

---

# EMDR BIJ VERSLAVING

(UITGEWERKT VOOR ALCOHOL AFHANKELIJKHEID)

Hellen Hornsveld en Wiebren Markus

Versie: Mei 2014

Dit protocol is financieel mede mogelijk gemaakt door IrisZorg, het Fonds Psychische Gezondheid te Amersfoort, Vereniging EMDR Nederland en de Amerikaanse EMDR research foundation:



## INHOUDSOPGAVE

<i>Inleiding</i>	5
<i>Therapeuten</i>	5
<i>Voor welke patiënten?</i>	5
<i>Praktisch</i>	6
<i>Feedback</i>	6
<b>De voorbereiding</b>	<b>7</b>
<i>Afspraken maken en grenzen stellen</i>	7
<i>Uitleg EMDR</i>	7
<i>Uitleg EMDR-procedure</i>	8
<i>Leg uit hoe EMDR werkt</i>	8
<i>Uitleg te verwachten effecten</i>	8
<i>Het doel van de behandeling</i>	8
<i>Trek tijdens en na de sessies.</i>	9
<i>Afronding van elke sessie: bespreken trek en huiswerk</i>	9
<b>Module A: Desensitiseren van negatieve associaties met abstinentie</b>	<b>10</b>
<i>Inleiding en doel</i>	10
<i>Tips en valkuilen</i>	10
<i>Het protocol</i>	10
<b>Module B: Het installeren van positieve behandeldoelen</b>	<b>12</b>
<i>Inleiding en doel</i>	12
<i>Tips en valkuilen</i>	12
<i>Het protocol</i>	12
<i>Huiswerk</i>	14
<b>Module C Het desensitiseren van herinneringen aan controleverlies</b>	<b>15</b>
<i>Inleiding en doel</i>	15
<i>Tips en Valkuilen</i>	15
<i>Het protocol</i>	16
<b>Module D. Het desensitiseren van positieve herinneringen</b>	<b>18</b>

<i>Inleiding en doel</i>	18
<i>Tips en valkuilen</i>	18
<i>Het protocol</i>	19
<b>Module E Het desensitiseren van ‘koppelherinneringen’</b>	<b>22</b>
<i>Inleiding</i>	22
<i>Protocol</i>	22
<i>Tips en valkuilen</i>	23
<b>Module F Het versterken van de self-efficacy (d.m.v. ‘Rechtsom met EMDR’)</b>	<b>25</b>
<i>Inleiding</i>	25
<i>Tips en valkuilen</i>	25
<i>Protocol</i>	25
<b>Module G Het desensitiseren van ‘trigger-situaties’.</b>	<b>28</b>
<i>Inleiding</i>	28
<i>Tips en Valkuilen</i>	28
<i>Protocol</i>	29
<i>Huiswerk</i>	31
<b>Module H Het desensitiseren van positieve flashforwards</b>	<b>32</b>
<i>Inleiding.</i>	32
<i>Tips en valkuilen</i>	32
<i>Protocol</i>	33
<b>Module I Resource Development and Installation (RDI)</b>	<b>35</b>
<i>Inleiding</i>	35
<i>Tips en Valkuilen</i>	35
<i>Protocol</i>	35
<b>Module J Het desensitiseren van negatieve flashforwards</b>	<b>36</b>
<i>Inleiding.</i>	36
<i>Tips en valkuilen</i>	36
<i>Protocol</i>	36
<b>Literatuur</b>	<b>38</b>

## INLEIDING

Dit protocol wordt, in een aangepaste vorm, binnen het kader van een promotieonderzoek onderzocht bij IrisZorg, instelling voor verslavingszorg en maatschappelijke opvang, i.s.m. het Nijmegen Institute of Scientist-Practitioners (NISPA) en de Radboud Universiteit. Het bestaat uit meerdere modules die samen ongeveer 7 tot 10 dubbele sessies (90 min.) in beslag kunnen nemen, afhankelijk van de ernst en de aard van de verslaving, kenmerken van de patiënt en ervaring van de therapeut. Het protocol bevat onderdelen die gericht zijn op het verhogen van de motivatie, het vermeerderen van inzicht en zelfvertrouwen in de omgang met risico situaties ('situatiegebonden self-efficacy'), het verminderen van trek en het verminderen van de kans op terugval en/of ongecontroleerd gebruik. De modules staan relatief los van elkaar, dat wil zeggen: ze kunnen eventueel worden weggelaten of in een andere volgorde worden aangeboden, afhankelijk van de casusconceptualisatie. Dit kan afhankelijk zijn van de aard en ernst van de verslaving, kenmerken van de patiënt maar ook van het moment in de 'verslavingscarrière' waarop de patiënt hulp zoekt. Zo zullen bij een beginnende verslaving wellicht meer positief bekrachtigende aspecten (bijv. 'een fijn gevoel') op de voorgrond staan (+S+) en bij een chronische verslaving wellicht meer negatief bekrachtigende aspecten (-S-; bijv. 'het verminderen van stress'). Bij elke onderdeel wordt vermeld wat de overwegingen kunnen zijn om het betreffende onderdeel op te nemen in de behandeling. De gekozen volgorde lijkt ons de meest logische, maar de klachten of de actualiteit kunnen leiden tot andere overwegingen. Ook kan het zinvol zijn om boostersessies te plannen in de nazorgfase waarbij tussentijdse uitglijdende als nieuw materiaal gezien worden.

Het protocol bouwt voort op eerder werk van onszelf en anderen op het gebied van EMDR en verslaving. Per onderdeel worden zo veel mogelijk de betreffende referenties gegeven. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van recente inzichten over het gebruik van flashforwards, de werkgeheugentheorie en het desensitiseren van positieve beelden. Wetenschappelijke en inhoudelijke verantwoording voor dit protocol is te vinden in: EMDR en verslaving (Markus & Hornsveld, 2014).

## THERAPEUTEN

In dit protocol gaan we er van uit dat therapeuten bekend zijn met het behandelen van verslavingen, en bijv. werkzaam zijn in de verslavingszorg. Het veronderstelde niveau van waarop EMDR wordt beheerst is: voltooide EMDR vervolopleiding, bij voorkeur practitionersniveau. Met andere woorden, het protocol veronderstelt kennis van het Nederlandse Linksom-Rechtsom model, RDI en cognitive interweaves en een hoge mate van vertrouwdheid met het basisprotocol. Wij raden aan de meest recente protocollen binnen handbereik te hebben.

## VOOR WELKE PATIËNTEN?

Dit protocol is geschreven voor patiënten met een alcoholverslaving, maar kan ook worden toegepast bij patiënten die verslaafd zijn aan andere middelen. Bij polygebruik raden wij aan een keuze te maken en het protocol eerst af te ronden voor het primaire middel en dan het protocol nogmaals door te lopen voor een volgend middel.

Het protocol vervangt geen regulier verslavingsprogramma (bijv. opgebouwd uit het aanleren van zelfcontroletechnieken, sociale vaardigheidstraining, medische begeleiding, etc). Het is vooral bedoeld als aanvulling hierop; om de kans op abstinentie te doen toenemen en de kans op terugval te doen verminderen. Mogelijke uitzonderingen betreffen middelengerelateerde verslavingen waarbij bepaalde patiënten verder goed functioneren, en geen comorbiditeit hebben. In de praktijk zou dat met name het geval kunnen zijn bij nicotine afhankelijkheid. Het protocol kan met enkele wijzigingen in woordgebruik ook worden toegepast bij gedragsverslavingen en problemen met de impulscontrole.

Dit protocol gaat er vanuit dat eventueel aanwezige PTSS klachten eerst zijn behandeld (Markus & Hornsveld, 2014; Markus, Kruijk, De Weert-Van Oene, Becker & De Jongh, in druk). In de praktijk komt het echter met enige regelmaat voor dat een PTSS pas manifest wordt wanneer het middelengebruik is afgenomen of abstinentie bereikt is (bijv. in een klinische setting). In dat geval adviseren wij ook de behandeling in principe eerst te richten op de PTSS, aangezien bekend is dat een reductie van PTSS symptomen ook een positieve invloed heeft op verslavingsgerelateerde uitkomsten maar omgekeerd veel minder (Hien et al., 2010).

## PRAKTISCH

- Als er puntjes staan... wacht je eerst op een reactie van de patiënt.
- Alles wat je letterlijk zo zou kunnen zeggen staat: *“schuingedrukt en tussen aanhalingstekens.”*
- Enkele onderdelen lenen zich voor huiswerk. Ruim wat tijd in voor het bespreken en nabespreken van het huiswerk.

## FEEDBACK

Dit protocol is nog volop in ontwikkeling. Wij horen graag jullie ervaringen, liefst aan de hand van onderstaande vragen. Stuur je antwoorden, opmerkingen en suggesties s.v.p. naar Wiebren Markus: [EMDR.verslaving@gmail.com](mailto:EMDR.verslaving@gmail.com).

- Bij welk middel of probleemgedrag heb je het toegepast?
- Welke effecten rapporteerde je patiënt gedurende of na de behandeling?
- Ben je tevreden over deze behandeling, waarom wel/niet?
- Welke onderdelen werkten het beste, welke het minst, waarom denk je?
- Welke patiënt-gebonden factoren (denk aan leeftijd, IQ, ernst verslaving, polygebruik, comorbiditeit, etc.) hebben het resultaat mogelijk positief of negatief beïnvloedt denk je?
- Is je nog iets opgevallen en heb je suggesties voor verbetering?

## DE VOORBEREIDING

### AFSPRAKEN MAKEN EN GRENZEN STELLEN

Plan bij voorkeur direct na de eerste bijeenkomst wekelijkse vervolg sessies van 90 minuten. Wij gaan uit van in totaal ongeveer 7 sessies. Het kan zijn dat uiteindelijk minder of meer afspraken nodig zijn.

Patiënten hoeven niet volledig en langdurig abtinent te zijn voordat je met het protocol kunt beginnen. Als vuistregel kun je aanhouden dat wanneer ambulante verslavingsbehandeling mogelijk is (dat wil zeggen: patiënten verschijnen op afspraken, zijn niet onder invloed, kunnen zinvol deelnemen aan gesprekken, zijn niet in crisis en vertonen geen (potentieel gevaarlijke symptomen die eerst om aandacht vragen (suïcidaliteit, agressiviteit of automutilatie), aan de basisvoorwaarden voor het toepassen van dit protocol voldaan is. In een klinische setting is behandeling dus al snel mogelijk.

Tussentijdse ‘uitglijders’ (korte periode van (geëscaleerd) gebruik waarbij de patiënt op eigen kracht weer tot abtinentie komt) of terugvallen (aanhoudend controleverlies qua gebruik) kunnen meegenomen worden in de behandeling: bijv. als op zich staand ‘event’ wat wellicht de self-efficacy sterk ondermijnt of als triggersituatie. Benadruk dat het belangrijk is dat patiënt open is over het ervaren van trek, zowel tijdens de sessies als tussendoor. Maak van tevoren duidelijke afspraken wanneer je deze behandeling (tijdelijk) onderbreekt. Uitgaande van de hierboven beschreven vuistregel zou een onderbreking van de behandeling met name spelen als niet langer aan de voorwaarden voor een zinvolle behandeling kan worden voldaan en er eerst een andere interventie (bijv. klinische detoxificatie, crisisopname of medicamenteus ingrijpen) nodig is, denk aan:

- Crisissituaties en/of actuele, potentiële gevaarlijke symptomen die direct handelen vereisen;
- Overmatig gebruik van middelen die een zinvol behandeltraject belemmeren en eerst detoxificatie vereisen;
- Herhaalde no-show (bijv. tweemaal achtereen);
- Herhaald onder invloed verschijnen.

Overigens moet het stoppen met alcohol altijd geleidelijk en onder medisch toezicht gebeuren. Acut stoppen met fors en langdurig alcoholgebruik kan gevaarlijk zijn!

Tot slot is het goed om te weten dat sommige patiënten geen trek ervaren of dit meer diffuus beschrijven. Soms ervaren ze alsnog trek wanneer je een specifieke herinnering wordt geactiveerd (bij scherpstellen). In andere gevallen past het meer neutrale woord ‘lading’ beter. Als patiënten echt geen trek ervaren zijn er nog genoeg onderdelen van het protocol waar ze wel baat bij kunnen hebben. Wanneer patiënten tegelijk trek reducerende medicatie gebruiken (Campral, Naltrexon) hoeft dit geen probleem te zijn. Beide behandelingen kunnen elkaar aanvullen. Stem wel af met de andere behandelaren wat je doet zodat eventuele (bij)effecten juist geïnterpreteerd kunnen worden.

### UITLEG EMDR

*“Eye Movement Desensitization and Reprocessing, afgekort tot EMDR, is een bewezen effectieve therapie voor mensen die last blijven houden van de gevolgen van een schokkende ervaring. Er is steeds meer bewijs dat levendige herinneringen en beelden ook een belangrijke rol spelen bij verslavingen. In het huidige onderzoek kijken we naar herinneringen en beelden die jouw alcoholgebruik mogelijk in stand houden. Een belangrijk onderdeel van deze behandeling is dus het zoeken naar ervaringen en beelden waardoor je meer bent gaan drinken, of waardoor het moeilijk is te stoppen. Door die ervaringen heb je bijvoorbeeld geleerd dat alcohol plezierig en aantrekkelijk is, of dat je er negatieve gevoelens mee kunt verzachten. Wij gaan er van uit dat die ervaringen als herinneringen in je geheugen liggen opgeslagen en nog steeds hun invloed uitoefenen. Met EMDR maken we deze herinneringen ‘onschadelijk’ door de emotionele lading of de trek die ze oproepen, weg te nemen. Deze herinneringen worden daardoor min of meer neutraal en daardoor wordt het makkelijker om blijvend te stoppen met alcohol en om weer nieuw zelfvertrouwen op te bouwen. Om te bepalen wat voor jou de*

*meest belangrijkste herinneringen in verband met jouw alcoholgebruik zal ik je daarom in de loop van de behandeling vragen stellen over onder andere: plezierige herinneringen, nare herinneringen, hoe je naar jezelf kijkt in relatie tot de verslaving en over situaties die regelmatig trek en gebruik uitlokken of waarvan je verwacht dat ze in de toekomst zouden kunnen leiden tot gebruik. Heb je hier nog vragen over?"*

## UITLEG EMDR-PROCEDURE

*"Tijdens de EMDR-procedure zal ik je vragen aan specifieke gebeurtenissen terug te denken, inclusief de bijbehorende beelden, gedachten en gevoelens. Dit gebeurt in combinatie met afleiding: je volgt met je ogen mijn hand (of: een bewegende stip op een beeldscherm) (doe dit voor). Er wordt gewerkt met series van (oog)bewegingen. Na elke serie wordt er een ogenblik rust genomen. Ik zal je dan vragen wat er qua gedachten of gevoelens naar boven komt. De EMDR-procedure brengt vaak gedachten en beelden op gang, maar ook vaak gevoelens en lichamelijke sensaties. Je wordt na elke serie gevraagd wat er in je opkomt en daar even stil bij te staan, waarna er een nieuwe serie volgt. Alles is goed. Je kunt het niet fout doen."*

## LEG UIT HOE EMDR WERKT

*"Dat EMDR werkt is wel duidelijk, maar hoe het precies werkt nog niet helemaal. In ieder geval lijkt het erop dat het natuurlijk verwerkingssysteem door EMDR wordt gestimuleerd. Er is inmiddels veel wetenschappelijk onderzoek dat laat zien dat oogbewegingen negatieve herinneringen minder negatief maakt, en positieve herinneringen minder positief. Daarnaast leidt dit automatisch tot lichamelijke ontspanning en tot een nieuwe visie op de herinneringsbeelden. Hierdoor veranderen herinneringen en worden opnieuw in het geheugen opgeslagen, in een minder (emotioneel) beladen vorm".*

## UITLEG TE VERWACHTEN EFFECTEN

*"Wat kun je van de behandeling verwachten? De series oogbewegingen zullen er langzamerhand toe leiden dat de herinnering haar levendigheid en emotionele lading verliest. Het wordt dus steeds gemakkelijker de herinnering of het beeld weer voor de geest te halen zonder bv. trek te krijgen. In veel gevallen veranderen ook de herinneringsbeelden zelf en worden ze bijvoorbeeld waziger of kleiner. Een andere mogelijkheid is dat er spontaan nieuwe gedachten of inzichten ontstaan die een andere, meer helpende, betekenis aan de gebeurtenis en aan je verslaving geven.*

*Na afloop van een EMDR-sessie kunnen de effecten nog even doorwerken en dat is goed. Toch kan dit soms het idee geven even de regie kwijt te zijn, bijvoorbeeld als er nieuwe beelden of gevoelens naar boven komen of als je veel trek ervaart. Vaak is het dan een geruststelling om te weten dat dit in de regel niet langer dan drie dagen aanhoudt. Daarna is er als het ware een nieuw evenwicht ontstaan. Tussen de sessies hou je een dagboekje bij en schrijf je op wat er naar boven komt. Je krijgt hiervoor een huiswerkblad (zie bijlage aan het einde van dit document). Deze dingen kunnen dan zo nodig in de volgende sessie besproken worden."*

## HET DOEL VAN DE BEHANDELING

Hoewel volledige en langdurige abstinentie te verkiezen is als doel boven gecontroleerd gebruik (vanwege de vergrote kans op terugval of controleverlies) heeft het niet veel zin er tegen in te gaan als de patiënt zijn zinnen heeft gezet op gecontroleerd gebruik. Beter is dan om aan te sluiten bij patiënt. De behandeling is gericht op het verminderen van trek, en meer autonomie te ervaren in de keuze wel of niet te gebruiken. Wij hebben de ervaring dat patiënten gaandeweg het protocol vaak beseffen dat ze het zichzelf juist moeilijker maken door te willen blijven gebruiken. Uiteindelijk besluit men dan vaak zelf tot (een periode van) volledige abstinentie.

*"Wat is het doel dat je wat betreft je alcoholgebruik wilt bereiken? Streef je naar volledige abstinentie of gecontroleerd gebruik? Antwoord: \_\_\_\_\_"*



*“Op een schaal van 0 tot 100%, in welke mate ben je er dan op dit moment van overtuigd dat je je doel: volledige abstinentie/gecontroleerd gebruik kunt bereiken en/of vasthouden?” Mate van overtuiging: \_\_\_\_\_*

## TREK TIJDENS EN NA DE SESSIES.

*“Wanneer we werken aan een herinnering die trek oproept, kun je logischerwijs een drang ervaren om te gebruiken. Dit is geen probleem en neemt af gedurende de behandeling. Zoek zo nodig steun tussen sessies wanneer je trek ervaart. Gedurende de sessie zelf kun je een milde ervaring hebben die lijkt op het effect van alcohol, zoals een roes, je ontspannen of juist opgewonden voelen.*

*Verder is het natuurlijk de bedoeling dat je minder gaat gebruiken en je vertrouwen dat dit lukt gaat toenemen. Stel jezelf niet te snel op de proef; vermijd risico-situaties zo veel mogelijk tot je ze echt aan kunt. Aan het eind gaan we ook daadwerkelijk oefenen met moeilijke situaties.”*

## AFRONDING VAN ELKE SESSIE: BESPREKEN TREK EN HUISWERK

Als er na afloop van een sessie nog trek aanwezig is, bespreek je met je patiënt welke mogelijkheden er zijn om hier mee om te gaan. Vraag aan het einde van elke sessie:

*“Voordat je vertrekt wil ik weten hoeveel trek je op dit moment ervaart op een schaal van 0 ‘helemaal niet’ tot 10 ‘zoveel als maar kan’.”*

Einde sessie trek (niet target gebonden!): \_\_\_\_\_

Indien > 0: *“Is dat gebruikelijk voor je of is dat veel meer dan gebruikelijk?”*

De trek hoeft niet noodzakelijkerwijs door de sessie te komen, maar kan er ook mee te maken hebben dat je patiënt een trekoproepende activiteit heeft gepland, bijvoorbeeld die avond naar een verjaardag gaat. Bespreek hoe je patiënt hier het beste mee kan omgaan. Doe dit bij voorkeur aan de hand van zogenaamde implementatie intenties (concreet uitgewerkte actieplannen): bijvoorbeeld:

*“wat ga je doen als je hier straks weggaat?”, “wat ga je doen als de trek blijft”, “hoe kun je voorkomen dat je vanavond gaat gebruiken?”, “hoe ziet dat er concreet uit?”, enz.*

Bespreek of aanvullende maatregelen nodig zijn en denk hierin mee met patiënt. Denk verder aan vaardigheden als gevoelsurfen, risicosituaties herkennen en vermijden en afleiding zoeken, Eventueel kun je overwegen – als je in het protocol al zover bent en je hebt nog tijd over, om een geanticipeerde risicosituatie (positieve flashforward) te desensitiseren. Zie hiervoor module H.

Bespreek aan het begin en aan het einde van elke sessie het eventuele huiswerk.

# MODULE A: DESENSITISEREN VAN NEGATIEVE ASSOCIATIES MET ABSTINENTIE

Geschatte duur van dit onderdeel: 20 minuten per target.

Tijdspectief: toekomst

Valentie: negatief (SuD)

Primaire doel: reduceren van ambivalentie m.b.t. abstinentie

Bron: dit onderdeel is een nieuwe variant op de flashforward procedure. Het komt niet in verslavingsprotocollen van andere auteurs voor.

Opmerking: geen NC en PC maar een uitspraak die de SuD maximaliseert.

## INLEIDING EN DOEL

Bij mensen die willen stoppen met (alcohol)gebruik zie we vaak dat ze een negatief beeld van de toekomst hebben, zowel wat betreft een leven zonder het middel (flashforward van abstinentie) als van een leven met het middel (flashforward van controleverlies en terugval). De flashforward van *abstinentie* is vaak een beeld van een zinloos, saai of gezapig leven, of een leven waarin men eeuwig moeten blijven vechten of ergens niet meer bij hoort. De flashforward van *terugval* bestaat meestal uit een doemscenario waarin ze bevestigd zien dat ze het niet gaan redden ('ik zie mezelf in de goot liggen' of 'dronken over straat zwalken'). Beide scenario's werken verlamdend op de motivatie en zijn het waard om gedesensitiseerd te worden. We hebben er voor gekozen om aan het begin van dit protocol de flashforward ten aanzien van abstinentie op te nemen omdat hierdoor de motivatie wordt vergroot (de ambivalentie verkleind) en later in het protocol (zie module J) de flashforward ten aanzien van terugval.

## TIPS EN VALKUILEN

- Ook als de patiënt gecontroleerd gebruik als doel heeft, desensitiseren we een flashforward over abtinent zijn. We verwachten dat als abstinentie niet meer zo afschrikwekkend is, het als doelstelling dichterbij komt.
- Voorbeelden van negatieve voorstellingen van abstinentie: zijn: 'saai en eenzaam aan de keukentafel'; 'mijn vader teleurgesteld omdat ik niet gezellig mee drink', 'uitgelachen worden door drinkende collega's op de wekelijkse borrel', 'hunkerend door de stad rondlopen', 'ranja met een rietje', 'geen vrienden meer' etc.
- Bij een flashforward benoemen we geen NC (zie ook Logie & de Jongh et al., 2014). Formeel beschouwd is de NC 'ik ben machteloos (ten aanzien van dit beeld)' maar dit voegt weinig toe aan de lading. Wel is er vrijwel altijd een uitspraak te formuleren die de lading verder doet toenemen, zoals 'ik ben een saaie sukkel' of 'een leven zonder alcohol heeft geen zin'. Dit is opgenomen in het protocol.
- In relatie met het vorige punt is de PC 'ik kan het aan'.
- Tijdens EMDR bij een flashforward van abstinentie zien we dat mensen plotseling nuances gaan zien, en dat het gevoel groeit dat ze er zelf voor kunnen zorgen dat hun leven niet saai wordt. Er treedt veel spontane rescripting op, bijvoorbeeld een patiënt met een flashforward waarin hij wordt uitgelachen door collega's als hij zegt dat hij niet drinkt die zei: "ik zie mezelf nu naar mijn andere collega's toelopen die niet drinken, daar had ik ook gelijk naar toe kunnen gaan".

## HET PROTOCOL

*"De meeste mensen zijn dubbel over het willen stoppen met alcohol. Soms speelt mee dat iemand er tegen opziet om 'nooit meer alcohol te mogen gebruiken'. Een nuchter, alcoholvrij leven kunnen zij zich maar moeilijk voorstellen. Het voelt misschien als saai of eenzaam, of sullig. Welke negatieve associaties heb jij met abtinent zijn? ... Heb je daar een beeld van? ... Wat schrikt je af? ... Hoe zit dat schrikbeeld precies in je hoofd? ... Maak hier een stilstaand plaatje van..."*

*Welke uitspraak of opmerking over jezelf of over je leven met betrekking tot dit negatieve toekomstbeeld raakt je het meest?.... bijvoorbeeld, ik ben een saaie sukkel of het leven heeft geen zin"*

*"Als je het beeld weer in gedachten neemt en tegelijkertijd tegen jezelf zegt..... [negatieve uitspraak], welke emotie, bijvoorbeeld bang, boos, bedroefd, voel je dan op dit moment?":*

*"Als je kijkt naar het beeld en je zegt tegen jezelf..... [negatieve uitspraak], hoe naar voelt dat dan, (of: hoeveel spanning voel je dan), geschat op een schaal lopend van 0, 'helemaal niet naar', tot en met 10, 'zo naar als maar kan'?"*

*"Waar in je lichaam voel je dat ('die naarheid/spanning') het sterkst?"*

Series oogbewegingen en associaties totdat er geen verandering meer is, 'back to target'-procedure herhalen totdat SUD = 0.

*Deze module ging over abstinentie. Kijk je daar nu anders tegen aan?*

Sluit altijd positief af als je aan het eind van de sessie bent.

Denk aan de afronding: vraag naar trek en geef instructie m.b.t. huiswerk bij deze module.

## MODULE B: HET INSTALLEREN VAN POSITIEVE BEHANDELDOELEN

Geschatte duur van dit onderdeel: 20 minuten per behandeldoel.

Tijdspectief: toekomst

Valentie: positief

Primaire doel: versterken van de motivatie tot verandering.

Bronnen: RDI en motivatietechnieken. In iets andere vorm komt dit onderdeel ook voor in het protocol van Popky (2005).

### INLEIDING EN DOEL

Het doel van dit onderdeel is het verhogen van de motivatie door het creëren of dichterbij halen van een positief aantrekkelijk toekomstbeeld. Het is vergelijkbaar met een zogeheten motivatiebrief: "schrijf een verhaal over hoe je leven er over 3 jaar uit zal zien, als je gestopt bent met alcohol". In plaats van woorden, maak je in dit onderdeel gebruik van de kracht van beeldmateriaal en de kennis van RDI over het versterken van positief geheugenmateriaal, d.m.v. imaginatie.

Dit onderdeel komt in grote lijnen overeen met een soortgelijke procedure uit het protocol van Popky (2005). Analoog aan de procedures RDI en Veilige Plek introduceerde hij oogbewegingen (of andere bilaterale stimuli) vanuit de veronderstelling dat hiermee functionele associaties versterkt kunnen worden. Er is echter nooit aangetoond dat oogbewegingen hier zinvol zijn. Vanuit de werkgeheugen hypothese en onderzoek hierover gaan wij er thans van uit dat positief materiaal eerder wordt verzwakt dan versterkt door oogbewegingen. Om deze reden zijn in dit onderdeel de oogbewegingen weggelaten.

### TIPS EN VALKUILEN

- Zoek naar een positief beeld; positief geformuleerd; het gaat om wat de patiënt wel doet, en niet om wat deze niet (meer) doet. Als de patiënt een negatieve formulering gebruikt, bijvoorbeeld: "*dan hang ik niet meer voor de TV*", "*dan ben ik minder onrustig*", "*dan drink ik niet meer*", etc. zeg dan: "*Als je niet meer ... [voor de tv zou hangen, onrustig zou zijn, zou drinken] wat zou je dan in plaats daarvan kunnen doen of ervaren?*"
- Laat patiënt een beeld kiezen wat gepositioneerd is in de niet al te verre toekomst, bijv. 1 tot 3 jaar, anders wordt het te abstract en ongeloofwaardig.
- Check of het een aantrekkelijk, concreet en haalbaar doel is voor deze persoon
- Gebruik de eigen woorden van de patiënt m.b.t. coping en succesvol functioneren
- Gebruik liever geen beelden van gecontroleerd gebruik. Een beeld dat gecontroleerd gebruik laat zien, impliceert al bijna gebruik, en dit kan juist weer trek oproepen.
- Als het snel gaat kunnen meerdere positieve beelden geïnstalleerd worden, bijvoorbeeld een werkgerelateerd beeld, beeld in de thuissituatie, sport, enz.; overal waar de patiënt beter wil functioneren.

### HET PROTOCOL

Leg uit in woorden die aansluiten bij de patiënt en diens problematiek dat jullie samen gaan uitzoeken hoe de patiënt goed gemotiveerd kan blijven. Het gaat er in dit stadium om, de langere termijn, het hogere doel goed voor ogen te houden om zo de frustraties op de korte termijn, zoals ontwenningssverschijnselen en trek goed vol te houden. Bespreek dat hij of zij gaat leren hulpbronnen hiervoor in te zetten in de vorm van aantrekkelijke toekomstbeelden.

*"Je hebt deze verslaving nu zo lang, dat je je misschien moeilijk kunt voorstellen hoe een leven zonder problemen met alcohol er uit ziet. Om goed gemotiveerd te blijven om te stoppen met alcohol zullen we een aantrekkelijk beeld van jouw toekomst zonder alcohol creëren en versterken. Dan weet je als het ware weer waarvoor je het doet."*

*“Waarom wil je stoppen met het gebruik van alcohol? ... Wat is voor jou het belangrijkste, het meest waardevolle wat het je zou kunnen opleveren?... Wat nog meer?” Beschrijf kort enkele positieve doelen.*

---

---

---

*“Ga eens zitten als iemand die al een tijdje gestopt is met alcohol en zijn leven onder controle heeft ... Doe je ogen dicht en stel jezelf een beeld voor waarin je je doelen al bereikt hebt. Denk aan hoe je leven er uit ziet als dit allemaal achter de rug is, zonder je verslaving aan alcohol. ... Waaraan zou je merken dat je dit leven hebt bereikt, wat zou je dan zien? ... Wat doe je in dat plaatje? Wat zie je ... wat hoor je ... wat ruik je?”*

Zoek samen met de patiënt naar een krachtig beschrijvend en positief steekwoord, bijvoorbeeld, beeld van de goede vader, beeld van de hardloper, beeld van de gewaardeerde collega.

*“Maak het beeld nog aantrekkelijker door het groter, scherper en helderder te maken. ... Zijn er nog andere aanpassingen die je zou willen maken die het beeld nog aantrekkelijker maken? ... Breng het beeld dichterbij en stap in het aantrekkelijke beeld waarin je je doelen al bereikt hebt. Stap in die lichaamshouding die daarbij hoort, neem die ervaring van succes helemaal in je op. Merk op wat je daarbij ziet, hoort, voelt, ruikt en proeft, hoe het is om succesvol te zijn.... Welke positieve uitspraak over jezelf past hier het beste bij? ... Bijvoorbeeld: ik kan de wereld aan?”....*

*“Merk de positieve gevoelens op die daarbij horen, wat je tegen jezelf zegt... je emoties, en je lichaam... Richt je aandacht op dit alles en merk op wat er gebeurt.”*

10-15 seconden imagineren en concentreren.

*“Wat merk je? ...Komen er nog meer positieve associaties bij je op?...Wat gaat er door je heen? Ga daar mee door!”*

Ga door met imagineren totdat er geen nieuwe positieve associaties meer opkomen of het goede gevoel niet meer sterker wordt.

Werken met een anker:

*“Druk nu je duim en wijsvinger van je rechterhand tegen elkaar om dit gebaar en het beeld met elkaar te verbinden. Jouw positieve doel in je leven is nu verbonden met dit gebaar. Dit gebaar kan jouw helpen om je doel in je leven op te roepen en te activeren wanneer jij dat wilt”*

Geef hiervoor even de tijd.

*“Luister naar de positieve woorden die je tegen jezelf zegt en die anderen tegen je zeggen in dit beeld. Druk je opnieuw je duim en wijsvinger tegen elkaar.”*

Wanneer je nog een behandeldoel installeert, dan kun je als anker een andere duim-vinger combinatie als anker gebruiken.

Sluit altijd positief af als je aan het eind van de sessie bent.

Denk aan de afronding: vraag naar trek en geef instructie m.b.t. huiswerk bij deze module.

## HUISWERK

*“Om ook in moeilijke tijden jouw doel van een leven zonder alcohol goed voor ogen te houden, om het als het ware binnen handbereik te houden (duim en wijsvinger!) raden wij aan om dit in het begin dagelijks, later enkele keren per week (op verschillende tijden) te oefenen. De bedoeling is dat dit beeld, dit aantrekkelijke alternatief voor alcoholisme steeds dichterbij komt”.*

- Roep het beeld [steekwoord] op, ‘voelen’ en ‘verankeren’ (circa 5 minuten per keer)
- Na verloop van tijd testen of het positieve gevoel dat hoort bij [steekwoord] via mentaal oproepen of via het ‘anker’ direct te activeren is.
- Dagelijks regelmatig even oproepen van het beeld van [steekwoord] liefst tijdens dagelijkse activiteiten.
- Na enige tijd: oproepen/inzetten van de hulpbron als dat nodig is (eventueel via het ‘anker’)

# MODULE C HET DESENSITISEREN VAN HERINNERINGEN AAN CONTROLEVERLIES

Geschatte duur van dit onderdeel: ongeveer 2 dubbele sessies (2 x 90 min.).

Tijdspectief: verleden

Valentie: negatief (SuD) en trek ('Level of Urge': LoU)

Primaire doel: desensitiseren (machteloosmakende) herinneringen aan controle verlies

Bronnen: Linksom met EMDR (de Jongh en ten Broeke, 2012), en Hase (2010).

Opmerking: doorgaan tot de SuD = 0, LoU hoeft niet helemaal 0 te worden

## INLEIDING EN DOEL

Deze module is gebaseerd op de werkwijze 'Linksom met EMDR'. Hou dit protocol er bij. We zijn op zoek naar gebeurtenissen die hebben geleid tot (meer) gebruik, of die er toe hebben geleid dat de persoon na een periode van abstinentie opnieuw is gaan gebruiken (terugval). Soms zijn dit traumatische of indringende ervaringen zoals een verlating of een ruzie. We gaan er, zoals aangegeven bij de inleiding, overigens vanuit dat een eventueel aanwezige PTSS al is behandeld. We zijn vooral op zoek naar escalaties in gebruik die een betekenisvolle relatie weergeven. Een voorbeeld is dat iemand meer is gaan drinken na de vernederende ervaring van onder toezicht worden gesteld. Het is belangrijk deze herinneringen te verzwakken, omdat we er vanuit gaan dat ze verlamdend werken. Een terugval impliceert immers vaak: "zie je wel, ik ben machteloos", "ik ben zwak", "een loser" of "ik kan niet omgaan met tegenslag", "eenzaamheid", "verdriet", etc. Je zou deze ervaringen self-efficacy ondermijnende ervaringen kunnen noemen, gerelateerd aan het alcoholgebruik. Het zijn ook vaak herinneringen die (nog steeds) trek oproepen.

## TIPS EN VALKUILEN

- Deze sessie is gebaseerd op het Linksom model uit de EMDR vervolgtraining. Wij raden je aan om eerst nog eens het hoofdstuk 'Linksom met EMDR' uit het EMDR praktijkboek (Ten Broeke, De Jongh en Oppenheim, 2012) te lezen.
- Bij voorkeur komen alle relevante herinneringen op een tijdlijn. Op de Y-as staat het gebruik, op de X-as de tijd van 0 tot nu. Echter, bij veel alcoholafhankelijke patiënten is het gebruik geleidelijk toegenomen, of toegenomen door verandering van levenssituatie, zoals iemand die meer is gaan drinken in zijn studententijd. Patiënten hebben dan moeite met het identificeren van specifieke escalaties in gebruik. Echter, ook als er geen duidelijke (relevante) targets zijn, kan het maken van een tijdlijn inzichtgevend zijn, zowel voor de therapeut als voor de patiënt. Besteed er in dat geval alleen niet te veel tijd aan. Als de tijdlijn niet veel oplevert, kun je verder naar relevante targets zoeken door te vragen naar relevant bewijsmateriaal (Rechtsom werkwijze): "*Welke ervaringen bewijzen voor jou gevoelsmatig dat je niet opgewassen bent tegen alcohol?*" of "*Welke ervaringen bewijzen voor jou gevoelsmatig dat jij alcohol nodig hebt wanneer het tegenzit?*". Deze herinneringen vallen soms samen met de escalaties, maar kunnen ook nieuw zijn op de tijdlijn. Het levert vaak belangrijke targets op, bijvoorbeeld, "*dat ik zo dronken was op mijn eigen bruiloft*" of "*dat ik zoveel gedronken heb toen ik gezakt was voor mijn examen*". Het is aan de therapeut om in overleg met de patiënt de belangrijkste (machteloosmakende) targets te kiezen voor desensitisatie, verkregen Linksom dan wel Rechtsom.
- Begin het desensitiseren bij voorkeur met de herinnering aan de gebeurtenis, waarmee de klacht (cq. controleverlies) is begonnen. Dit is niet hetzelfde als het begin van het alcoholgebruik zelf, dat kan heel gecontroleerd zijn geweest. Wijk van deze regel af als er redenen zijn om aan te nemen dat een bepaalde herinnering de klachten opvallend sterk aanstuurt, dat wil zeggen, een opvallende knik in de grafiek die een sterke toename van het controleverlies aangeeft.
- Terugval impliceert een periode van abstinentie of gecontroleerd gebruik. Een herinnering aan terugval levert vaak twee verschillende targets op: 1) de herinnering aan de aanleiding voor de terugval (bijvoorbeeld, het beeld van alleen thuis zitten na een scheiding) en 2) het beeld van de terugval zelf (bijv. het daadwerkelijk naar de fles grijpen). In beide gevallen zal dit vermoedelijk in

het geheugen gerepresenteerd zijn als faalervaring. Beide soorten geheugenrepresentaties lijken relevant. We stellen echter voor zoveel mogelijk te beginnen met het chronologisch eerste target. Naar verwachting zal daarmee de tweede representatie als vanzelf in de associatiereeks worden meegenomen. Controleer dit na afloop, door het protocol ook op te starten voor het tweede target.

- Bij intense trek of terugval sinds de laatste sessie: beschouw dit als een recent target en desensitiseer als er nog voldoende tijd is aan het eind van de sessie.
- Omdat het hier veelal gaat om faalervaringen die geassocieerd zijn met gebruik, kunnen zowel 'distress', schaamte, trek als de effecten van het middel (alcohol) worden opgeroepen.

## HET PROTOCOL

*"In deze sessie (dit deel) gaan we het beloop van je verslaving in kaart brengen en uitzoeken welke gebeurtenissen cruciaal zijn om jouw verslaving beter te begrijpen. We gaan er van uit dat je verslaving door bepaalde gebeurtenissen of omstandigheden tot stand gekomen is. Het is belangrijk om naar het verleden te kijken, omdat deze ervaringen als herinneringen nog steeds actief zijn. Sterke herinneringen aan gebruik en situaties die eerder geleid hebben tot een toename in gebruik, doen de kans op gebruik in het hier en nu ook toenemen. Met EMDR maken we deze herinneringen 'onschadelijk' door de emotionele lading of de trek die ze oproepen ervan te weg te nemen. Deze herinneringen worden daardoor min of meer neutraal. Ze roepen minder trek of spanning op en daardoor kun je meer zelfvertrouwen opbouwen. Om de juiste herinneringen te vinden ga ik je een aantal vragen stellen en op een tijdlijn zetten."*

*"We gaan een tijdlijn maken waarop we het beloop van je alcoholgebruik in de tijd aangeven. Hoe oud ben je nu?"*

Geef de huidige leeftijd van de patiënt rechts op de lijn aan en zet een 0 (van 0 jaar) helemaal links op de lijn. Geef de belangrijkste gebeurtenissen (zie vragen hieronder) aan met een kruisje en een naam/titel.

*"Wanneer ben je begonnen met drinken?"*

*"Wanneer is het gebruik problematisch geworden?"*

*"Wanneer is het gebruik verergerd?"*

*"In welke situaties ben je door het gebruik in de problemen geraakt?"*

*"Wanneer ben je gestopt en wanneer ben je teruggevallen?"*

*"We hebben nu alle gebeurtenissen die te maken hebben met het ontstaan en beloop van je alcohol gebruik op een tijdlijn gezet. Wat we nu gaan doen is kijken hoe jouw gebruik door deze gebeurtenissen, in verloop van de tijd, beïnvloed is. Ik wil je vragen van de tijdlijn een grafiek te maken (wijs y-as aan) waarin je laat zien hoe de ernst van je gebruik in de loop van de tijd veranderd is. Er verschijnt als het ware een knik in de grafiek als een gebeurtenis het alcohol gebruik in ernst heeft doen toenemen. Snap je wat ik bedoel?"*

Begin links op de tijdlijn met een ernst van 0 ("Je bent niet als gebruiker geboren, he?"). Help patiënt, indien nodig, door de eerder geïnventariseerde gebeurtenissen m.b.t. ontstaan en beloop stuk voor stuk door te nemen ("Hoeveel gebruikte je in deze periode?").

Nadat we de tijdlijn hebben gemaakt (linksom), stellen we ook de (rechtsom) vraag naar bewijsmateriaal (voor relevant als de grafiek geen duidelijke knikken laat zien. "Zijn er nog andere ervaringen die voor jou gevoelsmatig bewijzen dat je niet bent opgewassen tegen alcohol of dat je alcohol nodig hebt als het tegenzit?") Ook deze ervaringen zetten we op de tijdlijn. Het levert vaak belangrijke targets op.

Begin in principe bij de – chronologisch gezien – eerste gebeurtenis (conform Linksom) of begin met het sterkste bewijsmateriaal (conform Rechtsom). Het is aan de therapeut om in overleg met de patiënt de belangrijkste targets te kiezen die het meest relevant lijken om te desensitiseren, vermoedelijk zijn dit de targets die nu nog het meeste trek of lading oproepen.



Voer bij elk van de gekozen herinneringen het basisprotocol geheel uit. Herhaal zo nodig nog een keer de algemene EMDR instructie. Bij de SUD bepaling zeg je:

*“Als je kijkt naar het beeld en je zegt tegen jezelf .....(NC), hoeveel **trek** roept dat dan op? geschat op een schaal lopend van 0, ‘helemaal geen trek, tot en met 10, ‘zoveel trek’ als maar kan?”.*

*“En als je kijkt naar het beeld en je zegt tegen jezelf .....(NC), hoeveel **spanning** roept dat dan op? geschat op een schaal lopend van 0, ‘helemaal geen spanning’, tot en met 10, ‘zoveel spanning als maar kan?’”.*

Beide kun je noteren. LoU: \_\_\_\_\_ SUD: \_\_\_\_\_

Gedurende de desensitisatiefase vraag je bij back to target gewoon naar de SUD. Pas als de SUD=0 vraag je ook naar de LoU. De Level of Urge hoeft niet helemaal 0 te worden. Het gaat er om of de patiënt het beeld aankan. Een beetje trek mag nog wel worden opgeroepen. Dat is normaal.

Vraag als de LOU > 0 en niet verder daalt: *“Hoeveel controle ervaar jij op dit moment over je gebruik, lopend van 1, ‘helemaal geen controle’, tot en met 7 ‘volledige controle’ ”*. Tot hun eigen verbazing blijkt vaak het gevoel van controle best groot, ook al is er nog trek.

Installatiefase: ga door met het versterken van de ervaren controle met het beeld in gedachten tot VoC =7.

Sluit altijd positief af als je aan het eind van de sessie bent.

Denk aan de afronding: vraag naar trek.

## MODULE D. HET DESENSITISEREN VAN POSITIEVE HERINNERINGEN

Geschatte duur van dit onderdeel: ongeveer 1-2 dubbele sessies (1-2 x 90 min.).

Tijdspectief: verleden

Valentie: positief ('Level of Positive Affect': LoPA) en/of trek (LoU)

Primaire doel: desensitiseren (machteloosmakende) positieve herinneringen aan gebruik en/of context.

Bron: dit onderdeel is geïnspireerd op het werk van Knipe (2010) op het gebied van disfunctioneel positief affect.

Opmerking: geen NC maar een drempelverlagende uitspraak die de LoPA en LoU maximaliseert. PC standaard: 'ik ben sterk' of 'ik kan het aan'. LoPA of LoU hoeft niet helemaal 0 te worden.

### INLEIDING EN DOEL

Het therapeutisch doel van dit onderdeel is om trek-oproepende (ofwel machteloos makende) positieve geheugenrepresentaties onschadelijk te maken door stimulus-, respons- en betekenisaspecten te verzwakken. We proberen de trek en de positiviteit zo hoog mogelijk te krijgen voorafgaand aan de desensitiseringsfase: "de trein op de positieve berg". Er is geen NC zoals bij negatieve herinneringen. We kunnen wel zoeken naar een uitspraak die de trek en/of de positiviteit doen toenemen. Vaak zijn dit 'drempelverlagende' uitspraken, zoals "Dit is mijn vriend", "Dit heb ik nodig", "Ik heb het verdiend", "Ik ga toch voor de bijl", "Ik wil me altijd zo voelen". Deze uitspraken versterken de trek en dat willen we hier. Elke uitspraak die de trek en/of de positiviteit vergroot is goed. We vragen dus: "Welke uitspraak over jezelf of over het middel doet de trek of positiviteit nog verder toenemen?"

De PC is hier standaard "ik ben sterk" in de betekenis van "ik kan het [beeld] aan". Het doel van dit onderdeel is immers dat de positieve geheugenrepresentatie zijn verlamme werking verliest. Je vraagt er niet naar tijdens het 'opstarten'. Als de trek en de positiviteit voldoende zijn gedaald wordt de PC "ik ben sterk" of "ik kan het aan" geïnstalleerd.

### TIPS EN VALKUILEN

- Probeer twee positieve targets te identificeren en te behandelen. Als dit veel oproept, heb je hier mogelijk een of twee sessies voor nodig.
- Stel de vragen één voor één. Geef je patiënt even goed de tijd om te 'googlen' in zijn geheugen naar aanleiding van jouw vragen.
- Bij deze herinneringen en later bij de Module Triggerbeelden kunnen patiënten geheugenrepresentaties met een sterke focus op fysiologische aspecten rapporteren (bijvoorbeeld: "Ik herinner me een warme zomerdag in het park waarbij ik zo'n dorst had en dan de geur en smaak van dat bier wat door je keel glijdt, heerlijk". Inzoomen op die fysiologie van gebruik kan de trek mogelijk nog verder aanjagen, vraag dus door.
- De vragen kunnen bij de patiënt het antwoord "niks" o.i.d. ontlokken. Dit antwoord vertegenwoordigt de 'rationele, te versterken' kant van ambivalentie, nl. de overtuiging dat het gebruik tot niets leidt, slecht is, ... etc. Alleen willen we hier de andere (aantrekkelijke, 'te verzwakken') kant desensitiseren. Vraag dus door: "Ik begrijp dat je beseft dat het gebruik je niets brengt, tegelijkertijd vindt je het moeilijk om het op te geven, welke aantrekkelijke herinnering maakt dat met name moeilijk?"
- Er zijn grote individuele verschillen. Sommige personen hebben een zeer duidelijke positieve autobiografische herinnering aan het middel, bijvoorbeeld de eerste keer bij heroïnegebruik. Bij anderen kwamen de positieve ervaringen wat later, en waren de eerste ervaringen wellicht zelfs aversief (bijv. bij roken). Overigens kan de positiviteit van de herinnering zowel in het effect van het middel als in de context van het gebruik (bijv. het roken van een joint met je eerste grote liefde) zitten.
- In de associatiereeks zien we regelmatig dat na enkele sets, of na een aantal keren back to target te zijn geweest, er meer negatief geladen associaties opkomen. Dit is uiteraard niet verkeerd. De aantrekkelijkheid van het gedrag of van het middel wordt hierdoor verminderd. Negatieve

associaties kunnen zowel de gevolgen van de verslaving betreffen: “het heeft me wel mijn huwelijk gekost” als de onderliggende problematiek “en dat alles alleen maar om er bij te horen!”.

- Patiënten kunnen ook met een positief plaatje over de toekomst komen (“Dat ik vanavond dat koele bier over mijn tong voel glijden”), dat wordt hier niet bedoeld, maar komt wel later in een van de modules aan bod. “Het koele bier over mijn tong” kan wel een manier zijn om aan een relevante herinnering te komen.
- Gevoelens van welbevinden, blijheid, milde versuffing etc. kunnen het gevolg zijn van het verwerken van effecten van gebruik en duiden dus niet op het eind van een associatieketen.
- Dit deel van het protocol is geïnspireerd op Knipe (2010). Knipe introduceerde de term LoPA (Level of Positive Affect). Dit komt niet noodzakelijkerwijs overeen met Popky’s (2010) term LoU (Level of Urge = trek). Vraag daarom naar beiden en ga door met hetgeen wat op de voorgrond staat.
- We gaan er vanuit dat, anders dan bij de SuD, dat de LoU of LoPA niet altijd volledig gedesensitiseerd hoeft te worden. Zolang het maar laag genoeg is om de PC te kunnen installeren (dus maximale controle kan ervaren, ook al is het beeld nog aantrekkelijk).

## HET PROTOCOL

Geef eerst de rationale voor het desensitiseren van positieve herinneringen:

*“Alcohol drinken kan op twee manieren belonend zijn. Allereerst omdat het op zichzelf een prettige ervaring kan zijn en als tweede om dat het kan helpen om nare zaken uit de weg te gaan. Als eerste gaan we er aan werken dat het drinken van alcohol zoveel mogelijk van zijn aantrekkelijke werking verliest. Daarom ga ik je een aantal vragen stellen over het drinken van alcohol als prettige ervaring.*

Zet de stoelen goed en probeer de snelheid van de oogbewegingen.

*“Ik ga je dadelijk een aantal vragen stellen over jouw positieve herinneringen aan het gebruik van alcohol. Op een gegeven moment zal ik je vragen je te concentreren op bepaalde aspecten van een beeld. Met name zal ik je vragen naar het plaatje in je hoofd dat nu de meest intense trek of positieve gevoel oproept als je er naar kijkt.”*

Zo nodig volgt hier de meer algemene EMDR instructie:

*“Ik wil je vragen vanaf het moment dat je mijn hand (of de stip op het scherm) volgt je min of meer op te stellen als een toeschouwer, die waarneemt wat er door je heen gaat. Het kunnen gedachten, gevoelens, beelden, emoties, lichamelijke reacties of mogelijk nog wel andere dingen zijn...het kan gaan over de gebeurtenis zelf, maar het kan ook over hele andere dingen gaan die er niets mee te maken lijken te hebben. Volg maar gewoon wat er opkomt, zonder te sturen en zonder jezelf af te vragen of het wel goed gaat. In ieder geval is het belangrijk dat je niet probeert om het beeld waarmee we straks beginnen telkens in gedachten te houden. Het beeld is slechts het vertrekpunt van waaruit alles kan en mag opkomen. Af en toe gaan we wel terug naar het beeld om te controleren hoeveel trek of positief gevoel het nog oproept. Onthoud dat het onmogelijk is het fout te doen zolang je maar gewoon volgt wat er is en wat er opkomt.”*

Vervolg met een of meer van onderstaande vragen:

- “Wat is voor jou de meest plezierige herinnering aan het gebruik van alcohol?”
- “Welk positieve herinneringen roepen nu het meeste trek of positieve gevoel op wanneer je er naar kijkt?”
- “Door welke positieve ervaringen met alcohol is je gebruik toegenomen?”
- “Welk plaatje moet er uit je hoofd, hoe fijn ook, om je trek in alcohol te verminderen?”

Globale beschrijving van twee herinneringen:

1. [werktitel] \_\_\_\_\_
2. [werktitel] \_\_\_\_\_

Kies voor een van beide herinneringen (dw.z. behandel de herinneringen één voor één helemaal).

*“Vertel me dan nu in grote lijnen hoe jij je deze gebeurtenis momenteel nog herinnert, vanaf het punt waar die voor jouw gevoel begint tot het punt waar die voor jouw gevoel echt eindigt. Beschrijf de gehele herinnering in grote lijnen. Het gaat om jouw herinnering en niet zo zeer om wat er precies is gebeurd”... “Is dit de hele herinnering of zijn er – op dezelfde dag – daarvoor of erna nog dingen gebeurd die er voor jouw gevoel bijhoren?”... “Je hebt me net verteld hoe deze gebeurtenis in je hoofd ligt opgeslagen. Nu vraag ik je: wat is op dit moment, als je er vanuit het hier en nu naar kijkt, het plaatje wat de meest intense trek of positieve gevoel oproept van deze herinnering? Kijk als het ware naar de film en zet deze – op de seconde – stil zodat het een plaatje wordt. We zoeken vooral een plaatje waarin jij zelf te zien bent. Het gaat er dus niet om wat destijds de meest intense trek of positieve gevoel opriep, maar het plaatje wat nu, op dit moment, de meest intense trek of positieve gevoel oproept ... Hoe ziet dit plaatje er uit?”... “Welke uitspraak over jezelf of over het middel doet de trek of het positieve gevoel nog verder toenemen?, bijvoorbeeld: “ik heb dit nodig”, “ik ga toch voor de bijl”, “wat maakt het uit”*

Noteer drempelverlagende uitspraak : \_\_\_\_\_

*“Als je het beeld weer in gedachten neemt en tegelijkertijd tegen jezelf zegt...(drempelverlagende uitspraak), welke emotie voel je dan op dit moment?”*

*“Wanneer je kijkt naar dit beeld, hoe sterk is dan nu de trek die je ervaart , op een schaal van 0, ‘helemaal geen’, tot 10, ‘maximale trek’?”*

Level of Urge (LoU): \_\_\_\_\_

*“Wanneer je kijkt naar dit beeld, hoe aantrekkelijk of hoe positief is het plaatje op een schaal van 0, ‘helemaal niet’, tot 10, ‘zo positief al het maar kan’?”*

Level of Positive Affect (LoPa): \_\_\_\_\_

LET OP: ga verder met de LOU of met de LoPA, afhankelijk wat het meest intens wordt ervaren.

*“Waar in je lichaam voel je die trek / positiviteit het sterkst?”*

Hou je hand klaar voor de ogen en zeg: *“Kijk naar (de toppen van) mijn vingers (of: de stip op het scherm). Neem het beeld in gedachten, zeg tegen jezelf .....(drempelverlagende uitspraak). Wees je bewust van dat die trek of positieve gevoelens in je..... [noem locatie]“*

Desensitatiefase als gebruikelijk.

‘Back to target’:

*“Haal het beeld waarmee we zijn begonnen, zoals het nu in je hoofd ligt opgeslagen, weer voor je. Hoe sterk is dan nu de trek of het positieve gevoel, op een schaal van 0, ‘helemaal geen’, tot 10, ‘maximale trek/maximaal positief’?” (Nu dus zonder dat de drempelverlagende uitspraak wordt gebruikt!)*

*Indien LoU/LoPA > 0: “Welk aspect van het beeld veroorzaakt die trek/dat positieve gevoel. of: “Wat in het beeld veroorzaakt nog die 4?”). Wat zie je?... Concentreer je op dat aspect.....Ja, heb je dat?”*

Ga door tot Lou /LoPa = 0, of sterk is afgenomen. Lou/LoPa hoeft niet per se 0 te zijn om de PC te kunnen installeren.

*“Neem het oorspronkelijke beeld (eventueel werktitel noemen), zoals het nu in je hoofd ligt opgeslagen, in gedachten en zeg tegen jezelf “ik kan het aan” of “ik ben sterk” wat heeft jouw voorkeur? ... Op een schaal van 1 (volledig onwaar ) tot en met 7 (volledig waar), hoe waar voelt die uitspraak dan aan?”*

Blijf doorgaan totdat de VoC 7 is geworden.

Eventueel bodyscan.

Sluit altijd positief af als je aan het eind van de sessie bent.

Denk aan de afronding: vraag naar trek.

## MODULE E HET DESENSITISEREN VAN 'KOPPELHERINNERINGEN'

Geschatte duur van dit onderdeel: ongeveer 1-2 dubbele sessies (1-2 x 90 min.).

Tijdspectief: verleden

Valentie: negatief (SuD)

Primaire doel: ontkoppelen gebruik en onderliggende psychologische behoefte.

Bron: het Feeling State Addiction Protocol van Miller (2010).

Opmerking: geen NC en PC maar een uitspraak die het verlangen naar het middel maximaliseert.

### INLEIDING

Deze module is voor een groot deel gebaseerd op het werk van Miller (2010). Een belangrijkste uitgangspunt is, dat mensen niet verslaafd zijn aan (ongezond) gedrag of aan een (ongezond) middel, maar aan het (gezonde) positieve gevoel achter de verslaving. Dit protocol legt dus een sterke nadruk op de psychologische aspecten van een verslaving en minder op de lichamelijke. Het protocol zou wel eens vooral heel krachtig kunnen zijn bij gedragsverslavingen en impulscontroleproblematiek, zoals eetverslaving, koopverslaving, gokken, etc.

Via het protocol zoek je eerst uit wat het meest belonende aspect is van het gedrag, bijvoorbeeld: "je even lekker helemaal kunnen laten gaan". Dan vraag je door waarom dat zo lekker is, en dan komt bijvoorbeeld te voorschijn dat iemand gebukt gaat onder veel (vermeende) verplichtingen. Daar kun je dan eventueel later wat mee, maar eerst pak je de verslaving aan door het gedrag – het gebruik van alcohol – als oplossing te 'ontkoppelen' van de psychologische behoefte (in dit geval: je vrij voelen). In de leergeschiedenis ga je dan op zoek naar zogenaamde koppelherinneringen, de conditionerende ervaringen waarin een verband tot stand is gekomen tussen enerzijds "drinken" en anderzijds "even loskomen van het juk der verplichtingen". Zowel de 'Linksom' als 'Rechtsom'-vragen kunnen bij het zoeken naar dergelijke herinneringen behulpzaam zijn: Waar in jouw leven heb jij geleerd dat alcohol je kan helpen om los te komen van je verplichtingen? Waar is dat begonnen? Of: Welke ervaring bewijst voor jou gevoelsmatig het meest dat alcohol je kan helpen om even helemaal bevrijd te voelen van je verplichtingen? Deze ervaringen worden dan de targets voor EMDR. Deze ervaringen liggen in het geheugen doorgaans opgeslagen als positieve ervaringen. Er is niet eenvoudig een NC te formuleren. De disfunctionaliteit is beste uit te drukken – in bovengenoemd voorbeeld van een plaatje waarin de persoon zichzelf ziet zitten in een café met vrienden - door de uitspraak: "even helemaal weg van alle verplichtingen". Deze uitspraak doet de positiviteit toenemen en drukt de koppeling het beste uit.

### PROTOCOL

*"In deze sessie gaan we kijken naar waar je alcohol verslaving eigenlijk voor staat. We gaan er van uit dat het je ook iets positiefs oplevert, anders was je er niet zo lang mee doorgedaan, want je bent gemotiveerd genoeg, anders zat je hier niet. We gaan er van uit dat je niet alleen drinkt omdat je behoefte hebt aan alcohol, maar dat je ook drinkt om je bijvoorbeeld minder eenzaam, of somber te voelen. Deze aspecten staan centraal in deze sessie. Ik zal je een aantal vragen stellen over je drinkgedrag, vervolgens zullen we kijken welke achterliggende behoefte daarmee worden vervuld, en vervolgens zullen we nagaan waar dat in jouw leven is ontstaan. Dan gaan we daar mee verder met EMDR. We beginnen met het drinken zelf. Wat is het meest plezierige voor jou nu aan het drinken? Beschrijf een typische situatie van het begin tot het einde"...*

#### Fase 1: Het zoeken naar het verlangen achter het middel

Vragen die je kunt stellen om je te helpen zoeken naar de belonende aspecten van het middel.

*"Welke gevoelens of gedachten of verlangens heb je vlak voor dat je het gedrag gaat uitvoeren?"*

*"Wat levert [dit gedrag, de verslaving, het middel] je op? ...."*

*"Waarom denk je dat je dit gedrag blijft uitvoeren ondanks alle nadelen die het je oplevert?"*

*"Wat is er zo plezierig aan....."*

*“Wat zou er gebeuren als je niet zou gaan drinken?”*

Ga door met uitvragen totdat je het verlangen (niet naar het middel, maar naar de achterliggende psychologische behoefte) duidelijk hebt, bijvoorbeeld: ‘je vrij voelen’, ‘er bij horen’, ‘aardig gevonden worden’, ‘sterk voelen’, etc.

#### Fase 2: Het identificeren van de koppelherinneringen

*“OK, drinken betekent dus voor jou: [noem de behoefte die door het drinken wordt bevredigd]. Wanneer in je leven heb je voor het eerst gemerkt dat drinken deze functie kan hebben? Je bent er niet mee geboren. Ergens is dat ontstaan. Kun jij je nog de eerste keer herinneren dat alcohol deze functie voor jou had? En zijn er daarna nog herinneringen geweest die de koppeling tussen alcohol en het bevredigen van deze behoefte hebben versterkt?”*

Op deze manier kun je de leergeschiedenis van de koppeling tussen alcohol en de psychologische behoefte linksom in kaart brengen, , dat wil zeggen: een tijdlijn maken.

Als dat niet lukt kun je zogeheten 'Rechtsom-vragen' stellen:

*“Welke (vroeg) ervaringen bewijzen voor jou gevoelsmatig nu nog het meest dat alcohol je kan helpen om de behoefte aan [behoefte] vervuld te krijgen?”*

*Welke meer recente ervaring bewijst voor jou gevoelsmatig nu nog het meest dat alcohol je kan helpen om de behoefte aan [behoefte] vervuld te krijgen?”*

#### Fase 3: Het desensitiseren van de herinneringen

Bij voorkeur beginnen we met een vroege ervaring, maar als die er niet zijn, of niet toegankelijk zijn, dan kun je een meer recente representatieve ervaring nemen. Voer vanaf hier het basisprotocol volledig uit.

Vraag bij het selecteren van een stilstaand beeld naar het meest plaatje dat het verlangen naar [behoefte] het sterkste uitdrukt. Er is geen NC en geen PC. Vraag in plaats daarvan:

*“Welke uitspraak over jezelf of over het middel doet je verlangen naar het middel nog meer toenemen?”*

Vervolgens ga je door met vragen naar emoties, SUD en locatie in het lichaam.

Gebruik korte associatiereeksen.

Herhaal het protocol voor alle 'koppelherinneringen'.

## TIPS EN VALKUILEN

- In principe kan elk gedrag aan elke behoefte gekoppeld worden. Bij bovengenoemde alcoholverslaafde betekende alcohol niet alleen ‘zich vrij voelen’, maar had het ook de betekenis van “er bij horen”. Voor elke behoefte kun je een aparte inventarisatie maken van relevante herinneringen.
- Gebruik korte associatiereeksen. De herinneringen kunnen – na hun aanvankelijke positiviteit - veel negatieve associaties en nare herinneringen oproepen. Het is niet de bedoeling dat die nare herinneringen in deze fase ook worden verwerkt. Dat komt later. Nu is het de bedoeling dat er vooral een ont koppeling plaatsvindt. Hierdoor komt de achterliggende verlangens meer ‘bloot te liggen’. Voor de patiënt wordt voelbaar waar het gebruik van alcohol voor staat en de motivatie om aan de achterliggende problematiek wat te doen wordt vergroot.
- De behandeling kan uiteraard vervolgd worden met een focus op deze achterliggende problematiek.
- Een voorbeeld: bovengenoemde alcoholverslaafde geeft aan dat hij drinkt om zich ‘vrij te voelen’ (fase 1). Hij herinnert zich een periode dat hij zich opgesloten voelde in zijn huwelijk en vaak ging

stappen met vrienden (fase 2), dat was altijd een feest. Tijdens de desensitiseringsfase (fase 3) wordt de herinnering aan het stappen met vrienden snel minder positief. Hij beseft hoe slecht hij eigenlijk voor zichzelf kon opkomen, hoe onvrij hij is. Drinken als manier om zich vrij te voelen wordt minder aantrekkelijk. Het volgende stadium is het aanleren van sociale vaardigheden om te leren om op een betere manier op te komen voor zijn behoefte om wat vrijer te zijn.

- Naast Sociale Vaardigheden is er ook vaak sprake van zelfbeeldproblematiek. Rechtsom met EMDR is vaak een logisch vervolg op een verslavingsbehandeling.



## MODULE F HET VERSTERKEN VAN DE SELF-EFFICACY (D.M.V. 'RECHTSOM MET EMDR')

Geschatte duur van dit onderdeel: ongeveer 1-2 dubbele sessies (1-2 x 90 min.).

Tijdspectief: verleden

Valentie: negatief (SuD)

Primaire doel: versterken self-efficacy in triggersituaties.

Bron: EMDR Rechtsom werkwijze (ten Broeke, de Jongh en Hornsveld, 2012) met focus op zelfondermijnende overtuigingen die de verslaving in stand houden.

Opmerking: wees niet te ambitieus met de PC.

### INLEIDING

Self-efficacy betreft het vertrouwen dat iemand heeft in zijn eigen vaardigheden om adequaat met een specifieke situatie om te gaan. Het gaat dus om contextgebonden zelfvertrouwen. Een lage self-efficacy is een voorspeller van gebruik (ref.). Faalervaringen zoals mislukte pogingen om te stoppen en het terugvallen na een periode van abstinentie zorgen ervoor dat het gevoel van self-efficacy daalt (vicieuze cirkel). In deze module richten we ons op het versterken van de self-efficacy, door het desensibiliseren van self-efficacy-ondermijnende herinneringen. Deze herinneringen stammen vaak al van voor het problematisch alcoholgebruik: bijvoorbeeld iemand die vroeger altijd de boodschap kreeg dat hij niets kon, kan dit later bevestigd zien in het niet kunnen weigeren van alcohol.

In het protocol wordt eerst gevraagd naar moeilijke situaties met betrekking tot alcohol gebruik (bijvoorbeeld: 'als ik moe ben') en vervolgens wordt de persoon een zelfondermijnende uitspraak ontlokt, die als het ware 'verklaren' waarom de persoon niet beter om kan gaan met de betreffende situatie. Vaak is dat "ik ben een slappeling" of een variant daarop.

### TIPS EN VALKUILEN

- Deze sessie is gebaseerd op het rechtsom model uit de EMDR vervolgcursus. Wij raden je aan om eerst nog eens het hoofdstuk 'Rechtsom met EMDR' uit het EMDR praktijkboek (Ten Broeke, De Jongh en Oppenheim, 2012) te lezen.
- Het gaat hier om het verzwakken van disfunctionele (kern)opvattingen die de zogeheten 'situatiegebonden coping self-efficacy' ondermijnen.
- Het betreft hier opvattingen van het type "ik ben ....." die negatieve evaluaties zijn over de persoon in kwestie. Geen beschrijvingen, dus niet: "ik ben iemand die veel fouten maakt", "ik ben onzeker", "ik ben verslaafd" en geen nuanceringen, dus niet: "ik ben soms best wel een beetje een sukkel".
- Als je geen vroege herinneringen (d.w.z. van voor het alcoholgebruik) kunt identificeren, of ze hebben geen lading, dan neem je herinneringen van recentere datum.
- De self-efficacy ondermijnende opvatting zal in veel gevallen zijn: 'ik ben zwak, slap, zwakkeling' of een variant daarop. De NC bij het beeld is niet noodzakelijk hetzelfde als bovengenoemde opvatting en kan breder zijn: ik ben laf, een mislukkeling, waardeloos, etc.
- Je kunt in principe ook direct een self-efficacy ondermijnende opvatting formuleren. Het voordeel van de hieronder beschreven werkwijze via moeilijke situaties is, dat je nog iets specifieker kunt zoeken, en dat het voor je patiënt verhelderend is, waar het hem in deze specifieke situaties aan schort.
- Als je meer tijd dan de 7 dubbele sessies hebt, die in dit protocol als richtlijn zijn genomen, kun je dit onderdeel natuurlijk uitbreiden als een echte Rechtsom'-behandeling.

### PROTOCOL

*"Bij situaties die gebruik van alcohol in de hand werken spelen onze overtuigingen over onszelf en over hoe goed we in staat zijn om om te gaan met trek, verleidingen en moeilijke situaties, een belangrijke rol. Eerst gaan we*

kijken welke situaties jij moeilijk vindt. Daarna gaan we kijken hoe we kunnen zorgen dat jij beter opgewassen bent tegen deze situaties.

*“Aan welke situaties of stemmingen kun je doorgaans het minste weerstand bieden om alcohol te gebruiken?”*

---

*“Wat maakt dat je moeite hebt om hier goed mee om te kunnen gaan?”*

Aanvullende vragen om te komen tot een evaluatieve uitspraak op identiteitsniveau .

- *“Wat vind je van jezelf dat je hier niet goed mee kunt omgaan?”*
- *“Welke opvatting over jezelf heb jij als het gaat om je alcoholgebruik...of, nog anders gezegd, hoe noem je iemand die hier niet mee kan omgaan?”*
- *“Wat zegt dat over jou als persoon dat je hier niet mee kan omgaan? Bijvoorbeeld, ik ben zwak, ik ben een mislukkeling, ik ben een slappeling, draaikont, ik ben niet de moeite waard?”*

Noteer de belangrijkste disfunctionele opvatting die de self-efficacy ondermijnt:

---

\_\_\_\_\_ [Opvatting]

Geef rationale voor EMDR.

*“Uitspraken zoals [Opvatting] ontstaan in de regel door een veelheid van grote of kleine ervaringen. Het gaat hierbij niet alleen om ervaringen met alcohol, maar meestal ook ervaringen van vóór het alcoholgebruik. De ervaring leert dat het moeilijk is om je los te maken van deze negatieve zelspraak, ook al doe je nog zo je best. Dit komt omdat die oude ervaringen als het ware gevoelsmatig nog steeds bewijzen dat [Opvatting] waar is. We moeten dus aan de slag met deze zelfondermijnende herinneringen. Ook dit doen we met EMDR. ... Heb je nog vragen voordat we verder gaan?”*

*“Welke ervaringen bewijzen gevoelsmatig op dit moment (nog steeds) dat [noem opvatting] waar is? We zijn op zoek naar bewijzen van liefst vóór het alcoholgebruik.”*

Aanvullende vragen:

- *“Waardoor ben je (begonnen te) gaan geloven dat je (een) ... [opvatting] bent?”*
- *“Waardoor heb je ‘geleerd’ dat (je een) ... [opvatting] (bent)?”*
- *“Welke vroegere situatie ‘bewijst’ als het ware nu nog dat je (een) ... [opvatting] bent?”*
- *“Welke meer recente situatie maakt voor jou duidelijk dat je (een) ... [opvatting] bent?”*
- *“Overtuig mij er eens van dat jij een ..... [opvatting]...bent”*
- *“Wat heb jij meegemaakt dat jou nu nog steeds het onwrikbare idee geeft dat je een ... [opvatting] bent?”*

Noteer de herinneringen die, gevoelsmatig, de sterkste bewijskracht bezitten dat [opvatting] waar is.

1. \_\_\_\_\_ [werktitel]

2. \_\_\_\_\_ [werktitel]

3. \_\_\_\_\_ [werktitel]

Hierna volgt het standaardprotocol, waarbij enkele kleine aanpassingen gelden. Ten eerste wordt niet naar het naaste beeld gevraagd maar: *“ Nu vraag ik je: wat is op dit moment, als je er vanuit het hier en nu naar kijkt, het plaatje wat het sterkste bewijst dat [noem opvatting] waar is? Kijk als het ware naar de film en zet deze – op de seconde – stil zodat het een plaatje wordt.”*, enzovoort.

Ten tweede is het installeren van een PC niet vanzelfsprekend. De opvatting “ik ben sterk” (of iets dergelijks) is zeker in het begin nog te hoog gegrepen. Neem een minder ambitieuze PC (bijvoorbeeld: “ik ben goed bezig”, of “ik krijg meer zelfvertrouwen” Kijk hoeveel positiefs je er uit kunt halen voor dat moment.

Sluit altijd positief af als je aan het eind van de sessie bent.

Denk aan de afronding: vraag naar trek.

## MODULE G HET DESENSITISEREN VAN 'TRIGGER-SITUATIES'.

Geschatte duur van dit onderdeel: ongeveer 1 dubbele sessie (1 x 90 min.).

Tijdspectief: heden

Valentie: negatief (SuD) en/of trek (LoU)

Primaire doel: meer controle ervaren t.a.v. veelvoorkomende triggersituaties.

Bron: dit onderdeel komt voor in de protocollen van Popky (2005) en Hase (2010)..

Opmerking: geen NC maar uitspraak of 'smoes' die de trek maximaliseert. PC standaard: 'ik kan het aan' of 'ik ben sterk'. SuD of LoU hoeft niet helemaal 0 te worden.

### INLEIDING

Dit gedeelte van het protocol gaat niet over concrete gebeurtenissen uit het episodisch geheugen, maar om meer algemene beelden of geheugenrepresentaties die in het dagelijks leven trek en/of gebruik oproepen. De procedure is goed vergelijkbaar met de future template uit het basisprotocol, en met CS exposure en gedragsexperimenten uit de cognitieve gedragstherapie. Bij het desensitiseren van triggersituaties richten we ons vooral op de mate waarin ze trek oproepen (Level of Urge). Beelden van triggersituaties kunnen zowel positief zijn (bijvoorbeeld 'een terrasje pakken') als negatief (bijvoorbeeld 'eenzaam voelen'). In het ene geval beloven ze iets positiefs en zal de persoon vooral trek ('reward craving') ervaren. In het andere geval bestaat de beloning uit het wegnemen van iets negatiefs. Dan zal naast trek ('relief craving'), vooral ook spanning worden gerapporteerd.

### TIPS EN VALKUILEN

- We vragen in deze module naar situaties die op dit moment in het dagelijks leven nog regelmatig trek oproepen, of die op een andere manier moeilijk zijn om het gebruik van alcohol te weerstaan. Wanneer je patiënt deze neiging ontkent, vraag dan door: *"Ik weet dat je, verstandelijk gezien, niet graag wilt denken aan situaties die trek oproepen omdat je gemotiveerd bent om aan je verslaving te werken. Maar wat ik vraag is hoe sterk is desondanks de trek die opgeroepen wordt?"*
- Let erop dat er geen catastrofale aspecten in het beeld voorkomen, dergelijke beelden komen bij de volgende module aan bod (flashforwards).
- We willen de 'film' stilzetten op het beeld dat het meeste trek oproept. Vaak is dat vlak voor de inname van de drank, maar het kan ook vlak daarna zijn. Het is in principe mogelijk uit een 'film' 3 soorten targetbeelden te halen, bijvoorbeeld 1) het beeld dat men thuis op de bank somber zit te wezen (aanleiding), 2) dat men voor de koelkast staat met een pilsje in de hand (laatste keuzemoment) en 3) de eerste slokken te 'voelen' ('voor de bijl gegaan'). We gaan ervanuit dat we zo vroeg mogelijk in de keten het meest effectief kunnen interveniëren, dus behandel eerst zoveel mogelijk geheugenrepresentaties van aanleidingen van het gebruik.
- De procedure lijkt zoals gezegd erg op de procedure van de Future Template. We hebben er echter voor gekozen toch korte associatiereeksen toe te staan en te stimuleren. We hebben ervaren dat dit leidt tot spontane positieve rescripting van de situatie en of de eigen mogelijkheden om beter met de situatie om te gaan. Leidraad is 3 tot 4 sets en dan back to target.
- Tijdens het desensitiseren geen dialoog beginnen! Gevoelens van welbevinden, blijheid, milde versuffing etc. kunnen het gevolg zijn van het verwerken van effecten van gebruik en duiden dus niet op het eind van een associatieketen. Ga niet te lang door.
- In feite begin je het protocol met dezelfde insteek als de vorige module: je wilt weten wat situaties of stemmingen zijn die tot gebruik leiden. In de vorige module gebruik je die om de onderliggende overtuiging te vinden en hierbij targets te zoeken in het episodisch geheugen om te desensitiseren (zoekstrategie rechtsom). Nu blijf je bij de risico situaties of stemmingen zelf. Je kunt eventueel wel teruggrijpen op situaties of stemmingen die in de vorige module al genoemd werden.
- De ervaring leert dat dit soort targets vaak binnen enkele minuten grotendeels gedesensitiseerd zijn, je kunt je hier dus veroorloven om meerdere triggersituaties te behandelen. Beperk je anderzijds wel tot de belangrijkste, dus die welke regelmatig voorkomen en die het meeste trek en

eventueel spanning oproepen. Kijk of je zowel positief als negatief geladen triggersituaties kunt identificeren.

## PROTOCOL

*“We gaan het hebben over moeilijke situaties. In welke regelmatig voorkomende situaties of stemmingen kun je doorgaans het minste weerstand bieden om alcohol te gebruiken? Dus wat zijn typische triggersituaties voor jou, beschrijf ze één voor één.”*

Alleen wanneer de patiënt moeite heeft deze zelf te identificeren kun je helpen: *“Ik noem enkele voorbeeldsituaties, jij mag zeggen of je ze herkent...”*

- “Als je je depressief, nerveus, eenzaam, verveeld, verdrietig, kwaad, ziek voelt, het tegenzit of als ruzie hebt?”
- “Als je je ontspannen, vrolijk of lichamelijk goed voelt?”
- “Wanneer iemand je alcohol aanbiedt, je samen bent met andere gebruikers, je een ander ziet gebruiken of wanneer je samen bent met niet-gebruikende vrienden?”
- “Wanneer je alleen bent?”
- “Wanneer je in een omgeving bent waar je veel gebruikt hebt, je alcohol tot je beschikking hebt of als je al wat alcohol gedronken hebt?”

De moeilijkste situaties zijn:

Werktitel triggersituatie 1: \_\_\_\_\_

Werktitel triggersituatie 2: \_\_\_\_\_

Werktitel triggersituatie 3: \_\_\_\_\_

Werktitel triggersituatie 4: \_\_\_\_\_

Werktitel triggersituatie 5: \_\_\_\_\_

Voer voor elk van bovenstaande triggersituaties onderstaand protocol uit.

*“Ik ga je straks een aantal vragen stellen over de situaties die we net geselecteerd hebben. Ik zal je daarbij vragen naar het plaatje in je hoofd dat de meeste trek oproept als je er in je hoofd naar kijkt. De procedure is hetzelfde als de vorige keren. Je stelt je op als toeschouwer van je eigen beelden, ik vraag af en toe wat er opkomt, en dan gaan we weer verder. Alles wat er opkomt is goed. Laat maar gewoon gebeuren. Af en toe gaan we terug naar het oorspronkelijke beeld en zal ik vragen hoeveel trek of spanning het beeld nog oproept. Dan gaan we weer verder. Jij kan het niet fout doen, alles is goed.”*

*“Vertel me dan nu in grote lijnen hoe zo’n situatie meestal verloopt, vanaf het punt waar die voor jouw gevoel begint tot het punt waar die voor jouw gevoel echt eindigt. Beschrijf de gehele situatie in grote lijnen.....”*

*“Wat is op dit moment, als je er vanuit het hier en nu naar kijkt, het plaatje wat het meeste trek oproept? Kijk als het ware naar de film in je hoofd en zet deze – op de seconde – stil zodat het een plaatje wordt.*

Targetbeeld:\_\_\_\_\_

*“Welke uitspraak of ‘smoes’ doet de trek nog verder toenemen? bijvoorbeeld ‘ik heb het verdiend’, ‘eentje maar’, ‘het is zo lekker’, ‘vroeg of laat ga ik toch voor de bijl’, ‘andere mogen het ook’, enz.”*

Drempelverlagende uitspraak:\_\_\_\_\_

Geen PC uitvragen; deze wordt later (bij de installatie) standaard: “ik kan het aan” of “ik ben sterk”.

*“Als je het beeld weer in gedachten neemt en tegelijkertijd tegen jezelf zegt ..... [drempelverlagende uitspraak], welke emotie, voel je dan op dit moment?”*

*“Wanneer je kijkt naar dit beeld en je zegt tegen jezelf.....[drempelverlagende uitspraak], hoeveel trek ervaar je dan nu , op een schaal van 0, ‘helemaal niet’, tot 10, ‘maximaal’?”*

LoU:\_\_\_\_\_

*“Wanneer je kijkt naar dit beeld en je zegt tegen jezelf.....[drempelverlagende uitspraak], hoeveel spanning ervaar je dan nu , op een schaal van 0, ‘helemaal niet’, tot 10, ‘maximaal’?”*

SUD: \_\_\_\_\_

*“Waar in je lichaam voel je die trek en/of spanning het sterkst?”*

Hou je hand klaar voor de ogen en zeg: *“Kijk naar (de toppen van) mijn vingers (of: de stip op het scherm). Neem het beeld in gedachten en zeg tegen jezelf .....[drempelverlagende uitspraak]. Wees je bewust van die trekken/ of spanning in je.....[noem locatie]“*

<SET> *“Wat komt er op?” / “Wat gaat er door je heen?” / “Wat merk je op?”* enzovoort

*“Haal het beeld waarmee we zijn begonnen, zoals het nu in je hoofd ligt opgeslagen, weer voor je. Hoe sterk is dan nu de trek of spanning die dit oproept op een schaal van 0, ‘helemaal niet’, tot 10, ‘maximaal’?” (Nu dus zonder dat de drempelverlagende uitspraak wordt gebruikt!)*

Indien SUD / LoU > 0: *“Welk aspect van het beeld veroorzaakt die trek/spanning? Of: “Wat in het beeld veroorzaakt nog die 4?” ... “Wat zie je?.... Concentreer je op dat aspect.....Ja, heb je dat?”*

Back to target-procedure herhalen totdat de trek niet verder daalt. Net als bij future template mag er best nog wat trek of spanning zijn, als die maar zodanig gedaald is, dat de VOC maximaal kan worden bij de PC ‘ik kan het aan’.

Installatie van de PC:

*“Neem het oorspronkelijke beeld, zoals het nu in je hoofd ligt opgeslagen, in gedachten en zeg tegen jezelf ‘ik kan het aan’ Op een schaal van 1 (‘volledig onwaar’) tot en met 7 (‘volledig waar’) in welke mate kan je het nu aan om het ook echt te doen?”*

*Ook als VoC direct al 7 is: “Kijk naar het beeld en zeg tegen jezelf ‘ik kan het aan’. Heb je dat?”*

Nieuwe set oogbewegingen of serie klikjes starten. Niet vragen naar associaties! Blijf doorgaan (1, 2 & 3) net zo lang totdat de VoC 7 is geworden

Videocheck: Laat de patiënt in verbeelding, en met gesloten ogen, door een typische (doorgaans) trek en/of gebruik oproepende toekomstige situatie gaan (vanaf het begin tot en met het einde) om na te gaan of er niet aspecten/'cues' zijn die zodanig veel spanning of trek oproepen dat ze de patiënt zouden kunnen verhinderen om de toekomstige situatie aan te gaan of er adequaat mee om te gaan.

Vraag de patiënt de ogen te openen op het moment dat spanning of trek wordt waargenomen. 'Installeer' de (standaard) PC "Ik kan het aan" en ga door met deze procedure tot alle plaatjes van de film gemakkelijk (met een VOC van 7) kunnen worden bekeken.

Sluit altijd positief af als je aan het eind van de sessie bent.

Denk aan de afronding: vraag naar trek en geef instructie over huiswerk bij deze sessie.

## HUISWERK

"Welke triggersituatie, die we zojuist behandeld hebben, kun je moeilijk vermijden en zul je mee moeten leren omgaan omdat het nu eenmaal een deel is van je leven?"

---

"In welke mate voel je je nu in staat om hier goed mee om te gaan, zonder te gebruiken?"

Indien voldoende: "Ik wil je vragen om de komende week die situatie op te zoeken om zo verder te werken aan je vertrouwen in dergelijke situaties. LET OP: ik wil niet dat je, ook al gaat het goed, je bloot gaat stellen aan extreme situaties, dat zou zonde zijn."

Bereid samen met de patiënt een gedragsexperiment/exposure-opdracht voor in de vorm van een huiswerkopdracht om ervoor te zorgen dat de patiënt het vertrouwen in de (voorheen) trek of gebruik oproepende situatie verder, op eigen kracht, kan herstellen. Voor zo nodig eerst module G uit (Resource Development and Installation).

Het gaat hier om situaties waar de patiënt op een of andere manier mee zal moeten leren omgaan omdat ze nu eenmaaldeel uitmaken van zijn/haar normale leven (bv. op een verjaardag komen waar gedronken wordt). Het is NIET de bedoeling dat patiënt zichzelf onnodig op de proef gaan stellen door zich bloot te stellen aan extreme risicosituaties (bv. naar een gebruikersgroep gaan waarvan men weet dat die sterke druk zullen uitoefenen om te gebruiken)!

Leer de patiënt, indien je dit nodig acht, afleidings-, relaxatie- of zelfcontroletechnieken toe te passen om de huiswerkopdrachten te kunnen uitvoeren.

Evalueer het resultaat van het experiment in de volgende sessie. Het experiment kan input geven voor nieuwe targets m.b.t. intense trek of (helaas) terugval.

## MODULE H HET DESENSITISEREN VAN POSITIEVE FLASHFORWARDS

Geschatte duur van dit onderdeel: ongeveer 30 minuten.

Tijdspectief: toekomst

Valentie: positief (LoPA) en/of trek (LoU)

Primaire doel: de geloofwaardigheid van het overgewaardeerde ideaal verminderen.

Bron: dit onderdeel is geïnspireerd op het werk van Knipe (2010) op het gebied van disfunctioneel positief affect.

Opmerking: geen NC maar drempelverlagende uitspraak die de trek of het positieve gevoel maximaliseert. PC standaard: "Ik ben sterk" of "Ik kan het aan". LoPA of LoU hoeft niet helemaal 0 te worden.

### INLEIDING.

In de vorige module (triggersituaties) zijn beelden gekozen van situaties die bij de patiënt veel trek oproepen, zoals feestjes, de supermarkt om de hoek, en eenzame stemming, etc. In leertheoretische termen: de geconditioneerde stimulus (CS) triggert de trek (CR), waarop het gedrag volgt. Iets wat er op lijkt, maar toch iets anders is, is de positieve flashforward. Patiënten met een verslaving, ook gedragsverslaving, hebben vaak een (te) positief beeld van de effecten van het middel, of van het gedrag. Bijvoorbeeld: "straks thuis met een pilsje even helemaal ontspannen" (de drinker), "vanavond ga ik de jackpot winnen" (de gokker), "ooit zal hij mij weer in zijn armen nemen" (de stalker), "mezelf weer even goed voelen met een nieuwe jurk" (de koopverslaafde). Deze positieve verwachtingen (flashforwards) zijn natuurlijk niet zomaar in het hoofd van je patiënt terecht gekomen. Ze hebben een leergeschiedenis met positieve herinneringen, die als het goed is, in eerdere modules al aan bod zijn geweest. In de huidige module gaat het niet om herinneringen, maar op een geconstrueerd positief toekomstbeeld, een droom die wordt nagejaagd. Uiteraard alleen zinvol om zo'n geheugenrepresentatie met EMDR te desensitiseren als deze in significant lijkt bij te dragen aan het disfunctionele gedrag. Mogelijk is dit vaker dan gedacht.

Wij hebben de indruk dat het desensitiseren van een positieve flashforward vooral effectief is als a) de gevoelsmatige inschatting van de kans niet reëel is (overschatting) en/of b) wanneer de te verwachten effecten te rooskleurig worden ervaren. Dus wanneer de positieve flashforward niet reëel is: de gewenste situatie wordt als te waarschijnlijk en te aantrekkelijk voorgesteld. De EMDR moet er toe leiden dat de patiënt een meer realistisch beeld krijgt van de effecten van het middel of het gedrag. Een patiënt die haar ex stalkte (een vorm van gedragsverslaving) had een veel te optimistisch en veel te rooskleurig beeld van een eventuele hereniging. Tijdens de EMDR verdween de positiviteit en realiseerde ze zich dat de kans op hereniging nihil was (Tjon en Hornsveld, 2014). Ook is het niet reëel dat de gokverslaafde patiënt zijn verloren geld zal terugwinnen, enz. Positieve flashforwards die minder onrealistisch zijn, zijn wellicht moeilijker te desensitiseren. (We hebben hier nog niet zo veel ervaring mee). Sigaretten, drank en coke zijn haalbare doelen. Het inhaleren van een sigaret is daarentegen niet onhaalbaar, hoewel het bekend is dat de te verwachten effecten te rooskleurig voorgesteld: de feitelijke sigaret valt vaak tegen.

### TIPS EN VALKUILEN

- Goed doorvragen. Patiënten geven aan dat ze er zich niet zo bewust van zijn, maar dat ze inderdaad een te optimistisch beeld hebben van het middel.
- Net als bij positieve herinneringen formuleren we geen NC en PC (PC is standaard "Ik ben sterk" of "Ik kan het aan").
- Onze ervaring is dat een positieve flashforward zowel voornamelijk appetitief kan zijn (het gaat dan om het verkrijgen van iets positiefs, zoals het winnen van een jackpot) als het opheffen van iets negatiefs (even weg van alle sores, met een pilsje op de bank). Meestal is het een combinatie van beiden. Uit de verslavingsliteratuur is bekend dat middelengebruik doorgaans aanvankelijk in stand gehouden werd door positieve bekrachtiging (+S+), maar in de loop van de tijd steeds meer onder invloed komt te staan van negatieve bekrachtiging (-S-).
- Zoals we bij de negatieve flashforward (en de neerwaartse pijltechniek) op zoek gaan naar de ramp achter de angst, naar het ultieme doemscenario om zo het uitgebreide veiligheidsgedrag en



vermijdingsgedrag te kunnen begrijpen, zo gaan we met de positieve flashforward op zoek naar het ultieme genot. De trein op de positieve berg, als de oogjes gaan glimmen en de arousal stijgt, zit je goed.

- Cognitive interweaves kunnen onder andere gericht worden op het verminderen van de gevoelsmatige waarschijnlijkheid.

## PROTOCOL

*“Wat we nu gaan uitzoeken is of je een specifiek positief of rooskleurig beeld in je hoofd hebt van wat alcohol je kan bieden. We zoeken naar een plaatje in je hoofd, dat jou telkens weer naar het middel doet grijpen, ondanks alle nadelen. Welk plaatje moet jij je hoofd houden om de zoveel mogelijk zin in alcohol te krijgen? Met andere woorden, welk plaatje zou uit je hoofd moeten om je minder te doen verlangen naar alcohol? We zoeken vooral een plaatje waarin jij zelf te zien bent”.*

Help de patiënt om de antwoorden op bovenstaande vragen te vertalen naar één of meer specifieke flashforwards.

Positieve flashforward: \_\_\_\_\_

Positieve flashforward: \_\_\_\_\_

Start met het eerste beeld.

*... Hoe ziet dit plaatje er uit? ... “Welke uitspraak over jezelf of over het middel doet de trek of het positieve gevoel nog verder toenemen?, bijvoorbeeld: “ik heb dit nodig”, “bier is mijn beste vriend”, “even helemaal vrij zijn”, “gewoon lekker doen waar je zin in hebt”.*

Noteer de drempelverlagende uitspraak bij de eerste flashforward:

\_\_\_\_\_

*“Als je het beeld weer in gedachten neemt en tegelijkertijd tegen jezelf zegt...(drempelverlagende uitspraak), welke emotie voel je dan op dit moment?”*

*“Wanneer je kijkt naar dit beeld, hoe sterk is dan nu de trek die je ervaart, op een schaal van 0, ‘helemaal geen’, tot 10, ‘maximale trek’?”*

Level of Urge (LoU): \_\_\_\_\_

*“Wanneer je kijkt naar dit beeld, hoe aantrekkelijk of hoe positief is het plaatje op een schaal van 0, ‘helemaal niet’, tot 10, ‘zo positief al het maar kan’?”*

Level of Positive Affect (LoPA): \_\_\_\_\_

LET OP: ga verder met de LoU of met de LoPA, afhankelijk wat het meest intens wordt ervaren.

*“Waar in je lichaam voel je die trek / positiviteit het sterkst?”*

Hou je hand klaar voor de ogen en zeg: *“Kijk naar (de toppen van) mijn vingers (of: de stip op het scherm). Neem het beeld in gedachten, zeg tegen jezelf .....(drempelverlagende uitspraak). Wees je bewust van dat die trek of positieve gevoelens in je..... [noem locatie]”*

Desensitatiefase als gebruikelijk.

‘Back to target’:

*“Haal het beeld waarmee we zijn begonnen, zoals het nu in je hoofd ligt opgeslagen, weer voor je. Hoe sterk is dan nu de trek of het positieve gevoel, op een schaal van 0, ‘helemaal geen’, tot 10, ‘maximale trek/maximaal positief?’” (Nu zonder de drempelverlagende uitspraak!)*

*Indien LoU/LoPA > 0: “Welk aspect van het beeld veroorzaakt die trek/dat positieve gevoel. of: “Wat in het beeld veroorzaakt nog die 4?”). Wat zie je?... Concentreer je op dat aspect.....Ja, heb je dat?”*

Ga door tot Lou /LoPa = 0, of sterk is afgenomen. Lou/LoPa hoeft niet per se 0 te zijn om de PC te kunnen installeren.

*“Neem het het positieve toekomstbeeld, zoals het nu in je hoofd ligt opgeslagen, in gedachten en zeg tegen jezelf “ik kan het aan” of “ik ben sterk”; wat heeft jouw voorkeur? ... Op een schaal van 1 (volledig onwaar ) tot en met 7 (volledig waar), hoe waar voelt die uitspraak dan aan?”*

Blijf doorgaan totdat de VoC 7 is geworden.

Eventueel bodyscan.

Sluit altijd positief af als je aan het eind van de sessie bent.

Denk aan de afronding: vraag naar trek.

## MODULE I RESOURCE DEVELOPMENT AND INSTALLATION (RDI)

Geschatte duur van dit onderdeel: ongeveer 20 minuten.

Tijdsperspectief: toekomst

Primaire doel: beschikbaar maken van vermogens of persoonlijke eigenschappen die de weerbaarheid in risicosituaties versterken.

Bron: deze module volgt het RDI protocol volledig.

### INLEIDING

RDI is een techniek die in alle fases van een verslavingsbehandeling ingezet kan worden. De procedure is ontleend aan Leeds (2009) en opgenomen in de EMDR Vervolgtraining. Het leent zich uitstekend voor patiënten die gedemoraliseerd zijn geraakt. Als aanvulling op motivatietechnieken, zelfcontrole technieken en het leren omgaan met terugval en uitglijders.

### TIPS EN VALKUILEN

- Deze module is gebaseerd op het RDI protocol uit de EMDR vervolgtraining. Wij raden je aan om het betreffende hoofdstuk uit het EMDR praktijkboek nog eens te lezen (Ten Broeke, De Jongh & Hornsveld, 2012).
- Gebruik de meest recente versie van het protocol. Wij raden aan ook gebruik te maken van het zogeheten ankeren.
- Je patiënt is enigszins bekend met de procedure door Module B, het installeren van een positief behandeldoel
- Redenen om hier geen oogbewegingen uit te voeren zijn gegeven in Module B.
- Het zijn vaak dezelfde eigenschappen die terugkomen bij RDI. In onze ervaring zijn dit bij verslaafde patiënten ongeveer dezelfde eigenschappen als bij getraumatiseerde patiënten: zelfvertrouwen, doorzettingsvermogen, weerbaarheid, zelfbeheersing, lef, eigenwaarde en trots.

### PROTOCOL

Het protocol in deze module is geheel overeenkomstig met het RDI protocol (ten Broeke, de Jongh, Beer, 2014).

Sluit altijd positief af als je aan het eind van de sessie bent.

Denk aan de afronding: vraag naar trek en geef instructies m.b.t. huiswerk.

### HUISWERK

- Huiswerk: Oefenen met oproepen van 'hulpbron'
- Thuis (aantal keren) terug naar de herinnering, hulpbron 'voelen' en 'verankeren' (circa 5 minuten per keer)
- Na verloop van tijd testen of de hulpbron via mentaal oproepen of via het 'anker' direct te activeren is
- Dagelijks regelmatig even oproepen van de hulpbron (tijdens dagelijkse activiteiten)
- Eventueel direct of na enige tijd: oproepen van een mentale voorstelling van de probleemsituatie(s) en zodra het nodig is de hulpbron 'inzetten' (bijvoorbeeld via het 'anker')
- In 'het echt' oproepen/inzetten van de hulpbron als dat nodig is (eventueel via het 'anker')

## MODULE J HET DESENSITISEREN VAN NEGATIEVE FLASHFORWARDS

Geschatte duur van dit onderdeel: ongeveer 30 minuten.

Tijdsperspectief: toekomst

Valentie: negatief (SuD)

Primaire doel: minder angst en meer controle ervaren ten aanzien van de toekomst.

Bron: dit onderdeel is een verslavings specifieke variant op de flashforward procedure.

Opmerking: NC standaard: "ik ben machteloos, PC standaard: "Ik kan het beeld aan".

### INLEIDING.

Bij mensen die willen stoppen met (alcohol)gebruik zien we regelmatig dat ze niet erg optimistisch zijn over hun eigen mogelijkheden om het vol te houden. In deze module wordt de aandacht gericht op eventueel aanwezige flashforwards met betrekking tot controleverlies en terugval. Een dergelijk doemscenario bestaat meestal uit een beeld waarin ze bevestigd zien dat ze het niet gaan redden ('ik zie mezelf in de goot liggen' of 'dronken over straat zwalken'). Dit werkt verlamdend op de motivatie en het inschatten van de eigen vermogens om hier goed mee om te gaan. Onze ervaring met deze module is dat de flashforwards tijdens de desensitiseringsfase snel aan kracht verliezen. De patiënt realiseert zich opeens dat je niet 'zomaar in de goot belandt', dat daar heel wat stappen voor nodig zijn, die erg onwaarschijnlijk zijn. Bovendien kan de patiënt zelf veel ondernemen om deze gang van zaken te voorkomen. Spontane rescripting is eerder regel dan uitzondering tijdens deze module.

### TIPS EN VALKUILEN

- Therapeuten zijn soms terughoudend om een doemscenario te desensitiseren omdat ze denken dat de aanwezigheid van een doemscenario of schrikbeeld van terugval juist motiveert om niet te gebruiken. Dit is echt niet onze ervaring. Doemscenario's werken eerder verlamdend. Hoe helderder de patiënt een beeld heeft van de toekomst; hoe groter de gevoelsmatige waarschijnlijkheid dat het (de terugval) inderdaad gebeurt. Het verminderen van die gevoelsmatige waarschijnlijkheid is juist het doel van het desensitiseren van flashforwards.
- De NC is (standaard) 'ik ben machteloos' ten aanzien van plaatje, in de zin van 'ik moet daar niet aan denken'. De PC is 'ik kan het beeld aan', wat in feite zoiets betekent als: 'ik durf er naar te kijken. Ik kan de toekomst niet voorspellen; het zou inderdaad heel ongewenst zijn als ik in de goot beland, maar daar ben ik zelf bij. Zover als ik het in het verleden heb laten komen, hoef ik het nu niet weer te laten komen. Ik ben intussen veel ouder en wijzer. Samengevat: ik durf de toekomst aan'
- Cognitive interweaves kun je richten op het verminderen van de gevoelsmatige waarschijnlijkheid.

### PROTOCOL

*"Wat we nu gaan uitzoeken is of er angst bestaat voor intense trek of terugval of de mogelijke gevolgen daarvan als je in de toekomst met een bepaalde situatie wordt geconfronteerd. Dus eigenlijk zoeken we naar de vrees, of nog beter: 'het ultieme schrikbeeld', die jou verhindert om te doen wat je wilt doen en je mogelijk onnodig bang maakt voor de toekomst. Heb jij een beeld van dat je terugvalt? Hoe ziet dat er uit? Bijvoorbeeld 'weer verslaafd zijn', 'in de goot te belanden' etc. Heb je last van zo'n rampscenario of schrikbeeld?... Zo ja, hoe zit dat precies in je hoofd?..."*

Help de patiënt om de antwoorden op bovenstaande vragen te vertalen naar één of meer specifieke flashforwards.

Flashforward: \_\_\_\_\_

Flashforward: \_\_\_\_\_

Laat de patiënt van het geïdentificeerde rampscenario's een stilstaand plaatje maken en desensitiseer deze als ware het een normale herinnering. De NC is standaard: *"ik ben machteloos"*. de pc is standaard: *"ik kan het beeld aan"*.

Sluit altijd positief af als je aan het eind van de sessie bent.

Denk aan de afronding: vraag naar trek.

## LITERATUUR

- Beer, R., ten Broeke, E., Hornsveld, H., de Jongh, A., Meijer, S., de Roos, C. & Spierings, J. (2011). EMDR: Oogbewegingen of een andere duale taak? Retrieved from [http:// www.emdr.nl](http://www.emdr.nl).
- Beer, R. & Hornsveld, H.K. (2008). EMDR in de behandeling van eetstoornissen. In: E. ten Broeke, A. de Jongh, & H. Oppenheim (red.), *Praktijkboek EMDR. Casusconceptualisatie en en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam: Harcourt Press.
- Brown, S. Stowasser, J. & Shapiro, F. (2011). *Intervention in Mental Health-Substance abuse*, edited by David B Cooper. Radcliffe publishing.
- Engelhard, I., van den Hout, M., Janssen, W., & van der Beek, J. (2010). Eye movements reduce vividness and emotionality of “flashforwards”. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 442–447.
- Hase, M., Schallmayer, S., & Sack M. (2008). EMDR reprocessing of the addiction memory: Pretreatment, posttreatment, and 1-Month follow-up. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2: 170-179. doi: 10.1891/1933-3196.2.3.170
- Hien, D. A., Jiang, H., Campbell, A. N. C., Hu, M-C., Miele, G. M., Cohen, L. R., et al. (2010). Do treatment improvements in PTSD severity affect substance use outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial in NIDA’s Clinical Trials Network. *The American Journal of Psychiatry*, 167(1), 95-101.
- Hornsveld, H. K., Houtveen, J. H., Vroomen, M., Aalbers, I. K. D., van den Hout, A. (2011). Evaluating the effect of eye movements on positive memories such as those used in resource development and installation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5, 146–155.
- Hornsveld, H.K., De Jongh, A. & Ten Broeke (2012), Stop the Use of Eye Movements in Resource Development and Installation, Until Their Additional Value Has Been Proven: A Rejoinder to Leeds and Korn (2012) *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 6, Number 4, 2012.
- Hornsveld, HK, en ten Broeke E. (2009). Binge Eating Disorder. In: Korrelboom, K & ten Broeke. *Praktijkboek Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie*, Couthino.
- van den Hout, M. A., & Engelhard, I. M. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 724–738.
- van den Hout, M., Muris, P., Salemink, E., & Kindt, M. (2001). Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *The British Journal of Clinical Psychology* , 40 , 121–130.
- de Jongh & ten Broeke (2012) *Linksom met EMDR*. In ten Broeke, de Jongh en Oppenheim. *EMDR Praktijkboek: casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Harcourt Publishers.
- de Jongh A., Ernst, R, Marques, L. & Hornsveld, H. (2013). The impact of eye movements and tones on disturbing memories of patients with PTSD and other mental disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 447-483.
- Knipe, J. (2009). “Shame is my safe place”: AIP targeting of shame as a psychological defense. In R. Shapiro (Ed.), *EMDR solution II: For depression, eating disorders, performance, and more* (ed., pp. 49-89). New York: Norton Professional Books.
- Knipe, J. (2010) *Disfunctional positieve affect: to clear the pain of unrequited love*. In *EMDR In: EMDR Sripted protocols’ van Luber*, Springer Publishers, chapter 33; 459-462.
- Logie, R. & De Jongh, A. (2014). The ‘Flashforward procedure’: Confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 25-32

Markus, W., Kruijk, C. de, Weert-Van Oene, G. de, Becker, E.S. & Jong, C. de (in druk). Geïntegreerd behandelen van PTSS en verslaving met EMDR en Seeking Safety: uitdagingen en mogelijkheden. *Directieve Therapie*.

Markus en Hornsveld. (2013) EMDR en alcoholafhankelijkheid. Onderzoeksprotocol. IrisZorg, interne publicatie.

Markus, W. & Hornsveld, H. (in preparation). EMDR bij verslaving. In: Oppenheim, Hornsveld, ten Broeke en de Jongh (red.) Praktijkboek deel 2.

Miller, R. (2010). The Feeling State Addiction Protocol. <http://www.fsaprotocol.com>

Miller, R. (2012). Treatment of behavioral addictions utilizing the feeling-state addiction protocol: A multiple baseline study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(4), 159-169. doi:10.1891/1933-3196.6.4.159.

Popky, A. J. (2005). *DeTUR, an urge reduction protocol for addictions and dysfunctional behaviors*. In R. Shapiro (Ed.), *EMDR solutions: Pathways to healing* (pp. 167-188).