

Anabel Gonzalez • Dolores Mosquera

EMDR

bij complex
trauma en
dissociatie

De progressieve
benadering



Uitgeverij Mens!

Inhoud

Voorwoord 17

1 Inleiding 21

Anabel Gonzalez en Dolores Mosquera

Om te beginnen wordt er een beschrijving gegeven van de uitdagingen die zich vaak voordoen tijdens het werken met EMDR als er sprake is van complex trauma en dissociatie, en maken we kennis met aanpassingen en alternatieve methoden om die uitdagingen te overwinnen. Deze worden in de volgende hoofdstukken nader beschreven. De inleiding zet de algemene toon voor de rest van dit boek: van praktijksituaties naar het theoretische model en praktijkgerichte voorstellen.

Fase 1: afnemen van de anamnese 22

Fase 2: voorbereiding 24

Fase 3 tot en met 7 28

Fase 8: herevaluatie 30

Samenvatting 31

2 Het abc van ernstige traumatisering 33

Anabel Gonzalez en Dolores Mosquera

In dit hoofdstuk worden de begrippen en termen uitgelegd die noodzakelijk zijn om de voorstellen die in dit boek gedaan worden, te kunnen begrijpen.

Enkelvoudig trauma en complex trauma 33

Dissociatieve stoornissen	34
Fasen van de behandeling	35
Is structurele dissociatie synoniem met dissociatieve stoornissen?	36
Dissociatieve delen bij dissociatieve stoornissen, dissociatieve delen bij structurele dissociatie en egotoestanden	36
Dissociatieve delen bij dissociatieve stoornissen	36
Dissociatieve delen van de persoonlijkheid bij structurele dissociatie	37
Egotoestanden	37
Het ogenschijnlijk normale deel van de persoonlijkheid (ANP) en het emotionele deel van de persoonlijkheid (EP)	38
Handelingstendenties	39
Primaire, secundaire en tertiaire structurele dissociatie	39
Primaire structurele dissociatie van de persoonlijkheid	40
Secundaire structurele dissociatie van de persoonlijkheid	40
Tertiaire structurele dissociatie	40
Dissociatieve fobieën	41
Integratie in de theorie van de structurele dissociatie van de persoonlijkheid	42
Het innerlijke systeem	43
Switchen	43
Disfunctionele gehechtheid	43
Emotieregulatie en de ‘window of tolerance’ voor emoties	46

3 Het AIP-model en structurele dissociatie: een voorstel om het kader uit te breiden 47

Anabel Gonzalez, Dolores Mosquera, Andrew M. Leeds, Jim Knipe en Roger Solomon

Het theoretische model achter EMDR, het Adaptive Information Processing Model (AIP), wordt geanalyseerd en gecombineerd met relevante begrippen die verband houden met ernstige en vroegkinderlijke traumatisering, de gehechtheidstheorie en recente onderzoeksbevindingen op het gebied van de neurologische ontwikkeling om zodoende tot een omvattend model te komen dat bij gevallen van structurele dissociatie als leidraad voor een EMDR-casusconceptualisatie kan dienen.

Niveau van mentaal functioneren bij ernstige traumatisering 49
Disfunctioneel opgeslagen informatie (DSI) en fragmentatie:
DSI is meer dan alleen herinneringen 57
Onveilige gehechtheid en disfunctioneel opgeslagen informatie 72
Samenvatting 78

4 Dissociatiebewuste communicatie 81

Dolores Mosquera, Anabel Gonzalez en Natalia Seijo

De behandeling van ernstig getraumatiseerde cliënten bestaat uit meer dan het toepassen van protocollen en procedures. De therapeut moet niet alleen vaardig zijn in therapeutische technieken, maar deze ook kunnen afstemmen op de individuele cliënt. De therapeut moet inlevingsvermogen bezitten en rekening houden met indirecte en non-verbale communicatie en de ambivalentie van de cliënt. Deze en vele andere zaken scharen wij onder de noemer 'dissociatiebewuste communicatie'.

Waarom is het belangrijk om dissociatiebewuste communicatie te gebruiken? 82

Dissociatiebewuste communicatie en fase 1 86

Dissociatiebewuste communicatie en fase 2 87

De veilige plek: het vertalen van 'stabilisatie' en 'veiligheid' 87

De installatie van hulpbronnen 88

Relationele aspecten 88

Fase 3 tot en met 7 en structurele dissociatie 89

Wanneer niet verwerken 89

Wanneer wel verwerken 89

Fase 8 90

Kenmerken van dissociatiebewuste communicatie 91

Indirecte communicatie 91

De relevantie van het onvertelde (non-realiserende) 92

Een wereld van tegenstellingen: de traumatische omgeving is ambivalent en tegenstrijdig 94

Multi-interpretabiliteit: meerdere betekenissen 95

Innerlijke communicatie 95

Het lichaam speelt een belangrijke rol in dissociatiebewuste communicatie 97

Interventies 97

Hoe EMDR te gebruiken bij cliënten die zich niet bewust zijn
van trauma 98

5 Het bevorderen van hogere-orde mentale functies: voorbij de installatie van hulpbronnen 103

Anabel Gonzalez, Dolores Mosquera en Andrew M. Leeds

In de behandeling van structurele dissociatie is het sterker maken van de cliënt een hoofddoel. Sommige benaderingen schetsen wel de noodzaak van werken met het innerlijke systeem van dissociatieve delen, maar voor een effectieve therapie met deze cliëntenpopulatie is dat niet het enige aspect om te overwegen. Sommige auteurs hebben geschreven over het belang van het bevorderen van diverse hogere-orde mentale functies, zoals mentaliseren, metacognitieve strategieën, mindfulness en dergelijke. In dit hoofdstuk wordt het belang van dit soort vaardigheden voor EMDR beschreven.

De installatie van hulpbronnen 104

EMDR en hogere-orde mentale functies 106

Hogere-orde mentale functies 107

Een ontwikkelingsperspectief 113

Een progressieve benadering van installatie tot verwerking:
de 'constant interweave' 115

Hogere-orde mentale processen die ontwikkeld moeten worden 116

Mentalisatie 117

Mindfulness 119

Meta-interventies 125

Differentiatie 128

Presentificatie en personificatie: realisatie 129

Het volwassen zelf 130

Werken met het volwassen zelf om gehechtheid te herstellen 132

Het bevorderen van zelfbeschikking bij de cliënt 133

Werken aan gezonde zelfzorgpatronen 134

Integratie versterken 134

Samenvatting 140

6 Gezonde zelfzorgpatronen introduceren 141

Anabel Gonzalez, Dolores Mosquera, Jim Knipe en Andrew M. Leeds

Therapie is zorg. Soms komt de cliënt bij ons in de therapieruimte zonder een duidelijke motivatie om beter te worden of voor zichzelf te leren zorgen. Een vroegkinderlijke omgeving van verwaarlozing en trauma beïnvloedt de manier waarop iemand voor zichzelf zorgt. In dit hoofdstuk wordt voorgesteld om als onderdeel van de voorbereidende fase van EMDR dit onderwerp met cliënten te verkennen en met hen te werken aan hun zelfzorgpatronen.

Gezond zelfzorgpatroon als begrip 151

Elementen van een gezond zelfzorgpatroon 151

Naar jezelf kijken met een 'zo positief mogelijke blik' 151

Naar jezelf kijken met een 'realistische blik' 151

Je eigen behoeften onderkennen en valideren 152

Adequate zelfbescherming: grenzen stellen en begrijpen
waarom dat nodig is 152

Evenwicht bereiken tussen onze eigen behoeften
en die van anderen 152

Zelfzorgpatronen onderzoeken 153

Lichamelijke zelfzorg 153

Eigen behoeften onderkennen en daar invulling aan geven 155

Een realistisch zelfbeeld 157

Zelfbeschadigend gedrag 158

Het verdragen en integreren van interpersoonlijk positief affect en
interpersoonlijke erkenning 160

Activiteiten ondernemen of relaties aangaan die positief zijn
voor jezelf 161

Hulp kunnen vragen en accepteren 162

De rol van overmatige gever 162

Adequate grenzen 163

Interventies 165

Psycho-educatieve interventies 165

Werken met het innerlijke kind 166

Werken met delen en zelfzorg 173

- Zelfzorg als vorm van emotionele zelfregulatie 174
- Techniek: voor de baby zorgen 175
- Het verdragen van positief affect 177
- Evenwicht creëren 178
- Herinneringen aan disfunctionele zelfzorgpatronen opnemen in het behandelplan 179
- Samenvatting 185

7 Toewerken naar integratie: cobewustzijn en verbinding 187

Anabel Gonzalez, Sandra Baita en Dolores Mosquera

Duale aandacht en cobewustzijn bereiken is niet gemakkelijk als er sprake is van structurele dissociatie. In dit hoofdstuk worden diverse procedures voorgesteld om duale aandacht of cobewustzijn te bevorderen, wat wordt beschouwd als een cruciaal onderdeel van de weg naar gezonde integratie van de persoonlijkheid.

Cobewustzijn 188

Cobewustzijn bij EMDR 189

Technieken die cobewustzijn bevorderen 190

- Het samen ervaren van neutrale stimuli in de buitenwereld 193

- Adaptieve informatie delen binnen het systeem 196

- Samen handelen in de buitenwereld 199

- Cobewustzijn tijdens traumawerk 202

- Verbinding bevorderen 203

- Techniek: de integratiefilm 209

Postintegratiewerk 209

Samenvatting 212

8 Het overwinnen van dissociatieve fobieën 215

Anabel Gonzalez en Dolores Mosquera

Het begrip dissociatieve fobie is afkomstig uit de theorie van de structurele dissociatie van de persoonlijkheid en biedt EMDR-therapeuten een omvattende routekaart voor de behandeling van deze cliënten. In dit boek worden fobieën opgevat als verschillende lagen die we tegenkomen op weg

naar de kern van traumatische herinneringen. Deze fobieën moeten worden overwonnen om op een veilige en effectieve manier toegang te krijgen tot die herinneringen en ze te verwerken.

Instandhouding van structurele dissociatie: dissociatieve fobieën 217

Dissociatieve fobieën 220

Actieve ingrediënten van EMDR en de verwerking van disfunctionele elementen 222

De procedure voor het overwinnen van fobieën 225

De fobie voor dissociatieve delen 225

De fobie voor gehechtheid aan de therapeut 232

De fobie voor gehechtheid 235

De fobie voor traumatische herinneringen 237

De fobie voor verandering, intimiteit en een normaal leven 238

Samenvatting 241

9 Werken aan blokkades en impasses 243

Dolores Mosquera, Anabel Gonzalez en Andrew M. Leeds

Soms kan dissociatie ervoor zorgen dat er onvoldoende overzicht en inzicht is, waardoor het niet helemaal duidelijk is welk doel er in de therapie zou moeten worden nagestreefd. Dit betekent niet dat er jaren gewacht moet worden totdat de cliënt er klaar voor is om met het EMDR-standaardprotocol aan de slag te gaan. In dit hoofdstuk gebruiken we voorbeeldcasussen om de dynamische aanpak voor het oplossen van niet-specifieke blokkades te illustreren die onderdeel is van de progressieve benadering die wij aanbevelen.

Mentale efficiëntie 245

Het oplossen van niet-specifieke blokkades 248

Wanneer kunnen we deze aanpak gebruiken? 250

Een casus 252

Samenvatting 271

10 Werken aan problemen in de therapeutische relatie met behulp van EMDR 273

Dolores Mosquera, Anabel Gonzalez en Andrew M. Leeds

Bij ernstig getraumatiseerde cliënten gaat het opbouwen van een goede therapeutische relatie met veel problemen gepaard die vaak te maken hebben met vervaagde grenzen in relaties tijdens periodes van traumatisering en verwaarlozing in de kinderjaren. In dit hoofdstuk wordt met korte voorbeeldcasussen geïllustreerd hoe je verschillende relationele situaties kunt herkennen en verkennen, en kunt uitzoeken ‘waar de cliënt die situaties heeft geleerd’.

Veelvoorkomende relationele situaties en wederkerige rollen in de therapie 277

Het hulpeloze kind versus de geïdealiseerde almachtige redder 277

Het behoeftige kind versus de volmaakte verzorger 280

Onderwerping versus dominantie 285

Slachtofferschap versus agressie 288

De verleider versus degene die verleid wordt 291

Ik realiseer me dat trauma niet versus ik beleef het trauma opnieuw 294

Controle versus een gebrek aan controle 297

Hoop houden versus radeloze wanhoop 300

Extreem schuldgevoel versus onverantwoordelijkheid of anderen de schuld geven 302

Interventies 305

Samenvatting 306

11 Werken aan ambivalentie, verdedigingsmechanismen en motivatie voor de therapie 309

Dolores Mosquera, Anabel Gonzalez en Andrew M. Leeds

Bij deze groep cliënten kunnen we niet uitgaan van motivatie als voorwaarde om aan therapie te kunnen beginnen. Als we dat wel zouden doen, zouden we het risico lopen de meest beschadigde cliënten links te laten liggen, namelijk degenen die niet geloven dat ze het verdienen om beter te worden, degenen die zichzelf de schuld geven van het misbruik of de mishandelingen of degenen van wie de vaardigheden op het gebied van zelfzorg zijn aangetast. Ambivalentie, verschillende vormen van

verdedigingsmechanismen en een gebrek aan motivatie zijn symptomen van vroegkinderlijke traumatisering. In dit hoofdstuk worden enkele mogelijkheden beschreven om met dit soort problemen om te gaan.

Werken aan motivatie 317

Motivatie tijdens verschillende fasen van het therapieproces 321

De beginfase 321

De middenfase 322

De fase van het traumawerk 322

De latere fasen van de therapie 323

Een therapiecontract met de dissociatieve cliënt: onderhandelen met een vijandig deel 326

Samenvatting 334

12 Traumaverwerking bij structurele dissociatie 335

Anabel Gonzalez, Dolores Mosquera en Janina Fisher

Traumaverwerking is ook bij complex trauma een cruciaal onderdeel van EMDR, maar de standaardprocedure zal in veel opzichten moeten worden aangepast. In plaats van een alles-of-nietsaanpak, waarin het verwerken van trauma een specifieke, opzichzelfstaande therapiefase is, wordt een progressieve manier van het introduceren van traumaverwerking voorgesteld, die de kern vormt van de in dit boek gepresenteerde 'progressieve benadering'.

Het verwerken van perifere elementen: de vingertopstrategie 338

Stappen tijdens het toepassen van de vingertopstrategie 341

Traumaverwerking bij structurele dissociatie: hoe gaan we te werk? 351

1 Een geleidelijke benadering 351

2 Richting bieden 352

3 Fractioneren 354

4 Synthese 363

Samenvatting 365

13 De ontmoetingsplek bij EMDR 367

Anabel Gonzalez, Dolores Mosquera en Roger Solomon

De 'ontmoetingsplek' is een procedure waarin verschillende in dit boek voorgestelde benaderingen kunnen worden gecombineerd. Uitgaand van deze specifieke toepassing van de ontmoetingsplek worden zelfzorgpatronen geïnstalleerd, hogere-orde mentale functies bevorderd, dissociatieve fobieën en blokkades opgelost en kunnen nog allerlei andere procedures worden uitgevoerd. Het idee van werken vanuit de ontmoetingsplek introduceert een integratief perspectief van waaruit met het innerlijke systeem kan worden gewerkt.

De dissociatieve tafel 367

De ontmoetingsplek: een aangepaste dissociatieve tafeltechniek voor het werken met EMDR bij structurele dissociatie 369

Bilaterale stimulatie op de ontmoetingsplek 369

Het creëren van de ontmoetingsplek 370

Werken met het volwassen zelf 371

Het bevorderen van gezonde zelfzorgpatronen 373

Oriëntatie in de tijd (presentificatie): 'Het gevaar van de kindertijd is voorbij' 376

De beeldschermtechniek 377

De ontmoetingsplek als een manier om communicatie en samenwerking te bevorderen en het (metacognitieve) integratievermogen te verbeteren 381

Variaties op de ontmoetingsplek 386

Samenvatting 389

Bijlage Relational Problems Questionnaire (RPQ) 391

Dolores Mosquera, Anabel Gonzalez en Andrew M. Leeds

Referenties 397

Over de auteurs 415

1 Inleiding

Anabel Gonzalez en Dolores Mosquera

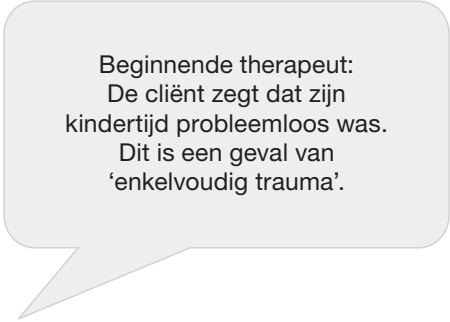
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is ontwikkeld als behandeling voor een posttraumatische-stressstoornis. Het is een gestructureerde benadering waarin acht fasen worden gevolgd, namelijk het afnemen van de anamnese (fase 1), voorbereiding en stabilisatie (fase 2), verwerking van traumatische herinneringen (fase 3 tot en met 7) en herevaluatie (fase 8). Bij EMDR worden elementen uit verleden, heden en toekomst in chronologische volgorde benaderd. Wanneer er sprake is van een enkelvoudig trauma kan het heel eenvoudig zijn om de fasen in deze volgorde te doorlopen, maar bij cliënten met complex trauma worden therapeuten vaak voor grote uitdagingen gesteld als ze de standaardprocedures willen toepassen. In dit boek proberen wij enkele van de basisaspecten te beschrijven die EMDR-therapeuten moeten begrijpen om bij ernstigere gevallen beter uit de voeten te kunnen met EMDR. Daarnaast beschrijven we enkele variaties op de traditionele aanpak van EMDR die in onze ervaring nuttig kunnen zijn voor de behandeling van mensen met dissociatieve stoornissen en complex trauma.

Om de meeste van de in de volgende hoofdstukken beschreven procedures te kunnen begrijpen, is het belangrijk eerst vertrouwd te raken met de theorie van de structurele dissociatie van de persoonlijkheid (Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006/2010). Wij zijn van mening dat het heel zinvol is om dit model in het achterhoofd te houden, omdat het behandelen van complex trauma zonder helder en volledig theoretisch kader tot verschillende problematische situaties kan leiden. In hoofdstuk 2 geven we een korte beschrijving van enkele van de basisbegrippen die in dit boek worden genoemd.

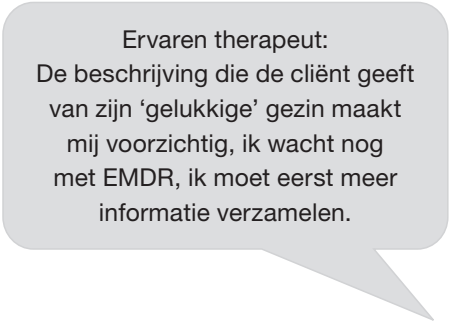
Tijdens de behandeling van ernstige gevallen (cliënten met complex trauma, dissociatieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en andere diagnoses binnen de categorie ernstige traumatisering) kunnen er in de verschillende fasen van het standaard EMDR-protocol problemen ontstaan. Geconfronteerd met dit soort moeilijke situaties kunnen beginnende en ervaren therapeuten verschillend reageren. In de komende paragrafen beschrijven we enkele moeilijkheden die wij tijdens het behandelen van complex trauma in elk van de fasen van het standaard EMDR-protocol zijn tegengekomen.

Fase 1: afnemen van de anamnese

Een cliënt noemt een enkelvoudige traumatische episode die zich in het afgelopen jaar heeft voorgedaan als de oorzaak van zijn problemen. Hij vertelt dat hij, sinds hij betrokken was bij een aanrijding, bang is voor veel situaties en erg wantrouwig is geworden tegenover andere mensen, vooral wanneer het gaat om de nabijheid tot anderen of het opbouwen van intieme relaties. Hij vermeldt geen problemen die voor dit incident al speelden en beschrijft zijn kindertijd als ‘gelukkig’, zonder hierover verder details te geven. Hij zegt dat voor het ongeluk alles oké was, maar de feitelijke gevolgen van het recente trauma zijn niet ernstig genoeg om het zo heftige en op meerdere levensterreinen spelende actuele probleem te kunnen verklaren (hij is niet gewond geraakt en de auto had alleen een oppervlakkige kras aan de zijkant doordat hij maar 30 km per uur reed).



Beginnende therapeut:
De cliënt zegt dat zijn
kindertijd probleemloos was.
Dit is een geval van
‘enkelvoudig trauma’.



Ervaren therapeut:
De beschrijving die de cliënt geeft
van zijn ‘gelukkige’ gezin maakt
mij voorzichtig, ik wacht nog
met EMDR, ik moet eerst meer
informatie verzamelen.

Wanneer we begrijpen dat bepaalde geheugennetwerken wellicht in een ander deel van de persoonlijkheid zijn opgeslagen (Van der Hart et al., 2006/2010), wordt ons beeld vollediger en krijgen we meer inzicht in de manier waarop we deze cliënten zouden kunnen benaderen. Het is mogelijk dat een bepaalde groep herinneringen tijdens de eerste fase van het EMDR-protocol simpelweg nog niet toegankelijk is (amnesie).

Sommige cliënten zijn zich er wel van bewust dat ‘er puzzelstukjes ontbreken’ aan hun autobiografische herinneringen, maar bij andere is dit helemaal niet het geval. En soms herinneren cliënten zich dingen wel, maar voelen ze daar zoveel schaamte of angst over dat ze er niets over kunnen zeggen, in elk geval niet zolang er nog geen sterke therapeutische vertrouwensband tot stand is gekomen.

Een andere situatie die wij vaak zijn tegengekomen, is dat cliënten niet beseffen dat hun huidige symptomen samenhangen met traumatische ervaringen die ze eerder hebben opgedaan. Sommige cliënten hebben er moeite mee om de triggers voor hun problemen in het heden te herkennen. Dat zou alarmbellen moeten doen afgaan bij een EMDR-therapeut, omdat juist de non-realiserende van trauma een cruciaal aspect is van ernstige traumatisering. Als een cliënt zich niet bewust is van de mate waarin het trauma van invloed is op zijn of haar huidige probleem, kan de therapeut ervan uitgaan dat ook dit een gevolg van het trauma is.

Ernstig getraumatiseerde cliënten vragen om voorzichtigheid. We moeten deze onderwerpen niet al tijdens de eerste sessies grondig willen verkennen. Tijdens de behandeling van ernstige traumatisering is het van het grootste belang om het tempo van het proces te verlagen en aan te passen aan het tempo van de cliënt zelf. Tegelijkertijd is het zeer belangrijk om, als we de problematiek van de cliënt in kaart willen brengen, niet alleen af te gaan op de informatie die de cliënt zelf geeft, maar ook op informatie over zaken die de cliënt ons nog niet wil (of kan) vertellen. In hoofdstuk 4 gaan we dieper op dit onderwerp in als we dissociatiebewuste communicatie bespreken.

In veel Europese landen was men een tijdlang geneigd om de stabilisatiefase lang te laten duren en te wachten tot de cliënt ‘klaar’ is voor de verwerking met behulp van EMDR. Tegenwoordig is er ook een tendens om juist snel te starten met traumabehandeling en weinig aandacht aan de stabilisatiefase te besteden. Wij vinden de stabilisatiefase belangrijk, maar maken ons zorgen over de uitgestrekte periode (jaren soms) die sommige therapeuten hiervoor uittrekken, of het juist overslaan van de

stabilisatiefase. Een van de voornaamste uitgangspunten die wij in dit boek naar voren willen brengen is geleidelijke interventie. In het geval van ernstige traumatisering kan een stapsgewijze manier van werken zeer zinvol zijn. Een alles-of-nietsaanpak is volgens ons bij mensen met ernstige traumatisering niet effectief. Wachten tot de cliënt er klaar voor is om te werken met een standaardprocedure voor traumatische herinneringen komt in feite neer op: eerst de cliënt genezen en dan pas EMDR toepassen.

Fase 2: voorbereiding

Een bijzonder ingewikkeld probleem bij ernstig gedissocieerde cliënten is in onze ervaring de installatie van een veilige plek (Safe Place Installation, SPI), zoals beschreven door Mattheß (2008) en Lanius (2008). Het is zelfs zo dat wij geloven dat de installatie van een veilige plek als een screeningsmethode voor dissociatie kan fungeren. Iemand die is opgegroeid binnen een gezin waar mishandeling en/of misbruik regelmatig voorkwam, heeft zich mogelijk nog nooit 'veilig' gevoeld. De mensen die geacht worden veiligheid te bieden, zijn in die gevallen juist vaak dezelfde mensen die het kind ook beschadigen. Bij deze groep cliënten zijn de plekken die we als mens opzoeken om beschutting te vinden of intimiteit te ervaren vaak direct gekoppeld aan traumatische herinneringen. Het is dus begrijpelijk dat pogingen om een veilige plek te creëren bij deze cliënten associaties met traumatische herinneringen oproepen. Soms is het woord 'veilig' op zichzelf al een trigger.

Beginnende EMDR-therapeut:

Toen ik een veilige plek probeerde te installeren kwam de cliënt in een toestand van hyperarousal terecht.

EMDR is in dit geval riskant.

Ervaren EMDR-therapeut:

Voordat de cliënt toe is aan EMDR moet ik eerst veel tijd besteden aan de stabilisatie.

‘veilige plek’ te wijzigen in ‘helende plek’. De auteurs definiëren dit als een denkbeeldige plek waar mensen tijdens een crisissituatie naartoe kunnen gaan, als ze zich overspoeld voelen, of tijdens het therapeutische werk. De therapeut zegt dan iets tegen de cliënt als: ‘Dit is een moment om voor jezelf te zorgen en een proces van diepgaande innerlijke zorgzaamheid mogelijk te maken. Het is een moment om alle aspecten van je zelf uit te nodigen, alle delen van je geest en je ziel, om samen een helende plek te creëren. Deze plek bestaat alleen in je verbeelding. Het is een nieuwe ruimte waar jij je kunt bekommeren om je hele geest, lichaam en ziel.’ Deze benadering is vergelijkbaar met bepaalde elementen die wij in hoofdstuk 6 over zelfzorgpatronen zullen beschrijven.

Andere auteurs, zoals Twombly en Walthan (2008), stellen andere strategieën voor om de moeilijkheden met het installeren van een veilige plek bij deze cliënten te overwinnen. Al die benaderingen zijn heel nuttig, maar het grote aantal strategieën dat is bedacht voor het omgaan met dit soort moeilijkheden geeft wel aan hoe ingewikkeld deze interventie is voor cliënten met een dissociatieve stoornis.

Het ontwikkelen en installeren van hulpbronnen (Resource Development and Installation, RDI) is in onze ervaring weliswaar minder problematisch dan de installatie van een veilige (of helende) plek, maar dient evenmin als een eenvoudige, onschuldige interventie te worden beschouwd. Sommige van de moeilijkheden die tijdens het installeren van hulpbronnen kunnen ontstaan, zijn beschreven door Leeds, die het protocol voor het verdragen en integreren van positief affect heeft ontwikkeld (2007), een methode voor het werken met cliënten met gehechtheidsproblematiek.

Soms verandert ieder positief element (de installatie van een veilige plek of hulpbronnen) in iets negatiefs, zoals in het volgende voorbeeld:

Therapeut: [Probeert een veilige plek te bedenken.] Het zou prettig kunnen zijn als je, wanneer je je slecht voelt, je toevlucht zou kunnen zoeken tot een denkbeeldige veilige plek; denk je dat je dat zou kunnen?

Cliënt: Nee, dat lukt niet. De reden daarvoor is simpel: ik kan me wel prachtige dingen voorstellen, maar die veranderen vervolgens altijd weer in nachtmerries en als ik daar eenmaal in zit, kom ik er niet meer uit... ik kan geen denkbeeldige veilige plek bedenken omdat alles wat eerst plezierig is, misvormd raakt en onaangenaam wordt.

T: Dus je denkt dat het niet mogelijk is om een veilige plek te vinden?

C: [Geagiteerd.] Nee, dat zeg ik toch. Ik kan het gewoon niet, eerlijk waar. Ik probeer echt niet moeilijk te doen.

Wanneer er sprake is van structurele dissociatie, kunnen de hulpbronnen opgesloten zitten in gedissocieerde fragmenten die verloren herinneringen bevatten. In veel gevallen geldt dus dat wanneer we de cliënt valideren of sterken, we eigenlijk het ogenschijnlijk normale deel van de persoonlijkheid (Apparently Normal Part of the Personality, ANP) valideren (Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2003, 2008). Als we dat doen in een competitief innerlijk systeem waarin verschillende delen strijden om de controle, kunnen we door sommige dissociatieve delen als ‘bondgenoot van hun concurrent’ worden beschouwd, wat vijandige reacties oproept bij die delen van de persoonlijkheid die zich daardoor bedreigd voelen.

Natuurlijk betekent dit niet dat de installatie van een veilige plek of het ontwikkelen van hulpbronnen bij cliënten met structurele dissociatie niet heel nuttige interventies kunnen zijn. We willen er alleen op wijzen dat iedere interventie, of het nu gaat om een veilige plek, hulpbronnen of het verwerken van disfunctionele elementen met behulp van bilaterale stimulatie, voor deze cliënten problematisch kan zijn als die interventie geen deel uitmaakt van een groter therapeutisch kader waarin rekening wordt gehouden met de specifieke structuur van het innerlijke systeem van de individuele cliënt.

Het is belangrijk om te begrijpen dat deze structuur in veel gevallen aanvankelijk nog niet helemaal duidelijk is en soms pas duidelijker wordt of verandert naarmate we stappen voorwaarts zetten in het therapieproces.

De specifieke vaardigheden die bij ernstig getraumatiseerde mensen moeten worden versterkt, worden in hoofdstuk 5 en 6 van dit boek beschreven: zich kunnen oriënteren in de tijd, onderscheid kunnen maken tussen verleden, heden en toekomst, en tussen de innerlijke wereld en de buitenwereld, werken met het volwassen zelf en gezonde zelfzorgpatronen ontwikkelen en installeren. Relaties zijn een enorme uitdaging voor deze cliënten. In hoofdstuk 10 beschrijven we veelvoorkomende problemen met betrekking tot relaties en specifieke EMDR-procedures om ze te overwinnen. Verder beschrijven we in hoofdstuk 5 en 8 een aantal alternatieve procedures, waarin, voorafgaand aan het werken met

Deze nadruk op veiligheid en stabilisatie bij dissociatieve cliënten voordat EMDR kan worden gebruikt, is zeker begrijpelijk. Maar, zoals we al eerder zeiden, als we deze aanbeveling strikt opvolgen, betekent dat in feite dat cliënten volledig hersteld moeten zijn voordat ze met behulp van EMDR aan trauma's kunnen gaan werken en dus negatieve aspecten kunnen gaan verwerken. Praktisch gezien moeten we dan eerst contact maken met elk afzonderlijk dissociatief deel, de ANP versterken, het innerlijke conflict oplossen, de voornaamste symptomen en huidige problemen van de cliënt verminderen en dan, uiteindelijk (en nooit eerder dan op dat moment) overgaan tot de verwerking van traumatische herinneringen met behulp van EMDR.

Deze interpretatie van het advies leidt in veel landen tot een verkeerd gebruik van EMDR. We beschikken over een fantastische therapeutische methode, maar we kunnen die pas gebruiken als het moeilijkste deel van het therapeutische werk al achter de rug is; een proces dat jaren in beslag kan nemen. Het moge duidelijk zijn dat we in dit soort gevallen niet op dezelfde manier te werk kunnen gaan als we normaal gesproken zouden doen bij een geval van enkelvoudige PTSS. Daarom zijn wij van mening dat er andere interventies nodig zijn die het ons mogelijk maken onze therapeutische technieken zo snel mogelijk en op een veilige manier in te zetten.

Een andere kwestie is hoe en wanneer de traumatische inhoud zou moeten worden benaderd. Het standaardprotocol dat therapeuten wordt aangeleerd tijdens de Basistraining EMDR voldoet niet altijd bij ernstige traumatisering, waarbij het trauma chronisch en op een overweldigende manier aanwezig is. Verschillende variaties hierop zijn al voorgesteld voor dergelijke gevallen, zoals het omgekeerde protocol van Hofmann (2004) en de alternatieve methoden van Leeds (2009).

De vraag wanneer te beginnen met traumaverwerking is een lastige, die zich aandient wanneer er wordt gedacht vanuit een alles-of-nietsaanpak. Wij zijn voor een progressieve benadering voor het omgaan met traumatische inhoud, waarbij elementen van de verwerking al tijdens de stabilisatiefase worden geïntroduceerd en de hulpbronnen voor de stabilisatie worden geïntegreerd in het traumawerk. Net als bij het afpellen van een ui komen we steeds dichterbij de kernherinneringen, van buitenaf naar binnen. Vaak wordt voor het beschrijven van EMDR-verwerking de metafoor van de hand gebruikt. In de standaardprocedure beginnen we bij de ergste herinnering (de rug van de hand), en eindigt het associatieve proces (de vingers) met twee of meer neutrale of positieve associaties. Bij

ernstig getraumatiseerde cliënten kan een aanpak waarin wordt begonnen met de traumatische kernherinnering overweldigend zijn en tot nieuw trauma leiden. Daarom stellen wij voor te beginnen met de nasleep van het vroegkinderlijke trauma, en in eerste instantie te verwerken wat zich aan de vingertop bevindt, om vervolgens steeds dichterbij het moeilijkste deel te komen. We noemen deze interventie de vingertopstrategie.

In antwoord op de vraag hoe de verwerking aan te pakken als we eenmaal voldoende stabilisatiewerk hebben verricht en perifere elementen hebben verwerkt, zijn er verschillende aanpassingen aan het standaardprotocol voorgesteld. Die aanpassingen kunnen in vier typen worden onderverdeeld: geleidelijke stappen, richting bieden, fractioneren en synthese. Deze aspecten worden verder uitgewerkt in hoofdstuk 12 over traumaverwerking.

Fase 8: herevaluatie

Deze fase is bijzonder belangrijk, omdat hierin blijkt hoe de verwerking daadwerkelijk heeft uitgepakt. We moeten de effectiviteit van een sessie niet alleen beoordelen op grond van het uiterlijke beeld van de associaties. Een sessie die op het eerste gezicht als onproductief wordt beschouwd, of als ver afstaand van de normale manier waarop EMDR werkt, kan bij de cliënt toch leiden tot een verbetering in zijn of haar symptomen of functioneren. Dit moet niet worden vergeten, en de werkwijze moet niet worden veranderd alleen omdat de verwerking op het eerste gezicht niet past bij wat bij andere typen cliënten gewoonlijk wordt gezien.

Beginnende EMDR-therapeut: Wat is er in vredesnaam gebeurd tijdens deze sessie? Waarom heb ik EMDR gedaan? Cognitieve gedragstherapie ging een stuk gemakkelijker!

Ervaren EMDR-therapeut: In deze sessie draaien we in een kringetje rond. We hebben helemaal niets verwerkt. Misschien is deze cliënt geen geschikte kandidaat voor EMDR.

In dit soort gevallen verdient het echt de voorkeur om de herevaluatiefase als leidraad te gebruiken voor het verdere therapeutische werk (Gonzalez, 2008). Een EMDR-sessie waarover de therapeut negatief oordeelt, wordt door de cliënt soms wel als nuttig ervaren of resulteert in een serieuze afname van de symptomen, ernstig zelfbeschadigend gedrag bijvoorbeeld. En aan de andere kant kan een schijnbaar stabiliserende en onschuldige techniek, zoals de installatie van een veilige plek, juist worden gevolgd door een toename van angst tijdens de dagen na de sessie. De ene cliënt is de andere niet. We hebben standaarden nodig als leidraad voor ons werk en om het te structureren, maar die standaarden zouden eerder als een soort ‘therapeutische navigatie’ moeten dienen dan als een pakketje rigide regels.

Zoals Francine Shapiro (2001) stelt: ‘We kunnen therapeuten beter een begrippenkader of model geven dat ze als leidraad voor hun praktijk kunnen gebruiken, dan alleen een inflexibel stappenplan voor het uitvoeren van EMDR.’ In fase 8 blijkt welke interventie een specifieke cliënt op een specifiek moment in het therapieproces daadwerkelijk helpt. Wanneer we een zorgvuldige en progressieve benadering hanteren, zal het AIP-systeem (Adaptive Information Processing-systeem; ontwikkeld door Shapiro) van de cliënt (in combinatie met een goed klinisch oordeel) de leidraad voor de therapie zijn.

Samenvatting

Tijdens de verwerking doet het AIP-systeem van de cliënt soms dingen spontaan. Bij een cliënt met secundaire of tertiaire structurele dissociatie kan er, terwijl één deel bezig is met het verwerken van een bepaald disfunctioneel element, een ander deel, met zijn eigen associaties, in de verwerking opduiken. Beide delen doorlopen samen het associatieve proces, en uiteindelijk kan de target (het disfunctionele element waar de aandacht volgens afspraak op gericht is) volledig worden gedesensitiseerd. Om belangrijke stappen in het integratieproces te kunnen zetten, moet de therapeut er alleen op blijven letten of beide delen een coöperatieve stijl behouden terwijl de sessie zich vloeiend en spontaan ontvouwt. Om dit soort resultaten te bereiken, zijn er echter vaak meer interventies van de therapeut nodig, en moet hij of zij structuur bieden en een richting aangeven die past bij wat de individuele cliënt nodig heeft.

Als het AIP-systeem het werk kan doen, is de mate van interventie van ons als therapeut minimaal. Maar als dit niet het geval is, moeten we zorgdragen voor het proces en de cliënt helpen. Interventies voor ernstig getraumatiseerde cliënten moeten vaak op een geleidelijke manier worden geïntroduceerd. Om tot effectieve verwerking te kunnen komen, hebben deze cliënten vaak wat meer sturing en externe structuur, gefractioneerd werk en facilitering van het syntheseproces nodig. Zoals we in dit boek zullen beschrijven, kunnen we, met de voornaamste kenmerken van ernstig getraumatiseerde mensen in ons achterhoofd, vanuit het EMDR-perspectief op een holistische manier werken.

De traditionele benadering, waarin EMDR alleen wordt gebruikt voor het verwerken van trauma, is zeker een krachtige interventie, maar wij geloven dat EMDR veel meer te bieden heeft. In die zin zouden we de traditionele benadering kunnen beschouwen als reductionistische EMDR, waarbij verwerking met behulp van EMDR alleen wordt toegepast bij cliënten die het is gelukt om een veilige plek en hulpbronnen te installeren, met een goede emotieregulatie, voldoende sociale steun, enzovoort. Als we verwerking met EMDR beperken tot degenen die aan deze voorwaarden voldoen, zijn er veel cliënten (degenen die het hardst hulp nodig hebben) die geen baat kunnen hebben bij EMDR.

In dit boek stellen we voor om de toepassing van EMDR-procedures uit te breiden tot alle fasen van de therapie. Om EMDR verder te kunnen ontwikkelen tot een omvattende psychotherapiebenadering moet volgens ons met alle hiervoor genoemde aspecten rekening worden gehouden. In de komende hoofdstukken worden verschillende bijdragen daaraan toegelicht.