ‘Vijf vragen aan...’ wordt een meer of minder bekend VEN-lid aan u voorgesteld.

Tekst: **Deana de Zwart** Foto: **Nienke Hofstede**

Josefien van Kalmthout is gz-psycholoog, cognitief gedragstherapeut, supervisor VGCT en EMDR practitioner. Binnen de VEN neemt ze deel aan de SIG EMDR en Schematherapie. Sinds 1989 voert zij een eigen praktijk, eerst in Den Haag en vanaf 2000 in Zutphen.

**Je werkt in je praktijk veel met mensen met een complex trauma en een dissociatieve identiteitsstoornis. Wat bracht je ertoe om je op deze doelgroep te richten en wat betekent het in de praktijk?**

“In 2010 kwam ik op een studiedag waar Onno van der Hart ‘Het belaagde Zelf’ presenteerde. Het werd me toen duidelijk waarom sommige patiënten vastlopen in de therapie. Ik ging symptomen van een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) herkennen bij een patiënt die ik in behandeling had. In eerste instantie verwees ik haar toen naar het Traumacentrum in Assen voor diagnostiek. Het bleek inderdaad om DIS te gaan en zij hebben toen een deel van de behandeling op zich genomen. Inmiddels houd ik me veel bezig met de behandeling van patiënten met complex trauma en DIS. Het zijn langdurige behandelingen. Het is heel belangrijk om geduld te hebben en voortdurend de afweging te maken of er nog sprake is van ontwikkeling in het therapieproces. Voor complexe casuïstiek is supervisie en intervisie erg belangrijk. Het zijn patiënten met zware problematiek; dat is zwaar om in een praktijk alleen te behandelen. Daarom heb ik naast intervisie en supervisie ook regelmatig overleg met een psychiater en collega’s uit andere disciplines.

Mensen met DIS zijn vaak zo gesplitst dat ze ‘oorlog in hun binnenwereld’ hebben. Ik probeer met deze patiënten eerst die binnenwereld in kaart te brengen, onder andere met een tafelopstelling met poppetjes. Vaak is er een ‘klein kind’-deel dat zich erg bedreigd voelt, en

sterke delen die het kind in het verleden probeerden te beschermen tegen de traumatische gebeurtenissen. Als ik dan direct met traumabehandeling zou starten, komt er protest vanuit delen in deze binnenwereld die de behandeling als het ware gaan saboteren. Het is mijn ervaring dat EMDR dan niet meteen lukt. Het is enerzijds belangrijk om niet mee te gaan in de dynamiek van vermijding van de patiënt en anderzijds eerst te werken aan de kennismaking met de binnenwereld en aan integratie, voordat je ‘met z’n allen’ aan traumaverwerking begint. Ik gebruik dezelfde metafoor van een vergadertafel als Dolores Mosquera om alle delen te leren kennen. Van haar heb ik geleerd om alle delen direct aan de vergadertafel uit te nodigen, waarbij de veiligheid van alle delen gegarandeerd wordt. De manier waarop we dat doen is anders. Dolores plaatst alle delen in de vergaderzaal in een apart hokje en garandeert zo die veiligheid. Ik ben daar wat voorzichtiger in. Wanneer sommige delen niet durven te komen, zeg ik bijvoorbeeld: ‘Stel je maar voor dat er een intercom is, zodat ze het kunnen horen, maar er niet bij hoeven te zijn’, want de delen zijn er natuurlijk altijd allemaal en ze horen alles; ze horen allemaal bij die persoon. Je kunt dan ook een beeld gebruiken waarbij je ze achter een scherm laat zitten.

Ik doe uitgebreid en gedetailleerd verslag van de sessies. Er gebeurt zoveel, dus verslaglegging is voor mij ook een moment van reflectie. Dan realiseer ik me bijvoorbeeld dat een bepaald deel niet aanwezig was in de sessie en daar kan ik dan de volgende keer alert op zijn. In tegenstelling tot mensen met een afhankelijkje ▶



persoonlijkheidsstoornis, die geneigd zijn te blijven hangen en die je actief moet afronden, zijn mensen met complex trauma en DIS geneigd om zelf op te stappen vanuit een 'veeleisende ouder'-kant die zegt: 'Nu is het wel genoeg geweest, de therapeut heeft er geen zin meer in en vindt je stom.' Hun hechtingsproblematiek ligt hieraan ten grondslag en maakt dat je alert moet zijn als een patiënt met complex trauma en DIS wil afronden, terwijl je als therapeut ziet dat er nog veel klachten zijn."

In het vorige EMDR Magazine stelde Trudy Mooren de volgende vraag aan jou: "Wat kan

EMDR betekenen voor volwassenen met zowel trauma- als persoonlijkheidsproblematiek in de eerste lijn? Wat zijn mogelijkheden en wat zijn moeilijkheden?"

"In de Basis ggz blijkt soms al uit de casusconceptualisatie dat er veel meer aan de hand is dan de aanmeldklacht. Ik maak afspraken met mensen over de klachten die ze verholpen willen hebben. Maar soms zie ik dat de klachten dan wel verholpen zijn maar dat de bril waardoor ze naar de wereld kijken nog onveranderd is. Dan is er meer behandeling nodig om de persoonlijkheidsproblematiek aan te pakken. Dat bespreek ik dan, en met in-

stemming van de patiënt verwijs ik door of doe ik zelf de Specialistische ggz als ik ruimte heb. Als de lijdensdruk of de motivatie er niet is, dan laat ik het bij de behandeling in de Basis ggz.

Werken in een instelling geeft heel veel mogelijkheden met betrekking tot het behandelaanbod. In een eigen praktijk moet je zelf contacten leggen en je eigen interviesgroepen en supervisie regelen. Dat kost veel tijd maar inspireert ook. Ik werk samen met een psychiater, een psychomothere therapeut, een fysiotherapeut en zelfs met een osteopaat die zich gespecialiseerd heeft in het fysieke aspect van trauma. Daarnaast heb ik een collega die werkt met partnerrelatieproblematiek. Je moet in een eigen praktijk als regiebehandelaar actief zijn in het onderhouden van je contacten. Bij patiënten met complex trauma en DIS maak ik afspraken over mijn bereikbaarheid buiten kantooruren. Maar soms verwijs ik ook door naar een instelling waar een crisisdienst is en waar multidisciplinair meer voorhanden is dan ik kan bieden."

### Hoe combineer je EMDR met schematherapie?

"Het is belangrijk om creatief te zijn. Als ik met EMDR werk bij een patiënt met DIS en alle delen van de persoon hebben daar toestemming voor gegeven, dan heb ik ze bijvoorbeeld allemaal op een rijtje in de bioscoop zitten, kijkend naar het beeld. Voor de 'gezonde volwassene' kan het beeld dan wel een SUD van nul hebben, maar een ander deel kan aangeven dat er nog wel lading op het beeld zit. Dan kunnen we daar bijvoorbeeld nog een *interweave* op doen. Je laat de 'gezonde volwassene' dan contact maken met dat deel en kijkt waardoor er nog spanning is. Soms kun je daar dan nog een setje oogbewegingen op toepassen. Je begint en eindigt de sessie altijd met de 'gezonde volwassene'.

***"Je hebt geen idee hoeveel mensen in de buitenwereld goed functioneren terwijl er altijd een interne oorlog in hen woedt."***

Ik maak veel gebruik van schematherapie. Als patiënten tijdens de EMDR in hun 'kind'-deel schieten, dan introduceer ik de 'gezonde volwassene' als hulpbron: 'Wat zou je willen doen of zeggen tegen dat kind? Doe het maar!' En dan ga ik weer verder met EMDR; het is dus een *rescripting interweave*.

Als het deel 'gezonde volwassene' de regie heeft, dan lukt het vaak om daarmee de EMDR vlot te trekken. Soms is er echter zoveel angst dat die 'gezonde volwassene' er niet tegenop kan. Het lukt dit deel dan bijvoorbeeld

niet om de boze vader in het plaatje aan te spreken. Het kan dan helpen om de delen, bij het bekijken van de film, tien rijen naar achteren te laten gaan in de bioscoop, zodat ze het beeld kleiner zien en minder overspoeld worden, of om andere *interweaves* in te zetten om overspoeling te voorkomen. Ik neem deel aan de SIG EMDR en Schematherapie, waarin we ook dit soort casuïstiek bespreken. De combinatie is heel inspirerend."

### Heb je nog een leestip voor de komende vakantieperiode voor de lezers van EMDR-magazine?

"Ik ben een enorme lezer en vind 'Een klein leven' van Hanya Yanagihara een prachtig boek. Het gaat over de vriendschap tussen vier mannen, die ontstaat in hun studententijd. Een van hen, Jude, is ernstig getraumatiseerd. Toen ik over hem las, dacht ik: 'Dat is mijn type patiënt.' Sommige mensen vinden de gebeurtenissen die deze hoofdpersoon in het boek meemaakt overdreven, maar ik herken de beschreven dynamiek. Juist die getraumatiseerde mensen komen in dit soort situaties omdat hun emotiekompas en hun blik op de wereld zó vertroebeld zijn, dat ze geen antenne meer hebben voor gevaar. Dat Jude een succesvol advocaat is en tegelijkertijd zo'n oorlog in zijn binnenwereld ervaart dat hij automutileert en ook nog in zo'n foute relatie belandt, geeft aan hoe gesplitst zijn persoonlijkheid is. Ik vind het schrijnend dat hij niet echt hulp zoekt omdat hij zo gesplitst is. De warmte van de vriendschap kan hij maar moeilijk binnenlaten.

De diagnose DIS wordt nog vaak gemist. Er is natuurlijk wel een verschil tussen de verschillende modi bij persoonlijkheidsproblematiek en de verdergaande splitsing bij DIS; daartussen zit nog een grijs gebied. Als je geen aandacht hebt voor DIS, gaat de patiënt op zijn ANP (*Apparently Normal Person*) het contact aan met de therapeut. Zijn traumadelen worden dan gemist en hij krijgt een andere diagnose. Gemiddeld duurt het bij DIS acht jaar voordat de diagnose gesteld wordt. Ook bij Jude is daar niet goed naar gekeken omdat hij in de buitenwereld goed functioneerde. Je hebt geen idee hoeveel mensen in de buitenwereld goed functioneren terwijl er altijd een interne oorlog in hen woedt."

### Wie wil je de volgende keer aan het woord laten in deze rubriek en wat is je vraag?

"Jannetta Bos, zij werkt bij Centrum '45. Mijn vraag aan haar is: 'Hoe werk je met EMDR bij vluchtelingen wanneer de traumatische gebeurtenissen in hun land nog doorgaan?'"