

Workshop EMDR en schematherapie

‘Goede combinatie bij behandeling persoonlijkheidsstoornissen’

Tekst: **Cindy de Kruijk** Foto: **Joost van Halm**

Voor therapeuten die al ervaring hebben met zowel EMDR als schematherapie bieden Hellen Hornsveld en Annemieke Driessen sinds dit jaar een eendaagse workshop aan. Hierin bespreken zij op welke punten beide methoden elkaar kunnen aanvullen of juist afwisselen en waar combinaties mogelijk zijn. Hellen is EMDR-trainer en zelfstandig gevestigd als behandelaar, onderzoeker en docent. Annemieke is klinisch psycholoog, EMDR-supervisor en werkzaam bij PsyQ Haaglanden, afdeling Psychotrauma. Beiden zijn gespecialiseerd in zowel schematherapie als EMDR en bieden nu deze praktijkgerichte workshop aan. Er is duidelijk veel interesse in hun aanbod, want de workshop is ruim van tevoren volgeboekt.

Tijdens de workshop besteden Hellen en Annemieke aandacht aan de uitgangspunten en theoretische grondslagen van zowel schematherapie als EMDR in relatie tot traumaverwerking. Schematherapie is geïntroduceerd door de Amerikaan Jeffrey Young en zijn collega's als model voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, waarbij traumaverwerking geen primaire plaats inneemt. Annemieke legt uit dat het trauma bij persoonlijkheidsstoornissen meer 'ingekapseld' is, zich niet uit als een PTSS en zelfs moeilijk bereikbaar kan zijn. De verwerking van jeugdtrauma's gebeurt pas in een latere fase van de therapie, wanneer de patiënt veilig gehecht is aan de therapeut en de 'gezonde volwassen delen' al wat meer ontwikkeld zijn. De methode die gebruikt wordt om herinneringen aan traumatische gebeurtenissen te verwerken, is de imaginaire *rescripting* (IMRs).

EMDR daarentegen is, zoals bekend, specifiek ontwikkeld voor klachten die het gevolg zijn van confrontaties met schokkende gebeurtenissen, en wordt het liefst zo snel mogelijk in het therapeutisch proces toegepast. Bij complexe (trauma)problematiek wordt EMDR vaak gecombineerd met andere behandelwijzen en interventies. Hierbij is een goede casusconceptualisatie essentieel. Het idee is dat schematherapie hierbij kan ondersteunen. Veel behandelaren passen al een combinatie van beide methoden en technieken toe. In de workshop worden ervaringen uitgewisseld, en het lijkt erop dat de werkwijzen van schematherapie en EMDR elkaar steeds meer zijn gaan beïnvloeden.

Targetselectie

Zowel EMDR als schematherapie leggen de nadruk op de behandeling van beschadigende ervaringen die ontwrichtend werken op het functioneren van de patiënt in het heden. De werkwijze om deze oude wonden op te sporen verschilt. Hellen legt uit dat behandelaren bij EMDR – in ieder geval in Nederland – doorgaans via de werkwijze 'EMDR rechtsom' (gevoelsmatige) bewijzen zoeken voor negatieve kernopvattingen. Het geïdentificeerde bewijsmateriaal is vervolgens de leidraad voor meerdere sessies. Bij schematherapie neemt de therapeut de actuele gemoedstoestand van een patiënt als uitgangspunt en kiest op grond daarvan een interventie. Vaak wordt via een 'affectbrug' vanuit de huidige gebeurtenis of de huidige gevoelens gezocht naar een soortgelijke situatie (gemoedstoestand) die eerder in het leven van de patiënt bestond.

Beide werkwijzen hebben hun voor- en nadelen. Deze bespreken we in de groep. Zo vinden patiënten vaak de 'EMDR rechtsom'-methode overzichtelijk, maar kan er ook een gevoelsmatige 'afstand' zijn van de klachten tot de targets. Bij de affectbrug komt het voor dat veel verschillende herinneringen zich tegelijkertijd aandienen. Overigens wordt tegenwoordig veel meer met het 'modusmodel' uit de schematherapie gewerkt. Een schemamodus is een actuele emotionele toestand die verbonden is met een cluster aan actieve schema's en daaruit voortkomende gedragingen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen zogenaamde 'kindmodi', ▶

disfunctionele 'oudermodi' en 'copingmodi' (Driessen & Ten Broeke, 2014). Hellen en Annemieke gaan uitgebreid in op hoe de kernopvattingen zich verhouden tot de schema's en modi.

Kernopvattingen zijn vaak de geïnternaliseerde ouderboodschappen die bijvoorbeeld worden geformuleerd als: "Ik ben niet goed genoeg", of: "Ik ben slecht." Via de oudermodi is het mogelijk om de meest relevante kernopvatting op te sporen. Vervolgens kan met 'EMDR rechtsom' het 'oude zeer', ofwel het bewijsmateriaal voor deze kernopvatting, worden gevonden. Dit kan dan vervolgens met EMDR, ImRs of een andere techniek worden 'gerepareerd'. Binnen het EMDR-model wordt ervan uitgegaan dat het zelfhelend vermogen van patiënten wordt geactiveerd in de behandeling, maar vaak worden bij deze patiëntengroep vooral disfunctionele oudermodi en/of copingmodi (bijvoorbeeld onthechting, vermijding, aanpassing) geactiveerd. Dit kan de verwerking belemmeren, omdat bijvoorbeeld positieve kennis (de gezonde volwassene) niet toegankelijk is, niet voldoende ontwikkeld is, of omdat een nare herinnering wordt geblokkeerd. Dat wil zeggen dat als een veeleisende oudermodus van een patiënt actief is, de patiënt er 'niet goed in komt', of dat de patiënt het 'te goed wil doen'. Het modusmodel geeft handvatten om hypothesen over het gestagneerde EMDR-proces te formuleren. Anders gezegd: "Welke modus zorgt voor de stagnatie en welke interventie kan ik als therapeut het beste inzetten?" Hellen en Annemieke staan in de workshop stil bij de verschillende interventiemogelijkheden vanuit het modusmodel.

EMDR of Imaginaire *rescripting*

In de workshop geven de docenten een overzicht van recente studies waarbij ImRs als zelfstandige interventie om trauma's te behandelen is onderzocht. Deze studies bieden veelbelovende resultaten, maar in de praktijk willen we vooral weten welke interventie bij welke patiënt helpt en welke interventies in te zetten zijn bij welke type trauma. Gebaseerd op hun eigen klinische ervaringen veronderstellen Hellen en Annemieke voornamelijk dat trauma's die voortkomen vanuit 'verwaarlozing' (*neglect*), het beste kunnen worden behandeld met ImRs; hier voeg je in feite iets toe wat er had moeten zijn. Deze plaatjes hebben doorgaans een lagere SUD. Trauma's die voortkomen vanuit 'mishandeling/misbruik' (*abuse*) – iets wat er niet had moeten zijn – reageren waarschijnlijk beter op EMDR als interventie. Vaak zijn dit plaatjes met een hoge SUD en is het mogelijk om met de EMDR-behandeling iets weg te halen van de last. ImRs blijkt ook een inspiratiebron voor de inzet van



(zeer) uitgebreide zogenoemde *rescripting interweaves* bij EMDR. We oefenen hiermee in groepjes. In een fictieve casus loopt de EMDR vast op de machteloosheid van toen (*looping*) en de SUD blijft hangen. De therapeut grijpt nu in door 'in het beeld te stappen' en zegt: "Vertel me: wat zie je?", "wat hoor je?", "wat voel je?", "wat heb je nodig? Laat maar gebeuren..." Als therapeut grijp je dus in de herinnering in. De oogbewegingen pas je hier ook tussentijds toe. Vervolgens ga je zo snel mogelijk weer verder met de EMDR-behandeling. Het doel is altijd om de verwerking 'vlot te trekken', zodat de SUD van het targetbeeld verder kan afnemen. Dit doe je volgens de docenten zo kort mogelijk en zo lang als nodig.

Annemieke toont ons tot slot een video van een EMDR-sessie waarbij de therapeut de *rescriptingsinterweave*



Hellen en Annemiek

toepast en waarin wordt geïllustreerd hoe de patiënt als 'gezonde volwassene' in het beeld stapt om het kind in de herinnering te beschermen. Op elke stap in deze *rescripting* volgen telkens oogbewegingen, totdat de SUD van het targetbeeld tot nul is gedaald. Na afloop check je ook het oorspronkelijke *target* om te weten hoe hoog de SUD nu is. We bespreken dat het wel belangrijk is dat je de patiënt na afloop uitlegt dat ... "Het zo had het moeten gaan", "dit was wat de patiënt nodig had en voor de meeste mensen normaal is", "het helaas niet zo is gegaan."

Al met al was het een zeer informatieve workshop waarbij de deelnemers zowel met de docenten, als met elkaar veel kennis en kunde konden uitwisselen over de behandeling van complexe, traumagerelateerde

patiënten. De docenten gaven niet zozeer richtlijnen, maar wel richting en vooral aanmoediging om EMDR en schematherapie op diverse mogelijke manieren te gaan integreren. ■

Cindy de Kruijk werkt als GZ-psycholoog in opleiding tot Klinisch Psycholoog bij GGZE te Eindhoven.

Referentie:

Driessen, A & Ten Broeke, E. (2014). Schematherapie en EMDR gecombineerd bij complexe traumagerelateerde problematiek. *Gedragstherapie*, 47, 3.

Wil je deze workshop ook volgen?
Opgeven kan via: <https://hornsveldepsychologenpraktijk.com/workshops>