

# Toepassingen van EMDR voor slachtoffers van seksueel geweld

Tekst: Gusta Boland

Seksueel geweld is tegenwoordig, zoals bekend, een A-criterium voor de diagnose PTSS, maar lange tijd was het een onderschat probleem. In 1972 was in een beroemd tekstboek voor psychiaters van Freedman en Kaplan nog te lezen dat 'incest nauwelijks voorkomt en amper verband heeft met psychopathologie'. In de jaren tachtig van de vorige eeuw hebben onderzoekers en vrouwenorganisaties veel werk verzet om seksueel misbruik als probleem erkend te krijgen. Inmiddels is het algemeen bekend dat het om een omvangrijk fenomeen gaat met grote gevolgen voor de slachtoffers. Alle redenen om hier in de cursus 'EMDR en seksueel geweld' nader op in te gaan. Iva Bicanic gaf een update van feiten, cijfers (zie factsheet) en recente ontwikkelingen in de multidisciplinaire opvang van slachtoffers, en liet daarbij enkele informatieve filmpjes zien. In het tweede dagdeel ging Ad de Jongh in op de behandeling met EMDR van (complexe) PTSS na seksueel geweld.

Seksueel geweld kan vele vormen aannemen, zowel 'hands-on' als 'hands-off' (zoals bijvoorbeeld bij *sexting*, zie EMDR Magazine #14) komen voor. Het stereotiepe beeld van de kinderlokker of van de man die plotseling uit de bosjes springt is nog steeds springlevend. In 85 procent van de gevallen is de dader echter een bekende van het slachtoffer. Uit onderzoek van Nel Draijer in de jaren 80 kwam naar voren dat zestien procent van de vrouwen als kind te maken heeft gehad met seksueel geweld door een familielid of huisvriend. De ongemakkelijke realiteit is dat iedereen slachtoffer zou kunnen worden van seksueel geweld. Een 'geruststellende' mythe is dat mensen denken dat het bij seksueel geweld helpt als slachtoffers zich meer zouden verzetten. Zeventig procent van de verkrachtingsslachtoffers pleegt uit angst echter geen actief verzet of werkt zelfs mee. "Liever verkracht dan dood", denken ze. Bij bijna vijftig procent is er ook sprake van *tonic immobility*, de ervaring dat je niet meer kan bewegen en niets meer kan zeggen. Achteraf komt dan de gedachte: "Waarom heb ik niet...?" Helaas krijgen slachtoffers vaak dergelijke beschuldigende vragen op zich afgevuurd, wanneer ze hun ervaringen delen. Dit wordt *victim blaming* genoemd, en kan schadelijker zijn dan de gebeurtenis zelf.

## Topje van de ijsberg

Seksueel geweld komt veel voor. Vrouwen zijn in negentig procent van de gevallen het slachtoffer en in zes procent de dader. Andere risicofactoren zijn leeftijd (14-24 jaar),

uithuisplaatsing, verstandelijke beperking en alcoholgebruik. De meest robuuste risicofactor om misbruikt te worden echter is eerder (niet verwerkt) seksueel misbruik: naar schatting de helft tot twee derde van de misbruikte kinderen wordt later opnieuw misbruikt. Seksueel risicogedrag en een negatief zelfbeeld spelen een rol bij revictimisatie, maar onderzoek wijst ook uit dat slachtoffers door PTSS (met name *emotional numbness*) het kompas kwijt raken, waarmee ze risicovolle situaties kunnen beoordelen en daar adequaat op reageren.

Het aantal slachtoffers dat zich meldt voor hulp vormt slechts het topje van de ijsberg. Uit een onderzoek van Iva en Ad onder 323 verkrachte meisjes en jonge vrouwen bleek dat het moment van hun eerste onthulling gemiddeld pas na 21 weken lag. Slachtoffers van misbruik zwijgen onder andere vanwege zware dreigementen van de dader (zie elders in dit nummer, p. 30) over wat hen zou worden aangedaan, als ze het zouden vertellen. Daarbij komt dat één op de vijf slachtoffers tijdens het misbruik een erectie krijgt of vochtig wordt. Dit verschijnsel heeft te maken met activatie van het stresssysteem en zegt niets over toestemming of opwinding, maar leidt wel tot nog meer schaamte en verwarring bij het slachtoffer. Bovendien ontstaat bij de helft van de misbruikte jongens onzekerheid over hun seksuele geaardheid. Deze verwarrende emoties en gedachten maken *disclosure* nog moeilijker.

Voor mensen die meteen durven te onthullen biedt het Centrum Seksueel Geweld op zestien locaties in Nederland een uitkomst. De politie werkt daar op één locatie samen met verpleegkundigen, artsen en psychologen om sporen veilig te stellen en problemen te voorkomen. Van slachtoffers wordt verwacht dat ze tijdens een verhoor in detail vertellen wat er is gebeurd. Dit maakt het doen van een aangifte moeilijk. Wat er precies is gebeurd, blijkt ook vaak moeilijk te bewijzen. Om in juridische zin van een verkrachting te kunnen spreken, moet er sprake zijn van het binnendringen van een lichaamsopening van het slachtoffer met aantoonbare dwang of geweld.

### De trauma-paradox

Hoe ernstiger de traumatisering, hoe kleiner de kans dat mensen een traumabehandeling volgens de richtlijnen krijgen. In de ggz wordt wel vaak begonnen met stabilisatie, maar de behandeling van de trauma's die PTSS veroorzaken worden vervolgens uitgesteld of niet uitgevoerd. Zo is de behandeling in klinieken voor eetstoornissen en verslavingen vaak voornamelijk gericht op de gevolgschade van de traumatisering, en worden de trauma's die ten grondslag liggen aan de klachten niet (eerst) aangepakt.

Uit een *review* van bestaand onderzoek blijkt dat er geen evidentie is voor de noodzaak van een stabilisatiefase, voorafgaande aan de behandeling van vroegkinderlijk trauma. Momenteel wordt deze vraag in Nederland nader onderzocht in drie verschillende *Randomized Controlled Trials* (RCTs). Uit onderzoek onder patiënten van de ggz-instelling PSYTREC is nu al gebleken dat mensen met, en mensen zonder vroegkinderlijk seksueel misbruik in de voorgeschiedenis even goed profiteren van een intensieve behandeling voor complexe traumatisering, zonder een voorafgaand stabilisatietraject. Ook werden bij mensen met, en mensen zonder het dissociatieve subtype van PTSS even goede behandelresultaten behaald. Na een overzicht van het onderzoek op dit gebied, bespreken de docenten tijdens de workshop enkele problemen en complicaties die vaak voorkomen tijdens de behandeling van ernstige PTSS na seksueel misbruik.

**Als de SUD onvoldoende daalt**  
Bij onvoldoende SUD-daling is het

van belang om te checken of de herinnering aan de traumatische gebeurtenis wellicht niet in het werkgeheugen zit, bijvoorbeeld vanwege angst van de patiënt om de controle te verliezen. Dit is een veelvoorkomend probleem bij ernstig seksueel trauma (zie ook het volgende blokje). Andere oorzaken van een niet dalende SUD zijn cognitieve vermijding van de patiënt, het door de therapeut onvoldoende streng *Back to target* gaan, of een onvoldoende belasting van het werkgeheugen. Mogelijkheden zijn dan snellere, onregelmatige oogbewegingen of meerdere zintuigmodaliteiten te combineren om de werkgeheugenbelasting te vergroten, bijvoorbeeld trillers, auditieve afleiding, de patiënt zelf laten tellen of ingewikkelde patronen laten tappen op de eigen bovenbenen. We oefenen in de workshop met de 'EMD-werkgeheugenknaller' (zie ook elders in dit nummer, p. 40) waarmee bij PSYTREC inmiddels goede ervaring is opgedaan: de therapeut moet de patiënt eerst extra ingewikkelde taps met gesloten ogen op de eigen bovenbenen laten doen (rechts, rechts, links, dan links, links, rechts, en weer rechts, rechts, links etc.), dan met de ogen gesloten het herinneringsbeeld ►



laten ophalen, vervolgens de ogen laten openen en dan snelle oogbewegingen laten uitvoeren, waarbij de patiënt ook nog eens zelf “tik-tak, tik-tak, tik-tak” zegt.

### Als patiënten niet durven

Als de patiënt de EMDR-behandeling niet aandurft kun je als therapeut uiteraard eerst de patiënt proberen te motiveren om toch de traumabehandeling aan te gaan en de herinnering in het werkgeheugen te brengen. Je kunt uitleggen hoe een sterke werkgeheugenbelastende taak ervoor zorgt dat de patiënt niet overspoeld kan raken tijdens de EMDR. Een andere krachtige strategie om angst voor de traumabehandeling te bestrijden is EMDR gericht op de *flashforward*. Je kunt dat inleiden door te vragen wat er in het allerergste geval zou kunnen gebeuren als de patiënt het trauma in gedachten neemt. Vervolgens kun je samen met de patiënt zoeken naar de ramp (bijvoorbeeld het schrikbeeld dat de patiënt decompenseert of ter plekke dood gaat) en naar de ramp achter de ramp (bijvoorbeeld totale sociale isolatie of suïcide). De behandeling richt zich dan eerst op de desensitisatie van deze *flashforward*, waarbij de NC standaard ‘machteloos’ (ten opzichte van mijn *flashforward*) is en de PC dus standaard ‘Ik kan het (plaatje) aan’. Gebruik daarbij zo nodig *cognitive interweaves* zoals: “Heb je weleens gehoord van iemand die dood is gegaan door heftige emoties?”, en “Wat maakt jou zo bijzonder dat het bij jou wel zou gebeuren?” Als de patiënt het echt te beschamend vindt om over de ervaring te vertellen, kun je als therapeut altijd nog de EMDR-behandeling *Blind to Therapist* (B2T) uitvoeren. Je zegt: “Hoe zou je het vinden als jij niets hoeft te vertellen over wat er is gebeurd? Het is wel nodig dat je de naaste details in je werkgeheugen stopt; het is immers maar een herinnering, en niet echt, en het is nu voorbij; je hoeft mij dus niets te vertellen. Denk er maar gewoon aan, en zodra je dat doet, dan ga ik je afleiden.” De ervaring met *Blind to Therapist* is dat veel mensen naderhand, als de SUD lager is, alsnog (de details van) hun ervaring willen delen.

### Bij abreactions en dissociaties

Er zijn in feite twee redenen om maximale werkgeheugenbelasting toe te passen. Een ervan is om de herinnering minder helder en minder naar te maken en de ander is om de patiënt binnen de ‘*window of tolerance*’ te houden. Als er sprake is van *abreactions* of dissociaties is het daarom aan te bevelen het tempo van de oogbewegingen hoog te houden met alleen korte perioden tussen de sets, als dat noodzakelijk is. “Pas altijd maximale werkgeheugenbelasting toe en gebruik verschillende modaliteiten”, raden de docenten aan, “en houd de patiënt, ook met de werkgeheugenbelasting, in het ‘hier en nu’.”

### Onvoldoende *shift* in cognities

Bij seksueel geweld in de vroege jeugd is een veelvoorkomende complicatie dat er weinig of geen verandering op cognitief niveau optreedt. De patiënt blijft er bijvoorbeeld heilig van overtuigd dat zij vies of schuldig is. In dat geval zijn *cognitive interweaves* essentieel. Ad de Jongh stelt voor om dan een vast setje van vier *interweaves* van het type “Doe maar net alsof...”, te gebruiken om weer beweging in het verwerkingsproces te krijgen. De eerste twee hebben betrekking op de dader: “Wat zou je nu tegen hem/haar (de dader) willen zeggen?” (bijvoorbeeld ‘Klootzak!’), “wat zou je met hem willen doen?” (bijvoorbeeld: hem heel hard wegtrappen), en dan: “Zeg/doe het maar.” De andere twee zijn gericht op het jonge slachtoffer: “Wat zou je vanuit hier (als volwassene) tegen hem/haar (je kleine zelf) willen zeggen?” (bijvoorbeeld: ‘Ik hou van jou’), en “wat zou je willen doen, wat troostend zou kunnen zijn?” (bijvoorbeeld haar op schoot nemen en stevig tegen me aan houden), en dan: “Zeg/doe het maar.”

### Als het vermijdingsgedrag blijft bestaan

Als er nog anticipatieangst en vermijdingsgedrag blijven bestaan, dan is het gebruik van EMDR gericht op *flashforwards* de eerste keuze. Maar vaak zijn er ook daarna nog steeds triggers die de patiënt in de weg zitten om bijvoorbeeld in een bos te gaan wandelen, of weer seks te hebben met een nieuwe partner. Dan is het nodig om deze *triggers* te desensibiliseren met behulp van de ‘*mental video check*’: een film die de patiënt in het hoofd afdraait om vast te stellen welke *cues* nu nog steeds spanning oproepen. Bij deze methode vraag je aan de patiënt om met gesloten ogen in verbeelding door een gewenste toekomstige situatie te gaan, van begin tot eind, en hardop te beschrijven wat hij of zij ziet. Spreek met de patiënt af dat, wanneer hij spanning voelt, hij de aandacht op het meest spannende aspect van die situatie moet richten en dan de ogen moet openen. Als de patiënt dit doet, is dat voor de therapeut het teken om een set oogbewegingen te maken. Daarna loopt de patiënt de film met gesloten ogen verder door, totdat hij opnieuw spanning ervaart en de ogen weer opent, etc. Dit minutieus doorlopen van de *mental video check* herhaal je net zolang – van begin tot eind – tot de patiënt nergens meer in het filmpje spanning voelt. Door deze interventie wordt het vermijdingsgedrag van de patiënt ten aanzien van een groot aantal situaties in het dagelijks leven aangepakt en verder voorkomen. Aansluitend zou je, als dat nodig mocht zijn, samen met de patiënt een passend gedragsexperiment (*exposure*-opdracht) kunnen voorbereiden en dit vervolgens uitvoeren.

## Kortom

Er is veel in positieve zin veranderd in de behandeling van de gevolgen van seksueel geweld. In de jaren tachtig is aan de weg getimmerd om seksueel geweld onder de aandacht te brengen. Onderzoekers en vrouwenorganisaties toonden de omvang van seksueel geweld en de tekorten in de toenmalige hulpverlening aan, en ontwikkelden opvang en psycho-educatie voor slachtoffers, samenwerkingsinitiatieven en cursussen voor hulpverleners, met als startpunt het onderzoeken van de eigen emotionele belemmeringen en tegenoverdracht in de behandeling van deze beladen ervaringen. Tegenwoordig bestaat het multidisciplinaire Centrum Seksueel Geweld met een landelijke dekking voor de eerste opvang van slachtoffers van seksueel geweld. Naast psycho-educatie, met ontschuldiging en normalisering als doel, is er ook toegang tot effectieve *evidence based* traumagerichte behandelingen, waaronder de diverse beschreven toepassingen van EMDR. Dit is een enorme verrijking.

Met hun cursus bieden Iva Bicanic en Ad de Jongh een boeiende en afwisselende presentatie met veel waardevolle en direct toepasbare kennis, en inzichten uit onderzoek en klinische ervaring. De deelnemers vertrokken weer met veel inspiratie en bruikbare tools. ■

Anmelden voor de cursus in 2018 kan via <https://psycho-trauma.nl/workshops/workshop-emdr-bij-seksueel-geweld/>

Zie voor literatuur op het gebied van seksueel geweld: <https://psycho-trauma.nl/praktische-info/downloadpaginas/seksueel-geweld/>

Een informatief college van Iva Bicanic over seksueel geweld is te vinden op: [https://nl.wikipedia.org/wiki/Seksueel\\_misbruik](https://nl.wikipedia.org/wiki/Seksueel_misbruik)

Literatuur over de activiteiten van de vrouwenorganisaties ten aanzien van seksueel geweld in de jaren 80 is op te vragen bij Gusta Boland, de auteur van dit artikel: [bolandgusta@gmail.com](mailto:bolandgusta@gmail.com)



Centrum Seksueel Geweld

# FACTSHEET

CIJFERS OVER SEKSUEEL GEWELD IN NEDERLAND

## KERNCIJFERS



100.000  
SLACHTOFFERS PER JAAR



## RISICOGROEPEN

VERKRACHTINGSRISICO  
TUSSEN 12 EN 24 JAAR  
4X ZO GROOT

VERSTANDELIJK  
BEPERKTEN  
4 KEER VAKER SLACHTOFFER

IN 6% VAN DE GEVALLEN IS DE  
DADER EEN VROUW

MEESTE DADERS  
KOMEN UIT FAMILIE- OF VRIENDENKRING

## TIJDENS VERKRACHTING

1 OP DE 5 KRIJGT EEN  
ERECTIE OF WORDT VOCHTIG  
DAT ZEGT NIETS OVER TOESTEMMING

50% VOELT ZICH  
VERLAMD

ALCOHOL  
GEBRUIK  
VERHOOGT HET RISICO  
OP SEKSUEEL GEWELD

## NA VERKRACHTING



30% VAN DE  
MISBRUIKTE  
KINDEREN  
VERTOONT  
GEEN  
SIGNALEN

7%  
RAAKT  
ZWANGER



FINANCIËLE GEVOLGEN  
2 MILJARD P.J.

2/3  
MAAKT ZONDER THERAPIE  
OPNIEUW  
SEKSUEEL GEWELD MEE

45% 65%

RISICO OP  
POSTTRAUMATISCHE  
STRESSSTOORNIS  
NA VERKRACHTING



BESCHULDIGEN VAN HET  
SLACHTOFFER IS VAAK  
SCHADELIJKER  
DAN DE GEBEURTENIS ZELF

[WWW.CENTRUMSEKSUEELGEWELD.NL](http://WWW.CENTRUMSEKSUEELGEWELD.NL)