

EMDR en oplossingsgerichte therapie

Hoe denken en werken collega's die vanuit een bepaalde therapeutische invalshoek EMDR toepassen? In de komende edities van EMDR Magazine leest u een interview dat een kijkje in de therapeutische keuken biedt. In dit EMDR Magazine een interview met Fredrike Bannink over EMDR en Oplossingsgerichte therapie.

Nadat ik de trappen heb beklommen van Fredrike's huis in Amsterdam, nemen we plaats aan een grote houten tafel in haar werkkamer. Een wandkleed uit Mali beslaat een deel van de muur. Een pot thee en twee grote bekers staan klaar. We beginnen het gesprek met iets dat Fredrike na aan het hart ligt: haar werk als trainer voor het Mental Health Team (MHT) van Artsen zonder Grenzen (AZG). Zij reisde hiervoor veel naar Afrika en Azië.

Waar bestaat jouw werk uit bij het MHT?

"Ik heb als trainer gewerkt in een multidisciplinair team waarbinnen iedereen een achtergrond heeft als trauma-behandelaar. We werken aan de hand van vragen uit het veld. Dan moet je denken aan het geven van trainingen aan counselors in vluchtelingenkampen, maar ook aan mensen die werken met kindsoldaten. We trainen ook artsen in bijvoorbeeld Somalië en Oeganda in hoe zij hun ziekenhuismedewerkers overeind houden. Dan gaat het over het bevorderen van hun mentale veerkracht. Als je werkt voor AZG heb je eigenlijk twee rollen: in mijn geval die van trainer en van getuige. In Nederland zend ik, door

tweets van AZG te re-tweeten, als getuige boodschappen de wereld in over de omstandigheden waaronder mensen in conflictgebieden moeten leven en wat AZG daar voor hen doet. Ik vind het belangrijk de wereld daar deelgenoot van te maken."

Wanneer is een training geslaagd?

"Wanneer de deelnemers dat aan het eind zo vinden. We zijn gericht op wat zij als beste resultaat van de training zien, en we zien hen als co-experts. Dat is een oplossingsgericht uitgangspunt. Een vraag aan hen is bijvoorbeeld: 'Welke PTSS-symptomen zien jullie om je heen?', en wij haken daar op aan. We stellen ons dus niet op als experts die komen vertellen wat een trauma is en wat je eraan kunt doen. We spreken alleen groepen mensen. Individuele hulpverlening bestaat niet echt in Afrika. En individuele vormen van (EMDR-) therapie zijn daar meestal niet bruikbaar. De setting en de structuur zijn er niet naar."

Fredrike trekt een parallel met condooms: "Om HIV te bestrijden werden in Afrika condooms uitgedeeld. Dat werkte niet, het is een Westers idee. De mannen daar

willen geen condoms en gebruiken ze dus ook niet. In elk geval niet waarvoor ze bedoeld zijn. Ze maken er liever ballonnetjes van. Het is dus belangrijk dat je luistert naar wat de mensen in die conflictgebieden zelf wensen, als je daar hulp komt bieden.”

“Artsen zonder Grenzen heeft in Afrika bijvoorbeeld een babykliniek opgericht voor ondervoede baby's. De moeders die met hun baby's naar de kliniek komen, zijn vaak lang onderweg en moeten hun andere kinderen veelal onbeschermd achterlaten in het vluchtelingenkamp. Dat is onveilig voor ze: spullen worden gestolen en meisjes verkracht. Die moeders willen dus zo snel mogelijk terug met hun baby, waardoor de baby vaak te kort wordt behandeld en opnieuw ondervoed raakt. Aan traumaverwerking kom je hier niet toe, want het heden is veel te onveilig. De bevolking in conflictgebieden maakt daar elke dag weer vreselijke dingen mee. We werken daarom liever met begrippen als 'veerkracht', waarbij het gaat om de vraag: 'hoe zorg je dat je het vol houdt?' Die moeders moeten bijvoorbeeld langer in de kliniek kunnen blijven met hun baby's. We hebben hen zelf toen gevraagd welke oplossing zou kunnen werken. De moeders hebben daarop een onderling hulpsysteem opgezet voor de kinderen die achterblijven, zodat die beter beschermd zijn.”

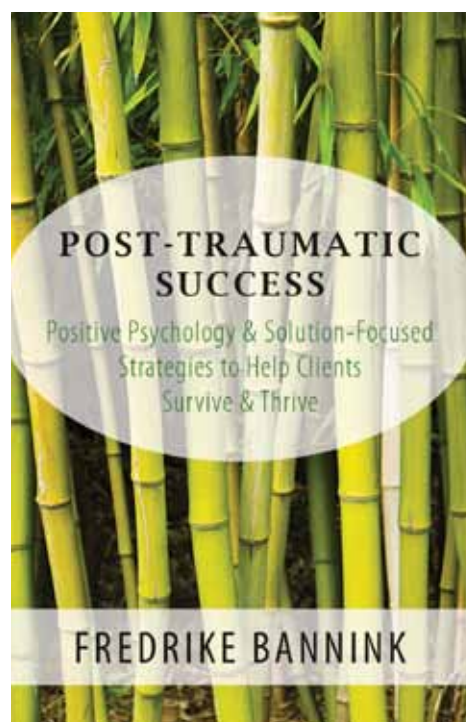
Je hebt net een boek geschreven over Post Traumatic Success. Is je werk bij het MHT van invloed geweest op hoe je hier tegenaan kijkt?

“Ja, dat is zeker van invloed geweest. In conflictgebieden in Azië en Afrika ben ik erg onder de indruk geraakt van de veerkracht van mensen. De leefomstandigheden zijn er vaak verschrikkelijk. De vrouwen hebben daar meestal nog wel wat structuur, zij moeten immers zorgen voor de kinderen en het eten. Maar de mannen zijn veelal verslaafd aan drank of andere middelen, hebben geen werk en hun situatie lijkt uitzichtloos. De mensen leven tussen drie lappen en hebben net zoveel plastic emmertjes: dat is hun enige bezit. Hoe kun je zo doorleven en hoe kunnen ze nog lachen? Ik denk wel eens: je kunt die mensen niet vertellen dat wij hier voor de lol kamperen en voor ons plezier tussen een paar lappen gaan wonen. Ik vind het belangrijk dat we af en toe kunnen lachen met elkaar tijdens de trainingen. In Somalië vertelde ik bij een training een mop over kippen, die hebben ze daar veel. Kort daarvoor hadden ze mij een Somalische kippenmop verteld. We konden er met elkaar om lachen. Dat doet goed, lachen is gezond.”

In je publicaties spreek je over mentale veerkracht. Wat versta je daar precies onder?

Fredrike legt uit welk onderscheid zij maakt tussen herstel, veerkracht en posttraumatische groei, en tussen 'victims', 'survivors' en 'thrivers'. Mentale veerkracht kun je definiëren als het behouden van een redelijk stabiel evenwicht na een traumatische gebeurtenis. Fredrike illustreert dit in haar nieuwste boek (*Posttraumatic Success*, Norton 2014), met een schaal van psychologisch welbevinden van -10 tot +10. “Posttraumatisch succes kan zowel herstel, veerkracht als posttraumatische groei inhouden. Iemand gaat bijvoorbeeld van -8 of zelfs -10 (de naartst mogelijke situatie) naar -2 of 0. Dat heet herstel van symptomen. Veerkracht betekent dat een persoon die voor het trauma op een 0 zat, misschien even naar -1 of -2 gaat, maar al snel weer terugkomt op het oude niveau of misschien iets hoger uitkomt. Posttraumatische groei houdt in dat iemand persoonlijke groei ervaart na de traumatische ervaring; er is iets positiefs toegevoegd aan het leven na het trauma. Die persoon komt vaak hoger op de schaal uit, bijvoorbeeld op de 5 of 6, of zelfs hoger. Het goede nieuws is dat onderzoek heeft uitgewezen dat personen die aanvankelijk diep in de min zitten op de schaal, ook de personen zijn die de meeste groei kunnen ervaren.”

Fredrike benadrukt dat het niet het trauma zelf is dat voor groei zorgt; de groei zit hem in hoe iemand ermee omgaat. “Her-evaluatie van het leven is daarbij belangrijk. Veerkracht en posttraumatische groei kun je vergelijken met bamboe: *'The bamboo that bends is stronger than the oak that resists'*.” Fredrike heeft dan ook gekozen voor een afbeelding van bamboe voor de omslag van haar nieuwe boek.



Je wordt wel 'de oma van de EMDR' genoemd. Hoe komt dat?

Lachend vertelt Fredrike dat ze min of meer aan de wieg stond van EMDR in Nederland. "Het zal ongeveer 1988 zijn geweest, een paar jaar nadat Shapiro haar ontdekking deed in het park. In die periode volgde ik zelf supervisie en hoorde daarin voor het eerst van EMDR. Ik ben er toen mee aan de slag gegaan. Ik dééd het gewoon, er waren nog geen toeters en bellen, geen protocol. Het bleek heel effectief en ik werkte er veel mee. Erik ten Broeke was toen bij mij in supervisie en van mij leerde hij EMDR toe te passen. Vandaar dat sommigen mij wel eens 'de oma van de EMDR' noemen."

"Ik heb voor het Instituut voor Psychotrauma gewerkt, waar ik ook veel EMDR toepaste. Er werd op een gegeven moment een wetenschappelijk onderzoek opgezet met twee behandelgroepen, waarvan één EMDR, om de effectiviteit van de verschillende behandelingen te meten. Ik kwam in de behandelgroep terecht waar geen EMDR werd toegepast, waardoor ik dat een tijd niet kon doen. Dat was jammer, want ik maakte er graag gebruik van. Kort daarna kwam er een officiële opleiding. Ik vond het niet nodig om die te volgen, want ik paste het al jaren toe."

Hoe combineer je EMDR en oplossingsgerichte therapie?

"Bij oplossingsgerichte therapie (OT) ga je ervan uit dat je, ook bij een traumabehandeling, niet per se terug hoeft naar het verleden, naar het trauma. Het gaat in OT om wat werkt. *Exposure* bijvoorbeeld is niet altijd noodzakelijk.

Je kunt oplossingsgerichte vragen stellen zoals: 'Hoe heb je het overleefd?', bij een moeilijke jeugd of ander trauma. De cliënt kan dan diens eigen actieve rol gaan zien; het impliceert dat je zelf iets hebt gedaan om geen slachtoffer meer te zijn. Ook kun je vragen: 'Wat heb je ervan geleerd?' of: 'Hoe is het je gelukt later te vinden wat je tekort bent gekomen (bijvoorbeeld troost) en ervaringen op te doen die je hielpen?' Deze drie vragen kunnen ook verwerking op gang brengen omdat je met een andere focus kijkt. Niet vanuit 'slachtoffer zijn', maar vanuit kracht. EMDR of *exposure* is dan niet altijd nodig."

"Bij OT gebruik je vragen naar uitzonderingen om te onderzoeken wanneer het probleem minder of niet aanwezig is. Een probleem is immers nooit altijd en in dezelfde mate aanwezig. Als de wens van de cliënt is om minder nachtmerries te hebben (bij PTSS bijvoorbeeld), dan kun je de cliënt vragen wanneer er al minder nachtmerries zijn, en hoe dat hem of haar lukt. Vervolgens kun je de cliënt uitnodigen te registreren hoe de betere nachten

eruit zien, en dan nagaan wat er dan anders is, of wat de cliënt anders doet, zodat daar meer van gedaan kan worden."

"Natuurlijk kun je EMDR ook inpassen in oplossingsgericht werken. Je vraagt echter eerst altijd aan de cliënt: 'Wat werkt(e) voor jou?' Je ziet de cliënt als co-expert. Hij of zij heeft meestal veel in het eigen 'winkeltje' dat bruikbaar is. Je kunt daarnaast vertellen wat je als therapeut zelf in je winkeltje hebt, zoals EMDR, en dan samen kijken of dit geschikt is om dichterbij het doel van de cliënt te komen. Je maakt dan dus een combinatie van 'wat werkt' en EMDR. Dan is het 'een beetje van jezelf en een beetje van Maggi'."

"Dankbaar zijn helpt om mentaal gezond te blijven."

Fredrike Bannink

Hoe denk je over de positieve cognitie in het protocol? Dat onderdeel zal je vast wel aanspreken.

"Vroeger, toen de EMDR nog in de kinderschoenen stond, was er geen PC, die is later toegevoegd. Mijn ervaring is dat je die ook niet per se hoeft na te vragen, want die komt toch wel. En die kan ook weer anders zijn dan je van tevoren bedenkt."

Terwijl Fredrike dit zegt bedenk ik dat zij, vanuit het oplossingsgericht denken, waarschijnlijk niet zo'n boodschap heeft aan de gangbare probleemgerichte protocollen zoals bij EMDR, maar andere protocollen gebruikt. Zelf volg ik bij het toepassen van EMDR wel graag het protocol, en als ik iets zeg in de trant van de verkeerde NC uit het verkeerde domein, zegt Fredrike: "Het gaat om waar de cliënt zich goed bij voelt. Als die aan een eind van een sessie een PC verwoordt die op dat moment voor die persoon past, dan is dat goed. Je kunt dan altijd de NC nog even opnieuw navragen om te kijken hoe de cliënt daar dan over denkt. Bij de NC over schuld vraag je bijvoorbeeld: 'By the way, je zei eerder toch iets over schuld. Hoe denk je daar nu over?' Waarop de cliënt veelal zegt: 'O, dat idee is nu ook weg'."

Zo ken ik Fredrike: lekker eigenzinnig en transparant in

haar opvattingen. "In OT zul je, bij mensen die last hebben van schuldgevoel, ook aandacht besteden aan 'positive blaming': waar ben je schuldig aan in positieve zin? Met andere woorden: 'wat heb je wel goed gedaan? Noem eens tien dingen in je leven waar je positieve schuld aan hebt'. Dat is voor de balans."

Aansluitend vertelt Fredrike over een onderzoek dat is gedaan naar rouwverwerking. "Daaruit blijkt dat, als mensen zes maanden na bijvoorbeeld het verlies van een dierbare één positief ding kunnen noemen, (het maakt niet uit wat, bijvoorbeeld: 'ik ben dankbaar voor de jaren die we samen hebben gehad') de rouwperiode dan maanden korter duurt. Dat is belangrijk onderzoek waar je als therapeut weet van moet hebben en gebruik van moet maken. Daarmee help je mensen écht."

Je klinkt gedreven, en dat lijkt ook merkbaar in de hoeveelheid boeken die je schrijft over oplossingsgericht werken en positieve psychologie. Zie je je werk als een missie?

Fredrike denkt even na en zegt dan: "Ja, mijn missie is om een verschil te maken omdat ik denk dat hulpverlening beter, sneller en leuker kan. Ik voel een *drive* om de wereld in te trekken, boeken te schrijven en trainingen te geven in oplossingsgericht werken en positieve psychologie. Uit onderzoek blijkt dat OT niet beter werkt, maar wél sneller en leuker is dan probleemgerichte therapieën, ook voor therapeuten. Bij hen is minder sprake van burn out, van depressie en van secundaire traumatisering. Ik kom als trainer in verschillende instellingen en zie dan regelmatig teams die getraumatiseerd zijn, doordat ze zelf zoveel verschrikkelijke verhalen van cliënten aanhoren en die ook uitvoerig aan elkaar vertellen, bijvoorbeeld in intervisie of tijdens de lunchpauze. Zij hebben vaak zelf bijna geen veerkracht meer. Het is als traumabehandelaar van belang dat je nagaat hoe je goed voor jezelf kunt zorgen en het voor jezelf en je collega's leuk kunt houden."

"Dat missie-achtige heb ik trouwens van huis uit meegekregen: dat je iets doet voor de wereld. Mijn vader werkte als stuurman en later als loods. Hij was dus veel weg, maar daarnaast was hij vanuit idealisme ook nog voorzitter van een milieuvereniging en zat hij in de gemeenteraad. Vroeger had ik als meisje een poesiealbum, ken je dat? Hij schreef daarin: 'Lieve Fredrike, doe met moed je best voor het goed.' Dat is wat ik doe."

En dan op vrolijke toon: "Ik hoop dat ze op mijn crematie zeggen: ze heeft een positief verschil gemaakt."

Je lijkt een onverwoestbaar optimisme te bezitten. Hoe ga je zelf met verdrietige of ingrijpende gebeurtenissen om?

Fredrike is even stil en zegt dan: "Ik heb een gelukkig leven, een goeie man, leuke kinderen en leuk werk. Ik ervaar veel steun vanuit het gezin, dat is belangrijk voor me. En ik heb het optimisme ook van mijn moeder meegekregen, zij ziet de goede en positieve dingen van het leven. Het idealisme heb ik van mijn beide ouders. En verder helpt het me om dankbaar te zijn voor wat ik heb. Dat blijkt trouwens ook uit onderzoek binnen de positieve psychologie: dankbaar zijn is een vorm van positiviteit die helpt om mentaal gezond te blijven."



Fredrike Bannink is klinisch psycholoog en kinder- en jeugdpsycholoog.

Zij is supervisor/opleider van de VGct en mede-oprichter en voorzitter van de sectie Oplossingsgerichte Cognitieve Gedragstherapie.

Zij geeft trainingen in binnen- en buitenland, schrijft boeken en heeft een eigen praktijk.

Daarnaast is zij lid van het Mental Health Team van Artsen zonder Grenzen en werkt als mediator bij de Rechtbank Amsterdam.