

# Uit de praktijk

## EMDR als inspiratiebron voor cliëntgerichte psychotherapie bij complexe PTSS en dissociatie

*Marijke Baljon\**

### Inleiding

EMDR heb ik altijd als bij uitstek cliëntgericht ervaren. Als de procedure eenmaal loopt, doe je tenslotte niets meer dan het eigen proces van de cliënt ondersteunen door deze aan te moedigen de eigen associaties op te laten komen en vast te houden. In mijn ervaring is het vooral belangrijk dat aan het begin van de procedure de cliënt in een toestand van verhoogde concentratie komt, zoals deze ook wordt bevorderd tijdens het focussen en bij hypnose. Het EMDR-protocol, dat geënt is op de cognitieve gedragstherapie, hoeft daarvoor niet letterlijk gevolgd te worden. Zelfs het toepassen van afleidende stimuli is mijns inziens niet altijd noodzakelijk. Er zijn meerdere wegen die naar Rome leiden.

EMDR doet star aan voor zover er op wordt gehamerd om het protocol exact te volgen. Gelukkig zeggen Ten Broeke, De Jongh en Oppenheim, (2012, p. 17) zelf: 'Als er een beeld zou ontstaan dat EMDR de nieuwe Haarlemmerolie is, dan zou dat geheel ten onrechte zijn.' Uit de literatuur komt een beeld naar voren van een ontwikkeling naar een integratieve benadering. Francine Shapiro, de grondlegger van de EMDR, publiceerde al in 2002 een boek met als titel: *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach: Experts of Diverse Orientations Explore the Paradigm Prism* (Shapiro, 2012). Bohart en Greenberg (2002) vertegenwoordigen in dit boek de experiëntiële benadering. In Nederland dwingt het *Praktijkboek EMDR* (Ten Broeke, De Jongh en Oppenheim, 2012) respect af door de differentiatie die daarin wordt uitgewerkt voor de toepassing bij specifieke doelgroepen. Ook hier tekent zich een integratieve ontwikkeling af. EMDR wordt ingezet als onderdeel van een behandeltraject, waarbij kennis en ervaring die voor de doelgroep beschikbaar zijn in de breedte worden benut.

\* Marijke Baljon is werkzaam in eigen praktijk als klinisch psycholoog/psychotherapeut en cliëntgericht opleider, supervisor en leertherapeut. Ze was van 1988 tot 2009 werkzaam bij GGZ Drenthe te Assen, de laatste 7 jaar daarvan op de deeltijdafdeling van het TopReferentTraumaCentrum.

## Enkele kritische opmerkingen

De nadruk op protocol en het meten van effecten door middel van een score op de SUD (*subjective units of disturbance*) heeft het risico dat voorbij gegaan wordt aan de kwaliteit van de beleving van de cliënt.

Mijn cliënten hebben er vaak moeite mee om een cijfer te geven aan de mate waarin ze emotionele spanning ervaren bij het beeld van de traumatische herinnering. In dat geval vraag ik na de desensitisatie: 'Als je nu weer naar het oorspronkelijke beeld kijkt, is dat dan hetzelfde als in het begin, of is er iets veranderd?' Cliënten zeggen daarop vaak iets in de trant van: 'Dat is apart! Het lijkt wel of het verder weg staat, vager is geworden.' Dit kwalitatieve verschil in beleving zie ik als een betrouwbaar teken van de werkzaamheid van de procedure.

Er is binnen de EMDR-wereld discussie over het verschil in werkzaamheid van afleidende stimuli tijdens het desensitatieproces. Er is onderzoek waaruit blijkt dat oogbewegingen effectiever zijn dan de auditieve variant met bilaterale tikjes. Desondanks blijven cliënten en therapeuten vaak de voorkeur geven aan tikjes. Teske (2014) stelt dat ze van mening is dat 'de combinatie van recall en akoestische afleiding bij milde vormen van traumatisering of ik-beschadigende ervaringen effectief is, omdat de klikjes voldoende ruimte bieden om associaties uit alle mogelijke bronnen en geheugenhoeken naar boven te laten komen'. De theorie rond het werkgeheugen, die in het verlengde van deze bevindingen is ontwikkeld, biedt een interessante werkhypothese. Men gaat echter wel ver in de consequenties die daaraan verbonden worden.

Naar mijn idee zouden ook a-specifieke factoren een rol kunnen spelen bij de geconstateerde verschillen. Bij het werken met oogbewegingen zit de therapeut dicht bij de cliënt en kijkt voortdurend naar diens ogen. Dat bevordert een intenser contact. Een voordeel van het werken met oogbewegingen is dat de therapeut de snelheid en de duur van de afleidende stimulus kan aanpassen op geleide van reactie van de cliënt.

Inmiddels wordt bij de installatie van de herinnering aan positieve ervaringen aanbevolen om af te zien van het gebruik van afleidende stimuli, zoals de oogbewegingen of tikjes. Dit omdat volgens de werkgeheugentheorie bij EMDR het ruimtegebrek in het werkgeheugen ervoor zorgt dat de herinnering vervaagt. Dat zou ook met positieve herinneringen kunnen gebeuren en dat is niet de bedoeling. Mijn eigen ervaring is dat juist bij het werken met herinneringen aan traumatische ervaringen, waarbij er grote angst is voor overspoeling door heftige emoties, het aanbieden van afleidende stimuli achterwege gelaten kan worden. Cliënten verdragen het dan vaak beter. Dit druist in tegen de theorie rondom het werkgeheugen. Maar vanuit een proces-experientiële gezichtspunt is deze bevinding goed te plaatsen, omdat het er in onze opvatting om gaat dat de cliënt in een toestand van verhoogde concentratie komt zonder overspoeld te worden door emoties én zonder te gaan dissociëren. Hier ga ik nu verder op in.

## Trauma en dissociatie

EMDR is geïndiceerd na trauma's die zo heftig en overweldigend zijn, dat ze niet in het langetermijngeheugen zijn opgeslagen. Ze blijven daarvan afgesplitst, gedissocieerd en in een oudere primitieve geheugenstructuur bewaard. In de klinische praktijk van het werken met ernstig trauma en dissociatie blijkt dat in het therapeutisch proces het noodzakelijk is, dat mensen bij het opnieuw ervaren van deze moeilijke gebeurtenissen vooral contact houden met hun lichaam en niet 'vertrekken', met andere woorden opnieuw gaan dissociëren.

Bergouignana, Nyberg en Ehrsson (2014) deden onderzoek bij mensen zonder dissociatieve symptomen. Terwijl proefpersonen in gesprek waren met een daartoe getrainde acteur werd er een ervaring geïnduceerd van buiten het lichaam verkeren. Deze conditie werd vergeleken met eenzelfde situatie, waarbij de geïnduceerde ervaring binnen het eigen lichaam werd gelokaliseerd. Een week later werd bij beide groepen de herinnering aan deze gebeurtenis nagevraagd. Daarbij bleek er een significant verschil tussen beide groepen. De proefpersonen in de eerst genoemde conditie konden zich het gesprek niet of gebrekkig herinneren. FMRI-scans toonden een specifiek verband aan tussen de geheugendefecten en veranderde activiteit in de hippocampus.

Ofschoon het hier om een nagebootste dissociatieve ervaring gaat, ondersteunt dit resultaat de klinische ervaring dat om op succesvolle wijze episodische ervaringen op te slaan, het noodzakelijk lijkt om de wereld vanuit het eigen lichaam te ervaren. Wanneer dit niet gebeurt, zullen de ervaringen niet in de hippocampus worden opgeslagen en kunnen ze niet worden bijgeschreven in het autobiografisch geheugen. We mogen aannemen dat dit nog sterker geldt voor mensen met een dissociatieve stoornis. Dit sluit aan bij mijn ervaring dat ook bij mensen die niet aan een manifeste dissociatieve stoornis lijden bij exposure zich dissociatieve momenten voordoen. In die toestand is de transformatie van de emotiegeladen, verbrokkelde herinnering naar een geïntegreerde herinnering niet mogelijk. Dat is angstig voor de cliënt en therapeutisch niet productief. Het is overigens denkbaar dat de EMDR-procedure als zodanig bijdraagt aan het in contact blijven met het hier en nu en het eigen lichaam.

## EMDR zonder afleidende stimulus

Voor cliënten die over onvoldoende affecttolerantie en zelfcontrole beschikken, zijn er ter voorbereiding op EMDR procedures ontwikkeld die de draagkracht van de cliënt kunnen versterken. Een voorbeeld daarvan is *Resource Development and Installation* (RDI) (Leeds, 2009; Ten Broeke & De Jongh & Oppenheim, 2012). Bij RDI gaat het om het naar boven halen van herinneringen aan positieve ervaringen. Oorspronkelijk werden deze geïnstalleerd met EMDR, maar gezien de nieuwe

theoretische ontwikkelingen over het werkingsmechanisme van EMDR wordt tegenwoordig aanbevolen om de korte sets afleidende stimuli weg te laten. In plaats daarvan werkt men met korte periodes van imagineren en concentreren op positief geheugenmateriaal. Vervolgens wordt de geïnstalleerde hulpbron in verband gebracht met de als problematisch ervaren situatie.

De RDI-procedure bestaat uit de volgende stappen (Ten Broeke, De Jongh en Oppenheim, 2012, p. 105):

1. Identificeer een actuele probleemsituatie
2. Identificeer een benodigde hulpbron
3. Identificeer een daaraan verbonden herinnering
4. Imaginatie van en concentratie op (alle aspecten van) de herinnering
5. Vraag naar de reactie
6. Volg telkens de associatieketens door middel van imaginatie en concentratie
7. Test: pas de hulpbron toe op de probleemsituatie
8. Identificeer een eventueel nieuwe hulpbron en herhaal de stappen 3-6
9. Positief afsluiten
10. Huiswerk

## Een cliëntgerichte variatie op EMDR bij complex trauma

Bij de behandeling van traumatische ervaringen is het altijd van belang goed te observeren of de cliënt nog in contact is met de omgeving en het eigen lichaam. De cliëntgerichte therapeut beschikt daarbij over diverse invalshoeken. In de eerste plaats gewoon navragen. Een lichaamsscan is onontbeerlijk om na te gaan of de cliënt bij aanvang van de procedure in contact is met het lichamelijk ervaren. Door zorgvuldige observatie van non-verbale veranderingen kunnen tijdens de exposure aanwijzingen voor mogelijk dissociëren opgepikt worden. Daarnaast kan de therapeut aan zijn eigen ervaren merken dat er gedissocieerd wordt. Het gaat dan om ervaringen als zelf slaperig worden, het gevoel geen contact meer te hebben, enzovoort. Mijn ervaring is dat het nuttig is om steeds als het vermoeden van een dissociatief moment zich voordoet, dit bij de cliënt na te vragen. Dit kan als zodanig de dissociatie doorbreken. Daarna kan de exposure wordt voortgezet. Bij ernstige dissociatie zijn sensomotorische werkvormen, zoals die ontwikkeld zijn voor traumabehandelingen, geïndiceerd. Vaak is het beter om te stoppen met de exposure of voor een lichtere vorm van blootstelling te kiezen, bijvoorbeeld empathische exploratie. Het is dus nuttig om over een arsenaal van exposure-technieken te beschikken die variëren in intensiteit. Ernstig en/of vroeg getraumatiseerde cliënten en hun therapeuten durven EMDR en focussen vaak niet aan, uit angst dat de cliënt de controle over zijn of haar emoties verliest. Ik heb in dit kader zelf een procedure ontwikkeld die geïnspireerd is door EMDR, maar dan zonder afleidende stimulus (Baljon, 2010).

## Werkwijze

Ik bepaal eerst met de cliënt welke belastende ervaring, gedachte of situatie als uitgangspunt wordt genomen. Deze moet in het hier en nu duidelijk nog stress oproepen. Ik help de cliënt om deze ervaring zo levendig mogelijk ('evocatief') te beschrijven. Vervolgens doe ik een lichaamsgerichte oefening en vraag ik de cliënt om ruimte te maken (stap 1 van het focussen). Aansluitend vraag ik de cliënt om stil te staan bij de gekozen belastende ervaring, situatie of gedachte. Ik vraag wat de cliënt hierbij voelt, denkt, hoeveel spanning dit geeft en waar deze spanning in het lichaam wordt gevoeld. De bedoeling is dat er een verhoogde concentratie ontstaat op datgene waarop gefocust wordt. Ik vraag deze beleving vast te houden en zich open te stellen voor wat er opkomt. Als de cliënt benoemt wat ze ervaart, zeg ik iets als: 'Hou dit maar vast... wat komt er nu bij je op?' Dit wordt steeds herhaald. De bedoeling is om de verhoogde concentratie vast te houden, evenals de vrijheid om alles wat opkomt er te laten zijn. Ik ga hiermee door tot de associatiestroom stopt of zich steeds herhaalt. Afsluitend wordt met de cliënt besproken hoe zij zich nu voelt en hoe het was om dit te doen.

Cliënten waarmee ik zowel EMDR heb gedaan als de door mij ontwikkelde variant, geven vaak, maar niet altijd, de voorkeur aan deze variant omdat deze rustiger verloopt en ze meer controle en autonomie ervaren. Naar mijn indruk is de desensitisatie van overspoelende emoties vergelijkbaar. Bijkomend voordeel is dat de werkvorm soepel ingevoegd kan worden in het aan de gang zijnde gesprekstherapeutische proces.

De oplettende lezer zal het zijn opgevallen dat deze procedure overeenkomt met stappen 4-6 van de eerder beschreven RDI-procedure. Het verschil is dat het bij RDI gaat om een positieve herinnering en hier om een problematische situatie. Daarmee wordt de rationale ontkracht om specifiek bij versterking van positieve herinneringen de afleidende stimuli weg te laten .

## Casus

Bea is begin 40 en heeft een traumatische jeugd achter de rug, waarin incest door vader en een oom plaatsvond van haar tiende tot twaalfde jaar. Negen jaar geleden overleed haar moeder, waarmee ze een hechte relatie had. Ze mist haar nog elke dag. Ze vertoont alle kenmerken van een chronische posttraumatische stressstoornis. Op een dag komt ze gejaagd binnen. Ik start daarom met een lichaamsscan. Ze is hiermee bekend en wordt er rustiger van. Vervolgens uit ze zich boos over een recente slechte behandeling voor een lichamelijke aandoening in het ziekenhuis. Ik valideer haar beleving en vraag vervolgens wat ze daar binnen dit therapiegesprek mee wil. Ze zegt dat ze om wil leren gaan met frustratie. Als ik exploreer wat ze hiermee bedoelt, blijkt dat haar boosheid voortkomt uit de beleving: 'Ik ben niet belangrijk.' Ze zou willen denken: 'Ik heb recht op een normale behandeling.' Maar die gedachte ervaart ze niet als waar. Ik merk op dat ze waarschijnlijk in haar leven vaker iets dergelijks heeft ervaren. Dat beaamt ze. Als ik vraag waar ze dan het eerst aan denkt, noemt ze haar vader. Ik vraag haar zich haar vader voor ogen te nemen

en na te gaan wat ze in haar lichaam ervaart als ze aan hem denkt. Vervolgens zeg ik na elke associatie die bij haar opkomt: 'Hou dat vast... wat komt er nu bij je op.' Dat leidt tot de volgende associaties:

- verdriet
- de hele familie van mijn vader
- boos
- druk op de borst
- benauwd
- verdriet
- tot op heden niet serieus genomen
- eenzaamheid
- (diepe zucht) boos, bekijk het allemaal maar
- voelt niet goed
- ketst terug op mijn gezin; ik ben bang om alles kwijt te raken
- dat je het niet allemaal in de hand hebt
- dat ik niet kan zijn wie ik ben
- ik moet constant zorgen dat anderen het allemaal goed vinden
- weer boosheid
- blokkade, ik kan er niets mee
- ik moet zorgen dat het goed komt

Hierna komen er geen associaties meer. Als ik vraag hoe ze dit ervaren heeft, zegt ze: 'Heftig. Het verheldert wel dat ik voor mezelf moet opkomen. Het meest heftige is de eenzaamheid. Mijn moeder die is weggefallen.' We zien dat in deze associatieketen de kern van haar problematiek in een notendop voorbij komt. Ze is boos op haar vader en zijn incestueuze familie. Ze voelt zich eenzaam, doordat ze haar moeder mist. Als coping na trauma is ze zich gaan richten op de behoeften van anderen, om te voorkomen dat er nog meer narigheid op haar af komt. Ze realiseert zich dat dit niet werkt en dat ze beter voor zichzelf op kan komen, ook al vindt ze dat doodeng. Ze is na dit gesprek rustiger en meer in haar kracht. Ze besluit dat ze bij het ziekenhuis een klacht in gaat dienen.

## Conclusie

Voor deze bijdrage ben ik in de recente literatuur over EMDR gedoken. Tot mijn verrassing ontdekte ik dat de door mij in de praktijk ontwikkelde 'EMDR zonder afleidende stimulus' inmiddels wordt aanbevolen voor het installeren van positieve hulpbronnen. Voor mij is het onderscheid in procedure tussen het ontkrachten van negatieve herinneringen en het versterken van krachtbronnen niet zinvol. Het is ook niet gebaseerd op effectonderzoek, maar op een theorie over de werking van het werkgeheugen, die mij nogal speculatief voorkomt. Het

onderzoek naar de werkzame mechanismen van EMDR bij complexe problematiek staat nog in de kinderschoenen. De toepassing bij moeilijke doelgroepen is vooral gebaseerd op klinische ervaring. Ik hoop dat ik aannemelijk heb gemaakt dat EMDR een waardevolle bijdrage kan leveren aan de cliëntgerichte behandeling van getraumatiseerde cliënten, mits we ons vrij voelen om de werkwijze aan te passen op geleide van het proces van de cliënt.

## Literatuur

- Baljon, M. (2010). Vrije associatie in contact met het lichaam. In: M. Gundrun & N. Stinckens (Red.). *De schatkist van de Therapeut. Oefeningen en strategieën van de therapeut*. Leuven: Acco.
- Bergouignan, L., Nyberg, L., & Ehrsson, H.H. (2014). Out-of-body-induced hippocampal amnesia. *PNAS*, 111(12), 4421-4426; published ahead of print March 10, 2014.
- Bohart, A.C., & Greenberg, L. (2002). EMDR and experiential psychotherapy. In: F. Shapiro (Ed.) (2002). *EMDR as an integrative psychotherapy approach: experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 239-261). Washington, DC: American Psychological Association.
- Broeke, E. ten, Jongh, A. de, & Oppenheim, H.J. (2012). *Praktijkboek EMDR: Casusconceptualisatie en specifieke doelgroepen*. 3<sup>e</sup> geheel herziene druk. Amersfoort: Pearson.
- Leeds, A.M. (2009). Resources in EMDR and other traumafocused psychotherapy: a review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(3), 152-160.
- Shapiro, F. (2002). *EMDR as an integrative psychotherapy approach: experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington DC: American Psychological Association.
- Teske, D. (2014). EMDR in het proces van cliëntgerichte psychotherapie. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 52(4), 319-340.