

Verschillen tussen het Nederlandse EMDR-standaardprotocol en het originele protocol van Shapiro

Deel III: Machteloos makende targets

Tekst: **Hellen Hornsveld, Erik ten Broeke** en **Ad de Jongh** Illustraties: **Chiara Arkesteijn**

In een serie artikelen bespreken wij de belangrijkste aanpassingen in het Nederlandse EMDR-protocol ten opzichte van het originele protocol van Shapiro. In deze bijdrage gaan we in op 'machteloos makende *targets*'. Op dit punt hebben twee ontwikkelingen tot aanpassingen in het Nederlandse protocol geleid: ten eerste het besef dat de negatieve cognitie (NC) 'Ik ben machteloos' eigenlijk niet echt een *disfunctionele cognitie* is, en ten tweede de toenemende aandacht voor 'fantasieplaatjes' en de wijze waarop deze een plaats kunnen krijgen in de casusconceptualisatie.

Machteloosheid, in de zin van het ontbreken van controle, speelt in zekere mate bij iedere nare herinnering een rol; de activatie van de herinnering roept immers ongewenste emoties en spanning op en de persoon heeft daar geen controle over. Ook ten opzichte van een beeld met de negatieve cognitie (NC) 'Ik ben een loser' is er immers sprake van machteloosheid, zolang de herinnering niet neutraal aanvoelt. Er zijn overigens diverse redenen om te spreken van '*geheugenrepresentaties*' in plaats van '*herinneringen*': dat maakt duidelijk dat het niet altijd gaat om een ervaring die in het geheugen ligt opgeslagen, maar dat het ook kan gaan om andere mentale representaties die strikt genomen geen herinnering zijn, maar zich wel in het geheugen bevinden, zoals fantasieën over wat *er had kunnen gebeuren* (verleden), of over wat *er zou kunnen gebeuren* (toekomst). Hier wordt in het Nederlandse protocol dan ook, sinds een aantal jaren, expliciet naar gevraagd.

Een NC wordt, in navolging van Shapiro (2001), door De Jongh en ten Broeke (2003, p.71) beschreven als: '*de disfunctionele opvatting over zichzelf, als persoon, die door de 'targetherinnering' wordt opgeroepen*' (zie ook deel I, EMDR Magazine #12). Op grond van deze definitie worden in het protocol vragen gesteld als: "Wat zegt dat over jou als persoon?", en "Hoe noem je zo iemand?" Langzamerhand groeide – in ieder geval in Nederland – het besef dat in bepaalde gevallen deze vragen niet zo relevant zijn, of moeilijk te beantwoorden, en soms zelfs een beetje 'ongepast' zijn.

Neem bijvoorbeeld iemand met een intrusief beeld over de ontploffing tijdens de vuurwerkramp in Enschede; eigenlijk wordt er gevraagd: "Wat zegt het over jou, dat je nu zo machteloos bent?" Wat moet een patiënt daarop antwoorden? De patiënt is zichtbaar machteloos, zodra de herinnering wordt geactiveerd. Uiteraard kan het als disfunctioneel worden beschouwd als iemand zo sterk reageert op een mentale representatie van een gebeurtenis die al lang voorbij is, maar ook dan is het geen disfunctionele 'zelfopvatting'. Bepaalde geheugenrepresentaties brengen dus – bij activatie – reacties teweeg die niet worden gemedieerd door negatieve *zelfopvattingen*. Dit heeft ook consequenties voor het bepalen van de PC en de VoC. Met name bij het domein controle komt dit aan de orde.

Het domein controle

Op twee verschillende manieren kunnen geheugenrepresentaties machteloosheid induceren. De eerste categorie bestaat uit plaatjes waarbij de machteloosheid van destijds in het heden opnieuw wordt gevoeld. Dit kunnen *herbelevingsplaatjes* worden genoemd: het naaste toen is het naaste *nu*. Voorbeelden hiervan zijn: "Ik zie mijzelf daar staan in het ziekenhuis, aan het bed van mijn kind", en "Ik zie mijn vader dronken thuiskomen en mijn moeder in elkaar slaan." Soms gaat het om pure herbelevingen: de persoon kijkt weer door de ogen van toen en ziet zichzelf daarom ook niet in het beeld, bijvoorbeeld: "Ik zie die auto (weer) op mij af komen."

De tweede categorie 'machteloos makende *targets*' in het kader van EMDR betreft plaatjes die op zichzelf erg *naar en aversief* zijn, zoals van 'afgerukte ledematen', 'een verkoold lichaam' of een plaatje waarop te zien is 'hoe iemand erbij lag na een verkrachting'. Dit zijn plaatjes waarvan ook de maag van de therapeut zich kan omdraaien. Ook alle *flashforwards* en 'wat er had kunnen gebeuren'-plaatjes zijn min of meer per definitie (te) naar om te zien en maken dus machteloos; patiënten zeggen vaak letterlijk: "Ik moet daar niet aan denken", of "Ik kan daar echt niet tegen."

Het voorbeeld van een militair die in Afghanistan adequaat de verwondingen van zijn collega heeft verbonden, maar met terugwerkende kracht misselijk wordt bij de herinnering aan de buikwond met blootliggende ingewanden, verduidelijkt het verschil tussen de twee vormen van machteloosheid: hij was *toen niet* machteloos omdat hij wist hoe hij moest handelen (geen herbeleving van de machteloosheid van toen) maar *nu* wel (bij dit aversieve beeld).

Het onderscheid tussen beide vormen van machteloosheid is terug te vinden in de instructies in het EMDR-standaardprotocol. Op pagina 3 staat: "Indien het antwoord doet vermoeden dat het om controle gaat: de machteloosheid van toen wordt opnieuw gevoeld, of het plaatje is aversief en naar om te zien, vraag dan: 'Klopt het dat je je (opnieuw) machteloos voelt als je nu naar het plaatje kijkt?'. De therapeut wordt geacht het woord *opnieuw* wel of niet te gebruiken, afhankelijk van de situatie (het soort plaatje)."

Vanuit de visie dat de uitspraak '*ik ben machteloos*' bij een beeld, geen disfunctionele zelfopvatting betreft, maar meer een beschrijving van een 'ervaring' (het niet aankunnen), heeft het ook weinig zin om te vragen: "Wat zou je willen geloven over jezelf, in plaats van '*ik ben machteloos*'?" Dit was tot enkele jaren geleden toch de standaardvraag in het Nederlandse protocol, en nog steeds in het Amerikaanse. Therapeuten zullen de ervaring hebben dat het antwoord op deze vraag tot verwarrende en '*matter of fact*'-antwoorden leidt, zoals: "Dat ik sterker was geweest", of "Dat iemand me had geholpen." Antwoorden kortom, die – in combinatie met het target – weinig bijdragen aan 'de trein op de berg zetten', en die ook weinig sturing geven aan het verwerkingsproces. Bovendien leiden ze niet zelden ►





tot verwarring bij zowel de patiënt als de therapeut, terwijl de therapeut in zulke gevallen eigenlijk per definitie al weet waar het heen moet, namelijk: "Ik kan het (beeld) aan", omdat dit het enige alternatief is op de dimensie controle dat 'machteloos zijn' uitsluit.

Om deze reden wordt in recente versies van het Nederlandse EMDR-protocol aangeraden om de PC-selectie en de VoC-bepaling in dit soort gevallen geheel over te slaan. Zodra machteloosheid wordt vastgesteld, gebiedt het protocol om door te gaan naar stap 2.5, het vaststellen van de emotie. Er wordt dus vanuit gegaan dat het benoemen van de PC bij het *target* (be-

tekenisaspecten) weinig toevoegt, terwijl de trein wél een stuk verder de berg op gezet kan worden door te vragen naar de emoties bij het beeld, de SUD en naar waar de SUD wordt gevoeld (responsaspecten). Als de denkbeeldige trein zo hoog mogelijk op de berg staat, volgen de oogbewegingen, en wanneer de SUD is gedaald tot 0, kan de standaard PC 'Ik kan het aan' veelal moeiteloos worden geïnstalleerd. Immers, als de SUD 0 is, dan ligt het voor de hand dat de patiënt het plaatje 'aankan'. Het is in de praktijk geen enkel probleem dat dit niet eerst is uitgevraagd; het zal de patiënt immers niet zijn opgevallen dat de vraag naar de PC is 'overgeslagen'.



Targets in het 'controledomein' komen vaak voor. 'Ik ben machteloos' is vermoedelijk de meest gebruikte NC, zeker bij intrusieve beelden met een hoge SUD (veelal is er dan sprake van PTSS), maar ook (per definitie) bij alle geconstrueerde 'vreselijke' beelden.

Fantasie-plaatjes

Sommige patiënten lijken gehinderd te worden door beelden in hun hoofd die ze min of meer zelf geconstrueerd hebben. Er kunnen vier soorten worden onderscheiden: 1) 'wat er h ad kunnen gebeuren', 2) 'wat elders is gebeurd', 3) 'wat er zou k nnen gebeuren'

(flashforwards) en 4) 'overige geconstrueerde beelden'. Hieronder bespreken we ze kort.

Een beeld van 'wat er h ad kunnen gebeuren' kan bijvoorbeeld naar voren komen wanneer een ongeluk relatief goed is afgelopen. Het lijkt alsof het beeld van 'wat er h ad kunnen gebeuren' na afloop met veel arousal in het geheugen is vastgelegd. Het verklaart soms klachten als 'niet meer durven autorijden' na een lichte botsing. Voor de behandeling met EMDR maakt het niet uit of een geheugenrepresentatie wel of niet is gebaseerd op een feitelijke herinnering. Het proces verloopt in de regel wel sneller: ▶

het maakt natuurlijk wel uit of een automobilist een fictief plaatje in het hoofd heeft van 'een ongeluk waarbij hij een kind heeft doodgereden' of dat dit werkelijk is gebeurd.

Een trauma door wat een ánder is overkomen kan – sinds de DSM 5 – ook officieel tot een PTSS leiden. Het zogeheten A-criterium is verruimd ten opzichte van de DSM-IV-TR. De blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld mag nu ook tot stand zijn gekomen door: *'het vernemen dat de psychotraumatische gebeurtenis(sen) een naast familielid of goede vriend(in) is (zijn) overkomen'*. Deze verandering is tot stand gekomen op grond van observaties waaruit blijkt dat patiënten ook trauma's kunnen hebben van wat hun naaste is overkomen. Tijdens EMDR-therapie noemen patiënten vaak het moment dat ze het slechte nieuws kregen als naaste plaatje, waarmee ze in veel gevallen bedoelen dat dit toen het naaste moment was. Tegenwoordig wordt aangeraden om goed door te vragen, en dan blijkt dat de voorstelling die de patiënt zich heeft gevormd over hoe *het voor x moet zijn geweest* (om bijvoorbeeld levend te verbranden) het naaste plaatje is, en de therapeut kan hiermee dus beter direct starten, in plaats van te wachten of te hopen dat het in de associatiereeks 'van-zelf' voorbijkomt. Soms zijn twee beelden even naar: het beeld van zichzelf toen het nare bericht kwam (de machteloosheid van toen wordt nu weer gevoeld) en het geconstrueerde aversieve beeld. Een *split-screen* als target waarop beide nare beelden zijn te zien is dan een goede optie, al is het alleen maar omdat dit een SUD-verhogend effect heeft.

In tegenstelling tot plaatjes van 'wat er hád kunnen gebeuren' gaan *flashforwards* niet over het verleden, maar over de toekomst: over 'wat er zou kúnnen gaan gebeuren'. Het indicatiegebied is met name angststoornissen waarbij anticipatieangst op de voorgrond staat. In diverse vormen zijn *flashforwards* in het EMDR Magazine al aan de orde geweest, zoals in de rubriek 'Supervisie vragen' en in onze vorige bijdrage (schrikbeeldroute, zie deel II, EM#13).

Ten slotte is er een categorie van overige geheugenrepresentaties, waaronder achteraf gevormde beelden van wat de persoon is aangedaan in een toestand van bewusteloosheid, later ontstane beelden op basis van de verhalen van anderen, nachtmerries, terugkerende hallucinaties, en nare beelden van mensen die onder narcose of in coma zijn geweest. Als de casusconceptualisatie daar aanleiding toe geeft, is EMDR natuurlijk een goede optie.

Conclusie

In deze bijdrage hebben wij beargumenteerd dat de zoektocht naar een *'disfunctionele uitspraak over zichzelf met betrekking tot het beeld'* in het domein controle doorgaans geen zinvolle antwoorden oplevert. Het huidige Nederlandse EMDR-protocol is daarop aangepast door het advies om de desbetreffende delen over te slaan. Een andere ontwikkeling betreft het toegenomen besef dat 'geconstrueerde beelden' cruciaal kunnen zijn om de klachten van een patiënt te begrijpen. Ook daarop is het Nederlandse protocol aangepast. Uiteraard denken wij dat deze aanpassingen leiden tot een beter begrip, scherpere indicatiestelling en vooral tot verbeterde efficiëntie en effectiviteit bij het werken met het standaardprotocol. Het nadeel is echter dat het Nederlandse protocol in de loop van de tijd is gaan afwijken van het oorspronkelijke protocol van Shapiro, dat in de versie uit 2001 nog steeds geldig is in de meeste andere landen. Vooralsnog menen wij dat – in ieder geval wat betreft bovengenoemde wijzigingen – de voordelen opwegen tegen de nadelen. ■

Literatuur

- Ten Broeke, E., De Jongh, A., Hornsveld, H. (2016). Standaardprotocol EMDR. Beschikbaar via: www.emdr.nl
- De Jongh, A. & Ten Broeke, E. (2003). Handboek EMDR: een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma. Pearson Assessment and Information B.V.: Amsterdam.
- Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.). New York: Guilford Press.