

Vijf  
vragen  
aan...

# Mariëtte Groenendijk

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

Tekst: **Marjolein Geldermans**

Mariëtte Groenendijk is psychotherapeut, klinisch psycholoog en supervisor. Zij is gespecialiseerd in de behandeling van vroegkinderlijk chronisch trauma, en ze behandelt patiënten met complexe PTSS, hechtingsproblematiek en dissociatieve stoornissen (DIS). Daar geeft zij ook supervisie over. Jarenlang

werkte ze als teamleider en traumabehandelaar bij topreferent traumacentrum Transit (GGZ Centraal). Nu werkt zij in haar eigen praktijk De Binnenkijk met kinderen en jeugd, en ze heeft nog een aantal volwassen patiënten met dissociatieve stoornissen in behandeling.

## Wat zijn jouw belangrijkste ervaringen met EMDR bij mensen met een dissociatieve stoornis?

“EMDR geeft een enorme versnelling in de behandeling bij deze doelgroep. Een dissociatieve stoornis betekent dat er sprake is van structurele dissociatie, verankerd in de persoonlijkheid. Er is dan een opsplitsing in verschillende delen van de persoon, ieder met een eigen ‘ik-perspectief’. De traumatisering betreft mishandeling, misbruik en affectieve verwaarlozing door hechtingsfiguren, begonnen vóór het achtste levensjaar, waarbij de verwaarlozing de meeste impact heeft. Het kan bijvoorbeeld gaan om patiënten die als kind in de porno-industrie zijn ingezet. Aanvankelijk was behandeling met EMDR bij deze patiëntengroep nog pionierswerk. Vanuit Amerika werd er in de literatuur vaak gewaarschuwd vooral voorzichtig te zijn met EMDR bij dissociatieve stoornissen. Toch zijn we er bij Transit voorzichtig mee begonnen, en de eerste resultaten waren veelbelovend. De behandeling verloopt gefaseerd, en het aantal sessies in fase twee (de verwerkingsfase, waarin EMDR wordt toegepast) kan wel twee jaar in beslag nemen. Maar daarna nemen PTSS-klachten af, en nog belangrijker: komt integratie van dissociatieve persoonlijkheidsdelen in zicht.

Ik herinner me een vrouw met onvoorstelbaar ernstige traumatisering. Tijdens de behandeling zaten we samen in een eindeloze donkere tunnel en vroegen we ons af of we ooit licht zouden gaan zien. Toch hebben we doorgezet en we zijn er na drie jaar, met elke week een dubbele EMDR-sessie, uitgekomen. Zij is grotendeels van de PTSS-klachten af, is volledig geïntegreerd en ze heeft een goede baan en een partner. Het is nu zo’n beetje een missie van mij geworden om de mogelijkheid van behandeling met EMDR bij deze populatie over te dragen aan anderen en collega’s te scholen in hoe je dit verantwoord kunt doen. Je kunt veel betekenen voor mensen die zo ernstig getraumatiseerd zijn. Het zijn *survivors* en zij kunnen, als ze terug zijn in de maatschappij, vaak een betekenisvolle bijdrage leveren aan de samenleving.”

## De eerste fase van de behandeling van mensen met DIS is die van stabilisatie. Wat vind jij daarin het meest belangrijk?

“De gefaseerde behandeling (stabilisatie, verwerking en re-integratie) heb ik verder uitgewerkt in subfases, doelen en werkpunten per (sub)fase. In de stabilisatiefase zorg ik er bijvoorbeeld voor dat er voldoende veiligheid gecreëerd wordt op verschillende niveaus. Zowel in de

realiteit, als de therapiesetting en de werkrelatie, maar ook intern in de persoon zelf. De intern ervaren veiligheid bij DIS hangt onder andere af van de relatie tussen de delen van de persoonlijkheid onderling, en de bereidheid van alle persoonlijkheidsdelen tot samenwerking en *commitment* met de behandeling. Interne samenwerking is een belangrijk doel in de eerste fase. Er moeten afspraken te maken zijn over veiligheid (bijvoorbeeld over automutilatie en suicidaliteit). Verder gaat het in de eerste fase om vergroting van de draagkracht. Hierbij kun je ‘het melkkrukje’ gebruiken van Joany Spierings (zie *Praktijkboek EMDR*). Dat is een draagkrachttest met drie poten: affectregulatie, zelfcompassie en innerlijke verbondenheid.

Met de therapeut als enige hechtingsfiguur voor de patiënt kun je geen traumata gaan verwerken. Behalve aan verbreden of verdiepen van sociale contacten, kun je ook denken aan een gezonde leefstijl en het aanle-

*“Ik heb regelmatig gezien dat mensen opnieuw getraumatiseerd raakten door een te snelle EMDR-behandeling.”*

ren van allerlei vaardigheden, zoals alleen kunnen zijn, onderscheid maken tussen binnen- en buitenwereld, en het toepassen van zelftroost. Verder moet de persoon leren omgaan met symptomen van dissociatie en PTSS. Handig is dan het gebruik van werkboeken, zoals ‘Vroeger en Verder’ en ‘Omgaan met traumagerelateerde dissociatie’.

Deze eerste fase kan bij mensen met een DIS lang duren, soms wel een paar jaar. Soms is de tweede fase, de verwerking, niet haalbaar omdat de fobische angst voor de dissociatieve delen en de traumatische herinneringen niet overwonnen kan worden. Hierbij is het vaak niet alleen de cliënt die de confrontatie niet aandurft, maar ook de therapeut. Bij complexe PTSS echter kan de eerste fase veel korter zijn.

In de derde fase maken patiënten de overgang van over-

leven naar leven en overwinnen de fobie voor het gewone, dagelijks leven. Hier zoeken ze met een veranderd zelf- en wereldbeeld opnieuw een plek in de maatschappij, en er is aandacht voor zingeving.

Vooraf fase twee, het EMDR-traject, vraagt veel energie, vechtlust en doorzettingsvermogen van patiënten. Het is een soort marathon waar je niet echt voor kunt trainen. Het is belangrijk dit van te voren goed aan hen uit te leggen.”

### De meningen over het nut van een stabilisatiefase zijn in sommige gevallen verdeeld. Wat zie je als risico's als je de stabilisatiefase niet toepast?

“Het begint met een zorgvuldige diagnostiek: die is van groot belang. In de praktijk blijkt dat er vaker sprake is van structurele dissociatie dan hulpverleners in de gaten hebben. Dit wordt dan ook regelmatig over het hoofd gezien. EMDR-therapeuten zijn over het algemeen doeners: zij willen graag snel hulp bieden. Maar als je direct EMDR toepast bij iemand met een dissociatieve stoornis, richt je vaak alleen maar meer schade aan. Ik heb regelmatig gezien dat mensen opnieuw getraumatiseerd raakten door een te snelle EMDR-behandeling. De verdeelde binnenwereld is er immers om heftige emoties en onverdraaglijke herinneringen buiten het dagelijkse bewustzijn te houden. Als je dat overhoop haalt, kun je iemand ernstig ontregelen: de persoon kan suïcidaal worden of psychotisch en delen van de persoonlijkheid kunnen in een kettingreactie destructief gedrag gaan vertonen. Als ik weet dat iemand vroeg en ernstig getraumatiseerd is, dan zoek ik door middel van diagnostiek eerst goed uit of er sprake is van DIS. Pas als het nodige werk is verzet in fase één, stel ik een EMDR-plan op om fase twee goed te structureren. Hoe ga je de traumatische herinneringen ordenen en clusteren? Waar begin je met EMDR, en welke delen van de persoonlijkheid moeten wanneer betrokken worden? Dader imiterende delen moeten in elk geval deelgenoot gemaakt worden van het EMDR-plan om sabotage en destructieve reacties te voorkomen. Ik vind het overslaan van de stabilisatiefase onverantwoord en onveilig voor cliënten met ernstige hechtingen/of dissociatieve problematiek. Ook moet je practitioner zijn om EMDR verantwoord te kunnen toepassen bij dissociatieve stoornissen en werken vanuit de theorie van de structurele dissociatie van de persoonlijkheid van Van der Hart, Nijenhuis & Steele. Daarbij is het zeer aan te raden intervisie en supervisie te volgen.

### In het vorige nummer van EMDR Magazine stelde Yvonne Rosman de vraag aan jou: “Maak je gebruik van lichaamsgerichte methoden in de traumabehandeling bij patiënten met DIS, en zo ja, wat is dan je aanpak?”

“Bij Transit heb ik samengewerkt met een psychomotorisch therapeut. Wij deden samen EMDR-behandelingen in de gymzaal. Soms kom je er niet met alleen praten, en dan is iets lichamelijk ervaren een belangrijke aanvulling op de behandeling. Er was bijvoorbeeld een vrouw met een dissociatieve stoornis NAO, bij wie zoveel agressie loskwam tijdens de EMDR, dat ze een lichamelijke ontlasting nodig had om verder te kunnen. Met behulp van de psychomotorische therapeut heeft ze die agressie op dat moment kunnen kanaliseren.

Ik herinner me een andere patiënte die buiten bewustzijn was geraakt tijdens een poging tot verwurging door haar man. Zij raakte in haar beleving tijdens de EMDR in een tunnel, die ze ook had ervaren tijdens de wurging. Ze kwam daar niet meer uit, wat ik ook probeerde. Zij heeft toen ter plekke in de gymzaal die tunnel vormgegeven met behulp van aanwezig materiaal en is daar letterlijk doorheen gekropen. Daarna kon ze deze traumatische herinnering integreren.

Het gebeurt ook wel dat door de dissociatie het targetbeeld niet opgeroepen kan worden en er onvoldoende emotionele lading ontstaat. De SUD blijft dan laag. In het geval van een vrouw die regelmatig was misbruikt op een manege, hebben we in de gymzaal de situatie nagebouwd met hooibalen, en haar eigen rijbroekje van destijds erbij gehaald. Toen kon ze contact maken met haar gevoel en werd EMDR mogelijk. Een meer ervarings- en lichaamsgerichte aanpak als aanvulling op EMDR kan dus zeker een meerwaarde hebben. Maar je moet er ook voorzichtig mee zijn. Deze patiënten voelen vaak hun eigen grenzen niet, of geven deze niet aan. Het is belangrijk hier aandacht voor te hebben.”

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

“Merlijn van Eijk. Zij is practitioner-supervisor en werkt onder andere met kinderen met ernstige somatiek, en hun ouders. Ik zou haar willen vragen welke invloed het psychoanalytisch referentiekader en de hechtingstheorie hebben op de wijze waarop zij EMDR inzet bij deze doelgroep, en wanneer.”