

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

Deel II: de casusconceptualisatie

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

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 de casusconceptualisatie. Ook presenteren wij een schema dat recent door de gezamenlijke EMDR-trainers is ontwikkeld en sindsdien gebruikt wordt in de EMDR-opleidingen.

Vrij snel na de eerste publicaties over EMDR benadrukte Shapiro dat EMDR veel breder toegepast kan worden dan alleen bij PTSS. Haar visie is dat de meeste vormen van psychopathologie kunnen worden beschouwd als een gevolg van een of meer beschadigende gebeurtenissen. Ze werkte dit uit in het zogeheten *Adaptive Information Processing* (AIP) model (Shapiro, 2001). Binnen dit model wordt gesteld dat bij psychische klachten de informatieverwerking van grotere en kleinere nare gebeurtenissen niet goed is verlopen. Doorgaans worden ervaringen, hoe ingrijpend ook, verwerkt en geïntegreerd in bestaande 'neurale netwerken'. "Als de integratie van nieuwe informatie op de een of andere wijze niet goed verloopt, doordat de ervaring te heftig is, te zeer in strijd is met bestaande opvattingen, de draagkracht te beperkt is of de omstandigheden te ongunstig, dan blijven de ervaringen op een 'bevrozen', onverwerkte wijze in het geheugen achter. Ze oefenen door hun emotionele betekenis en lading een negatieve invloed uit op gedachten, gevoelens en gedragingen, ook als ze niet intrusief in het bewustzijn aanwezig zijn", aldus Shapiro. De patiënt heeft lang niet altijd een hulpvraag met betrekking tot deze ervaringen. Het AIP-model benadrukt niet alleen de schadelijke invloed van onverwerkte gebeurtenissen, maar ook het belang van het alsnog herstellen van deze 'oude wonden'. Volgens het AIP-model is EMDR-therapie bij uitstek geschikt om disfunctioneel opgeslagen herinneringen 'onschadelijk' te maken. EMDR zou de integratie van de nare ervaringen in bestaande kennis bevorderen, wat leidt tot vermindering van negatieve emoties en de opbouw van een adaptief cognitief kader. Daarbij gaat Shapiro uit van de interne wijsheid en het zelfhelend vermogen van de patiënt ("*Processing those memories allows us to learn what is useful and let go of the rest*").

Targetselectie

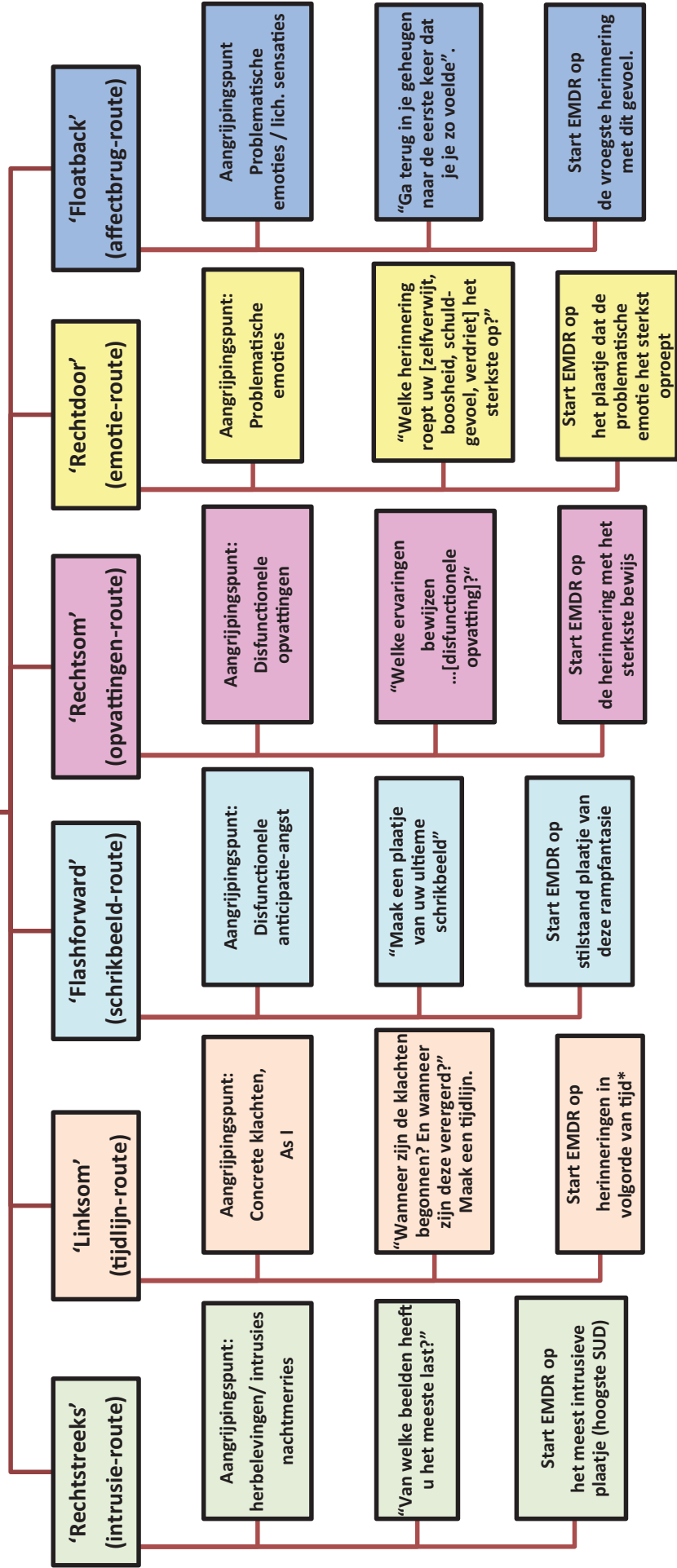
Een belangrijke vraag is welke geheugenrepresentaties relevant zijn om te bewerken in relatie tot de doelstelling van de behandeling. Shapiro heeft dit in feite niet expliciet uitgewerkt. In haar boek geeft ze prachtige voorbeelden van hoe zij zelf tijdens het anamnestic interview tot potentiële targets komt (pp 108-118). Het is echter erg moeilijk te bepalen of de zo gevonden herinneringen echt relevant zijn. In ieder geval is haar zoekstrategie moeilijk overdraagbaar. Meestal laten behandelaren in de Verenigde Staten de targetselectie aan de patiënt zelf over, door een sessie te beginnen met vraag: "*What incident would you like to work on today?*" Nederlandse EMDR-therapeuten die nog opgeleid zijn door Francine Shapiro of Gerry Puk (dus voor het jaar 2000) herinneren zich nog wel dat dit de eerste stap was van het vertaalde Amerikaanse EMDR-standaardprotocol.

Shapiro (2006) noemt nog een aantal vragen die aan patiënten kunnen worden gesteld om relevante herinneringen te identificeren. Daarvoor gebruikt ze een tijdslijn en ze stelt voor aan patiënten te vragen om hun tien naaste herinneringen te benoemen. Nadat aan de patiënt de SUD-schaal is uitgelegd, volgt de instructie: "*On this timeline, what are the most important events – good and bad – that formed the person you are today?*" Of: "*When are the times that things changed? (specifically ask for deaths/losses, including animals and humiliations.*" (Shapiro, 2006, p.34). Opvallend hieraan is de tamelijk ongerichte instructie. Bovendien is het onduidelijk of de toepassing van EMDR op deze herinneringen leidt tot vermindering van de klachten waarvoor de patiënt behandeling zoekt. ▶

Schema EMDR casus conceptualisatie

1. klachten en hulpvraag; DSM classificatie
2. relevante gegevens uit de anamnese
3. specificatie en analyse van de klachten die behandeld gaan worden.

Indicatie voor EMDR? Zo ja: welke zoekstrategieën



* eventueel beginnen met andere dominante geheugenrepresentatie of flashforward

Figuur 1



Floatback

Een andere manier voor het vinden van relevante herinneringen voor EMDR die Shapiro (2001) adviseert, is gebruik te maken van de zogeheten *floatback*-procedure. De patiënt wordt hiervoor gevraagd een situatie in gedachten te nemen waarin de klachten zich regelmatig voordoen: een recente aversieve situatie of een geanticipeerde moeilijke situatie. De therapeut vraagt dan hiervan een stilstaand beeld te vormen en de bijbehorende gedachten en emoties te benoemen. Vervolgens wordt de patiënt gevraagd terug te gaan naar een vroegere gebeurtenis of situatie waarin hij of zij ook zo dacht of zich ook zo voelde, het liefst uit de kindertijd: hoe vroeger, hoe beter. Als de patiënt op een herinnering stuit, wordt hierop vervolgens het EMDR-standaardprotocol toegepast (Shapiro, 2001; Solomon & Shapiro, 2008).

De *floatback*-methode komt uit de hypnotherapie en is gebaseerd op het principe van de affectbrug. Ook binnen de schematherapie is dit een bekende manier om tot de selectie van relevante herinneringen te komen voor imaginaire *rescripting*. Het voordeel van deze werkwijze is dat op gevoelsniveau direct duidelijk wordt hoe emotionele problemen in de actualiteit zijn verbonden met bepaalde kernegebeurtenissen uit het verleden van de patiënt. Het nadeel is dat niet op voorhand duidelijk is of de herinnering die op deze wijze worden 'gevonden' inderdaad

een betekenisvolle relatie hebben met het te bewerken klachtenpatroon. De therapeut heeft daarbij ook geen invloed op de volgorde van de thema's en herinneringen in de behandeling. Ook patiënten weten niet wat van hen wordt verwacht, en wanneer er zich meerdere herinneringen aandienen, weten ze niet goed welke ze moeten 'kiezen' (ten Napel-Schulz et al., 2011).

De conclusie is dat voor het gericht behandelen van de specifieke klachten waarmee de patiënt zich presenteert, binnen de Amerikaanse EMDR-werkwijze een duidelijke casusconceptualisatie ontbreekt, op basis waarvan de therapeut keuzes kan maken met betrekking tot selectie van de herinneringen en de volgorde waarin deze moeten worden bewerkt. Dit is vooral problematisch als therapeuten EMDR breder willen toepassen. Bij PTSS speelt dit probleem minder, omdat de patiënt herbelevingen en intrusies heeft die direct verwijzen naar de te behandelen herinneringen. Uiteraard zullen bij meervoudig trauma herinneringen eerst moeten worden geclusterd en geordend, maar in principe worden de meest intrusieve herinneringen als eerste behandeld. Deze werkwijze staat binnen de Nederlandse EMDR-literatuur bekend als 'Machteloosheid eerst' en viel vroeger onder de 'Linksom' werkwijze. Later spraken we van 'Rechtstreeks' en inmiddels van de 'Intrusieroute' (zie Figuur 1).

EMDR-therapie

Zoals hierboven beschreven is EMDR niet slechts een interventie voor PTSS (het standaardprotocol) maar inmiddels ook een specifieke *zienswijze* op psychopathologie. Welke *werkwijze* hoort er nu bij deze *zienswijze*? Uit onvrede met bovengenoemde procedures werd in Nederland het zogeheten 'Linksom-Rechtsom model' ontwikkeld, oftewel LORO (Ten Broeke & de Jongh, 2012). Dit model is in het buitenland nauwelijks bekend, maar in Nederland is het de basis geworden voor het doen en laten van vele EMDR-therapeuten. Inmiddels onderscheiden we, naast Linksom en Rechtsom, ook een intrusieroute, een emotieroute en een *flashforward*-route. Ook het identificeren en desensitiseren van positieve geheugenrepresentaties zou nog kunnen worden toegevoegd als afzonderlijke route.

Wat is een casusconceptualisatie?

In een casusconceptualisatie (CC) wordt geanalyseerd wat de belangrijkste problemen van een patiënt zijn, hoe deze in verband staan met elkaar en waar de aandacht als eerste op moet worden gericht. De diagnostiek begint meestal met een DSM-classificatie die de eerste aanwijzingen geeft voor de keuze van *evidence-based* behandelingen, zoals EMDR bij de classificatie PTSS (intrusieroute). Afhankelijk van de klachten van de patiënt en het theoretisch kader van de therapeut zal na de classificatie vaak nadere diagnostiek plaatsvinden: vanuit de CGt zullen FA's en BA's worden opgesteld, vanuit de schematherapie worden schema's en modi in kaart gebracht en binnen de EMDR gaat de therapeut op zoek naar geheugenrepresentaties van relevante beschadigende ervaringen. De keuze voor een theoretisch kader impliceert in de regel tegelijkertijd een voorkeur voor bepaalde interventies.

CC-schema

Figuur 1 geeft zes verschillende routes weer waarmee de therapeut vanuit de anamnese, het klachtenpatroon en de behandeldoelen tot targetselectie voor EMDR kan komen. Er is gezocht naar goede, nieuwe benamingen voor deze routes, en telkens is aangegeven wat de belangrijkste indicaties of aangrijpingspunten zijn. De vragen zijn vervolgens kenmerkend voor het zoekproces naar de samenhang tussen klachten en herinneringen. Afhankelijk van de gekozen route wordt binnen het EMDR-standaardprotocol begonnen met een 'herinnering' (Linksom, Rechtsom, *floatback*) of direct met een plaatje (intrusieroute, emotieroute, *flashforward*).

Indicatiegebied van EMDR

Het 'Formulier voor Casusconceptualisatie' (zoals dit moet worden ingevuld door EMDR-practitioners in opleiding) en

het hier gepresenteerde schema wekken wellicht de indruk dat álles met EMDR kan worden behandeld, maar zo is het allerminst bedoeld. De ervaring is wel dat EMDR in veel gevallen een toegevoegde waarde kan hebben en daarom een plek kan krijgen in het behandelplan van veel patiënten. De uitdaging is telkens om te taxeren wanneer en hoe EMDR aanvullend kan zijn. Bedacht moet worden dat EMDR op dit moment alleen voor PTSS (voldoende) wetenschappelijk wordt ondersteund. Dit betekent dat een behandelaar die EMDR wil toepassen voor een andere klacht dan PTSS, ook kennis zou moeten hebben van bestaande effectieve behandelingen voor de betreffende stoornis en deze ook moet kunnen uitvoeren. In ieder geval is een waarschuwing op zijn plaats voor het exclusief toepassen van EMDR buiten de behandeling van PTSS. Zorgverzekeraars Nederland heeft overigens wel 'goedkeuring'(!) verleend aan de toepassing van EMDR bij een breder toepassingsgebied dan PTSS, namelijk als EMDR een "onderdeel is van de behandeling van overige stoornissen, waarbij een psychotraumatische ervaring interfereert met de primaire stoornis." (zie ook de VEN-mail, 23 januari 2017)

Conclusie

Nederlandse aanpassingen van de wijze waarop een EMDR-behandeling kan worden vormgegeven, zijn in dit artikel geïllustreerd aan de hand van een nieuw ontwikkeld CC-schema. In Nederland wordt veel meer dan daarbuiten een onderscheid gemaakt tussen EMDR als interventie en EMDR als therapie (zienswijze, zoekstrategie en werkwijze). Er wordt verondersteld dat men een CC opstelt die niet uitgaat van *herinneringen* maar van *klachten* en op grond daarvan kiest voor EMDR, al dan niet in combinatie met andere interventies. Pas na het opstellen van de casusconceptualisatie in het algemeen en het specifieke behandelplan in het bijzonder neemt de therapeut in Nederland het EMDR-standaardprotocol ter hand. ■

Literatuur

- Jongh, A. de, & Broeke, E. ten (2003/2012). Handboek EMDR. Een geprotocolleerde behandelmethodede voor de gevolgen van psychotrauma. Amsterdam: Pearson.
- Jongh, A. de, Broeke, E. ten & Hornsveld (2016). EMDR standaardprotocol. Voor VEN-leden te raadplegen op www.emdr.nl.
- Napel-Schutz, M.C. ten, Abma, T.A., Bamelis, L., & Arnoud Arntz, A. (2011). Personality Disorder patients' perspectives on the introduction of imagery within Schema Therapy: A qualitative study of patients' experiences. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 482-490.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2006) *New notes on Adaptive Information Processing with case formulation principles, forms, scripts and worksheets version 1.1*. EMDR Institute.
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 315-325.

Reacties kunnen worden gestuurd naar het secretariaat.