



Aanvraag accreditatie
EMDR Module

© BivT Beverwijk

Niets uit deze oplage mag zonder schriftelijke toestemming gebruikt of vermenigvuldigd worden.

BivT secretariaat • Koningstraat 75a (achter) • 1941 BB Beverwijk • Telefoon: 0251-222210

E-mail: info@bivt.nl • Website: www.bivt.nl

btwnr.NL8522.40.181.B01 • KvK 56655037 • IBAN: NL 77 INGB 0003 3179 74 • BIC: INGBNL2A

Op al onze activiteiten zijn onze Algemene Voorwaarden van toepassing. Die kunt u lezen op www.bivt.nl

Accreditatie opleiding en bij- en nascholingsbijeenkomsten

1. Contactpersoon die accreditatie aanvraagt, tevens hoofdadres opleidingsinstituut	
<i>Naam:</i>	René J. Veraar - directeur/ docent
<i>Instelling/ organisatie:</i>	BivT - Bijscholing instituut voor Therapeuten
<i>Adres/ postbus:</i>	Koningstraat 75a
<i>Postcode/ plaats:</i>	1941 BB Beverwijk
<i>Telefoon:</i>	0251-222210
<i>Fax:</i>	-
<i>KvK:</i>	56655037
<i>BTW Nummer:</i>	NL8522.40.181.B01 BivT is Erkend door de CRKBO - BTW vrij
<i>E-mail:</i>	info@bivt.nl
<i>Website:</i>	www.bivt.nl
<i>Namen directie / contactpersonen:</i>	Dhr. René Veraar Dhr. Ronald Terpstra
<i>Datum aanvraag:</i>	2017

2. Informatie over de bijscholing	
<i>Titel:</i>	EMDR
<i>(Eerste volgende) datum:</i>	28-10-2017 / Jaarlijks terugkerend
<i>Tijden:</i>	Van 10:00 uur tot 17:00 uur
<i>Locatie:</i>	Beverwijk , Den Bosch, Den Haag, Zwolle, Eindhoven, Groningen, Utrecht, Rotterdam
<i>Docent(en):</i>	René Veraar, Karin Bargeman (Zie CV)
<i>Website informatie:</i>	http://www.bivt.nl/bijscholing/view/emdr_opleiding
<i>Beoogd aantal deelnemers:</i>	15 deelnemers
<i>Inschrijfgeld per deelnemer:</i>	€845,-
<i>Geaccrediteerd door o.a.:</i>	SNRO, IBMT, VNT, NCSV, NFG, NVPA, VIV, FAGT, VBAG, BATC, LVNG, SBL P, VVH, NBVH, Het Verbond/ VVET, ABVC, NVBT, NVDAT, NVDT

3. Studielastingsuren (SBU's) pauzes, maaltijden, enz. niet meegeteld	
<i>Contacturen :</i>	24 uur
<i>Aantal dagdelen (2 delen per dag):</i>	8 dagdelen
<i>Supervisie SBU's:</i>	4 uur
<i>Studie SBU's:</i>	0 uur
<i>Literatuur SBU's:</i>	36 uur

Totaal aantal SBU's:	64 uur
----------------------	--------

4. Leerdoelen en vereisten	
<i>Niveau:</i>	HBO
<i>Vereiste voorkennis:</i>	HBO, Kennis van psychopathologie of een gelijkwaardige opleiding/bijscholing.
<i>Leerdoelen:</i>	Deze vierdaagse opleiding is gericht op het leren toepassen van EMDR bij ongecompliceerde/ gecompliceerde PTSS en overige aan trauma gerelateerde stoornissen. De opleiding kent een stapsgewijze opbouw waarbij gebruik wordt gemaakt van theoretische inleidingen, instructies van de EMDR-protocollen, voorbeeld sessies en (semi-)plenaire oefeningen van de EMDR interventies. Er wordt veel stil gestaan bij de communicatieve vaardigheden van de deelnemers daar er eerder veel afgeleerd dient te worden dan aangeleerd. Tevens worden diagnose stelling voor EMDR behandeling in kaart gebracht en afronding van sessies en therapie. Er wordt aangeleerd hoe de herevaluatie bij EMDR toegepast dient te worden. Tijdens de tweede tot en met de vierde lesdag worden vragen beantwoord die men in de praktijk is tegen gekomen vanuit de eerdere lesdagen. Veel aandacht wordt besteed aan het plenair bekijken en bespreken van door de deelnemers gedane EMDR-zittingen.
<i>Manier van kennisoverdracht:</i>	1/3 Theorie, 1/3 voorbeeldsessies en 1/3 praktijk
<i>Competenties:</i>	Zie bijlage Competenties

5. Korte inhoud van de bijscholing
<p>Dag 1: Het EMDR-protocol</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kennismaking 2) Werking van het brein 3) Oefening 4) Voorbeeld sessie 5) EMDR protocol I 6) Oefening <p>Dag 2: RDI & Angstprotocol</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Feedback lesdag 1 2) RDI 3) Oefening 4) Angst protocol 5) Voorbeeld sessie <p>Dag 3: Cognitieve Interwaves en EMDR oefenen onder supervisie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Feedback lesdag 2 2) Cognitieve interwaves 3) Casus 4) Oefenen onder supervisie <p>Dag 4: Protocollen bij meervoudig trauma en dissociatie - stabilisatie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Feedback lesdag 1-2-3 2) Stabilisatie 3) Meervoudig trauma protocol 4) Dissociatieve stoornissen protocol 5) Afronding en bespreken examen/ supervisie programma <p>Supervisie: EMDR master Practitioner</p>

Na het volgen van de vier lesdagen gaat u het supervisie programma volgen. U wordt inmiddels geacht met EMDR te kunnen werken en zal minimaal vier cliënten behandelen waarover u supervisie krijgt. Nadat hierover goedkeuring is verkregen ontvangt u het certificaat "EMDR master Practitioner". Na het behalen van het certificaat "EMDR master Practitioner" krijgt u een vermelding op www.emdr-therapeuten.nl en bent u tevens aangesloten bij de landelijke "samenwerkende EMDR therapeuten Nederland" voor de complementaire zorgverlening binnen uw eigen professie.

6. Toetsing en evaluatie	
<i>Bevat een begintoets:</i>	Nee
<i>Bevat een examering: Zo ja welk(e) type(s)?</i>	4 Sessies supervisie met client
<i>Toetsing van literatuur kennis:</i>	Mondelinge controle
<i>Ontvangen deelnemers een diploma of certificaat van deelname:</i>	Certificaat van Deelname

7. Doelgroep van de bijscholing	
<i>Erkende specialismen die tot de doelgroep behoren:</i>	Therapeuten, Coaches, psychosociaal hulpverleners, maatschappelijk werkers, hypnotherapeuten, regressietherapeuten, Natuurgeneeskundigen, homeopaat, paranormaalgenezers, psychosociaal therapeuten en andere paramedici uit de reguliere en complementaire hulpverlening.
<i>Wie behoren nog meer tot de doelgroep (artsen en/ of niet-artsen):</i>	Reguliere artsen, psychologen etc. kunnen eveneens deelnemen.

8. Documentatie	
<i>Hand-Outs (ja / nee):</i>	Nee
<i>Syllabus (ja / nee):</i>	Ja
<i>Benodigde boeken:</i>	Aanbevolen: A. de Jongh & E. ten Broeke, Handboek EMDR , Pearson Assessment and Information, 2013, 184pag., ISBN13:9789026522574 E. ten Broeke, A de Jongh, Praktijkboek EMDR, Pearson Assessment and Information, 2012, 504 pag. ISBN13:9789026522550
<i>Andere documentatie:</i>	Geen

9. Diepere inhoud
<i>Zie Bijlage (Syllabus)</i>

10. Bewaarde gegevens
<i>Het BivT bewaart de inschrijfgegevens van de deelnemers, de aanwezigheid gegevens en de toetsinggegevens. Tevens wordt elk certificaat/diploma met een uniek nummer uitgegeven</i>

waardoor deze op verzoek op echtheid getest kan worden.

11. Examen gegevens

De hieronder toegevoegde informatie is alleen van toepassing als de bijscholing wordt afgesloten met een examen.

Korte samenvatting procedure:

Zie ook website:

<http://bivt.nl/pages/av>

- 1) Op zijn laatst wordt op de bijscholing de examendatum en locatie(s) bekend gemaakt
- 2) Een week van te voren wordt er een bevestigingsmail naar alle deelnemers gestuurd. Waarin het tijdstip en de locatie nogmaals bevestigd wordt.
- 3) Op de locatie moet de deelnemer zich identificeren bij de examenleider met een ID-bewijs, deze noteert de aanwezige
- 4) De examens worden op de locatie uitgereikt en worden onder toezicht gemaakt.
- 5) Na afloop worden de Examens ingezameld bij de examinator
- 6) Getracht wordt binnen 21 dagen de nagekeken examens te hebben. Deze worden nagekeken door de docent.
- 7) Er bepaald wie er geslaagd zijn en wie niet.
- 9) Hierna volgt er een terugkoppeling per mail met het resultaat. Het nagekeken examen wordt op de post met eventueel certificaat terug gestuurd.
- 10) Is er sprake van een herexamen, dan wordt er een brief meegestuurd met uitleg van mogelijke vervolg stappen. Dit alles wordt ook per mail bevestigd naar de kandidaten toe.

Examen structuur:

Schriftelijk, op locatie, open vragen, zonder hulpmiddelen.

Kosten Herexamen:

€ 100,-

Examencommissie:

Ja

Commissie bestaat uit:

3 leden

<i>De commissie is samengesteld uit:</i>	1 docent 1 BivT leidinggevende 1 onafhankelijk arts/therapeut
<i>Frequentie examen:</i>	2 keer per jaar
<i>Examen tijd:</i>	2 uur
<i>Frequentie Herkansing:</i>	Binnen 2 maanden

12. Algemene Gegevens BivT	
<i>Geschillencommissie:</i>	BivT heeft zich geconformeerd aan de eisen van CPION en CRKBO. Zie website algemene voorwaarden
<i>Klachtenbeleid:</i>	BivT heeft zich geconformeerd aan de eisen van CPION en CRKBO. Zie website algemene voorwaarden
<i>Samenwerkingsverbanden:</i>	Geen. BivT is onafhankelijk bijscholing instituut.
<p><i>Het BivT werkt met freelance docenten die eigenaar zijn van hun materiaal. Voordat wij het voordragen aan accreditatieverenigingen beoordelen wij dit materiaal op inhoud en vorm. Vervolgens wordt dit naar onafhankelijke accreditatie/beroepsverenigingen gestuurd voor accreditatie.</i></p> <p><i>De omgang met de student wordt binnen het BivT afgehandeld. Omdat het slechts om beperkte en kleine modules gaat is hier geen verder toezicht nodig. De klacht en geschillen procedure zijn beschikbaar voor als er sprake is van onenigheid en worden afgedwongen door onze registratie bij het Centraal Register Kort Beroepsonderwijs (CRKBO - CPION).</i></p>	

13. Extra informatie
Als het mogelijk is onze bijscholingen te vermelden op uw website, vakblad of andere communicatie kanalen dan komen we hier graag voor in aanmerking.

BivT secretariaat • Koningstraat 75a (achter) • 1941 BB Beverwijk • Telefoon: 0251-222210
 E-mail: info@bivt.nl • Website: www.bivt.nl
 btwnr. NL8522.40.181.B01 • KvK 56655037 • IBAN: NL 77 INGB 0003 3179 74 • BIC: INGBNL2A
 Op al onze activiteiten zijn onze Algemene Voorwaarden van toepassing. Die kunt u lezen op www.bivt.nl





Kerncompetenties:

Brede professionalisering

- De student breidt door persoonlijke ontmoeting zijn netwerk uit.
- De student krijgt meer inzicht in het mogelijk doorsturen van de cliënt.
- De student snapt dat er continue bijscholing nodig is om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen op het vakgebied. Op deze manier kan hij zijn kennis zowel verbreden als verdiepen.

Toepassing van de wetenschap

- De student leert nieuwe wetenschappelijke kennis.
- De student leert casussen en cliënten van de behandelde theorieën te herkennen.
- De student leert cliënten in de behandelde theorieën te behandelen of door te sturen, waar nodig.
- De student wordt gestimuleerd discussies in de behandelde theorieën te voeren.

Creativiteit en complexiteit in handelen

- De student leert zijn/haar acties te beschouwen en hier reflectie op toe te passen.
- De student is in staat zichzelf te evalueren, of om hier naar te vragen bij anderen.

Probleemgericht werken

- Door voorbeelden, casussen en oefeningen leert de student de geleerde kennis in de praktijk toe te passen in verschillende situaties.
- Door combinatie met eigen kennis is de student beter in staat een algehele of integratieve behandeling aan cliënten aan te bieden.

Sociaalcommunicatieve bekwaamheid

- De student werkt met andere mee in groepsopdrachten.
- De student informeert andere van zijn of haar acties.
- De student staat open voor kritiek van anderen.

Besef van maatschappelijke verantwoordelijkheid

- Door interactie met medestudenten wordt de student zich meer bewust van en handelt naar de ethische aspecten met betrekking tot de beroepsuitoefening, houding tegenover de cliënt en houding in relatie tot collegae en andere hulpverleners.



Aanvraag accreditatie
BivT EMDR Casuïstiekdag

© BivT Beverwijk

Niets uit deze oplage mag zonder schriftelijke toestemming gebruikt of vermenigvuldigd worden.

BivT secretariaat • Koningstraat 75a (achter) • 1941 BB Beverwijk • Telefoon: 0251-222210

E-mail: info@bivt.nl • Website: www.bivt.nl

btwnr.NL8522.40.181.B01 • KvK 56655037 • IBAN: NL 77 INGB 0003 3179 74 • BIC: INGBNL2A

Op al onze activiteiten zijn onze Algemene Voorwaarden van toepassing. Die kunt u lezen op www.bivt.nl



Accreditatie opleiding en bij- en nascholingsbijeenkomsten

1. Contactpersoon die accreditatie aanvraagt, tevens hoofdadres opleidingsinstituut	
<i>Naam:</i>	René J. Veraar - directeur/ docent
<i>Instelling/ organisatie:</i>	BivT - Bijscholing instituut voor Therapeuten
<i>Adres/ postbus:</i>	Koningstraat 75a
<i>Postcode/ plaats:</i>	1941 BB Beverwijk
<i>Telefoon:</i>	0251-222210
<i>Fax:</i>	-
<i>KvK:</i>	56655037
<i>BTW Nummer:</i>	NL8522.40.181.B01 BivT is Erkend door de CRKBO - BTW vrij
<i>E-mail:</i>	info@bivt.nl
<i>Website:</i>	www.bivt.nl
<i>Namen directie / contactpersonen:</i>	Dhr. René Veraar Dhr. Ronald Terpstra
<i>Datum aanvraag:</i>	2017

2. Informatie over de bijscholing	
<i>Titel:</i>	EMDR Casuïstiekdag
<i>(Eerste volgende) datum:</i>	Geen / Jaarlijks terugkerend
<i>Tijden:</i>	Van 10:00 uur tot 17:00 uur
<i>Locatie:</i>	Beverwijk , Den Bosch, Den Haag, Zwolle, Eindhoven, Groningen, Utrecht, Rotterdam
<i>Docent(en):</i>	René Veraar, Marjon van der Sar, Karin Bargeman (Zie CV)
<i>Website informatie:</i>	http://www.bivt.nl/bijscholing/view/emdr_praktijkdag
<i>Beoogd aantal deelnemers:</i>	15 deelnemers
<i>Inschrijfgeld per deelnemer:</i>	€149,-
<i>Geaccrediteerd door o.a.:</i>	SNRO, IBMT, VNT, NCSV, NFG, NVPA, VIV, FAGT, VBAG, BATC, LVNG, SBL P, VVH

3. Studielastingsuren (SBU's) pauzes, maaltijden, enz. niet meegeteld	
<i>Contacturen :</i>	6 uur
<i>Aantal dagdelen (2 delen per dag):</i>	2 dagdelen
<i>Supervisie SBU's:</i>	0 uur
<i>Studie SBU's:</i>	0 uur
<i>Literatuur SBU's:</i>	0 uur

Totaal aantal SBU's:	6 uur
----------------------	-------

4. Leerdoelen en vereisten	
Niveau:	HBO
Vereiste voorkennis:	HBO, alle dagen van de EMDR hebben afgerond.
Leerdoelen:	Na afloop heeft de deelnemer 1. Zijn eigen functioneren met EMDR geëvalueerd 2. Zijn kunde bij het toepassen van EMDR verbeterd
Manier van kennisoverdracht:	1/3 Theorie, 1/3 voorbeeldsessies en 1/3 praktijk
Competenties:	Zie bijlage Competenties

5. Korte inhoud van de bijscholing
De praktijkdag omvat: - Kennismaking - Vraagstelling inbreng - Casus inbreng - Voorbeelden - Plenair werken

6. Toetsing en evaluatie	
Bevat een begintoets:	Nee
Bevat een examering: Zo ja welk(e) type(s)?	Casuïstiek
Toetsing van literatuur kennis:	Mondelinge controle
Ontvangen deelnemers een diploma of certificaat van deelname:	Certificaat van Deelname

7. Doelgroep van de bijscholing	
Erkende specialismen die tot de doelgroep behoren:	Therapeuten, Coaches, psychosociaal hulpverleners, maatschappelijk werkers, hypnotherapeuten, regressietherapeuten, Natuurgeneeskundigen, homeopaat, paranormaalgenezers, psychosociaal therapeuten en andere paramedici uit de reguliere en complementaire hulpverlening.
Wie behoren nog meer tot de doelgroep (artsen en/ of niet-artsen):	Reguliere artsen, psychologen etc. kunnen eveneens deelnemen.

8. Documentatie	
Hand-Outs (ja / nee):	Nee
Syllabus (ja / nee):	Ja
Benodigde boeken:	Geen
Andere documentatie:	A. de Jongh & E. ten Broeke, Handboek EMDR , Pearson

Assessment and Information, 2013, 184pag.,
ISBN13:9789026522574
E. ten Broeke, A de Jongh, Praktijkboek EMDR, Pearson
Assessment and Information, 2012, 504 pag.
ISBN13:9789026522550

9. Diepere inhoud

Zie Bijlage (Syllabus)

10. Bewaarde gegevens

Het BivT bewaart de inschrijfgegevens van de deelnemers, de aanwezigheid gegevens en de toetsinggegevens. Tevens wordt elk certificaat/diploma met een uniek nummer uitgegeven waardoor deze op verzoek op echtheid getest kan worden.

11. Examen gegevens

De hieronder toegevoegde informatie is alleen van toepassing als de bijscholing wordt afgesloten met een examen.

Korte samenvatting procedure:

Zie ook website:

<http://bivt.nl/pages/av>

- 1) Op zijn laatst wordt op de bijscholing de examendatum en locatie(s) bekend gemaakt
- 2) Een week van te voren wordt er een bevestigingsmail naar alle deelnemers gestuurd. Waarin het tijdstip en de locatie nogmaals bevestigd wordt.
- 3) Op de locatie moet de deelnemer zich identificeren bij de examenleider met een ID-bewijs, deze noteert de aanwezige
- 4) De examens worden op de locatie uitgereikt en worden onder toezicht gemaakt.
- 5) Na afloop worden de Examens ingezameld bij de examinerator
- 6) Getracht wordt binnen 21 dagen de nagekeken examens te hebben. Deze worden nagekeken door de docent.
- 7) Er bepaald wie er geslaagd zijn en wie niet.
- 9) Hierna volgt er een terugkoppeling per mail met het resultaat. Het nagekeken examen wordt op de post met eventueel certificaat terug gestuurd.

	10) Is er sprake van een herexamen, dan wordt er een brief meegestuurd met uitleg van mogelijke vervolgstappen. Dit alles wordt ook per mail bevestigd naar de kandidaten toe.
<i>Examen structuur:</i>	Schriftelijk, op locatie, open vragen, zonder hulpmiddelen.
<i>Kosten Herexamen:</i>	€ 100,-
<i>Examencommissie:</i>	Ja
<i>Commissie bestaat uit:</i>	3 leden
<i>De commissie is samengesteld uit:</i>	1 docent 1 BivT leidinggevende 1 onafhankelijk arts/therapeut
<i>Frequentie examen:</i>	2 keer per jaar
<i>Examen tijd:</i>	2 uur
<i>Frequentie Herkansing:</i>	Binnen 2 maanden

12. Algemene Gegevens BivT

<i>Geschillencommissie:</i>	BivT heeft zich geconformeerd aan de eisen van CPION en CRKBO. Zie website algemene voorwaarden
<i>Klachtenbeleid:</i>	BivT heeft zich geconformeerd aan de eisen van CPION en CRKBO. Zie website algemene voorwaarden
<i>Samenwerkingsverbanden:</i>	Geen. BivT is onafhankelijk bijscholing instituut.
<p><i>Het BivT werkt met freelance docenten die eigenaar zijn van hun materiaal. Voordat wij het voordragen aan accreditatieverenigingen beoordelen wij dit materiaal op inhoud en vorm. Vervolgens wordt dit naar onafhankelijke accreditatie/beroepsverenigingen gestuurd voor accreditatie.</i></p> <p><i>De omgang met de student wordt binnen het BivT afgehandeld. Omdat het slechts om beperkte en kleine modules gaat is hier geen verder toezicht nodig. De klacht en geschillen procedure zijn beschikbaar voor als er sprake is van onenigheid en worden afgedwongen door onze registratie bij het Centraal Register Kort Beroepsonderwijs (CRKBO - CPION).</i></p>	

13. Extra informatie

Als het mogelijk is onze bijscholingen te vermelden op uw website, vakblad of andere communicatie kanalen dan komen we hier graag voor in aanmerking.

BivT secretariaat • Koningstraat 75a (achter) • 1941 BB Beverwijk • Telefoon: 0251-222210
E-mail: info@bivt.nl • Website: www.bivt.nl
btwnr. NL8522.40.181.B01 • KvK 56655037 • IBAN: NL 77 INGB 0003 3179 74 • BIC: INGBNL2A
Op al onze activiteiten zijn onze Algemene Voorwaarden van toepassing. Die kunt u lezen op www.bivt.nl





Kerncompetenties:

Brede professionalisering

- De student breidt door persoonlijke ontmoeting zijn netwerk uit.
- De student krijgt meer inzicht in het mogelijk doorsturen van de cliënt.
- De student snapt dat er continue bijscholing nodig is om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen op het vakgebied. Op deze manier kan hij zijn kennis zowel verbreden als verdiepen.

Toepassing van de wetenschap

- De student leert nieuwe wetenschappelijke kennis.
- De student leert casussen en cliënten van de behandelde theorieën te herkennen.
- De student leert cliënten in de behandelde theorieën te behandelen of door te sturen, waar nodig.
- De student wordt gestimuleerd discussies in de behandelde theorieën te voeren.

Creativiteit en complexiteit in handelen

- De student leert zijn/haar acties te beschouwen en hier reflectie op toe te passen.
- De student is in staat zichzelf te evalueren, of om hier naar te vragen bij anderen.

Probleemgericht werken

- Door voorbeelden, casussen en oefeningen leert de student de geleerde kennis in de praktijk toe te passen in verschillende situaties.
- Door combinatie met eigen kennis is de student beter in staat een algehele of integratieve behandeling aan cliënten aan te bieden.

Sociaalcommunicatieve bekwaamheid

- De student werkt met andere mee in groepsopdrachten.
- De student informeert andere van zijn of haar acties.
- De student staat open voor kritiek van anderen.

Besef van maatschappelijke verantwoordelijkheid

- Door interactie met medestudenten wordt de student zich meer bewust van en handelt naar de ethische aspecten met betrekking tot de beroepsuitoefening, houding tegenover de cliënt en houding in relatie tot collegae en andere hulpverleners.



Aanvraag accreditatie
EMDR Themadag Kinderen

© BivT Beverwijk

Niets uit deze oplage mag zonder schriftelijke toestemming gebruikt of vermenigvuldigd worden.

BivT secretariaat • Koningstraat 75a (achter) • 1941 BB Beverwijk • Telefoon: 0251-222210

E-mail: info@bivt.nl • Website: www.bivt.nl

btwnr.NL8522.40.181.B01 • KvK 56655037 • IBAN: NL 77 INGB 0003 3179 74 • BIC: INGBNL2A

Op al onze activiteiten zijn onze Algemene Voorwaarden van toepassing. Die kunt u lezen op www.bivt.nl



Accreditatie opleiding en bij- en nascholingsbijeenkomsten

1. Contactpersoon die accreditatie aanvraagt, tevens hoofdadres opleidingsinstituut	
<i>Naam:</i>	René J. Veraar - directeur/ docent
<i>Instelling/ organisatie:</i>	BivT - Bijscholing instituut voor Therapeuten
<i>Adres/ postbus:</i>	Koningstraat 75a
<i>Postcode/ plaats:</i>	1941 BB Beverwijk
<i>Telefoon:</i>	0251-222210
<i>Fax:</i>	-
<i>KvK:</i>	56655037
<i>BTW Nummer:</i>	NL8522.40.181.B01 BivT is Erkend door de CRKBO - BTW vrij
<i>E-mail:</i>	info@bivt.nl
<i>Website:</i>	www.bivt.nl
<i>Namen directie / contactpersonen:</i>	Dhr. René Veraar Dhr. Ronald Terpstra
<i>Datum aanvraag:</i>	2017

2. Informatie over de bijscholing	
<i>Titel:</i>	EMDR praktijkdag Kinderen
<i>(Eerste volgende) datum:</i>	15-12-2017 / Jaarlijks terugkerend
<i>Tijden:</i>	Van 10:00 uur tot 17:00 uur
<i>Locatie:</i>	Beverwijk , Den Bosch, Den Haag, Zwolle, Eindhoven, Groningen, Utrecht, Rotterdam
<i>Docent(en):</i>	Marjon van der Sar -Borst (Zie CV)
<i>Website informatie:</i>	http://www.bivt.nl/bijscholing/view/emdr_praktijkdag
<i>Beoogd aantal deelnemers:</i>	15 deelnemers
<i>Inschrijfgeld per deelnemer:</i>	€149,-
<i>Geaccrediteerd door o.a.:</i>	Geen

3. Studielastingsuren (SBU's) pauzes, maaltijden,enz. niet meegeteld	
<i>Contacturen :</i>	6 uur
<i>Aantal dagdelen (2 delen per dag):</i>	2 dagdelen
<i>Supervisie SBU's:</i>	0 uur
<i>Studie SBU's:</i>	0 uur
<i>Literatuur SBU's:</i>	0 uur
<i>Totaal aantal SBU's:</i>	6 uur

4. Leerdoelen en vereisten	
Niveau:	HBO
Vereiste voorkennis:	EMDR
Leerdoelen:	
Manier van kennisoverdracht:	1/3 Theorie, 1/3 voorbeeldsessies en 1/3 praktijk
Competenties:	Zie bijlage Competenties

5. Korte inhoud van de bijscholing

6. Toetsing en evaluatie	
Bevat een begintoets:	Nee
Bevat een examering: Zo ja welk(e) type(s)?	
Toetsing van literatuur kennis:	Mondelinge controle
Ontvangen deelnemers een diploma of certificaat van deelname:	Certificaat van Deelname

7. Doelgroep van de bijscholing	
Erkende specialismen die tot de doelgroep behoren:	Therapeuten, Coaches, psychosociaal hulpverleners, maatschappelijk werkers, hypnotherapeuten, regressietherapeuten, Natuurgeneeskundigen, homeopaat, paranormaalgenezers, psychosociaal therapeuten en andere paramedici uit de reguliere en complementaire hulpverlening.
Wie behoren nog meer tot de doelgroep (artsen en/ of niet-artsen):	Reguliere artsen, psychologen etc. kunnen eveneens deelnemen.

8. Documentatie	
Hand-Outs (ja / nee):	Nee
Syllabus (ja / nee):	Ja
Benodigde boeken:	
Andere documentatie:	

9. Diepere inhoud
Zie Bijlage (Syllabus)

10. Bewaarde gegevens

Het BivT bewaart de inschrijfgegevens van de deelnemers, de aanwezigheid gegevens en de toetsinggegevens. Tevens wordt elk certificaat/diploma met een uniek nummer uitgegeven waardoor deze op verzoek op echtheid getest kan worden.

11. Examen gegevens

De hieronder toegevoegde informatie is alleen van toepassing als de bijscholing wordt afgesloten met een examen.

<p><i>Korte samenvatting procedure:</i></p> <p>Zie ook website: http://bivt.nl/pages/av</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Op zijn laatst wordt op de bijscholing de examendatum en locatie(s) bekend gemaakt 2) Een week van te voren wordt er een bevestigingsmail naar alle deelnemers gestuurd. Waarin het tijdstip en de locatie nogmaals bevestigd wordt. 3) Op de locatie moet de deelnemer zich identificeren bij de examenleider met een ID-bewijs, deze noteert de aanwezige 4) De examens worden op de locatie uitgereikt en worden onder toezicht gemaakt. 5) Na afloop worden de Examens ingezameld bij de examinator 6) Getracht wordt binnen 21 dagen de nagekeken examens te hebben. Deze worden nagekeken door de docent. 7) Er bepaald wie er geslaagd zijn en wie niet. 9) Hierna volgt er een terugkoppeling per mail met het resultaat. Het nagekeken examen wordt op de post met eventueel certificaat terug gestuurd. 10) Is er sprake van een herexamen, dan wordt er een brief meegestuurd met uitleg van mogelijke vervolg stappen. Dit alles wordt ook per mail bevestigd naar de kandidaten toe.
<i>Examen structuur:</i>	Schriftelijk, op locatie, open vragen, zonder hulpmiddelen.
<i>Kosten Herexamen:</i>	€ 100,-
<i>Examencommissie:</i>	Ja

<i>Commissie bestaat uit:</i>	3 leden
<i>De commissie is samengesteld uit:</i>	1 docent 1 BivT leidinggevende 1 onafhankelijk arts/therapeut
<i>Frequentie examen:</i>	2 keer per jaar
<i>Examen tijd:</i>	2 uur
<i>Frequentie Herkansing:</i>	Binnen 2 maanden

12. Algemene Gegevens BivT	
<i>Geschillencommissie:</i>	BivT heeft zich geconformeerd aan de eisen van CPION en CRKBO. Zie website algemene voorwaarden
<i>Klachtenbeleid:</i>	BivT heeft zich geconformeerd aan de eisen van CPION en CRKBO. Zie website algemene voorwaarden
<i>Samenwerkingsverbanden:</i>	Geen. BivT is onafhankelijk bijscholing instituut.
<p><i>Het BivT werkt met freelance docenten die eigenaar zijn van hun materiaal. Voordat wij het voordragen aan accreditatieverenigingen beoordelen wij dit materiaal op inhoud en vorm. Vervolgens wordt dit naar onafhankelijke accreditatie/beroepsverenigingen gestuurd voor accreditatie.</i></p> <p><i>De omgang met de student wordt binnen het BivT afgehandeld. Omdat het slechts om beperkte en kleine modules gaat is hier geen verder toezicht nodig. De klacht en geschillen procedure zijn beschikbaar voor als er sprake is van onenigheid en worden afgedwongen door onze registratie bij het Centraal Register Kort Beroepsonderwijs (CRKBO - CPION).</i></p>	

13. Extra informatie
Als het mogelijk is onze bijscholingen te vermelden op uw website, vakblad of andere communicatie kanalen dan komen we hier graag voor in aanmerking.

BivT secretariaat • Koningstraat 75a (achter) • 1941 BB Beverwijk • Telefoon: 0251-222210
 E-mail: info@bivt.nl • Website: www.bivt.nl
 btwnr. NL8522.40.181.B01 • KvK 56655037 • IBAN: NL 77 INGB 0003 3179 74 • BIC: INGBNL2A
 Op al onze activiteiten zijn onze Algemene Voorwaarden van toepassing. Die kunt u lezen op www.bivt.nl



Certificaat van deelname

Voorbeeld

Hierbij verklaart ondergetekende dat:

NAAM

Heeft deelgenomen aan onze bijscholing Hoog Sensitieve Personen, gegeven door NAAM begonnen op DATUM te LOCATIE

Docent : Naam



Directeur BIVT: René Veraar



Student: NAAM



15 SBU
4 dagdelen
12 effectieve contact uren
Certificaatnummer: 022953



Kerncompetenties:

Brede professionalisering

- De student breidt door persoonlijke ontmoeting zijn netwerk uit.
- De student krijgt meer inzicht in het mogelijk doorsturen van de cliënt.
- De student snapt dat er continue bijscholing nodig is om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen op het vakgebied. Op deze manier kan hij zijn kennis zowel verbreden als verdiepen.

Toepassing van de wetenschap

- De student leert nieuwe wetenschappelijke kennis.
- De student leert casussen en cliënten van de behandelde theorieën te herkennen.
- De student leert cliënten in de behandelde theorieën te behandelen of door te sturen, waar nodig.
- De student wordt gestimuleerd discussies in de behandelde theorieën te voeren.

Creativiteit en complexiteit in handelen

- De student leert zijn/haar acties te beschouwen en hier reflectie op toe te passen.
- De student is in staat zichzelf te evalueren, of om hier naar te vragen bij anderen.

Probleemgericht werken

- Door voorbeelden, casussen en oefeningen leert de student de geleerde kennis in de praktijk toe te passen in verschillende situaties.
- Door combinatie met eigen kennis is de student beter in staat een algehele of integratieve behandeling aan cliënten aan te bieden.

Sociaalcommunicatieve bekwaamheid

- De student werkt met andere mee in groepsopdrachten.
- De student informeert andere van zijn of haar acties.
- De student staat open voor kritiek van anderen.

Besef van maatschappelijke verantwoordelijkheid

- Door interactie met medestudenten wordt de student zich meer bewust van en handelt naar de ethische aspecten met betrekking tot de beroepsuitoefening, houding tegenover de cliënt en houding in relatie tot collegae en andere hulpverleners.



Aanvraag accreditatie
EMDR Themadag Autisme

© BivT Beverwijk

Niets uit deze oplage mag zonder schriftelijke toestemming gebruikt of vermenigvuldigd worden.

BivT secretariaat • Koningstraat 75a (achter) • 1941 BB Beverwijk • Telefoon: 0251-222210

E-mail: info@bivt.nl • Website: www.bivt.nl

btwnr.NL8522.40.181.B01 • KvK 56655037 • IBAN: NL 77 INGB 0003 3179 74 • BIC: INGBNL2A

Op al onze activiteiten zijn onze Algemene Voorwaarden van toepassing. Die kunt u lezen op www.bivt.nl



Accreditatie opleiding en bij- en nascholingsbijeenkomsten

1. Contactpersoon die accreditatie aanvraagt, tevens hoofdadres opleidingsinstituut	
<i>Naam:</i>	René J. Veraar - directeur/ docent
<i>Instelling/ organisatie:</i>	BivT - Bijscholing instituut voor Therapeuten
<i>Adres/ postbus:</i>	Koningstraat 75a
<i>Postcode/ plaats:</i>	1941 BB Beverwijk
<i>Telefoon:</i>	0251-222210
<i>Fax:</i>	-
<i>KvK:</i>	56655037
<i>BTW Nummer:</i>	NL8522.40.181.B01 BivT is Erkend door de CRKBO - BTW vrij
<i>E-mail:</i>	info@bivt.nl
<i>Website:</i>	www.bivt.nl
<i>Namen directie / contactpersonen:</i>	Dhr. René Veraar Dhr. Ronald Terpstra
<i>Datum aanvraag:</i>	2017

2. Informatie over de bijscholing	
<i>Titel:</i>	EMDR praktijkdag Autisme
<i>(Eerste volgende) datum:</i>	1-12-2017 / Jaarlijks terugkerend
<i>Tijden:</i>	Van 10:00 uur tot 17:00 uur
<i>Locatie:</i>	Beverwijk , Den Bosch, Den Haag, Zwolle, Eindhoven, Groningen, Utrecht, Rotterdam
<i>Docent(en):</i>	Ben Zijl (Zie CV)
<i>Website informatie:</i>	http://www.bivt.nl/bijscholing/view/emdr_praktijkdag
<i>Beoogd aantal deelnemers:</i>	15 deelnemers
<i>Inschrijfgeld per deelnemer:</i>	€149,-
<i>Geaccrediteerd door o.a.:</i>	Geen

3. Studielastingsuren (SBU's) pauzes, maaltijden, enz. niet meegeteld	
<i>Contacturen :</i>	6 uur
<i>Aantal dagdelen (2 delen per dag):</i>	2 dagdelen
<i>Supervisie SBU's:</i>	0 uur
<i>Studie SBU's:</i>	0 uur
<i>Literatuur SBU's:</i>	0 uur
<i>Totaal aantal SBU's:</i>	6 uur

4. Leerdoelen en vereisten	
<i>Niveau:</i>	HBO
<i>Vereiste voorkennis:</i>	EMDR
<i>Leerdoelen:</i>	Op deze praktijk professionaliseringsdag komen toepassingen van EMDR geheel aan de orde. We geven feedback op alle vragen en er worden praktijk sessies gegeven en voorbeelden plenair uitgewerkt. Alle protocollen krijgen aandacht en je kunt zelf een sessie doen. Een praktijk professionaliseringsdag met als doel een praktische verdieping in de methodieken en complexen binnen de EMDR behandeling. Casus inbreng is mogelijk!
<i>Manier van kennisoverdracht:</i>	1/3 Theorie, 1/3 voorbeeldsessies en 1/3 praktijk
<i>Competenties:</i>	Zie bijlage Competenties

5. Korte inhoud van de bijscholing
<ul style="list-style-type: none"> - Kennismaking - Vraagstelling inbreng - Casus inbreng - Voorbeelden - Plenair werken

6. Toetsing en evaluatie	
<i>Bevat een begintoets:</i>	Nee
<i>Bevat een examering: Zo ja welk(e) type(s)?</i>	
<i>Toetsing van literatuur kennis:</i>	Mondelinge controle
<i>Ontvangen deelnemers een diploma of certificaat van deelname:</i>	Certificaat van Deelname

7. Doelgroep van de bijscholing	
<i>Erkende specialismen die tot de doelgroep behoren:</i>	Therapeuten, Coaches, psychosociaal hulpverleners, maatschappelijk werkers, hypnotherapeuten, regressietherapeuten, Natuurgeneeskundigen, homeopaat, paranormaalgenezers, psychosociaal therapeuten en andere paramedici uit de reguliere en complementaire hulpverlening.
<i>Wie behoren nog meer tot de doelgroep (artsen en/ of niet-artsen):</i>	Reguliere artsen, psychologen etc. kunnen eveneens deelnemen.

8. Documentatie	
<i>Hand-Outs (ja / nee):</i>	Nee
<i>Syllabus (ja / nee):</i>	Ja

<i>Benodigde boeken:</i>	Handboek EMDR
<i>Andere documentatie:</i>	

9. Diepere inhoud

Zie Bijlage (Syllabus)

10. Bewaarde gegevens

Het BivT bewaart de inschrijfgegevens van de deelnemers, de aanwezigheid gegevens en de toetsinggegevens. Tevens wordt elk certificaat/diploma met een uniek nummer uitgegeven waardoor deze op verzoek op echtheid getest kan worden.

11. Examen gegevens

De hieronder toegevoegde informatie is alleen van toepassing als de bijscholing wordt afgesloten met een examen.

Korte samenvatting procedure:

Zie ook website:

<http://bivt.nl/pages/av>

- 1) Op zijn laatst wordt op de bijscholing de examendatum en locatie(s) bekend gemaakt
- 2) Een week van te voren wordt er een bevestigingsmail naar alle deelnemers gestuurd. Waarin het tijdstip en de locatie nogmaals bevestigd wordt.
- 3) Op de locatie moet de deelnemer zich identificeren bij de examenleider met een ID-bewijs, deze noteert de aanwezige
- 4) De examens worden op de locatie uitgereikt en worden onder toezicht gemaakt.
- 5) Na afloop worden de Examens ingezameld bij de examinator
- 6) Getracht wordt binnen 21 dagen de nagekeken examens te hebben. Deze worden nagekeken door de docent.
- 7) Er bepaald wie er geslaagd zijn en wie niet.
- 9) Hierna volgt er een terugkoppeling per mail met het resultaat. Het nagekeken examen wordt op de post met eventueel certificaat terug gestuurd.
- 10) Is er sprake van een herexamen, dan wordt er een brief meegestuurd met uitleg van mogelijke vervolg stappen. Dit alles wordt ook per mail

	bevestigd naar de kandidaten toe.
<i>Examen structuur:</i>	Schriftelijk, op locatie, open vragen, zonder hulpmiddelen.
<i>Kosten Herexamen:</i>	€ 100,-
<i>Examencommissie:</i>	Ja
<i>Commissie bestaat uit:</i>	3 leden
<i>De commissie is samengesteld uit:</i>	1 docent 1 BivT leidinggevende 1 onafhankelijk arts/therapeut
<i>Frequentie examen:</i>	2 keer per jaar
<i>Examen tijd:</i>	2 uur
<i>Frequentie Herkansing:</i>	Binnen 2 maanden

12. Algemene Gegevens BivT	
<i>Geschillencommissie:</i>	BivT heeft zich geconformeerd aan de eisen van CPION en CRKBO. Zie website algemene voorwaarden
<i>Klachtenbeleid:</i>	BivT heeft zich geconformeerd aan de eisen van CPION en CRKBO. Zie website algemene voorwaarden
<i>Samenwerkingsverbanden:</i>	Geen. BivT is onafhankelijk bijscholing instituut.
<p><i>Het BivT werkt met freelance docenten die eigenaar zijn van hun materiaal. Voordat wij het voordragen aan accreditatieverenigingen beoordelen wij dit materiaal op inhoud en vorm. Vervolgens wordt dit naar onafhankelijke accreditatie/beroepsverenigingen gestuurd voor accreditatie.</i></p> <p><i>De omgang met de student wordt binnen het BivT afgehandeld. Omdat het slechts om beperkte en kleine modules gaat is hier geen verder toezicht nodig. De klacht en geschillen procedure zijn beschikbaar voor als er sprake is van onenigheid en worden afgedwongen door onze registratie bij het Centraal Register Kort Beroepsonderwijs (CRKBO - CPION).</i></p>	

13. Extra informatie
Als het mogelijk is onze bijscholingen te vermelden op uw website, vakblad of andere communicatie kanalen dan komen we hier graag voor in aanmerking.

Aanvraag: EMDR Themadag Autisme

BivT secretariaat • Koningstraat 75a (achter) • 1941 BB Beverwijk • Telefoon: 0251-222210

E-mail: info@bivt.nl • Website: www.bivt.nl

btwnr. NL8522.40.181.B01 • KvK 56655037 • IBAN: NL 77 INGB 0003 3179 74 • BIC: INGBNL2A

Op al onze activiteiten zijn onze Algemene Voorwaarden van toepassing. Die kunt u lezen op www.bivt.nl





Kerncompetenties:

Brede professionalisering

- De student breidt door persoonlijke ontmoeting zijn netwerk uit.
- De student krijgt meer inzicht in het mogelijk doorsturen van de cliënt.
- De student snapt dat er continue bijscholing nodig is om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen op het vakgebied. Op deze manier kan hij zijn kennis zowel verbreden als verdiepen.

Toepassing van de wetenschap

- De student leert nieuwe wetenschappelijke kennis.
- De student leert casussen en cliënten van de behandelde theorieën te herkennen.
- De student leert cliënten in de behandelde theorieën te behandelen of door te sturen, waar nodig.
- De student wordt gestimuleerd discussies in de behandelde theorieën te voeren.

Creativiteit en complexiteit in handelen

- De student leert zijn/haar acties te beschouwen en hier reflectie op toe te passen.
- De student is in staat zichzelf te evalueren, of om hier naar te vragen bij anderen.

Probleemgericht werken

- Door voorbeelden, casussen en oefeningen leert de student de geleerde kennis in de praktijk toe te passen in verschillende situaties.
- Door combinatie met eigen kennis is de student beter in staat een algehele of integratieve behandeling aan cliënten aan te bieden.

Sociaalcommunicatieve bekwaamheid

- De student werkt met andere mee in groepsopdrachten.
- De student informeert andere van zijn of haar acties.
- De student staat open voor kritiek van anderen.

Besef van maatschappelijke verantwoordelijkheid

- Door interactie met medestudenten wordt de student zich meer bewust van en handelt naar de ethische aspecten met betrekking tot de beroepsuitoefening, houding tegenover de cliënt en houding in relatie tot collegae en andere hulpverleners.



Aanvraag accreditatie
EMDR Masterclass

© BivT Beverwijk

Niets uit deze oplage mag zonder schriftelijke toestemming gebruikt of vermenigvuldigd worden.

BivT secretariaat • Koningstraat 75a (achter) • 1941 BB Beverwijk • Telefoon: 0251-222210

E-mail: info@bivt.nl • Website: www.bivt.nl

btwnr.NL8522.40.181.B01 • KvK 56655037 • IBAN: NL 77 INGB 0003 3179 74 • BIC: INGBNL2A

Op al onze activiteiten zijn onze Algemene Voorwaarden van toepassing. Die kunt u lezen op www.bivt.nl



Accreditatie opleiding en bij- en nascholingsbijeenkomsten

1. Contactpersoon die accreditatie aanvraagt, tevens hoofdadres opleidingsinstituut	
<i>Naam:</i>	René J. Veraar - directeur/ docent
<i>Instelling/ organisatie:</i>	BivT - Bijscholing instituut voor Therapeuten
<i>Adres/ postbus:</i>	Koningstraat 75a
<i>Postcode/ plaats:</i>	1941 BB Beverwijk
<i>Telefoon:</i>	0251-222210
<i>Fax:</i>	-
<i>KvK:</i>	56655037
<i>BTW Nummer:</i>	NL8522.40.181.B01 BivT is Erkend door de CRKBO - BTW vrij
<i>E-mail:</i>	info@bivt.nl
<i>Website:</i>	www.bivt.nl
<i>Namen directie / contactpersonen:</i>	Dhr. René Veraar Dhr. Ronald Terpstra
<i>Datum aanvraag:</i>	2017

2. Informatie over de bijscholing	
<i>Titel:</i>	EMDR Masterclass
<i>(Eerste volgende) datum:</i>	27-10-2017 / Jaarlijks terugkerend
<i>Tijden:</i>	Van 10:00 uur tot 17:00 uur
<i>Locatie:</i>	Beverwijk , Den Bosch, Den Haag, Zwolle, Eindhoven, Groningen, Utrecht, Rotterdam
<i>Docent(en):</i>	René Veraar (Zie CV)
<i>Website informatie:</i>	
<i>Beoogd aantal deelnemers:</i>	15 deelnemers
<i>Inschrijfgeld per deelnemer:</i>	
<i>Geaccrediteerd door o.a.:</i>	SNRO, IBMT, VNT, NCSV, NFG, NVPA, VIV, FAGT, VBAG, BATC, LVNG, SBL P, NBVH, Het Verbond/ VVET, ABVC, NVBT, NVDAT, NVDT

3. Studielastingsuren (SBU's) pauzes, maaltijden, enz. niet meegeteld	
<i>Contacturen :</i>	6 uur
<i>Aantal dagdelen (2 delen per dag):</i>	2 dagdelen
<i>Supervisie SBU's:</i>	uur
<i>Studie SBU's:</i>	uur
<i>Literatuur SBU's:</i>	0 uur

Totaal aantal SBU's:	6 uur
----------------------	-------

4. Leerdoelen en vereisten	
Niveau:	HBO
Vereiste voorkennis:	
Leerdoelen:	
Manier van kennisoverdracht:	1/3 Theorie, 1/3 voorbeeldsessies en 1/3 praktijk
Competenties:	Zie bijlage Competenties

5. Korte inhoud van de bijscholing

6. Toetsing en evaluatie	
Bevat een begintoets:	Nee
Bevat een examering: Zo ja welk(e) type(s)?	
Toetsing van literatuur kennis:	Mondelinge controle
Ontvangen deelnemers een diploma of certificaat van deelname:	Certificaat van Deelname

7. Doelgroep van de bijscholing	
Erkende specialismen die tot de doelgroep behoren:	Therapeuten, Coaches, psychosociaal hulpverleners, maatschappelijk werkers, hypnotherapeuten, regressietherapeuten, Natuurgeneeskundigen, homeopaat, paranormaalgenezers, psychosociaal therapeuten en andere paramedici uit de reguliere en complementaire hulpverlening.
Wie behoren nog meer tot de doelgroep (artsen en/ of niet-artsen):	Reguliere artsen, psychologen etc. kunnen eveneens deelnemen.

8. Documentatie	
Hand-Outs (ja / nee):	Nee
Syllabus (ja / nee):	Ja
Benodigde boeken:	
Andere documentatie:	

9. Diepere inhoud
Zie Bijlage (Syllabus)

10. Bewaarde gegevens
<i>Het BivT bewaart de inschrijfgegevens van de deelnemers, de aanwezigheid gegevens en de toetsinggegevens. Tevens wordt elk certificaat/diploma met een uniek nummer uitgegeven waardoor deze op verzoek op echtheid getest kan worden.</i>

11. Examen gegevens	
<i>De hieronder toegevoegde informatie is alleen van toepassing als de bijscholing wordt afgesloten met een examen.</i>	
<p><i>Korte samenvatting procedure:</i></p> <p>Zie ook website: http://bivt.nl/pages/av</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Op zijn laatst wordt op de bijscholing de examendatum en locatie(s) bekend gemaakt 2) Een week van te voren wordt er een bevestigingsmail naar alle deelnemers gestuurd. Waarin het tijdstip en de locatie nogmaals bevestigd wordt. 3) Op de locatie moet de deelnemer zich identificeren bij de examenleider met een ID-bewijs, deze noteert de aanwezige 4) De examens worden op de locatie uitgereikt en worden onder toezicht gemaakt. 5) Na afloop worden de Examens ingezameld bij de examinerator 6) Getracht wordt binnen 21 dagen de nagekeken examens te hebben. Deze worden nagekeken door de docent. 7) Er bepaald wie er geslaagd zijn en wie niet. 9) Hierna volgt er een terugkoppeling per mail met het resultaat. Het nagekeken examen wordt op de post met eventueel certificaat terug gestuurd. 10) Is er sprake van een herexamen, dan wordt er een brief meegestuurd met uitleg van mogelijke vervolg stappen. Dit alles wordt ook per mail bevestigd naar de kandidaten toe.
<i>Examen structuur:</i>	Schriftelijk, op locatie, open vragen, zonder hulpmiddelen.
<i>Kosten Herexamen:</i>	€ 100,-

<i>Examencommissie:</i>	Ja
<i>Commissie bestaat uit:</i>	3 leden
<i>De commissie is samengesteld uit:</i>	1 docent 1 BivT leidinggevende 1 onafhankelijk arts/therapeut
<i>Frequentie examen:</i>	2 keer per jaar
<i>Examen tijd:</i>	2 uur
<i>Frequentie Herkansing:</i>	Binnen 2 maanden

12. Algemene Gegevens BivT

<i>Geschillencommissie:</i>	BivT heeft zich geconformeerd aan de eisen van CPION en CRKBO. Zie website algemene voorwaarden
<i>Klachtenbeleid:</i>	BivT heeft zich geconformeerd aan de eisen van CPION en CRKBO. Zie website algemene voorwaarden
<i>Samenwerkingsverbanden:</i>	Geen. BivT is onafhankelijk bijscholing instituut.
<p><i>Het BivT werkt met freelance docenten die eigenaar zijn van hun materiaal. Voordat wij het voordragen aan accreditatieverenigingen beoordelen wij dit materiaal op inhoud en vorm. Vervolgens wordt dit naar onafhankelijke accreditatie/beroepsverenigingen gestuurd voor accreditatie.</i></p> <p><i>De omgang met de student wordt binnen het BivT afgehandeld. Omdat het slechts om beperkte en kleine modules gaat is hier geen verder toezicht nodig. De klacht en geschillen procedure zijn beschikbaar voor als er sprake is van onenigheid en worden afgedwongen door onze registratie bij het Centraal Register Kort Beroepsonderwijs (CRKBO - CPION).</i></p>	

13. Extra informatie

Als het mogelijk is onze bijscholingen te vermelden op uw website, vakblad of andere communicatie kanalen dan komen we hier graag voor in aanmerking.

BivT secretariaat • Koningstraat 75a (achter) • 1941 BB Beverwijk • Telefoon: 0251-222210
 E-mail: info@bivt.nl • Website: www.bivt.nl
 btwnr. NL8522.40.181.B01 • KvK 56655037 • IBAN: NL 77 INGB 0003 3179 74 • BIC: INGBNL2A
 Op al onze activiteiten zijn onze Algemene Voorwaarden van toepassing. Die kunt u lezen op www.bivt.nl





Kerncompetenties:

Brede professionalisering

- De student breidt door persoonlijke ontmoeting zijn netwerk uit.
- De student krijgt meer inzicht in het mogelijk doorsturen van de cliënt.
- De student snapt dat er continue bijscholing nodig is om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen op het vakgebied. Op deze manier kan hij zijn kennis zowel verbreden als verdiepen.

Toepassing van de wetenschap

- De student leert nieuwe wetenschappelijke kennis.
- De student leert casussen en cliënten van de behandelde theorieën te herkennen.
- De student leert cliënten in de behandelde theorieën te behandelen of door te sturen, waar nodig.
- De student wordt gestimuleerd discussies in de behandelde theorieën te voeren.

Creativiteit en complexiteit in handelen

- De student leert zijn/haar acties te beschouwen en hier reflectie op toe te passen.
- De student is in staat zichzelf te evalueren, of om hier naar te vragen bij anderen.

Probleemgericht werken

- Door voorbeelden, casussen en oefeningen leert de student de geleerde kennis in de praktijk toe te passen in verschillende situaties.
- Door combinatie met eigen kennis is de student beter in staat een algehele of integratieve behandeling aan cliënten aan te bieden.

Sociaalcommunicatieve bekwaamheid

- De student werkt met andere mee in groepsopdrachten.
- De student informeert andere van zijn of haar acties.
- De student staat open voor kritiek van anderen.

Besef van maatschappelijke verantwoordelijkheid

- Door interactie met medestudenten wordt de student zich meer bewust van en handelt naar de ethische aspecten met betrekking tot de beroepsuitoefening, houding tegenover de cliënt en houding in relatie tot collegae en andere hulpverleners.

curriculum vitae van René Johannes Veraar

Geboren 28 juni 1960 te Amsterdam
Gehuwd – 2 dochters
Adres: Burg. van Fenemaplein 2/1204
2024 TA Zandvoort
Telefoon: 06-15087826
E-mail: Hypnopsycholoog.emdr@gmail.com

Opleidingen

HTS: Meet en regeltechniek (elektronica) 1978-1981
Vrije universiteit: 2 jaar psychologie 1984-1986
Universiteit Leuven: Psychodynamische Psychologie 1997/2000 (module psychoanalytische psychotherapie)
Universiteit Gent Klinische psychopathologie 2005

ATMA Psychodynamische therapie (integratief) 2000/2004
Hypnotherapie & regressietherapie 2003
Medische basiskennis anatomie – fysiologie – pathologie – Psychopathologie/ DSMIV-TR

Extra: NLP master 1987 - 1989
Energetisch therapeut 1991- 1993
Jungiaans analytische therapie 2003
Transpersoonlijke psychotherapie 2004
Psychodynamische therapie
Systeemtheoretische psychotherapie 2010

Modules Sport instructeur 1980 - 1981
Sport coach 1981 -1983
Ondernemers diploma 1985
EMDR master Therapist 2005 - Engeland
Psycho Somatic Coach (Prikkelbare darm Syndroom en Migraine)2006

Huidig werk: **Privé-praktijk** - EMDR- psychotrauma, psychosomatiek, gesprekstherapie, relatietherapie, hypnotherapie

Sportpsychologie werkzaam als ondersteunend sportpsycholoog UFC. (Ultimate Fitness Challenge)
Hier werk ik in de voorrondes om de sterkste sporters (psychisch en fysiek) te selecteren voor het RTL televisie programma.

Organisatie-adviseur – m.n. voor kleine bedrijven (tot 10 personeelsleden) – m.n. voor het verbeteren van onderlinge communicatie & het begeleiden van projecten.

Coach – de cliënt helpen bij het stellen van reële doelen en het verwezenlijken van die gestelde doelen
het afnemen van persoonlijkheidstesten – m.n. de MBTI (een Jungiaanse karakteranalyse) voor zelfkennis & loopbaanbegeleiding

Docent aan verschillende HBO opleidingen sinds 2004 – (BivT – ATMA – GGZ instellingen) m.n. voor het trainen van communicatieve vaardigheden, counseling, diagnose en psychotherapie (vnl. EMDR, hypnotherapie, psychosomatiek) Supervisor en examinator aan het ATMA- en BivT instituut. Training verzorgt voor Academie voor Psychotherapie te Amsterdam (PDS)
Van 1980 – 1993 docent aan diverse sport gerelateerde opleidingen. (Nederland – Duitsland)

Extra: Sinds 1986 eigen ondernemingen. Wellness – Groothandel in export en import met Duitsland, Engeland, Spanje. (Personeel bestand van 9.)
Voorzitter SANEZO 1991-1993 (450 leden)
Praktijk voor Psychodynamische Analyse Therapie 2003
Oprichter van het Bijscholing instituut voor Therapeuten. 2004
Geef lezingen aan o.a bedrijven, psychosociaal therapeuten, coaches etc.
Lid PDS samenwerkende hypnotherapeuten Nederland
Commissie PR bij de NBVH 2004 - 2006.

Curriculum Vitae



Personalia

Naam : K.H Bargeman (Karin)
Adres : Bosven 17
Postcode : 7534NB
Plaats : Enschede
Telefoon : 06-14309830
Emailadres : khbargeman@home.nl
Geboortedatum : 08-12-1962
Nationaliteit : Nederlands
Rijbewijs : BE
BSN nummer : 113179029

Opleidingen:

2012/2013 Energetische therapie Basis en Intermediate
2010 EMDR opleiding
2010 HBO Medische kennis voor hulpverleners
2006-2010 HBO Psychosociaal werk (psychosociaal therapeut)
Modulair opgebouwd:

Stromingen en levensperiodes van de psychosociale aandachtsgebieden

Onderverdeeld in de clusters: Stromingen in de psychologie
Psychologie van de levensloop
Rouw- en verlieskunde

De Psychosociaal Werker

Onderverdeeld in de clusters: Psychosociale hulpverlening
Ethiek in de sociale hulpverlening
Zingeving en Wereldbeschouwing

Systemen in het psychosociale werkveld

Onderverdeeld in de clusters: Groepsdynamica
Systeemgericht werken

Gedrag en somatiek in het psychosociale werkveld

Onderverdeeld in de clusters: Psychosomatiek
Psychiatrie
Psycho-educatie

Interventies in het psychosociale werkveld

Onderverdeeld in de clusters: Communicatie
Transactionele Analyse (TA)
Coaching

Methodieken in het psychosociale werkveld

Onderverdeeld in de clusters: Rationeel Emotieve Therapie (RET)
 Cognitieve Therapie (CT)
 Neuro Linguïstisch Programmeren (NLP)

1987 Aanvullende applicatie wijkverpleging
1980-1982 Opleiding tot ziekenverzorgende
1975-1980 MAVO

Cursussen

2013 Medicijngroepen
 Medicijn gebruik
 Medicijn bijwerkingen
2013 Break Through Succes
2012 en 2013 Business Bootcamp
2010 Activeer je zelf genezend vermogen (Henk Fransen)
2001-2002 NLP- twee keer een vierdaags seminar met Anthony Robbins
2003 Enneagram – Volksuniversiteit
 Filosofie- Jim Rohn

Werkervaring

2010-heden` Eigen praktijk Focus Interno voor Psychosociale therapie/EMDR therapie
 www.focusinterno.nl

2008-2009 LIVIO Speciale zorg Branche Palliatieve zorg/ coördinatie
 Taken: Begeleiding en zorg bieden aan mensen in de laatste levensfase.
 Daarnaast verschillende taken vanuit mijn vorige functie zoals
 bereikbaarheidsdiensten voor crisisopname en het opzetten van nieuwe
 projecten.
 Begeleiding en scholing zelfsturing in teams.(2009)

2005-2008 LIVIO Speciale zorg, functie- Coördinator
 Taken en verantwoordelijkheden:
 Eerste aanspreekpunt voor klanten, personeel en verwijzers.
 Verantwoording over totale zorgproces van klanten van intake tot
 beëindiging zorg. Binnen deze verantwoordelijkheden vallen planning
 van zorg, Aanvragen indicaties en/of onderhandelingen met het
 zorgkantoor, plannen en voorzitten van teamoverleg, **scholing van**
 beroepsbeoefenaren, voeren van sollicitatiegesprekken van nieuwe
 teamleden. Evaluatiegesprek klant, multidisciplinair teamoverleg
 organiseren en voorzitten, offertes maken voor nieuwe klant,
 telefonische acquisitie.
 Gewenste vaardigheden: helikopterview, innovatief,
 klantgerichtheid, creativiteit, flexibiliteit, kostenbewust handelen

2003-2005 Centrum Indicatiestelling Zorg Functie – Frontoffice medewerker
 Taken: Cliënten verwijzen naar trajecten binnen de gezondheidszorg

Aannemen van Indicatie aanvragen
Beoordeling op urgentie
Indicatiestelling
1985-2005 LIVIO Speciale Zorg Functie Wijkziekenverzorgster
Taken Alle zorg/verpleging rondom de cliënt in hun eigen
woonomgeving.
1982-1985 Psychogeriatrisch Verpleeghuis Bruggerbosch

Kennis van

MS Word
MS Excel
MS Outlook

Goede Nederlandse uitdrukkingsvaardigheden in woord en geschrift.

Referentie

Kees van Schaik, Coördinator HBO opleiding Psycho-Sociaal Werk aan de academie
Gradatim kees.vanschaik@home.nl

CURRICULUM VITAE

PERSOONLIJKE GEGEVENS

F.J.E. Holkamp
Ranonkellaan 19
1616 EL Hoogkarspel
Telefoonnummer: 0228-561366
Email: info@improgrow.nl
Website: www.improgrow.nl
Geboren te Zaandam op 24 september 1951

WERKERVARING

- | | |
|------------|--|
| 2009/heden | Bij AllekleurZorg
Als EMDR-Therapeut |
| | Bij Kortebos
Als trainer van 'Het mooiste komt nog' (40+) |
| | Bij de BivT
Als docent Familieopstellingen |
| 2008/heden | Bij de BivT (Bijcholingsinstituut voor Therapeuten)
Als docent Systemisch werken met kinderen |
| | Bij het programma Leef je Leven van RTL4
Als telefooncounselor |
| | Sinds 3 april bied ik als gecertificeerd VerkeersCounselor samen met de Rij-angstspecialist van Verkeersschool Hoek-Bouma een adequate behandeling bij alle vormen van rij-angst die na het behalen van het rijbewijs ontstaan (vaak na ernstige verkeersongelukken) |
| | Bij verhalenprojecten in Drechterland
Als Gespreksleidster/Coach |
| | Bij Stichting Geheim Geweld
Als vrijwilligster/workshopgever tijdens lotgenotendagen |
| 2005/heden | Bij ImproGrow (mijn eigen bedrijf)
Mensen een steuntje in de rug en inzicht geven tijdens moeilijke of veranderende periodes in hun (werk)leven
Het trainen van mensen die met mensen werken
Workshops organiseren voor iedereen die wil werken aan de eigen innerlijke groei |
| 2005-2007 | Bij de Academie voor Counseling en Coaching
als Assistent Trainer |
| | Sinds 6 mei 2005 mijn eigen praktijk ImproGrow als (Reïntegratie) Counselor/Coach/Trainer |
| 2005 | Bij de Marinus Bakker Stichting
als Secretaris Public Relation en Communicatie |
| 2004 | Via Zorg Interim Uitzendbureau
Bij een zorgbemiddelingskantoor het invoeren/muteren van gegevens in een database, verwerken van mutaties en contact leggen met cliënten |

	Bij de Computerwerkplaats 55+ te Stedebroec als voorzitter
2003	Bij de Computerwerkplaats 55+ te Stedebroec als Docente. Indien noodzakelijk ook bij cliënten thuis als activerende begeleiding
2001-2002	Bij Beerepoot Computers als Docente computercursussen op de zakelijke markt, tevens buitendienstmedewerker
2000-2001	Bij HiQit B.V. als Officemanager, Medewerkster Commerciële Binnendienst en Docente
1998	Bij O.S.G. Echnaton Als Docente Bedrijfsadministratie en Kantoorpraktijken
1990 – 1997	Bij Markgraaf B.V. als Medewerkster Informatiecentrum (eerste en tweedelijns ICT)
1987 – 1990	Bij het Eerste Nederlandse Talenpracticum als Docente Computercursussen en Typevaardigheden
1984 – 1986	Via Vedior Uitzendbureau bij de Amrobank eerst als Typiste/Tekstverwerkster later als Afdelingssecretaresse
1978 – 1983	Bij Van Heusden B.V. als Teamleidster in de avonduren
1974 – 1977	Bij Albert Heijn als Medewerkster Personeelszaken
1968 – 1969	Bij Honig B.V. als Administratief Medewerkster op de afdeling Autoverzekeringen.

OPLEIDINGEN EN KWALIFICATIES

2009	NHA (Nederlandse Handels Academie) Klinische Psychologie
2009	ABvC (Algemene beroepsvereniging voor Counselling) Workshop kleurcoaching
2008 - 2009	BIVT (Bijcholingsinstituut voor Therapeuten) EMDR I – IV (traumaverwerking) (master Practitioner) Psychopathologie Elshout, Platform voor VerkeersCounseling Gecertificeerd VerkeersCounselor PRIMO Verdiepingscursus Oprichten en begeleiden verhalenprojecten in dorpen en wijken
2007	PRIMO Oprichten en begeleiden verhalenprojecten in dorpen en wijken
2006	TCT Training Coaching Transformatie

Familie- en Loopbaanopstellingen

2005	Academie voor Counseling en Coaching Academisch Counselor/Coach Encaustic Art Intuïtief strijken met bijenwas als onderdeel van Counselling Henri van Amerongen Systemisch Counselen en Coachen Sheila Rozema Het Enneagram voor Counselling en Coaching ABvC (Algemene beroepsvereniging voor Counselors) Zorgvraagverduidelijking PGB Intervisie en Supervisie Herkennen en Erkennen van psychiatrische ziektebeelden
2000	HiQiT B.V. Diploma ITIL Foundation
1992	Markgraaf B.V. Certificaat Basiscursus Intellectueel Eigendomsrecht
1988	Anna Polakschool Certificaat Begeleider Microcomputergebruik
1987	Anna Polakschool Certificaat Microcomputergebruik
1986	Vedior Uitzendbureau Certificaat Tekstverwerken
1978 – 1983	Van Heusden BV Via Otarés het Certificaat onderhoud gebouwen
1963 – 1968	Huishoudschool Diploma Kinderverzorgster

CURRICULUM VITAE

Naam: Ben Zijl

Adres: Noordeinde 16
2742 AG Waddinxveen

Telefoonnummer: 0182-612655

Geboortedatum: 23-03-1948

Geboorteplaats: Ede

Burgelijke staat: gehuwd

Opleiding: Na de middelbare school behaalde ik in 1982 het diploma Sociale Dienstverlening en in 1986 het diploma Maatschappelijk Werk. Daarnaast heb ik de opleiding Godsdienst gevolgd bij de PCO, welke een 2^e graads lesbevoegdheid geeft. In 2008 behaalde ik het certificaat Omgaan met Autisme en als vervolg daarop volgde ik de masteropleiding autismspecialist. In 2010 volgde ik de cursus “Hulp na seksueel misbruik bij cliënten met een verstandelijke beperking”. Vervolgens heb ik ondermeer de volgende cursussen gevolgd:

- Opleiding Seksuologie Rino
- Opleiding therapeut seksverslaving (van Zessen)
- EMDR
- Medische Basiskennis
- Psychopathologie

Levensloop: Na afronding van de middelbare school ben ik gedurende tien jaar werkzaam geweest in de detailhandel. Van 1974 tot 1984 was ik werkzaam bij hulporganisatie Sirez. Gedurende die periode heb ik part-time een opleiding Maatschappelijk Werk gevolgd aan de sociale academie te Haarlem. Van 1984 tot 2005 was ik werkzaam bij een organisatie voor missie en ontwikkelingshulp. Daar was ik ondermeer verantwoordelijk voor de voorlichting en participeerde ik in de opleiding van uit te zenden werkers (teambuilding/conflictbeheersing). In september 2005 kreeg ik, als gevolg van een reorganisatie, de gelegenheid om vervroegd te stoppen met werken.

In 2005 startte ik een eigen praktijk voor Psychosociale en seksuologische hulpverlening. In deze praktijk ben ik nog steeds fulltime werkzaam.

CURRICULUM VITAE

Personalia:

Achternaam : Van der Sar-Borst
Voornamen : Maria Joanna Helena
Roepnaam : Marjon
Burgerlijke stand : Gehuwd
Kinderen : Twee, een dochter (11-05-1995) en
een zoon (05-08-2001)
Geboortedatum : 6 maart 1964
Adres : Julianalaan 21
5109 RH 's Gravenmoer
Mobiel : 06 – 13783059
E-mail : eigenwijs-kindertherapie@home.nl
Website : www.eigenwijs-kindertherapie.nl

Opleidingen/Workshops/Permanente educatie:

Certificaat/diploma

- BivT: *EMDR Therapeut* Certificaat: jan 2016
- ChildConsult: *Sleuteltrainer Hartgrondig Opvoeden*, Charlotte Visch Certificaat: mei 2015
- BivT: *Familieopstellingen met kinderen*, Cisca Holkamp Certificaat: april 2015
- Festival: workshop *mindfulness met kinderen* Deelname: april 2015
- BivT: *EMDR Praktijkdag kind en jeugd*, Tamara Konings Certificaat: dec 2014
- BivT: *EMDR master Practitioner* Certificaat: okt 2014
- Nederlandse Academie Psychotherapie te Amsterdam *Algemene Medische en Psychosociale Basiskennis* Certificaat: sept 2014
- Handpop.nl: *Werken met handpoppen binnen de Hulpverlening*, Helen Meurs Workshop: mei 2014
- *Symposium EMDR; brede toepassingen in de praktijk* Bohn Stafleu en Van loghum Deelname: sept 2013
- BivT: *Praktijkdag EMDR*, door René Veraar Certificaat: maart 2013
- BivT: *Praktijk professionalisering EMDR*, René Veraar Deelname: dec 2012
- *Leren over Leven: Een taal erbij*, werken met duplo poppetjes, Ady van Doornik en Els Ydo Certificaat: okt 2012
- Kindercoachmethode: *Coachee!-spel*, Marjolein Wijnhoven Workshop: dec 2011
- Nederlandse Academie Psychotherapie te Amsterdam: *ECP-certificering* Certificaat: okt 2011
- *Stromen van verbinding: Werken met de landkaart*, Gerda en Janet Schmidt Certificaat: okt 2010
- *Basiscursus EMDR (TEP Utrecht)*, Peter Baldé Certificaat: feb 2009
- *Communiceren met pubers en adolescenten*, Martine Delfos te Utrecht Certificaat: maart 2008
- EduQreation: *Zinvol tekenen met kinderen*, Marijke Sluijter Certificaat: maart 2007

- Nederlandse Academie Psychotherapie te Amsterdam
Studierichting Integratieve Kindertherapie Diploma: juni 2006
- Merlijn Groep *Opleiding tot Mediator* Certificaat: Juli 2004
- Diverse vakgerichte trainingen gevolgd bij ING Bank, waaronder;
 - Training adviesvaardigheden
 - Training communicatie
 - Training conflicthantering
 - Training werving en selectie
 - Training adviseren voor adviseurs
 - Train de trainer opleiding Omgaan met veranderingen
- *HBO Arbeidsmarktpolitiek/Personeelsbeleid*
Katholieke Leergangen Tilburg; aug. '91 t/m juli '93 Diploma : juli 1993
- *MBO Arbeidsmarktpolitiek/Peroneelsbeleid*
Katholieke Leergangen Tilburg; aug. '90 t/m juli '91 Diploma : juli 1991
- I.S.W. *Management Assistent I* ; 1989 – 1990 Diploma : Ja.
- HEAO, propedeuse, te Breda: 1984 – 1986
- Katholieke Universiteit Brabant, Rechtsgeleerdheid;
1982 – 1984
- *Atheneum A*, Willem van Oranje College; 1976 – 1982 Diploma: 1982

Werkervaring:

Juli 2006 – heden;

Zelfstandig: Praktijk: Eigenwijs, Integratieve Kinder- en Jeugdtherapie.
Integratief Kinder- en Jeugdtherapeut, EMDR Therapeut, Sleuteltrainer.

Focus op kinderen, jeugdigen en jong volwassenen. Maar ook volwassenen komen in de praktijk voor therapie.

Gevarieerde problematiek. Veelal kortdurende therapie. (< 6 maanden)

Het belang van het kind staat centraal, periodieke terugkoppeling en afstemming met ouders.

Complexe casuïstiek: misbruik, traumaverwerking, rouwverwerking, mishandeling.

Momenteel werk ik gemiddeld met 15 tot 17 cliënten per week en voer ik ongeveer 2 tot 3 oudergesprekken per week.

Ook bezoek en adviseer ik regelmatig derden, zoals bijv. scholen, als dit in het belang is van de cliënt.

Verder onderhoud ik diverse contacten met andere hulpverleners, waaronder; huisartsen, kinderpsychiaters en kinderfysiotherapeuten, sociaal verpleegkundigen van de GGD, schoolmaatschappelijk werkers, consulenten van MEE Brabant, medewerkers van Jeugdzorg Tilburg, enz.

In het belang van een goed netwerk leg ik actief contacten met andere Integratief Kindertherapeuten, Kindertherapeuten, Integratief Psychotherapeuten, enz.

Deelname in een intervisiegroep met collega's vindt gemiddeld ongeveer 8 keer per jaar plaats.

Supervisie volg ik in ieder geval drie keer per jaar en indien gewenst, roep ik de hulp van een supervisor in.

September 2002 – Juni 2006:

Opleiding gevolgd aan de Nederlandse Academie voor Psychotherapie te Amsterdam.
Onder supervisie van de Nederlandse Academie voor Psychotherapie praktijkervaring opgedaan door te werken met diverse cliëntjes;

Gewerkt in diverse intervisieverbanden gedurende deze opleidingsjaren.
Leertherapie gevolgd bij verschillende leertherapeuten.

Oktober 2003 – september 2004:

ING Adviseur **Employability en Mobiliteit** te Den Haag.

Taken:

1. Management in employability- en mobiliteitstrajecten.
2. Reorganisaties, sociaal medische aangelegenheden, reïntegratie, disfunctionerende medewerkers en exittrajecten.

Oktober 1996 – september 2003:

ING Bank, **Adviseur Human Resources**, Noord Brabant.

Taken;

1. Beleidsontwikkeling/-uitvoering;.
2. Advies;
3. Administratie;

Met name het geven van trainingen heeft mij inzicht gegeven in de verschillen tussen mensen. Er is uitgegaan van de hoofddeksels van De Bono, wat de medewerkers veel inzicht in zichzelf heeft gegeven.

Bij de coachingstrajecten is gebruik gemaakt van het ontwikkelingsmodel Enneagram en de kernkwaliteiten. Op basis van dit model heb ik diverse leidinggevendenden ondersteund in het inzicht geven in hun eigen handelen.

Oktober 1994 – oktober 1996:

St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg, **Personeelsfunctionaris**.

Maart 1992 – oktober 1994:

SBR Trading B.V. te Waalwijk, **Office manager/personeelsfunctionaris**

Juli 1988 – maart 1992:

NMB Postbank, **Directie-secretaresse**.

1987 – juli 1988:

Advocatenkantoor Mrs. Rassers, Jacobs en Spiegel te Breda, **Secretaresse/administratief medewerkster boekhouding**.

1986 – 1987:

AMRO Bank, Effectencentrum te Breda, **Administratief medewerkster**.



Bijscholing instituut voor Therapeuten

EMDR opleiding 2017 - 2018

Docent: René Veraar (hoofddocent)
Karin Bargeman

© BivT Beverwijk - René Veraar psycholoog.

Niets uit deze oplage mag zonder schriftelijke toestemming gebruikt of vermenigvuldigd worden.

Met dank aan Yvonne Tjipjes - Nathalie Wilkers - Karin Bargeman en Cisca Holkamp voor het mede samenstellen van het materiaal

BivT secretariaat • Koningstraat 75a (achter) • 1941 BB Beverwijk • Telefoon: 0251-222210

E-mail: info@bivt.nl • Website: www.bivt.nl • btw.nr.8522.40.181.B.01

KvK 56655037 • IBAN: NL 77 INGB 0003 3179 74 • BIC: INGBNL2A • t.n.v. BivT Bijscholing instituut voor Therapeuten

Op al onze activiteiten zijn onze Algemene Voorwaarden van toepassing. Die kunt u lezen op www.bivt.nl

Inhoud

Inhoud.....	3
1.0 Basisinformatie	6
1.1 Programma	6
1.2 Doelstelling	7
1.3 Plaatsing van de opleiding binnen de gezondheidszorg.....	7
1.4 Tijdsbesteding	7
1.5 Toetsing.....	7
1.6 Hulpmiddelen	7
2.0 Literatuur	8
3.0 Presentatie dag 1.....	9
4.0 EMDR opleiding lesdag I.....	26
Verklaringen voor de mogelijke werkzaamheid van EMDR	26
Adaptive Information Processing (AIP)	26
De leertheoretische verklaring	27
Neuropsychologische uitleg van de effectiviteit van EMDR	27
De werkgeheugentheorie.....	29
4.1 Wat is EMDR?.....	30
4.2 Hoe werkt EMDR?.....	30
Informatieverwerking	30
REM slaap.....	30
Exposure.....	30
4.3 Wanneer is EMDR de aangewezen interventie?	31
Contra-indicaties	31
Heeft de behandelaar voldoende ervaring?	31
In hoeverre is de klacht gevolg van de aandoening?	31
In hoeverre is de klacht gevolg van trauma?	31
Hoe past EMDR binnen de aanpak die de behandelaar toepast?.....	31
4.4 Wat is een trauma?.....	32
Traumabehandeling begint met het herkennen van de symptomen	32
5.0 Het Brein	33
5.1 Hersenstam (reptielenbrein).....	34
Pons	34
Cerebellum: de kleine hersenen.....	34
5.2 Limbisch systeem.....	35
De hippocampus.....	35
Amygdala; de amandelkernen	35
Thalamus	36
5.3 Neocortex	37
Het geheugen is opgedeeld in drie delen:	37
6.0 Functionele verwerking bij traumareactie	38
6.1 Disfunctionele verwerking bij traumareactie.....	39
7.0 EMDR Basisprotocol.....	40
7.1 Stap 1 - Anamnese en Inschatting (<i>geen diagnosestelling!</i>) DSM- IV-V.....	42
1 ^e ontmoeting.....	42
Scherpstellen (globaal)	42
7.2 Stap 2 - Voorbereiding.....	43

Nog altijd 1° ontmoeting	43
Ziektewinst	43
Uitleg van de werking van het brein en de procedure bij EMDR	43
Stabilisatie bij teveel draaglast (lesdag 4)	44
Affirmaties (lesdag 2)	44
Anker (lesdag 2).....	44
Passieve imaginatie	45
7.3 FASE 1: Het scherpstellen en taxeren.....	46
Scherpstellen van de target (2° ontmoeting – aanvang EMDR sessie).....	46
M-E-S	46
Taxatie	46
De SUD ‘Subjective Units of Disturbance’ bepalen.....	46
De NC ‘Negatieve Cognitie’ vaststellen	47
PC ‘Positieve Cognitie’ vaststellen	47
Dit om een krachtige PC te verkrijgen (dag 2)	47
Vaststellen van de Validity of Cognition VOC	47
Als er geen beeld is of onduidelijkheid is over de traumatiserende gebeurtenis	48
7.4 Fase 2: Desensitiseringsfase.....	49
Vormen van stimulatie bij EMDR	49
Desensitiseringsfase is lange BS sets	49
De eerste vraag na de eerste set BS.....	49
Terug naar Target (TnT)	50
7.5 FASE 3: Installeren PC, lichaamsscan, de afronding en de evaluatie	51
Installeren PC - voc	51
PC en Lichaamsscan fase is korte BS sets	51
De lichaamsscan.....	51
De afronding	52
7.6 FASE 4: Evaluatie	53
8.0 De stappen en 4 fases in het kort beschreven	54
Stap 1 - Voorgesprek 1° ontmoeting.....	54
Stap 2 - Voorbereiding.....	54
8.1 Fase 1 - Scherpstellen en taxeren (2e ontmoeting)	55
Scherpstellen.....	55
PC t.o.v. NC vaststellen	56
8.2 FASE 2: Desensitiseringsfase (BS Bilaterale Stimulatie – Lange sets)	57
8.2 FASE 2: Desensitiseringsfase (BS Bilaterale Stimulatie – Lange sets)	57
Aanvang desensitiserings - bilaterale sets.....	57
Desensitiseringsfase is lange BS sets	57
Terug naar target (TnT)	57
Overgang naar PC	57
8.3 FASE 3: Installeren PC, lichaamsscan, de afronding	58
Installeren PC (BS kort).....	58
Lichaamsscan (BS kort).....	58
Beëindiging/afronding	58
FASE 4: Evaluatie (volgende sessie)	59
9.0 EMDR schema.....	60
10.0 Aandachtspunten	61

Vraag stelling.....	61
Waar houd je rekening mee bij de vraagstelling?	61
De begeleidende zinnestjes	61
Onvoldoende activering	62
Behandelaar wijkt af van het protocol	62
BIJLAGE I - dag 1: De Hersenen.....	63
Waarom is het van belang, iets te weten van de opbouw van de hersenen?	63
De opbouw van de hersenen en het zenuwstelsel	64
De anatomie van de hersenen	64
Het denken.....	65
Het voelen	66
Het gedrag	66
De werking van het cerebellum als er tijdsdruk is.....	67
Sympathisch en parasympathisch zenuwstelsel.....	67
De neurotransmitters: de boodschappers van het brein	67
Bijlage II - dag 1: Toepassing van EMDR.....	69
EMDR bij Trauma I type (psychotrauma enkelvoudig)	69
Relatie tussen PTSS en REM-slaap.....	70
Hersenactiviteit en het ontstaan van PTSS.....	70
Bijlage III - dag 1: Diagnostische criteria van PTSS volgens DSM-IV.....	72
Bijlage IV - dag 1: Vermoedelijke werkzame factoren EMDR (2006).....	73
EMDR → Versnelde Informatie Verwerking.....	73
De meest gemaakte fout.....	74
Interferentie bij verwerkingsfasen	74
Contra-indicaties (voorzichtigheid geboden)	75
Bij felle reacties	77
Bij blokkades (lesdag 3).....	77
Bijlage V - dag 1: Voorbeeld sessie EMDR basisprotocol.....	Fout! Bladwijzer niet gede finieerd.

1.0 Basisinformatie

1.1 Programma

Hieronder is een korte samenvatting van het programma gegeven.

Dag 1:

Vermoedelijke werking van het brein
EMDR basisprotocol
Enkelvoudig trauma
Bilaterale stimulatie
Plenaire werken

Dag 2:

Positieve cognitie installatie PCI
Ongecompliceerd meertarget protocol
Gegeneraliseerde stoornissen
Plenaire werken

Dag 3:

Interwaves
Cognitieve Interwaves
Proces Interwaves
Plenaire werken
EMDR supervisie

Dag 4:

Stabilisatie processen
Gecompileerd meertarget protocol
Meervoudig trauma
Plenaire werken
Uitleg supervisie programma
Uitleg praktijk / casuïstiek / masterclass dagen
Uitleg samenwerkende EMDR therapeuten

1.2 Doelstelling

Tijdens de opleiding wordt er gewerkt aan de volgende competenties:

1. Brede professionalisering - uitbreiding interventie repertoire, netwerk EMDR behandelaren, bijscholing.
2. Toepassen van wetenschappelijk onderbouwde kennis binnen EMDR.
3. Probleemgericht werken met EMDR interventies.
4. Creativiteit en complexiteit in de EMDR behandeling hanteren.

De deelnemer leert:

- EMDR volledig toe te passen bij de diversiteit van problematiek.
- Specifiek te analyseren om de effectiviteit van de behandeling te verhogen.
- Evaluaties toe te passen om af te checken of alle lading verminderd is en terugval te voorkomen.

1.3 Plaatsing van de opleiding binnen de gezondheidszorg

De opleiding is bedoeld als bij- en nascholing voor praktiserende psychologen, therapeuten, psychosociaal hulpverleners, maatschappelijk werkers, artsen, hypnotherapeuten en andere paramedici uit de reguliere en complementaire zorgverlening. Men dient lid te zijn van een beroepsvereniging of werkzaam binnen een zorginstelling, voorkennis aan te tonen betreffende vooropleiding en psychopathologie/DSM IV-DSM 5. Tevens dient men per 1 januari 2017 te voldoen aan de Wkkgz regeling.

1.4 Tijdsbesteding

De opleiding bestaat uit vier contactdagen van ieder zes uur. Daarnaast moet de student verwachten acht uur te besteden aan het oefenen met het protocol buiten de lessen om. Na de vier contactdagen is er een supervisie programma waar minimaal vier patiënten onder supervisie worden behandeld.

1.5 Toetsing

Na de vier theoretische- en praktijkgerichte lesdagen wordt er een supervisie programma gevolgd waar de student vier volledige EMDR behandelingen moet aanleveren. De vierde sessie dient met een voldoende beoordeling te worden afgerond. Bij het niet behalen van een voldoende sessie wordt de supervisie verlengd of kan er worden besloten om niet over te gaan tot certificering. Toetsing wordt gebruikt om de vereiste competenties/ doelstellingen te behalen en verder te professionaliseren.

1.6 Hulpmiddelen

Voor het leren van de methodiek geldt de syllabi als hulpmiddel en kan er gebruik gemaakt worden van de aangegeven literatuur. De syllabus fungeert als leeswijzer en naslagwerk tijdens en na de opleidingsdagen. Hierin worden ook de onderwerpen uitgewerkt die niet als zodanig in de opgegeven literatuur worden behandeld. Naast de opleidingsdagen wordt er indien gewenst telefonische supervisie en leertherapie aangeboden.

1.7 Afspraken

Alle deelnemers houden zich aan de voorwaarde de EMDR slechts toe te passen na afronding van het supervisie programma waarna men gecertificeerd is als EMDR master Practitioner. Deelnemer mag geen enkele andere uiting doen naar buiten (ook websites) als zijnde, 'EMDR practitioner i.o. / na behalen van het supervisie programma, 'EMDR master Practitioner / na behalen jaar programma 'EMDR therapeut'. Deelnemer is op de hoogte jaarlijks minimaal 1 bijscholingsdag EMDR bij te wonen. Deelnemers mogen alleen de folder van de Samenwerkende EMDR therapeuten gebruiken ter verspreiding. Men is lid van een beroepsvereniging of werkzaam met toestemming bij een instelling die bekend is bij de administratie van BivT.

2.0 Literatuur

- A. de Jongh & E. ten Broeke, *Handboek EMDR*, 2013, 184pag., ISBN13:9789026522574
- E. ten Broeke, A de Jongh, *Praktijkboek EMDR*, 2012, 504 pag. ISBN13:9789026522550
- Baldé, P.D. (2005). EMDR en Hypnose: suggestieve elementen in een populaire techniek. *Directiere Therapie*, 25, 69-82.
- Baldé, P.D. (2001). Met andere ogen bekeken, EMDR voor het verminderen van emotionele problemen. Uitgeverij Elmar, Rijswijk.
- Bergmann, U. Further thoughts on the neurobiology of EMDR: the role of the cerebellum in accelerated information processing. *Trainriatology*, 6 (3). Available at www.fsu.edu/-trauma/ Blore, D.C. (1997) Reflections on "a day when the whole world seemed to be darkened". *Changes: An international Journal of Psychology and Psychiatry*, 15, 89-95.
- Blore, D.C. (1997) Use of EMDR to treat morbid jealousy: A case study. *British Journal of Nursing*, 6, 984-988. Boudewyns, P.A. & Hyer, L.A. (1996) Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD).
- De Jongh, A. Yen Broeke, E. and Renssen, MLR. (1999). Treatment of specific phobias %with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Research, protocol, and application. *Journal of Anxiety Disorders*. 13, 69-85.
- Hout, M. van den, & Engelhard, I.M. (2011) Hoe het komt dat EMDR werkt. *Directieve Therapie*, 31, 5-23
- Hout, M. Van den., Engelhard, I.M., Rijkeboer, M.M., Koekebakker, J., Hornsveld, H., Leer, A., Toffolo, M.B.J., & Akse, N. (2011) *Behaviour Research and Therapy*, 49, 92-98
- Hout, M. Van den., Engelhard, I.M., Smeets, M.A.M. (2012) Taxing working memory reduces vividness and emotional intensity of images about the Queen's day tragedy. *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry*, 42(1), 32-37
- Hout, M. van den, Engelhard, I.M., Smeets, M.A.M., Hornsveld, H., Hoogeveen, E., de Heer, E., Toffolo, M.B.J., Rijkeboer, M. (2010) Counting During Recall: Taxing of working memory and reduced vividness and emotionality of negative memories. *Applied Cognitive Psychology*, 24, 303-311
- Parnell, L. (1999) *EMDR in the Treatment of Adults Abused as Children*. Norton. Professional Books, New York,
- Paulsen, S. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Its use in the dissociative disorders. *Dissociation*, 8, 32-44
- Pitman, R.K., Orr, S.P., Altman, B., Longpre, R.E., Poire, R.E & Macklin, M.L., (1996). Emotional processing during eye-movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic post-traumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 419-429.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behavior research and Therapy*, 18, blz 51-60.
- Renfrey, G. & Spates, C.R. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing: A partial dismantling procedure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 231-239.
- Resick, P.A., en Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Servan-Schreiber, I. (2000). Eye movement desensitisation and reprocessing: Is psychiatry missing the point? *Psychiatric Times*, 17, 36-40.
- Servan-Schreiber D, Schooler J, Dew MA, Carter CS, Bartone P. (2006). EMDR for PTSD : A Pilot Blinded, Randomized Study of Stimulation Type. *Psychotherapy and Psychosomatics*.
- Shapiro, F. (1989a). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.
- Shapiro, F. (1989b). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 20. 21_ 1-21?.
- Shapiro, F. (1991). Eye movement desensitization & reprocessing procedure: From EVID to E-1DR--a lie" treatment model for anxiety and related traumata. *Behavior Therapist*, 14, 133-135. Shapiro, F. (1995a). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*. Second Edition. New York: Guilford Press,

3.0 Presentatie dag 1

Dia 1

Welkom bij de
EMDR OPLEIDING
bij het

Uw docent: René Veraar

Dia 3

EMDR
Eye Movement Desensitisation & Reprocessing

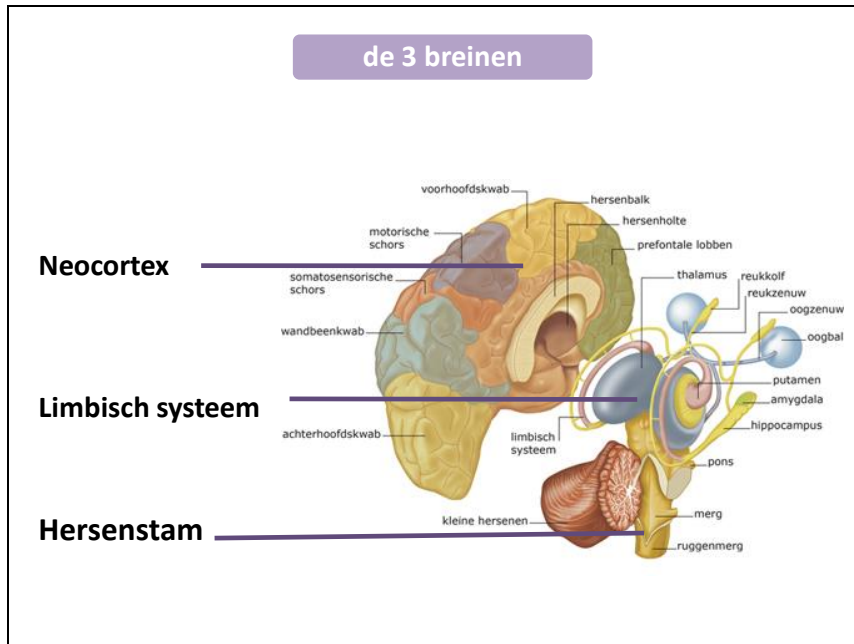
EMDR = VERSNELDE INFORMATIE VERWERKING

EMDR imiteert de droomfase → REM

3 sessies EMDR → zijn even effectief als 50 sessies cognitieve traumatherapie

Dit geldt voor traumatische nawerkingen – trauma I type
Niet voor trauma II type – Klinische diagnose
Niet voor gegeneraliseerde / neurotische angststoornissen

Dia 4



Dia 5

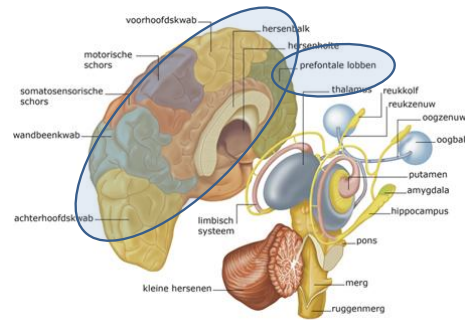
Hersenstam regelt fysieke functies;

- Slaap- waakcyclus
- Oogbewegingen
- Controle pupilgrootte
- Voelen van bewegingen en zwaartekracht
- Huilen
- Plassen
- Kauwen
- Slikken
- Proeven
- Vorming van speeksel
- Overgeven
- Spijsvertering
- Ademhaling
- Bloedsomloop

Dia 6

Neocortex;

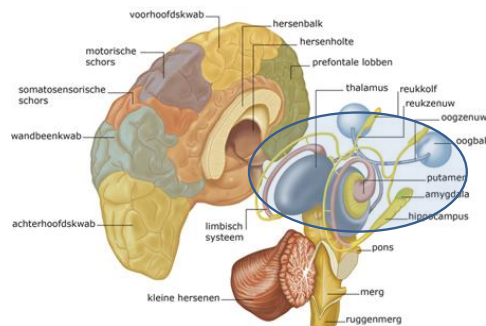
- Zintuiglijke waarneming
- Bewuste bewegingen
- Verwerken van emoties
- Probeert emoties in de hand te houden
- Gewetensopbouw
- Redeneren
- Zelfbewustzijn
- Abstract denken
- Taal



Dia 7

Limbisch systeem is betrokken bij;

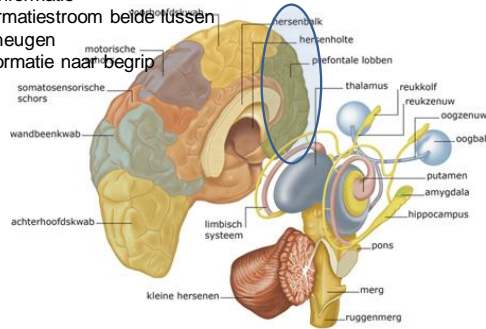
- Onbewust instinctief
- Emoties
- Stemmingen (lichamelijke reactie)
- Regulering van de emotionele reacties
- Betrokken bij het leren en geheugenverwerking
- Reuksysteem
- Proeven
- Voelen
- Zien



Dia 8

Werkgeheugen – Pre-frontale cortex;

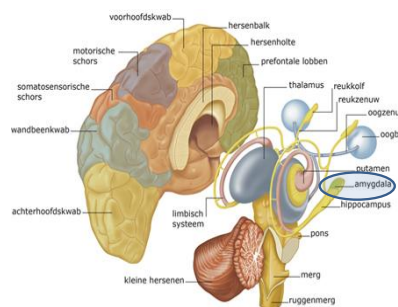
- Tijdelijke opslag
- Actieve denkprocessen
- Oude herinneringen (beelden)
- Stuurt actueel gedrag reacties
- Berekend complexe situaties voor actie
- Fonologische lus – auditieve informatie
- Visuospatieel kladblok – visuele informatie
- Central executive systeem – informatiestroom beide kussen
- Koppelt korte- en langetermijengeheugen
- Episodisch buffer – integreert informatie naar begrip



Dia 9

Amygdala;

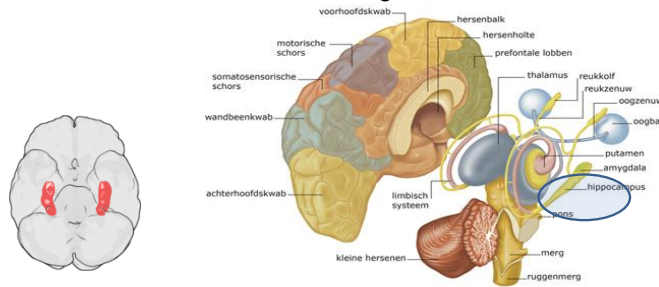
- Spelen een belangrijke rol bij het vormen en opslaan van herinneringen aan emotionele gebeurtenissen
- Onthouden gevoelsinformatie
- 1 is gespits op gevaar
- 2 is gespits op seksuele activiteit en geaardheid
- Niet – bewust geheugen



Dia 10

Hippocampus

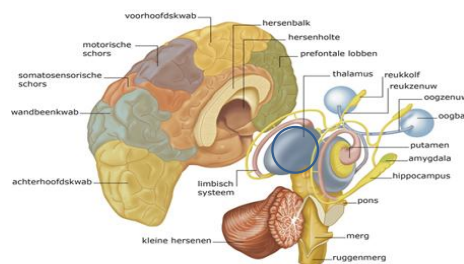
- Korte termijngeheugen
- Zet herinnering en waarneming in een betekenisvolle context.
- Sorteerpilots
- Stress verschrompelt dit deel
Door cortisol en adrenaline - noradrenaline
- In de droomfase stort de inhoud zich in de hogere breindelen



Dia 11

Thalamus

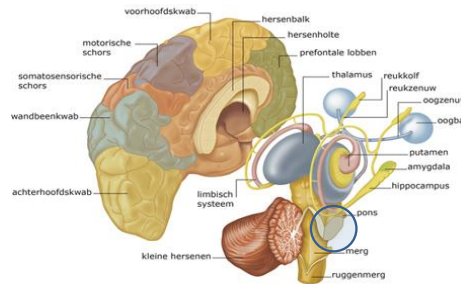
- Verbindingsstation naar de hersenen
- Schakelstation naar de cortex
- Overbrengen van informatie van zintuiglijke prikkels
- Filter voor de prikkels van buiten
- Van binnen (je eigen lijf)
- Visuele en auditieve waarneming
- Integratie en expressie van emotionele prikkels



Dia 12

Pons (brug van Varol)

- De pons zorgt er onder andere voor dat prikkels van het evenwichts- en gehoororgaan worden doorgegeven aan de kleine hersenen
- Verbinding tussen grote en kleine hersenen
- Pons neemt bij trauma regie over.
Daardoor verbrokkelt de verwerking en verslechtert de opslag in beelden, geluiden, geuren, gevoelens.

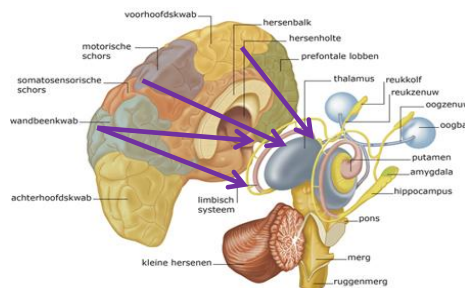


Dia 13

Het brein tijdens waakbewustzijn

Gemiddeld 12% van het brein is actief

Belangrijke functie: de hogere hersendelen (cortex) (ratio, geweten, vooruitzien, e.d.) pogen het emotionele brein te reguleren



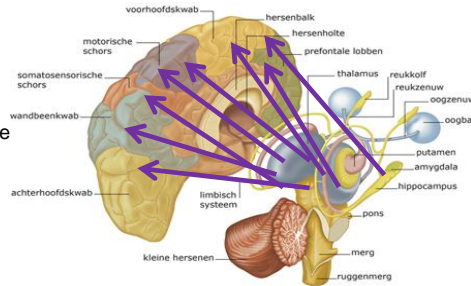
Droomfase

**In de REM-slaap 'klat' het brein open:
96% is actief**

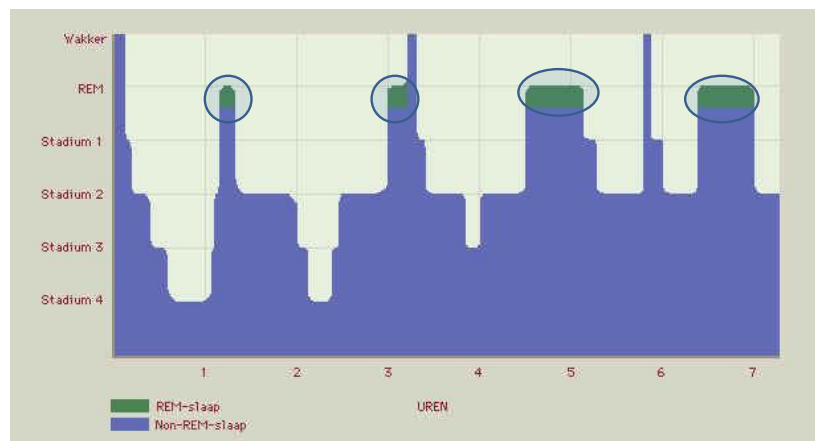
Door de snelle interactie tussen beide helften neemt het emotionele brein de regie

De droom is dus een door emoties gestuurd fenomeen – zonder bewuste regisseur

Hippocampus wordt geleegd: kortetermijn-geheugen → langetermijn-geheugen



REM slaap



Dia 16

Brein tijdens trauma

Amygdala 'knock out' van hogere breindelen

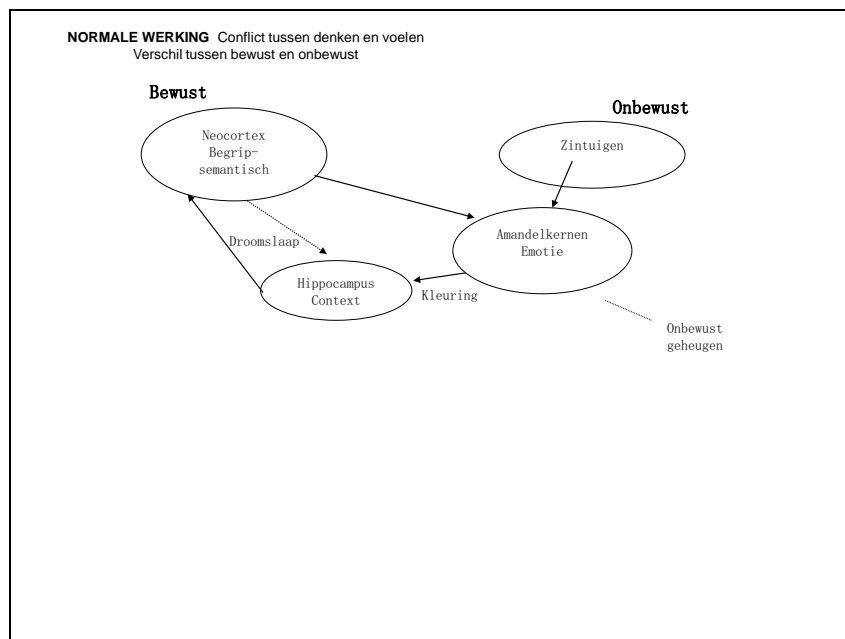
Pons neemt regie:

- hogere kloksnelheid → vertraagde film/slow motion
- koele kikker

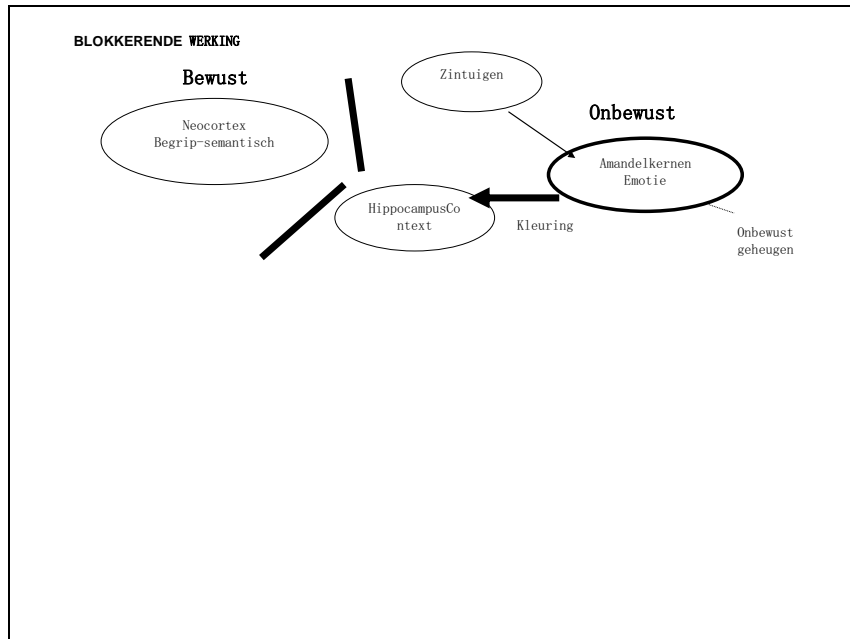
Na afloop: emoties (trillen, e.d.) – daarna gedachtes (waar is de mobiel?)

Als het brein niet 'ontwaakt': shock

Dia 17



Dia 18



Dia 20

- **Voorzichtigheid**
- Epilepsie
- Hartritmestoornissen
- Hersenletsel
- Psychoses
- Tranquillizers die alle emotie doven
- Verstandelijke beperkingen
- Alcohol
- Drugs
- Zwanger

Baat het niet dan schaadt het wel!



Dia 19

EMDR bilaterale stimulatie (BS)



- **Afwisselende stimulatie brengt het brein in actie voor verwerking**
- De therapeut beweegt zijn hand van links naar rechts, de ogen van de cliënt volgen.
- De therapeut geeft zachte tikjes aan de zijkant van de knieën.
- De therapeut geeft audio signalen via een koptelefoon, afwisselend van links naar rechts.

Dia 21

EMDR protocollen

- 1. Basisprotocol**
 - Enkelvoudig trauma
 - PTSS symptomen
 - M-E-S (mentaal – emotioneel - somatische)
 - paniek – walging – woede – angstige gedachten – schrik -
- 2. Ongecompliceerd trauma protocol** (dag 2)
 - Traumatische ervaringen met vermijdingsgedrag
 - Angststoornissen
 - Fobische stoornissen
 - Dwangstoornissen
- 3. Gecompliceerd trauma protocol** (dag 4)
 - Meervoudig trauma (type II)
 - Lichamelijk- en Psychische mishandeling/misbruik
 - Persoonlijkheidsstoornissen
 - Dissociatie en dissociatieve stoornissen

Dia 22

8 Stappen EMDR basisprotocol

1. **Stap 1 - Kennismaking**
2. **Stap 2 – Voorbereiding**

3. **Fase 1 - Scherpstellen en taxeren**
4. **Fase 2 – Desensitiseren**

5. **Fase 3 - Installeren positieve cognitie**
6. **Fase 3 - Lichaamsscan**
7. **Fase 3 – Afronding**

8. **Fase 4 - Evaluatie**

Dia 23

1. **Stap 1** - *1^e ontmoeting*

- Anamnese
- Huidige levensomstandigheden
- Ziektewinst
- Schokkende en of nare ervaringen
- Trigger(s) (film) vaststellen
- Target(s) (moment) vaststellen
- Vaststellen welk protocol...

2. **Stap 2**

- Vertrouwensband tussen cliënt en behandelaar
- Uitleg EMDR - Brein en uitleg over reactie na de behandeling
 - na heftige sessie kans op woelige dromen
 - na normale sessie: langer - dieper slapen
- Eventueel eerst stabiliseren (lesdag 4)
- Ontspanningsoefening

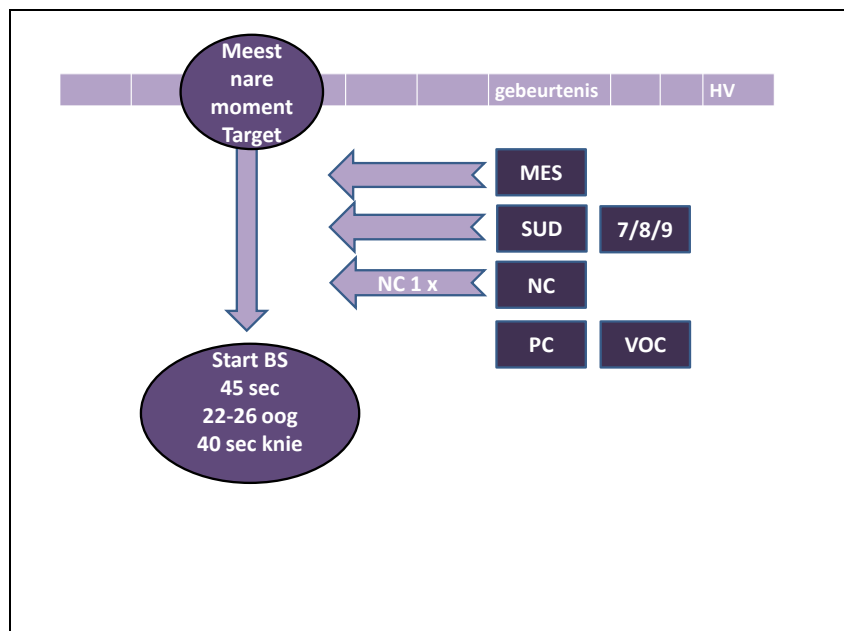
Dia 24

Fase 1 van het protocol - 2^o ontmoeting

3. Scherpstellen en taxatie

- **Trigger** (herhalen door behandelaar)
- **Target** (wederom door cliënt laten scherpstellen)
- **Beeld – Gevoel - Emoties** (welke heeft cliënt bij dit target)
- **M-E-S** (Welke gedachte – emotie - somatic)
- **SUD 0 – 10** (Subjective Units of Disturbance)
 - 'Hoe naar is het NU, 0 is het doet je niets en 10 is 'het overweldigt je?'
- **NC** (Negatieve Cognitie)
 - 'Wat vind je van jezelf dat het HIER en NU nog zo naar voor je is?'
- **PC** (Positieve Cognitie) **vaststellen**
 - 'Wat zou je van jezelf willen vinden als je aan dat moment denk of kijkt?'
- **VOC 1-7** (Validity Of Cognitions over de SUD)
 - 'Als je NU tegen jezelf zegt "ik ben"' hoe waar is dat dan NU?
 - 1 is niet waar en 7 is heel waar.

Dia 25



Dia 26

Fase 2 van het protocol**4. Desensitisatie** (BS Bilaterale Stimulatie – Lange sets)**Aanvang bilaterale sets**

- installeren koptelefoon – oogbewegingen - knieën
- Focussen op wat de meeste lading heeft (target)
- Benoem target - M-E-S - SUD – NC
- Start de BS
(NC 1x keer alleen bij aanvang gebruiken)

Vraagstelling bij iedere stop BS (set BS)

- 1e vraag (na 1e set)
- 'Welk beeld - gedachte - gevoel komt er NU in je op?'
- Na 1e set steeds
- Wat komt er NU in je op? - En NU? – En wat NU?

NIETS MEER en NIETS ANDERS!

Geef cliënt geen ruimte en stop client! (geef geen controle)

Dia 27

Hoe kun je de SUD daling controleren?**Terug naar Target (TnT)**

- Als de sessie vastloopt
- Als de cliënt tijdens stop 2 keer het zelfde heeft benoemd
- Als de cliënt tijdens stop verder van target verwijderd raakt
- Als de cliënt tijdens stop steeds verhalen benoemd
- Stap 1 – ok, we gaan terug naar het moment waar we begonnen zijn (kort het target benoemen)
- Stap 2 – Het was daarstraks een ? SUD – Wat is het NU?
- Stap 3 – Bij een SUD van bv 6 – vraag: 'wat maakt het een 6 en geen 7?'
- Stap 4 - OK focus of concentreer je op wat er NU is.....

We gaan door tot de SUD gedaald is – 0 / 1 / 2 / 3

Dia 28

Fase 3 van het protocol**Controle fase! De overgang van Fase 2 naar Fase 3 gaat naar/over 'voelen'****5. Installeren PCi voc (BS – korte sets)**

- SUD voldoende laag is dan installeren we de PC
- 'Als je NU tegen jezelf zegt 'PC', denkend/ kijkend aan het moment, hoe waar is het dan NU? 1 is niet waar en 7 is heel waar.
- Bij negatieve reactie – Terug naar Target - SUD / fase 2
- Zodra PC goed voelt naar stap 6

6. Lichaamsscan (BS – korte sets)

- 'Scan je lichaam hoe het NU voelt als je aan het moment denkt?'
- Bij kleine negatieve somatic tot "spanning weg is".
- Als spanning oploopt – Terug naar Target... SUD / fase 2

7. Afronding sessie

- Evaluatie (kort houden – geen nabespreking)
 - Eventuele korte ontspanning
-
-
-

Dia 29

Fase 4 van het protocol**8. Evaluatie**

- De volgende ontmoeting start altijd met het evalueren van de laatste target die is behandeld
 - 'Ok, laten we eens het moment van (benoem kort de target) terughalen, (even wachten) Wat doet het NU met je? 0 is het doet je niets en 10 is overweldigend
 - Bij een SUD - lading (ook 1) alsnog sets BS toepassen in Fase 2 (Bs lange sets – desensitatie fase)
 - Je bent hier dus TnT naar gegaan!
 - Dan ook de PC installeren Fase 3
 - Eventueel volgende target gaan behandelen.
-
-
-

Dia 30

- Aandachtspunten

Juiste vragen

- Wat komt er NU in je op?
- Wat NU?
- En NU?

Nooit vragen - (tijdens fase 2)

- Wat voor beeld roept het nu op?
- Wat gaat er nu door je heen?
- Waar ben je nu mee bezig?
- Wat denk je?
- Wat voel je?
- Hoe voelt dat in je lijf?
- Wat zie je nog meer?
- Hoe komt dat?

Dia 31

- Begeleidende positieve zinnen;

- Mooi zo, je brein doet het goed
- Prima
- Keurig
- Fantastisch

- **Foute zinnen (nooit gebruiken)**
- Kijk eens naar dat beeld, wat doet het met je?
- Wat maakt het dat je dat voelt?
- Maak het maar groter!
- Zet dat beeld stil en focus op
- Neem maar afstand van deze ervaring!
- Wat zie je nog meer?
- Volg dat beeld/ gevoel!

Dia 32

Bij hevige reacties

- Ik ben bij je, je bent veilig
- je zit hier in de stoel
- goed zo
- nog even, je brein doet het goed

Bij blokkade (dag III)

- Ga terug naar eerste moment (TnT)
- Maak maar eens geluid daarbij!
- Leg je hand maar eens op die plek!
- Behandelaar herhaalt de 'woorden, geluid, ervaring' van cliënt
- Behandelaar spiegelt de ervaring van de cliënt

Dia 33

Onvoldoende activering

- 1^e sessie te lage SUD (lager dan 5)
- Te langzame hand beweging
- Te snelle hand beweging
- Film niet stil gezet op het hevigste beeld (vanuit het NU)
- NC hoort bij toen en niet bij het NU
- Laat de cliënt te veel ruimte over om te praten.
- Cliënt heeft er geen vertrouwen in de behandeling - behandelaar
- Cliënt wil de controle blijven behouden
- Geen vertrouwen in de werking van het brein. (zowel cl. als th.)

Dia 34

De behandelaar wijkt af van het protocol

- Wil te strak het protocol volgen
- Wil te snel beginnen
- Wil binnen een bepaalde tijd blijven
- De behandelaar geeft cliënt tijd voor een "plas" pauze
- De behandelaar schrikt bij somatische reactie.

BLIJF DOORGAAN EN VERTROUW OP HET WERK VAN HET BREIN!

4.0 EMDR opleiding lesdag I

Verklaringen voor de mogelijke werkzaamheid van EMDR

De afgelopen jaren zijn verschillende verklaringen gegeven voor de effectiviteit van EMDR. Shapiro (1995) verklaart de effectiviteit van EMDR met het "Accelerated Information Processing Model" (AIP model). Trauma veroorzaakt, volgens Shapiro, veranderingen in neurotransmitterstoffen en adrenaline, die vervolgens een "onevenwichtigheid in het zenuwstelsel" teweegbrengen. Het verwerken van informatie wordt wellicht hierdoor geblokkeerd (werkgeheugen). De hersenen en het lichaam raken ontwricht en zijn niet meer in staat goed te functioneren. Pijnlijke herinneringen worden ieder moment getriggerd door een verscheidenheid aan interne of externe stimuli. Dit komt naar voren in vormen van *flashbacks*, *nachtmerries*, *herbelevingen* en *arousal*. Bij een goed werkend "Information Processing System" bestaat er een neurologische balans in de informatie verwerking.

Deze informatie wordt normaal verwerkt tot een "adaptive resolution". Hiermee bedoelt Shapiro dat er binnen dit fysiologische systeem associaties in *gedachten, beelden, emoties en sensaties* worden gemaakt, net zolang tot het trauma constructief door het slachtoffer kan worden gebruikt en is geïntegreerd in een positief emotioneel en cognitief schema. Bilaterale stimulus (of alternatieve links- rechts stimuli), zoals die bij EMDR worden gebruikt, stimuleren een fysiologisch mechanisme dat dit "Information Processing System" activeert, en het evenwicht herstelt. Door aan de cliënt te vragen een *beeld, geluid, reuk, gedachte* op te halen, kan een verbinding tussen het bewustzijn en de plek waar de informatie is opgeslagen, worden bewerkstelligd. Iedere reeks van bilaterale stimulatie stuwt de traumatische informatie op het neurofysiologisch pad omhoog, net zolang tot de informatie voldoende is verwerkt (Shapiro, 1995). Het AIP model wordt niet gestaafd door onderzoek, zoals Shapiro zelf aangeeft. "*EMDR is not based on the validity of the physiological model being offered, the model serves as a clinical road map for treating a wide range of pathologies*" (Shapiro, 1995, p. 29). Naast het AIP model bestaan er verschillende leertheoretische en neuropsychologische verklaringmodellen voor EMDR.

Adaptive Information Processing (AIP)

Shapiro spreekt over een aangeboren adaptief verwerkingssysteem, het 'adaptive information processing system'. Zij stelt dat dit systeem bij een ervaring met te hoge arousal niet goed functioneert. Dan slaat het AIP deze ervaring op in extreem geïsoleerde neuronale netwerken (Amygdala en Pre-frontale cortex). De behandelaar activeert volgens Shapiro het AIP door het toedienen van bilaterale stimulatie (BS). Zij postuleert dat het AIP adaptief, intuïtief en zelfhelend is. Dat wil zeggen dat de behandelaar niet meer hoeft te doen dan het AIP te starten en te zorgen dat het onverwerkte materiaal in het bewustzijn van de cliënt is. De behandelaar is tijdens de verwerking zo min mogelijk actief: de richting en inhoud van het verwerkingsproces gaat vanzelf naar het optimaal haalbare adaptieve niveau voor de cliënt op dit moment.

In het EMDR-protocol zijn er twee soorten affectief geladen stimuli die het AIP verwerkt: stimuli met een negatieve, disfunctionele lading (traumagerelateerde stimuli) en stimuli met een positieve, functionele lading (positieve cognitie, hulpbronnen, 'cognitive interweave'). Omdat het AIP adaptief, intuïtief en zelfhelend is koppelt het automatisch de positieve, adaptieve en functionele stimuli aan negatieve stimuli en vermindert hierdoor de negatieve lading. Als het AIP zelfhelend is verwachten we twee effecten die echter niet altijd optreden. Ten eerste zou het AIP bij exposure aan positieve stimuli (bij de positieve cognitie-installatie, de 'cognitive interweave' en de hulpbroninstallatie en hulpbronontwikkeling) het positieve effect altijd doen toenemen. Simpel geredeneerd zou het positieve effect toenemen hoe langer de BS-set duurt. In de praktijk neemt het positieve effect bij langere BS-sets echter vaak af. Om die reden adviseert Shapiro bij die procedures dan ook korte BS-sets. Ten tweede zou een zelfhelend AIP altijd positieve stimuli koppelen aan traumatisch materiaal. Dat is niet altijd het geval. Daarom ook adviseert Shapiro bij stagnerende verwerking de 'cognitive interweave' en de hulpbroninstallatie. Zij denkt dat het AIP niet altijd zijn helende rol kan vervullen wanneer de barrière tussen de neuronale netwerken te groot is, of wanneer er geen relevante positieve informatie in de hersenen aanwezig is of wanneer de invloed van de negatieve netwerken te overheersend is. Deze factoren spelen vaak een rol bij complexe traumatisering.

De leertheoretische verklaring

Een ander verklaringsmodel is het leer-theoretische. Hierbij wordt EMDR als een vorm van exposure gezien, waarbij bilaterale stimulus volgens sommige leertheoretici een afleidingsfunctie hebben (Dyck, 1993) en volgens anderen niet ter zake doen (Minnen & Arntz, 1997). Het werkzame ingrediënt is hierbij de uitdoving door gewenning aan angstige stimuli. Een conditionerings-model rond PTSS wordt rond drie hypothesen georganiseerd (Dyck, 1993). 1) De indrukken van de traumatische gebeurtenis (US) worden geassocieerd met een uitgelokte angstrespons (UCR); 2) Deze angstrespons is van voldoende intensiteit om toekomstig leren te voorkomen; 3) De angstrespons is een aversieve gebeurtenis, die vermijding bekrachtigt (operant conditioneren) (Dyck, 1993; Mowrer, 1960; Wolpe, 1958).

Normaal verwachten we dat de geconditioneerde stimulus (CS) (bijvoorbeeld autorijden) zonder de US (het auto-ongeval) leidt tot een extinctie van de geconditioneerde response (angst en spanning). Exinctie vindt normaal plaats wanneer de interne representatie van de CS en het uitblijven van de US worden gepaard; een associatie tussen CS-en -geen-US. Dit gebeurt echter niet wanneer er sprake is van PTSS.

De ongeconditioneerde stimulus (US, het auto-ongeval) verandert bij PTSS in de interne representatie van de gebeurtenis (beelden van het ongeval). Het is de perceptie van de gebeurtenis die als traumatisch wordt ervaren. De traumatische herinneringen ontklokken niet alleen angst, maar versterken tevens de associatie tussen de traumatische herinnering en de angst (Dyck, 1993). Mensen met PTSS vermijden vooral het terugdenken aan de traumatische gebeurtenis (US). *Aangezien eraan denken angst en spanning oplevert*, leren zij dat vermijding een spanningsreductie oplevert en kunnen zij niet leren dat de CS (het autorijden) veilig is. Door cliënten juist veel met de CS te confronteren, zouden nieuwe associaties kunnen worden aangeleerd.

Bij EMDR worden taken aangeboden die zorgen dat extinctie van de herinnering kennelijk wel kan plaatsvinden. De persoon wordt, wanneer de taak zwaar genoeg is, tegelijk geëxposeerd en afgeleid van de herinnering aan de gebeurtenis. Voorwaarde is wel dat tegelijkertijd aan de traumatische herinnering dient te worden gedacht en dat de taak moet worden uitgevoerd. Hoe moeilijker de taak, des te sneller zal extinctie optreden (Dyck, 1993). De cliënt moet echter wel in staat blijven tegelijkertijd aan de herinneringen te kunnen denken, net zolang tot de associatie CS-niet-US is ontstaan, dus de afleidende taak moet ook weer niet te groot worden. Er dient een balans gevonden te worden tussen innerlijke blootstelling aan de gebeurtenis en een externe afleiding, zodat de cliënt niet overspoeld wordt door de herinnering en tevens niet te zeer afgeleid wordt door de externe taak.

Neuropsychologische uitleg van de effectiviteit van EMDR

Neuropsychologische uitleg van de effectiviteit van EMDR richt zich enerzijds op het herstel van inter-hemisferische activiteit door EMDR en anderzijds op het herstel van de REM-slaap, waarbij EMDR als een soort startmotor fungeert. Volgens Bergmann (1998, 2000) zou EMDR werken als een "pacemaker" en zou EMDR de inter-hemisferische activiteit corrigeren; een herstel van de informatiestroom tussen de linker- en de rechterhemisfeer. Gedurende een trauma stuurt de amygdala urgente boodschappen naar een aantal belangrijke delen van de hersenen. Op dat moment wordt de secretie van "vecht – vlucht - bevries" hormonen uitgelokt en de hypothalamus stuurt signalen af naar de hypofyse om corticotropine (CRF) te produceren. Het CRF mobiliseert de kleine hersenen en die activeren op hun beurt het cardiovasculaire systeem, de spieren en ander systemen. Andere circuits waarschuwen de Lucus Coeruleus (LC) dat norepinephrine (NE) (ook wel Noradrenaline) uitscheidt en zodoende de reactiviteit van de hersenen verhoogt. De hippocampus wordt gealarmeerd om dopamine los te laten, en daardoor de aandacht te verscherpen (Bergman, 1998, 2000; Van der Kolk, 1994). In de meeste gevallen neemt na verloop van tijd het effect van de traumatische gebeurtenis af en keert het systeem terug naar de oude balans. Wanneer dit echter niet het geval is, zoals bij PTSS, is de Lucus Coeruleus hyperactief geworden, en scheidt zij extra grote doses norepinephrine af, ook in situaties die geen gevaar inhouden maar die de persoon aan het trauma doen denken. De hypothalamus stuurt eveneens te veel signalen uit naar de hypofyse om corticotropine uit te scheiden, hetgeen het lichaam in een alarmfase brengt terwijl er geen gevaar is. De gealarmeerde amygdala signaleert opioïde centra in de cortex om endomorfine los laten. Dit resulteert in gevoelloosheid en anhedonie (Van der Kolk, 1994). In feite is de neocortex uit de roulatie gehaald. De linker prefrontale cortex is niet in staat om de gealarmeerde systemen af te sluiten. De afwisselende bilaterale stimulatie van EMDR zou fungeren als een "pacemaker" en zou de inter-hemisferische activiteit

herstellen door invloed uit te oefenen op de neuronale netwerken van de hersenen (Bergman, 1998, 2000). Uit een studie van Van der Kolk (1997) waarbij zes PTSS deelnemers met EMDR werden behandeld en waarbij tevens Single Photon Emission Computerized Tomographies (SPECT) scans werden gemaakt, concludeerden de onderzoekers dat "EMDR de asymmetrie in de lateralisatie corrigeert". Na drie sessies bleek dat de "anterior cortex" van de "cingulate gyrus" duidelijk in activiteit toenam, bilateraal, en dat Broca's gebied in de linker frontale lob eveneens meer activiteit vertoonde. De conclusie die Bergman (1998, 2000) hieruit trok was dat EMDR de capaciteit van "hogere hersenen" kan herstellen, zodat dit deel van de hersenen de input van de limbische structuren kan corrigeren. Dit houdt in dat een persoon na EMDR weer in staat is om een realistische inschatting te maken tussen wat echt bedreigend is en wat niet (Bergman, 1998, 2000).

Een andere neuropsychologische invalshoek komt van Stickgold (1998). EMDR zou volgens hem kunnen helpen bij de behandeling van PTSS. Het systeem waarbij herinneringen worden verwerkt is (normaal) geactiveerd gedurende de REM-slaap, maar is disfunctioneel bij de PTSS cliënt. EMDR is, volgens Stickgold, in staat dit systeem te activeren. REM-slaap zou nodig kunnen zijn om informatie van de frontale cortex naar de hippocampus over te dragen. Niet-REM-slaap vergemakkelijkt overdracht in de tegenovergestelde richting, van de hippocampus naar de frontale cortex. Deze heen en weer gaande communicatie veroorzaakt de integratie van specifiek, episodische herinneringen naar onze meer algemene semantische opslag van informatie. Door dit proces "zien" we hoe gebeurtenissen in de "rest van ons leven" passen. Waarschijnlijk kan, wanneer deze integratie gelukt is, de frontale cortex aan de hippocampus "vertellen" dat er niet langer gedetailleerde informatie met het daarbij behorende affect van het trauma nodig is (Siegel, 1999, p. 332). Twee elementen van de REM-slaap lijken gerelateerd aan dit mechanisme om herinneringen te verwerken. Het eerste is de massieve activatie van acetylcholine (ACh) gedurende de REM-slaap. De neuronen die reageren op acetylcholine, controleren de snelle bilaterale stimulus van de REM-slaap, en mogelijk beheersen zij de richting waarin de stroom van informatie gaat tussen cortex en hippocampus. Het tweede element van REM-slaap is dat de hersenen een voorkeur geven aan "licht gerelateerde associaties" gedurende het stadium van slaap, in tegenstelling tot de normale voorkeur voor "sterk gerelateerde associaties" gedurende waaktoestand. Een dergelijke voorkeur voor zwakke associaties zou kunnen helpen de nieuwe episode te integreren in een breder netwerk van informatie, reeds aanwezig in de frontale cortex. Als deze heen en weer gaande communicatie tussen hippocampus en frontale cortex nodig is om de kracht van een specifiek trauma te reduceren met het daarbij behorende affect, dan is het uitvallen van het normale REM-slaap mechanisme bij PTSS de oorzaak van het falen van de cliënt om effectief traumatische herinneringen te verwerken. Zonder de toename van acetylcholine, de activatie van de zwak geassocieerde herinneringen en zodoende de stroom van informatie van frontale cortex naar hippocampus, is de cliënt niet in staat om een traumatische gebeurtenis te verwerken. Als deze drie systemen nu geactiveerd worden buiten de REM-slaap, zou mogelijk de gebeurtenis wel kunnen worden verwerkt. Afwisselende bilaterale stimulatie zou de activatie van deze systemen kunnen starten, bijvoorbeeld door de hersenen te dwingen zich constant te oriënteren op nieuwe locaties. Dit heroriëntatie proces vergemakkelijkt de verschuiving van aandacht, versterkt de zwakke associatie en veroorzaakt acetylcholine ontlasting bij stimuli. EMDR fungeert zodoende als een soort "startmotor" van de defecte REM machinerie, die nodig is om effectief traumatische herinneringen te verwerken. Door het opstarten van deze processen, terwijl subjecten zich richten op specifieke trauma gebeurtenissen en de daaraan gerelateerde herinneringen, balanceren de hersenen zich om effectief de traumatische herinneringen te verwerken, zodat uiteindelijk de gebeurtenis geïntegreerd kan worden in de schema's van de cliënt (Stickgold, 1998b). Ook volgens Siegel (1999) kan het blokkeren van droom en REM-slaap te maken hebben met het voortduren van psychotrauma. Hierbij hebben droom en REM-slaap onder andere als taak om interhemisferische integratie te bewerkstelligen. "The consolidation of traumatic memory into permanent storage may require REM sleep and thus depend on the synchronous activation of both hemispheres. Bilateral stimulation of the brain may permit a rhythmic process in which right frontal activation retrieves autobiographical representations from posterior regions of the right brain. The transfer of this information to the left orbito frontal regions may allow encoding to occur. Interhemispheric integration is essential for memory consolidation. Dreaming, REM sleep, and cortical consolidation become the integrating processes that mediate autobiographical narrative. Blockage of these processes may be seen as the core of unresolved trauma" (Siegel, 1999, p. 332). (EMDR Nederland)

De Werkgeheugentheorie

De Werkgeheugentheorie is de theorie over het werkingsmechanisme van EMDR die op dit moment de meeste empirische steun geniet. Het uitgangspunt van deze theorie is dat het menselijk korte termijn- of werkgeheugen verschillende taken tegelijkertijd kan uitvoeren. Voorbeelden zijn het plannen van taken, het oplossen van problemen, maar bijvoorbeeld ook het ophalen en het opnieuw vastleggen van herinneringen. Het werkgeheugen heeft echter een beperkte aandachtscapaciteit. Het gevolg daarvan is dat door het uitvoeren van de ene taak de prestaties op een andere taak - zoals het in gedachten ophalen en vasthouden van geheugenbeelden - onder druk komen te staan en worden onderbroken. Ook wordt de aandacht die gericht is op het beoordelen van een herinneringsbeeld afgeleid door de oogbewegingen en wordt er tegelijkertijd een soort van afstand gecreëerd tot het herinneringsbeeld door de instructies die tijdens EMDR worden gegeven. Hierdoor vindt er 'verval' (desensitisatie) van de herinneringsbeelden plaats en verliest de herinnering steeds meer de emotionele component als deze naar het lange termijn geheugen wordt weggeschreven. Kortom, de werkgeheugentheorie voorspelt dat concentratie op een afleidende stimulus (het volgen van de vingers van de behandelaar of het luisteren naar tikjes via een koptelefoon) tot een vermindering van helderheid en emotionaaliteit van een geheugenrepresentatie leidt

A Working Memory Explanation for the Effects of Eye Movements in EMDR
Louise Maxfield

4.1 Wat is EMDR?

EMDR staat voor “Eye Movement Desensitization and Reprocessing” en is een volwaardige en effectieve behandel methode. Letterlijk vertaald betekent het: “*door oogbeweging opnieuw beleven van de ingrijpende gebeurtenis(sen), deze verwerken en ontlading van de emotionele reacties* “. Iedere gebeurtenis die als herinnering een blijvend negatief effect op iemands leven heeft wordt traumatisch genoemd. Typisch voor een traumatische herinnering zijn de heftige emoties, de mogelijke levendige beelden en de fysieke reacties daarop. Deze herinneringen worden telkens weer geactiveerd in situaties die lijken op die tijdens de traumatische gebeurtenis. Zo kan later een geluid dat je hoort, een geur die je ruikt of een beeld dat je ziet de beelden en de gevoelens aan die gebeurtenis weer levendig terug brengen, inclusief alle lichamelijke reacties van toen.

4.2 Hoe werkt EMDR?

Informatieverwerking

In het brein gebeurt de informatieverwerking in de hippocampus en heeft ook de belangrijke taak om stressreactie in het brein tot staan brengen door het verlagen van de cortisolspiegel (stresshormoon). Hij zorgt ervoor dat het evenwicht tussen stress en rust zich weer herstelt, zodat je daarna weer in staat bent voor de volgende ‘uitdaging’ wat weer de volgende aanslag op uw evenwicht teweeg brengt. De hippocampus is er verantwoordelijk voor dat stress je niet overweldigt. Als er teveel stress blijvend in het brein plaatsvindt, dan lijdt dit tot schade aan de hippocampus. Het stresshormoon Cortisol zorgt ervoor dat de celdeling afneemt en de hippocampus verschrompeld kan raken en het aantal zenuwcellen doet afnemen. De hippocampus kan zijn werk dan niet meer volwaardig voldoen. Iedere nieuwe stressreactie veroorzaakt dan een te sterke verhoging van het aantal stresshormonen wat leidt tot een ‘overdreven’ disfunctionele reactie van het individu.

REM slaap

REM is de afkorting voor Rapid Eye Movement. De snelle oogbewegingen die slapers in deze fase maken is waarschijnlijk nauw verbonden met dromen die de verwerking van de hippocampus activeert. Dit dromen tijdens de REM slaap fase zijn de dromen die we niet kennen. Tijdens deze fase is je lichaam zo goed als verlamd waardoor alle energie naar de activiteit in het brein gaat tijdens deze slaapfase. De REM slaap helpt om nieuwe herinneringen (hippocampus) een plek te geven, negatieve emoties te neutraliseren en jezelf voor te bereiden op belangrijke taken. Als je niet voldoende REM slaap doormaakt, heeft dit zijn effect op het fysieke, mentale en psychologische systeem en kan uiteindelijk zelfs lijden tot o.a. psychoses.

Exposure

Hierbij wordt de cliënt blootgesteld aan het terughalen van nare ladingen uit de gebeurtenis(sen) die beeldend, visueel, auditief en kinestetisch kunnen worden waargenomen. Hierdoor kan het zelfregulerend systeem alsnog de informatie verwerken. Dit is mogelijk door de cliënt tegelijkertijd in het hier en nu te houden en de naaste lading scherp te krijgen. De cliënt maakt wel contact met het nare gevoel, maar weet tegelijkertijd dat het ‘oud zeer’ is en op deze wijze verwerkt kan worden. Het blijkt nodig dat de cliënt deze lading in het nu ervaart, waarmee het alarmsysteem geactiveerd wordt, om de lading te doen verminderen en om te zetten in positieve functionele reacties.

4.3 Wanneer is EMDR de aangewezen interventie?

Als de cliënt (een) ingrijpende gebeurtenis(sen) heeft meegemaakt en daar in het dagelijks leven nog mee belast wordt. Drie klachtenpatronen waarbij de toepassing van het EMDR basisprotocol passend is:

- Acute stressstoornis of posttraumatische stressstoornis PTSS ten gevolge van enkelvoudig trauma; trauma type I.
- Overige traumagerelateerde problematiek
- Problematiek samenhangend met dominerende disfunctionele kernopvattingen

Een gebeurtenis die een intens gevoel van negatief affect oproept bij de persoon in kwestie noemen we traumatisch. Daarbij zorgt de gebeurtenis voor een acute verstoring in het dagelijks leven. Had de persoon tot aan de gebeurtenis het vooruitzicht op een leven dat zich in een bepaalde lijn zou ontwikkelen, daarna ervaart hij of zij het leven als compleet veranderd. Er zijn heel veel gebeurtenissen die tot trauma's kunnen leiden, maar er worden twee typen onderscheiden. Acute, onverwachte schokkende gebeurtenissen (bijvoorbeeld een auto-ongeluk, overval of brand, maar ook een scheiding of slecht nieuws) worden type I-trauma genoemd. Er is sprake van een eenmalige traumatische ervaring die duidelijk is afgebakend. Als dit niet goed wordt verwerkt kan er ASS (acute Stress Stoornis) of PTSS (Posttraumatische Stress Stoornis) ontstaan.

Schokkende gebeurtenissen die veel langer achtereen optreden (bijvoorbeeld ernstige verwaarlozing, seksueel misbruik, huiselijk geweld, bij vluchtelingen, oorlogsgeweld) en die zich kenmerken door permanente dreiging en zich herhalende schokkende ervaringen vallen binnen de klinische diagnose onder type II-trauma. Het gaat dan om herhaalde en vaak ook langdurige traumatisering. Dit kan chronische PTSS tot gevolg hebben. Bij trauma type II gebruiken we het 'gecompliceerde meervoudig traumaprotocol'. *(Dit wordt behandeld op dag 4 van deze training)*

Contra-indicaties

In sommige gevallen is EMDR niet geïndiceerd of is er in ieder geval voorzichtigheid geboden. Als er angst wordt losgemaakt tijdens een behandeling wat niet volledig wordt gedesensitiseerd, dan kan de cliënt met meer angst te maken krijgen dan voor de behandeling met o.a. EMDR. Bij trauma is er ook vaak sprake van affect-intolerantie en dissociatie wat tijdens de opleidingsdagen behandeld zal worden.

Enkele richtlijnen die je kunt hanteren:

Heeft de behandelaar voldoende ervaring?

Bijvoorbeeld: Een behandelaar die bekend is met ernstige angstklachten kan de cliënt opvangen indien er middels EMDR ernstige angst optreedt. *Als je als behandelaar geen ervaring hebt met de aandoening dan kun je er beter niet aan beginnen om deze cliënt te behandelen met EMDR.*

In hoeverre is de klacht gevolg van de aandoening?

Bijvoorbeeld: Indien de cliënt een lichte vorm van epilepsie heeft, kan de behandelaar met de nodige voorzichtigheid EMDR toepassen. Denk hierbij aan mogelijke rode vlaggen zoals de PLATO-eisen hebben gesteld.

In hoeverre is de klacht gevolg van trauma?

De effecten van eenzelfde trauma kan bij verschillende personen een heel andere impact hebben. Als de persoon voldoende draagkracht heeft ten opzichte van de draaglast, kan EMDR toegepast worden.

Als de cliënt bijvoorbeeld een heel laag zelfbeeld en weinig ik-sterkte heeft, dan is het zaak om voorzichtig te zijn met EMDR en eerst te zorgen voor stabilisatie bij de cliënt. *(wordt op dag 4 behandeld)*

Hoe past EMDR binnen de aanpak die de behandelaar toepast?

Bijvoorbeeld: Bij verslaving zal altijd ook cognitieve begeleiding belangrijk zijn in combinatie met trauma verwerking. Het is belangrijk dat je EMDR zoveel mogelijk volgens het gegeven protocol toepast en er van tevoren goed over nadent als je dit gaat integreren binnen een ander therapie. *(praktijk vervolgdagen)*

4.4 Wat is een trauma?

Psychologen en psychiaters gebruiken voor de diagnose van een trauma de officiële definitie dat een trauma wordt veroorzaakt door een stressvolle gebeurtenis 'die buiten het bereik van de normale menselijke ervaring ligt en die voor vrijwel iedereen uitgesproken bedreigend zou zijn'. Als beginpunt is deze beschrijving wel bruikbaar, maar het kan ook misleidend zijn. Ongelukken, ziekten, operaties en (liefdes-)verlies zien we op een bewust niveau meestal niet als een 'abnormale' ervaring maar deze kunnen vaak traumatiserend zijn. En je zou kunnen denken dat verkrachtingen, schietpartijen en mishandelingen in bepaalde leefgebieden 'gewoon' zijn omdat het zo vaak voorkomt en mensen er aan 'gewend' zijn, maar dit soort gebeurtenissen zijn altijd traumatiserend.

Traumabehandeling begint met het herkennen van de symptomen

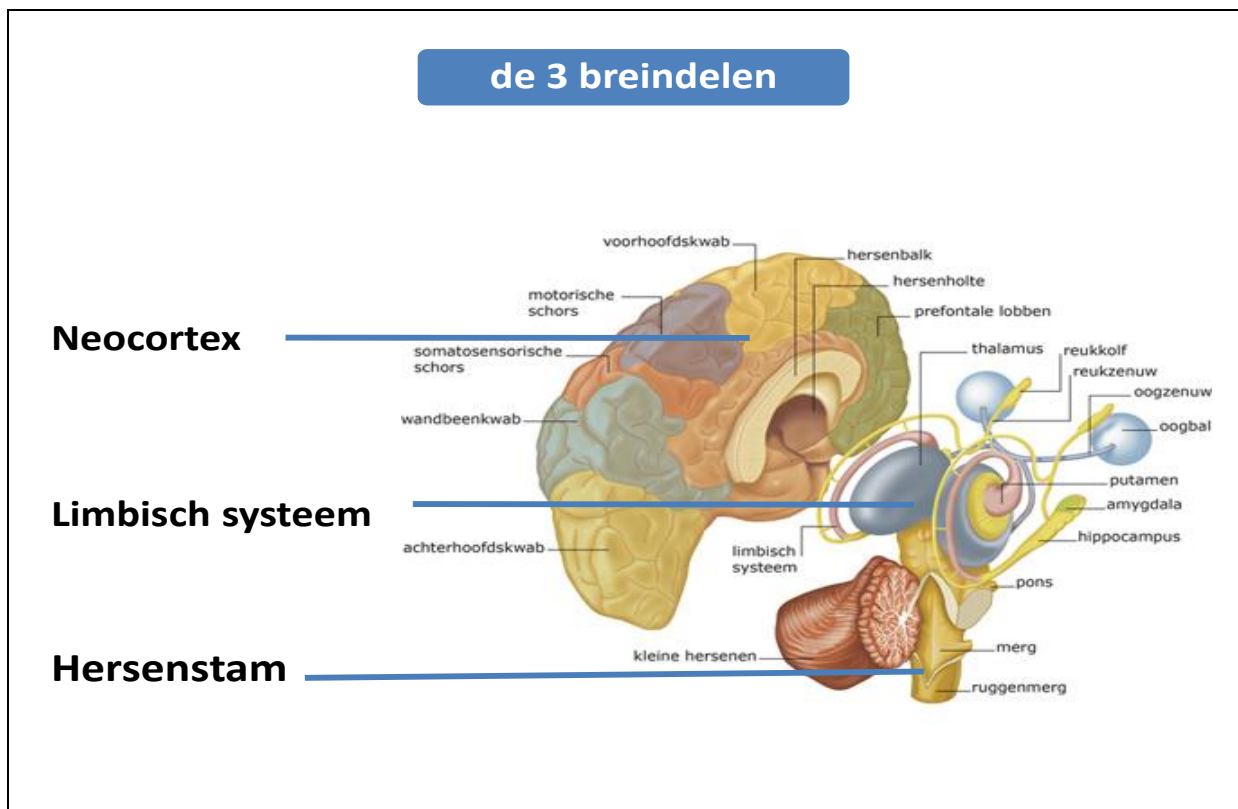
Omdat deze symptomen grotendeels worden veroorzaakt door primitieve reacties, zijn ze vaak moeilijk te herkennen. Daarom hebben we een ervaringsidee nodig van hoe het voelt. Dat geeft nauwkeuriger aan of er sprake is van traumatisering dan een definitie. We kunnen leren een traumatische ervaring te herkennen door onze eigen reacties te onderzoeken. Je kunt daarbij kijken naar ervaringen waarbij er paniek, shock, bedreiging, een extreem gevoel van machteloosheid of ontzetting ontstond bij jou of bij een ander die dicht bij je staat. Je kunt dan ontdekken wat je daarbij ervaart in je lichaam. Trillen, klappertanden, nervositeit, verstijving, ademnood, verlamming...buiten de emotionele reacties als angst, verwarring, verdriet, schrik, woede, scherpe alertheid, haat enzovoort. Deze reactie wordt ook wel het traumatische schokeffect genoemd. Dit hebben we allemaal wel eens in meer of mindere mate ervaren.

Normale gebeurtenissen kunnen net zulke ondermijnende nawerkingen hebben als de ervaringen van oorlogsveteranen of misbruikte kinderen. De gevolgen hoeven ook niet gelijk na de betreffende gebeurtenis op te treden. Symptomen kunnen blijven sluimeren en in de loop der jaren toenemen om vervolgens, tijdens een stressvolle periode als gevolg van een ander incident, de kop op steken. Er hoeft geen aanwijzing te zijn voor de oorspronkelijke oorzaak. Zo kan een schijnbaar onbelangrijke gebeurtenis eenzelfde ernstige instorting veroorzaken als een catastrofale gebeurtenis. Nu is het zo dat we een aangeboren vermogen hebben om een trauma te verwerken. Als we een trauma echter niet kunnen doorleven en onze instinctieve reacties niet af kunnen maken, ondermijnen die onafgemaakte handelen vaak ons leven. Onopgeloste trauma's kunnen ons overdreven voorzichtig en geremd maken of in steeds strakkere cirkels laten ronddraaien van her-enscenering, slachtofferschap en een onverstandige blootstelling aan gevaar.

Het is belangrijk te begrijpen dat traumasymptomen zowel fysiologisch als psychologisch zijn. Anders zullen we schromelijk tekortschieten in onze pogingen ze te genezen. Door de complexiteit van trauma is het zeer belangrijk om je te houden aan het gegeven EMDR protocol en vooral goed door te vragen tijdens de intake. Zodat je een gedegen inzicht hebt in de ervaring van de cliënt en de focus scherp kunt stellen. Woorden kunnen het lijden van een getraumatiseerd iemand niet precies overbrengen.

5.0 Het Brein

Om enigszins te begrijpen wat trauma veroorzaakt in de hersenen en hoe EMDR een rol kan spelen bij de verwerking, is het noodzakelijk om de werking van de hersenen eenvoudig in kaart te brengen om vertrouwen te krijgen in de werking van EMDR.



De drie breindelen

1. Ten eerste is er de *hersenstam* die samen met de kleine hersenen het reptielen brein vormt. Deze bestuurt onze vitale levensfuncties zoals de ademhaling, hartslag, bloeddruk enzovoort. Dit zijn het oudste structuren van het brein. Het bestuurt de lichaamsfuncties waarover ons bewustzijn weinig controle heeft, zoals ademhaling, honger en lichaamstemperatuur. Het fungeert ook als hoofdleiding voor alle signalen tussen je hersenen en je lichaam. Uit recent onderzoek blijkt dat de kleine hersenen ook een ondersteunende rol spelen bij de coördinatie tussen de hersengebieden, zodat ze hun werk beter kunnen doen.
2. Het tweede gebied is het *limbisch* systeem, dat later in het leven wordt ontwikkeld. Het limbisch systeem bestuurt onze vecht-, vlucht- en bevries reacties. Hier ontstaat de actie/reactie plaats. Dit deel van ons brein wordt bepaald door emoties. Het limbisch systeem speelt een sleutelrol in het geheugen en onze emotionele driften. (ook wel het emotie brein genoemd)
3. Het derde onderdeel is de *neocortex* of grote hersenen, die als laatste is ontwikkeld. Het is de zetel van ons logische en rationele denken. Het is verantwoordelijk voor de bewuste waarneming, het abstracte denken, de spraak en de creativiteit. Het heeft ons (de mens) geholpen om evolutionaire wapenwedloop te winnen, maar het is tevens ook onze grootste belemmering bij bijvoorbeeld de verwerking van traumatische gebeurtenissen omdat wij door onze gedachten dingen laten die we beter wel kunnen doen zoals het trillen, gillen en uiten van onze emoties. Zo zijn er tal van voorbeelden waarbij het loslaten van denkpatronen die ons in de weg zitten zoveel gezonder zou zijn voor ons gehele welzijn.

Onder normale omstandigheden neemt ons brein informatie op, verwerkt dit door middel van de emoties van het limbisch systeem en stuurt het door naar de grote hersenen voor analyse, rationele verwerking en een verstandige respons. De hersenstam zorgt voor de reflexen en de lichamelijke beleving van de ervaring.

5.1 Hersenstam (reptielenbrein)

De hersenstam verbindt het de grote hersenen en de tussenhersenen met de kleine hersenen en het ruggenmerg.

De hersenstam bestuurt vitale levensfuncties als hartslag, ademhaling en bloeddruk. Het bestaat uit het verlengde merg de pons (of brug) en de middenhersenen. Over de hele lengte van de hersenstam bevindt zich de formatio reticularis, een netwerk van cellen, dat medeverantwoordelijk is voor het bewustzijn. Tien van de twaalf paar hersenzenuwen vinden hun oorsprong in de hersenstam. Zij hebben hier dan ook kernen.

De hersenstam bevindt zich onderaan in de schedel. Het ligt in het verlengde van het ruggenmerg, en begint vanaf het 'grote gat' dat onderin de schedel zit. Vandaar ook de naam van het onderste deel van de hersenstam: het verlengde merg. Achter de hersenstam (dorsaal) ligt het cerebellum (de kleine hersenen).

De hersenstam is het oudste hersendeel en bestaat uit korte zenuwcellen. Dit deel van de hersenen is ontstaan tijdens de evolutie van ongewervelden (via de vissen) naar reptielen en is verantwoordelijk voor zeer belangrijke basisfuncties om te overleven. Het belangrijkste deel is de pons.

Pons

Pons of brug van Varol, is een verbinding tussen de grote hersenen en de kleine hersenen, en maakt deel uit van het autonoom zenuwstelsel. Het ligt tussen het verlengde merg en de tussenhersenen en zit vast aan, en is onderdeel van, de hersenstam. Met twee 'armen' houdt het de kleine hersenen vast.

Pons zorgt er onder andere voor dat prikkels van het evenwichts- en gehoororgaan worden doorgegeven aan de kleine hersenen.

Het voorste gedeelte van de pons stuurt waarnemingsinformatie (onder meer over bewegingen) van de hersenschors naar de grote hersenen; het achterste deel is betrokken bij de regulatie van ademhaling, smaak en slaap.

Cerebellum: de kleine hersenen

De kleine hersenen (Latijn: cerebellum) zijn een onderdeel van het centrale zenuwstelsel. De eerste functie van de kleine hersenen is de coördinatie van bewegingen om ze vlot en nauwkeurig te maken. Schade aan de kleine hersenen leidt tot schokkerige bewegingen en kan ook evenwichtsproblemen geven.

De kleine hersenen zijn een van de eerste structuren die beïnvloed worden door alcohol, wat de bewegingsproblemen bij dronkenschap verklaard. Door deze informatie spelen de kleine hersenen een rol bij de volgende gedragingen: Bewegingssturing, Bewegingsplanning, Balans, Rotaties van de as van het lichaam en het beïnvloeden van emotionele en mentale processen.

5.2 Limbisch systeem

Direct ontvangen van zintuiglijke indrukken buiten het bewustzijn om. Het limbisch systeem ontvangt de informatie eerder dan de neocortex. Wij worden ons dus pas bewust van indrukken *nadat* zij door het limbisch systeem zijn verwerkt, c.q. zijn ‘ingekleurd’ met bepaalde emoties. Anders gezegd: de hersenen ‘voelen’ al voordat wij er bewust van zijn.

Onbewuste verwerking van zintuiglijke indrukken met bijbehorende emoties.

Onbewuste voorbereiding op gedrag door aanmaak van activeringshormonen als adrenaline of door dissociatiehormonen als dopamine en endorfine.

Bij deze primaire verwerking van ervaringen in het limbisch systeem, springen hippocampus, amandelkernen en de thalamus eruit. We focussen hierna op hun verschillende werking.

In het kort:

De amandelkernen onthouden de emotionele kleur van een herinnering, de hippocampus onthoudt de droge feiten, hun volgorde, het verhaal. De samenwerking van deze twee maakt de herinnering compleet. Daarna wordt via de thalamus (het verbindingsstation in de hersenen) de informatiestroom tussen het perifere zenuwstelsel en de hogere lagen van de hersenen gecoördineerd.

De hippocampus

De hippocampus is een belangrijk centrum voor het expliciete geheugen: het gevoel van plaats, tijd en volgorde; voor het geheugen voor expliciete herinneringen en feiten, voor sensorische informatie voor ruimte en ook voor beweging.

Een belangrijke eigenschap van de hippocampus is zijn plasticiteit: het vermogen om onder invloed van prikkels van structuur te veranderen. Bij Londense taxichauffeurs bleek het deel van de hippocampus dat een rol speelt bij de ruimtelijke representatie van de omgeving, toegenomen te zijn door hun intensieve training in het onthouden van het Londense wegennet.

Als mensen een tijdlang een zuurstoftekort hebben gehad in hun hersenen -bijvoorbeeld na een hartinfarct of verdrinking- en ze worden gereanimeerd, blijkt er vaak een blijvende beschadiging in de hippocampus te zijn opgetreden. Mensen zijn dan hun korte termijn geheugen kwijt en herinneren zich zelfs dingen die ze even tevoren gedaan hebben, niet meer. Ze hebben bijvoorbeeld net hun tanden gepoetst, zouden dat zelfs moeten kunnen voelen in hun mond aan de frisse smaak, maar kunnen zich niet meer herinneren dat ze dat gedaan hebben. Er worden wel cijfers genoemd dat meer dan 90% van de mensen die gereanimeerd zijn, ofwel alsnog overlijden, ofwel een dergelijke beschadiging hebben opgelopen.

De hippocampus kan de bewuste herinnering oproepen maar niet de emotie die erbij hoort. De amandelkernen kunnen ons de feitelijke herinneringen niet bewust laten ervaren, maar geven de emotionele ‘imprint’ ervan door via lichamelijke reacties – zoals zweten, hartkloppingen, gespannen spieren, etc.

Een herinnering is iets wat wordt gecreëerd als specifieke groepen neuronen in je brein in specifieke patronen vuren. De hippocampus speelt hier een sleutelrol in. Het zorgt voor het terughalen van herinneringen en de vorming van herinneringen.

Amygdala; de amandelkernen

De amygdala, amandelvormige kernen in het limbisch systeem, zijn de emotionele centra (zie het amandeltje in de afbeelding). Verwijderen we die kernen (zoals bij criminelen is gedaan om hun agressie te beteugelen), dan vervlakken de herinneringen – evenals de huidige reacties. Alsof alle emotionaliteit eruit geknipt is. De éne amandelkern regelt vooral de seksualiteit, de andere amandelkern is voornamelijk actief bij de negatieve emoties angst en agressie.

Functie: bepalen of de zintuiglijke indrukken belangrijk zijn of niet en er emoties aan koppelen, waardoor indrukken gevoelens kunnen oproepen. De amandelkernen slaan gevoelsinformatie op. Het geheugen van de amandelkernen wordt niet-bewust geheugen genoemd (*impliciete geheugen*): het is mogelijk om gevoelens te herinneren en te ervaren, zonder dat we weten waarom.

En juist bij getraumatiseerde mensen zien we de rechter amandelkern te vaak/te snel ‘alarmsignalen’ afgeven – zoals gezegd: *zonder bewust de triggers waar te nemen!* – waardoor hij het hele systeem mobiliseert voor ‘vechten of vluchten of bevriezen’ via de aanmaak van voornamelijk adrenaline en noradrenaline. Deze laatst activeert de amandelkernen nog sterker, zodat vooral angst de neiging heeft via deze terugkoppeling ‘rond te gaan zingen’ – zoals een verkeerd opgestelde microfoon een luidspreker laat gillen. De amandelkernen geven deze belangrijke informatie onverwijld door aan de neocortex – dit is van levensbelang voor de overlevingsinspanning – maar omgekeerd is veel minder neuronale stimulering vanuit de neocortex naar de amandelkernen mogelijk. Reden waarom cognitieve herstructurering soms verminderde resultaten geeft bij pogingen tot angstreductie.

Wanneer emoties teveel dreigen te worden, kunnen de amandelkernen ook overgaan tot de productie van endorfinen, lichaamseigen ‘verdovers’. Dit verklaart de dissociaties tijdens hevige emoties. De amandelkernen en de hippocampus zorgen samen voor een volledige herinnering aan een emotionele gebeurtenis, inclusief gevoelens en beelden.

Thalamus

De thalamus is een belangrijke hersenkern. Samen met de hypothalamus wordt het gerekend tot de tussenhersenen (het diencephalon). Het is een, evolutionair gezien, zeer oude hersenkern. De thalamus is het verbindingstation in de hersenen. Hier wordt de informatiestroom tussen het perifere zenuwstelsel en de hogere lagen van de hersenen gecoördineerd. De thalamus is een belangrijk schakelstation voor allerlei informatie van zintuigen op weg naar de hersenschors, maar vormt ook een onderdeel van circuits in de hersenen die betrokken zijn bij de sturing van beweging en emoties. Een belangrijke kern in de thalamus speelt een cruciale rol bij het overbrengen van informatie van de ogen naar de hersenen.

Samenvattend: Betrokken hersengebieden bij verwerken van emoties/gevoelens

De tussenhersenen bestaan uit o.a. de hippocampus en de amandelkernen (amygdala) welke van bijzonder belangrijk zijn voor het onbewust verwerken van zintuiglijke indrukken en emotionele ervaringen.

Cingulum of gordelwinding is het deel dat gevoelens versterkt en als filter kan dienen. De cingulum maakt deel uit van het limbische systeem van de hersenen. Hij loopt om de hersenbalk heen waardoor delen van het limbische systeem met elkaar kunnen communiceren.

De thalamus is een belangrijke hersenkern. Samen met de hypothalamus en de daaraan hangende hypofyse, wordt het gerekend tot het diencephalon (tussenhersenen). Het is een, evolutionair gezien, zeer oude hersenkern. De thalamus is het verbindingstation in de hersenen. Dit alles gaat door naar het Werkgeheugen in het voorste deel van de neocortex: waar het bewust verwerken van emoties plaats vindt. Zie hiervoor pagina 10.

5.3 Neocortex

De neocortex is verdeeld in linker- en rechterhelft, die door smalle zenuwbundel met elkaar verbonden zijn. De neocortex is verantwoordelijk voor het bewust verwerken van informatie. Hier worden de lange termijn herinneringen opgeslagen via de hippocampus, die kan worden gezien als informatieopslag – en ophaalmechanisme. Feiten blijven langer hangen als er een krachtige emotionele lading bij komt kijken.

Functie van linkerhersen helft: taal en logica, actief bij angst, relativering, plannen of nadenken over abstracte termen. *Functie van rechterhersen helft:* houdt zich bezig met gehelen, de (dis-)harmonie tussen delen (voorbeeld: muziek, schilderen, totaalindrukken), en is actief bij zowel negatieve als positieve emoties. Kan onafhankelijk van de linkerhersen helft reageren op emotionele, zintuiglijke indrukken.

Het geheugen is opgedeeld in drie delen:

Het *declaratief geheugen* wordt ook wel het lange termijngeheugen genoemd. Dit is de permanente opslag van feiten en gebeurtenissen die je in de loop van je leven hebt verzameld.

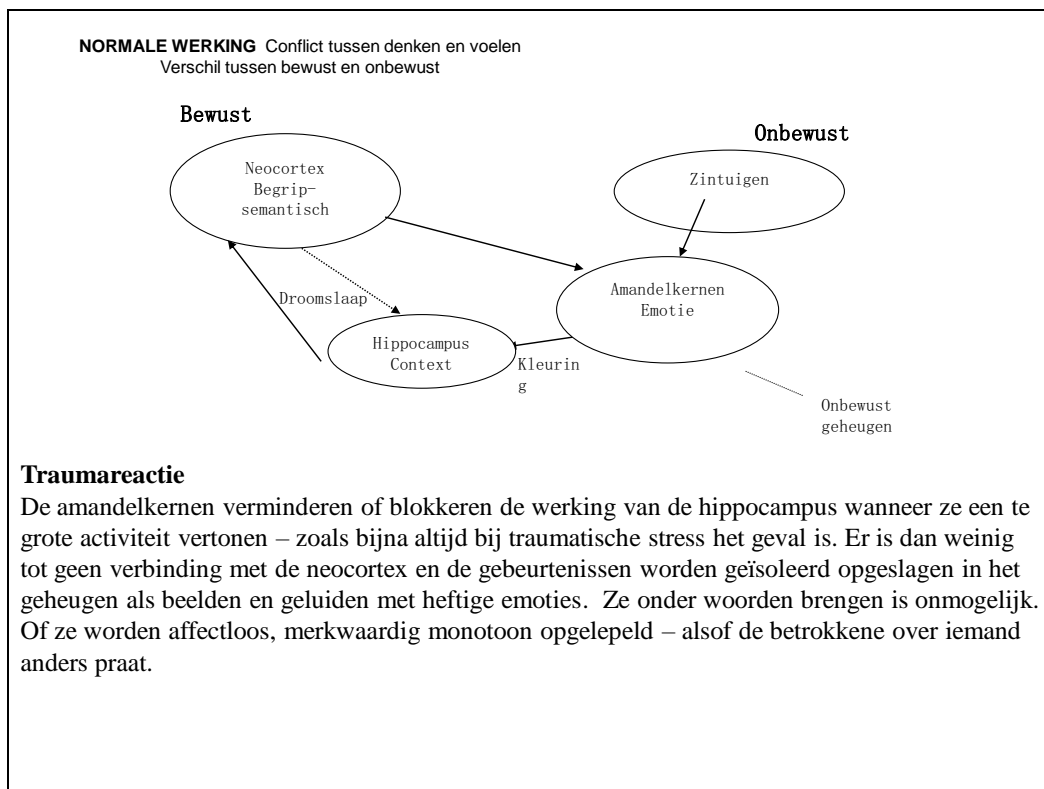
Het *procedureel geheugen* is het geheugen dat vastlegt hoe je dingen doet. Het heeft voornamelijk betrekking op lichamelijke vaardigheden. Het is opmerkelijk duurzaam. Het is n.l. bijna onmogelijk om te vergeten wat je kunt zonder dat je bewust over iedere beweging nadenkt. Uit onderzoek blijkt dat de REM slaap je hersenen de kans geeft deze herinneringen te versterken.

Het *korte termijngeheugen*, ook wel het werkgeheugen genoemd. Dit is de tijdelijke opslag van dingen die net zijn gebeurd. Deze herinneringen blijven alleen bestaan zolang je jezelf erop concentreert. Het is berucht om zijn beperkte opslagruimte. Het patroon van signalen die door je hoofd heen schieten maken dat er links ontstaan naar informatie die permanent in je hersenen zijn opgeslagen.

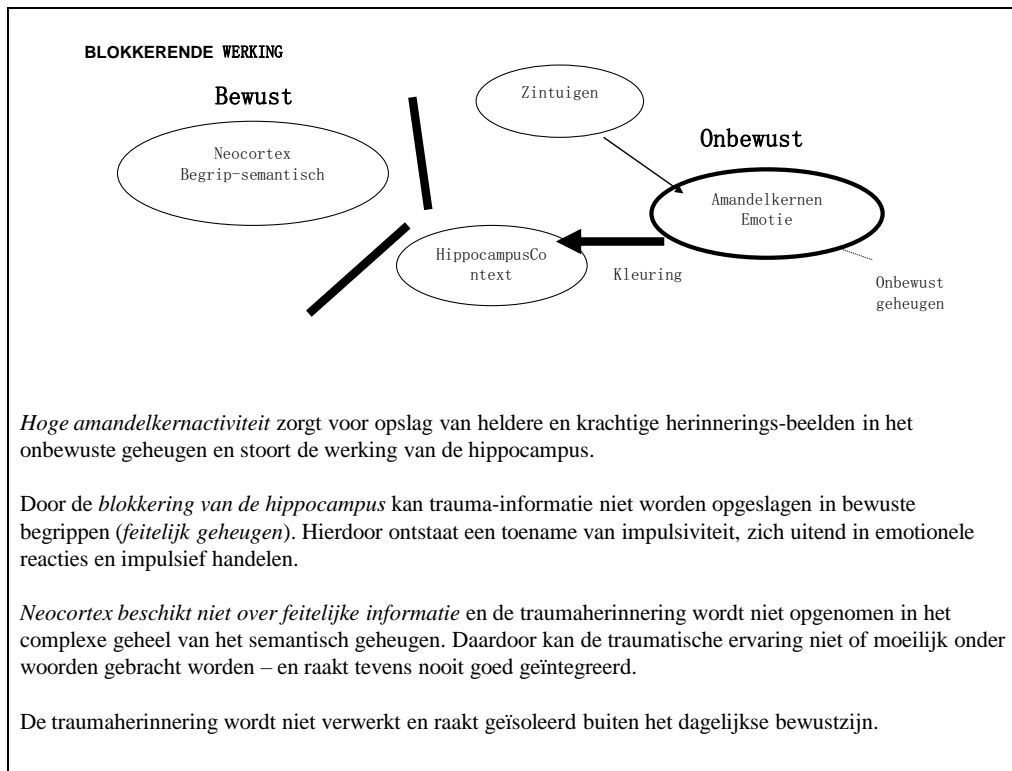
6.0 Functionele verwerking bij traumareactie

Gebeurtenissen komen via de zintuigen in de amandelkernen binnen (waar ze gekleurd worden door emoties) en worden van daar onthouden en in een context geplaatst door de hippocampus (feitelijk geheugen), die informatie stuurt naar de neocortex waar verdere integratie en semantische abstracte betekenisgeving plaatsvindt. Deze worden weer teruggekoppeld naar de amandelkernen.

Hier ligt de oorzaak dat bewust weten (denken) en voelen twee verschillende dingen zijn. We kunnen iets denken in de linkerhersenhelft van de neocortex en het tegendeel voelen in de rechterhelft vanuit de amandelkernen.



6.1 Disfunctionele verwerking bij traumareactie



7.0 EMDR Basisprotocol

STAP 1: (1^e ontmoeting)

- Kennismaking
- Anamnese en analyse
- Voorgesprek
- Huidige levensomstandigheden
- Schokkende ervaringen
- Moment(en) vaststellen / lading (Trigger en target)
- Scherpstellen (beeld / gedachte / gevoel / geur / geluid / gehoor etc)

STAP 2:

- Voorbereiding - behandelplan
- Vertrouwensband - veiligheid
- Uitleg EMDR en vermoedelijke werking van het brein
- Eventuele stabilisatie en ontspanningsoefeningen (alleen indien echt nodig)

EERSTE FASE – (2^e ontmoeting) Taxatie fase

- **Scherpstellen** van meest beladen **trigger**
- **Cliënt meest beladen target** uit trigger laten terughalen/benoemen
- De M-E-S vaststellen
- Taxatie - SUD 0-10 vaststellen
- Taxatie - NC vaststellen (Geen NC dan ook geen PC) t.o.v. target
- Taxatie – PC t.o.v. target
- Taxatie op PC –VOC 1-7 vaststellen t.o.v. target

TWEEDE FASE – start bilaterale stimulatie – **lange sets BS**

- Desensitiseren van de lading/trauma (BS - Bilaterale stimulatie).
- Start met- ‘focus op target - **MOMENT/BEELD/GEVOEL - MES - SUD – NC benoemen door behandelaar.**
- De eerste vraag na de eerste set BS is “**welk beeld, gedachte of gevoel komt er NU bij je op?**”
- Vraagstelling tussen sets BS door; “**wat komt er nu in je op?**” - “**en NU?**”
- **Terug naar target (TnT).** Als de sessie vast loopt en in ieder geval na 8 á 12 minuten BS.
- SUD opnieuw vaststellen en doorgaan met BS.
- Doorgaan tot SUD 0 – 1 – 2 - 3 is.

DERDE FASE – Positieve cognitie installeren PCi en lichaamsscan – **korte sets BS**

- Installeren van de Positieve Cognitie PC.
- Indien nodig de VOC checken 1-7
- Controle met de lichaamsscan hoe het nu voelt.
- Afronding, evaluatie en eventueel een ontspanningsoefening.

VIERDE FASE – 3^e ontmoeting

- Evaluatie door de TnT toe te passen op waar je vorige sessie bent geëindigd.
- Bij mogelijke lading BS starten met lange sets – Fase 2
- Afsluiten met fase 3
- Eventueel volgende targets starten! (lesdag 2)

7.1 Stap 1 - Anamnese en Inschatting (*geen klinische diagnose!*) DSM- IV/ DSM 5

1^e ontmoeting

Allereerst is het belangrijk om een goed beeld te vormen van de problematiek van de cliënt en zijn/haar hulpvraag. De cliënt moet zowel fysiek als emotioneel in staat zijn zijn hoge arousal niveaus aan te kunnen tijdens het proces. Tijdens de diagnose dient een inschatting gemaakt te worden van de algemene lichamelijke gezondheid, gebruik van medicatie, persoonlijke en emotionele stabiliteit en de beschikbaarheid van sociale steun uit de omgeving. Daarnaast is het nodig een globale inschatting te maken van de omvang van de traumatisering, alsook van functionele klachten, disfunctionele gedragingen en zovoort. *De behandelaar maakt daarna een inschatting van de problematiek met behulp van de DSM-IV-5 classificatie zodat eventuele doorverwijzing zo adequaat mogelijk gebeurt.*

Hiermee ontstaat een overzicht wat nodig is voor afweging of een EMDR-behandeling geïndiceerd is:

1. Beschrijving van het klachtenpatroon en wat heeft de cliënt al gedaan om de last te verminderen?
2. Analyse van de samenhang tussen klachten en de ontstaansgeschiedenis daarvan.
3. Beschrijving van het doel van de behandeling; wat is de hulpvraag van de cliënt en wat is haalbaar?

Scherpstellen (globaal)

Bij het scherpstellen worden de trigger(s) en target(s) vastgesteld binnen het thema waar je met de cliënt aan gaat werken. Dit gebeurt door een schema te maken en daarop de lading (SUD) van de verschillende gebeurtenissen en momenten (beelden) daarbinnen in kaart te brengen.

- Thema bepalen (*thema's worden in dag 2 behandeld*)
- Situatie binnen thema die veel lading bevatten uitvragen
- Meest beladen situaties vaststellen - Trigger(s)
- Uitvragen van de trigger – beelden/gedachten/gevoelens/geluiden/groot/klein/dik/dun etc.

- **Trigger(s) vaststellen (globaal)**

Hierbij wordt de gehele herinnering als een film* beschreven door de cliënt waarbij de behandelaar de cliënt blijft stimuleren om de film inclusief de 'aftiteling' te beschrijven. Pas wanneer het verhaal in de beleving van de cliënt helemaal is afgelopen, kan de volgende stap worden gezet. Als de film vroegtijdig wordt stopgezet, is er een gevaar dat het identificeren van het naaste stuk van de herinnering wordt gemist. De cliënt zal geneigd zijn om het verhaal te vertellen en te stoppen op het moment dat het overweldigende beeld zich aandient. Het is heel goed mogelijk dat datgene wat *na* de traumatiserende gebeurtenis plaats vindt de grootste emotionele lading bevat! De traumatische gebeurtenis wordt beleefd als een schok, maar doordat de cliënt bijvoorbeeld in de tijd daarna niet wordt gesteund komt de disfunctionele betekenis tot stand. Dan kan de nasleep juist de meest aversieve aspecten van de herinnering vormen. Het gaat dus niet om de gebeurtenis zelf, maar om de betekenisgeving van de gebeurtenis door de cliënt in het *huidige* moment.

- **Targetselectie**

Als duidelijk is wat *actueel* (Hier en NU) het naaste moment is van de gebeurtenis, wordt de target vastgesteld. Het gaat daarbij om een stilstaand 'fragment van de gebeurtenis*' dat maximale emotionele spanning (SUD) oproept. Het kan zinvol zijn dat de behandelaar tijdens het verhaal van de cliënt zich afvraagt: wat maakt dat de traumatische ervaring *op dit moment* nog belastend is?

*Gebeurtenis *kan ook een gedachte - gevoel - beleving zijn!* (wij hebben het over de gebeurtenis daar niet iedereen alleen beelden heeft)

7.2 Stap 2 - Voorbereiding

Nog altijd 1^e ontmoeting

De vuistregel is dat wordt begonnen met de behandeling van de gevolgen van de nare ervaring. Vanuit de hulpvraag is een diagnosestelling voortgekomen. Wanneer duidelijk wordt wat de cliënt graag wil bereiken met de behandeling en er zijn geen belemmeringen om EMDR toe te passen, dan is de eerste stap de geheugenrepresentatie van de traumatische gebeurtenis zodanig te activeren dat het verwerkingsproces op gang kan komen. We gebruiken hierbij alles wat de cliënt zich kan herinneren aan beelden, gedachten, gevoelens, geuren etc.

Je geeft in de voorbereidingsfase uitleg over de EMDR-procedure en de te verwachten effecten van de behandeling. Je kunt de cliënt wat informatie meegeven hierover (EMDR folder samenwerkende therapeuten) zodat deze weinig tijd binnen de sessie in beslag neemt. De motivatie van de cliënt is zeer belangrijk. De cliënt zal zich moeten realiseren dat het een voorwaarde is om de nare ervaringen tijdens de zitting zo veel mogelijk toe te laten. Het is daarom belangrijk dat de cliënt zich goed bewust is van wat EMDR inhoudt. Verder wordt uitleg gegeven over de praktische setting en de handelingen bij de EMDR procedure.

Ziektewinst

Een veel voorkomende hindernis die EMDR in de weg kan staan en die in de voorbereidende fase ontdekt en behandeld dient te worden om het proces te laten slagen, is ziekte winst. Dit is het voordeel wat iemand, of de omgeving, heeft doordat hij klachten heeft. Er zijn drie vormen te onderscheiden.

- *Primair*; bij deze vorm hoeft de zieke niet mee te doen aan bepaalde activiteiten, maar kan hij rustig in bed liggen. Of door de plots opkomende pijn kan hij niet naar de verjaardag van die nare tante.

Er wordt dus iets vermeden.

- *Secundair*; hier wint de zieke iets met zijn situatie. Hij krijgt aandacht en liefde van zijn naasten. Mensen in zijn omgeving doen rustig omdat de zieke er anders last van hebben.

Er wordt iets verkregen.

- *Tertiair*; de omgeving heeft hier baat bij de zieke. Doordat de zieke hulp nodig heeft kan de omgeving daarin tegemoet komen. De hele wereld kan dan zien hoe goed deze mensen zijn voor de zieke. De omgeving krijgt voldoening. (denk aan Munchhausen by Proxy)

Uitleg van de werking van het brein en de procedure bij EMDR

Voorbeeld: “Je krijgt een koptelefoon op die aan één stuk door audio klikjes geeft. Deze klikjes hoor je links – rechts, om en om (Laat de cliënt even horen hoe het klinkt). Deze stimulatie zorgt ervoor dat in het brein een verwerking van de nare ervaring kan plaatsvinden. We praten hier dan over de verwerking die niet heeft plaatsgevonden door de omstandigheden. Als we beginnen met de sessie, dan hoor je de klikjes ongeveer 45 seconden waarna ik het geluid even stop. Ik stel dan een vraag als bijvoorbeeld; ‘wat komt er nu bij u op?’ die mag je dan kort en bondig beantwoorden en dan zet ik de klikjes weer aan. Dit gaat net zo lang door tot de nare ervaring is verwerkt en het gevoel wat bij deze nare ervaring hoort veranderd is in een redelijk “neutraal” gevoel. Soms kan het zijn dat je veel te vertellen hebt tijdens een dergelijk stop, dan zal ik indien nodig afremmen om het proces optimaal te laten verlopen zodat dit de behandeling ten goede komt”.

Dan leg je ook de oogbewegingen en de tikjes op de knieën uit omdat je tijdens de sessie de verschillende vormen BS afwisselt.

Stabilisatie bij teveel draaglast (lesdag 4)

- Bij (mogelijk) hoge draaglast een ontspanningsoefening meegeven of op andere wijze de draagkracht bekrachtigen (bijvoorbeeld met een affirmatie, anker of ademhalingsoefening).
- Indien de draagkracht erg laag is en er bijvoorbeeld sprake is van pre-morbide kwetsbaarheid bij de cliënt door eerdere traumatiserende ervaringen die hun sporen hebben achtergelaten, kun je door een affectbrug te maken ervoor zorgen dat de cliënt binnen de sessie de connectie ziet tussen de huidige emoties en de gebeurtenissen uit het verleden.

Na de intake kun je kort met de cliënt al een affirmatie doen om de cliënt meer in zijn kracht te zetten alvorens te beginnen met de EMDR. Je kunt hier gebruik maken van verschillende ego-versterkende technieken. Ik wil er hier drie nader benoemen. Affirmatie, een anker installeren en passieve imaginatie. Zie hieronder de uitwerking van deze drie technieken.

Affirmaties (lesdag 2)

Dit zijn bekrachtigingen van intenties. Positieve gedachten. Op onbewust niveau halen we ons vaak de hele dag door naar beneden met negatieve gedachten. We hebben in ons hoofd het kritische stemmetje dat ons de hele dag loopt af te kraken of te corrigeren;

‘Dat kan ik toch nooit’
‘Ik ben niet goed genoeg’
‘Wat ben ik toch lelijk’
‘Kan ik nooit iets goed doen’

Op deze manier bekrachtigen we negatieve gedachten. Vaak komen ze voort uit onze kinderjaren en zijn ze ons vertelt op een moment dat we daar ontvankelijk voor waren. Meestal werd het niet zo bedoeld maar doordat je als kind werd aangesproken of het zo hebt opgevat en je dat voor waarheid hebt aangenomen, (niet op je gedrag) klinken deze woorden tot op de dag van vandaag door.

Dit moet dus met enige vastberadenheid en herhaling omgegooid worden van negatief naar positief zodat je hersenen gaan geloven in de nieuwe boodschap.

‘Ik ben prachtig’
‘ik kan zingen’
‘ik ben succesvol’
‘ik genees’
‘ik ben goed’
‘ik ben sterk’
‘ik ben zelfvertrouwen’

Deze zinnestukjes kun je het beste opschrijven en op strategische punten ophangen. Bijvoorbeeld op gele memo blaadjes op de koelkast of het toilet. Opvallend zodat je ze regelmatig op de dag tegenkomt. Het is zinvol om ze hardop uit te spreken; zo vaak mogelijk! (ankeren) Door de cliënt deze affirmaties te laten herhalen in de tijd voordat er met EMDR gestart gaat worden kun je hem net dat zetje geven wat hij nodig heeft om de sessies aan te durven. En als er dan wat meer stabilisatie is (dat kan een (aantal) sessie(s) in beslag nemen).

Anker (lesdag 2)

En andere mogelijkheid is het plaatsen van een anker. Dit kan door middel van een positieve ervaring uit het leven van cliënt naar boven te halen. Dit moet dan zo compleet en zo groot mogelijk gemaakt worden. Met alle mogelijke bijkomstigheden. Geur, kleur, smaak, temperatuur, geluid, gevoel. Maakt het plaatje helemaal compleet en laat de cliënt dit zo goed mogelijk inbeelden. Als het er helemaal is laat je al die goede gevoelens samen ballen in de vuist of een plaats op het lichaam. Deze vuist moet dan een paar keer per dag gemaakt worden of de plek op het lichaam moet een paar keer per dag aangeraakt worden om het anker te activeren en

het op die manier levend te houden. Dan kan dit goede gevoel opgeroepen worden als de cliënt in een situatie komt waar het wat moeilijker wordt.

Passieve imaginatie

Dit is een vorm van visualisatie waarbij je de cliënt vraagt om datgene wat jij hem gaat vertellen zich zo goed mogelijk voor te stellen. Je laat de cliënt bedenken over wat hij wil bewerkstelligen en waar hij zich goed bij voelt. Dit herhaal je dan voor de cliënt alsof het al is geschied. "Valt o.a. onder klassieke hypnotherapeutische interventies". (zie BivT website)

7.3 FASE 1: Het scherpstellen en taxeren

Scherpstellen van de target (2^e ontmoeting – aanvang EMDR sessie)

De volgende stap is gericht op het terughalen van de trigger(s) en target(s) en het verhogen van de lading waarbij de mate waarin het targetmoment akelig is om aan te denken wordt vastgesteld (SUD).

Met het scherpstellen wordt bedoeld dat wordt geprobeerd het exacte punt(en) te vinden waar de grootste lading zit en deze zo intens mogelijk te laten ervaren zodat de informatieverwerking op gang kan komen. Dit wordt ook wel 'de trein op de berg zetten' genoemd. De trein symboliseert de verwerking en de (zo hoog mogelijke) berg staat voor de emotionele lading. Dus hoe meer lading hoe harder de trein de berg af sjeest, hoe meer verwerking mogelijk wordt. In EMDR termen kun je ook stellen dat er voldoende aspecten van het neurale netwerk moeten worden geactiveerd om verandering mogelijk te maken. Hierbij worden zoveel mogelijk aspecten van zintuigen naar voren gehaald:

Stimulusaspecten: zien, horen, voelen, proeven, ruiken.

Betekenisaspecten: conclusies die de client verbindt aan de gebeurtenis.

Responsaspecten: angst, walging, vlucht- en vechtgedrag enzovoort.

De behandelaar stelt hier vragen over om het neurale netwerk waarin de traumatische herinnering ligt opgeslagen in voldoende mate te activeren. Dit doe je door middel van de M-E-S uit te vragen. M staat voor 'Mentaal'/ E staat voor 'Emotioneel'/ S staat voor 'Somatisch'.

M-E-S

De M-E-S uitvragen. Als je dat beeld in gedachten hebt,

M: Mentaal; welke gedachte komt er dan NU bij je op?

E: Emotioneel; welke emotie geeft dat NU?

S: Somatisch; waar voel je dat NU het meeste in je lichaam?

Taxatie

De volgende stap is gericht op het inschalen van de lading en tegelijkertijd op het vaststellen van de mate waarin het targetmoment akelig is om aan te denken/voelen/kijken.

De SUD 'Subjective Units of Disturbance' bepalen

De SUD staat voor 'Subjective Units of Disturbance'. Wat zoveel betekent als 'Subjectieve waarde van intensiteit van emotionele/gevoel waarde waarbij 0 geen lading is en 10 overweldigend is'. Deze is vooral nuttig voor latere evaluatie als controle mechanisme. De behandelaar benoemt kort het naaste beeld uit de situatie, de gedachten/ emoties/ lichaamsbeleving (M-E-S). Hierna vraagt hij naar de lading (SUD). Hierdoor wordt de target als het ware op scherp gezet. Als de cliënt onverwachts een lage SUD-score geeft kan dat worden veroorzaakt door een onvolledige instructie of doordat de cliënt de instructie verkeerd heeft begrepen of dissociatie. Het is van wezenlijk belang dat de cliënt geen cijfer geeft voor de naarheid van het trauma, maar uitdrukkelijk van de naarheid die NU het meest ervaren wordt! Het is ook mogelijk deze SUD waarde te schalen doormiddel van kleur / smilies / met handen - groot /klein etc. Niet iedereen kan een cijfer geven!

Vraag: Nadat je de MES op het target hebt uitgevraagd - 'hoe naar is dit nu voor je? 0(SUD) is het doet je niets en 10(SUD) is het overweldigend je'? Stel dat de cliënt zegt '8' dan moet je vragen 'wat maakt het een 8 en niet een 9 of een 7?' (vraag stel je in 1 keer) **Geef de cliënt even de tijd en vul niets in!** Zodra de cliënt deze heeft benoemd ga je door met het uitvragen van de NC.

De NC 'Negatieve Cognitie' vaststellen

Nadat de behandelaar de SUD heeft vastgesteld wordt direct de NC bepaald. *De NC moet in de eerste plaats betrekking hebben op de cliënt als persoon ten opzichte in het NU van de SUD.* De NC is altijd een oordeel over zichzelf die als overtuiging gekenmerkt wordt als zelfverloochening.

Vraag: “Als je naar dit beeld/moment kijkt en het raakt je *HIER NU*, op een schaal van 0 tot 10 (SUD) nog zo enorm, wat vind je dan van jezelf dat dit NU nog zo naar voor je is?” of “dat je hier nog zoveel last van hebt”...

De negatieve cognitie is de bij het beeld ervaren negatieve opvatting van de cliënt over zichzelf NU. Deze opvatting dient in de tegenwoordige tijd gesteld te zijn, over de cliënt te gaan en gevoelsmatig te zijn in plaats van verstandelijk. Je kunt het vergelijken met het stemmetje van het *kritische zelf*.

Voorbeeld: “Ik ben slap”- “ik ben slecht” – “ik ben stom”.

Probeer een NC te krijgen, maar het is niet altijd mogelijk een NC te vinden. Maak er geen speurtocht van. Als je geen NC hebt kan er ook geen PC vastgesteld worden.

PC 'Positieve Cognitie' vaststellen

Als je een NC hebt, dan volgt het vaststellen van de PC en VOC 1-7 (positieve cognitie en validity of cognition). Als je GEEN NC hebt dan kun je ook GEEN PC verkrijgen! De PC is het uiteindelijke doel waar de cliënt naar toe wil ten opzichte van de NC en hoe hij/zij zich wil gaan voelen. Nadat de desensitatie fase II goed is vefgerond kun je alsnog nu de PC scherpstellen en installeren. (les)

Vraag: *Wat zou je van jezelf willen vinden als je aan dat moment denkt of voelt?* Deze vraag kun je alleen stellen als je een NC hebt gevonden! De PC is de opposit van de NC. Vraag wordt zo positief mogelijk geformuleerd, echter zonder daarbij onbereikbaar of onrealistisch te worden of te suggereren. Daarnaast is het belangrijk dat de PC niet de feiten beschrijft maar de beleving daarvan in het NU. Vermeden moet worden dat de PC ontkenningen bevat. Dit zegt iets wat de cliënt niet wil zijn of verzwakkend werkt. Ook het gebruik van woorden als ‘wel’ of ‘genoeg’ is niet wenselijk. Dit verwijst teveel naar de NC en is in feite een ontkenkende aanmoediging aan zichzelf. PC is een wens/ affirmatie die een duidelijk positieve interne locus van controle heeft.

Voorbeeld: PC = “ik ben sterk”. Dit is een krachtige PC.

Stel cliënt zegt: 'Ik kan het aan'. Vraag dan door 'Hoe noem je iemand die het aan kan?

Dit om een krachtige PC te verkrijgen (dag 2)

Vaststellen van de Validity of Cognition VOC

De VOC is een schaalwaarde hoe waar een positieve bewering is waarbij 1 niet geheel waar is en 7 helemaal waar. Zodra je een PC hebt vraag je "Hoe waar is deze, 1 is niet waar en 7 is heel waar"!

Voorbeeld: PC = “ik ben sterk”. PC wordt afgezet op schaal van 1 → 7 (VOC = Validity Of Cognition) ten opzichte van de SUD.

Vraag: “Als je nu aan het beeld/moment (target) kijkt of denkt (SUD), en je zegt tegen jezelf 'ik ben sterk', hoe waar is dat dan? 1 is niet waar, 7 is heel waar”.

Zodra de cliënt een cijfer geeft ga je naar de BS fase 2!

Als er geen beeld is of onduidelijkheid is over de traumatiserende gebeurtenis

Niet altijd komt de cliënt met een helder verhaal, vaak hoor je van een cliënt dat hij/zij niet lekker in het vel zit. Probeer met de cliënt de hulpvraag zo helder mogelijk te krijgen. (Ondanks dat je aan je klompen aanvoelt dat het ergens anders om gaat, is het zinvol om te werken met het probleem waar de client mee komt) zodat je weet waar je samen aan kunt gaan werken. Dan kun je gaan uitvragen wat er zoal in het leven van de cliënt is gebeurd. Welke ervaringen en situaties waren lastig om door te maken. Zijn er in het leven van de cliënt schokkende gebeurtenissen geweest. Dat kunnen ook ‘dagelijkse’ dingen zijn als een verhuizing. Zowel van de persoon zelf als dat van een vriendje. Of de geboorte van een broertje of zusje.

Soms komen er ook ernstigere zaken aan het licht, niet altijd direct maar later in de therapie als er al meer een vertrouwensband is ontstaan. Als er zaken naar boven komen waar de cliënt nu nog steeds emotioneel van wordt (of waarvan jij denkt dat ze traumatiserend zijn geweest voor de client zonder dat de client hier naar wil kijken of het zelfs ontkent) kan daar NOG NIET met EMDR aan gewerkt worden. Het kan zijn dat het verhaal al min of meer naar de achtergrond vervaagd is of als er alleen nog een “nare smaak” achter is gebleven. Het kan zijn dat een dergelijk verhaal meerdere jaren beslaat. Het is belangrijk dat je uitvraagt hoe dit nu nog een rol speelt in het leven van de cliënt.

Het kan zijn dat de emotie omtrent heftige gebeurtenissen overeenkomt met de emotie die nu bij de client leeft t.a.v. een thema wat mogelijk net het laatste stukje draagkracht van de client heeft weggeblazen. Het lijkt dan misschien een ‘onbelangrijk’ iets, maar bovenop de lading van wat er lag is het immens veel en heeft het de client er toe gebracht om bij jou te komen voor therapie. We werken in een dergelijk geval dan wel met een target maar dit target is dan een emotie. Het is niet altijd mogelijk om het meest nare beeld naar boven te halen. Je hoort dan vaak iets in de trant van “ja, er is zo veel gebeurd” of “ik weet het niet precies meer”.

Het is belangrijk om de beleving van toen in het licht van nu te zetten. De cliënt heeft er immers NU nog last van. Client komt er niet (altijd) mee, maar je weet dat de lading van de gebeurtenis waar de client mee komt, het topje van de ijsberg is. Laat de cliënt vertellen waar het over gaat. Wat er is gebeurd. Wat het hem nu nog doet, hoe het zijn leven op dit moment nog beïnvloed. Welke gedachten heeft hij daar NU over. Welke emoties en welke gevoelens roepen die op in het lichaam. Je mag de cliënt ondersteunen maar waak ervoor dat je niet invult! Als dit gedeelte in kaart is gebracht, bepaal je hier vervolgens de MES, de SUD, NC en PC + VOC op.

7.4 Fase 2: Desensitatiefase

De desensitatie fase is de fase waar we starten met de bilaterale stimulatie (BS) om de nare herinnering te doen afzwakken waardoor de ervaringen van disfunctionele reacties naar functioneel worden getransformeerd. *De desensitatie fase begint met de cliënt te laten focussen op de target, de MES, de SUD en de NC.* Dan geef je hem/haar even de ruimte om dat allemaal weer voor de geest te halen en je start de BS. Handig is om met de audio klikjes te beginnen. Dit laat je dan ongeveer 40 tot 60 seconden duren. Let op je cliënt om te zien wat het bij hem/haar losmaakt.

Vormen van stimulatie bij EMDR – bilaterale stimulatie (BS)

Bilaterale stimulatie is het aanbieden van links/rechts stimulatie d.m.v. audio, handbewegingen of tikjes op de zijkant van de knieën. Volgens diverse onderzoeken leidt dit tot activatie van beide hemisferen. Tevens genereert het meer activiteit in de pre-frontale kwab, wat een positieve reactie geeft op de herinneringsintensiviteit.

Desensitatiefase is lange BS sets

- Audio stimulatie d.m.v. koptelefoon. (45-60 seconden)
- Handbewegingen horizontaal (sets van 22 - 25 herhalingen)
- Knieën (30 - 45 seconden)

Deze sets gelden voor de desensitatie fase tijdens de behandeling.

De werking van de BS is afhankelijk van de verwerking van de cliënt. Denk aan, is hij/zij visueel, auditief of kinestetisch aangelegd. Dit speelt vermoedelijk een zeer belangrijke rol bij een effectievere verwerking in het brein. De afwisseling van alle stimulatie tijdens het desensitatie proces geven het meeste effect in het aanbrengen van verwarring wat ten goede komt aan de verwerking. We doorbreken hiermee vaak het controle mechanisme van het brein. (René Veraar 2006)

De eerste vraag na de eerste set BS

Na 40-60 tot zelfs 90 seconden stop je de BS en je stelt de eerste vraag “welk beeld gedachte of gevoel komt er nu bij je op”? Dan laat je de cliënt even vertellen wat er bij hem/haar opkomt, dit herhaal je letterlijk of je antwoordt met “focus of concentreer je op wat er NU is”, en je hervat de BS.

Verlies hierbij zo min mogelijk tijd. Je kunt de klikjes, tikjes of handbewegingen al herstarten zodra je zegt “focus daar op”. Dan ga je door met setjes BS van 30 – 40 – 50 seconden, afhankelijk van wat er opkomt en hoe snel je cliënt het kan volgen.

Als er veel emoties opkomen, kun je ervoor kiezen om de BS langer door te laten gaan voordat je even pauzeert om de vraag te stellen: “wat komt er NU in je op”? Je gaat hiermee door totdat je het idee hebt dat er wat veranderd is, of als er twee maal achter elkaar hetzelfde opkomt of na ongeveer 8 a 12 minuten. Ook als je het idee hebt dat er niks veranderd is ga je na 8 a 12 minuten terug naar de target (TnT - zie verderop in de tekst).

Door regelmatig TnT te gaan zet je de 2e fase weer op scherp. Je voorkomt dat de cliënt te veel afdwaalt van de target waardoor de sessie sneller zal kunnen verlopen.

“Wat komt er nu bij je op”, is de vraag die je steeds stelt of bijvoorbeeld “wat NU”? Op het antwoord laat je focussen of je herhaalt het letterlijk. Het kan voorkomen dat de cliënt lang van stof is, als het goed is heb je vooraf besproken (voorbereiding fase) dat de cliënt de antwoorden kort mag houden. Je kunt de cliënt gewoon onderbreken met *'Focus of concentreer je op wat er NU is'*. Het kan ook zijn dat de cliënt zegt, “aan de ene kant zie ik dit, maar aan de andere kant denk ik van ...” In dat geval kun je de vraag stellen; “*wat hebben deze twee zaken met elkaar gemeen?*” wacht dan niet het antwoord af maar ga direct weer door met de BS met *'Focus op wat er NU is, jouw brein weet waar het over gaat'*.

Als de cliënt iets zegt wat in jouw ogen nergens op slaat zeg je toch *“focus daarop ” of “je brein weet wel waar het over gaat:”* Of je herhaalt letterlijk wat er wordt gezegd. Bijvoorbeeld cl. *“Ik weet het allemaal niet meer”, dan zegt de therapeut “Focus maar ‘ik weet het allemaal niet meer’”. Als je merkt dat de cliënt heel verdrietig wordt kun je de BS wat langer door laten gaan totdat je het verdriet minder ziet worden.*

Ga niet in op wat je ziet en vraag nooit wat er gebeurt! Vraag niet ‘waar de tranen vandaan komen’, ‘Wat het is dat je sneller ademt’ enzovoort. Dit haalt de snelheid uit het proces en kan er voor zorgen dat de cliënt de controle probeert te krijgen uit bijvoorbeeld angst. Dit moet te allen tijde voorkomen worden omdat het verwerkingsproces dan stagneert.

Je kunt wel zeggen “hier ben je veilig”, “ik ben bij je”, “je brein doet het goed”, “het gaat heel goed!” Bied ook geen zakdoekje aan, de kans bestaat dat de cliënt hiermee tijdens de tranen drogen zich gaat herstellen (controle). Sterker nog, deze opmerkingen bespoedigen het proces. Denk hier maar eens wat ziekte winst teweeg kan brengen!

Terug naar Target (TnT)

Dit gebruik je om de cliënt op het spoor van het target waar je mee werkt te houden en de waarde van SUD in te schalen of het minder wordt. De sessie wordt hier heel even stil gelegd en hiermee wordt een waarschijnlijk een verbinding gemaakt van het limbische systeem met de neocortex. Dit zorgt onder anderen voor functioneel inzicht.

Telkens na ongeveer 8 á 12 minuten of als er 2 keer een zelfde bij de cliënt opkomt, of er komt 2 maal “niets” op, of cliënt geeft zelf aan dat het rustiger wordt (2x), ga dan altijd Terug naar Target. Dit doe je altijd nadat je eerst gevraagd hebt 'wat komt er NU in je op'? *Je wacht op het antwoord en dan vraag je:*

“Goed, we gaan even terug naar het begin moment - de auto - , (dan geef je de cliënt 1 a 2 seconden om daarin mee te gaan) je gaf het net een “8 (SUD)” wat is het nu?”

Cliënt antwoord bijvoorbeeld (6). Dan vraag je “wat maakt het een 6 en niet een 7 (hogere SUD.)” hiermee laat je de cliënt bekrachtigen dat het niet meer zo erg is. Je geeft dan even kort de tijd om een antwoord te laten formuleren en je start BS, door te zeggen; *“focus maar op wat er nu is:”* Of herhaal ook letterlijk de positieve woorden van de cliënt.

Door af te wisselen met de verschillende BS methodes zorg je ervoor dat het onvoorspelbaar wordt voor de cliënt en hij/zij daardoor de controle verliest over het verwerkingsproces. Datgene wat hem op de been hield tijdens de “overlevingsperiode”.

Na ongeveer 20 minuten zal er meestal werkelijk iets kunnen veranderen bij de cliënt, en zie je dat de SUD daalt, waarschijnlijk omdat het brein moe wordt of omdat de controle wordt losgelaten. Uiteraard kan dit ook langer duren! Soms echter daalt de SUD direct bij aanvang van de BS en het kan ook gebeuren na een half uur. Belangrijk is dat je vertrouwt op het proces, en op de werking van het brein.

Als de SUD is gedaald tot 0 - 1 - 2 - 3 ga je verder met het installeren van de PC.

7.5 FASE 3: Installeren PC, lichaamsscan, de afronding en de evaluatie

Installeren PC - voc

Als de SUD is gedaalt naar een niveau waarbij de lading meer en meer handelbaar is of verdwenen, in het gunstigste geval is dat een SUD 0 – 1 – 2, dan kun je overgaan tot het installeren van de Positieve Cognitie. De overgang van fase 2 naar fase 3 doe je geleidelijk. Als de SUD gedaalt is en de cliënt bijvoorbeeld meer rust ervaart doe je eerst nog een lange set BS in fase 2. Zeg hier “focus op de rust”, en na de set vraag je “hoe voelt het NU”? Als de cliënt dan nog altijd rust ervaart ga je over op fase 3.

Dan laat je de cliënt met terug naar target aan het begin moment denken of kijken en dan vraag je ‘hoe waar is het NU als je tegen jezelf zegt "ik ben sterk(vb)”? Op de schaal van 1 tot 7 waarbij 1, niet waar is en 7 helemaal waar. ‘We nemen de schaal van 1 tot 7 omdat 1 toch nog iets is, in tegenstelling tot 0. En het gaat niet hoger dan 7 omdat sommige mensen er moeite mee hebben om zichzelf meer dan een 7 te geven’. Mocht het zo zijn dat de cliënt zichzelf wel een hoger cijfer noemt dan 7 ‘verbeter dit dan niet!’ dat is alleen maar goed.

Vaak is de VOC al wat gestegen, soms is de PC na het desensitiseren van het target al een 7. Maar ook dan moet je toch de PC verder installeren met een korte set herhalingen BS. Vooral bij mensen die veel hebben meegemaakt dat nog onverwerkt is kan er weer spanning optreden als je hier lange sets BS gaat doen. De PC is ook een controle moment voor de therapeut, als de VOC niet stijgt en er blijft spanning dan moet je hier toch weer gaan desensitiseren en dus terug naar fase 2.

Ook als de VOC niet stijgt omdat er nog te veel negatieve overtuigingen zijn, of het zelfbeeld van de cliënt is nog niet gegroeid, doe je niet meer dan 2 a 3 korte sets BS. Als de VOC aan het begin van de sessie een 1 was en die is na stimulatie gestegen naar 2 kun je hier als therapeut toch positief op reageren en deze ankeren (dag 2). Het is immers een “verdubbeling” en het is erg belangrijk dat je als therapeut positief bent over hetgene dat bereikt is.

PC en Lichaamsscan fase is korte BS sets

- Audio stimulatie d.m.v. koptelefoon. (14-20 seconden)
- Handbewegingen horizontaal (8 - 12 sets)
- Knieën (14-20 seconden)

Deze sets gelden voor de fase waar we de positieve cognitie installeren en richting afronding gaan. De werking van de BS is afhankelijk van de verwerking van de cliënt. Denk aan, is hij/zij visueel, auditief of kinestetisch aangelegt. Dit speelt vermoedelijk een zeer belangrijke rol bij een effectievere verwerking in het brein. (René Veraar 2006)

De lichaamsscan

Na het installeren van de PC doe je de lichaamsscan als zijnde een controle moment (het lichaam ligt niet). Hier laat je de cliënt even in het kort het lichaam langs lopen om te voelen of er nog ergens in het lichaam iets van spanning is achtergebleven (we noemen het naar de client toe niet 'spanning). Als dat het geval is laat je de cliënt hier op focussen en ga je ook weer met korte sets BS desensitiseren. *Vraag is: “Voel even in je lichaam, als je aan het moment denkt of naar kijkt hoe het nu voelt”?*

De lichaamsscan is, net als de PC, ook een controle mechanisme, als er spanning blijft of zelfs oploopt moet je hiermee terug naar het begin (Fase 2 - SUD bepalen) en opnieuw gaan werken met lange sets BS. Waarbij je de lichamelijke sensatie en de target als uitgangspunt neemt. Doe eerst een set op de eventuele spanning daar deze dan alsnog kan wegebben. *Th. benoemd hier de PC en doet korte set!*

De afronding

Deze stap is kort. Niet veel napraten, niet vragen hoe het is geweest voor de cliënt. Het brein werkt namelijk nog door. Wel even verifiëren hoe de cliënt naar huis gaat. Als het goed is heb je vooraf al een aantal afspraken gemaakt en staat de volgende afspraak over veertien dagen al in je agenda. We doen niet vaker dan 1 x per 2 weken een sessie EMDR bij volwassenen. Bij kinderen tot ongeveer 14 a 16 jaar kunnen we wat sneller een 2^e sessie doen door bijvoorbeeld één keer per week. Na een EMDR sessie kun je na één week wel met andere therapievormen aan de gang waarbij je de cliënt meer in zijn kracht leert te staan.

7.6 FASE 4: Evaluatie

Als de cliënt na veertien dagen voor een vervolg sessie komt start je altijd met het target als waar de laatste keer aan gewerkt en beëindigd is. Deze wordt door de behandelaar naar voren gehaald om in te schatten of er nog lading is en hoeveel deze lading dan NU nog is (SUD). Eigenlijk starten we hier met een TnT – Terug naar Target, maar dan veertien dagen later.

Cliënt kan uiteraard ook minder formeel vertellen over veranderingen. Maar als blijkt dat de SUD nog lading heeft moet je dit wel weer gaan desensitiseren, zelfs als de SUD 1 of 2 is.

Start bij binnenkomst van de cliënt zo snel mogelijk met de SUD bepaling! Geef even kort de tijd om te laten vertellen hoe de cliënt het ervaren heeft na de vorige sessie. Vraag daarna gelijk:

Vraag: 'Als je nu terug kijkt/denkt aan (target - bv 'de auto') wat doet dit dan NU met je? 0 is helemaal niets en 10 is overweldigend!'

Zodra er alsnog lading is, ook bij 1 SUD (wat maakt het 1 en niet 2 of hoger? - scherpstellen), dan zet je de koptelefoon op en zegt direct 'ok, focus op dat wat er nu is'. En dan start je de BS en gaat weer verder met FASE 2 - desensitiseren en afronden met FASE 3 – PC en Lichaamsscan.

Het kan gebeuren dat de cliënt niet meer weet waaraan gewerkt is. Je vraagt hier de cliënt terug te gaan naar het beginbeeld/moment van de vorige sessie en vraagt wat dat nu nog met hem/haar doet op de schaal van 0 tot 10. Het kan zowel gestegen zijn als gedaald. Bij stijging ga je direct weer door met de BS. Je stelt de SUD eerst nog scherp door te vragen wat maakt het een 5 en geen 6 of een 4. Dan ga je hier als het ware gewoon door met de sessie waar je de vorige keer mee begonnen bent (en hebt afgesloten).

Als de SUD is gezakt of het wordt rustig, dan ga je naar FASE 3 en doe je ook weer de PC en een LScan. Hierna kun je eventueel andere triggers en targets verder behandelen. Hierover meer in de vervolgdagen.

8.0 De stappen en 4 fases in het kort beschreven

Stap 1 - Voorgesprek 1^e ontmoeting

Hierin worden de hulpvraag, achtergronden, draagkracht, draaglast en behandelplan met de cliënt vastgesteld.

- Anamnese (achtergronden – ziektegeschiedenis en ziektewinst)
 - Vraag tijdens de anamnese aan de cliënt wat de hulpvraag is en vraag dit zo volledig mogelijk uit. Daarnaast geef je alle ruimte om zijn/haar verhaal te doen. Vraag of cliënt nare of schokkende ervaringen heeft meegemaakt in haar leven.
 - Hier kun je ook vragen naar ziektebeelden die een contra-indicatie kunnen zijn voor EMDR.
- Huidige levensomstandigheden
 - Laat cliënt vertellen hoe de levensomstandigheden worden beïnvloed door haar ervaring, depressie, angsten, slaapkachten, nachtmerries etc.
- Trigger(s)
 - Cliënt vertelt vanuit het hier en nu haar nare of schokkende ervaring(en).
- Target(s)
 - Cliënt geeft aan welk beeld/gevoel in de trigger het naarste is om vanuit het HIER en NU naar te kijken of aan te denken. “de film wordt op Het naarste moment stilgezet.”
 - Welke gedachte M heeft de cliënt hierbij?
 - Welke emoties E ervaart de cliënt en
 - Waar voelt S de cliënt deze emotie? (als de cliënt dit althans kan voelen) en wat voelt de cliënt nog meer aan lichamelijke sensaties.
 - Probeer zoveel mogelijk associaties te verkrijgen. (M.E.S. = Mentaal – Emotie – Somatic (*We vragen hier nog niet de SUD.*))

Stap 2 - Voorbereiding

- Vertrouwensband ontwikkelen.
- Uitleg EMDR procedure (*tevens waarschuwen voor eventuele heftige ontladingen tijdens sessie*)
 - Korte uitleg over de vermoedelijke werking van het brein tijdens een nare ervaring.
 - Dan leg je uit hoe jij (therapeut) te werk gaat.
- Eventuele angsten voor de EMDR behandeling
 - Uitleg over de vermoedelijke werking van het brein is heel erg belangrijk waardoor de cliënt vertrouwen krijgt.
 - Therapeut kan ook eerst een PCi installeren. (meer hierover op dag II)
 - Ontspanningsoefeningen – Ik versterkingsoefeningen
 - Loslaat-visualisatie
 - Mogelijke ziektewinst of weerstand opsporen en bespreekbaar maken (dit kan zelfs de eerste sessies vullen waardoor er pas in latere sessies met EMDR gestart wordt).

8.1 Fase 1 - Scherpstellen en taxeren (2e ontmoeting)

Scherpstellen

Behandelaar herhaalt kort het moment (trigger) en laat cliënt het naaste moment 'opnieuw' in het NU uitlichten. Ga na welke moment in de gebeurtenis NU het sterkste affect teweegbrengt (deze kan totaal verschillen met het vorige gesprek). Als dit een ander target is dan het laatste moment, dan klopt dit altijd. Je werkt met het target die de cliënt NU aangeeft.

- Heeft cliënt nog vragen n.a.v. 1^e ontmoeting? ***Geen uitleg meer geven!***
- Trigger(s)
 - Vaststellen vanuit het 1^e gesprek of deze nog kloppend is.
 - Laat cliënt zelf nog even omschrijven zodat cliënt met M.E.S. contact maakt.
 - Dit om een hogere SUD te kunnen krijgen en een betere NC.
- Target(s)
 - Vaststellen van 1 moment (target) vanuit het HIER en NU
 Vraag: *Welk moment is NU het meest vervelend?*
 Cliënt omschrijft.

Daarna vraag je naar de MES

- M: Als je aan dit moment denkt of kijkt vanuit het hier en NU, wat voor gedachten komt er dan NU in je op?
- E: Wat doet het NU met je?
- S: Waar voel je dat Nu in je lichaam?

Taxeren - SUD bepaling

- **Vraag:** 'Vanuit het HIER en NU, als je aan dat moment denkt/ kijkt, wat doet het dan NU met je 0 is; het doet mij helemaal niets, 10 is; het overweldigd mij'. (Als cliënt een hoger cijfer geeft is dat helemaal prima.)
- Als cliënt bv een 8 geeft, vraag 'wat maakt het een 8 en niet een 9 of een 7? (in 1 keer)
- *Als de SUD onder de 4-5 is, dan heeft een behandeling EMDR mogelijk minder effect bij enkelvoudig trauma maar het kan ook vermijding zijn en tijdens de sessie oplopen. Dat is dan helemaal prima.*
- *Als de SUD onder de 4-5 is, kijk of je 1^e beeld (target) wel het juiste beeld is. Soms kan cliënt door bewuste of onbewuste weerstand (zie hieronder) ervoor kiezen een wat veiliger beeld te nemen (bewust of onbewust).*

Zodra je de SUD hebt wordt de NC gevraagd. (negatieve cognitie)

De NC moet t.o.v. de target/ MES/ SUD zijn.

- **Vraag:** 'Wat vind je van jezelf dat het NU nog zo naar voelt (8)'. Of-
'Wat vind je van jezelf dat je er NU nog zo heftig op reageert terwijl het al zolang geleden is?'

We gaan geen zoektocht houden naar een NC. De behandelaar kan er 'Ik ben ../zwak / stom etc. voorzetten. Let op dat de cliënt niet associeert met het moment toen! Let op dat je de cliënt gedissocieerd naar het beeld of aan het moment laat denken.

Geen NC dan kun je ook geen PC opvragen en beginnen we toch met de BS fase!

PC t.o.v. NC vaststellen

- **PC** – (positieve cognitie)
 - “Als je naar het begin moment kijkt of denkt? Wat zou je dan van jezelf willen vinden?”
 - ***Deze vraag kun je alleen vragen als je een NC hebt gevonden!***
 - PC is een wens/affirmatie die een duidelijk positieve interne locus van controle heeft.
 - Voorbeeld: “Ik ben ok”, “ik ben sterk”, “ik ben veilig”.
 - PC wordt afgezet op schaal van 1 → 7 (**VOC** = Validity Of Cognition) ten opzichte van de SUD. Vraag: “Als je nu naar het 1^o moment kijkt of denkt (SUD), hoe waar is dan “PC” op een schaal van 1 – 7. 1 is niet waar, 7 is waar”.
 - Bij een niet sterke PC – “Ik kan het aan’, of “ik niet meer bang ben’, vraag dan door – Hoe noem je iemand die aan het moment kan denken/kijken die het aan kan? Of die niet meer bang is?
 - Zorg altijd voor een krachtige PC waar je ‘Ik ben ...’ voor kunt zetten.

8.2 FASE 2: Desensitiseringsfase (BS Bilaterale Stimulatie – Lange sets)

Aanvang desensitiseringsfase - bilaterale sets

- *Installeren koptelefoon – oogbewegingen – kinestetisch (vraag of je dit mag)*
'laat de cliënt zelf de koptelefoon opzetten'
'doe even kort de oogbewegingen'
Vraag: 'mag ik op je knieën tikken als dat nodig is?'
- *Benoem het target'*
OK, ik wil je vragen te concentreren of te focussen op (target bv auto)
- *Benoem nu de*
M-E-S – SUD – NC
- *Start de BS en zeg*
'Ok, focus op dat wat er NU is'.

(NC 1x keer alleen bij aanvang gebruiken daarna nooit meer!)

Desensitiseringsfase is lange BS sets

- Audio stimulatie d.m.v. koptelefoon. (45-60 seconden)
- Handbewegingen horizontaal, diagonaal of zelfs verticaal (22 - 25 sets)
- Knieën (30 - 45 seconden)

Terug naar target (TnT)

- Bij 2 a 3 keer het zelfde
- Na 8 a 12 minuten
Vraag: 'ok, we gaan terug naar het moment waar we begonnen zijn, het was net een (?) SUD, wat is het NU?'
- Laat cliënt even (niet te lang) scherpstellen en taxeren
- Bij een cijfer vraag je 'Wat maakt het een 6 en niet een 7? (dit is voorbeeld)
- Ga zolang door als nodig tot de lading is gedaald naar 0 - 1 - 2 - 3

Overgang naar PC

Zodra de SUD voldoende is gedaald doe je nog één set BS lang naar:

'Ok, focus op het 'rustige gevoel' wat er NU is'.

Hierna, als de lading rustig blijft ga je over naar de PC fase

8.3 FASE 3: Installeren PC, lichaamsscan, de afronding

Installeren PC (BS kort)

Deze fase pas beginnen als de SUD-waarde gedaald is tot 0-1-2-3. De cliënt houdt tegelijkertijd de net bewerkte herinnering/target en de affirmatie in zijn bewustzijn. Ook hier weer BS-sets (korte sets) totdat VOC-waarde gestegen is. De VOC vragen we soms slechts 1 malig daar een kleine verhoging vaak al ruim voldoet om af te ronden.

- SUD is 0 - 1 - 2
- Zodra de SUD laag is en de cliënt het rustig voelt/ doe je eerst nog 1 set BS maar zegt nu, 'Voel maar dat het rustig voelt'. (lange set)
- Hierna over naar PC installeren.
- **Behandelaar vraagt:** “Als je NU aan het moment denkt of kijkt, en zegt PC – (voorbeeld) “Ik ben OK”, hoe waar voelt het dan NU?” 1 is niet waar en 7 is heel erg waar! (VOC)
- Bij bv 4 - vraag 'wat maakt het 4 en geen 3?
- Nu korte set om te bekrachtigen en blijf de woorden van je cliënt bekrachtigen. Therapeut benoemt en niet de cliënt.
- Focus op die ‘Ik ben ok’, ‘het voelt rustig’ etc.
- Bij negatieve reactie – Terug naar fase 2 Terug naar Target en SUD opvragen. Lange sets. ‘Ok, als je aan het moment denkt of kijkt met dit gevoel nu, hoe naar is dat dan NU? 0 is niets en 10 is overweldigend. En dan verder met fase 2. Hiermee heb je de controle fase goed gebruikt.
- Wederom de desensitatie fase tot SUD gezakt is en dan weer naar PC fase.

Lichaamsscan (BS kort)

- Nadat de PC is bekrachtigd gaan we controleren.
- Vraag: *'Als je aan het moment denkt / kijkt voel dan even hoe dit nu in je lichaam voelt!*
- Als cliënt iets voelt van positieve en/of negatieve gevoelens, focus daarop en doe 1 set BS je kunt hierbij de ademhaling gebruiken. 'Therapeut benoemt ook weer extra de PC'. Laat de cliënt inademen en op de uitademing doe je dan een korte set BS. (spiegel de ademhaling)
- Na deze set BS vraag je “Hoe voelt het nu?”
- Bij negatieve reactie / nare gevoelens – Terug naar fase 2 Terug naar Target en SUD opvragen. Lange sets.
- Wederom de desensitatie fase tot SUD gezakt is en dan weer naar PC fase en Lichaamsscan
- Hierna wel afronden.

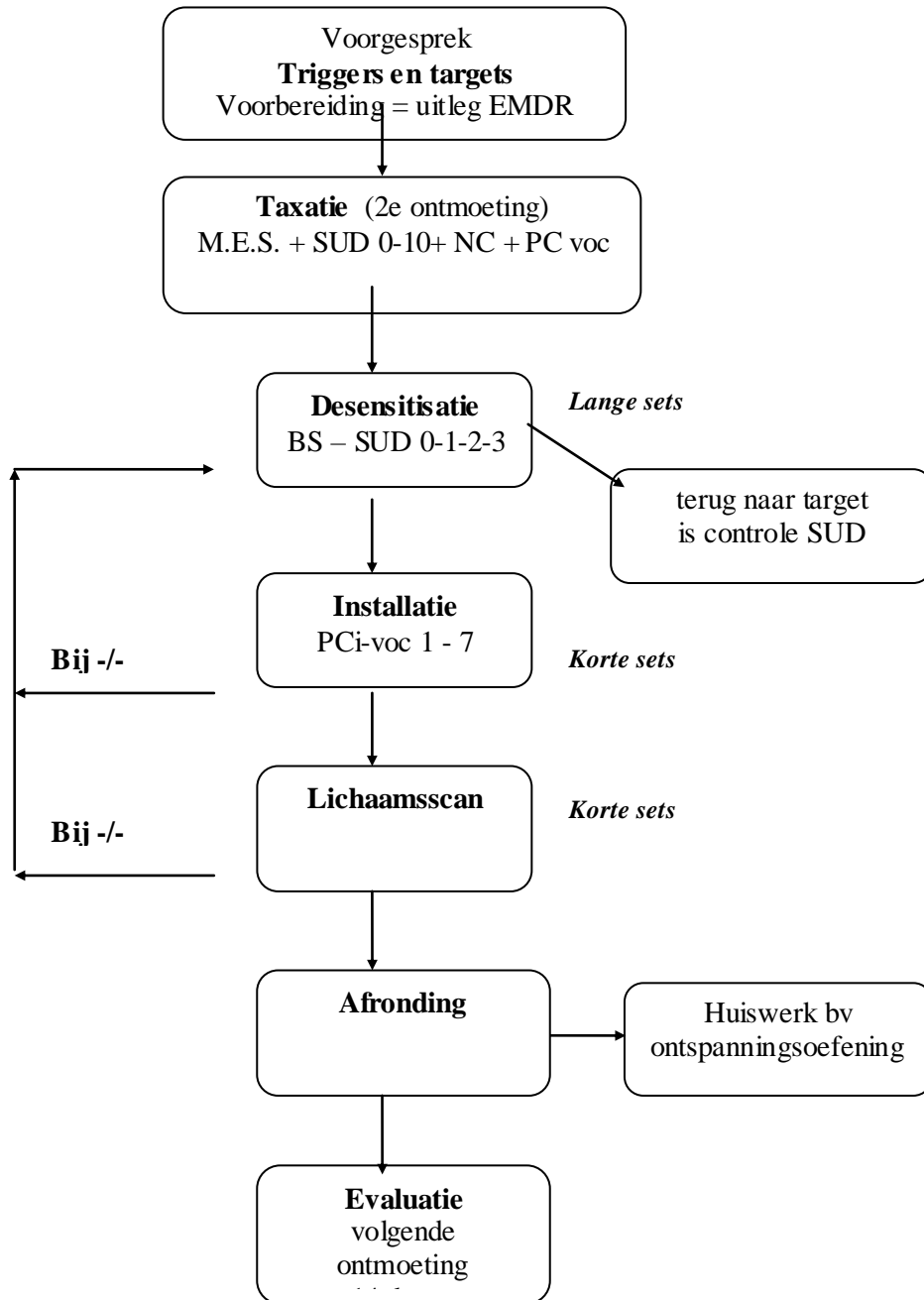
Beëindiging/afronding

- Praat hier zo min mogelijk.
- Laat cliënt wel rustig vertrekken.
- Zorg eventueel voor bekende die cliënt kan ophalen. (Komt nagenoeg nooit voor bij type I.)
- De volgende sessie begin je met een evaluatie TnT.

FASE 4: Evaluatie (volgende sessie - 3e of 4e etc.)

- De volgende sessie begin je met een evaluatie. Hierbij check je of de lading nog steeds laag is op dat target waar je mee geeindigd was en of er geen andere situaties binnen hetzelfde thema zorgen voor spanning. Eventueel een toekomstverkenning (dag 2).
- Bij een lading van 1 of hoger start je gelijk met de BS fase. Je doet hier dan weer fase 2 en fase 3.
- Na afsluiten kun je eventuele andere targets behandelen.

9.0 EMDR schema



10.0 Aandachtspunten

Vraag stelling

Juiste vragen

- Wat komt er NU in je op?
- Wat NU?
- En NU?
- Wat trekt NU de meeste aandacht? Bij meerdere associaties. Wacht niet op het antwoord!

Nooit vragen

- Wat voor beeld roept het nu op?
- Wat gaat er nu door je heen?
- Waar ben je nu mee bezig?
- Wat denk je?
- Wat voel je?
- Hoe voelt dat in je lijf?
- Wat zie je nog meer?
- Hoe komt dat?
-
- *Het kan zijn dat je soortgelijke vragen wel stelt bij een interwave.
Dit wordt behandeld in de derde opleidingsdag.*

Waar houd je rekening mee bij de vraagstelling?

De “nooit vragen” stel je niet, omdat je hiermee de cliënt in de cognitie zet en dat is wat we nu juist niet willen. Het kan ook zijn dat je vraagt wat de cliënt voelt, terwijl hij juist iets denkt! Daarmee geef je je ruimte voor gesprek en dat is wat we niet willen tijdens de BS fase. Of de cliënt voelt zich miskent en dan “ben je hem kwijt”. Of hij denkt, “oeps, moet ik iets voelen?”

Vraag nooit verduidelijking, het brein van de cliënt weet wel waar het over gaat. De therapeut hoeft het niet te weten. Het enige wat van belang is dat de SUD zakt. En die zakt doordat je weinig ruimte laat tussen de sets BS. Dit stimuleert het brein om de traumatische gebeurtenis een plek te geven.

Doordat je steeds dezelfde vraag herhaald komt de cliënt in een soort cadans. Er ontstaat een trance-achtige staat waarbij hij helemaal op kan gaan in de verwerking van de gebeurtenis, het brein kan ook vrijelijk associëren en inzichten geven. Je merkt vaak dat er “dingen op hun plek vallen” of dat het een plekje krijgt in onze neo cortex; daar waar onze cognitieve kennis huist.

De begeleidende zinnestjes

De begeleidende zinnestjes kunnen helpen de cliënt vertrouwen te geven in het proces. Vooral als je zegt “je bent hier veilig” als je ziet dat er angst of verdriet opkomt, zorgt voor dat vertrouwen in het proces. Aanmoediging in de vorm van “je brein doet het goed” of “het gaat heel goed” zijn ook voorbeelden van zinnen die de cliënt stimuleren om de controle op te geven. Cliënten kunnen zich als het ware overgeven aan het proces.

De zinnestjes die in het rood staan afgebeeld gebruiken we niet. Dit zijn zinnestjes die je gebruikt bij andere interventies zoals hypnotherapie en coaching maar niet bij EMDR. Bij EMDR laten we de cliënt zelf bepalen wat hij ziet en of hij wel of niet een beeld stilzet of groter maakt. Maar wij als therapeuten maken niet dit soort voorstellen. Naar gelang de sessie vordert zul je merken dat de target bij de cliënt als vanzelf vervaagt of dat het verder weg komt te staan.

Als de sessie niet zo lekker loopt of juist de heftig zijn er een aantal dingen die je wel kunt zeggen en dingen die je juist niet moet zeggen. Als er steeds meerder beelden tegelijk opkomen of de cliënt blijft steeds lange verhalen afsteken over wat er allemaal bij hem opkomt, kun je vragen: “wat hebben die beelden gemeen” of; “wat roepen deze beelden bij je op”

Als er heftige reacties zijn kun je de cliënt vertrouwen geven door te zeggen; “je bent hier veilig” of “je kijkt naar een film, je zit hier in de stoel” “ik ben bij je” “je brein doet het goed” “nog even, je doet het heel erg goed” Bij een blokkade die je herkent doordat er niets meer opkomt, of als er steeds hetzelfde opkomt, of de cliënt wisselt steeds af met 2 antwoorden en komt als het ware in een ‘loop’ terecht dan ga je terug naar het begin moment, terug naar het target. Je vraagt dan ook altijd een SUD. Als er steeds een gevoel opkomt, kun je de cliënt vragen om zijn hand op die plek te leggen. Vraag niet waar dat gevoel voor staat. En ook niet of hij dat wel vaker voelt. En waar dat mee te maken kan hebben.

Als je ziet dat de cliënt het moeilijk heeft maar daar geen uiting aan durft te geven, kun je met je stem en lichaamstaal de cliënt leiden (spiegelen). Door harder of zachter te praten of door met je voeten te stampen kun je de cliënt in actie zetten en geef je als het ware toestemming om datgene te doen waar de cliënt behoefte aan heeft om de gebeurtenis te kunnen verwerken. Zorg er wel voor dat je letterlijk blijft herhalen wat de cliënt zegt. Als deze geen woorden heeft maar gebaren doe je die na. Die gebaren begeleid je dan met de woorden “focus maar op”...

Onvoldoende activering

Het kan zijn dat ondanks de voorbereidingen de sessie toch niet zo loopt als je had gehoopt. Dit kan komen als de SUD niet hoger was dan 5. Het kan ook zijn dat een ander beeld in de film nog heftiger was maar zo erg dat de cliënt dat niet wil zien.

Het zou ook kunnen zijn dat de cliënt het heftigste beeld van toen nam en niet het heftigste beeld van nu. Bijvoorbeeld de cliënt kwam bloot te staan aan een ernstig misdrijf, maar werd door de politie niet serieus genomen.

Als je handbewegingen maakt verander dan eens het tempo. Door sneller of juist langzamer te gaan kan de cliënt net dat zetje krijgen wat hij nodig heeft om los te laten. Het komt voor dat cliënten controle willen blijven houden door veelvuldig af te wisselen en regelmatig TnT te gaan kun je deze controle doorbreken.

Het kan zijn dat de cliënt durft niet te vertrouwen op het proces, of op zijn brein, of op de therapeut. Het is dus van belang om goed aan de vertrouwensband te werken en goed uit te leggen zodat cliënt weet dat jij als therapeut weet wat je doet. Het komt voor dat cliënten denken dat het bij iedereen werkt behalve bij hun. Als ze dit zeggen tijdens de BS fase moet je hier gewoon op laten focussen en doorgaan met de BS.

Behandelaar wijkt af van het protocol

Voor het beste en snelste resultaat is het van belang om het protocol goed te volgen. Echter soms dwingt de realiteit om hiervan af te wijken. Zorg er dan wel voor dat je het te allen tijde weer op kunt pakken door terug te keren in je protocol. Zodra je begonnen bent met de desensitisatie fase moet je doorgaan totdat de SUD gedaald is naar een aanvaardbaar niveau of als dat niet lukt in ieder geval de goede zaken en inzichten benoemen en een PC installeren. Ook al zal die geen 7 worden, een stijging van 1 naar 2 is toch al een verdubbeling! Dat moet je dan ook zo benoemen om de cliënt positief af te kunnen laten sluiten.

Zorg ervoor dat je de tijd hebt om een sessie af te maken. Soms gaat het snel soms zakt de SUD traag. Door binnen een bepaalde tijd te willen blijven ga je haasten. Dit merkt een cliënt en dat komt de sessie niet ten goede.

Als je tijdens de BS fase de cliënt ruimte geeft voor een plaspauze is hij “eruit” heeft hij de controle weer en de SUD zakt niet. TnT gaan en opnieuw de MES benoemen kan dan nog wel helpen maar het wordt moeilijk om de sessie weer vlot te trekken.

Ook bij een heftige somatische reactie is het ook zaak om kalm te blijven en door te gaan met de BS. Dit kan ook op de voeten. Als iemand op de grond ligt.

BIJLAGE I - dag 1: De Hersenen

Achtergrondinformatie over de werking van het brein bij nare ervaringen en het verwerken daarvan.

Waarom is het van belang, iets te weten van de opbouw van de hersenen?

Dit stuk is bedoeld voor diegenen wiens vak het is om professioneel te communiceren met mensen en te werken met wat zij voelen en beleven. Als een van je doelen daarbij is om mensen beter te begrijpen en hen te helpen vastgeroeste patronen te veranderen, dan is het van belang iets te begrijpen van hoe mensen anatomisch en fysiologisch in elkaar zitten. Dit helpt ook om te verklaren waarom en hoe dingen misgaan in het leven van mensen en hoe dit tot psychologische problemen kan leiden. Ook kan deze kennis behulpzaam zijn om te begrijpen waarom psychologische patronen zo moeilijk te veranderen zijn, en om te ontdekken wat mogelijke ingangen zijn voor verandering.

Een schrijnend verhaal uit een Blijf van mijn Lijf-huis waar vrouwen heen gevlucht zijn na vaak jarenlange mishandeling door hun partner: een van de vrouwen had een nieuwe man leren kennen en vertelde vol trots hoe aardig hij was en hoe anders dan haar vorige partner, die haar en haar kinderen fors mishandeld had. Ze had een foto van haar nieuwe geliefde bij zich en liet deze rond gaan bij de andere vrouwen. Tot een van hen, toen ze de foto onder ogen kreeg, vol verbazing en afschuw uitriep: " Maar, dat is mijn ex...!"

De laatste eeuw is er veel onderzoek gedaan naar hersenen en gedrag. Freud begon zijn carrière als neuroloog, en heeft altijd geijverd voor wetenschappelijk onderzoek naar de relaties tussen hersenen en gedrag, hoewel hij de laatste tientallen jaren van zijn leven steeds meer psychotherapeut 'pur sang' was, die voornamelijk door analytische gesprekken zijn patiënten probeerde te genezen. Eric Berne heeft lang gedacht dat hij in de hersenen bepaalde gebieden zou kunnen aanwijzen als zetel voor respectievelijk 'Ouder', 'Volwassene' en 'Kind'. De laatste decennia wordt duidelijk dat deze gedachte niet klopt: hoewel een aantal gebieden in de hersenen speciale functies hebben, zijn er talloze verbindingen tussen elk van deze gebieden. Dit betekent ook dat na een beschadiging, bijvoorbeeld door een bloeding, gedeelten van de functies van een bepaald gebied door een ander gebied kunnen worden overgenomen.

Van belang voor een ieder die met psychologische processen werkt, is het feit dat alle mentale processen, zelfs de meest complexe (abstract denken, jezelf opofferen uit liefde voor een ander of voor een ideaal), ontstaan via processen in de hersenen, in de verbindingen tussen zenuwen en hersenkernen.

Alle functies van de geest weerspiegelen hersenfuncties.

Alle sociale processen weerspiegelen tot op zekere hoogte biologische functies.

Hoewel dit zo duidelijk lijkt te zijn dat het niet apart genoemd hoeft te worden, is het toch van belang dit te herhalen: we zijn zo geneigd om in een splitsing: of lichamenlijk, of psychisch te denken, dat het oefening vergt om steeds de complexe relatie tussen de twee voor ogen te houden. De details van de relaties tussen de anatomie van hersenen en zenuwcellen, en psychologische processen zijn nog slechts schetsmatig bekend. Een uitdaging voor de komende jaren is om deze relaties uit te werken op een manier die bevredigend is voor zowel neurologen en hersenbiologen als voor geesteswetenschappers zoals psychologen en psychiaters.

Daarnaast wordt steeds duidelijker wat het belang van de genetische aanleg is. De genetische aanleg bepaalt in eerste instantie het patroon van verbindingen tussen de hersenzenuwen en de verschillende hersengebieden. Vervolgens, vanaf de conceptie, gaan invloeden uit de omgeving ook een rol spelen op de verdere ontwikkeling van de hersenen: rechtstreeks, maar ook door een terugkoppelende invloed op de genen en de mate waarin de genen hun invloed uitoefenen. Dit betekent dus, dat de ervaringen, net zoals lichamelijke littekens op je huid zichtbaar zijn, ook fysiek vastgelegd worden in de zenuwen, de hersenen en de verbindingen. Als je de psychologie van jezelf of van andere mensen wil veranderen, betekent dit dus, dat je het anatomisch patroon van verbindingen tussen de zenuwcellen in de hersenen moet veranderen. Dit is mogelijk, waarschijnlijk door een proces van leren en belonen ('strooks') en daarmee het bekrachtigen van andere leerervaringen dan de gebruikelijke. Uiteindelijk zullen deze nieuwe leerervaringen leiden tot een verandering in de uiting van de genetische aanleg.

Bijvoorbeeld: *een vrouw is van jongs af aan mishandeld en vernederd door haar vader. Ze is ervan overtuigd dat ze niet de moeite waard is en het verdient om verwaarloost en gekwetst te worden. Ze komt een partner*

tegen die haar wél aardig en respectvol behandelt. In eerste instantie is ze geneigd hem het bloed onder zijn nagels vandaan te halen, tot hij haar net zo gaat vernederen als ze van vroeger uit gewend is. Als hij dat weigert, maar haar voor de keuze stelt: of je gaat in therapie, of ik verbreek de relatie, kiest ze voor het eerste. Geleidelijk aan krijgt ze inzicht in de patronen van vroeger en kan ze positieve strooks gaan verdragen, en vervolgens waarderen. Hiervoor zijn heel wat ervaringen nodig, binnen en buiten de therapie, gekoppeld aan uitleg en inzicht.

De opbouw van de hersenen en het zenuwstelsel

Een netwerk van neuronen. Het hele lichaam, dus ook de hersenen, bestaat uit cellen, met gespecialiseerde functies. De cellen waaruit de hersenen zijn opgebouwd, heten neuronen. De neuronen zijn met elkaar verbonden via axonen (of neurieten) en dendrieten: via vele dendrieten komen prikkels de zenuwcel binnen, worden daar verwerkt, en via één axon verlaten de prikkels de cel. Aan het einde van het axon is er contact mogelijk met de dendrieten van een of meer andere zenuwcellen. Dit contact is niet rechtstreeks, er zit een kleine ruimte tussen het axon van de ene en de dendriet van de andere zenuwcel: de synapsspleet. Terwijl de zenuwprikkel in de zenuwcel zich via een elektrische potentiaal door dendriet, cellichaam en axon verplaatst, gebeurt dit in de synapsspleet via een chemisch signaal: de neurotransmitter. De verschillende zenuwcellen zijn als sleutel en slot aan elkaar verbonden. Daarnaast zijn er ook cellen die uitsluitend de functie hebben om neuronen aan elkaar te verbinden: de gliacellen.

De hersenen bestaan uit ongeveer 100 biljoen neuronen en 100 triljoen verbindingscellen; er zijn dus meer verbindingscellen dan neuronen. Elk neuron heeft ongeveer 10.000 synapsen met andere neuronen; het aantal combinaties wordt daarmee ontelbaar.

De individualiteit van de mens wordt bepaald door deze verbindingen tussen de verschillende Zenuwcellen. Zelfs eeneiige tweelingen, die volkomen identiek zijn wat betreft genetisch materiaal, verschillen vanaf hun conceptie in de ervaringen die ze meemaken. Soms is de ene baby van de tweeling veel groter bij de geboorte dan de andere, en blijkt meer bloed via de placenta ontvangen te hebben dan zijn broertje of zusje. Dit is een voorbeeld van een verschil tussen de twee broertjes of zusjes van een eeneiige tweeling dat al in de baarmoeder ontstaat. Meteen vanaf de geboorte, zelfs als ouders hun kindertjes volkomen identiek kleden, zijn de ervaringen die de twee kindertjes opdoen, niet meer volkomen identiek en zullen er dus verschillende patronen van zenuwverbindingen gaan ontstaan.

De neiging is dat deze verschillen, naarmate een kind opgroeit, alleen maar duidelijker worden: als het ene kind veel van wilde spelletjes buiten houdt, zal zij dat veel doen en daardoor dus bepaalde vaardigheden ontwikkelen die daarbij passen; het andere kind dat liever zit te lezen, ontplooid weer andere vaardigheden. Zo worden dus verschillende patronen van zenuwverbindingen opgebouwd.

Groepen neuronen zijn met elkaar verbonden, vormen netwerken die verspreid zijn door de hele hersenen, en parallel zijn geschakeld. Deze neurale netwerken gaan, als ze herhaaldelijk geprikkeld worden (en herhaaldelijk betekend hier: miljoenen keren), geïntegreerde circuits vormen die met elkaar verbonden raken. Deze neurale netwerken hebben een centrale plaats via het concept ego-toestand: Ouder-Volwassene-Kind. De hersenen vormen een 'lerende machine' die steeds de ervaringen die je opdoet, toetsen op hun relevantie. Zo ontstaat er een referentiekader dat zelfbevestigend werkt: als we iets in ons hoofd hebben, zoeken we voortdurend bevestiging daarvan in de realiteit om ons heen en negeren dingen uit die zelfde realiteit die niet stroken met dit referentiekader.

De anatomie van de hersenen

Het centrale zenuwstelsel omvat de hersenen en het ruggenmerg. Via het ruggenmerg wordt alle informatie van de buitenwereld en van het lichaam zelf naar de hersenen gevoerd, en wordt informatie vanuit de hersenen teruggestuurd, het lichaam in. Het ruggenmerg mondt uit in de nek in het onderste stuk van de hersenen zelf: Het verlengde merg (medulla oblongata). Hierin zit een aantal centra voor vitale functies: spijsvertering, ademhaling en hartslag. Vlak daarboven, in je achterhoofd, zitten de kleine hersenen (cerebellum), van belang

voor het afstemmen van bewegingen en de coördinatie. Daarboven liggen de middenhersenen (mesencephalon), een coördinatiepunt van in- en uitgaande prikkels, waar ook de oog- en gehoorprikkels gecoördineerd worden. Daar weer boven liggen de tussenhersenen (diencephalon). Dit gebied bestaat uit de thalamus, een belangrijke schakelkern, via welke prikkels naar en van de hersenschors, de cerebrale cortex doorgegeven worden. Daarnaast bevinden zich in dit gebied, in de hypothalamus en de hypofyse, belangrijke verbindingen met de autonome (van de inwendige organen zoals het hart, de darmen) en de endocriene (de hormonen, het auto-immuun systeem) functies.

Ten slotte het gebied dat mensen onderscheidt van de andere zoogdieren: de hemisferen van de hersenen, de twee helften van de **hersenschors (cortex)** en daaronder belangrijke dieper liggende structuren: de **basale ganglia** die van belang zijn voor de bewuste bewegingen, de **hippocampus** voor het geheugen en de amygdala voor de emoties. Men denkt dat in de cortex onder andere gebieden zijn te onderscheiden voor het IQ, voor normen en waarden, voor het geloofstelsel (politieke en religieuze overtuigingen), voor de cognitieve stijl, voor het abstract denken en voor het gebruik van de taal.

Vaak wordt een onderscheid gemaakt tussen drie belangrijke gebieden waarop mensen zichzelf kunnen veranderen: denken, voelen en gedrag. Laten we eens kijken welke onderdelen van de hersenen bij deze gebieden betrokken zijn:

Het denken

Veel van het bewuste denken gaat via de hersenschors, de cortex. Daarnaast is het geheugen, dus de *hippocampus*, van belang. In de hersenschors zijn verschillende gebieden te onderscheiden voor verschillende functies onder andere:

De *motorische cortex* (bovenop het hoofd): deze zorgt voor bewegingen, de bewuste controle van spierbewegingen, en ook voor het geheugen van de aangeleerde motorische vaardigheden (je aankleden, fietsen, sporten etc.)

De *sensorische cortex* (tast, gevoel) (links en rechts opzij): hier wordt informatie ontvangen van de tast receptoren in de huid en de bewegingsreceptoren in de skeletspieren, waardoor het lichaamsgebied dat aangeraakt of gebruikt wordt, kan worden geïdentificeerd.

De *visuele cortex* (zien) (links en rechts achter): hier wordt visuele informatie ontvangen vanuit de retina (het netvlies) van de ogen. Interpretatie en evaluatie van deze informatie wordt 'zien' genoemd.

De *auditiële cortex* (gehoor) (links en rechter onder de sensorische cortex): geluidsenergie, doorgegeven via het oor, wordt vertaald in hoogte, ritme en luidheid. Dit gebied zorgt voor de waarneming van het geluid.

De *prefrontale cortex* (denken) (achter het voorhoofd): hierin worden alle aspecten van het denken verricht (complex leren, abstracte ideeën, redeneren, geweten, moreel oordelen). De binnenkomende informatie wordt beoordeeld en geïntegreerd, en verbonden met de uitgaande informatie naar geplande, bewuste bewegingen. Je zou kunnen zeggen dat de coördinatie tussen ego en superego hier plaatsvindt.

De laatste decennia is ontdekt dat de prefrontale cortex ook van belang is bij het werkgeheugen, het korte-termijn vasthouden van informatie, nodig voor allerlei dagelijkse zaken als een gesprek voeren, auto rijden, optellen. Hier vindt vermoedelijk de EMDR verwerking plaats.

Ook het autobiografisch geheugen, wie ben ik en wat heb ik meegemaakt in mijn leven, is in deze buurt, in de hippocampus, te vinden.

Hippocampus:

- Herinneringen en waarnemingen in een betekenisvolle context zetten.
- Functioneert als *episodische* of *vertelgeheugen* (feitelijk geheugen): onder woorden brengen van gebeurtenis/ervaring.

- In staat om impulsen te remmen: een verminderd functioneren van de hippocampus kan leiden tot ongeremdheid, impulsief gedrag, hevige emoties en mentale verwarring, overbeweeglijkheid en hyperactiviteit

Het voelen

Het je bewust worden van gevoelens en emoties gebeurt in delen van de cortex en van de middenhersenen: het hele gebied dat de taak van het voelen heeft, wordt ook wel het *limbische systeem* genoemd. Een mooi onderscheid vind ik tussen emoties en gevoel: emotie is de fysieke sensatie en gevoel is de bewuste ervaring. Dus je hart bonst = emotie; je bent bang = gevoel. Het limbische systeem wordt ook wel de viscerale ofwel de 'buik' hersenen genoemd vanwege de rol bij de emoties. Onder het limbische systeem vallen onder andere:

Thalamus: een coördinatiecentrum dat de sensorische informatie uit het lichaam ontvangt, en deze doorstuurt naar het juiste onderdeel van de hersenen.

Hypothalamus: controleert lichaamsfuncties zoals dorst, honger en temperatuur. Ook worden in de hypothalamus verschillende prikkels vanuit het lichaam en de ingewanden gecoördineerd en geïntegreerd en met uitgaande prikkels naar de ingewanden en het hormoonstelsel verbonden.

Hypofyse: produceert hormonen die van belang zijn voor de productie van bloedcellen, spijsvertering, evenwicht in vloeistoffen in het lichaam en stress.

Amygdala: de amygdala zijn een gebied waar angst en woede op een reflexmatige, primitieve manier ervaren worden. Bovendien spelen ze een rol bij de herkenning van gezichten. Door deze gecombineerde functie zou het kunnen dat de amygdala een rol spelen bij vroege, non-verbale injuncties: het kind ziet het gezicht van de ouders als ze iets zeggen, pikt tegenstrijdige non-verbale signalen op, bijvoorbeeld tussen 'Ik hou echt van je' en een boze uitdrukking op het gezicht van de ouder; de non-verbale afwijzing in het gezicht van de ouders wordt dan overgenomen als een vroege injunctie.

Locus coeruleus (hersenstam): dit is het centrum waar de arousal, de vecht-vlucht reactie vanuit ontstaat; binnenkomende informatie wordt heel snel beoordeeld, zonder tussenkomst van het denken. Hier zit ook het zogenaamde emotioneel geheugen: de functie waarmee je bijvoorbeeld als je op een bepaalde plaats komt of een bepaalde geur ruikt, meteen een bepaalde emotie ervaart.

Siegel; (The developing mind) suggereert een raamwerk voor emoties:

We oriënteren ons op een nieuwe stimulus (via de formatio reticularis): *je loopt in het donker in je eentje over straat en hoort voetstappen achter je;*

We maken een oordeel: goed/slecht, prettig/onprettig (via de amygdala): *dit is niet prettig, er kan iets naars gebeuren.* We activeren verschillende neurale netwerken waardoor golven van energie worden opgewekt (anderen kunnen dit non-verbaal aan ons merken). Dit zijn de 'primaire emoties', die waarschijnlijk via de niet-dominante hemisfeer (meestal rechts) worden opgepikt. Verschillende emoties doorlopen verschillende patronen in de hersencircuits: *ik ben bang*; we differentieren deze primaire emoties (golven van energie) in verschillende taalkundige categorieën die vervolgens benoemd worden als meer complexe 'emoties' (hierbij speelt de neocortex, speciaal van de dominante hemisfeer, een rol): *ik ben bang, ik ben alleen, ik voel me bedreigd, kan ik me verweren? Kan ik om hulp roepen? Kan ik vluchten? Ik wil me niet zomaar laten pakken. Misschien is het iemand die niets kwaads in de zin heeft. Enz. Enz.*

Het gedrag

Hierbij is de motoriek, het uitvoeren van handelingen en bewegingen, van groot belang. Verschillende delen van de hersenen spelen hierbij een rol, onder andere ook weer de cortex voor het aansturen van bewuste bewegingen. Daarnaast zijn er nog een paar gebieden essentieel: de basale ganglia en het cerebellum: in deze gebieden is het motorische geheugen gelegen: hoe moet je ook al weer lopen, bewegen en je evenwicht bewaren. Bij multipale sclerose wordt ook het cerebellum aangetast en kunnen mensen niet meer gecoördineerd

lopen. Als je bovenstaande probeert te koppelen aan de ego-toestanden, krijg je het volgende: -de Ouder: de normatieve en kritische functie is vooral gelegen in de prefrontale cortex. De Zorgende functie is verspreid over verschillende gebieden en heeft niet een dergelijk duidelijke lokalisatie. -de Volwassene: het vermogen tot evalueren, rationaliseren en analyseren zit bij rechtshandige mensen meestal in de linker hersenhelft. -het Kind: intuïtie, creativiteit en de vroege preverbale ervaringen, gekoppeld aan emoties, zitten veelal in de rechterhersenhelft. Deze hersenhelft is meestal dominant; dit klopt dus ook met het uitgangspunt in de transactionele analyse dat het Kind de bron is van vitaliteit en energie, en de meest bepalende egotoestand. Door alle verbindingen echter tussen de verschillende hersengebieden, en het herstelvermogen van de hersenen als er beschadigingen optreden, is het moeilijk om de ego-toestanden echt te lokaliseren; ze zijn niet beperkt tot bepaalde hersengebieden.

De werking van het cerebellum als er tijdsdruk is...

Als er voldoende tijd is, gaat de prikkel door van de amygdala naar hogere hersencentra zoals de hippocampus; en van daaruit naar de cortex waar emoties bewust worden ervaren en geëvalueerd. Bij angst ontstaat er allereerst een autonome, reflexmatige opwindingsreactie gemedieerd door de amygdala, maar vooralsnog zonder bewustzijn. Pas als de hippocampus betrokken raakt, ontstaat er een bewustzijn van het gevaar. Zo kan je dus twee wegen onderscheiden waarlangs die prikkels kunnen gaan:

De 'grote, openbare' weg, via de sensorische thalamus en de sensorische cortex; op deze manier wordt de situatie cognitief verwerkt. En de 'snelle en vuile' weg, waarbij de cortex niet wordt bereikt en de stimuli alleen de amygdala bereiken, via een ruwe representatie van de stimulus. Dit is noodzakelijk als snelle actie van levensbelang is (Burgovics-Heiler).

Bij het voorbeeld van hierboven: je loopt 's avonds alleen door een donkere straat en hoort voetstappen achter je. De cognitieve weg zou zijn: luisteren naar de voetstappen, je afvragen wie het zou kunnen zijn, ontkijken om te zien of het een bedreigend iemand zou kunnen zijn, enz. De primitieve, snelle weg is: je hart gaat sneller kloppen, je voetstappen versnellen zich, je gaat sneller ademen en je hele lichaam maakt zich op voor een 'vechten-of-vluchten' reactie.

Sympathisch en parasympathisch zenuwstelsel

Daarnaast wordt nog onderscheid gemaakt tussen de sympathische en de parasympathische functie van het zenuwstelsel. Het gaat hierbij om het regelen van de meest basale lichaamsfuncties:

Ademhaling, bloedsomloop, groei, voortplanting, stofwisseling. Door het sympathische systeem wordt het lichaam ingesteld op activiteit, en door het parasympathische systeem op rust. Dit betekent dus dat het sympathische systeem het hart sneller zal laten kloppen maar de spieren en klieren in het maag-darm kanaal zal afremmen; en voor het parasympathische systeem geldt het omgekeerde. Deze beide functies, sympathisch en parasympathisch, worden ook wel het vegetatieve of autonome zenuwstelsel genoemd.

De neurotransmitters: de boodschappers van het brein

De signalen tussen het lichaam en de hersenen worden doorgegeven via chemische stoffen, die neurotransmitters genoemd worden. Van deze neurotransmitters zijn er waarschijnlijk honderden verschillende; de meeste hiervan kennen wij niet.

De bekendste neurotransmitters zijn:

Dopamine: heeft een belangrijke functie bij het reguleren van de motoriek en ander gemotiveerd gedrag; een tekort aan dopamine wordt gevonden bij de ziekte van Parkinson, en bij schizofrenie; bij sommige vormen van agressie wordt een verhoging van de spiegel van dopamine gevonden.

Serotonine: heeft een functie in het reguleren van de stemming; serotonine is vaak verlaagd bij depressie en ook bij bepaalde vormen van agressief gedrag; echter ook een verhoging van het serotonine niveau kan tot agressie leiden. Ook lijkt serotonine de aanmaak van nieuwe hersencellen te bevorderen. Acetylcholine: de neurotransmitter van het parasympathische zenuwstelsel; deze stof is vaak verlaagd bij de ziekte van Alzheimer en is verhoogd bij agressie.

Noradrenaline: de neurotransmitter van het sympathische zenuwstelsel; deze stof is ook verhoogd bij agressie.

Uit bovenstaande kun je opmaken dat agressie een complex verschijnsel is, waarbij een aantal verschillende neurotransmitters een rol spelen. Deze neurotransmitters hebben met ongeveer 250.000 neuronen contact (dat is dus maar een heel klein deel van het totale aantal van het 100 biljoen!), en deze speciale neuronen zorgen voor het verfijnt "intunen" van al die andere neuronen. De meeste psychofarmaca werken op deze vier ons bekende neurotransmitters in. De natuur is conservatief en blijft steeds dezelfde mechanismen gebruiken: het serotonine systeem is 300 miljoen jaar oud. Ouder dan het menselijk leven!

Bijlage II - dag 1: Toepassing van EMDR

EMDR bij Trauma I type (psychotrauma enkelvoudig)

PTSS komt voor bij 8% van de bevolking boven de 18 jaar. In 80% van de gevallen is een comorbiditeit met depressie, verslaving, een andere angststoornis of dissociatieve stoornis. Psychotrauma is in essentie een herinnering. Een herinnering aan een gebeurtenis die te heftig was om te verwerken. De symptomen van de traumaherinnering zijn meestal intrusieve disfunctionele gedachten en gevoelens. Cognities als 'ik ben in gevaar', of, 'ik ben slecht', of 'ik ben weerloos'. Deze cognities waren wellicht niet disfunctioneel tijdens de gebeurtenis, maar wel in het heden. De cliënt ervaart ook vaak arousal: een snellere hartslag, zweten, druk op de borst of keel, enz. Dit zijn de lichamelijke componenten van de trauma-affecten zoals de cliënt die ervoer tijdens de gebeurtenis. Als gevolg van deze onverwerkte herinneringen kunnen andere problemen ontstaan die het leven ontwrichten: slaapproblemen, concentratieverlies, vermijdingen, depressie en verlies van autonomie.

Het doel van EMDR bij verwerking van psychotrauma is tweeledig:

1. Afname van trauma-affect bij de traumaherinnering
2. Toename van functionele informatie bij de traumaherinnering

In het *EMDR-protocol* gebeurt dat ook in die volgorde. De reden daarvoor is dat het brein waarschijnlijk effectiever in staat is functionele informatie aan de traumaherinnering te koppelen als het deze rustig kan evalueren. De arousal moet daartoe laag zijn. Shapiro (2001) stelt dat de mens beschikt over een Adaptief Information Processing systeem (AIP). Het AIP is intuïtief en helend en verwerkt het traumatische herinneringsmateriaal. Zij vergelijkt het onder andere met het mechanisme dat tijdens de droomslaap (rapid eye movement sleep) gebeurtenissen van de dag verwerkt.

Waarom deze therapie soms zo goed werkt is moeilijk te zeggen. Zelf vermoed ik een soort van *onbewuste verwerking* zoals we die bijvoorbeeld in de REM-slaap zien. Hierbij postuleer ik dat we tijdens dromen allerlei zaken verwerken. Dat stel ik gezien het volgende onderzoek: als we proefpersonen continu wakker maken zodra zij dromen (de REM-fase) – zij mogen wel lang in de diepe slaapfase vertoeven – dan worden zij binnen enkele dagen psychotisch. Met andere woorden: zij verwerken geen dagresten, stressmomenten of teleurstellingen meer.

De REM-fase zorgt blijkbaar voor psychisch evenwicht. Zonder dromen draaien we door. Dit soort onderzoek is uiteraard heden ten dage verboden – maar indien we in plaats van mensen katten nemen – dat mag nog wel – zijn de resultaten dezelfde: na een dergelijk 24 tot 36 uur beginnen de poezen al aardig dol te worden, ze deinzen terug voor niet-bestaand gevaar (positieve hallucinatie), ze reageren agressief op amper waarneembare prikkels, ze wisselen ongelooflijk snel van stemming, enzovoorts. Getraumatiseerde mensen dromen *meer* dan normale figuren. Dit zou eveneens te maken kunnen hebben met onbewuste pogingen van het organisme om de afgrijselijke ervaring enigszins te verwerken/integreren. De REM-fase zorgt er ook voor dat nieuwgeleerd materiaal wordt onthouden. Als we namelijk proefpersonen continu wakker maken zodra zij dromen, dan blijken nieuwgeleerde vaardigheden verloren te gaan.

Samengevat:

Tijdens de REM-slaap is het meest opvallende dat onze ogen zo heen en weer schieten – dit stimuleert *beide* hersenhelften – *misschien is verwerking/integratie niets anders dan een actief stimuleren van beide breinhelften* terwijl we op een of andere manier met psychisch materiaal bezig zijn – of dat nu traumatisch van aard of juist gezellig is, iets van lang vervlogen tijden of juist iets zo-pas geleerds betreft. EMDR bootst de REM-fase na: de cliënt is (desnoods warrelig – dromen zijn ook niet altijd logisch of genuanceerd) bezig met materiaal terwijl hij tegelijkertijd beide hersenhelften intensief stimuleert, en *bovenal de uitwisseling tussen limbisch systeem en neocortex versterkt*. Dit kan door zijn ogen heen en weer te laten schieten – of door naar geluiden te luisteren die afwisselend bij zijn linker- en rechteroor opklinken – of door goed te letten op tikjes die hij afwisselend op bijvoorbeeld zijn linker- en rechterknie ontvangt.

Een andere frappante ervaring van therapeuten die met deze techniek werken is dat het lang niet altijd door de cliënt persoonlijk beleefde ervaringen zijn die naar de oppervlakte komen. Sommige cliënten komen met

absurde verhalen, maken gekke associaties tussen uiteenlopende geschiedenissen, ze springen van de hak op de tak of komen met droomachtige beelden. Toch werkt ook dat helend.

Blijkbaar is het niet eens belangrijk wat er allemaal in ons geheugen opgeslagen ligt – het is voor therapeutische doeleinden veel belangrijker dat onverteerde resten van wat dan ook – dromen, gedachten, films, nachtmerries, romans, fantasieën, horror-stories, wensen en angsten – onbelemmerd geïntegreerd worden in ons systeem. En blijkbaar is het daarvoor noodzakelijk dat de verschillende delen van de hersenen goed op elkaar ingespeeld raken. De communicatie tussen de twee hersenhelften met simpele technieken verbeteren blijkt cliënten in staat te stellen snel en doeltreffend hun problemen op te lossen.

Beoefenaren van deze therapievorm zien na enkele sessies dat de negatieve beelden, affecten en cognities ‘verwateren’ en minder toepasselijk voelen – terwijl de positieve affecten en cognities juist levendiger en waardevoller worden.

Relatie tussen PTSS en REM-slaap

In de REM-slaap verwerken we ervaringen en bewerken we ervaringsinformatie als voorbereiding op een toekomstig strategisch gebruik. In de REM-slaap zijn de neocortex en het cingulum sterk actief. In het cingulum komen emoties en intellect bij elkaar. In de REM-slaap absorbeert de neocortex het hippocampusgeheugen (de feitenvolgorde) waardoor rijkere en diepere betekenissen in de neocortex ontstaan. Op die manier komt in de kleine hippocampusysteem daardoor ruimte vrij voor weer nieuwe *episodes*. Vandaar dat de hippocampus ook wel het *episodische geheugen* wordt genoemd. Dit geheugen raakt geïntegreerd in het uiteindelijke *lange-termijn-geheugen* – of de episodische herinnering vervaagt en gaat vaak verloren. Dit systeem werkt niet meer bij PTSS – door de verhoogde afscheiding van cortisol en serotonine. De hippocampus ‘raakt vol’, kan geen nieuwe feiten opnemen, kan zijn eigenlijke taken niet meer uitvoeren – gevolg; een soort burn-out... In de REM-slaap bewegen de ogen snel heen en weer. Dit gaat samen met een hersenactiviteit in de vorm van PGO-golven (activiteit in de gebieden: de Pons, het Geniculaire deel van de thalamus en het Occipitale gebied van de neocortex). Bij mensen met PTSS zijn de PGO-golven verminderd. Dit kan met EMDR worden gereactiveerd.

Hersenactiviteit en het ontstaan van PTSS

1. De verwerking van de traumatische ervaring kan niet plaatsvinden omdat de neocortex geen invloed heeft op de losse beelden en heftige gevoelens en de herinnering niet kan worden opgenomen in het taal/semantisch geheugen van de neocortex.
 - Overmatige activiteit van amandelkernen bij trauma stimuleert noradrenaline.
 - Door noradrenaline vermindert de activiteit van de hippocampus, waardoor de ervaringen niet goed verwerkt worden en de beelden (in neocortex geheugen) en emoties (amandelkern geheugen) als losse ‘herinneringsflarden’ worden opgeslagen (zonder context).
 - De hippocampus is minder actief en heeft geen remmende functie op emoties.
 - Het zijn gevoelsherinneringen die worden opgeslagen in de amandelkernen, die geactiveerd kunnen worden zonder dat iemand begrijpt wat de oorzaak is.
 - De amandelkernen zijn overgevoelig en reageren direct op prikkels van buitenaf die geassocieerd zijn met de trauma ervaring. Er zijn heftige gevoelens en lichamelijke reacties.
 - De neocortex is ook actief bij het verwerken van herinneringsbeelden (flashbacks).
 - Het taalgebied in de neocortex is niet actief: verklaart het moeilijk praten over traumatische ervaringen.
 - Er is ook een vermindering van het werkgeheugen in de voorste delen van de neocortex (het gebied waarmee het bewuste denken het alarmsignaal afzet of afzwakt).
2. De verwerking kan ook niet plaatsvinden omdat activerende prikkels zoveel mogelijk buiten gehouden worden door vervreemding van de buitenwereld.
 - Overmatige activiteit van amandelkernen bij trauma stimuleert endorfine.
 - Door endorfine is er een dissociatiereactie om emoties te dempen.
 - Door verdoving en vervlakking van het gevoel zijn er minder positieve activiteiten en voldoening, en is de kans op een depressie groot.
 - Er is geen dempende invloed op de alarmwerking van de amandelkernen.

3. De verwerking wordt ook belemmerd door een verstoorde droomslaap.
 - Droomslaap wordt verstoord door grote hoeveelheden noradrenaline.
 - Dagelijkse ervaringen worden niet goed verwerkt, wat de overgevoeligheid van de amandelkernen stimuleert.

Samengevat:

Bij PTSS functioneert het limbisch systeem niet goed. De amandelkernen zijn door de trauma-ervaring overgevoelig geworden en reageren hyperactief op onverwachte indrukken en prikkels die triggeren. Het vertrouwen in het lichaam neemt af en de angst neemt toe. De droomslaap wordt verstoord.

Bijlage III - dag 1: Diagnostische criteria van PTSS volgens DSM-IV

Criterion A:

De betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende van toepassing zijn:

1. Betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of anderen.
2. Tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw. Bij kinderen kan dit zich uiten in chaotisch of geagiteerd gedrag.

Criterion B:

De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op één (of meer) van de volgende manieren:

1. Recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen. Bij kinderen vaak terugkerende spelletjes, waarin aspecten van het trauma worden uitgedrukt.
2. Recidiverend akelig dromen over de gebeurtenis.
3. Handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (inclusief het gevoel van opnieuw beleven, illusies, hallucinaties en dissociatieve episodes met flashback).
4. Intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.
5. Fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.

Criterion C:

Aanhoudende vermijding van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende:

1. Pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma te vermijden.
2. Pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden.
3. Onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren.
4. Duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten.
5. Gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen.
6. Beperkt uiten van affect (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben).
7. Gevoel een beperkte toekomst te hebben.

Criterion D:

Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende:

1. Moeite met inslapen of doorslapen
2. Prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen
3. Moeite met concentreren
4. Overdreven waakzaamheid
5. Overdreven schrikreacties

Criterion E:

Duur van de stoornis langer dan één maand.

Criterion F:

De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen op belangrijke terreinen zoals sociaal of beroepsmatig functioneren.

Lange termijn gevolgen van chronische stress

- Kleinere hippocampusinhoud door het hormoon cortisol.
- Onafhankelijk functioneren van twee hersenhelften.
- De geringere variatie in hersenactiviteit → positieve gevoelens worden vlakker ervaren.

Bijlage IV - dag 1: Vermoedelijke werkzame factoren EMDR (2006)

EMDR → Versnelde Informatie Verwerking

Bij EMDR gaat men uit van ‘geheugennetwerken’. De cliënt moet niet alleen de originele traumatische ervaring verwerken c.q. integreren, maar ook alle ermee geassocieerd geraakte ervaringen en triggers.

Traumatische herinnering

In dit verband is het frappant dat de van oorsprong Nederlandse psychiater Bessel van der Kolk – die in Boston aan het prestigieuze MIT, onderzoek doet naar de effecten van trauma en naar de effectiviteit van verschillende therapieën – door middel van moderne scanningstechnieken *bij getraumatiseerde individuen een minder goede samenwerking* tussen verschillende gedeeltes van de hersenen vindt.

Dit zou er op kunnen wijzen dat bij de ernstig getraumatiseerde personen informatie ‘zoek’ kan raken. Vooral het gedeelte van de dominante hersenhelft dat zich met taal bezighoudt, vertoont weinig connecties met gevoelsmatige reacties in *beide* hersenhelften. (De neocortex vertoont weinig connecties met de gevoelsmatige reacties in het limbisch systeem in vergelijking met ‘normale’ personen.)

Dit zou kunnen verklaren waarom getraumatiseerde personen zo toonloos over het gebeurde kunnen spreken. Of waarom ze op andere momenten ineens in hevige gevoelsuitbarstingen kunnen schieten, waarvoor ze amper woorden hebben, waarvan ze soms zelfs niet eens begrijpen waarom die emoties op dat moment zo heftig zijn. Tegelijk zou het kunnen verklaren waarom veel getraumatiseerde personen vinden dat ‘alleen maar praten over het gebeurde’ ook weinig oplost. Terwijl alleen maar herbeleven ook weinig effect heeft. Als belangrijkste effect van veel herbeleving zien we over het algemeen de emotionele uitglijders slechts toenemen. Hoewel deze gek genoeg voor de betrokkene soms als een vooruitgang voelt: “Er gebeurt tenminste weer van alles – dat moet wel goed zijn.” De emotionele instabiliteit die continue herbeleving bij ernstig getraumatiseerde personen kan veroorzaken, geeft grote kans op dissociatieve verschijnselen.

Bessel van der Kolk vond deze resultaten bij cliënten toen hij de effectiviteit van rationele gespreks-therapieën vergeleek met emotioneler getinte ‘recovered memory’ (hervonden herinnering) procedures.

Tot zijn eigen verbazing was de therapie waarvan hij aanvankelijk absoluut niet gecharmeerd was – hij moest zelfs walgen van de claims van sommige beoefenaars – de effectiefste: EMDR. Hij vond zelfs dat de claims juist waren; 3 sessies EMDR staan gelijk aan 50 sessies cognitieve therapie of 50 sessies herbeleving.

Samenvatting van de begrippen

Keuze van trigger(film/gebeurtenis): Dit hangt van de cliënt af. Bij erg angstige cliënten is het wellicht goed niet met het zwaarste trauma te beginnen. Bij minder angstige cliënten is het wellicht juist goed het ergste gebeuren ook het eerst aan te pakken: de cliënt voelt zich goed over het bereikte, en er komen geen onwelkome verrassingen verderop in therapie (het kan namelijk nogal demotiverend werken als er iedere sessie steeds zwaarder spul naar voren komt). Het ergste trauma direct aanpakken heeft ook nog als voordeel dat de eventuele therapeutische effecten meteen generaliseren naar de totale psychische make-up/de naweën van mindere traumata. (dit geldt voor trauma I en angsten)

Om een trauma blijvend te elimineren/integreren is het van belang de volgende doelen door te werken: de traumatische gebeurtenis zelf – eventuele flashbacks/nachtmerries – de aanhangige traumata.

Het target(beeld/moment): Dit is het herinneringsbeeld van het moment dat de cliënt in het HIER en NU het naarst vindt. De therapeut vraagt naar een visueel beeld. Shapiro stelt dat het wenselijk is om naar een beeld te vragen. Soms komt het voor dat een cliënt geen beeld heeft, maar een geluid (‘de knal’) of een geur (‘de aftershave van de vader’). Heel soms komt het voor dat de cliënt noch een beeld, noch een geluid of geur heeft. In die gevallen raadt Shapiro aan te werken met: ‘de gebeurtenis’. Je kunt de cliënt eventueel een tekening laten maken van dat moment. Expliciete benoeming van het naarste herinneringsbeeld heeft twee functies: het helpt het trauma te activeren de allereerste keer tijdens de verwerkingsfase en bij de evaluatie kan de therapeut navragen hoeveel emotionele lading de cliënt nog voelt bij het beeld.

Het denken – emotie - somatic(M.E.S): Vervolgens vraagt de therapeut naar het gevoel of de gevoelens en emoties die de cliënt heeft als hij aan het beeld/moment denkt. Tevens vragen we waar het in het lichaam ervaren wordt waarna de subjectieve waarde van pijn/gevoel wordt ingeschaald.

Subjective Unit of Distress (SUD): De therapeut vraagt naar de hevigheid van deze nare gevoelens of spanning op een schaal van 0 naar 10, waarbij 0 neutraal is en 10 `zo hevig als je ook ten tijde van de gebeurtenis niet

voelde'. De reden voor deze verwoording is een metacommunicatie naar de cliënt: je ervaart het nu al minder dan ten tijde van de gebeurtenis. Impliciet laat de therapeut hiermee weten dat een stukje verwerking al heeft plaatsgevonden. Zo helpt hij de cliënt ook hier bij de 'containment' van de herinnering.

De negatieve cognitie (NC): Met het beeld, gedachte, gevoel in gedachten wordt een negatieve cognitie (gedachten, opvattingen) geformuleerd (NC). Daarbij gaat het om de dysfunctionele betekenisgeving, d.w.z. de betekenis die de ervaring voor jou persoonlijk heeft gekregen en die de ervaring voor jou traumatiserend maakt in het NU. Daarbij is belangrijk dat deze op jouzelf betrekking hebbende cognitie nog steeds geldt en dat ze gekoppeld is aan een sterk gevoel. Vaak gaat het om thema 's (in vakjargon domeinen) als zelfverwijt ("Ik heb gefaald"), schuld of verantwoordelijkheid ("ik ben schuldig" of "het is mijn schuld"), veiligheid ("Ik loop gevaar"), kwetsbaarheid ("ik ben te zwak, niet sterk genoeg"), mate van zelfwaardering ("Ik ben waardeloos, laf of stom") of verlies van controle ("Ik ben hulpeloos" of "Ik ben machteloos").

De positieve cognitie (PC): Nadat de negatieve cognitie is gevonden vraagt de therapeut naar de gewenste positieve cognitie bij het beeld. Dit doet hij meteen daarna om de balans te herstellen die hij naliet na het negatieve focus. Hier helpt hij de cliënt zich te richten op een positief doel ten opzichte van de NC (opposite). De positieve cognitie heeft als kenmerken: hij ligt in hetzelfde cognitieve domein als de negatieve, hij geeft kracht, hij is indien mogelijk op identiteitsniveau in plaats van op gedragsniveau, hij is, geformuleerd zonder het woord 'niet' en hij is gesteld in de tegenwoordige tijd. Bijvoorbeeld: 'ik ben waardevol', 'ik ben krachtig', of 'ik ben nu veilig'. Bij het formuleren van de positieve cognitie is het van belang om te beseffen dat semantische omschrijvingen kunnen verschillen per persoon. Zo komt het regelmatig voor dat cliënten een positieve cognitie noemen die schijnbaar in een ander domein liggen dan de negatieve, maar dat bij navraag toch niet het geval blijkt. De vraag voor de therapeut is of de positieve cognitie in staat is om de negatieve geheel te neutraliseren. Dat vraagt de therapeut bij twijfel na. "Als je volledig zou beschikken over ... (noem de positieve cognitie), is het dan nog mogelijk om ... (noem negatieve cognitie) te ervaren?"

Validity of Cognition (VOC): Dan vraagt de therapeut hoe geloofwaardig de positieve cognitie is ten opzichte van de SUD op een schaal van 1 tot 7, waarbij 1 een klein beetje geloofwaardig is en 7 gewoon geloofwaardig. Ik benoem 1 als 'een klein beetje geloofwaardig' omdat het therapeutisch niet wenselijk en ook niet aannemelijk is om bij 0 te beginnen. 'Ergens' weet de cliënt wel dat de positieve cognitie waar is. En zeker NU op dit moment, in tegenstelling tot het moment van de gebeurtenis zelf. Soms is enige uitleg hierover op zijn plaats en nuttig voor de verdere verwerking.

Desensitisatie (BS): begint door een éénmalige optimale activering van het trauma met gebruikmaking van het beeld, de negatieve cognitie, de emotie en de plaats in het lichaam. Optimale activering is niet gelijk aan de meest hevige. Het is de mate van activering die optimaal is voor verwerking. Dat is waarschijnlijk niet de meest hevige, maar wel een herinnering met stevige arousal.

De meest gemaakte fout van therapeuten is dat ze de woorden van de cliënt in deze fase samenvatten of inhoudelijk ingaan op hetgeen de cliënt meldt. De enige keren dat de therapeut even praat is als de cliënt aangeeft te willen stoppen of als de cliënt procedurele, niet met het trauma te maken hebbende dingen zegt, zoals: "doe ik het wel goed?" of "de oogbewegingen gaan te snel" of "ik word afgeleid van je gezicht als ik oogbewegingen maak". Na bespreking ervan gaat de cliënt weer back to target, maar nu ZONDER negatieve cognitie: "Neem het beeld weer voor je, wat krijg je nu?" Een andere beginnersfout van therapeuten is dat ze soms terug naar target gaan waarbij ze de cliënt weer instrueren om de negatieve cognitie te denken.

"Ik raad aan om ook hier gewoon letterlijk te herhalen en door te gaan met de BS en niet ingaan op 'doe ik het wel goed'. Dit bevordert de effectiviteit van het desensitisatie proces zonder stagnatie". (René Veraar 2006)

Interferentie bij verwerkingsfasen

Als het goed is kan de therapeut vertrouwen op het zelfhelend vermogen van de cliënt tijdens de desensitatiefase en de automatiseringsfase. Meestal vindt desensitisatie plaats en automatisering van functionele gedachtenprocessen. Interferentie van verwerking kan blijken uit een proces dat 'looping' heet. Hierbij noemt de cliënt telkens dezelfde disfunctionele associaties. Hij blijft er als het ware in hangen. Ook kunnen er blokkerende overtuigingen zijn als: 'bij mij gaat dit toch niet lukken'. Mogelijke oorzaken voor deze interferentie van verwerking zijn:

Onvoldoende veiligheid van de cliënt. Tijdens het trauma ervoer de cliënt meestal gevaar. Als er in de verwerkingsfase in de therapiekamer onvoldoende veiligheid ervaren wordt, dan interfereert deze ervaren onveiligheid met het trauma en vindt onvoldoende verwerking plaats.

Dwingende therapeut. Een enthousiaste therapeut legt soms teveel nadruk op de kracht van EMDR en wil het de cliënt aanpraten terwijl die nog niet zover is. De therapeut moet eerst meer uitleg geven, of de cliënt heeft meer tijd nodig om bijvoorbeeld nog te praten over de gebeurtenis.

Ziektewinst. Dan helpt niets, ook EMDR niet. De therapeut moet de ziekte winst bespreekbaar maken en komen tot een effectief behandelplan.

Als de huidige situatie voor de cliënt nog steeds onveilig is, helpt EMDR niet voldoende. Als de verkrachter nog rondloopt en geen straatverbod heeft, als de mishandeling nog steeds plaatsvindt, als uitzetting uit het land elk moment dreigt, enz. De huidige situatie dient op een praktisch niveau relatief veilig te zijn voordat EMDR effect heeft.

Feeder memory. Dat is een andere herinnering dan de traumatische herinnering die de affectieve lading van de traumatische herinnering versterkt. Deze herinnering(en) kan/kunnen tijdens de verwerkingsfase, maar ook tijdens de installatie van de VOC gedeeltelijk in het bewustzijn komen. Soms worden zij in de associatieketen verwerkt met BS-sets, vaak moeten zij met een apart basisprotocol worden verwerkt.

Blokkerende overtuigingen: 'Ik kan het niet', 'het lukt bij mij toch niet', 'ik verdien het niet om het te overwinnen'. Dit zijn overtuigingen die een verwerking kunnen blokkeren. Als dat het geval is dan bespreekt de therapeut de herkomst van de disfunctionele overtuiging en verwerkt de eraan ten grondslag liggende herinneringen met het basisprotocol. Daarna kan hij verwerking van de oorspronkelijke traumaherinnering met meer kans op succes hervatten.

Contra-indicaties (voorzichtigheid geboden)

De meest duidelijke contra-indicatie voor toepassing van EMDR is de incompetentie van de behandelaar om een cliënt met een bepaalde stoornis te behandelen. De behandelaar moet een opleiding hebben gevolgd die hem in staat stelt om de stoornis met kennis van zaken te behandelen. In Nederland waken vakverenigingen in samenwerking met cliënten organisaties en financiers (vaak de zorgverzekeraars) over de competentie van de behandelaar. Als de behandelaar competent is om te behandelen bestaan er geen harde contra-indicaties bij EMDR. Shapiro spreekt terecht over cliënt veiligheid factoren. Dit zijn factoren die een rode vlag (pas op!) vormen voor de toepassing van EMDR en die de behandelaar in beschouwing moet nemen als hij met de cliënt de risico's bespreekt:

Hartklachten (overleg als behandelaar met de cardioloog of het ervaren van hevige emoties een risico voor de cliënt vormt), hartklachten zijn soms zo ernstig dat zij een absolute contra-indicatie vormen;

Middelengebruik, vooral als het gebruik klachtcontingent is, voor tijdcontingent ingenomen middelen geldt geen contra-indicatie; ook middelengebruik kan dermate ontwrichtend zijn dat het een absolute contra-indicatie is;

Het gebruik van antidepressiva is geen contra-indicatie (soms melden therapeuten dat een rest desensitisatie nog nodig is na afbouw van de medicatie, vaak kan het verwerkingsstelsel van de cliënt dan de rest van het trauma verwerken);

Cliënten met een grote disbalans in draagkracht en draaglast, die daardoor emotioneel instabiel zijn; eerst moet dan een grotere evenwichtigheid worden bereikt.

De inschatting daarvan is een klinische inschatting van de behandelaar in samenspraak met de cliënt; *Het lijden* aan schizofrenie of persoonlijkheidsstoornissen;

Dissociatieve Identiteitsstoornissen vormen een uitdaging voor de daarvoor opgeleide behandelaar. Shapiro geeft uitgebreide instructies om EMDR op een verantwoorde manier in een behandelplan van DIS-clienten op te nemen;

Ook ernstig depressieve cliënten en cliënten die meervoudig zijn getraumatiseerd dienen eerst gestabiliseerd te worden voordat verwerking met EMDR geïndiceerd;

Cliënten die moeite hebben met affecttolerantie en hun spanning niet kunnen verminderen dienen eerst te leren hoe ze hun spanning kunnen reguleren. Vaak kan dat door ontspanningsoefeningen of andere geleide fantasieën te oefenen;

Cliënten met epilepsie kunnen beter met auditieve of tactiele stimulatie worden behandeld. Shapiro noemde drie gevallen waar tijdens de verwerking met een absence optrad. In twee ervan ging dat over na verdere verwerking met andere dan oogbewegingen evenals bij een derde cliënt waarbij de therapeut als BS een lightbar gebruikte, een balk met een rij lampjes die van links naar rechts aan en uitgaan.

Bij felle reacties

- De cliënt er aan herinneren dat hij/zij “hier nu” veilig is.
- De cliënte er aan herinneren dat hij/zij “hier nu op een veilige plaats” is.
- Dissociatie en dubbele dissociatie: “je kijkt naar een filmbeeld (tv-beeld) waarin jij de hoofdrol speelt” & “je kijkt vanuit de projectie-cabine naar jezelf in de zaal die naar een filmbeeld kijkt waarin jij de hoofdrol speelt”.
- Andere visuele submodaliteiten manipuleren (van kleur naar zwartwit, van helder naar vaag, van groot naar klein beeld, van scherp naar wazig, beeld bevriezen, glazen wand tussen kijker & scène, glazen wand tussen dader & slachtoffer, enz.)
- Ondersteunende zinnen: “goed zo”, “nog even”, “ik blijf bij je”, enz.
- Huidige persoonlijkheid helpt/ondersteunt kindpersoonlijkheid.

Bij blokkades (lesdag 3)

- De oogbewegingen veranderen = andere handbeweging maken
- Focus op somatic(s)
- Cliënt geluid laten maken
- Cliënt onuitgesproken zinnen laten uiten
- Cliënt ingehouden bewegingen af laten maken
- Cliënt zelf somatic laten aanraken
- Lichaamsscan → nieuwe somatic
- Scannen van originele situatie → nieuwe details
- Scannen van omgeving → geluid of visuele triggers
- Herhalen van interne dialoog
- Herhalen van geloofsconstructie
- Herhalen van de woorden van de dader
- Visuele manipulatie (sterkere associatie, van vaag naar scherp, enz.)
- Focus op dader, niet op de actie
- Focus op actie, niet op de dader
- Terugkeren naar originele target
- Nieuwe target proberen
- Bijkomende details naar voren halen
- Eerdere herinneringen ophalen (‘feeder memories’)
- Blokkerende overtuigingen opsporen en elimineren
- Recursieve overtuigingen opsporen en elimineren

Bijlage V: Het DSM-5 handboek: beknopt overzicht

De nieuwste editie van het handboek voor classificatie van psychiatrische stoornissen en psychologische problematiek, DSM-5, omvat drie secties en een appendix:

Sectie 1 beschrijft hoe het bijgewerkte handboek te gebruiken.

Sectie 2 vormt een opsomming van de kenmerkende criteria voor klinische diagnoses, georganiseerd per hoofdstuk (het overgrote deel van het boek: 700 pagina's!) Sectie 3 omvat vragenlijsten om de toestand van de patiënt in te schatten (ook als alternatief voor het categoriale beoordelingssysteem), een gestructureerd interviewmodel om de invloed van culturele factoren in te schatten, een alternatieve benadering van het concept persoonlijkheidsstoornissen (zie verder hier onder), en suggesties voor verder onderzoek.

In de appendix worden onder andere de veranderingen van DSM-IV naar DSM-5 toegelicht (zie hier onder). Verder verklarende woordenlijsten en een overzicht van de enorme hoeveelheid medewerkers.

Enkele van de belangrijkste veranderingen in DSM-5 behelzen:

Algemeen

Afschaffing van het meer-assen systeem: De assen I (symptoomstoornissen), II (persoonlijkheidsstoornissen), en III (medische condities die van invloed kunnen zijn op as I), worden niet langer onderscheiden en apart benoemd in de diagnose (of classificatie, voor wie hogere eisen stelt aan het begrip diagnose). As IV wordt vervangen door notities over psychosociale en contextuele factoren, aanvullend op de diagnose, en as V door aantekeningen met betrekking tot belemmerd functioneren, aanvullend op de diagnose

Verzachting van het categorale beoordelingssysteem: De beoordeling in termen van "er is wel of niet stoornis X aanwezig, gezien het voldoen aan m van de n criteria", typerend voor de voorgaande edities van DSM, is nog niet verlaten, maar wordt wel kritisch gezien. Om de nadelen daarvan te ondervangen zijn de criteria voor toekenning van een soms wat verruimd (wat veel kritiek bij voorbaat opgeleverd heeft), maar dat hebben de redacteurs geprobeerd te ondervangen doordat bij veel stoornissen tevens de mate van ernst gespecificeerd moet worden.

Helaas wordt er nog steeds overvloedig gebruik gemaakt van de toevoeging "stoornis" aan allerlei classificaties. Vooral bij de minder zware en bizarre beelden doet dat soms wat koddig aan. In mijn vertaling hieronder heb ik de toevoeging soms weggelaten, ook al ten behoeve van beter Nederlands.

Vermindering van het aantal subtypes per stoornis: In eerdere edities werden er voor diverse stoornissen verschillende subtypes onderscheiden om de relatieve heterogeniteit van het ziektebeeld recht te doen. Dat had als probleem dat de concrete patiënt niet altijd goed in één, of slechts één, van de subtypes te vangen was. In DSM-5 zijn veel subtypes (zoals bij autisme en schizofrenie) opgeheven. In plaats daarvan is het begrip "spectrum stoornissen" ingevoerd en moet de relatieve heterogeniteit van een stoornis recht gedaan worden met behulp van nadere specificaties.

Specifiek

Neurale ontwikkelingsstoornissen: Vervangt de categorie "Stoornissen die gewoonlijk eerst in de kindertijd of adolescentie gediagnosticeerd worden".

Daarbij is *mental retardation* vervangen door het reeds lang meer gebruikelijke *verstandelijk gehandicapt*.

Specifieke leerstoornis krijgt ruimere diagnostische criteria, maar met nadere specificaties om specifieke belemmeringen bij het verwerven en gebruiken van resp. gesproken taal, lezen, geschreven taal, en rekenen toch recht te doen.

De criteria voor *AD/HD* zijn verruimd, de subtypen zijn vervangen door nadere specificaties.

Autisme spectrum stoornissen: Asperger's stoornis, de desintegratieve stoornis van de kindertijd, Rett's stoornis en PDD-nos (pervasive developmental disorder, not otherwise specified) worden voortaan meer globaal *Autisme spectrum stoornissen* genoemd. Maar nadere specificaties doen recht aan de heterogeniteit van deze ontwikkelingsstoornis.

Schizofreen spectrum - en andere psychotische stoornissen: Het begrip *spectrum* is toegevoegd aan het label en de subtypes zijn opgeheven. De criteria voor toekenning van het label zijn verruimd. De heterogeniteit van deze categorie moet voortaan recht gedaan worden met een dimensionele ernstbeoordeling van de kernsymptomen.

Depressieve stoornissen:

Ontwrichtende stemming ontregelende stoornis (disruptive mood dysregulation disorder) is toegevoegd om kinderen/jongeren tot 18 jaar niet ten onrechte als bipolair te classificeren. Het gaat om kinderen die langer dan een jaar driemaal of vaker per week lichtgeraaktheid en woede-uitbarstingen vertonen.

Rouw, zich uitend in depressieve symptomen, wordt niet langer uitgesloten van de categorie *Depressieve stoornissen*. Er worden richtlijnen gegeven om verdriet en depressie van elkaar te onderscheiden.

Premenstrueel dysfore stoornis is toegevoegd.

Angststoornissen: *Posttraumatische stress stoornis* en *acute stress stoornis* zijn verhuisd naar een nieuwe categorie, *obsessief-compulsieve stoornis* is een aparte - verruimde - categorie geworden, *paniekstoornis* en *agorafobie* zijn ontkoppeld. *Separatieangst* en *selectiefmutisme* zijn toegevoegd.

Obsessief-compulsieve - en verwante stoornissen is een nieuwe aparte categorie, waarbij uitdrukkelijk gespecificeerd moet worden hoeveel ziekteinzicht de cliënt heeft. Als "verwante stoornissen" gelden onder meer *haarplukdrang*, *velletjesplukdrang* (excoriation disorder). *Bewaardwang* (incl. verzamelwoede) is een van de verwante stoornissen geworden, maakt dus geen deel meer uit van de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis.

Trauma en stressbron gerelateerde stoornissen: *De post-traumatische stress stoornis (PTSS)* en *acute stress stoornis* vallen voortaan in deze nieuwe categorie. *Aanpassingsstoornissen* vallen hier ook onder en worden geherdefinieerd als een heterogene verzameling van stressrespons syndromen, optredend na blootstelling aan kwellende gebeurtenissen.

Vraatzucht (binge eating disorder) wordt een aparte diagnose binnen *voedsel en eetstoornissen*.

Geslachtsidentiteit dysforie is een nieuwe categorie, waarin het zich niet thuis voelen in het uitwendige geslachtelijke lichaam centraal staat.

Storend gedrag, gebrekkige impuls beheersing en gedragsstoornissen is een nieuwe categorie, waarin een aantal stoornissen terecht is gekomen die in DSM-V vielen onder "Stoornissen die gewoonlijk eerst in de kindertijd of adolescentie gediagnosticeerd worden".

Stoffengebruik stoornis: Overmatig gebruik van stoffen en verslaving aan stoffen worden nu gecombineerd in deze overkoepelende categorie. *Gokdrang* is toegevoegd.

Neurocognitieve stoornissen: Dit is een nieuwe categorie waar nu *dementie* en *geheugenstoornis* onder vallen.

Persoonlijkheidsstoornissen: Er is continuïteit met DSM-IV, maar er wordt ook een nieuwe benadering voorgesteld die de tekortkomingen daarvan misschien kan ondervangen. Tekortkomingen zoals: mensen voldoen vaak aan meer dan één persoonlijkheidsstoornis, teveelmensen vallen onder "overige - of ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen". Het alternatief: typeer mensen met een persoonlijkheidsstoornis in termen van verslechterd functioneren en pathologische persoonlijkheidstrekken.

Parafiele stoornissen komt in plaats van parafilia's. Dat laatste begrip wordt nu zonder de connotatie stoornis gebruikt voor uitleving van de seksuele interesse in een gereguleerde omgeving.

De DSM-5 classificatie

(Elke categorie wordt afgesloten met "Overige varianten" en "een ongespecificeerde variant". Deze worden hier steeds weggelaten.) De hoofdcategorieën worden hier voor de duidelijkheid genummerd, maar dat is in het handboek niet gedaan.

1. Neurale ontwikkelingsstoornissen

Verstandelijke handicaps

Verstandelijke ontwikkelingsstoornis

Globale ontwikkelingsachterstand

Communicatiestoornissen

Taalstoornis

Spraakgeluid stoornis

Stoornis in de vloeiendheid van de spraak (stotteren), met aanvang in de kindertijd

Sociale (pragmatische) communicatiestoornis

Autisme spectrum stoornis

Geassocieerd met een bekende medische -, genetische- of omgevingsconditie

Geassocieerd met een andere neurale ontwikkelingsstoornis, geestesstoornis of gedragsstoornis

Mate van benodigde zorg

Met of zonder bijkomende intellectuele verslechtering, taalverslechtering

Met catatonie

Aandachttekort/hyperactiviteitstoornis

Gecombineerd

Voornamelijk aandachttekort

Voornamelijk hyperactief/impulsief

Specifieke leerstoornis

In lezen, schrijven of rekenen

Motorische stoornissen

Ontwikkelingsstoornis in de coördinatie

Stereotiepe bewegingen stoornis (wel of niet met zelfverwonding)

Geassocieerd met een andere neurale ontwikkelingsstoornis, geestesstoornis of gedragsstoornis Tic stoornissen:

Tourette's stoornis

Aanhoudende (chronische) motor of vocale tic stoornis

Voorlopige tic stoornis

2. Schizofrene spectrum- en andere psychotische stoornissen

Specificeer:

a) Na 1 jaar aanhouden van de stoornis:

* eerste episode: nog acuut; gedeeltelijk afgenomen; volledig afgenomen?

* meerdere episoden: gedeeltelijk afgenomen; volledig afgenomen; continu?

b) Met of zonder catatonie?

c) Ernst van de wanen, hallucinaties, verwarde spraak, abnormaal psychomotorisch gedrag, negatieve symptomen, aangetaste cognitie, depressie, manische symptomen?

Schizotypische persoonlijkheidsstoornis

Waanstoornis ^{a,c} (erotomaan, grootheid, jaloezie, achtervolging, somatisch, gemengd; wel of niet bizar van inhoud?)

Korte psychotische stoornissen ^{b,c}

Schizofreniforme stoornis ^{b,c} (schizofrenie, waarbij eerste episode minder dan 6 maanden geleden begonnen is) met of zonder goede prognostische kenmerken?

Schizoaffectieve stoornis ^{a,b,c} bipolaire type
depressieve type

Door stoffen/medicijnen verwekte psychotische stoornis ^c (aanvang tijdens intoxicatie, of tijdens onthouding?)

Psychotische stoornis ten gevolge van een andere medische conditie ^c (met wanen, met hallucinaties?)

Catatonie geassocieerd met een andere psychiatrische stoornis

Catatonie geassocieerd met een andere medische stoornis

Catatonie ten gevolge van een andere medische conditie

Ongespecificeerde catatonie

3. Bipolaire - en verwante stoornissen ^{a)}

Specificeer: met angst (anxious distress): nu mild, matig of ernstig?, gemengd beeld; met snelle wisselingen, melancholische kenmerken, atypische kenmerken, stemmingscongruente of incongruente psychotische kenmerken, catatonie; aanvang na het baren van een kind; jaargetijdenpatroon.

Bipolaire stoornis 1 ^a (= van tijd tot tijd uitgesproken manisch)

Huidige of meest recente episode manisch: mild, matig, ernstig, met psychotische kenmerken, gedeeltelijk afgenomen, volledig afgenomen?

Huidige of meest recente episode hypomaan: gedeeltelijk afgenomen, volledig afgenomen? Huidige of meest recente episode depressief: mild, matig, ernstig, met psychotische kenmerken, gedeeltelijk afgenomen, volledig afgenomen?

Bipolaire stoornis 2 ^a (= nooit uitgesproken manisch)

Huidige of meest recente episode hypomaan of depressief? gedeeltelijk afgenomen, volledig afgenomen?

Indien gedeeltelijk afgenomen: mild, matig, ernstig?

Cyclothyme stoornis (met angst?)

Stof/medicijnverwekte bipolaire of verwante stoornis (met aanvang tijdens intoxicatie, of tijdens onthouding?)

Bipolaire of verwante stoornis ten gevolge van een andere medische conditie

4. Depressieve stoornissen

Zie bij bipolaire en verwante stoornissen.

Ontwrichtende stemming ontregelende stoornis (disruptive mood dysregulation disorder): (heeft betrekking op kinderen, om ze niet als bipolair te classificeren)

Zware (major) depressieve stoornis

Enkele episode (milde, matig, ernstig, met psychotische kenmerken, gedeeltelijk of geheel afgenomen?)

Terugkerende episode (idem)

Aanhoudende depressieve stoornis (dysthymie) Gedeeltelijk of geheel afgenomen?

Vroege of late start; afgewisseld door zware depressieve episodes of niet? Nu mild, matig of ernstig?

Premenstrueel slecht humeur stoornis

Stof/medicijnverwekte depressieve stoornis (met aanvang tijdens intoxicatie, of tijdens onthouding?)

Depressieve stoornis ten gevolge van een andere medische conditie

5. Angststoornissen

Separatie angststoornis

Selectieve mutisme

Specifieke fobie (voor dieren, natuur, bloed etc, situatie)

Sociale angststoornis (sociale fobie)

Paniekstoornis (gepaard gaand met beven, zweten, benauwdheid, borstpijn, duizeligheid, angst gek te worden? enz.)

Agorafobie

Gegeneraliseerde angststoornis

Stof/medicijnverwekte angst stoornis (met aanvang tijdens intoxicatie, of tijdens onthouding?) Angststoornis ten gevolge van een andere medische conditie

6. Obsessief-compulsieve - en aanverwante stoornissen ^{a)}

Specificeer: met goed of redelijk inzicht, slecht inzicht, afwezig inzicht/waanachtige denkbeelden

Obsessief-compulsieve stoornis ^a

Stoornis met denkbeelden over misvormd eigen lichaam ^a (body dysmorphic disorder) Met betrekking tot spieren?

Bewaardwang ^a (hoarding disorder); specificeer of er ook sprake is van verzamelwoede

Trichotillomania (haarplukdrang)

Velletjesplukdrang (excoriation)

Obsessief-compulsieve en verwante stoornissen, opgewekt door een stof of medicijn

Obsessief-compulsieve en verwante stoornissen ten gevolge van een andere medische conditie (Welke van de bovengenoemde stoornissen domineert?)

7. Trauma- en aan een stressbron gerelateerde stoornissen

Reactieve hechtingsstoornis (van kind naar ouders) (aanhoudend, ernstig?)

Ontremde contactlegging stoornis (van kind naar vreemde) (aanhoudend, ernstig?)

Posttraumatische stress stoornis (ook voor kinderen ≤ 6 jaar)

Acute stresstoornis

Aanpassingsstoornissen

Met depressieve -, angstige -, of gemengd angstig-depressieve stemming, met gedragsstoornis, met gemengd emotionele - en gedragsstoornis?

8. Dissociatieve stoornissen

Dissociatieve identiteitsstoornis
Dissociatief geheugenverlies Met dissociatieve vlucht?
Depersonalisatie/derealisatie stoornis

9. Somatische symptoom - en aanverwante stoornissen

Somatische symptoom stoornis Met vooral pijn?
Aanhoudend?
Nu mild, matig, ernstig?
Angst voor ziekte stoornis (zorg zoekend, zorgmijndend?)
Conversiestoornis (functionele neurologische symptoom stoornis)
Specificeer: met zwakte of verlamming, abnormale beweging, slikproblemen, spreekproblemen, aanvallen, zintuiglijke uitval, zintuiglijke symptomen, gemengde symptomen Acute episode of aanhoudend?
Met (welke?) of zonder psychologische stressbron?
Psychologische factoren die andere medische condities beïnvloeden (nu mild, matig, ernstige of extreem?)
Gesimuleerde stoornis (incl. jezelf opgelegd, of een ander opgelegd) Enkele episode of terugkerende episodes?

10. Voedsel - en eetstoornissen

(gedeeltelijke of volledige afname; nu mild, matig, ernstige of extreem?) Pica (oneetbare dingen eten): kinderen, volwassenen?
Rumineren (voedsel braken, en dan herkauwen, doorslikken of uitspugen) Vermijdende of inperkende voedselinname
Anorexia nervosa (type dat vast, of type dat schrokt en dan braakt/laxeert)
Boulimia nervosa
Vraatzucht (binge eating)

11. Uitscheidingsstoornissen

Bed-/broekplassen (enuresis) (nachtelijk, overdag of beide?)
Bed-/broekpoepen (encopresis) (met of zonder verstopping of incontinentie)

12. Slaap-/waakstoornissen

Specificeer: episodisch, aanhoudend, terugkerend ^{b)}
Specificeer: acuut, subacuut, aanhoudend ^{c)}
Specificeer: mild, matig, ernstig
Slapeeloesheid ^{a)} (comorbide met andere DSM-V stoornis, met iets medisch', met een andere slaapstoornis)
Overmatige slaap ^{b,c)} (idem)
Narcolepsie ^{c)} (te pas en te onpas in slaap vallen) (specificeer allerlei mogelijke oorzaken en bijverschijnselen)

Ade mhalingsgerelateerde slaapstoornissen

Belemmerde slaap apneu ademtekort
Apneu midden in de slaap (2 subtypes)
Slaapgerelateerde ondermaatse ademhaling (3 subtypes)
Slaap-waak stoornissen in het biologische ritme (vooruitlopend, achterlopend, onregelmatig, geen 24 uur, ploegendienst type)

Afwijkende slaapstoornissen

Diepe slaap verstoringen (slaapwandetype, paniek type)
Nachtmerrie stoornis ^{b,c)} (tijdens in slaap vallen, met andere stoornissen gepaard)
REM slaap stoornis (overmaat aan geluiden en bewegingen)

Rusteloze benen syndroom
Slaapstoornis ten gevolge van stoffen/medicatie

13. Seksuele disfuncties

- a)
Specificeer: levenslang, verworven
- b)
Specificeer: gegeneraliseerd, situationeel c)
Specificeer: nu mild, matig, ernstig

Vertraagde zaadlozing ^{a,b,c}

Erectiestoornis ^{a,b,c}

Vrouwelijk orgasme stoornis ^{a,b,c}

Vrouwelijke seksuele interesse/opwindingsstoornis ^{a,b,c}

Genitaliën-bekken pijn/penetratie stoornis ^{a,c}

Mannelijke onder-actieve seksuele begeerte ^{a,b,c}

Voorbarige zaadlozing ^{a,b,c}

Stof/medicatie veroorzaakte seksuele disfunctie ^c (met aanvang tijdens intoxicatie, of tijdens onthouding?)

14. Geslachtsidentiteit dysforie

Geslachtsidentiteit dysforie

In kinderen (gepaard gaand met een stoornis in de seksuele ontwikkeling?)

In adolescenten en volwassenen gepaard gaand met een stoornis in de seksuele ontwikkeling?
na geslachtsverandering?

15. Storend gedrag, gebrekkige impulsbeheersing en gedragsstoornissen

Oppositieel gedragsstoornis (nu: mild, matig of ernstig?)

Regelmatige woede-uitbarstingen

Gedragsstoornis (begonnen in de kindertijd, in de adolescentie, ongespecificeerd) Met beperkte sociale emoties?

Nu mild, matig of ernstig?

Antisociale persoonlijkheidsstoornis

Pyromanie

Kleptomanie

16. Stofgerelateerde en verslavingsstoornissen ^{a)}

Specificeer: beginnende afname, volgehouden afname

Specificeer: in een beheerste omgeving ^{c)}

Specificeer: met waarnemingsstoornissen

Stofgerelateerde stoornissen

Alcoholgebruik stoornis ^{a,b} (mild, matig, ernstig?)

Alcoholvergiftiging (bij milde, matig of ernstige gebruikstoornis, zonder gebruikstoornis?)

Alcohol onthouding ^c (zonder of met waarnemingsstoornissen?)

Coffeïnegelateerde stoornissen (overmatig, vergiftiging, onthouding?)

Cannabisgerelateerde stoornissen

Cannabis gebruikstoornis ^{a,b} (mild, matig, ernstig?)

Cannabis vergiftiging ^c (zonder of met waarnemingsstoornissen, bij mild, matig, ernstig gebruik) Cannabis onthouding

Hallucinogenengerelateerde stoornissen ^{a,b} (diverse specificaties)

Inhalatiestoffen ^{a,b} (overmatig gebruik, vergiftiging?)

Opiatengerelateerde stoornissen ^a (overmatig gebruik, vergiftiging? ^c, onthouding)

Kalmerende stoffen, slaapmiddelen, angstdempers ^{a,b} (mild, matig, ernstig?)

Vergiftiging, onthouding? °

Stimulantiagerelateerde stoornissen (overmatig gebruik, vergiftiging, onthouding °; amfetamine, cocaïne
Tabakgerelateerd (overmatig gebruik, onthouding?)

Niet-stofgerelateerde stoornissen

Gokdrang (episodisch of aanhoudend?; mild, matig of ernstig?)

17. Neurocognitieve stoornissen

Delirium (door stofvergiftiging, stofonthouding, medicatie, andere medische conditie, meerdere oorzaken; acuut of aanhoudend; hyper-, hypo- of wisselend actief)

Zware en milde neurocognitieve stoornissen

Door Alzheimer

Frontotemporale afwijkingen

Door Lewy bodies (in hersencellen zich ophopende eiwitten)

Door vaatproblemen

Door traumatische hersenbeschadiging

Door HIV infectie

Door Prion ziekte (infectie met een misvormd eiwit)

Door ziekte van Parkinson

Door ziekte van Huntington

Door meervoudige oorzaken

18. Persoonlijkeitsstoornissen

Cluster A (zonderling, excentriek)

Paranoïde

Schizoïde

Schizotypisch

Cluster B (dramatisch, emotioneel, grillig)

Antisociaal

Borderline

Theatraal

Narcistisch

Cluster C (angstig)

Vermijdend

Afhankelijk

Obsessief-compulsief

Overige

T.g.v. een medische conditie (labiel, ontremd, agressief, apathisch, paranoïde, gecombineerd,...)

19. Seksuele afwijkingen (parafiele stoornissen)

Specificeer indien: in een gereguleerde omgeving (spreek dan van parafilie en niet van stoornis, behalve bij pedofilie); volledig afgenomen

Voyeurisme

Exhibitionisme (naar kinderen en/of seksueel volwassenen?)

Frotteurisme (heimelijke seksuele aanrakingen)

Seksueel masochisme (met verstikking?)

Seksueel sadisme

Pedofiele stoornis (tevens tot volwassenen aangetrokken? eigen en/of andere sekse?, beperkt tot incest?)

Fetisjisme (lichaamsdelen, voorwerpen, overige?)
Travestie (met fetisjisme? opgewonden door idee/beeld vrouw te zijn)
Overige (necrofilie, zoöfilie, coprofilie, etc.)

20. Bewegingsstoornissen en andere onprettige effecten van medicatie

Opgeroepen door neuroleptica, door snel stoppen met antidepressiva, overige
Neuroleptica kunnen opwekken: Parkinson-achtige beelden, maligne syndroom, acute dystonie (spiersamentrekkingen), acute akathisie (rusteloze bewegingen), tardieve dyskinesie (onwillekeurige bewegingen van de tong, onderkaak etc.), tremor.

21. Andere toestanden die psychologische zorg kunnen behoeven

Relationele problemen

Met betrekking tot gezin van herkomst Met betrekking tot
primaire steungroep

Misbruik en verwaarlozing Kinderen:

Fysiek en/of seksueel misbruik van kinderen (feitelijk of vermoed)
Verwaarlozing van kinderen (feitelijk of vermoed) Psychologische
mishandeling van kinderen Volwassenen:
Fysiek geweld tegen partner (feitelijk of vermoed)
Seksueel geweld tegen partner (feitelijk of vermoed)
Verwaarlozing van partner (feitelijk of vermoed)
Psychologische mishandeling van partner (feitelijk of vermoed)
Mishandeling door een niet-partner

Onderwijs en werkproblemen

Huisvesting- en economische problemen

Andere problemen met betrekking tot de sociale omgeving

Problemen met misdaad of met het rechtssysteem

(Slachtoffer, veroordeling, hechtenis, ontslag uit hechtenis)

Andere GGZ-contacten voor counseling en medisch advies (bevreemdende subcategorie!)

Bijv. counseling voor seksuele problemen

Andere psychosociale, persoonlijke of omgevingsproblemen

(Religies, ongewenste zwangerschap, ongelijkheid, hulpverleners, terrorisme, rampen, oorlog, vijandelijkheden)

Overige omstandigheden van de persoonlijke levensgeschiedenis

(Trauma, zelfverwonding, militaire inzet, overige risicofactoren, levensstijl, antisociaal gedrag)

Onbereikbaarheid van gezondheidszorg

Ontrouw aan medische behandeling (ook obesitas, simulatie, zwerven, zwakbegaafdheid)

Kijk ook beslist op www.psychiatry.org/dsm5. Hierop staat een ongelofelijke hoeveelheid extra informatie en hulpmiddelen, waaronder vragenlijsten!

Daarnaast: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>, de website van de DSM-5 Task Force.

Repliek op de kritiek van Frances Allen: <http://www.psychiatrytimes.com/articles/setting-record-straight-response-frances-commentary-dsm-v>

Tekst: Peter Prudon (eigen vertaling)
13-6-2013 update 19-6-2013



Bijscholing instituut voor Therapeuten

EMDR opleiding dag II

Ongecompliceerd meertarget protocol

Docent: René Veraar (hoofddocent)

Karin Bargeman

© BivT Beverwijk - René Veraar psycholoog.

Niets uit deze oplage mag zonder schriftelijke toestemming gebruikt of vermenigvuldigd worden.

Met dank aan Yvonne Tjipjes - Nathalie Wilkers - Karin Bargeman en Cisca Holkamp voor het mede samenstellen van het materiaal

BivT secretariaat • Koningstraat 75a (achter) • 1941 BB Beverwijk • Telefoon: 0251-222210

E-mail: info@bivt.nl • Website: www.bivt.nl • btw.nr.8522.40.181.B.01

KvK 56655037 • IBAN: NL 77 INGB 0003 3179 74 • BIC: INGBNL2A • t.n.v. BivT Bijscholing instituut voor Therapeuten

Op al onze activiteiten zijn onze Algemene Voorwaarden van toepassing. Die kunt u lezen op www.bivt.nl



Inhoud:

1.0 Presentatie lesdag II.....	4
2.0 Positieve Cognitie Installatie (PCI)	12
1) Identificeren van de probleemsituatie.....	14
2) Vaststellen van de benodigde hulpbron.....	14
3) Ontwikkel herinnering hulpbronnen.....	15
4) Versterken van de herinnerde hulpbronnen.....	16
5) Controleer hulpbron voor installeren.....	16
6) Hulpbron Installatie - BS kort	16
7) De hulpbron verstevigen	16
8) Positief afsluiten	17
9) Huiswerk	17
10) Evaluatie	17
11) Een toekomstverkenning – Afsluiting.....	17
3.0 Ongecompliceerd Meertarget EMDR Protocol (OMP)	18
<i>De EMDR-behandeling voor specifieke angsten/fobieën kent 3 stadia</i>	18
Stap 1: voorgesprek (1 ^e ontmoeting).....	19
Identificeren triggers & targets	20
Stap 2: uitleggen over de EMDR behandeling	21
Fase 1: Scherpstellen en taxeren (2e ontmoeting of later).....	22
Fase 2: desensitisatie (lange BS).....	22
Fase 3: installatie PC (korte BS)	23
Fase 2 en 3: Volgende Target (B)	23
Fase 2 en 3: Volgende Target (C)	23
Lichaamsscan (korte BS)	23
Fase 4: Toekomstverkenning (korte BS).....	24
Beëindiging/afronding	25
Evaluatie (volgende sessie).....	25
4.0 Angsten en Fobieën - Theoretische beschouwing	26
Enkelvoudige en complexe fobie	26
Angststoornissen	26
Paniekstoornis	27
Sociale angst	28
Dwangstoornis of obsessief compulsieve stoornis (ocs)	29
Posttraumatische stressstoornis (pts)	30
Gegeneraliseerde angststoornis (gas)	30
Specifieke fobieën.....	32
Agorafobie	32
Emetofobie	32
Hypochondrie (ziektevrees)	33
5.0 Casus Lydia: (13 maanden terug)	35
Bijlage I - dag 2: Werkbladen - OMP.....	36

1.0 Presentatie lesdag II

Dia 1

Welkom bij de

EMDR OPLEIDING DAG II

bij het



Uw docent: René Veraar

Dia 2

- **PCi** — Positieve Cognitie installeren
- Ankeren en installeren
- Draagkracht versus draaglast
- Hulpbronnen
 - Durf
 - Kracht
 - Trots
 - Zelfvertrouwen
 - Euforie moment
- Functionele ervaring cliënt
 - Eigen kracht ervaring momenten
 - Rolmodellen
 - Metaforen

Dia 3

- **PCi –protocol**
 1. Identificeer probleemsituatie
 2. Vaststellen benodigde hulpbron(nen)
 3. Ontwikkel herinnering hulpbron(nen) – positief affect
 4. Versterk herinnering hulpbron(nen) – positief affect
 5. Controleer herinnering hulpbron(nen) – positief affect
 6. Hulpbron(nen) installatie – BS kort
 7. Hulpbron(nen) verstevigen – BS kort
 8. Positief afsluiten
 9. Huiswerk
 10. Evaluatie
 11. Toekomstverkenning

Dia 4

1. **Identificeer probleemsituatie**
 - Draaglast groot
 - Draagkracht klein
 - Emotionele lading veel
 - Angst om aan probleem te denken groot
 - Angst voor EMDR groot

2. **Vaststellen benodigde hulpbron** (positief affect)
 - Welke kwaliteit zou je willen hebben?
 - Hoe zou je je willen voelen?
 - Wat zou je nodig kunnen hebben?
 - Zelfvertrouwen uit dagelijks bestaan? (bv. sport)

Dia 5

3. Ontwikkel herinnering hulpbron

- Ervaringen – (welke heb je?)
 - Beelden
 - Rolmodellen
 - Ondersteunende figuren
 - Sporthelden
 - Computer helden
 - Publieke figuren
 - Karakter uit boek of film
 - Metaforen
 - Symbolen
- Herinnering zo positief mogelijk neerzetten

Dia 6

4. Versterk herinnering hulpbron

- Wat zie je, als je aan die (ervaring, persoon, symbool) denkt?
- Wat hoor je,.....?
- Wat ruik je,.....?
- Wat proef je,.....?
- Hoe sta je,.....?
- Hoe zit je,.....?
- Welk gevoel geeft het je,.....?
- Hoe kijk je,.....?
- Welke woorden komen er in je op als je,.....?
- Waar in je lichaam voel je dat het sterkst als je,.....?

Dia 7

5. Controleer herinnering hulpbron

- Maak contact met 'Ik ben.....' (sterk, ontspannen, kracht..)
 - Hoe voelt het dan nu?
 - Wat doet dat nu met je?
 - Wat zie je, als je aan die (ervaring, persoon, symbool) denkt?
 - Stap er eens in
 - Maak groter / krachtiger

6. Hulpbron installeren – BS kort

- Concentreer je nu op...hulpbron.. (bilaterale stimulatie KORT)
 - Herhaal de beschrijving van cliënt zo uitvoerig mogelijk

 - *Bij negatieve reacties*
 - Terug naar 3.

Dia 8

7. Hulpbron verstevigen – BS kort

- Anker affectief bekrachtigen.....
 - Voel hoe het nu voelt
 - Maak het groter/krachtiger

8. Positief afsluiten

9. Huiswerk

- Roep regelmatig hulpbron op

Bij positieve afronding > 9.

8. Bij negatieve afronding, stap 2 opnieuw

9. Positieve afsluiten

10. Huiswerk

- Roep regelmatig hulpbron op

Dia 9

10. Evaluatie**11. Toekomstverkenning**

- Denk of kijk naar het moment.....
 - Ongemakkelijk voelt....
 - In diesituatie komt...
 - Waar je aan wil werken

- Hulpbron versterken
 - Stel je voor dat je nu nog sterker.....
 - Stel je voor dat je die held bent.....
 - Stel je voor dat je het symbool van kracht in je hand hebt

Dia 10

- Ga in groepjes van 3 een PCi installeren.

Dia 11

• EMDR ongecompliceerd meertarget protocol

➤ Trauma ervaringen – Angsten – Fobieën – Paniek – Vrees – Depressie – Woede – Wraak – Spanning – Dwang – Stress – Obsessieve-compulsieve - 'bij vermijding'

1. **Stap 1** (1^e ontmoeting)
2. **Stap 2** (Identificeren triggers & targets)
3. **Fase 1 van het protocol** (2^e ontmoeting – scherpstellen en taxeren)
4. **Fase 2 van het protocol** (Desensitisatie)
5. **Fase 3 van het protocol** (afronding)
6. **Fase 4 van het protocol** (na laatste target)

Dia 12

1. Stap 1 (1^e ontmoeting)

- Anamnese
- Draagkracht versus Draaglast (Type I of Type II)
- Hulpvraag en thema's
- Huidige disfunctionele reacties (angsten)
- Ontstaan vanuit nare ervaring of conditionering
- Elke bijkomstige gebeurtenis die bijdraagt aan de angstreactie

Dia 13

2. Stap 2**Identificeren triggers & targets**

- **A.** 1^e angst ervaring (aller eerste keer – indien aanwezig)
- **B.** Meest representatieve of angstigste ervaring
- **C.** Meest recente angst ervaring
- **D.** bij geen A-B-C – toekomstige angst trigger(s) gebruiken
- Elke trigger die geassocieerd wordt met de 'angst'reactie

- Vertrouwensband cl/th – th/cl
- Uitleg EMDR
- Eventuele eerst PCli installeren (Positieve Cognitie Installatie)
- Ontspanningsoefening meegeven

Dia 14

3. Scherpstellen en taxeren (2^e ontmoeting)**Fase 1 van het protocol**

- Therapeut benoemd trigger
- Cliënt stelt Target scherp A – B – C / D (a. b. c.)
- M.E.S. op ieder target
- SUD 0-10 op ieder target
- Target met hoogste SUD wordt start target
- NC (over hoogste SUD - A of B of)
- PC / VOC 1-7 (tegenover de NC)

Dia 15

4. Desensitisatie (1^e target – lange sets)**Fase 2 van het protocol**

- BS (target - M.E.S. SUD + NC) Op hoogste SUD starten..
- SUD 0-1-2-3

Fase 3 van het protocol

- PC (VOC versterken korte sets)
- Lichaamsscan bij laatste target voor afronding

5. Target (2^e target)

- BS – 2^e Target / M.E.S. - SUD (NC alleen op start target (5))
- SUD 0-1-2-3
- (NC) niet gebruiken als dit 2^e of 3^e target is
- PC voc 1-7 (PC van 1^e target gebruiken..)

6. Resterende target(s)

- Bij laatste target in de sessie afsluiten met lichaamsscan
-
-
-

Dia 16

Fase 4 van het protocol**7. Toekomst verkenning**

- GT reactie = PC in situatie toekomst zetten
- Video-check / maak er een filmpje van
- Lichaamsscan na positieve reactie
- Afsluiting

8. Ontspanningsoefening – Huiswerk

(exposure in vivo- procedure)

2.0 Positieve Cognitie Installatie (PCI)

PCI is bij uitstek de ik-versterkings methode bij EMDR. Het EMDR protocol gelijk toepassen gooit een zwaar getraumatiseerde cliënt vaak te snel in het diepe. Als blijkt dat er te weinig emotionele stabiliteit aanwezig is, er een geringe affecttolerantie (gevoelstolerantie) of zelfcontrole is, de confrontatie met de traumatische herinnering nog niet voldoende mogelijk is, dan is PCI een juiste keuze om mee te beginnen. Deze toepassing is des te meer aan de orde naarmate de psychopathologische aard ernstiger is en wanneer de traumatische ervaring langdurig en intensief is geweest.

Bij cliënten met een trauma type-2 (complexe PTSS), is het meer regel dan uitzondering dat de cliënt eerst op een goede ik-sterkte voorbereid dient te worden alvorens met EMDR te starten. Hierover meer in dag 4.

PCI blijkt goed te helpen bij snellere stabilisatie, herstel van de capaciteit tot verbinding, betere affectregulatie, ontwikkeling van hanteringmechanismes ('coping skills') en het versterken van het zelfbeeld en de verborgen talenten. Oneerbiedig gezegd: PCI is een soort voorwas voor ernstig getraumatiseerde en angstige cliënten – EMDR blijft de hoofdwas. Anders gezegd: PCI = de 1^e fase in het behandelmodel (*stabilisatie*) – EMDR de 2^e fase (*doorwerken van het trauma*). **Echter alleen te gebruiken als dit echt noodzakelijk is.**

PCI focust op *positieve herinneringen, beelden en symbolen*.

De sets bilaterale stimulatie duren korter – zeker in het begin, om eventuele binnendringen van ernstige herinneringen te verhinderen.

PCI geeft vaak uitzonderlijke reacties maar mag nooit als voorkeur dienen op de EMDR behandelmethodiek. Het alleen versterken van de ik-sterkte (draagkracht) is nooit voldoende om de balans tussen draaglast en draagkracht te herstellen. Tevens weten we inmiddels dat de verwerking van een traumatische en angstige herinnering in het brein niet of niet volledig plaatsvindt.

PCI is gericht op het ontwikkelen of versterken van functionele cognities. Belangrijke, versterkende gebeurtenissen die in het leven beschikbaar zijn geweest, kunnen met het PCI-protocol worden gemobiliseerd en versterkt. Herinneringen aan ervaringen uit het verleden worden toegankelijk gemaakt, waardoor deze als het ware in het heden kunnen worden 'opgehaald' om er in het hier en nu gebruik van te maken.

De BS= bilaterale stimulatie bij het PCI-protocol wordt in korte tot zeer korte sets gegeven. 6-12

handbewegingen - 12-20 tikjes op de zijkant van de knieën - 10-20 seconden audio stimulatie - Voorkeur is op het lichaam!

Een PCI is een manier om positieve gevoelens en ervaringen van de cliënt op te roepen en te ankeren. Dit moeten ervaringen uit het verleden zijn waar de cliënt een goed gevoel over heeft. Dit anker kun je gebruiken als hulpbron. Deze oefening komt oorspronkelijk uit de NLP en is door Shapiro bewerkt tot een EMDR interventie. Dat wil zeggen dat je door middel van de bilaterale stimulatie deze opgeroepen positieve gevoelens, die bij die betreffende ervaring horen, ankert en te gebruiken om de cliënt meer in zijn kracht te zetten.

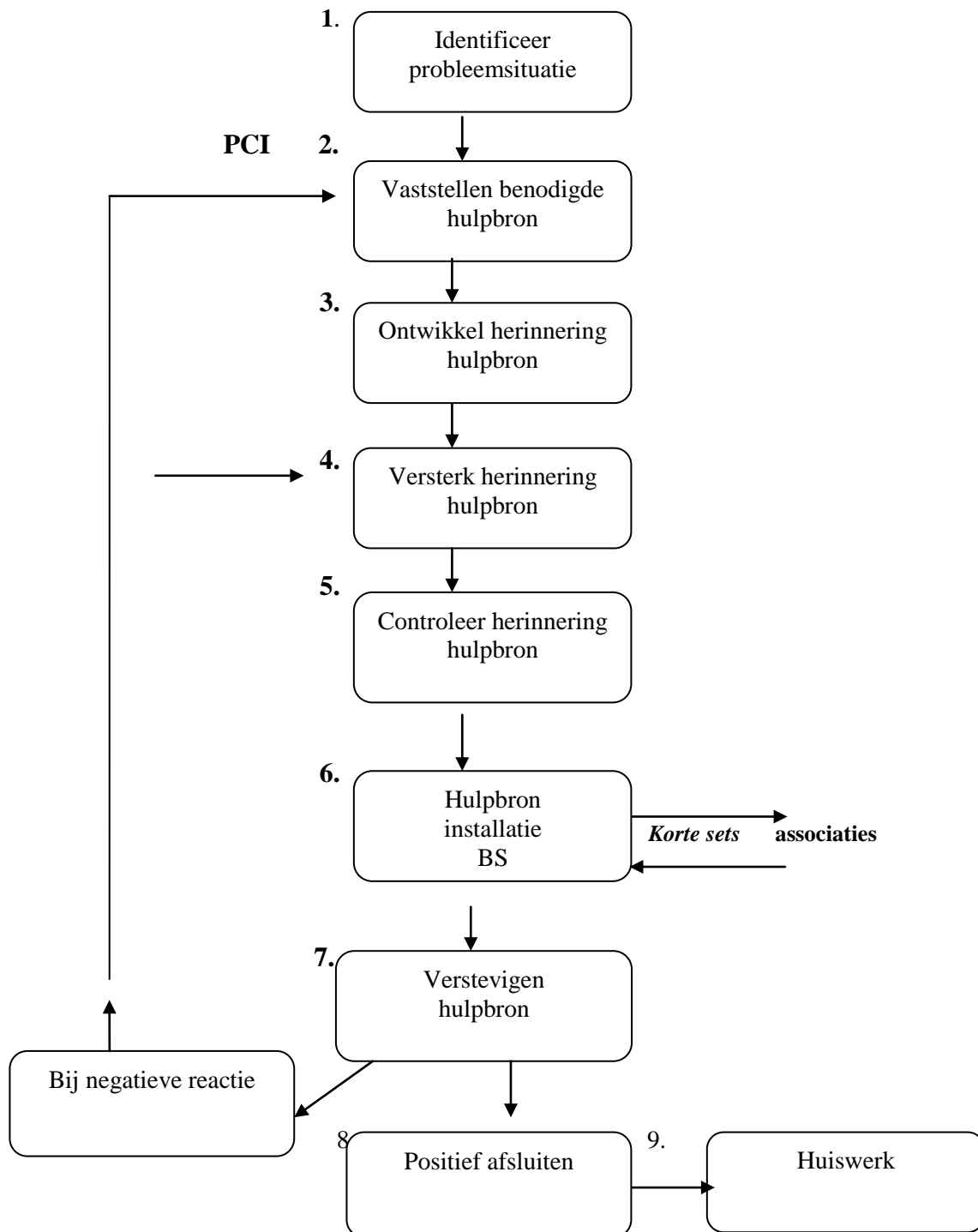
Op deze manier raakt de cliënt op een positieve manier vertrouwd met de bilaterale stimulatie en wat EMDR voor hem kan doen. Zo kan de ik-sterkte van de cliënt vergroot worden waardoor hij wel de therapie durft aan te gaan.

Het gevaar is dus wel dat de cliënt zich na deze installatie van het positieve anker zo goed voelt dat hij niet meer terug komt voor de werkelijke behandeling van de problemen. Het gaat immers goed, en door het anker te gebruiken kan hij nu moeilijke situaties in het leven weer aan.

Wees dus terughoudend om dit in te zetten, doe het alleen als het echt niet anders kan. Het is wel een hele goede methode om na afloop van de EMDR behandeling een goed gevoel of een positieve cognitie te installeren om extra kracht bij te zetten.

Als je besluit om dit toch vooraf te gebruiken leg dan duidelijk aan de cliënt uit dat het geen verwerking is van de problemen. Dat het bedoeld is als ondersteuning bij het verwerkingsproces.

Positieve Cognitie installatie procedure:



10. Evaluatie of anker (PCI) is bekrachtigd

11. Volgende sessie: bij positieve reactie een toekomstverkenning doen of het anker inderdaad effect heeft.

1) *Identificeren van de probleemsituatie*

Tijdens de anamnese kun je merken dat de cliënt het heel spannend vindt of erg emotioneel is om over de gebeurtenissen te vertellen. Dit kan dermate heftig zijn dat hij het niet aandurft om het EMDR traject aan te gaan. Als je dit toch zou doen ondervind je tijdens de therapie dat de cliënt veel gaat praten of juist niks meer zegt en de controle in zijn hoofd probeert te houden. Hij zal er alles aan doen om niet naar die nare momenten uit het verleden te hoeven te kijken.

Als je gaat uitvragen kun je bemerken dat bij de cliënt de draagkracht en de draaglast niet in evenwicht zijn. Iemand kan best sterk zijn maar als hij heel veel nare ervaringen heeft, ongelukken meemaakt, sterfgevallen, of op een andere manier steeds door het noodlot getroffen wordt, kan de balans toch naar de negatieve kant doorslaan. Het kan ook voorkomen dat iemand erg angstig is om de EMDR aan te gaan doordat hij verhalen hierover in zijn omgeving heeft gehoord. Of misschien omdat hij een persoon is die overal angstig voor is, en dus ook om wat er naar boven kan komen. In deze gevallen kan het zinvol zijn om een PCI te installeren.

2) *Vaststellen van de benodigde hulpbron*

Vraag je cliënt eerst wat hij nodig heeft om het proces aan te gaan. Is dat zelfvertrouwen, moed, kracht, lef, of doorzettingsvermogen of iets anders. Wat ontbreekt er, en hoe zou hij zich willen voelen, wat zou hij over zichzelf willen geloven? Daarna vraag je waar en wanneer er zich in zijn leven momenten hebben voorgedaan waarbij hij zich zo voelde. Wanneer heeft hij deze gevoelens die hij nu zo nodig heeft al ervaren.

- 'Welke kwaliteiten, of krachten zou je nodig hebben?
- 'Wat zou je over jezelf willen geloven in deze situatie?
- 'Hoe zou je je willen voelen?'

- Mogelijke antwoorden:
- 'Ik zou me krachtiger willen voelen
- veiliger
- meer verbonden
- meer geaard
- meer vertrouwensvol
- moediger
- met meer zelfvertrouwen
- meer hoopvol
- besluitvaardiger
- flexibeler

Ik zou me meer betrokken willen voelen bij dit proces

Ik wil in mezelf kunnen geloven

Ik wil mezelf kunnen troosten

Ik wil mijn gevoelens kunnen verdragen – misschien zelfs beter beheersen

Ik wil beter grenzen kunnen stellen

Ik wil me geliefd weten

Hier vragen we bijvoorbeeld 'Hoe noem je iemand die'?

3) *Ontwikkel herinnering hulpbronnen*

Het kan gebeuren dat de cliënt niet zo iets kan oproepen. Dit gebeurt vooral bij depressieve mensen. Of bij mensen waarbij alleen de negatieve bijzaken bijblijven. Die zien nergens een lichtpuntje en alles en iedereen is tegen ze. In dit soort gevallen moet je in kleine stapjes denken. Bijvoorbeeld, je hebt besloten hulp te gaan zoeken voor je problemen, je hebt de moeite genomen om me te bellen, je bent hier naar gekomen. Hoe was dat voor je?

Soms kan het ook helpen om terug te gaan naar de kindertijd. Denk aan een tijd je je veilig of ontspannen of vol zelfvertrouwen voelde. Bijvoorbeeld, de eerste keer dat het je lukte om je veters te strikken. Tijdens welke ervaring voelde je toen datgene wat je nu nodig hebt. Je kunt zelfs in de toekomst kijken met de vraag “kun je een beeld van jezelf in de toekomst zien waarin je die kwaliteiten bezit, of kunt leunen op die hulpbronnen.

Wanneer er nog steeds niets boven komt, kun je gebruik maken van ondersteunende figuren waarvan de cliënt de eigenschappen inbeeldt die hij zo hard nodig heeft en die de “held” wel bezit. Dit kan zijn de ouder, de baas, een sportheld en zelf een stripfiguur.

Verplaats je dan in deze figuur, doe alsof je hem bent. Hoe loopt die persoon. Hoe kijkt hij. Wat maakt dat hij wel kan wat jij niet kunt.

Probeer zoveel mogelijk positieve emoties naar boven te halen. Maak het zo mooi en zo groot mogelijk. Het is ook mogelijk om gebruik te maken van metaforen en symbolen.

Nog wat voorbeelden:

- *Meesterschap & Beheersing – Ervaringen & Beelden*

“Denk aan een tijd dat je je (sterk, veilig, vertrouwensvol, ontspannen, je gevoelens acceptierend) voelde.

Denk aan een tijd dat je je gedroeg met meer (moed, zelfvertrouwen, flexibiliteit).

Zijn er delen in jezelf waarop je kunt vertrouwen (je wijzere ik, je beroepsmatige ik, je innerlijke krijger)?

- *Relationele Resources – Rolmodellen & Ondersteunende Figuren*

“Denk aan mensen in je leven, nu of in het verleden, die deze kwaliteit hebben of belichamen. Wie zou je aan jouw kant willen hebben staan, je aanmoedigend, coachend, je ondersteunend om je (krachtig, vol [zelf]vertrouwen, geliefd) te voelen?

Denk aan vrienden, familieleden, leraren, verzorgers, behandelaren. Je mag aan wie dan ook denken die deze kwaliteiten bezit, die als een rolmodel voor je zou kunnen figureren (TV sterren, publieke figuren, een karakter uit een boek of film).

Denk aan mensen die in jouw leven soms net dat verschil maakten... Heb je een spirituele leidsman/vrouw?”

- *Metaforen & Symbolische Resources*

“Denk aan welk ander beeld ook, een symbool, een metafoor, een verhaal, dat je zou helpen om je (geliefd, sterk, beschermd, verbonden, vredig, etc.) te voelen.

Denk aan positieve beelden en symbolen die je in kunstwerken geraakt hebben, of die in (dag)dromen of geleide fantasieën bovenkwamen (bijvoorbeeld een krachtige, maar toch flexibele boom).”

4) **Versterken van de herinnerde hulpbronnen**

Belangrijk is om te weten dat je met niet meer dan 1 beeld of associatie per keer gaat werken.

Vraag de cliënt de goede ervaringen zich dan zo goed mogelijk voor te stellen met alles wat daarbij hoort. Maak het op iedere manier zo levendig mogelijk. Probeer alle zintuigen erbij te betrekken. Als het een eigen ervaring is vraag je dus hoe het precies was, wat hij voelde, wat hij zag, wat hij rook, en wat hij proefde. Welke geluiden horen bij de ervaring. Eventueel ook, welke kleuren. Maar ook de houding, hoe stond je erbij of hoe zat je erbij. En welke woorden horen bij die ervaring. Dan vraag je ook waar in het lichaam dit allemaal ervaren wordt en wát er dan ervaren wordt.

Deze positieve ervaringen maak je zo groot mogelijk.

- Als je aan die (ervaring, persoon, symbool, etc.) denkt, wat zie je dan?
- Wat hoor je?
- Wat ruik je?
- Welke gevoelens merk je op als je focust op dat beeld/die herinnering?
- Welke gewaarwordingen ervaar je in je lichaam?"

5) **Controleer hulpbron voor installeren**

“Als je focust op (herhaal de beschrijving van het beeld) en (herhaal de ermee geassocieerde gevoelens, gewaarwordingen, zintuiglijke indrukken), hoe voel je je dan?”

NB: check vooral of de genoemde associaties werkelijk positief zijn – of er geen negatieve ‘ruis’ doorheen fietst.

6) **Hulpbron Installatie - BS kort**

Je vraagt de cliënt te focussen op de beelden en de positieve gevoelens die daar bij horen en alle zintuiglijke gewaarwordingen. Als hij dit helemaal heeft ga je dit goede gevoel instappen. Dit doe je met korte rondjes van 8 – 10 – 12 seconden. Deze sets moeten kort zijn om het gevaar van oprakelen van allerlei negatieve beelden te voorkomen. Vraag hoe hij zich daarbij voelt. Herhaal wat de cliënt heeft verteld zo volledig mogelijk en doe weer een kort rondje BS.

Voor het installeren van de hulpbron maken we gebruik van tikjes op de schouders op de knieën of eventueel op de handen. Het kan ook met de klikjes op de oren. De oogbewegingen worden hier niet toegepast omdat het te verwarrend is en het leidt te veel van de hulpbron af. Ook de klikjes werken hier niet optimaal. Dit geeft ook de mogelijkheid om te veel af te dwalen.

Gebruik je stem hierbij. Spreek met kracht! Zet de voeten stevig op de grond. Ga rechtop zitten of, nog beter, rechtop staan. Adem het goede gevoel helemaal in. Dit kan hier ook door middel van tikjes op de schouders waarbij je achter de cliënt gaat staan. Vraag wel eerst aan de cliënt of dat goed voelt voor hem.

Let op!

De behandelaar onderbreekt deze fase als er negatieve reacties of associaties opkomen en gaat dan terug naar stap 3.

7) **De hulpbron verstevigen**

Je kunt nu met deze hulpbron een toekomst verkenning gaan doen. Je laat de cliënt zich een voorstelling maken van iets waar hij tegen aan loopt en daarbij vraag je hem om de geïnstalleerde hulpbron op te roepen. Hoe voelt het nu, voelt het goed dan laat je het weer los en herhaalt het nog een keer. Door dit meerdere keren per dag op te roepen versterk je de hulpbron en zorg je ervoor dat het niet wegzakt.

- Stel je voor dat je je nog sterker verbindt met deze hulpbron.
- Stel je voor dat die figuur (rolmodel, ondersteunende figuur) naast je staat en je aanreikt wat je nodig hebt. Hij of zij weet precies de juiste woorden te vinden en beseft ook precies wat jij nodig hebt.

- Stel je voor dat je helemaal versmelt met deze figuur. Of: stel je voor dat je *in* zijn/haar lichaam stapt.”
- “Stel je voor dat je dit symbool in je handen houdt. Je wordt helemaal omringd door dit beeld/ gevoel. Adem dit gevoel helemaal in. Bemerkt waar in je lijf deze positieve kwaliteit zich settelt.”

8) *Positief afsluiten*

Sluit af door diverse hulpbronnen aan het zelfbeeld te koppelen met een BS.

9) *Huiswerk*

PCI regelmatig oproepen / ik-sterkte oefeningen / lichaamsgerichte ontspanning

10) *Evaluatie*

Bij de volgende ontmoeting evalueer je of de PCI als hulpbron nog toegankelijk is en gebruikt kan worden.

11) *Een toekomstverkenning – Afsluiting*

Uiteindelijk kun je een toekomstverkenning doen om te taxeren of de PCI sterk genoeg is. ZO ja, dan kunnen we uiteindelijk aan de desensitisatie beginnen. Zo nee, dan zullen we de PCI alsnog moeten bekrachtigen.

In toekomstige sessies checkt de behandelaar de reeds geïnstalleerde hulpbronnen (werken ze nog?).

Dan als de cliënt klaar is om de 2^e fase in te gaan - het doorwerken van het traumatisch materiaal – kan de behandelaar een dergelijk EMDR -sessie beginnen met het wakker roepen van de benodigde hulpbron (compleet met oogbewegingen!).

Zelfs tijdens de sets EMDR kan bij lastige stukken (cl. tolt rond in cirkelgang, blokkeert) deze hulpbron gebruikt worden.

Voorbeelden van hulpbronnen:

1. binnen privé, sport, hobby, werk, studie, liefde etc. (van jezelf of ander)
2. waar je sterk, veilig, vertrouwensvol, ontspannen, weerbaar was
3. waar je trots, moed, zelfvertrouwen, flexibiliteit hebt ervaren
4. voorbeelden - vrienden, familieleden, leraren, verzorgers, behandelaars
5. rolmodellen als voorbeeld – TV sterren, publieke figuren, een karakter uit een boek of film
6. daar waar je je geliefd, sterk, beschermd, verbonden, vredig voelt (kunnen ook metaforen zijn)

3.0 Ongecompliceerd Meertarget EMDR Protocol (OMP)

Dit protocol wordt voornamelijk gebruikt bij problematiek waarbij de problemen binnen één thema liggen. We hebben het dan vaak over angsten en fobieën, of over vervelende gebeurtenissen die zich steeds lijken te herhalen, waarbij de cliënt meerdere situaties aangeeft waar nu nog emotionele lading op zit. We onderscheiden de thema's die de cliënt aandraagt. Als de cliënt bv angstig is voor het rijden in een auto en ook vliegangst kent dan moeten we beiden thema's apart doorlopen en behandelen.

De EMDR-behandeling voor specifieke angsten/fobieën kent 3 stadia

1. Het verminderen van de lading door één of meerdere oude herinneringen te bewerken (zoals in klassieke EMDR).
2. Het desensitiseren van huidige targets die de angstreactie oproepen.
3. Toekomstverkenningen waarin de cliënt dezelfde targets neutraal leert hanteren.

Shapiro onderscheidt eenvoudige fobieën en procesmatige fobieën.

Eenvoudige fobieën zijn angsten voor bepaalde objecten of specifieke situaties (spinnenfobie, angst voor onweer).

Procesmatige fobieën behelzen buitensporige angstgevoelens in situaties of procedures waarin de cliënt actief moet deelnemen (vliegangst, medisch onderzoek, slikfobie).

Vooraf in de 2^e categorie is het noodzakelijk meer aspecten van de “fobische procedure” aan bod te laten komen – bijvoorbeeld door te anticiperen op de angstige situatie.

Stap 1: voorgesprek (1^e ontmoeting)

- **de anamnese**
 - Tijdens het intake gesprek geef je de cliënt alle ruimte om zijn/haar verhaal te doen en aan te laten geven waar hij aan wil werken.
 - Vraag of cliënt nare/schokkende ervaringen heeft meegemaakt in zijn/haar leven.
- **Draagkracht versus draaglast**
 - Inschatten of het ongecompliceerde (type I) of het gecompliceerde meertarget protocol (dag 4) gebruik dient te worden.
- **Heeft de hulpvraag meerdere thema's in zich**
 - Per thema die zich aandient moet de behandelaar het meertarget protocol geheel opzetten.
 - Een thema is als er twee of meer verschillende angsten zijn. (bijvoorbeeld – autorijangst en vliegangst)
- **de huidige angst/fobie omstandigheden**
 - Laat de cliënt vertellen hoe de angst/fobie het dagelijks leven beïnvloed.

Je begint zoals altijd met de anamnese, met welke klacht komt een cliënt naar je toe, wat is de hulpvraag. Vraag zo mogelijk de levensgeschiedenis uit, de tijdlijn van de cliënt. Waar zijn nare momenten waar zijn de gelukkige momenten.

Bij angsten en fobieën vraag je naar het ontstaan. Is de angst ontstaan doordat de cliënt zelf een situatie heeft meegemaakt waarbij angst een grote rol speelde of is de angst met de paplepel ingegoten omdat de ouders of verzorgers misschien angstig waren in bepaalde situaties. Ging de moeder op tafel staan toen ze een muis zag bijvoorbeeld. En was cliënt daar getuige van.

Wat was de eerste keer dat de angstige reactie plaatsvond. Hoe evolueerde dat, wat hielp mee de klacht te verergeren. En wat maakt dat de cliënt nu hulp zoekt, wat was de druppel die de emmer deed overlopen.

Identificeren triggers & targets (1e ontmoeting /soms de 2e ontmoeting)

- **de triggers**
 - cliënt vertelt als een filmverhaal zijn/haar angst/fobie ervaring(en)
- **de targets**
 - cliënt vertelt welk moment(en) beeld(en) de angst/fobiereactie het heftigst is.
 - Elke toekomstige gebeurtenis die bijdraagt aan de angst/fobiereacties.
- *Behandelaar laat uit de triggers meerdere targets naar voren brengen.*

Triggers (film/verhaal - per thema)

- A. 1^e angst/fobie ervaring laten vertellen (als deze er niet is dan B en C)
- B. Meest representatieve of angstigste ervaring
- C. Meest recente angst/fobie ervaring
- D. Toekomstige angst trigger(s) (als A.B.C. niet aanwezig zijn)
 - Laat cliënt zelf omschrijven zodat cliënt met M.E.S. contact maakt.
 - Elke trigger die geassocieerd wordt met de angstreactie

D = Deze toekomstverkenning doe je ook als er geen targets uit het verleden bruikbaar zijn om te desensitiseren. Een voorbeeld hiervan is pleinvrees, iemand kan het iedere keer heel spannend vinden als hij de straat op moet of boodschappen moet doen maar als dat gelukt is en hij is weer veilig thuis is het leed geleden en kan hij weer uitrusten EN zich druk maken over de volgende keer dat zoiets moet gaan plaatsvinden.

Spreken voor een zaal is daar ook een voorbeeld van. Cliënt voelt iedere keer spanning als het weer gaat gebeuren. Maar achteraf is de spanning weg en terugkijkend kan hij alleen maar tevreden zijn. Dus daar is NU geen spanning meer. Maar volgende week moet hij weer een presentatie houden en daar maakt hij zich nu al druk over. In deze gevallen ga je targets zoeken in de toekomst compleet met MES en SUD en NC. Ook vraag je een PC en een VOC. (Basisprotocol per target)

Target(s) A.+B.+C. of D (beeld/ gedachte / gevoel)

- **Target A** - Vaststellen van 1^e nare / heftige moment (target)
- vanuit het HIER en NU.
- Vraag; Welk moment in de film is het meest angstige of naar?
Cliënt omschrijft.
- Vraag; Wat maakt het dat dit beeld/moment het meest angstige is?
Cliënt omschrijft.
- **M** - Vraag: Welke gedachte heb je hierbij?
Cliënt omschrijft.
- **E** - Vraag: Wat doet het NU met je?
- **S** - Vraag: Voel je het ergens in je lichaam? Zo ja, waar?
Cliënt omschrijft

- **Ook bij target B - C of D doen!**

Stap 2: uitleggen over de EMDR behandeling

- **ontwikkelen van vertrouwensband**
- **uitleg van procedure** (tevens waarschuwen voor eventuele heftige ontladingen)
 - Korte uitleg over de vermoedelijke werking van het brein tijdens een nare ervaring. Dan leg je uit hoe jij behandelaar te werk gaat. “Je krijgt een koptelefoon op die aan één stuk door audio klikjes geeft. Deze klikjes hoor je links–rechts, om en om. Dit wordt afgewisseld door de oogbewegingen of door tikjes op bijvoorbeeld de knieën. De stimulatie zorgt ervoor dat het brein mogelijk een verwerking van de nare ervaring laat plaatsvinden. We praten hier dan over de verwerking die vermoedelijk niet eerder heeft plaatsgevonden. (Laat de cliënt even ervaren hoe het de bilaterale stimulatie in zijn werk gaat)
 - Als we beginnen met de sessie, dan hoor je de audio klikjes enna ongeveer 60 secondenstop ik de stimulatie. Dan stel ik 1 vraag, die je kort en bondig mag beantwoorden waarna we weer verder gaan. Dit gaat net zo lang door tot de nare ervaring is verwerkt. Soms kan het zijn dat je veel te vertellen hebt tijdens een dergelijk stop, dan zal ik waarschijnlijk onderbreken om het proces optimaal te laten doorgaan, daar dit de behandeling ten goede komt”.
- **eventuele angsten voor de EMDR behandeling**
 - uitleg is heel erg belangrijk, hierdoor krijgt de cliënt vertrouwen in de behandeling.
 - behandelaar kan ook eerst een PCi installeren (bij ernstige angsten).
 - ontspanningsoefeningen meegeven
- **ontspanning aanleren** (vaak ontspanningstape meegeven)
- **loslaat-visualisatie / ik-sterkte oefeningen / ankertechnieken**

Een vertrouwensband ontwikkelen is bij EMDR haast nog belangrijker dan bij andere vormen van therapie. Uitleggen hoe het er in het brein (vermoedelijk) aan toe gaat is een manier waarop je de cliënt laat weten dat je weet wat je doet en waarmee je bezig bent. Vertel ook hoe je als behandelaar te werk gaat. Zie voor de uitleg van het brein en de werking van EMDR, dag 1.

Indien de cliënt echt heel angstig is kun je overwegen een PCi te installeren. Echter, wees hier voorzichtig mee. De lading heb je tenslotte nodig om de sessie mee in te gaan. En de cliënt kan denken “oh, hiermee kan ik het allemaal weer aan” zonder dat er daadwerkelijk verwerking van het trauma en de angst heeft plaatsgevonden.

Aan het einde van de intake kun je met de cliënt een ontspanningsoefening of een ego-versterkende visualisatie doen en die opnemen op digitaal/CD en meegeven of nasturen.

Fase 1: Scherpstellen en taxeren (2e ontmoeting of later)

- Target A - De eerste ervaring (indien aanwezig)
 - Target B - De heftigste ervaring
 - Target C - De meest recente ervaring
 - D - Indien geen van bovenstaanden NU spanning oproept een gebeurtenis in de toekomst gebruiken die angst oproept.
- **SUD – (Subjective Units of Disturbance) 0-10**
- Behandelaar benoemd in het kort de trigger 'Je vertelde vorige keer'
 - Je neemt 1 van de 2 a 3 targets (A-B-C)
'wat raakt je HIER en NU op dit moment het meest?'
 - M-E-S
 - SUD 0-10
 - doe de MES en SUD op alle aanwezige targets A – B - C
- **Op alle target's (A, B, C) de SUD vaststellen.**
- **Dan starten we met de target met de hoogste SUD.**
- Vraag weer wat het NU doet 0-10 (dit daar er al wat tijd is verstreken en de SUD kan zijn veranderd. Hoger of lager maakt niet meer uit, je gaat gewoon door met het basisprotocol)
- **NC (negatieve cognitie over alleen de hoogste SUD)**
- de negatieve cognitie naar aanleiding van de (angstige) gebeurtenis (deze negatieve cognitie bevat een negatief waardeoordeel over zichzelf)
 - Vraag: Als je naar dit moment kijkt of denkt en het raakt je NU op een schaal van 0 tot 10 (SUD) zo enorm,wat vind je dan van je zelf dat dit je NU nog zo raakt?
 - Als hier geen NC over zichzelf benoemd kan worden dan heb je ook géén PC!
- Het is niet altijd mogelijk een NC te vinden. Maar als die er wel is dan ga je de PC vragen.
- **PC (positieve cognitie voc t.o.v. SUD)**
- *Als je een NC hebt, dan volgt de PC (alleen mogelijk als je een NC hebt)*
- De PC dient het zelfbeeld te versterken en de angst te neutraliseren. Wordt ook in de toekomstverkenning ingezet!
 - “Als je aan dat moment denkt of naar kijkt? Wat zou je dan NU van jezelf willen vinden?”
- De positieve cognitie (een wens/affirmatie), die een duidelijk interne locus van controle heeft
- De positieve cognitie afgezet op schaal van 1 → 7 (VOC = Validity of Cognition)

Fase 2: desensitisatie (lange BS)

- *Start BS (lang) op de hoogste SUD – target (A of B of C of D)*
- Focus op TARGET/ M-E-S / SUD/ NC. (zie basisprotocol)
 - Gedurende deze fase herhaalt de behandelaar EMDR-sets totdat de SUD gedaald is tot 0-3.
 - Ga regelmatig terug naar target TnT en vraag de SUD wat deze NU doet.
 - Zodra de SUD op 0 of 2 is ga je de PC installeren.

Fase 3: installatie PC (korte BS)

- SUD is 0-3
Behandelaar vraag:
“Als je NU naar het beeld/moment (target) kijkt/denkt, en zegt (voorbeeld) “Ik ben OK”, hoe waar voelt dit NU?¹ Het was 3 wat is het nu?”
- focus op (PC -VOC). (1 set BS en dan weer vragen)
 - Hier doe je korte BS

Deze fase pas beginnen als de SUD-waarde gedaald is tot 0-3. De cliënt houdt *tegelijktijd* de net bewerkte herinnering/target en de affirmatie in zijn bewustzijn. Ook hier weer EMDR-sets totdat VOC-waarde bekrachtigd is.

¹NB: VOC-waarde wordt gevoeld.

Fase 2 en 3: Volgende Target (B)

- Als target A (hoogste SUD) is behandeld ga je naar het volgende target. Van hoge SUD steeds lager.
- Bijvoorbeeld: Target B – TnT (volgende) SUD vaststellen (geen NC) - dan gelijk door met lange BS
- Ook dit target doorgaan tot 0-3
- PC – korte BS

Fase 2 en 3: Volgende Target (C)

- Zie hierboven – nu met Target C

Lichaamsscan (korte BS)

- Na alle targets te hebben behandeld de sessie afsluiten met een lichaamsscan
- **Lichaamsscan alleen op de laatste target gebruiken bij afronden desensitatie fase (en PC)**
 - Als cliënt iets voelt van negatieve gevoelens, laat je daarop focussen en doe je 1-2 korte BS sets. Benoem de PC ook!
 - Na deze set BS vraag je “Hoe voelt het NU?”
 - Bij heftig oplopende emoties, ga je terug naar fase 2 en (TnT) en taxeert de SUD opnieuw op het laatste target die je hebt behandeld. Ga verder met lange sets en hierna nogmaals de PC bekrachtigen.
 - Het kan heel soms voorkomen dat je weer terug moet naar target en daarna de PC opnieuw installeren. Dit is meestal een teken dat de cliënt controle heeft kunnen vasthouden. Het is voor de behandelaar een mooi controle moment.

Fase 4: Toekomstverkenning (korte BS)

- **Toekomstige situatie simuleren**
 - Na verwerking van alle targets ga je over op toekomst verkenning
 - GT (gewenste toestand) reactie – Gewenste toekomstige reactie bij een trigger/ target moment.
 - Videocheck – speel film/verhaal af in toekomstige situatie. Zo gedetailleerd mogelijk.
 - Check PC (VOC) is deze nog hoog genoeg?

Een toekomstverkenning doe je altijd na gebruik van het desensitisatie proces, nadat je alle targets hebt behandeld en de PC hebt geïnstalleerd. Hiermee controleer je of de spanning werkelijk is verminderd.

De toekomstverkenning wordt voor de cliënt beschreven per fragment, in de taal van de cliënt gericht op toekomstige situaties. We doen hier steeds een korte ronde sets. Het huiswerk kan zijn dat we de cliënt in deze situaties laten opzoeken of dat je als behandelaar meegaat naar deze situaties. Mocht er lading opkomen dan gaan we met deze lading terug naar fase 2 en taxeren de SUD hierop en doen weer lange rondjes tot de lading is gedaald waarna PC en lichaamsscan afronding zijn. De toekomstverkenning zullen we dan in een volgende sessie alsnog installeren.

Beëindiging/afroding

Meestal korte ontspanning. Uitleg dat tussen sessies eventueel negatieve ‘flashes’ kunnen optreden → parkeren + ontspanningstape benutten. Deze uitleg = subtiele herkadering (“goed teken”).

Praat zo min mogelijk over de sessie. Laat cliënt rustig vertrekken. Zorg eventueel voor een bekende die de cliënt kan ophalen. (Komt nagenoeg nooit voor.)

Evaluatie (volgende sessie)

Dit is het begin van de *volgende* sessie: hetzelfde target (of dezelfde targets) als waar de laatste keer aan gewerkt is, wordt (worden) voor de geest gehaald → hoe is SUD nu? – hoe is VOC (PC) nu? Cliënt kan uiteraard ook minder formeel vertellen over veranderingen...

Start bij binnenkomst van de cliënt zo snel mogelijk met de SUD bepaling!

4.0 Angsten en Fobieën - Theoretische beschouwing

Een hevige hardnekkige angst die de kwaliteit van het leven sterk vermindert noemt men fobisch. Hoe een fobie ontstaat is onbekend. Deskundige denken dat de kans op het ontwikkelen van een fobie stijgt door de volgende factoren. Ten eerste het ervaren van zeer hevige angsten. Maar ook door het veelvuldig krijgen van met angst beladen informatie. Een kind kan dus angstig worden wanneer het zijn ouders vaak angstig ziet. Ook met angst beladen gedachteprocessen spelen een rol. De fobicus gaat dan denken dat de gevreesde situatie ook werkelijk gevaarlijk is. Door een combinatie van het vermijden van de angst en het beschikken over onjuiste informatie kunnen de angstgedachten blijven bestaan. En daarmee de lichamelijke angstgevoelens: het snel kloppende hart, het transpireren, enzovoort. Vaak heeft de cliënt met een fobie angst voor de angst. Deze voedt de oorspronkelijke angst waardoor een angstspiraal ontstaat die paniek veroorzaakt. Bij de meeste fobieën voelt de cliënt angst, maar bij sommige eerder walging. Vooral bij bloedfobieën is dat laatste het geval. Bij een bloedfobie kan na een aanvankelijke hartslagversnelling een plotselinge hartvertraging optreden. Die kan zo hevig zijn dat de persoon flauwvalt. In dat geval leert de behandelaar de cliënt hoe hij door het aanspannen van verschillende spiergroepen het hart kan activeren zodat hij het bewustzijn niet verliest.

Enkelvoudige en complexe fobie

Shapiro onderscheidt twee soorten fobieën: de enkelvoudige fobie en de meer aspecten omvattende complexe fobie. Een voorbeeld van een enkelvoudige fobie is angst voor spinnen en hoogtevrees. Sociale fobie is een voorbeeld van een complexere fobie met vele verschillende aspecten. Ook emetofobie, stikfobie, rijfobie, angst voor bliksem en claustrofobie zijn vaak gecompliceerd. Een algemeen erkend effectieve procedure bij enkelvoudige fobieën is *exposure*, blootstelling aan de fobische situatie (Emmelkamp 1998). De cliënt leert dat zijn angstgedachten niet realistisch zijn. Zo leert de spinfobicus dat een Hollandse spin eerder zal vluchten in plaats van aan te vallen. En de persoon die bang is voor kleine ruimten leert dat hij daar niet flauw valt of in paniek raakt en gewoon de deur kan openen. EMDR kan hierbij een zeer snelle en effectieve manier van het reduceren van de angsten zijn. Hierbij is, na het desensitisatie proces, de toekomst verkenning en een zo groot mogelijk bekrachtigde PCI het effectiefst. Bij gecompliceerde fobieën zien we binnen de EMDR dat het 'gecompliceerde meertarget protocol' meer effecten heeft dan het ongecompliceerde meertarget protocol.

Sommige cliënten met PTSS vertonen sterke angstige/fobische reacties. Andere angstige/fobici voldoen niet aan de criteria voor PTSS – terwijl er wel een akelige ervaring aan de angst/fobie ten grondslag ligt. Niet alle angstige/fobici hebben echter traumatische ervaringen achter de rug – een deel wel degelijk... Juist voor deze laatste groep is het 'ongecompliceerde meertarget protocol' ontwikkeld.

Dit omdat 'EMDR basisprotocol' wel de beladen ervaring integreert, maar lang niet altijd de angstige/fobische reacties vermindert. De behandelaar dient vaak de 'angst voor de angst' te behandelen – naast het aanleren van betere hanteringwijzen ('coping mechanismes'), ontspanningsoefeningen, afleidingstechnieken en cognitieve herstructurering. Hier komt EMDR ons op een andere manier te hulp.

Angststoornissen

Angst, fobieën, stress en andere emotionele problemen zijn veel voorkomende klachten. Dikwijls gaan deze klachten gepaard met depressie, vermijdingsgedrag en allerlei beperkingen en belemmeringen in het dagelijks functioneren (werk, school, privé, vrije tijd).

Iedereen is wel eens bang of angstig. Angst is een normale en dikwijls ook beschermende reactie op dreigend gevaar. Indien dit gevaar reëel is dan is angst ook te begrijpen en aanvaardbaar. Echter, indien er geen reëel gevaar is en men toch heel angstig is of zelfs in paniek raakt, dan kan er van een **angststoornis** sprake zijn.

De meeste angststoornissen veroorzaken dikwijls een lijdensweg voor de betrokkene. Het dagelijkse leven en het functioneren worden belemmerd en verstoord. Men wordt depressief en men voelt zich dikwijls 'alleen' en onbegrepen. De omgeving reageert vreemd, niet begrijpend, soms banaliserend of zich afwerend, hetgeen een meer isolerend effect op de betrokkene heeft.

Om welke angstklachten gaat het nu?

De zes meest voorkomende angststoornissen zijn:

- 1 Paniekstoornis
- 2 Sociale stoornis
- 3 Dwangstoornis of obsessief compulsieve stoornis (obs)
- 4 Post traumatische stress stoornis (ptss)
- 5 Gegeneraliseerde angststoornis (gas)
- 6 Specifieke fobieën

Daarnaast zijn er stoornissen die niet specifiek onder de angststoornissen worden geklasseerd, maar waarbij angst wel een centrale rol speelt:

- Hypochondrie (ziektevrees)
- Agorafobie (pleinvrees)
- Emetofobie (angst om te braken)
- Anorexia en boulimia
- BDD (body dysmorphic disorder) of stoornis in de lichaamsbeleving
- Trichotillomanie (haren uittrekken)

Paniekstoornis

De paniekstoornis, vroeger hyperventilatie genoemd, heeft als belangrijkste kenmerk: de paniekaanval. Een paniekaanval is het plotselinge, zonder aanwijsbare aanleiding, optreden van 'niet goed worden of onwel worden' gepaard gaand met angst of een paniekgevoel. Tijdens een paniekaanval treden minstens vier of meer van de volgende lichamelijke verschijnselen en gevoelens op:

- bonzend hart of overslaand hart of hartkloppingen
- beklemmend gevoel op de borst
- zweet breekt uit, klamme handen
- trillen/beven
- kortademig of moeilijk ademen
- gevoel van stikken of brok in de keel
- misselijkheid, maagpijn of plotselinge diarree
- duizeligheid, onvast op de benen, licht gevoel in het hoofd (bang om flauw te vallen)
- de omgeving als vreemd ervaren
- zichzelf als vreemd ervaren of gevoel van onwerkelijkheid
- bang voor controleverlies of bang om gek te worden
- bang om dood te gaan of 'iets' te krijgen (hartinfarct, hersenbloeding, kanker)
- hyperventileren, verdoofd gevoel of tintelingen in bijv. handen, lippen (rond de mond)
- warme opvliegers of koude rillingen.

Een tweede belangrijk kenmerk bij de paniekstoornis is dat men voortdurend bang is om een nieuwe aanval te krijgen (anticipatieangst genoemd). 'IK ben bang HET weer te krijgen'.

Dit is dan ook dikwijls de reden waarom men allerlei situaties vermijdt. Men noemt dit agorafobie.

Het is dus niet zo dat men alle klachten moet hebben. Ook kan het dat bepaalde klachten wel eens verschuiven en dat men meer last heeft van enkele andere klachten, en dat andere wegblijven.

Sommige mensen met een paniekstoornis zijn zo bang voor een nieuwe aanval dat ze bepaalde situaties gaan vermijden (agorafobie). Naast vermijding is er ook dikwijls sprake van anticipatieangst en hypochondrische gedachten.

Mensen met een paniekstoornis zullen op lange termijn zo angstig en onzeker worden dat hun vrijheid steeds beperkter wordt. Ook de stemming wordt steeds 'somberder' en lusteloos. Zowel de thuissituatie, het werk, vrije tijd als relaties lijden eronder. Men wordt nauwelijks begrepen hetgeen steeds meer het gevoel geeft 'er alleen voor te staan', terwijl men zich toch afhankelijk blijft opstellen.

Zelfs binnen de geestelijke gezondheidszorg worden panieklachten vaak onderschat, niet herkend of vastgesteld. Mensen met een paniekstoornis worden soms ten onrechte in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen. Een dergelijke opname maakt dat de betrokkene zich als ‘gek’ ervaart. Mensen met een paniekstoornis zijn zéker niet gek of gestoord, integendeel, het zijn gewone mensen met een gezond verstand. Men schat dat ongeveer 7% van de bevolking tussen 15 en 65 jaar een paniekstoornis heeft of kan krijgen.

Sociale angst

Sociale angst (of sociale fobie) kenmerkt zich doordat men in situaties met andere mensen (vreemden en/of bekenden) bang is om bekeken te worden, te blozen, te trillen, te stotteren, kritiek te krijgen of de verkeerde dingen te doen of te zeggen. Allerlei sociale situaties worden hierdoor vermeden of men zoekt/bedenkt redenen/uitvluchten om ze vermijden. Sommige mensen met een sociale fobie drinken dikwijls alcohol of gebruiken middelen om bepaalde situaties aan te kunnen.

Ook sociaal fobici hebben last van anticipatieangst.

Onder de sociale angst behoren enkele meest voorkomende fobieën zoals:

- **Tril- of beeffobie:** men is bang in gezelschap te beven. Iedereen zou kunnen zien dat je beeft, waardoor je het idee krijgt dat anderen van je kunnen denken dat je onzeker bent. Het beven komt dan vaak voor in situaties zoals: op een receptie, bij een etentje, bij het schrijven terwijl men op je vingers kijkt.
- **Zweten:** als mensen zien dat je zweet zou dit de indruk kunnen wekken dat je onzeker bent.
- **Blozen:** iedereen bloest wel eens. Iemand met een sociale angst beschouwt blozen als ‘onzekerheid’. Men is dan ook bang om te blozen.
- **Verkeerde dingen** zeggen of doen of niet meer uit zijn woorden komen!

De meeste mensen met een sociale angst hebben een laag zelfbeeld en voelen zich minderwaardig en onzeker. Ze letten vooral op zaken die ze denken niet te kunnen.

Dikwijls is er sprake van een: verhoogd zelfbewustzijn, vermijding, geremd sociaal gedrag.

Verhoogd zelfbewustzijn: zij zijn zich in sociale situaties overmatig bewust van zichzelf en hebben te weinig aandacht voor de ander en voor de sociale taak. Dit verhoogde zelfbewustzijn voedt sociaalgerelateerde emoties als schaamte en verlegenheid, leidt tot de neiging tot negatieve zelfevaluatie en het zichzelf bovenmatig verantwoordelijk maken voor de uitkomst van gebeurtenissen, en interfereert met het sociaal functioneren.

Vermijding: Uit angst voor de verwachte catastrofes vermijdt de patiënt bepaalde situaties of bepaald gedrag dat corrigerende informatie zou kunnen geven.

Geremd sociaal gedrag: het hoge angstniveau stoort het optimaal functioneren en leidt veelal tot geremd sociaal gedrag. Hierdoor zal men zichzelf meer negatief evalueren en zullen anderen minder positieve reacties geven dan wanneer men zonder angst zou functioneren.

Dikwijls worden mensen met een sociale angst geadviseerd om een assertiviteitstraining te volgen. Op zich kan dit mogelijk iets meer zelfvertrouwen geven, echter eenmaal terug in de échte sociale situaties, hebben ze weer klachten en neiging om te vermijden. Bij een assertiviteitstraining wordt enkel aandacht gegeven aan het gedrag. Na een klachtgerichte cognitieve gedragstherapie kan een assertiviteitstraining wel toegevoegde waarde bieden.

De veronderstelling dat hiervoor medicijnen bestaan die het probleem oplossen is ook onjuist. Medicatie kan enkel een steunende bijdrage aan de cognitieve gedragstherapie leveren.

Belangrijk

Sociale angst ontwikkelt zich dikwijls al tijdens de kinderjaren. Al te vaak worden deze kinderen dan als ‘verlegen’ beschouwd, echter ze hebben er last van en lijden er vaak onder. Ze zijn dikwijls een prooi om gepest te worden, omdat ze zich niet durven te verweren. Ze kunnen weliswaar soms agressief reageren, hetgeen dan meer een vorm van onmacht en een uiting van gekwetste gevoelens is.

Het is niet uitgesloten dat jongeren met een sociale angst zich vroegtijdig isoleren, weinig vrienden hebben. Ze doen heel erg hun best om iedereen te behagen of geliefd te worden.

Door een sociale angst kan zelfdoding bij jongeren getriggerd worden.

Ouders en leerkrachten hebben een belangrijke taak om dit tijdig te herkennen zodat men dit probleem kan aanpakken.

Dwangstoornis of obsessief compulsieve stoornis (ocs)

De naam van de dwangstoornis komt van twee belangrijke verschijnselen: dwanggedachten (obsessies) en dwanghandelingen (compulsies).

Dwanggedachten of **obsessies** zijn ongewenste, zich opdringende ongewenste gedachten en/of voorstellingen die uit de persoon zelf komen, maar die hij/zij niet of nauwelijks onder controle lijkt te kunnen houden. Ze komen als het ware buiten de wil om.

Belangrijk

Dwanggedachten mogen niet met waangedachten worden verward. Bij waangedachten is de betrokkene ervan overtuigd dat deze gedachten juist zijn. Waangedachten komen voor bij psychotische ziektebeelden. Bij dwanggedachten beseft de betrokkene dat zijn/haar gedachten eigenlijk onjuist, vreemd en opgedrongen zijn.

Dwanghandelingen of **compulsies** zijn steeds terugkerende handelingen of rituelen welke worden uitgevoerd om de angst/spanning/onrustgevoelens die door de dwanggedachten worden opgeroepen, te verminderen of te neutraliseren.

Smetvrees, poetsdwang, controleren, tellen (even of oneven getallen gebruiken) zijn hiervan bekende voorbeelden. Voorts is de dwangstoornis meestal gekoppeld aan perfectionisme, versterkt verantwoordelijkheidsgevoel en voortdurende twijfels.

Vermijdingsgedrag

Als de dwanghandelingen te veel tijd in beslag nemen en/of dermate het dagelijks functioneren hinderen, is het mogelijk dat bepaalde situaties/omstandigheden/plaatsen vermeden worden.

Mensen met een dwangstoornis investeren zeer veel tijd in hun rituelen hetgeen vaak vermoeidheid en zelfs uitputting tot gevolg heeft. Er is dan nog nauwelijks of geen ruimte meer voor vrije tijd, relaties, hobby's enz... Bovendien betrekken ze hun directe omgeving (partner, kinderen, familie, vrienden) ook in hun dwang(systeem), stellen vaak vragen en/of eisen dat de ander ook bepaalde handelingen moet verrichten. Dit leidt vaak tot relatieproblemen of zelfs echtscheiding, waardoor de betrokkene (de dwanger) in een isolement terecht komt.

Veel mensen met dwang komen niet in de hulpverlening terecht, enerzijds omwille van hun schaamte ervoor, anderzijds omdat ze bang zijn om iets aan het probleem te doen. Dit laatste heeft ermee te maken dat de dwang dermate 'overtuigend' lijkt dat verandering hierin veel angst oproept.

Wordt iemand met dwang door zijn omgeving (partner/familie) tot behandeling gedwongen, dan is de kans groot dat de behandeling niet zal slagen.

Anderzijds, wordt dwang niet behandeld, dan zal de betrokkene zijn dwangstelsel steeds vergroten en/of verleggen naar andere thema's, omstandigheden en/of situaties. Dwang is een zeer ernstige angststoornis, maar bovendien ook zeer hardnekkig hetgeen dan ook specifieke eisen aan een behandeling stelt.

Posttraumatische stressstoornis (ptss)

Als gevolg van een ingrijpende gebeurtenis uit het recente of verre verleden kunnen zich angstklachten ontwikkelen. De klachten onderscheiden zich in drie groepen:

- klachten met betrekking tot herbeleving;
- tot vermijding;
- en tot verhoogde waakzaamheid.

Herbeleving van de traumatische gebeurtenis gebeurt op ten minste één van de volgende manieren:

- De herinneringen aan de gebeurtenis komen op opdringende wijze steeds terug.
- Terugkerende, beangstigende dromen over de gebeurtenis.
- Een plotseling handelen of voelen alsof de gebeurtenis plaatsvond.
- Bij blootstelling aan gebeurtenissen die (sterk) lijken op de traumatische gebeurtenis ervaart de betrokkene een intens psychisch lijden.
- De betrokkene reageert met lichamelijke verschijnselen bij confrontatie met gebeurtenissen die lijken op het oorspronkelijke trauma.

De vermijding komt tot uiting doordat men allerlei pogingen doet om gesprekken, gedachten en situaties die met het trauma verband hebben (of er op lijken) te vermijden.

Tevens zijn er dikwijls klachten als:

- Slaapmoeilijkheden;
- het minder of niet meer kunnen uiten van gevoelens;
- weinig of geen toekomstverwachtingen meer hebben;
- prikkelbaarheid;
- moeite met concentreren;
- overmatige waakzaamheid;
- overdreven schrikreacties.

Meestal is de veronderstelling dat het trauma de oorzaak is van de huidige angst(en), waardoor deze angst blijft aanhouden. Dit betekent dan voor de betrokkene: 'er is niets meer aan te doen, ik zal mijn leven lang angstig blijven en ermee moeten leven'. Dit is onjuist! Een oorzaakgerichte behandeling biedt een goede mogelijkheid deze angst aan te pakken. En met oorzaakgerichte behandeling wordt bedoeld: niet het verleden wordt behandeld, wèl de oorzaak van de angst.

Gegeneraliseerde angststoornis (gas)

Deze vorm van angststoornis wordt door enkele onderzoekers als omstreden beschouwd omwille van het feit dat deze angststoornis als duidelijk apart omschreven ziektebeeld kennelijk minder vaak voorkomt. Wel blijkt dat de symptomen van de **GAS** dikwijls bij andere angststoornissen aanwezig zijn.

Anderen beweren dat de GAS een duidelijk aparte angststoornis is.

Bij de paniekstoornis is er sprake van een steeds terugkerende hevige angst, ook in de vorm van paniekaanvallen. Bij een gegeneraliseerde angststoornis is de angst minder hevig, maar meer voortdurend aanwezig. Bovendien is er bij GAS niet sprake van een 'dreiging' om een paniekaanval te krijgen.

Het meest opvallende symptoom bij de GAS is dat de betrokkene een chronische zenuwachtige tober (piekeraar) is. Er is sprake van een overmatige angst en zorg waarop de betrokkene weinig of geen greep meer heeft.

Deze angst en zorg gaan samen met (minstens drie) van de volgende verschijnselen:

- rusteloosheid, op scherp staan, verhoogde alertheid, opgejaagdheid, niet kunnen stilzitten (soms ijsberen);
- snel vermoeid zijn;

- concentratievermindering;
- verhoogde prikkelbaarheid, geïrriteerdheid;
- spierspanning met dikwijls pijnlijke spieren (nek, rug, armen);
- in- en doorslaapmoeilijkheden, niet uitgerust gevoel hebben;
- voortdurend bezorgd piekeren en de buitensporige ongegronde angst dat er allerlei nare dingen kunnen gebeuren.

Deze klachten moeten minsten zes maanden aanwezig zijn. Echter, vaak heeft men er jaren lang last van voordat men hulp zoekt. Wel zoekt men sneller hulp in de vorm van middelen, soms antidepressiva. Dikwijls zijn mensen met een gegeneraliseerde angststoornis tevens depressief.

De thema's waarover deze mensen piekeren kunnen van zeer verschillende aard zijn. Meestal is het piekeren over 'ALLES en nog wat'. De inhoud van het piekeren heeft meestal een dramatisch, catastrofaal karakter.

Het piekeren dient dikwijls om angstopwekkende ervaringen te vermijden.

Specifieke fobieën

Zeer veel mensen geven aan bang te zijn voor 'iets' zoals: spinnen, slangen, muizen, hoogtevrees, onweer, storm (wind), enge ruimte, bloed, tunnels, enz...

In de meeste gevallen hebben mensen er niet al te veel last van. Echter wanneer het dagelijks leven door een dergelijk vrees (fobie) wordt verstoord en ze hierbij voortdurend angstig zijn en er alles voor doen om het gevreesde object of situatie te vermijden, dan spreken we van een angststoornis, met name een specifieke fobie.

Soms geven mensen aan last te hebben van claustrofobie of agorafobie. Echter, in de meeste gevallen horen deze fobieën bij de paniekstoornis. Ze kunnen weliswaar als specifieke fobieën voorkomen, maar dit is echter zelden het geval.

Agorafobie

Letterlijk betekent **agorafobie** pleinvrees. Bij agorafobie als gevolg van een paniekstoornis beperkt zich het vermijdingsgedrag echter niet tot pleinvrees. Allerlei situaties kunnen angst oproepen. Winkels, bioscoop, in een lange rij wachten, restaurant, markt, alleen reizen met de auto, trein of bus of ver van huis weg gaan. Meestal zijn dit situaties waarbij men meent niet te kunnen ontsnappen, of dat het krijgen van hulp moeilijk of niet mogelijk is. Agorafobie kan ook bij andere angststoornissen voorkomen, hierbij speelt echter niet de angst voor 'weer' een aanval te krijgen een rol (HET weer te krijgen). Agorafobie kan ook als enkelvoudige fobie voorkomen, dit is echter zelden het geval. Men spreekt dan ook van paniekstoornis zonder agorafobie.

Het agora fobisch vermijdingsgedrag bij mensen met een paniekstoornis kan zich op verschillende manieren uiten. Vaak zien we dat het vermijdingsgedrag zich als een spiraal vergroot. Steeds meer situaties worden vermeden totdat de betrokkene NERGENS meer nog ALLEEN naar toe gaat. We spreken dan van gegeneraliseerd vermijdingsgedrag. Een vermijdingsgedrag in die ernstige mate beperkt de levensvrijheid (het is een vorm van vrijheidsberoving) waardoor de betrokkene alle contacten met zijn omgeving verliest en zich isoleert. Het is dan niet uitgesloten dat er naast de paniekstoornis zich tevens een depressie ontwikkelt. Naast de angst voelt de betrokkene zich steeds meer somber en lusteloos worden, kan nauwelijks of geen plezier meer in de 'gewone dagelijkse dingen' beleven en leeft met gedachten als 'als het zo verder moet hoeft het voor mij niet meer'.

Vaak komt men dan met laatstgenoemde depressieklachten bij de huisarts (of een hulpverlener) waardoor het niet uitgesloten is dat een verkeerde diagnose kan worden gesteld, namelijk depressie.

Enkele typische situaties/plaatsen die worden vermeden:

- Ver van huis weg gaan
- Drukke winkels, groot warenhuizen of shoppingcentra
- Bus, trein of tram
- Met de auto op een autosnelweg rijden
- Wandelen in het bos, pretpark of kinderboerderij
- Wachtplaatsen (huisarts, tandarts, kapper)

Agorafobie is zeer goed behandelbaar. Soms kunnen 2 tot 4 sessies het vermijdingsgedrag doorbreken.

Emetofobie

Emetofobie betekent: bang zijn om over te geven (te braken). Men spreekt ook wel eens van braakfobie.

Emetofobie wordt gekenmerkt door twee opvallende verschijnselen: het voortdurend angstig en bezorgd zijn dat men zou kunnen/moeten overgeven (angstige gedachten) én alles doen om te voorkomen dat men zou kunnen overgeven.

De angstige gedachten dat men zou kunnen/moeten overgeven zijn zéér hardnekkig, extreem en hebben een dwangmatig karakter. Bij alles wat men doet, eet, waar men is, met wie men contact heeft, waar men naar toe gaat staan in het teken van 'angst te moeten overgeven'.

Misselijkheid blijkt bij de meeste emetofoben een belangrijke rol te spelen. Misselijkheid staat bij hun gelijk aan overgeven. Misselijkheid betekent een hoog risico om te moeten overgeven. Men beschouwt het niet eens als een risico, maar als een FEIT.

Naast de angstige gedachten zal de emetofob alles ondernemen om te voorkomen misselijk te worden met het risico te moeten overgeven. Dit vertaalt zich in allerlei rituelen en vermijdingen van situaties/omstandigheden/mensen, zoals:

Letten op wat men eet en drinkt, letten op vervaldata van voedsel/drank, mensen vermijden die ziek zijn (griep, diarree enz...), hetgeen een vorm van smetvrees kan aannemen –niet te verwarren met OCS), bepaalde mogelijk besmette objecten niet aanraken of het zien overgeven van een ander vermijden. Deze lijst kan met tientallen gedragingen aangevuld worden.

Het eetgedrag van een emetofob wordt wel eens verward met anorexia. Dit is onterecht omdat de achterliggende drijfveren van anorexia geheel anders zijn dan bij een emetofob. Het belangrijke verschil is dat iemand met anorexia niet bang is om over te geven, vaak integendeel: namelijk dat overgeven een opgelucht gevoel geeft.

Hoe ontstaat emetofobie?

Op de eerste plaats wordt er een koppeling gemaakt tussen overgeven en angst. Of met andere woorden: overgeven veroorzaakt angst. Deze koppeling gaat dan een eigen leven leiden. Er zijn veel emetofoben die nooit hebben overgegeven, anderen enkel éénmaal of zeer sporadisch. Anderen hebben het gezien bij iemand anders. Het is ook niet uitgesloten dat ouders onjuiste informatie/boodschappen hebben gegeven waardoor er een koppeling ontstaat: overgeven = angst.

Deze voorbeelden zijn enkel aanleidingen, maar niet OORZAKEN. De oorzaak is gelegen in deze koppeling zelf en mogelijke andere (denk) systemen. Dit betekent dat emetofobie ook behandelbaar is, weliswaar niet gemakkelijk, maar wel NODIG.

Hypochondrie (ziektevrees)

Letterlijk vertaald betekent hypochondrie **ziektevrees**. Veel mensen met een paniekstoornis hebben last van gedachten dat ze een ziekte hebben of krijgen. Bijvoorbeeld: bij hartkloppingen en een voortdurend drukkend gevoel op de borst denkt men aan het krijgen van een hartinfarct of ooit een hartaanval te krijgen. Bij duizeligheid denkt men bijvoorbeeld aan een hersenbloeding of kanker.

Mensen met een paniekstoornis laten zich ook meermalen lichamelijk onderzoeken, bang dat ze toch een ziekte hebben. Geruststelling dat er niets aan de hand is, helpt dikwijls niet. Integendeel, vaak roept het meer angst en onzekerheid op, als de betrokkene te horen krijgt 'er is niets lichamelijks aan de hand'. Men refereert dan toch naar 'ja, maar ik voel het toch steeds' (zie ook: anticipatieangst).

Er dient een duidelijk onderscheid gemaakt te worden tussen hypochondrisch reageren bij paniekstoornis klachten en de hypochondrie in engere zin.

Het verschil is meestal duidelijk te merken aan de typisch lichamelijke klachten waarbij men bang is een ziekte te hebben.

Bij **paniekstoornis** gaat het meestal om:

- hartklachten (t.g.v. hartkloppingen en een drukkend gevoel op de borst);
- hersenbloeding of kanker (t.g.v. duizeligheid en/of vreemde ijle gevoelens in het hoofd);
- buik- of maagziekte of kanker (t.g.v. misselijkheid met soms braken);
- verlamming of zenuwziekte (t.g.v. vreemde tintelingen of verdovende gevoelens in de benen of elders).

Bij **hypochondrie** in engere zin is de betrokkene voortdurend bang voor het mogelijk krijgen van allerlei ziekten van verschillende aard, zonder dat hierbij van panieklachten of paniekaanvallen sprake hoeft te zijn. Allerlei lichamelijke klachten of signalen worden dan ook als 'het hebben of krijgen' van een ziekte opgevat

(geïnterpreteerd). Bovendien wil de betrokkene middels allerlei onderzoeken persé het bewijs van het hebben of krijgen van ziekte bewijzen.

De gedachten hebben een dwangmatig karakter. Het lijkt alsof men geen greep heeft op deze gedachten. Bovendien is er die voortdurende angst en twijfel. Allerlei lichamelijk verschijnselen en/of klachten worden meteen als 'ernstig' opgevat, met daarnaast de meest ernstige gevolgen.

Hypochondrie is een zeer ernstige aandoening en heeft aanzienlijke invloeden op het dagelijks functioneren (werk, privé, relaties, vrije tijd). De betrokkene kan in weinig of niets meer plezier beleven. Dikwijls is depressie een reactief gevolg.

5.0 Casus Lydia: (13 maanden terug)

Lydia is een vrouw van 43 jaar, en meld zich met dwangklachten als handenwassen en alles vies vindt waardoor ze aids kan krijgen en dood kan gaan. Zij is administratief medewerkster in een verslavingskliniek (drugs en alcohol), getrouwd en twee kinderen. Zoon van 21 jaar en dochter van 18 jaar. Zij is gelukkig getrouwd en haar man steunt haar waar mogelijk. Wel vindt zij dat haar man er te makkelijk over denkt wat betreft haar angsten. Vaak een reactie van 'ach, maar dat is toch niets. Je hoeft toch niet bang te zijn voor zoiets onbenulligs. Kijk, ik heb er toch ook niets van'. Het belangrijkste waar Lydia aan wil werken is, van haar angsten en dwanghandelingen afkomen, weer goed te voelen, zoals vroeger.

Haar klachten bestaan uit veel dwangmatig handenwassen, niets aanraken wat maar enigszins “vies” zou kunnen zijn. De angsten zijn vijf jaar terug begonnen. Tijdens een camping vakantie (5 jaar terug), ging Lydia naar het toilet. Nadat zij klaar was constateerde zij dat er bloed aan de WC bril zat. Dit bleek niet van haar zelf te zijn. Echter heeft cl. gelijk een gedachte gekregen dat zij nu met Aids besmet zou kunnen zijn. De angst om iets op te lopen is sinds deze ervaring steeds heviger geworden. Sindsdien wast zij meer en meer haar handen. Na iedere aanraking met een product, persoon, koken etc. worden de handen gewassen. Lydia is bang dat ook zij Aids kan krijgen en hieraan dood zal gaan. Cl. weet dat zij het niet heeft (onderzoek) maar krijgt de angst niet uit haar systeem.

Als Lydia boodschappen doet is zij alleen bezig met, stap ik niet op iets vies, raakt niemand mij aan (ook haar werk is onveilig), hoe kom ik weer thuis. Ook de straat op begint steeds moeilijker te worden. Haar man brengt haar overal naar toe. Zij durft steeds minder uit angst om ziek te worden of zelfs dood te gaan.

Bij de slager (11 maanden terug) wordt zij geholpen door personeel met een pleister op haar vinger. Zij durft niets te zeggen - angst komt omhoog, rekent af en gaat naar huis. Thuis gooit zij de net gekochte vleeswaren weg. Hierna gaat zij niet meer terug naar deze slager. Bij de slager is zij ontzettend gefixeerd op hoe men haar vleeswaren behandelt. Daar zij totaal niet assertief is durft zij hier geen enkele reactie op te geven.

Thuis, bij het koken en schoonmaken van de groenten, mag niemand helpen (5 jaar) en wast zij bij iedere handeling haar handen. Als er iets op de grond valt dan gooit zij het weg. Haar dochter wil graag helpen maar dat mag niet van haar, waardoor er ook problemen thuis ontstaan. Dochter heeft sinds haar 13^e anorexia. Lydia wijt de problemen van haar dochter aan zichzelf daar zij geen tot heel moeilijk kan communiseren en haar dochter niet begrijpt, dat dochter haar dwang niet begrijpt. Hierdoor stress en veel artsen afgelopen.

Haar moeder is 9 jaar geleden overleden en zij mist haar nog dagelijks. Heeft het gevoel dit nooit te hebben kunnen verwerken. Inmiddels is haar grote vriend, haar vader ook overleden (10.5 maanden).

Zij weet zich geen raad en haar communicatie/ assertiviteit is laag. Ziek worden en hieraan doodgaan vind zij een nachtmerrie. “Wat moeten de kinderen dan?” Ik ben geen goede moeder”.

Opdracht:

Wat is de diagnose?

Welke thema's zijn er?

Welke triggers en targets kun je benoemen?

Maak een behandelplan / totaal? Vanuit je eigen praktijk gezien.

Hoeveel sessie schat je nodig te hebben?

Bijlage I - dag 2: Werkbladen - OMP

Naam:

Trigger: Kan een beeld, gedachte, gevoel, beleving etc zijn. (alles wat NU nog een lading heeft!)

A. is enkelvoudige ervaring of eerste ervaring

--	--	--	--	--	--

Bij angsten, fobieën, meerdere trauma's gebruikmaken van het 'ongecomplieerd of gecompliceerd meertarget protocol. Per thema niet meer dan 3 targets!

B. een representatieve ervaring

--	--	--	--	--	--

C. Meest recente ervaring

--	--	--	--	--	--

Wat is de meest nare moment - A? Als je kijkt vanuit het hier en NU?(Targets)

MES - Welke gedachte heb je er NU bij? Wat doet het NU met je? Waar voel je dat in je lichaam?

A

+ MES

B

+MES

C

+MES

Uitleg EMDR en afspraken!

Bij je 1e EMDR sessie - alles is al uitgelegd! MES en SUD op de targets!

A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Vraag - Wat maakt het een ...8... en geen ...9... of...7.. (dit is voorbeeld)

B	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

NC en PC vaststellen - bij meer targets over de hoogste of laagste SUD!

*(NC) Wat vind je van jezelf dat je Hier Nu er nog zo op reageerd? (Op hoogste SUD - 1x daarna nooit weer)

*(PC) Wat zou je van jezelf willen vinden als je aan het moment denkt of naar kijkt?

Hoe waar is dat op dit moment? Van 1-7? VOC vaststellen

VOC

Hoogste target *	1	2	3	4	5	6	7		
------------------	---	---	---	---	---	---	---	--	--

*Beginnen met BS lang - Audio 45-60 sets vinger 22-25 sets knie of hand 45 sets

Start BS: Target MES SUD NC (1^e target) herhalen en laten focussen op wat er NU is.

“Als je nu kijkt naar het naaste moment dat we hebben vastgesteld (benoemen) en je benoemd MES en je vindt jezelf NC(1^e target), en je geeft het een (SUD) Focus op wat er nu is → BS”

Terug naar het beginmoment (Terug naar Target) wanneer er 2 keer hetzelfde antwoord komt, het affect verdwenen is of in ieder geval na 8 a 12 minuten. Terug naar Target(beeld) 'Als je terug kijkt of denkt aan het moment waar we begonnen zijn, hoeveel raakt dat je NU? Het was net een? SUD, wat is het NU? 1 is niets en 10 is heel naar?

* Wanneer SUD gereduceerd is tot 0-3 kun je overgaan tot het installeren van de PC.

‘Als je nu zegt tegen jezelf ik ben PC, hoe waar voelt dat op een schaal van 1-7? 1 is niet waar en 7 is heel erg waar.’ Bevestigen met korte sets*

*BS kort Audio 14-20 sets Vinger 8.12 sets Knie en hand 14-20 sets

Future Template/ Toekomstverkenning

Toekomstverkenning → toekomstig filmpje verwant aan angst fobie → 1 x BS korte set wanneer er geen lading op zit. Als target gebruiken wanneer er wel lading op zit.

Gewenste toekomstige reactie bij trigger/target moment

Videocheck- speel film af zo gedetailleerd mogelijk

Check PC(VOC) is deze hoog genoeg?

1	2	3	4	5	6	7			
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--

* **Afronden met lichaamsscan:** Wanneer je tegen jezelf zegt (PC) en je kijkt/denkt nog even aan het begin, voel eens in je lijf, hoe voelt dat NU? Bij goed - rustig - ontspannen, bevestigen met korte set en PC. Bij, voelt nog een beetje spanning etc, maximaal 2 keer BS kort proberen om lading weg te krijgen door te laten focussen op PC met korte sets. Blijft lading aanwezig dan Terug naar Target en nieuwe SUD taxeren. Hierna weer lange sets. Doorgaan tot SUD is gedaald, dan PC en Lichaamsscan.

Afronding (wat kan er thuis gebeuren? Niet te diep op ingaan 1^e keer al verteld en eventueel huiswerk meegeven zoals dagboek, oefeningen, EFT etc)

Volgende sessie evaluatie, wat is er gebeurd de afgelopen weken? Dezelfde Target(s) waar aan gewerkt is naar voren halen, SUD en PC vragen. Hoe is dat nu? Het was een .. toe je de vorige keer wegging



Bijscholing instituut voor Therapeuten

EMDR opleiding 2017 - 2018 dag III

Docent: René Veraar (hoofddocent)

Karin Bargeman

© BivT Beverwijk - René Veraar psycholoog.

Niets uit deze oplage mag zonder schriftelijke toestemming gebruikt of vermenigvuldigd worden.

Met dank aan Yvonne Tjipjes - Nathalie Wilkers - Karin Bargeman en Cisca Holkamp voor het mede samenstellen van het materiaal

BivT secretariaat • Koningstraat 75a (achter) • 1941 BB Beverwijk • Telefoon: 0251-222210

E-mail: info@bivt.nl • Website: www.bivt.nl • btw.nr.8522.40.181.B.01

KvK 56655037 • IBAN: NL 77 INGB 0003 3179 74 • BIC: INGBNL2A • t.n.v. BivT Bijscholing instituut voor Therapeuten

Op al onze activiteiten zijn onze Algemene Voorwaarden van toepassing. Die kunt u lezen op www.bivt.nl



INHOUD

1.0 Presentatie	3
2.0 Blokkades	9
2.1 Mogelijke blokkades tijdens de sessie	9
2.2 Felle reacties cliënt	9
2.3 Weerstand	9
2.4 Dissociatie	9
2.5 De SUD zakt nog steeds niet	10
2.6 Ziekte winst, nog even op een rijtje	10
2.7 Mogelijke blokkades	11
2.8 Oorzaken van blokkades	11
2.9 Wat kun je doen?	11
Bij felle reacties	11
Bij blokkades	12
3.0 Interwaves	13
3.1 Verwerking blokkeert vaak op cognities	13
3.2 Voorbeelden van mogelijke interwaves	14
Voorbeeld Veiligheid	15
3.3 Keuzes en toestemming	16
3.4 Doen alsof	17
4.0 Bijlage 1 - Hartcoherentie -ontspanning oefening	18
Stap 1	20
Stap 2	20
Stap 3	21
5.0 Bijlage 2 - Gesprekstechnieken	22
Het Metamodel	22
Deleties, Generalisaties en Vervormingen	22
Deleties (weglatingen) te gebruiken bij Interwaves	23
Generalisaties	25
Vervormingen	27
Oefeningen metamodel	28
6.0 Bijlage 2.1 Fouten bij psychologische gespreksvoering	30
7.0 Bijlage 3 - Passieve imaginatie	33
De bondgenoot -ik versterking	33

1.0 Presentatie:

Dia 1

Welkom bij de

EMDR OPLEIDING DAG III

bij het



Uw docent: René Veraar

Dia 2

- **Interwaves**
 - Verweving tijdens blokkades en vastzitten van sessie
 - De cliënt zelf niet kan activeren
 - Vlottrekken van een EMDR sessie
 - Voortgang van het desensitisatie proces te activeren

 - Liever niet gebruiken
 - Vertrouw op dat cliënt kan verwerken
 - Soms blokkeert het proces dan interwaves gebruiken
 - Zorg dat cliënt op de achtbaan blijft

 - 1^e keuze is "geruststellen"
 - 2^e keuze is "terug naar target"
 - 3^e Inlevende vragen stellen (open/ gesloten)

Dia 3

• Wanneer blokkade of vastlopen

- Niet kijken naar aversie beelden
- Niet benoemen van aversie beelden
- Niet benoemen van gevoelens
- Niet benoemen van gedachten
- Nadruk leggen op 1 beeld
- Nadruk leggen op 1 gevoel/ fysiek
- Nadruk leggen op 1 gedachte
- Ander onderwerp aansnijden
- Ontkennen dat "dit" klopt
- Afleiding zoeken
- Opmerkingen over het proces/ EMDR/ ruimte
- Geforceerde zelfspraak (kom op, moet je je daar druk om maken?)

Dia 4

Welke angsten spelen hier een rol?

- Angst voor controle verlies
- Angst voor het onbekende
- Angst om ziekte winst kwijt te raken
- Angst om verraad te plegen
- Angst voor wat er hierna komt
- Angst om de therapeut niet meer nodig te hebben



Dia 5

- **Blokkade of vastlopen doorbreken**
 - **PCi oproepen** (mits geïnstalleerd)
 - **Toestemming geven** (spiegel zoveel mogelijk)
 - Boosheid
 - Woede
 - Wrok
 - Haat
 - Uiting geven
 - Geluid geven
 - Stel je maar voor dat je nu zegt/ doet wat je.....
 - Geef er maar geluid aan.....
 - **Dissociëren**
 - Je zit hier in de ruimte en denk of kijk naar toen
 - Stap uit de stoel en kijk naar jezelf
 - Cliënt moet gedissocieerd naar target kijken of aan denken
-
-
-

Dia 6

- **Cognitieve interwaves**
 - **Zetje geven**
 - Alle mannen?.....
 - Hoe zou je NU reageren?....
 - Wat kan "hij" je NU nog doen?.....
 - **Verantwoordelijkheid / Verleden** (het is mijn eigen schuld)
 - Wiens verantwoordelijkheid was dat?
 - Stel je voor dat jouw kind van 4 wordt misbruikt?
 - Wiens schuld is dat dan?
 - **Veiligheid / Heden** (ik ben in gevaar)
 - Kan jouw dit NU ook nog gebeuren?
 - Zoek je het NU ook nog op?
 - Waar is je oom NU?
-
-
-

Dia 7

- **Nieuwe keuze/ toekomst**
 - C.I. Ik wil dit niet meer!
 - Th. Wie zijn keuze is dat?
 - Hoe zou je NU reageren?
 - Wat doe je NU anders?
 - Hoe doe je het NU beter?
 - Waaraan zou je NU merken dat het anders is?
- **Cognitief inzicht**
 - Het is NU voorbij
 - Je hebt het overleefd
 - Vraag met Ja – Nee antwoord
 - Had je iets kunnen doen?
 - Waarom niet? / Waarom wel?
- **Timing**
 - Niet te snel C.I. gebruiken
 - Eerst terug naar target
 - Wat helpt daarbij

Maak er geen spoorwerk van!

Dia 8

- **Voorbeelden:**
 - Restimulatie besef:
 - Wat kun je NU wel, wat je toen niet kon?
 - Wie zou je NU als volwassene de schuld geven?
 - Als je NU weer zou worden geslagen, wat zou je nu doen?
 - Hoe zou je NU met die situatie omgaan, als volwassene?
 - Confrontatie:
 - Wie was de sterkste?
 - Moeten kinderen het zelf stoppen?
 - Wie is er verantwoordelijk voor kinderen?
 - Wat was er gebeurd als je tegen gestribbeld had?
 - Het NU:
 - Waar ben je NU?
 - Hoe veilig is het NU hier?
 - Ben je inderdaad dood gegaan?
 - Ben je NU altijd ziek?
-
-
-

Dia 9

- Voorbeelden:
 - Nieuwe keuzes
 - Bepaalt het verleden je toekomst?
 - Wat zegt het over jou als persoon dat je je zorgen maakt om je kind?....
 - Hoe noem je zo iemand?..
 - Kun je je voorstellen dat je het opnieuw uit de hand laat lopen.....
 - Contrasteren
 - Hoe had je dat willen doen?
 - Wat zou je anders gedaan hebben?
 - Wat zou je nu zeggen?
 - Doe eens net alsof je het durft?
 - Zou je dat je beste vriendin ook adviseren, iets terug doen?

Dia 10

Proces interwaves

- Verder plaatsen van het beeld / moment
- Beeld / moment zwart – wit
- Uit stoel op afstand zetten / kijken naar zichzelf
- In ander deel van persoonlijkheid zetten – associëren / dissociëren
- BS door elkaar
- Tekenen
- PCi toepassen en weer TnT
- Manipuleren van het beeld / moment

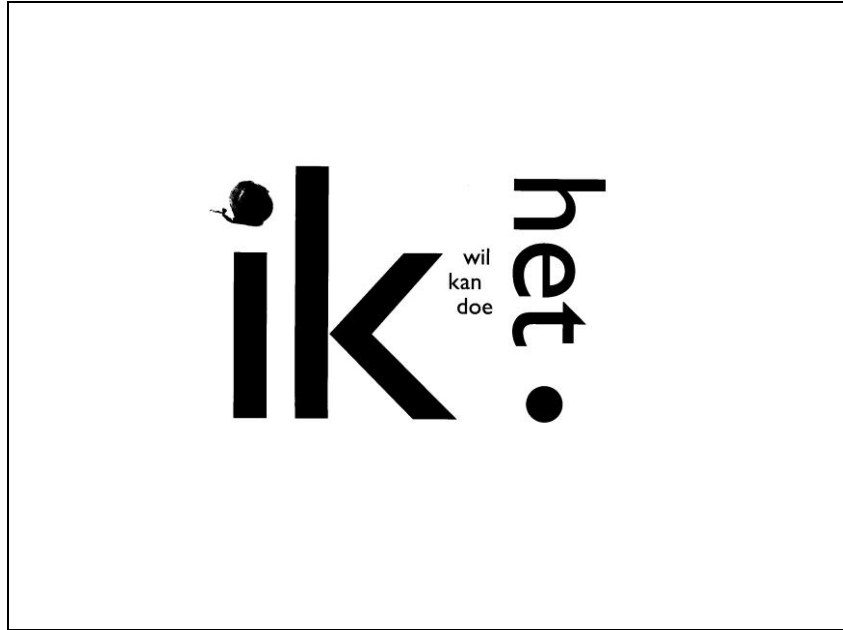
Aanmoediging

- Je brein doet het goed
- Je hebt een dapper brein

Veiligheid en verbondenheid

- Ik ben bij je
- Wat heb je NU nodig

Dia 11



2.0 Blokkades

Een EMDR sessie kan om vele redenen niet lekker lopen of zelfs blokkeren. Hieronder een paar voorbeelden van blokkades.

2.1 Mogelijke blokkades tijdens de sessie

Looping; Wanneer de cliënt tijdens de sessie steeds weer met dezelfde zinnestelsels komt en deze steeds blijft herhalen. Op deze manier vindt er geen verwerking plaats. Hier blijft de cliënt vaak hangen in schuldgevoel of slachtofferschap. Om hier uit te komen is een interwave de aangewezen interventie.

Nadat de target is bepaald, uitgevraagd en scherp gesteld, wordt begonnen met het desensibiliseren waarbij de SUD niet of nauwelijks zakt. De cliënt blijft 'rond zingen' in een LOOPING. Bv. Ik voel me alleen, ik zie die man in het water liggen, ik loop langs de gracht. En dit blijft zich dan vervolgens herhalen.

Het kan gebeuren dat de cliënt iets heel naars heeft meegemaakt waar hij nog steeds beroerd van is maar dat het gevoel wat hij toen had of daaraan heeft overgehouden de boven toon voert. Denk hierbij aan gevoelens van schaamte, schuld of eenzaamheid.

2.2 Felle reacties cliënt

Het kan gebeuren dat de cliënt een heftige reactie uit die gericht is op de therapeut of de methode. Bijvoorbeeld dat de cliënt boos wordt op de therapeut, de methode in twijfel trekt of geïrriteerd raakt door de handbewegingen. Hier kun je als behandelend therapeut erg van schrikken als je net met EMDR behandelingen begonnen bent. Gewoon doorgaan is hier geïndiceerd. Als de twijfel of irritatie blijft en de cliënt geeft aan dat ze wil stoppen, zie dan de aanwijzingen bij weerstand.

Bij een hevige angst reactie, zoals in de 3e trainingsdag zal worden gedemonstreerd, komt het wel voor dat een cliënt bijvoorbeeld gaat trillen, schudden, neervalt, gaat hyperventileren of gillen... Dan is het heel belangrijk om zelf rustig te blijven en gewoon door te gaan met bilaterale stimulatie! Als de oogbewegingen en tikjes niet meer mogelijk zijn, dan blijf je in ieder geval tappen. Begeleid dit met steunende opmerkingen. 'Goed zo. Laat het er maar zijn. Je brein doet het goed. Ik ben bij je. Je bent veilig'. Blijf doortappen (dus niet stoppen na 45 seconden) totdat de arousal is gezakt tot een acceptabel niveau waarbij de cliënt weer kan antwoorden op de vraag; 'wat komt er nu in je op?' dit kan zeker 8 minuten duren.

2.3 Weerstand

Als de cliënt volop in de weerstand schiet ga je in de eerste instantie gewoon door en laat je focussen op de weerstand. Zeg daarbij bijvoorbeeld; 'prima, focus daarop! Vertrouw op je brein!' Als de cliënt dan toch nog in de weerstand blijft hangen en zelfs wil stoppen, maak dan gebruik van een interwave. Zodat de cliënt ervan doordrongen wordt, dat het nu juist nodig is om door te gaan. Weerstand is de poort naar de vrijheid. Moedig de cliënt aan om door te zetten! Neem de cliënt als het ware bij de hand en trek ze door de weerstand heen. Zeg bijvoorbeeld: 'Zet door, dit is nu juist waar je jezelf telkens weer klem mee zet, kom op focus daarop'.

2.4 Dissociatie

Als je bemerkt dat de cliënt dissocieert van de traumatische gebeurtenis en bijvoorbeeld ineens vermeldt dat ze op het strand zit of nergens meer last van heeft en dat lijkt onwaarschijnlijk, ga dan terug naar target en check de SUD. Als de SUD dan heel laag, kun je nog een lang BS rondje doen en dan de PC installatie. Dan merk je vanzelf of de desensibilisatie geslaagd is of dat je weer terug moet naar target.

2.5 De SUD zakt nog steeds niet

Als de SUD tijdens de sessie niet zakt en je hebt al een interwave ingezet, vraag dan eens waar dat cijfer (van de SUD) voor staat. Wacht in dit geval wel even het antwoord af en laat er vervolgens weer op focussen zoals je dat in deze fase van de behandeling gewend bent.

Verschillende interwaves kun je inzetten zoals je later in deze syllabus kunt lezen maar ook uit eigen verworven kennis en vaardigheden. Enkele voorbeelden:

Mindfulness, Lichaamswerk, Gestalt interventies, Oplossinggerichte therapie, RET, interventies, NLP interventies, de Veilige plek. Enzovoort.

2.6 Ziekte winst, nog even op een rijtje

Ziektewinst kan het verwerkingsproces bij EMDR blokkeren.

We kennen drie verschillende vormen van ziekte winst;

Primair

De cliënt kan er iets mee vermijden. Doordat hij ziek is hoeft hij bepaalde dingen niet te doen.

Secundair

De cliënt verkrijgt iets door zijn lijden, aandacht en zorg.

Tertiair

De mensen in de omgeving van de cliënt winnen iets door de zieke cliënt. Aanzien, bewondering.

2.7 Mogelijke blokkades

Looping
Felle reacties cliënt
Dissociatie
Weerstand
Hevige angstreactie
Hevige lichamelijke reactie
De film is niet stil te zetten
De SUD zakt niet
De PC stijgt niet

2.8 Oorzaken van blokkades

Angst voor de behandeling
Onvoldoende vertrouwen in de therapie/therapeut
Geen geld voor de behandelingen die nodig zijn
Onzekerheid bij de therapeut
Onvoldoende expertise bij de therapeut
Onvoldoende vertrouwen in het eigen zelfgenezend vermogen
Er is nog dreiging
De cliënt voelt zich schuldig en mag zichzelf niet beter gaan voelen

2.9 Wat kun je doen?

Bij felle reacties

- De cliënt er aan herinneren dat hij “hier nu” veilig is.
- De cliënt er aan herinneren dat hij “hier nu op een veilige plaats” is.
- Dissociatie en dubbele dissociatie: “je kijkt naar een filmbeeld (tv-beeld) waarin jij de hoofdrol speelt” & “je kijkt vanuit de projectiecabine naar jezelf in de zaal die naar een filmbeeld kijkt waarin jij de hoofdrol speelt”.
- Andere visuele submodaliteiten manipuleren (van kleur naar zwart/wit, van helder naar vaag, van groot naar klein beeld, van scherp naar wazig, beeld bevroren, glazen wand tussen kijker & scène, glazen wand tussen dader & slachtoffer, enz.)
- Ondersteunende zinnen: “goed zo”, “nog even”, “ik blijf bij je”, enz.
- Huidige persoonlijkheid helpt/ondersteunt 'kind' persoonlijkheid.

Bij blokkades

- De oogbewegingen veranderen = andere handbeweging maken
- Focus op somatiek
- Cliënt geluid laten maken
- Cliënt onuitgesproken zinnen laten uiten
- Cliënt ingehouden bewegingen af laten maken
- Cliënt zelf somatiek laten aanraken
- Lichaamsscan → nieuwe somatiek
- Scannen van originele situatie → nieuwe details
- Scannen van omgeving → geluid of visuele triggers
- Herhalen van interne dialoog
- Herhalen van geloofsconstructie
- Herhalen van de woorden van de dader
- Visuele manipulatie (sterkere associatie, van vaag naar scherp, enz.)
- Focus op dader, niet op de actie
- Focus op actie, niet op de dader
- Terugkeren naar originele target
- Nieuwe target proberen
- Bijkomende details naar voren halen
- Eerdere herinneringen ophalen ('feeder memories')
- Blokkerende overtuigingen opsporen en elimineren
- Recursieve overtuigingen opsporen en elimineren
- Angsten en angst voor de angst zelf aanpakken (vaak via rationele uitleg) – tot de mogelijke angsten behoren: angst om gek te worden, om er in te blijven, om de therapeut los te laten, angst voor verandering, voor succes, voor mislukken/falen, voor het onbekende, voor controleverlies, voor verlies van identiteit, voor verlies van secundaire ziekte/winst/voor nieuwe verantwoordelijkheden als probleem voorbij is, voor verraad aan ouderlijke eisen/verlangens/waarden.

3.0 Interwaves

Shapiro: ‘the term interweave refers to the fact that the clinician offers statements that therapeutically weave together the appropriate neuro- networks and associations ... it should be used sparingly because the most powerful changes for the cliënt are almost always that arise from within. ‘

Het toepassen van Interwaves is alleen nodig als een EMDR sessie blokkeert of in een looping terecht komt. We kunnen cognitieve opmerkingen maken, we kunnen spiegelen door onze intonatie aan te passen, door reacties op te wekken, door uitingen te geven.

De therapeut past de Interwaves toe als de interventies bij ‘blokkering of looping’ uit de basis cursus niet helpen (TnT). Of wanneer therapeut inschat dat ze niet zullen helpen. Ook kan hij besluiten tot cognitieve interwaves bij tijdsdruk in de sessie en ook als het gewenst is om de verwerking extra te stabiliseren. We zullen hier later een voorbeeld van geven. Soms treedt stagnerende verwerking op door onvoldoende voorbereiding en rapport, een blokkerende overtuiging of ziekte winst. In die gevallen helpen ook cognitieve Interwaves niet. De interwaves zijn ontwikkeld voor cliënten met gecompliceerde en langdurig bestaande problematiek zoals persoonlijkheidsstoornissen, dissociatieve stoornissen en complexe traumatisering. Als de cliënt interwaves niet accepteert blijft de therapeut rustig en dringt niet op. Hij is geen wonderdokter en geeft slechts een suggestie die de cliënt vrijelijk kan afwijzen. De therapeut gaat nooit in interactie met de cliënt. Blijft doorgaan met de BS en TnT keuzes.

‘Cognitieve interwaves’ zijn therapeutische functionele informatie die meestal met een korte vraag van de therapeut in het bewustzijn van de cliënt komt en die een stagnerende verwerking weer op gang helpt. Het Limbische systeem wordt even gekoppeld aan de neocortex. De timing van cognitieve interwaves is erg belangrijk: De therapeut dient direct een BS- set toe op het moment dat de cognitieve interwaves zijn gesteld waarmee de cliënt functionele inzicht kan ervaren en de sessie weer vlot trekt. De ‘cognitieve interwaves’ zijn zoals de naam al aangeeft vooral effectief als er een blokkering plaatsvindt op cognitief niveau. Echter zijn er afweermechanismen die ook via de lichamelijke sensatie lopen.

Bij 'proces Interwaves' kunnen we beweging in het proces activeren door de cliënt in beweging te zetten. Je kunt je cliënt laten tekenen, de tekening verder weg leggen, de bilaterale stimulatie door elkaar gebruiken om extra verwarring te geven, de rondjes heel lang of ineens heel kort in te zetten, deelpersoonlijkheden scheiden via stoelen, het moment in zwart/wit laten ervaren etc.

3.1 Verwerking blokkeert vaak op cognities

Deze cognities kan men vinden in cognitieve thema's of domeinen als verantwoordelijkheid, schuld, controle, veiligheid en keuze. Uit duizenden EMDR- verwerkingen blijkt volgens Shapiro (2001) dat het natuurlijk verloop van de verwerking van een traumatische herinnering vaak in de genoemde volgorde plaatsvindt. Zo lang misbruikslachtoffers zich schuldig en verantwoordelijkheid blijven voelen voor het geweld of misbruik, kunnen ze zich niet veilig voelen, zij kunnen het gevaar nog niet ontlopen. Zij zijn onvoldoende gedifferentieerd en beschikken nog niet over voldoende grenzen tussen zichzelf en de dader. Pas als zij voldoende grens ervaren tussen zichzelf en de dader kunnen ze zich veilig gaan voelen. En pas als veiligheid aanwezig is (en de angst is minder) kan de cliënt gevoelens ervaren van pijn, afschuw en boosheid naar de dader. Als het nodig is probeert de therapeut dus eerst om de cliënt te helpen om de verantwoordelijkheid juist te beoordelen. Om daarmee de schuld en de schaamte te verminderen die de eigenwaarde van de cliënt ondermijnen.

3.2 Voorbeelden van mogelijke interwaves

‘Wiens verantwoordelijkheid is het?’

Voorbeeld:

Man die langdurig is mishandeld tijdens de jeugd en nu sociaal angstig is met de opvatting dat hij onvolwaardig is.

Gebeurtenis: vader schopt me.

Negatieve cognitie: ik ben een nul

Positieve cognitie: ik ben waardevol

Blokkeert op: het is mijn schuld

Mogelijkheden:

‘stel dat het jouw kind is die zo wordt geschopt, wat zou je tegen hem zeggen over wie de schuld heeft voor het schoppen?’ (altijd gevolgd door BS lang)

‘als kind vond je jezelf verantwoordelijk, maar wie hou je nu, als volwassene verantwoordelijk?’

‘als hij je weer zo zou schoppen, wat zou je dan willen doen?’

‘hoe zou je je nu, als volwassene kunnen gedragen?’

‘als je neefje zich in die situatie had bevonden, wat zou je dan willen dat hij had gedaan?’

Voorbeeld:

Een cliënt werd mishandeld door haar partner die twee koppen groter is en 10 kg zwaarder.

Blokkeert op: ‘ik had hem tegen moet houden’

Therapeut: ‘had je hem kunnen tegenhouden?’

Voorbeeld:

Bij iemand die gezond heeft geleefd en heeft gerookt.

Blokkeert op: ‘het is mijn eigen schuld dat ik borstkanker heb’.

Therapeut: ‘is roken altijd de oorzaak van borstkanker?’

Therapeut: ‘zegt je oncoloog dat het roken dé oorzaak is?’

Therapeut: ‘bestaan er ook onschuldige kankerpatiënten?’ (ja / nee)

Bij een ja’: wat maakt hen onschuldig?’

Therapeut: ‘stel dat je beste vriend zich schuldig zou voelen omdat hij kanker heeft, wat zou je dan tegen hem zeggen?’

Voorbeeld:

Iemand blokkeert op schuldgevoel omdat zij een strakke broek droeg voordat zij werd verkracht.

Therapeut: ‘mag iedereen met een strakke broek worden verkracht?’

Voorbeeld:

Iemand liep 's nachts over straat en werd overvallen.

Blokkering op: ik had daar niet moeten lopen op die tijd, het is mijn eigen schuld.

Therapeut: 'zegt de wet dat je iemand mag overvallen tussen 12 en 5 's nachts?’

Voorbeeld:

De verwerking van een roofoverval in zijn winkel, waarbij zijn echtgenote om het leven kwam, kwam 'looping' op: 'ik zou ook dood moeten zijn'.

Therapeut: ‘stel dat we het je vrouw zouden vragen, wat zou zij ervan zeggen?’

Therapeut: ‘zouden alle overlevenden moeten sterven?’

Wanneer de verwerking blokkeert op schuldbesef dat reëel is kan soms een eerder geïnstalleerde hulpbron (een wijs aspect van de cliënt of een wijs vergevingsgezind mens die hij bewondert) helpen: ‘wat zou die persoon tegen een man zeggen die een fout heeft gemaakt als die man ook moest blijven functioneren?’ Shapiro vertelt in dit verband het verhaal van de middeleeuwse ridders die tijdens de biecht van de priester te horen kregen dat ze hun foute daad konden goedmaken door de toegangsweg naar het dorp een jaar lang te bewaken. De therapeut kan dus aan de cliënt vragen wat hij kan doen om in het reine te komen met de maatschappij of met zichzelf en dan een BS- set toe te voegen.

Voorbeeld:

Een cliënt wist dat haar ex-man zijn kinderen uit zijn vorig huwelijk had mishandeld. Hij mishandelde ook haar dochter tijdens haar huwelijk met hem. Blokkering van verwerking trad op bij: ‘Ik ben een slechte moeder. NC.

De positieve cognitie: ik accepteer dat ik een fout heb gemaakt bij mijn dochter en weet dat ik nu een goede moeder voor haar zal zijn. ‘De VOC steeg naar 7 toen zij als compensatie geld ging sparen voor de scholing van haar kleinkinderen. "Ik ben een goede moeder".

Bij sommige mensen is het om godsdienstige redenen niet mogelijk om abortus geheel te verwerken. Zij houden een SUD van 2 omdat ze iemands leven genomen hebben. Ook als ze goed begrijpen waarom ze indertijd die beslissing namen. Het is dus niet altijd aannemelijk dat de SUD naar 0 zakt.

Voorbeeld Veiligheid

Na een auto ongeval trad looping op bij de overtuiging: ik ga dood’.

Therapeut: ‘Hoe is het afgelopen?’

Therapeut: ‘waar ben je nu?’

Therapeut: ‘ben je nu veilig?’

Therapeut: ‘leef je nog?’

Voorbeeld:

Verwerking van een roofoverval in zijn winkel waarbij zijn echtgenote om het leven kwam.

Blokkeert op: ‘hevige angst en onveiligheid’.

Therapeut: ‘ben je hier en NU veilig?’

Therapeut: ‘wat zou je nu kunnen doen om jezelf beter te beschermen?’

In hetzelfde voorbeeld trad een blokkade op bij: ‘ik zou ook dood moeten zijn’.

Therapeut: ‘stel dat we het je vrouw zouden vragen, wat zou zij ervan zeggen?’

Therapeut: ‘zouden alle overlevenden moeten sterven?’

Therapeut: ‘wat heeft het kind nodig? ... Kun je haar dat NU geven?’

Therapeut: ‘wat zou je nu tegen het kind willen zeggen dat je wilde dat iemand anders toen had gezegd?’

Therapeut: ‘als de dader iets dergelijks nu zou proberen bij je, wat zou je dan nu kunnen doen?’

Therapeut: ‘wat gebeurt er als je de woorden denkt: ‘het is voorbij, ik ben nu veilig?’

Therapeut: ‘waardoor zou je je nu veilig kunnen voelen?’

Therapeut: ‘kan hij je NU nog kwaad doen?’ (als de dader dood is)

Therapeut: ‘is hij nog steeds veel groter en sterker dan jij?’ ‘ (als dat niet meer zo is)

Therapeut: ‘dat begrijp ik, ik begrijp hoe je je voelt’

Therapeut: ‘prima, OK. Het gaat goed’

3.3 Keuzes en toestemming

Voorbeeld:

Een man mishandelde onder invloed van alcohol zijn zoon. Hij drinkt nu niet meer.

Looping trad op bij: 'ik kan mezelf niet vertrouwen.'

Therapeut: 'wiens keuze is dat?'

Therapeut: 'moet het verleden de toekomst bepalen?'

Therapeut: 'hoe noem je een vader die zich zoveel zorgen maakt om zijn zoon?'

Therapeut: 'kun je jezelf voorstellen dat het weer zou gebeuren?'

Een man die een roofoverval overleefde,

Looping bij: 'ik had wat moeten doen.'

Therapeut: 'wat zou er gebeurd zijn als je wat gedaan had?' (als handelen gevaar had opgeleverd)

Therapeut: 'hoe had je wat willen doen?' (als het onmogelijk was om iets te doen)

Therapeut: 'zou je je zoon ook adviseren iets terug te doen?' (als het gevaarlijk was iets te doen)

Therapeut: 'wat zou je NU tegen de dader willen zeggen?'

Cliënt: als ik het tegen hem zou zeggen dan zou hij alles ontkennen'

Therapeut: 'Moet je het zeggen?'

Cliënt: 'nee'

Therapeut: 'Mag hij niet ontkennen?' (ja / nee)

'waarom niet? of 'waarom wel?'

Bij cliënten die verwaarloosd en/of vernederd zijn, kan het nuttig zijn om hun gevoel te uiten, ook als de verwerking niet blokkeert. Als de angst minder is geworden lukt het uiten makkelijker en kunnen gevoelens van onafhankelijkheid en kracht toenemen. Maak eventueel gebruik van "spiegelneuronen". Gebruik je intonatie en handeling zonder de cliënt cognitief toestemming te geven. Cliënt moet zelf de keuzes in werking zetten.

Soms kan verwerking blokkeren omdat de cliënt bang is voor het ervaren van enorme boosheid. In dat geval kan de behandelaar begrip uitspreken voor de boosheid en de hevigheid ervan ('dat is de opgekropte boosheid van jaren, laat het maar gebeuren'). Toestemming om het te voelen en te uiten betekent niet toestemming om na de sessie de daad bij het woord te voegen. Meestal is overigens de heftige uiting van gevoel beperkt tot de verwerkingssessie zelf en neemt deze erna af. In de eventuele nabespreking of soms tijdens de voorbespreking van de sessie, als de therapeut grote boosheid verwacht (maar niet tijdens de verwerking) leg je dit uit, dat er reacties kunnen zijn. Ook lichamelijke ontshocking.

3.4 Doen alsof

Voorbeeld:

Bij een toekomst verkenning van het houden van een spreekbeurt ervaart iemand sterke angst.

Blokkeert op 'ik kan het niet'.

Therapeut: 'je kan het niet?' (nee / ja)

'Heb je het nooit gekund?

'waarom niet / waarom wel?

Therapeut: 'wiens keuze is dat'.

Therapeut: 'hoe zou je iemand willen adviseren die ten onrechte denkt iets niet te kunnen?'

Als een interventie geen bruikbare interwaves oplevert dan kan de behandelaar daar kort over praten en het verwerkingsproces even onderbreken. Zodra tijdens dit gesprek bij de cliënt een therapeutisch inzicht plaatsvindt, dient de therapeut een BS- set toe vergezeld met de instructie: 'focus daar maar op'. Als de interventie succesvol is zal het adaptieve inzicht toenemen. Als deze niet helpt, of als de cliënt weer tegenwerpingen geeft, dan bespreekt de therapeut dit andermaal. Hij let daarbij op of hij wel de juiste informatie gaf en als dat niet het geval was dient hij dat te erkennen. De behandelaar dringt niet op en blijft de cliënt respecteren. Hier kan het voorkomen dat de therapeut een verschuiving kan laten plaatsvinden in de trigger. Ga naar een moment ervoor of erna als target niet functioneel blijkt. Echter, probeer altijd eerst met BS afwisseling en TnT de cliënt uit zijn controle te krijgen.

Soms denkt de cliënt dat hij niet loyaal is tegen de familie als hij zich in de therapieruimte uit of soms denkt hij dat de therapeut zal eisen dat hij de contacten met de familie verbreekt of ze gaat haten. Leg geen druk op de cliënt in deze richting. Geef alleen aan dat " het brein het goed doet". Geef positieve feedback in korte krachtige bewoording.

Voorbeeld:

"de cliënt voelt zich verantwoordelijk voor het ondergane misbruik als kind

Blokkeert tijdens de verwerking op: ik lokte het uit'.

Therapeut: 'kan een 7-jarig kind een volwassen man aanzetten tot misbruik?'

Therapeut: 'is het de schuld van een 7-jarige dat het gemolesteerd wordt?'

Shapiro heeft het voorbeeld van een veteraan die zijn hoofd afwendde toen zijn kameraad werd neergeschoten waarbij de verwerking blokkeerde op schuldgevoel en de cognitie dat hij iets had moeten doen. Uit het gesprek bleek dat hij in dat geval zou zijn vermoord. Een mogelijke interventie zou dan kunnen zijn: 'als het je 19-jarige zoon zou zijn overkomen wat had je hem dan aangeraden om te doen?'

Vaak verschuiven de emoties tijdens de verwerking van schuldgevoel naar angst en pijn. Bij de laatste emoties zijn er mogelijkheden voor troost en verzorging van het innerlijke kind. Hierna treden verwerking, inzichten en veiligheid meestal op.

Gebruik de interwaves alleen indien heel duidelijk blijkt dat de cliënt in disfunctionele overtuigingen/gedachten blijft hangen. De voorkeur gaat uit naar eerst nog een set BS en terug naar target voordat je interwaves gebruikt. De sessie moet echt blokkeren op overtuigingen en/of disfunctionele gedachten, of rond blijven cirkelen in hetzelfde kringetje, het zogenaamde 'rondzingen'. Hier zijn de interwaves een krachtig middel. Om de juiste vraag op het juiste moment te formuleren kun je beter eerst even de tijd nemen door de extra BS set te gebruiken. Blijf op het spoor van het protocol, wijk hier niet te veel vanaf en kom altijd hier weer op terug. Zodra de SUD gaat dalen, de cliënt inzichtelijk functioneel wordt, ga je TnT en meet de SUD waarde. Hiermee laat je zien dat er toch een verschuiving plaatsvindt.

Als je een interwave doet, stel de vraag en ga direct door met de BS. Wacht nooit op het antwoord!

4.0 Bijlage 1 - Hartcoherentie -ontspanning oefening

HARTCOHERENTIE 1 stap 1

- 1. Sluit de ogen & richt de aandacht naar binnen**
- 2. Van buitenwereld naar binnenwereld**
- 3. Adem langzaam diep in en uit**
 - Stimuleert direct parasympathisch systeem
- 4. Concentreer op uitademing (lang)**
- 5. Laat je op de ademhaling “meevoeren”**

HARTCOHERENTIE stap 2

- 1. Adem rechtstreeks door de hartstreek**
- 2. Bemerk hoe het hart reageert** (regelmatige hartslag)
- 3. Adem zonder te forceren diep door**
- 4. Stel je voor**metafoor (hart in bad van....)

HARTCOHERENTIE stap 3

- 1. Maak contact met het gevoel in uw borst wat opkomt**
- 2. Richt je aandacht op een liefdevol gevoel/ mens/ kind of fijne/ krachtige - herinnering/ activiteit**
- 3. Moedig het hart aan door dankbaarheid op te roepen en de borst te vullen**
- 4. Adem dit beeld met de erbij behorende gevoelens rechtstreeks de hartstreek in naar de borstkast**
- 5. Bemerk hoe het hart reageert (regelmatige hartslag)**
- 6. Bedank je systeem**
- 7. Open je ogen weer**

HARTCOHERENTIE 2

- 1. Sluit de ogen & richt de aandacht naar binnen**
- 2. Roep een beeld/ervaring op van diepe ontspanning**
- 3. Adem dit beeld met de erbij behorende gevoelens rechtstreeks de hartstreek in**
- 4. Bemerk hoe het hart reageert (regelmatige hartslag)**
- 5. Bedank je systeem**
- 6. Open je ogen weer**

HARTCOHERENTIE 3

- 1. Sluit de ogen & richt de aandacht naar binnen**
- 2. Roep een beeld/ervaring op van zelfvertrouwen /een piekervaring/"yes, I did it"**
- 3. Adem dit beeld met de erbij behorende gevoelens rechtstreeks de hartstreek in**
- 4. Bemerk hoe het hart reageert (regelmatige hartslag)**
- 5. Bedank je systeem**
- 6. Open je ogen weer**

Stap 1

Bij spanning / stress/ meditatie (stabiliseert het sympathisch- parasympathisch zenuwstelsel)

Liggend of zittend:

Als je een plek hebt uitgezocht waar je helemaal op jezelf kunt zijn en je gezorgd hebt dat je daar helemaal ongestoord kunt zijn mag je een houding aannemen die voor jou helemaal relaxed is. En breng je aandacht naar binnen en laat de buitenwereld even voor wat het is.

En terwijl je je houding controleert, focus je je aandacht op het in en uit ademen waar bij je 3 keer rustig maar diep inademt en lang uitademt. (2 keer zolang als de inademing)

En concentreer je meer en meer op je ademstroom wanneer je helemaal uitademt.

En volg je uitademing en bij het dal van je totale uitademing kun je 3 seconden wachten,

En terwijl je je blijft concentreren op je ademhaling kun je voelen dat deze op een bepaald moment op een natuurlijke manier overgaat in een zacht en licht gevoel van evenwicht.

(Blijf, zeker in het begin, minimaal 3 tot 4 minuten in deze ademhalingsconcentratie.)

Voel maar hoe langer je in deze ademhalingsconcentratie blijft des te relaxter je wordt.

En volg je ademhaling maar, voel hoe je rustig inademt, voel hoe je rustig uitademt. En voel maar hoe je gevoel van evenwicht toeneemt als je die drie seconden wacht aan het einde van je uitademing om daarna weer rustig in te ademen, adem in, adem uit.

Stap 2

(1+2) (bij stress, onaangename situaties)

En stel je nu eens voor dat je contact kunt maken met je hartstreek en richt al je aandacht rustig op je hartstreek terwijl je nog steeds rustig in en uit blijft ademen.

En stel je nu eens voor dat je door je hart heen ademt of, als je dat moeilijk vindt, door je middenrif heen ademt.

Voel en ervaar maar hoe elke ademtocht door je hart heengaat, inademend door je hart, uitademend door je hart. En blijf maar langzaam en diep ademhalen, heel natuurlijk, rustig en niet geforceerd.

A. Stel je voor dat je bij het inademen zuurstof brengt die je hart nodig heeft en dat bij het uitademen je hart zich ontdoet van de afvalstoffen die het niet meer nodig heeft.

Een rustige en soepele beweging van de ademhaling die het hart in de gelegenheid stelt zich te wassen in een bad van pure reinigende en kalmerende lucht. Inademend frisse zuurstof die je hart versterkt en uitademend afvalstoffen zodat je hart schoner en schoner wordt.

B. Je kunt je hart voorstellen als een dolfijn die speelt en spartelt in het behaaglijke water van de oceaan. In zijn eigen ruimte zonder dwang of verplichtingen. En net als deze speelse dolfijn die je zo bewondert vraag je hart gewoon om zichzelf te zijn. In zijn natuurlijke element. En je kijkt hoe het op zijn eigen manier ontspant, terwijl je het blijft voorzien van warm, zachte zuurstofrijke lucht.

En laat je hart maar profiteren van het liefdevolle geschenk wat je je hart geeft,

En volg je ademhaling maar, voel hoe je rustig inademt en het hart voorziet van reinigende schone zuurstof, voel maar hoe je rustig uitademt en het hart zich ontdoet van afvalstoffen. En voel maar hoe je gevoel van evenwicht en zekerheid toeneemt als je hart steeds meer in evenwicht komt met je emoties en gevoelens.

Stap 3

(1+3) Yes I did it / bij stress/ depressie

De volgende stap is dat je rustig, heel rustig contact maakt met het gevoel van warmte of ruimte dat in je borst opkomt. Dat je rustig met je gedachten en met je ademhaling met dit gevoel meegaat, dat je het gevoel aanmoedigt om groter en groter te worden.

Een efficiënte manier om je hart aan te moedigen is om een gevoel van erkentelijkheid of dankbaarheid op te roepen en daarmee de borst te vullen.

Denk maar eens terug aan dat moment dat je helemaal in je kracht stond. Een moment van “Yes I did It” dat je iets moest doen wat eigenlijk spannend of moeilijk was maar dat je dat gewoon deed. En voel maar hoe je je toen voelde,....was je trots op jezelf of had je een gevoel van macht..... of was je dankbaar, laat je onbewuste je helpen maar geef het de tijd om die herinnering op te zoeken. En vul je borst dan met dat gevoel van dankbaarheid, voel de warmte en richt je dankbaarheid op je hart die al zo lang voor jou zorgt. En laat je hart baden in de warmte van jouw dankbaarheid.

Jouw hart is zo buitengewoon gevoelig voor dankbaarheid, voor elk gevoel van liefde of dat nu gericht is op een mens, een voorwerp of zelfs op een idee van een welwillend universum. Jouw hart wil die warmte voelen, die liefde en dankbaarheid voelen en jij kunt je hart nu al die liefde en dankbaarheid geven die het nodig heeft.

Je zult bemerken dat je bij deze laatste oefening een glimlach voelt opkomen, alsof die uit je borst opstijgt om zich in je gezicht te ontplooien. En dat is dan een heel eenvoudig teken dat de hartcoherentie tot stand is gekomen.

En voel maar hoe het voelt, hoe rustig je bent en tegelijkertijd geconcentreerd, voel de warmte van je hart en geniet van je hartcoherentie.

5.0 Bijlage 2 - Gesprekstechnieken

Het Metamodel

Gebaseerd op het boek *Structuur van de Magie* van Bandler en Grinder

Het metamodel is een therapeutische methode waarbij de cliënt door middel van het stellen van specifieke vragen uitgenodigd wordt naar diepere lagen in het bewustzijn te gaan. Hierdoor krijgt de cliënt meer beschikking over zijn probleemoplossend vermogen.

Bandler en Grinder schrijven in hun boek dat mensen die in therapie komen zich vrijwel altijd verlamd voelen, omdat zij in hun leven onvoldoende keuzemogelijkheden zien. Ze voelen zich daarom niet vrij in hun handelen. Ze sluiten zich af voor de verschillende mogelijkheden die voor hen open staan. Ze voelen zich het slachtoffer van de omstandigheden. Als zich perioden van verandering in hun leven voordoen, hebben ze vaak te weinig creativiteit en inzicht om deze veranderingen als nieuwe kansen te zien.

Andere mensen ervaren zulke veranderingen juist als tijden van intense energie en creativiteit. Ze zien bij veranderingen meteen vele opties waaruit ze kunnen kiezen.

Als een bedrijf bijvoorbeeld moet inkrimpen en daardoor veel werknemers moet ontslaan, zullen sommige werknemers met veel energie en creativiteit gaan zoeken naar nieuwe toekomstmogelijkheden, terwijl andere werknemers bij de pakken neer gaan zitten.

Eén van de taken van de therapeut is beperkende overtuigingen en denkpatronen te onthullen en samen met de cliënt te zoeken naar een meer realistisch en constructief wereldbeeld.

Bandler en Grinder hebben een model van gespreksvoering samengesteld, het *Metamodel*, dat erop gericht is het wereldbeeld van de cliënt te verruimen en te verrijken.

De innerlijke ervaringswereld, waar de cliënt zich maar gedeeltelijk van bewust is, wordt de *dieptestructuur* genoemd. De manier waarop de cliënt zijn innerlijke ervaringswereld bewust of onbewust naar buiten brengt, zowel in houding als in taal, wordt de *oppervlaktestructuur* genoemd.

Deleties, Generalisaties en Vervormingen

In het taalgebruik kunnen **deleties** (weglatingen), **generalisaties** en **vervormingen** aanwezig zijn. Het is de taak van de therapeut door het stellen van de juiste vragen de ‘innerlijke ervaringswereld’ van de cliënt zo volledig mogelijk te doorgronden. Een gedeelte van de innerlijke ervaringswereld kan de therapeut tijdens het *voorgesprek* leren kennen, terwijl een ander gedeelte alleen naar buiten kan komen tijdens een trancetoestand van de cliënt.

Het is van groot belang het Metamodel goed toe te passen om verholde aspecten van een probleem functioneel te maken. Zowel in het voorgesprek als bij het vast lopen van een EMDR sessie is het taalgebruik van de therapeut essentieel voor het stimuleren van gevoelsaspecten en het verruimen van inzicht in eigen mogelijkheden.

Gebruik vooral de woorden *wie, wat, wanneer en hoe* aan het begin van je vragen. Deze woorden bevorderen associatie in het gevoel. Gebruik het woord *waarom* alleen als je een beroep doet op het redeneren van de cliënt.

Als iemand zegt: “Ik zie het niet meer zitten!” kan de therapeut gaan denken: ‘Goh, hij ziet de therapie niet meer zitten.’ Maar hij kan ook vragen: “Wat zie je niet meer zitten?” We vullen als therapeut dan niet in, we spiegelen.

Deleties (weglatingen) te gebruiken bij Interwaves

Allereerst is het belangrijk op te sporen wat de cliënt in zijn taalgebruik weglaat.

Voorbeelden (na je vraagstelling gelijk BS toepassen):

C: Ik kan het niet.

T: Wat kun je niet? (1x deletie)
Of ´wat zou je doen als je het wel kan

C: Ik voel me verlaten.

T: Door wie voel je je verlaten? (1x deletie)

C: Ik walg ervan.

T: Waar walg je van? (1x)

C: Ik wil graag met deze oefening doorgaan.
(geen deletie)

C: Vluchten heeft geen zin.

T: Vluchten voor wie of wat?
Voor wie of wat heeft vluchten geen zin? (2x)

C: Ik mag het niet.

T: Wat mag je niet, van wie? (2x)

C: Ik zei dat ik het zou proberen.

T: Tegen wie zei je dat je wat zou proberen? (2x)

C: Ik ben bang voor spinnen. (geen deletie)

C: Ik moet het doen.

T: Van wie moet je wat doen? (2x)

C: Het is moeilijk uit te leggen.

T: Wat is moeilijk uit te leggen? Voor wie en aan wie? (3x)

C: Ik vind het moeilijk.

T: Wat vind je moeilijk? (1x)

C: Het laat me onverschillig.

T: Wat laat je onverschillig? (1x)

C: Ik ben bang.

T: Voor wie of wat ben je bang? (1x)

C: Het is zinloos.

T: Wat is zinloos? Voor wie is het zinloos? (2x)

C: Ik zie het niet meer zitten.

T: Wat zie je niet meer zitten? (1x)

C: Ik voel me benauwd.

T: Waardoor voel je je benauwd?(1x)

C: Ik durf het niet.

- T: Wat durf je niet? (1x)
- C: Er is niet over te praten.
- T: Waar is niet over te praten?
Met wie is er niet over te praten?
Wie kan er niet over praten? (3x)
- C: Het is vervelend.
- T: Wat is voor wie vervelend? (2x)

Vergeleken met wat of wie?

- C: Zij is beter.
- T: Vergeleken met wie is zij beter?
Dan wie is zij beter?
Vergeleken met wat is zij beter?
- C: Hij is sterker
- T: Vergeleken met wie of wat is hij sterker? of: Dan wie?
- C: Ik ben de beste.
- T: Waarin ben je de beste en vergeleken met wie?
- C: Hij is intelligenter.
- T: Dan wie?
- C: Zij is de intelligentste.
- T: Vergeleken met wie is zij de intelligentste?

Duidelijk

- C: Zij houdt duidelijk niet van mij.
- T: Duidelijk voor wie?
- C: Hij is duidelijk beter.
- T: Duidelijk voor wie? Beter dan wie?
- C: Hij is duidelijk de sterkste.
- T: Duidelijk voor wie? Vergeleken met wie is hij de sterkste?

Generalisaties

Bij beperkende overtuigingen kun je de cliënt uitnodigen de grenzen van zijn model te gaan verkennen door middel van het stellen van vragen als: “Wat gebeurt er als ...” of “Wat is het ergste dat je kan overkomen als ...” of “Hoe zou het zijn als...”

Bij het gebruik van het woordje ‘moeten’ kun je altijd spreken van een generalisatie.

C: Ik moet rekening houden met de gevoelens van andere mensen.

T: Wat gebeurt er als je dat niet doet?

C: Je moet je gevoelens niet in het openbaar uiten.

T: Wat zal er gebeuren als je dat wel doet?

C.: Je moet docenten altijd serieus nemen.

T: Wat gebeurt er als je dat niet doet?

C: Ik wil er niets mee te maken hebben.

T: Wat zal er gebeuren als je er wel wat mee te maken hebt?

C: Je kunt nooit van meer dan één persoon tegelijk houden.

T: Wat maakt het je onmogelijk van meer dan één persoon tegelijk te houden?

Wat verhindert je van meer dan één persoon tegelijk te houden?

Wat belet je van meer dan één persoon tegelijk te houden?

Wat weerhoudt je van meer dan één persoon tegelijk te houden?

C: Ik kan me nooit uiten.

T: Wat weerhoudt je om je te uiten?

C: Ik kan mijn baas nooit begrijpen.

T: Wat belet je je baas te begrijpen?

C: Je kunt niemand vertrouwen.

T: Wie in het bijzonder kun je niet vertrouwen?

Heb je nog nooit iemand ontmoet die je wel kunt vertrouwen?

Vertrouw je mij op dit moment?

Kun je je een situatie voorstellen waarin je wel iemand vertrouwt?

Wat zal er gebeuren als je iemand vertrouwt?

C: Niemand geeft om mij.

T: Wil je me zeggen dat je nog nooit iemand hebt ontmoet die wel om je geeft?

Wie in het bijzonder geeft niet om jou?

C: Je moet nooit in het openbaar je gevoelens uiten.

T: Wat gebeurt er als je dat wel doet?

Kun je een situatie voorstellen waarin je dat wel doet?

C: Alle mannen zijn op hetzelfde uit.

T: Heb je nog nooit een man ontmoet die daar niet op uit is?

Waar zijn alle mannen op uit?

C: Het is onmogelijk iemand te vertrouwen.

T: Is het altijd onmogelijk voor iemand om iemand te vertrouwen?

Als ... dan ...

- C: Ik moet altijd zorg dragen voor andere mensen.
T: Wat gebeurt er als je dat niet doet?
Van wie moet je altijd zorg dragen voor andere mensen?
- C: Als ik niet zorg draag voor andere mensen vinden de mensen mij niet aardig.
T: Wil je daarmee zeggen dat andere mensen je alleen aardig vinden als je zorg voor ze draagt?
Heb je wel eens mensen ontmoet die je aardig vinden, ook al draag je geen zorg voor hen?
- C: Als ik néé zeg voel ik mij schuldig.
T: Heb je nog nooit situaties meegemaakt waarin je je niet schuldig voelt als je néé zegt?
Kun je je een situatie voorstellen waarin je je niet schuldig voelt als je néé zegt?
- C: Als ik mij gedraag zoals het hoort word ik geaccepteerd.
T: Betekent dit dat niemand je accepteert als je je niet gedraagt zoals het hoort?
Heb je ooit wel eens een situatie meegemaakt waarin iemand je accepteert terwijl je je niet gedraagt zoals het hoort?
Moet iedereen zich altijd gedragen zoals het hoort om geaccepteerd te worden?

Onvolledig gespecificeerde werkwoorden

- C: Mijn moeder deed me pijn (doen is een vaag werkwoord).
T: Hoe in het bijzonder deed ze je pijn?
Waarmee deed zij je pijn?

Diverse andere generalisaties:

Alle mensen haten mij.
Ik geloof nergens meer in.
Iedereen zet me onder druk.
Alles is saai.
Werken is zwaar.
Vrouwen verstikken mij.

Vervormingen

Oorzaak en gevolg

“Je maakt me boos.”

Het is niet mogelijk iemand anders een gevoel te geven. Je maakt *jezelf* boos over iemand. Je kiest er zelf voor boos te worden, of de boosheid komt voort uit je eigen onderbewustzijn, aangewakkerd door het gedrag van de ander. De verantwoordelijkheid wordt door deze vervorming op de schouders van degene gelegd op wie jij boos bent. Dit noemen we *semantische overtredingen*.

Veel vragen kunnen hier begonnen worden met: “Hoe ...?”

- C: Hij dwingt me jaloers te zijn.
T: Op wat voor manier doet hij dat?
- C: Mijn man maakt mij ongelukkig.
T: Hoe maakt hij je ongelukkig?
- C: Zij dwong mij me schuldig te voelen.
T: Op wat voor manier dwong zij je daartoe?
- C: Hun geschreeuw irriteert me.
T: Hoe in het bijzonder irriteren ze je?

Maar

(Het woordje *maar* duidt op een beperking in de keuzevrijheid.)

- C: Ik wil niet boos worden, maar ze geeft mij altijd de schuld.
T: Hoe in het bijzonder maken haar beschuldigingen je boos?
Als ze je niet zou beschuldigen, zou je dan niet boos worden?
- C: Ik zou van huis weg willen gaan, maar mijn vader is ziek.
T: Als hij niet ziek zou zijn, zou je dan wel van huis weggaan?
- C: Ik zou iets anders willen doen, maar een heleboel mensen zijn van mij afhankelijk.
T: Zou je wèl iets anders gaan doen als er geen mensen van jou afhankelijk waren?

Een andere goede interventie bij het gebruik van het woordje ‘maar’: “Zet wat je zegt na het woordje ‘maar’ voor het woordje ‘maar’ en andersom. De inhoud van de zin verandert en de cliënt kan ervaren hoe het voelt hierdoor meer ruimte te creëren voor zichzelf.

Gedachten lezen

- C: Ik weet dat hij niet van mij houdt.
T: Waar merk je dat aan?
Hoe is je dat duidelijk geworden?
- C: Hij mag me niet!
T: Hoe weet je dat hij je niet mag?

Eeuwige waarheden

(mogelijk ook dogma's uit religie; deze waarden en normen kunnen beperkingen geven maar zijn soms ook een bewuste keuze)

- C: Dit is gewoon zo ...!
T: Wie zegt dat?
Wat maakt dat je dat zegt?

Oefeningen metamodel

Hieronder vind je allerlei deleties, generalisaties en vervormingen door elkaar vermeld. Dit zijn tevens zinnen die vaak tijdens regressietherapie worden gebruikt als uitgangspunt voor de zinnnetjesbrug.

Ik wil vrij zijn.
Ik voel me beklemd.
Ik wil het niet.
Niemand houdt van mij.
Ik kan het niet.
Hij is interessanter.
Ik mag het niet.
Ik weet dat Henk niet meer van mij houdt.
Ik durf het niet.
Zij is intelligenter.
Ik voel het niet.
Je maakt me jaloers.
Ik wil het niet zien.
Je dwingt me kwaad te worden.
Ik voel me eenzaam.
Je kunt niemand echt vertrouwen.
Ik voel me verlaten.
Je maakt me nijdig.
Ik voel me in de steek gelaten.
Je moet conflicten altijd uit de weg gaan.
Ik ben bang.
Niemand begrijpt mij.
Het lukt me niet.
Ik vertrouw niemand.
Ik baal ervan.
Je maakt me ziek.
Ik walg ervan.
Ik wil er niets mee te maken hebben.
Je geeft niet om me.
Alles moet perfect gaan.
Ik zit vast.
Je maakt dat ik me schuldig voel.
Zij is mooier.
Ik wil los.
Ik weet dat je mij irritant vindt.
Ik kom niet vooruit.
Ik zie geen uitweg.
Het laat me onverschillig.
Ik ben boos.
Ik voel me benauwd.
Het lukt me nooit.
Laat me los.
Ik wil er uit.
Het raakt me niet.
Ik moet het.
Ik mag het niet.
Ik voel me schuldig.
Het is verschrikkelijk als dingen mislukken.
Het is allemaal mijn schuld.
Ik voel me leeg.
Ik wil alleen zijn.
Ik haat hem.

Alles gaat fout.
Het laat me onverschillig.
Niemand respecteert mij.
Ik doe het niet.
Ik verrek het.
Iedereen is dom.
Ik voel me machteloos.
Ik schaam me voor jou.
Je maakt me verdrietig.
Je begrijpt me niet.
Je verbijstert me.
Het verdooft me.
Hij is moeilijker.
Jij bent duidelijk verlegen.
Je moet nooit je zwakheden tonen.
Je moet altijd zorgen geliefd te zijn.
Het is onmogelijk iemand te vinden die werkelijk van mij houdt.
Niemand neemt mij serieus.
Iedereen heeft daar wel eens last van.
Je moet nooit beloften doen.
Je maakt me nerveus.
Ik zou op vakantie willen gaan maar mijn vrouw wil niet.
Ik weet dat je het niet leuk vindt.
Ik merk dat ik je verveel.
We gaan nooit eens uit.
Hij doet nooit iets voor mij.

2 oefeningen

- Op alle uitspraken één of twee vragen stellen
- Doorvragen naar de kern op zinnen die emoties opwekken

6.0 Bijlage 2.1 Fouten bij psychologische gespreksvoering

De lijst hieronder bevat een aantal belangrijke fouten die je in het gesprek met een cliënt kunt maken. Lees de lijst de komende twee weken elke dag een keer door. Tijdens het oefenen is het leerzaam om een gesprek te organiseren, waarbij degene die de rol van therapeut speelt bewust een aantal van deze fouten maakt. Kijk wat het resultaat is. Degene die de rol van cliënt speelt kan iets over een hobby of vakantie vertellen terwijl de therapeut hem door middel van deze fouten probeert te irriteren. Als er een observator bij zit, kan deze aantekeningen van de fouten maken. Doe het daarna nog een keer zonder fouten.

1. **Oordelen:**
Jij bent erg bezitterig.
Dat was niet erg verstandig.
2. **Moraliseren en preken:**
Seks is niet het belangrijkste in het leven.
Je moet je ouders altijd respecteren.
3. **Etiketteren en diagnosticeren:**
Je hebt een minderwaardigheidscomplex.
Je lijdt aan paranoia.
4. **Geruststellen en zoet houden:**
We voelen ons allemaal wel eens zo.
Dat gaat wel weer voorbij.
Je overleeft het wel.
5. **De gevoelens van de cliënt niet aanvaarden:**
Je bent niet verdrietig, je bent kwaad!
Je moet niet zo opscheppen.
6. **Advies geven:**
Je moet van hem weggaan.
Je kunt beter een andere baan gaan zoeken.
(Adviseren is niet altijd fout, maar het remt het zelfonderzoek en de verantwoordelijkheid van de cliënt).
7. **Opinie geven:**
Volgens mij is hij een grote egoïst.
8. **Uithoren:**
Vertel me eens over je seksuele ervaringen.
Vertel me eens over je mislukkingen.
(Als vragen te opdringerig worden loop je de kans dat de cliënt dichtklapt).
9. **Te veel of te snel interpreteren:**
Je weerzin tegen het sociale leven zou wel eens voort kunnen komen uit onverwerkte conflicten, hoogstwaarschijnlijk seksuele.
10. **Ongepast naar je eigen gevoelens verwijzen:**
Dat lijkt veel op hoe ik zelf met mijn moeder omga.
(Dit leidt de aandacht af van de gevoelens van de cliënt naar die van de therapeut.)
11. **Aanmoediging van afhankelijkheid:**
Als je je rot voelt moet je me meteen opbellen.

12. **De als-ik-jou-was reactie:**
Betekent meestal: 'als jij mij was ...' Is niet belangrijk voor het probleem.
13. **De 'ja ... maar'-reactie:**
Ja, dat lijkt je belangrijk, *maar* denk je niet dat de relatie met je moeder veel belangrijker is?
Ja..., *maar...* betekent eigenlijk *nee...*, *want...*
14. **Beschuldigende vragen stellen:**
Waarom stop je niet gewoon met roken?
15. **Het beter weten.**
16. **Op de cliënt neerkijken:**
Wat is dat nou voor stom gedoe.
17. **Niet aandachtig zijn:**
Op je horloge of uit het raam kijken, gapen, de kamer uitlopen, enz.
18. **Te snelle conclusies trekken en daaraan vasthouden:**
Dit probleem werd duidelijk veroorzaakt door de relatie met je vader.
19. **Je fouten niet kunnen toegeven:**
Het is goed als de cliënt leert dat fouten maken niet erg is.
20. **Bang zijn om te gissen.**
21. **In de rede vallen:**
Op momenten dat de cliënt iets belangrijks aan het uitleggen is. Dit verstoort de stroom van gedachten.
22. **In paniek raken als je niet weet wat je moet zeggen:**
Je hoeft helemaal niets te zeggen.
23. **Al het werk doen:**
De verandering vindt plaats in de cliënt.
24. **Net zo bang worden als de cliënt.**
25. **Te veel vragen stellen:**
De cliënt heeft de tijd nodig zijn verhaal op zijn eigen manier te vertellen.
26. **Te snel een stilte breken:**
De stroom van gedachten van de cliënt wordt onderbroken. Hij heeft misschien tijd nodig om zijn probleem goed onder woorden te brengen.
27. **Vallen voor gevlei:**
Niemand heeft me ooit zo goed begrepen als jij.
28. **Aan de cliënt blijven hangen als je hem niet kunt helpen: *doorverwijzen als dat nodig is!***
29. **Bang zijn voor emoties:**
Niet huilen, alles komt wel weer goed.
Het is belangrijk alle emoties er uit te laten komen. Als de cliënt kwaad wordt, moet de therapeut die kwaadheid opvoeren. De cliënt heeft het vaak nodig de therapeut als boksbal te gebruiken.

- 30. De sessie te abrupt afbreken:**
Pauze, andere cliënten in de wachtkamer, afspraak, telefoon opnemen enz.
- 31. Onnodig jargon gebruiken:**
Ik merk dat dit een introjectie is van je vader. Jij bevindt je in een kinesthetisch representatiesysteem.
- 32. Troosten:**
Trek het je maar niet aan, wees maar niet verdrietig.
- 33. Sussen:**
Rustig maar, wind je niet op.
- 34. Ingaan op irrelevante details**

Protest

Dwing cliënten niet een terrein op waar ze hevig tegen protesteren. Als ze dichtklappen, zich terugtrekken, boos op je worden of zeggen dat ze deze situatie al doorgewerkt hebben en het niet verder willen bespreken, ben je aan het pushen. Het kan zijn dat jij andere problemen ziet of andere dimensies aan een probleem dan de cliënt ervaart. Als je ze naar dat gebied probeert te leiden en ze protesteren, trek dan terug: of je hebt het bij het verkeerde eind, of ze zijn nog niet gereed om een bepaalde kwestie onder ogen te zien. Hoe dan ook, je hebt niet het recht om voor God te spelen. Het is de taak van de therapeut te begeleiden en te gidsen. Wat een cliënt aangaat blijft zijn of haar verantwoordelijkheid.

Let op de volgende woorden van de cliënt:

<i>Dat moet...</i>	... van wie moet dat?
<i>Dat mag niet...</i>	... van wie mag dat niet?
<i>Dat hoort (niet) zo...</i>	... wie heeft dat gezegd?
<i>Ik zal het proberen...</i>	... maar hij doet het niet.
<i>Ik bedoelde het niet zo...</i>	... maar hij deed het wel.

Gebruik als counselor/therapeut de volgende woorden:

“Zou het kunnen dat... ?”

“Misschien...”

“Wat voel je daarbij?”

“Ik heb de indruk dat...”

“Is het mogelijk dat...?”

“Wat vind je daarvan?”

“Ik vraag me af of...?”

“Als ik het goed begrepen heb... klopt dat?”

7.0 Bijlage 3 - Passieve imaginatie

De bondgenoot -ik versterking

Dit is een vorm van visualisatie waarbij je de cliënt vraagt om datgene wat jij hem gaat vertellen zich zo goed mogelijk voor te stellen.

Zorg er voor dat je lekker zit, en focus dan op je ademhaling. Adem rustig in en adem rustig uit. En terwijl je zo op die hele rustige manier je ademhaling volgt kun je bemerken dat je al wat meer ontspant. En hoe meer je ontspant, hoe rustiger je ademhaling wordt en hoe rustiger je ademhaling wordt hoe meer je kunt ontspannen. En terwijl je heerlijk diep ontspannen kunt zijn tel ik van 3 naar 0 en bij iedere tel kun je nog meer en nog dieper ontspannen.....3 en dieper en dieper ontspannen ...2 meer en meer 1 ... en 0 en stel je maar voor dat je heerlijk verder kunt ontspannen terwijl je nu op een plek buiten in de natuur bent.... Een plek helemaal voor jou alleenhet kan een plek zijn die je kent of die zo in je fantasie opkomt...het kan ook een plek zijn die je bedenkt... het maakt niet uit het is jouw plek.....er staat daar op die mooie rustige plek ook een heel oude .. stevige, mooie boom....loop maar naar deze boom toe, en terwijl je dichter bijkomt zie je dat er een bankje tegen de boom aan staat waar jij op kunt gaan zitten....en terwijl je gaat zitten voel je dat de boom perfect gevormd is zodat je er heerlijk en ontspannen tegenaan kunt zitten....en kijk maar vanuit deze plek om je heenhet is er wijds.... en zeer behaaglijk...kijk maar eens rustig om je heen terwijl je nog meer ontspant en geniet van deze plek. Je kunt de temperatuur op je huid voelen,... je kunt de geuren ruikenje kunt ook de geluiden horen.....terwijl je meer en meer ontspant voel je de energie van deze boom.....het voelt stevig en het voelt als heel erg behaaglijk en je voelt dat deze boom jou kent... door en door... het voelt als een bondgenoot... en deze boom kent jou.... Jouw hele leven kent hijen je bent blij verrast als deze boom begint te vertellen wie jij bent en waarom je bent zoals je bent.....

En misschien heb jij een vraag.....stel dan je vraag en luister naar wat je bondgenoot heeft te vertellen.....wacht maar rustig af ... het kan een woord zijn of een zin.....een gevoel of een gebaar.....

Hij weet ook wat je nodig hebt en terwijl je zo tegen de boom zit kun je voelen dat hij warmte en een krachtige ontspannen energie uitstraalt..... laat het maar helemaal toe..... in je lichaam...voel de steun in je rug die je bondgenoot je geeft..... terwijl je lichaam meer en meer gevuld wordt met een ontspannen krachtige energie.... Voel maar hoe het meer en meer ontspannen wordt in je buik.....en de rest van je lichaam.....

En als het helemaal goed voelt kun je de bondgenoot bedanken voor zijn aanwezigheid en wordt het tijd om afscheid te nemen.... En hij vertelt je dat als je hem nodig hebt dat je altijd terug kunt komen...

Je staat op en loopt terug naar waar je vandaan kwam..... en terwijl je terug loopt tel ik van 0 naar 3 en kom je meer en meer terug. 0.. meer en meer terug op je matrasje. 1 hier in de ruimte. 2 meer en meer terug in het hier en nu, in je eigen tempo en 3. en wordt je maar bewust dat je hier in deze ruimte bent...open je ogen en rek je maar even heerlijk uit.....

René Veraar



Bijscholing instituut voor Therapeuten

Opleiding EMDR 2017 - 2018 dag IV

Gecompliceerd meertarget protocol

Docent: René Veraar (hoofddocent)

Karin Bargeman

© BivT Beverwijk - René Veraar psycholoog.

Niets uit deze oplage mag zonder schriftelijke toestemming gebruikt of vermenigvuldigd worden.

Met dank aan Yvonne Tjipjes - Nathalie Wilkers - Karin Bargeman en Cisca Holkamp voor het mede samenstellen van het materiaal

BivT secretariaat • Koningstraat 75a (achter) • 1941 BB Beverwijk • Telefoon: 0251-222210

E-mail: info@bivt.nl • Website: www.bivt.nl • btw.nr.8522.40.181.B.01

KvK 56655037 • IBAN: NL 77 INGB 0003 3179 74 • BIC: INGBNL2A • t.n.v. BivT Bijscholing instituut voor Therapeuten

Op al onze activiteiten zijn onze Algemene Voorwaarden van toepassing. Die kunt u lezen op www.bivt.nl

INHOUD

1.0 PRESENTATIE DAG IV	5
2.0 EMDR EN COMPLEXE TRAUMATISERING	15
2.1 THERAPIEFASEN BIJ COMPLEXE TRAUMATISERING	15
2.2 STABILISATIE	16
2.3 HULPBRONNEN	17
2.4 HULPBRONINSTALLATIE NAAR BEHOEFTE VAN DE CLIËNT	17
3.0 TARGETTING BIJ COMPLEX TRAUMA	18
3.1 DISSOCIATIE EN BS	18
3.2 VERANTWOORDELIJKHEID ALS BELANGRIJK COGNITIEF THEMA.....	18
3.3 FEEDER MEMORIES	19
3.4 INTEGRATIE	19
3.5 EMDR IN EEN SETTING MET MEERDERE BEHANDELAREN	19
3.6 EMDR BIJ GEkomplICEERDE ROUWVERWERKING	20
3.7 ALGEMENE SUGGESTIES BIJ BEHANDELING VAN GEkomplICEERDE ROUW EN BLOKKADES.....	23
4.0 PROTOCOL SCHEMA	24
5.0 BIJLAGE 1 EXTRA INFORMATIE: PTSS	25
DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR POSTTRAUMATISCHE STRESSSTOORNIS.....	25
5.1 ACUTE STRESSSTOORNIS.....	27
DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR ACUTE STRESSSTOORNIS.....	27
5.2 AANPASSINGSSTOORNIS.....	28
DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR AANPASSINGSSTOORNIS.....	28
ASSESSMENT VAN POSTTRAUMATISCHE STRESS.....	28
EPIDEMIOLOGIE EN RISICOFACTOREN	29
5.3 THEORIEËN OVER HET ONTSTAAN EN VOORTBESTAAN VAN VERWERKINGSSTOORNISSEN	30
PSYCHOBIOLOGISCHE FACTOREN.....	30
PSYCHODYNAMISCHE VERKLARINGEN	30
LEERTHEORETISCHE VERKLARINGEN	30
COGNITIEVE VERKLARINGEN.....	31
BEHANDELING	31
5.4 DISSOCIATIEVE STOORNISSEN	32
ONTWIKKELING VAN HET CONCEPT DISSOCIATIE.....	32
5.5 DEPERSONALISATIESTOORNIS	33
DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR DEPERSONALISATIESTOORNIS	33
5.6 DISSOCIATIEVE AMNESIE	34
DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR DISSOCIATIEVE AMNESIE	34
5.7 DISSOCIATIEVE FUGUE	35
DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR DISSOCIATIEVE FUGUE	35
5.8 DISSOCIATIEVE IDENTITEITSSTOORNIS (DIS) OF MEERVOUDIGE-PERSONLIJKHEIDSSTOORNIS (MPS)	36
DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR DISSOCIATIEVE IDENTITEITSSTOORNIS	36
5.9 OVERIGE DISSOCIATIEVE STOORNISSEN.....	37
ETIOLOGIE VAN DISSOCIATIEVE STOORNISSEN	37
BEHANDELING VAN DISSOCIATIEVE STOORNISSEN	38
5.10 PSYCHOSEN	39
5.11 SCHIZOFRENIE	39
DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR SCHIZOFRENIE.....	39
5.12 KLINISCH BEELD	40
DENKSTOORNISSEN.....	40
WAARNEMINGSSTOORNISSEN	40
STOORNISSEN IN DE STEMMING.....	41

COGNITIEVE STOORNISSEN	41
BEWEGINGSSTOORNISSEN	41
POSITIEVE EN NEGATIEVE SYMPTOMEN	41
VERLOOP	41
5.13 SUBTYPEN VAN SCHIZOFRENIE	42
SUBTYPEN VAN VOOR SCHIZOFRENIE.....	42
EPIDEMIOLOGIE	42
ETIOLOGIE	42
ONDERZOEK NAAR BIOLOGISCHE AFWIJINGEN	43
BEELDVORMENDE TECHNIEKEN.....	43
COGNITIEF FUNCTIEONDERZOEK	43
ONDERZOEK NAAR OMGEVINGSFACTOREN.....	44
BEHANDELING	44
AAN SCHIZOFRENIE VERWANTE PSYCHOSEN	45
OVERZICHT VAN PSYCHOSEN	45
5.14 SCHIZOFRENIFORME STOORNIS	46
DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR SCHIZOFRENIFORME STOORNIS.....	46
5.15 SCHIZOAFFECTIEVE STOORNIS	47
DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR SCHIZOAFFECTIEVE STOORNIS.....	47
5.16 WAANSTOORNIS	48
DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR WAANSTOORNIS.....	48
ETIOLOGIE	48
DIFFERENTIËLE DIAGNOSTIEK	49
BEHANDELING	49
5.17 ANDERE 'FUNCTIONELE' PSYCHOSEN.....	50
<i>Kortdurende psychose</i>	50
DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR KORTDURENDE PSYCHOTISCHE STOORNIS	50
<i>Gedeelde psychose</i>	50
DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR GEDEELDE PSYCHOTISCHE STOORNIS (FOLIE À DEUX)	50
<i>Psychosen met een organische oorzaak</i>	51
<i>Psychotische stoornis door een somatische aandoening</i>	51
DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR PSYCHOTISCHE STOORNIS DOOR EEN SOMATISCHE AANDOENING.....	51
<i>Psychotische stoornis door middelengebruik</i>	51
DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR PSYCHOTISCHE STOORNIS DOOR EEN MIDDEL	51
6.0 BIJLAGE 2: HET DSM-5 HANDBOEK (BEKNOPT OVERZICHT)	52
ALGEMEEN.....	52
SPECIFIEK.....	52
6.1. DE DSM-5 CLASSIFICATIE	54
1. NEURALE ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN	54
2. SCHIZOFRENE SPECTRUM- EN ANDERE PSYCHOTISCHE STOORNISSEN.....	54
3. BIPOLAIRE - EN VERWANTE STOORNISSEN A)	55
4. DEPRESSIEVE STOORNISSEN	55
5. ANGSTSTOORNISSEN	56
6. OBSESSIEF-COMPULSIEVE - EN AANVERWANTE STOORNISSEN A).....	56
7. TRAUMA- EN AAN EEN STRESSBRON GERELATEERDE STOORNISSEN	56
8. DISSOCIATIEVE STOORNISSEN	56
9. SOMATISCHE SYMPTOOM - EN AANVERWANTE STOORNISSEN	57
10. VOEDSEL - EN EETSTOORNISSEN	57
11. UITSCHIEDINGSSTOORNISSEN	57
12. SLAAP-/WAAKSTOORNISSEN	57
13. SEKSUELE DISFUNCTIES	58
14. GESLACHTSIDENTITEIT DYSFORIE	58
15. STOREND GEDRAG, GEBREKKIGE IMPULSBEHEERSING EN GEDRAGSSTOORNISSEN.....	58
16. STOFGERELATEERDE EN VERSLAVINGSSTOORNISSEN A)	58
17. NEUROCOGNITIEVE STOORNISSEN	59

18. PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN	59
19. SEKSUELE AFWIJINGEN (PARAFIELE STOORNISSEN)	60
20. BEWEGINGSTOORNISSEN EN ANDERE ONPRETTIGE EFFECTEN VAN MEDICATIE	60
21. ANDERE TOESTANDEN DIE PSYCHOLOGISCHE ZORG KUNNEN BEHOEVEN	60
7.0 BIJLAGE 3: PASSIEVE IMAGINATIE;	62
DE BONDGENOOT	62
HUISJE OP DE HEUVEL.....	63
OPDRACHT: EMDR MASTER PRACTITIONER	64
BIJLAGE SUPERVISIE PROGRAMMA	67

1.0 Presentatie dag IV

Dia 1

Welkom bij de

EMDR OPLEIDING DAG IV

bij het



Uw docent: René Veraar

Dia 2

Vorbereidingsfase

- Vierkant van Vertrouwen
- Stabilisatie
- Omgang eigen capaciteiten
- Zelfregulatie

- Vierkant van vertrouwen
 - Het zelfvertrouwen van de therapeut/ coach
 - Het zelfvertrouwen van de cliënt
 - Het vertrouwen van de cliënt in de therapeut/ coach
 - Het vertrouwen van de therapeut/ coach in de cliënt

Dia 3

Stabilisatie

- Ik versterking of verwerking
- Innerlijke verbondenheid
- Zelfregulatie
- Zonder veiligheid geen verwerking
- Baat het niet dan schaadt het wél

Dia 4

Omgang met eigen capaciteiten

- **Gevoelsregulatie**
 - Kun je bij verdriet jezelf troosten?
 - Kun je als je kwaad bent jezelf onder controle houden?

- **Verbondenheid**
 - Kun je in contact blijven?
 - Met wie voel je je verbonden?

- **Veiligheid**
 - Omgevingsfactoren
 - Systeemfactoren

Dia 5

- Mogelijke interventies bij zelfregulatie
 - Ik versterkings oefeningen
 - Zelfcontrole oefeningen
 - Angsthantering
 - Ontspanningsoefeningen
 - Mindfulness
 - Innerlijk kind werk
 - Natuurmystiek

- Activiteiten
 - Muziek
 - Bad
 - Wandelen
 - Schilderen
 - Kaarsje
 - Wierrook
 - Hout hakken
 - Papier scheuren
 - Sporten
 - Gooien

Dia 6

Interventies bij verbondenheid

- Contacten opnieuw leven in blazen
- Nieuwe contacten aangaan
- Hulpbronnen uit contacten van vroeger
- Visualiseren van verbondenheid
- Symbolisch
- Natuurmystiek

Dia 7

Draaglast (dagelijks leven)

- > Eten
- > Slapen
- > Beweging
- > Werk/ studie
- > Relatie
- > Kinderen
- > Familie
- > Geld
- > Vriendschappen
- > Geloof
- > Hobby's
- > Zelfzorg
- > Dag-/weekritme

Dia 8

Confrontatie

- > Confronteer cliënt, gedissocieerd met nare ervaring
- > Bij angst eerst hier EMDR op toepassen

Dia 9

- **Trauma type II** Meervoudig / herhaalde of langdurige traumatisering
 - Ernstige mishandeling - lichamelijk/ geestelijk
 - Seksueel misbruik
 - Oorlogs verleden
 - Verlies van dierbaren
 - Overval/ gijzeling
 - **Kenmerken**
 - Negatieve controle over affect
 - Pathologische dissociatie
 - Interpersoonlijke problematiek
 - Intrapersoonlijke problematiek
 - Somatische problematiek
 - Disfunctionele coping
 - Derealisatie
 - Depersonalisatie
-
-
-
-

Dia 10

- **EMDR bij type II**
 - Omvang traumatisering
 - Ernst van de symptomatologie (ziekteverschijnselen)
 - Bekwaamheid behandelaar
 - **Behandelopbouw:**
 - Stabilisatie en symptoomreductie (PCI – Mindfulness – ontspanning etc)
 - Identificatie, exploratie van trauma herinnering
 - Desensitisatie fase
 - Voorkomen van terugval en herintegratie
-
-
-
-

Dia 11

- EMDR gecompliceerd meertarget protocol

- **Stap 1 – Kennismaking**
- **Stap 2 – Voorbereiding – stabilisatie**
- **Stap 3 – Identificatie** (thema's – targets / ordenen)

- **Fase 1 – Scherpstellen** (thema's) – **taxatie**
- **Fase 2 – Desensitisatie** (per thema – target)
- **Fase 3 – PCi – lichaamsscan – afronding**

- **Fase 4 – Evaluatie** laatste target

Dia 12

- **Stap 1 – 2 – 3**
 - Kennismaking
 - Anamnese
 - Vertrouwensband
 - Veiligheid
 - Uitleg
 - Affecttolerantie (controle over zichzelf)
 - Stabilisatie (veilige plek)
 - Identificatie
 - Ordening van ervaringen

Dia 13

- **2. Desensitisatie proces**
 - Welke trigger/target als eerste
 - Afspraken maken voor tijdens de exploratie
 - Omgaan met dissociatieve reacties – afspreken "veilige plek"
 - Duur BS sets
 - Interwaves – alleen waar nodig
 - PC's installeren

Dia 14

- **3. Herstel sociale contacten en vaardigheden**
 - Begeleiding herintegratie
 - Toekomst integratie
 - Coaching
 - Ik-sterkte
 - PCi

Dia 15

- Afwijkend in protocol
- NC vraag alternatieve vraag bij bv misbruik, mishandeling, verkrachting, oorlogsherinnering etc..
'Welke negatieve gedachte heb je over jezelf wanneer je aan de gebeurtenis denkt of kijkt?.....'
 - Bij affect- bridging - terug naar target
 - Signaal installeren
 - binnen target doorgaan
 - Ogen blijven open
 - PC' niet te ambitieus
 - Duur sets bij aanvang
 - Audio 20 seconden
 - Handbeweging 10 tot 12
 - Knieën 12 tot 14
 - Na verloop van tijd
 - Audio 60 seconden tot wel 90 seconden
 - Handbewegingen tot wel 45 sets
 - Knieën 55 sets
 - SUD daling en stijging
 - Stijging kan altijd en is vaak een teken dat emotionele "vermijding" afneemt.
 - Door dissociatie te laag ingeschat

Dia 16

DSM 5 dissociatieve stoornissen:

- a) DIS – Dissociatieve identiteitsstoornis
 - a) Fragmentatie van de identiteit gekenmerkt door twee of meer afzonderlijke persoonlijkheidstoestanden.
 - b) Symptomen van klinische significante lijdensdruk
 - c) Recidiverend
- b) Dissociatieve amnesie
 - a) Meestal gelokaliseerde of selectieve amnesie voor een specifieke gebeurtenis(sen), of generaliseerde amnesie voor de identiteit en de levensgeschiedenis.
- c) Depersonalisatie-/derealisatiestoornis
 - a) Eigen waarneming / omgeving waatneming
- d) Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen
 - a) Ziekteangststoornissen
 - b) Conversiestoornissen
 - c) Psycho-somatische stoornissen
 - d) Hebben prominente aanwezigheid van lichamelijke klachten die significant gepaard gaan met lijdensdruk en beperkingen in het functioneren
 - e) Geen aanwijsbare fysieke oorzaak.
- e) Nagebootste stoornis
 - a) Conditionering
 - b) Ziektewinst

Dia 17

EMDR – contra-indicaties (heel heel voorzichtig)

- Suïcidale neigingen
- Ernstige flashbacks
- Fysieke fragiliteit
 - Elementen van fragiliteit (fysiek)
 - mobiliteit (evenwicht, spierkracht, skelet en gewrichten, fysieke fitheid)
 - zintuiglijke functies (gehoor, gezicht, smaak, geur)
 - voedingstoestand
 - ziekten (multipelere pathologie, co-morbiditeit, polyfarmacie, hospitalisatie)
- Terminale patiënten
- Veel medicatie
- Drugs
- Alcohol

Niet langer specifieke contra-indicatie

- Automutilatie
 - Deelpersoonlijkheden
 - Schizofrenie
 - Co-morbide persoonlijkheidspathologie
-
-
-
-

Dia 18

EMDR methodiek bij dissociatieve klachten;

- **Stabilisatie**
 - Ik versterkende plek – imaginaire
 - Hier en nu bewustwording
 - Lichaamsgerichte ontspannings oefeningen
 - **Scherpstellen**
 - Target van gedissocieerde fragmenten verdelen
 - Focus op een emotioneel deel (fysiek, mentaal)
 - Therapeut stuurt proces via dialoog
 - Steeds korte bilaterale stimulatie
 - Dissociatief target bekijken
 - **Desensitisatie**
 - Affect-bridging
 - Terug naar target
 - BS tijdsduur bij dissociatie
 - Afleidende stimulus
 - Nabespreken / inzicht-overzicht
 - PCi
 - herevaluatie
-
-
-
-

Dia 19

Therapeut en grenzen;

- Onervarenheid
- Persoonlijke omstandigheden
- Grensoverschrijdend gedrag
- Tunnelvisie
- Eigen verleden nog niet geheel verwerkt
- Te belastend materiaal van cliënt niet aan kunnen
- Geen of te weinig intervisie plegen met collega's
- Geen ondersteunde pilaren heeft voor overleg

Dia 20

De houthakker;**Doel;**

Ontlading, losmaken, ruimte maken, bevorderen assertiviteit.

Omschrijving;

Staan, kleine spreidstand met de handen gevouwen en de wijsvingers tegen elkaar.

Stel je tussen je benen een stapel houtblokken voor.

Adem in, zwaai je denkbeeldige bijl omhoog, adem uit,

terwijl je krachtig HA! roept en je klieft het houtblok in tweeën.

Adem in kom weer omhoog en herhaal dit zes keer.

Ontlaad hierbij alle spanning, vermoeidheid, ergernis enz.

Voel na.

2.0 EMDR en complexe traumatisering

De behandeling van complexe traumatisering kan verschillende doelstellingen hebben. De keuze van het doel hangt af van de motivatie van de cliënt en of hij (al) in staat is de trauma's te verwerken. Zo kan men kiezen voor het krijgen van inzicht in de trauma's en effect ervan op de ontwikkeling, of voor stabilisatie van de symptomen, of voor het delen van ervaringen met lotgenoten of voor het verkrijgen van inzicht in patronen als vermijding, verslavingsneiging, agressieherhaling en verregaande drang tot perfectionisme. Keus van het doel is belangrijk, omdat het doel vaak de therapeutische technieken bepaalt. Bij elke doelstelling is het vooral bij de behandeling van mensen met complexe traumatisering belangrijk dat zij in therapeutische relatie controle en veiligheid ervaren. De therapeut dient dus duidelijk te zijn over de procedures, er voldoende uitleg over te verschaffen en respect te tonen voor de grenzen van de cliënt.

2.1 Therapiefasen bij complexe traumatisering

Bij complexe traumatisering bestaat algemene consensus over de volgorde van drie fasen in de therapie. De eerste fase is gericht op stabilisatie, de tweede op verwerking en de derde op integratie.

1. Stabilisatie

Hierin vindt psycho-educatie en symptoomreductie plaats. De cliënt leert wat trauma is en hoe een behandeling in grote lijnen verloopt. Hij leert symptoomvermindering door angstmanagement, afleiding en ontspanning. Tevens leert hij functioneel vermijdingsgedrag aan door het leren hoe hiermee om te gaan. Ook krijgt hij meer invloed op zijn emoties door stimuluscontrole, het veiliger maken van zijn omgeving en het verminderen van de emotionele 'triggers' in zijn leven. In deze fase kan het nodig zijn om hulpbronnen te ontwikkelen of te installeren (PCi). De therapeutische relatie is een belangrijke factor van veiligheid. Evenals voorlichting over mogelijk effectieve medicatie en de juiste dosering ervan.

2. Verwerking

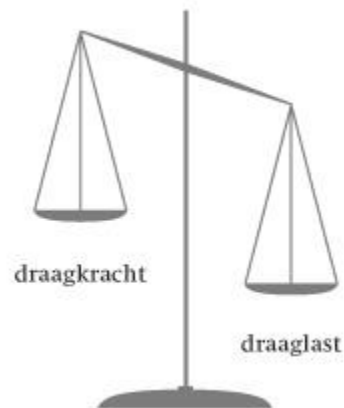
Verwerking kan plaatsvinden met verschillende interventies: imaginaire exposure, creatieve therapieën schrijfprocedures, rituelen, EFT, TFT, ego- state technieken, deelpersoonlijkheden stoelen techniek, EMDR, etc.

3. Integratie

In deze fase integreert de cliënt de therapeutische effecten in zijn leven, hij oefent en experimenteert met nieuw gedrag en nieuwe rollen. De cliënt maakt nu wellicht andere keuzen. Het is de fase waarin de veranderingen langzamerhand gaan behoren tot de persoonlijkheid, waarin een nieuw evenwicht vertrouwd gaat aanvoelen. In deze fase vindt tevens voorbereiding op en preventie van terugval plaats. Therapeut en cliënt voeren follow-up gesprekken waarin zij evalueren en waarin zij eventuele interventies afspreken.

2.2 Stabilisatie

Genoemde factoren bepalen in hoge mate de balans in het **draaglast - / draagkracht model**.



Draagkracht

Leefgewoonten
Sociale steun
Gezondheid
Assertiviteit
Coping
Manier van denken
Manier van omgaan met conflicten

Draaglast;

Alledaagse stress situaties
Belastende werkfactoren
Belastende privéfactoren
Problemen
Eisen/verplichtingen
Sociale stress

Verstoring van de draagkracht / draaglast balans kan tot gezondheidsproblemen leiden.

2.3 Hulpbronnen

Als onderdeel van de stabilisatiefase kunnen innerlijke hulpbronnen van de cliënt een rol spelen. Hulpbronnen zijn de eigenschappen en kwaliteiten die we nodig hebben om een gelukkig leven te kunnen leiden. Het vermogen om liefde te ervaren is een zeer krachtige hulpbron. Evenals jezelf te kunnen troosten en kalmeren. Ook het verdragen van nare emoties behoort hiertoe en het vermogen om voor jezelf op te komen. Als een mens tijdens zijn ontwikkeling geen positieve identificatie objecten heeft dan internaliseren deze hulpbronnen niet. Vaak is dat deels het geval bij mensen met een geschiedenis van chronische traumatisering. Zij kunnen deze vermogens soms slechts met kleine stapjes aanleren. Als de cliënt niet of onvoldoende beschikt over bepaalde benodigde hulpbronnen, dan maken de therapeut en hij een plan om ze te ontwikkelen. De ontwikkeling van hulpbronnen vindt onder meer plaats door huiswerkopdrachten waarin de cliënt zich in leuke, prettige situaties gaat begeven, plezierige activiteiten gaat ondernemen, etc. de cliënt kan een lijstje van deze positieve ervaringen meenemen naar de sessie. In de sessie installeert de therapeut de hulpbronnen met behulp van EMDR (PCi).

2.4 Hulpbroninstallatie naar behoefte van de cliënt

Bij hulpbroninstallatie versterkt de cliënt de neurale netwerken die samenhangen met zijn positieve ervaringen. Het werken met hulpbronnen is tevens een manier om de therapeutische relatie te versterken omdat het leuk is om over prettige ervaringen te spreken en ermee te werken. Een bijkomend voordeel is dat de cliënt spelenderwijs vertrouwd raakt met de duale attentie technieken van EMDR.

De behandelaar kan het oefenen van het oproepen van hulpbronnen als huiswerk geven, soms in combinatie met een ontspanningsoefening. Om onrealistische verwachtingen te temperen, legt de therapeut uit dat het niet eenvoudig is om hulpbronnen te leren activeren. ‘Je bouwt bij hulpbroninstallaties iets op en iets opbouwen duurt meestal langer dan iets afbreken. ‘Toch kan soms na één sessie, waarin hulpbronnen zijn geïnstalleerd, spontane toename in assertiviteit of afname van bijvoorbeeld schaamtegevoelens optreden.

3.0 Targetting bij complex trauma

Bij complex meervoudig traumatisering kan het nuttig zijn om de verwerking te beginnen met een relatief milder trauma, niet met de meest beladen traumatische herinnering. Cliënten kunnen dan wat ervaring opdoen met EMDR. De therapeut dient er alert op te zijn dat de cliënt niet wordt overspoeld met negatief affect. Soms gebeurt dat wanneer de cliënt allerlei associaties krijgt met veel verschillende herinneringen aan traumatische gebeurtenissen. Wanneer dat vervolgens niet leidt tot een verlaging van SUD is het raadzaam het werktarget af te bakenen en de cliënt TnT te laten gaan om te beperken tot het verwerken van één traumadeel ervaring. De therapeut kan dan benoemen: ‘We parkeren dit moment en gaan terug naar het moment waar we begonnen zijn, ‘de auto (voorbeeld)’. Dat structureert de verwerkingservaring en deze structuur is in dat geval het meest wenselijk. De meeste cliënten kunnen hun verwerking op die manier beperken tot één traumadeel. Wanneer de cliënt overspoeld wordt met emoties afkomstig van meerdere traumadelen en de SUD daalt niet en hij kan de verwerking niet bepalen tot één traumadeel, dan is de cliënt nog niet klaar voor EMDR- verwerking. Wellicht moet hij eerst stabiel worden, nog meer over de gebeurtenissen praten of ik-sterkte vaardigheden aanleren. Een sterke interventie bij EMDR is om de cliënt direct te laten dissociëren door ‘proces interwaves’ toe te passen.

3.1 Dissociatie en BS

Soms treedt dissociatie op van een traumaherinnering tijdens de verwerking met EMDR. Foa en McNally (1996) stellen dat deze dissociatie meestal ook tijdens de oorspronkelijke gebeurtenis optrad. De buitensporige angst die de cliënt toen ervoer verminderde de aandacht en het vermogen van de hersenen om nieuwe informatie te coderen. Dissociatie is in die visie een extreme vorm van aandachtsvermindering en vermindering van informatiecodering. Dissociatie leidt de aandacht af van het trauma en verhindert zo de exposure die nodig is voor verwerking. Het is als zodanig problematisch als het optreedt tijdens de verwerking. Effectieve therapie bij cliënten met dissociatieve reacties bestaat voor een deel uit het verminderen van dissociatie tijdens en tussen de verwerkingssessies. Dit gebeurt door de gedissocieerde cliënt regelmatig ‘bij zinnen’, bij de zintuigen te brengen.

Sommige mensen zijn heel moeilijk te aarden bij herinneringen aan trauma’s. De therapeut vraagt een dergelijke cliënt om op een schaal van 0-10 de ervaren mate van dissociatie aan te geven. Hij stopt dan de verwerking en laat de cliënt eerst aardingsoefeningen doen of zet andere interwaves in. Daarna kan hij de verwerking hervatten. Na voldoende verwerking neemt de mate van dissociatie meestal af.

3.2 Verantwoordelijkheid als belangrijk cognitief thema

Bij de cognitieve thema’s is het in de praktijk nuttig gebleken om alert te zijn op het verantwoordelijkheidsthema en indien mogelijk dat eerst te behandelen. Vervolgens het thema veiligheid en dan keuzes. Sommige mensen denken dat ze voor vrijwel alles verantwoordelijk zijn. In de anamnese is de therapeut dan alert op vroege ervaringen in dat cognitieve thema. Veel cognities met op het eerste gezicht een ander cognitief, betreffen bij nader beschouwing toch het verantwoordelijkheidsthema. Als de cliënt de cognities bewust ontkent is dat niet erg: het AIP (dag I) brengt de meeste cliënten tijdens de verwerkingssessie vaak binnen enkele

sets BS naar het verantwoordelijkheidsthema. Bij de herinnering aan een ruzie met ouders heeft de cliënt een negatieve cognitie 'ik ben hulpeloos'. Er trad 'looping' op bij: 'ze vochten altijd over mij en ik ben machteloos'. In een kort gesprekje erover bleek de 'looping' 'niet zozeer op te treden binnen het machteloosheidsthema, maar binnen het verantwoordelijkheidsthema: 'ik ben de reden van de ruzie, dus ik ben schuldig'. Een cognitieve interwave bracht weer nieuwe associaties op gang waardoor het verwerkingsproces weer voortging. 'Tevens zie je hier dat de NC gericht is op een geassocieerde cliënt en niet gedissocieerd aan het moment denkt of naar kijkt. Let er op dat je je cliënt de gebeurtenissen gedissocieerd laat bekijken, dit voorkomt meestal blokkades!' (René Veraar)

3.3 Feeder memories

Soms meldt de cliënt tijdens de verwerkingssessie dat hij denkt aan situaties waaraan hij niet wil werken. De therapeut vindt dat goed, keert terug naar target en vervolgt de verwerking. Na afloop informeert de therapeut naar deze herinnering om te vernemen waarom de cliënt ze liever niet verwerkt en om te bepalen welke invloed de traumaherinnering heeft op het behalen van de doelen van het behandelplan. (indien nodig)

Niet altijd hoeft een feeder memory te worden verwerkt. Een vrouw kwam voor een lift fobie in therapie. Ze was eerder bij de therapeut in behandeling geweest en had een geschiedenis van emotionele verwaarlozing. De liftfobie was ontstaan na een liftongeluk. Ze verwerkte het ongeluk en de SUD werd 0 en VOC 7 en bij de 'body scan' meldde zij hoofdpijn. Dat gaf een nieuwe ervaring van vroeger die na enige sets BS alsnog werd verwerkt. Toen meldde zij bij de 'body scan' schouderpijn. Dit associeerde zij met een ervaring van vastzitten in een menigte als kind van 8 jaar. Zij wenste geen verwerking daarvan en haar klachten waren zo goed als verdwenen. Maar als de klachten nog bestaan, dan kan een verwerkingssessie worden overwogen. Soms rapporteert de cliënt herinneringen waarbij het voor de therapeut moeilijk voor te stellen is dat daar een herinnering van bestaat. De therapeut kan gewoon met een van de beelden of emotie die de cliënt daarbij heeft werken. *Voorbeeld:* een man van rond de dertig met sociale angsten rapporteerde een angstbeeld dat zijn moeder bij de geboorte hem aankeek met een afkeurende blik. De negatieve cognitie was 'ik ben niet waard'. Verwerking van deze 'herinnering' bleek mogelijk en gaf een stukje verbetering.

3.4 Integratie

In deze fase ligt de nadruk op de positieve template ontwikkeling en positieve template installatie, op het oefenen van assertief gedrag en op het stellen van realistische doelen (PCi). EMDR heeft een plaats in de verwerking van eventuele herinneringen waar de cliënt nog niet eerder aan heeft gedacht om in te brengen, in desensitisering van actuele gebeurtenissen en in het installeren van positieve templates.

3.5 EMDR in een setting met meerdere behandelaren

Een therapeut kan zelf EMDR- behandeling geven als enige behandelaar, maar het is ook mogelijk om EMDR als behandelmodule te gebruiken in een behandelplan met meerdere hulpverleners of zelfs afdelingen. Bij de EMDR- verwerking kan eventueel een andere (hoofd) behandelaar aanwezig te zijn. De EMDR- therapeut kan op die wijze profiteren van

de bestaande therapeutische relatie. Een ander voordeel betreft het voorwerk dat de hoofdbehandelaar in die gevallen meestal al heeft verricht. Ook weet de hoofdbehandelaar mogelijk al welke ontspanningsmethode werkt bij de cliënt en kan hij eventueel behulpzaam zijn bij het opvangen van de cliënt tijdens en na verwerkingssessies. Het nadeel van dit model betreft vooral de hogere kosten. Verder is het noodzakelijk om goede afspraken te maken over de verantwoordelijkheden van de verschillende behandelaren.

3.6 EMDR bij gecompliceerde rouwverwerking

David Grand (2001): 'EMDR can be seen as tool to facilitate moving towards the highest level of adaptation in the moment. This is a process experienced and determined internally by the client and assessed retrospectively by the therapist and the client together.'

Er bestaan veel individuele verschillen in de verwerking van verlieservaringen zodat eigenlijk niet aan te geven is wat een gewone rouwverwerking is. Globaal gesteld staat de nabestaande voor enkele taken bij rouwverwerking. Dat is onder andere de acceptatie van het verlies en de bijbehorende emoties. Maar ook de aanpassing aan het leven zonder de geliefde. De emotionele energie nu investeren in andere mensen en activiteiten. Het verlies van een dierbare kan ondragelijk zijn en het leven grauw en perspectiefloos maken. De rouwende kan afwisselend boos en jaloers op de overledene zijn: 'Soms voelt de rouwende zich schuldig: 'Heb ik wel het beste van mijzelf gegeven toen hij nog leefde?', 'Waarom heb ik er niet meer van genoten toen het nog kon?', 'Waarom kan ik er niet overheen stappen en het leven weer oppakken?' De nabestaande voelt zich verdoofd en ontredderd. En na verloop van tijd verbitterd en in de steek gelaten door de omgeving: 'De eerste maanden kreeg ik nog aanloop, maar nu zie ik niemand meer. 'De nabestaande bij wie de verwerking van het verlies stagneert, kan een scala van klachten krijgen: Depressie, lichamelijke klachten die geen medische verklaring hebben, fobieën, relatieproblemen, vermoeidheid, enzovoort. Men spreekt dan van een verstoord rouwproces.

Risicofactoren

Er bestaat een grotere kans op een verstoord rouwproces wanneer:

1. Iemand onvoldoende tijd had om zich op het verlies voor te bereiden.
Een onverwacht verlies is nog moeilijker wanneer het een gewelddadige dood betreft, wanneer het lichaam is verminkt, of wanneer er sprake is van 'zinloos geweld'.
2. Iemand zijn kind verliest.
Het verlies van een kind brengt altijd grote problemen voor het gezin. Het voelt onnatuurlijk aan als een kind eerder sterft dan de ouder. Een lange periode van rouw en aanpassing aan het verlies is dan heel gebruikelijk. Alle andere complicerende factoren kunnen die tijd nog verlengen. Soms is het zo dat mannen overweldigd worden door het verdriet, omdat zij moeite hebben met het ervaren van emoties. Creëer begrip en geduld bij de partner die het beter lijkt te verwerken. Vaak haalt die haar later in en kan zij het begrip en geduld van hem dan gebruiken. De therapeut vertelt ouders van een overleden kind over de grote druk waaronder het huwelijk kan

komen te staan. Hij legt uit dat verwerking voor iedereen anders verloopt, in lengte en in wijze van verwerking.

3. Iemand zijn partner verliest

Het verlies van een partner is voor de meeste mensen zeer ingrijpend. Hoe beter de partnerrelatie was, hoe minder risico er lijkt te bestaan voor een verstoord rouwproces. Een ambivalente relatie kan dan soms leiden tot schuldgevoelens en boosheid.

4. Een lang ziekbed meemaakte

Een zeer lang en uitputtend ziekbed van de overledene kan bij de verzorgende nabestaande lichamelijke en geestelijke uitputting veroorzaken. Deze uitputting verdwijnt na het overlijden van de naaste over het algemeen maar langzaam.

5. Iemand schuldgevoel ervaart

Schuldgevoelens vormen de 'rode vlag' bij gecompliceerde rouwverwerking. De nabestaande denkt schuldig of meeschuld te zijn aan het overlijden.

Er is geen minimale periode tussen het verlies en de toepassing van EMDR bij rouw. Als de cliënt gemotiveerd is kan de mogelijkheid worden onderzocht. De opvattingen van de therapeut over rouw zijn belangrijk. Zo kan het gebruik van EMDR moeilijk zijn als de therapeut gelooft dat de nabestaande iets moet leren van het verdriet en pas zal verminderen als de cliënt er iets van geleerd heeft.

De betekenis van verlies voor de cliënt is van groot belang. De therapeut doet er verstandig aan om de betekenis te bespreken, ook de religieuze aspecten ervan. Hier kan de therapeut hulpbronnen vinden, maar ook mogelijke targets voor verwerking. Indien er religieuze problemen zijn, kan verwijzing naar pastoraal werker of predikant of priester geïndiceerd zijn.

De zwaarste periode begint vaak 3 tot 4 maanden na het verlies, als de kaarten en de bezoekers niet meer komen en de samenleving verwacht dat mensen weer 'normaal' gaan doen. Elke verjaardag (het overlijden, de geboortedag, huwelijksdatum, etc.) is pijnlijk en nadat hij twee keer is meegemaakt zonder de geliefde kan de ergste pijn wat verminderen. Dan pas begint de rouwende een nieuwe identiteit op te bouwen (zonder kind/ echtgenoot).

Doelen bij rouwverwerking

De therapeut waakt ervoor om te hoge doelen te stellen. Realistische doelen kunnen zijn: verwerking van disfunctionele aspecten van het verdriet en het verdriet integreren in het leven ('een plaats geven'). Ook het investeren in sociale relaties.

De rol van EMDR bij complexe rouw

De therapeut geeft uitleg over rouw en over de hierboven genoemde rouwtaken. Ook benadrukt hij dat iedereen dat op zijn eigen manier doet. Samen zoeken therapeut en cliënt naar de factoren die bij hen de rouw tot een probleem maken. Dat zijn altijd meerdere factoren, emotioneel cognitief en gedragsmatig. In een behandelplan legt de therapeut vast wat de doelen en subdoelen van de behandeling zijn en in grote lijnen hoe de cliënt deze kan bereiken.

Voordat we EMDR gaan toepassen bij een cliënt dient hij de reikwijdte van EMDR te begrijpen. De therapeut licht de cliënt hierover goed in. Hij vertelt dat verdriet, somberheid en schuldgevoelens vaak gekoppeld zijn aan herinneringen aan de overledene. Daardoor kan de cliënt alleen met deze emoties denken aan zijn geliefde. De leuke herinneringen of associaties zijn dan relatief afwezig of gekleurd door deze negatieve emoties en opvattingen. De therapeut legt uit dat de cliënt deze negatieve emotionele reacties met behulp van EMDR kan verwerken, waarna hij weer met positieve gevoelens kan denken aan leuke aspecten van de overledene. De therapeut benadrukt dat EMDR geen gevoelens elimineert die bij de situatie horen. EMDR neemt geen verdriet weg. Het haalt er de scherpe kantjes af en maakt het wat dragelijker. Zo had een moeder veel schuldgevoel na het overlijden van haar zoon aan een overdosis heroïne. Als ze over haar zoon dacht werd ze overmand door schuldgevoel. Na verwerking met EMDR kreeg ze meer toegang tot leuke herinneringen, zonder de hevige schuldgevoelens.

Niet verwerkte verliezen die eerder in het leven van de cliënt plaatsvonden, of opvattingen over eigen sterfelijkheid komen soms tussen de sessies naar boven. De therapeut doet er goed aan om daar zorgvuldig naar te vragen.

EMDR protocol bij gecompliceerde rouw

Shapiro raadt aan om bij rouw de volgende targets te verwerken:

1. De gebeurtenissen, inclusief het overlijden en lijden van de geliefde
2. Terugkerende beelden
3. Nachtmerries
4. 'Triggers'
5. Verantwoordelijkheid thema's, persoonlijke sterfelijkheid, of eerdere niet- verwerkte verliezen.

De keuze van targets

De cliënt dient het nut van EMDR te begrijpen en dus bij elk target te begrijpen waarom het nuttig is om juist het gekozen target te nemen. Het is niet altijd nodig om alle geïnventariseerde targets te verwerken. De therapeut schat hoeveel de cliënt op dit moment in staat is te verwerken, wellicht is op een later tijdstip meer mogelijk.

Bij het kiezen van targets voor verwerking is het zeer belangrijk om eventuele schuldgevoelens te bespreken (het thema verantwoordelijkheid). Hierbij let de therapeut op mogelijke disfunctionele opvattingen van de cliënt.

De therapeut is alert op de aanwezigheid van secundair schuldgevoel: de cliënt ervaart zichzelf als slecht omdat hij blij is dat hij het heeft overleefd. Dan kan het nuttig zijn om te bespreken dat meer mensen met deze ambivalentie worstelen na een groot verlies. Als bij de belangrijkste rouwtargets de SUD= 0 en de VOC= 7, is het goed om te praten over de gewenste activiteiten van de cliënt. Het ontwikkelen en installeren van future templates voor bepaalde activiteiten (bijvoorbeeld hoe de cliënt na het verlies van zijn vrouw met de kinderen omgaat) kan nuttig zijn.

Soms kan de voorstelling van de overledene gelden als een hulpbron. Indien nodig kan de therapeut die installeren. De therapeut begint met de cliënt te vragen zich voor te stellen dat hij de overledene voor zich ziet of aan denkt. Hij vraagt hoe hij/ zij er uit ziet en let erop dat het een positieve voorstelling is van de overledene die geen tekenen van ziekte of verminking vertoont. Meestal lukt dat goed. Als het beeld goed is dient de behandelaar volgens protocol van hulpbroninstallatie korte BS- sets toe.

De therapeut kan bij 'looping' tijdens een verwerkingssessie overwegen een variant op de volgende cognitieve interweaves te geven. Een cliënt blokkeerde over het feit dat haar overleden man veel had geleden. De therapeut vroeg hem wat de overledene zou zeggen als hij zou weten dat de cliënt daar telkens aan blijft denken en dat het hem maar niet loslaat. De cliënt zei dat de overledene hem aangaf dat het leed nu voorbij is. Dat trok de verwerking weer vlot.

Interwaves bij het verlies van een kind kunnen zijn: 'stel je voor dat je dochter 10 tot 20 jaar na overlijden nu als volwassene tegen je spreekt, nadat je deze ongelooflijke opgaf hebt volbracht, wat zou ze dan NU zeggen?'

Soms verergert de pijn en het verdriet door de therapie. De behandelaar kan dat als een teken van herstel duiden, vooral als het verdriet eerst werd weggestopt. Over schuldgevoel en het thema verantwoordelijkheid: Veel ouders zullen altijd enig gevoel van schuld houden. Dat is ecologisch verantwoord. Ouders willen niet de verantwoordelijkheid verliezen over hun kinderen en de opvatting geen invloed te hebben op hun veiligheid is eenvoudig intolerabel.

3.7 Algemene suggesties bij behandeling van gecompliceerde rouw en blokkades

Zeg als therapeut liever 'Hoe gaat het NU vandaag?' dan 'Hoe gaat het NU?' of 'Hoe voelt het NU?' 'Ik weet niet wat ik NU moet zeggen', 'Had het nog erger kunnen zijn'. Gebruik als therapeut de naam van de overledene, indien passend de voornaam. De nabestaande kan het gevoel hebben dat zijn geliefde zal worden vergeten, het noemen van de naam is een eerbetoon aan de geliefde.

De therapeut dient te voorkomen dat de cliënt het idee krijgt dat hij zijn emoties niet mag of kan uiten of dat de therapeut iets liever niet wilt horen. De therapeut voorkomt dan ook bewoordingen als: 'zet dat toch uit uw gedachten', 'u zult moeten doorgaan', 'het zal snel achter u liggen'. Luisteren en contact hebben is belangrijker dan praten. De therapeut vermijdt het geven van opdrachten die langdurige concentratie vragen. Hij legt uit dat het goed kan zijn om ook rustige perioden en tijd voor zichzelf te nemen.

4.0 Protocol schema

Stap 1 en 2

Intake/kennismaking
Vorbereidingsfase
Uitleg EMDR
Afspraken voor tijdens de EMDR
Stabilisatie
Draagkracht / Draaglast

Stap 3

Identificatie
Thema's / Targets ordenen
Meestal per thema 2 a 3 targets

Fase 1

Scherpstellen / Taxatie
Na identificatie per thema scherpstellen en taxeren
Goed dissociatief scherpstellen in het NU

Fase 2

Desensitisatie
start met laagste SUD
1e sessie 1 target daarna verder
Lange sets

Fase 3

PCi - lichaamsscan - afronding
Korte sets

Fase 4

Evaluatie
Iedere vervolg sessie

5.0 Bijlage 1 extra informatie: PTSS

Diagnostische criteria voor posttraumatische stressstoornis

- 1 Iemand heeft blootgestaan aan een traumatische gebeurtenis, waarbij sprake was van:
 - a. het ervaren van, getuige zijn van of geconfronteerd worden met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of ernstig letsel met zich mee bracht(en), of een bedreiging vormde(n) voor de fysieke integriteit van de persoon zelf of van anderen.
 - b. intense reacties van angst, hulpeloosheid of afgrijzen.
- 2 De traumatische gebeurtenis wordt telkens herbeleefd op tenminste een van de volgende manieren:
 - a. terugkerende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis;
 - b. herhaaldelijk akelig dromen over de gebeurtenis;
 - c. handelen of zich voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt;
 - d. intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe prikkels die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken,
 - e. fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe prikkels die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.
- 3 Hardnekkig vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit ten minste drie van de volgende verschijnselen:
 - a. pogingen gedachten gevoelens horend bij het trauma en gesprekken over het trauma te vermijden;
 - b. pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma, te vermijden,
 - c. onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren;
 - d. duidelijk afgenomen belangstelling voor belangrijke activiteiten;
 - e. gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen;
 - f. beperkt uiten van affect;
 - g. het gevoel een beperkter toekomst te hebben (bv. verwachten geen carrière te zullen maken, geen huwelijk, geen kinderen, of geen lang leven te zullen hebben).
- 4 Voortdurend verschijnselen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit ten minste twee van de volgende:
 - a. moeite met inslapen of doorslapen,
 - b. prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen;
 - c. concentratiestoornissen,
 - d. overmatige waakzaamheid;
 - e. buitensporige schrikreacties.
- 5 De symptomen duren langer dan een maand en veroorzaken ernstig lijden of beperkingen in het dagelijks functioneren.

Specificeer:

Acute PTSS: als de symptomen korter dan drie maanden duren.

Chronische PTSS: wanneer de symptomen tenminste drie maanden duren.

PTSS met verlaat begin: wanneer de symptomen ten minste een half jaar na de traumatische gebeurtenis zijn begonnen.

Wil men kunnen spreken van een PTSS, dan moet zijn voldaan aan een aantal voorwaarden: iemand moet een of meer traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt, die gebeurtenis telkens herbeleven, prikkels vermijden die aan de gebeurtenis doen denken of minder reageren op de omgeving, en verschijnselen van een verhoogde prikkelbaarheid vertonen. Het is mogelijk dat de verwerkingsproblemen van iemand die een traumatische gebeurtenis heeft meegemaakt, tot soortgelijke problemen leiden bij mensen uit de naaste omgeving, die de gebeurtenis zelf niet hebben meegemaakt; deze mensen zijn indirecte slachtoffers (dit noemt men trauma-infectie). Kenmerken van de traumatische gebeurtenis beïnvloeden het risico dat iemand PTSS ontwikkelt. Wat betreft de duur en de intensiteit van de gebeurtenis en de frequentie waarmee zij zich voordoet, zijn er bijv. aanwijzingen voor een dosiseffectrelatie: hoe langer een ingrijpende gebeurtenis duurt, hoe intenser die gebeurtenis en hoe vaker zij heeft plaatsgevonden, hoe groter de kans dat iemand PTSS ontwikkelt. Van belang is ook of een ingrijpende gebeurtenis voorspelbaar is en de betrokkene de gelegenheid heeft om erop te anticiperen. Vermijding is een symptoom van een PTSS, maar wijst niet altijd op een verstoord verwerkingsproces: het vermijden van prikkels die aan het trauma doen denken, kan een manier zijn om de gebeurtenis gedoseerd te verwerken. Secundaire victimisatie = als het slachtoffer van een traumatische gebeurtenis door de negatieve reacties van de omgeving (o.a. gebrek aan sociale steun) als het ware opnieuw slachtoffer wordt. Bij een verhoogde 'arousal' of prikkelbaarheid is het autonome zenuwstelsel overgeactiveerd, wat bijv. blijkt uit een versnelde hartslag en een toename van de (systolische) bloeddruk. Verschillende symptomen van de PTSS komen ook bij andere psychische stoornissen voor. Zo hebben ook dwangpatiënten gedachten die herhaaldelijk terugkeren en zich opdringen. Deze houden echter geen verband met een traumatische gebeurtenis. Er zijn ook overeenkomsten met de gegeneraliseerde angststoornis, bijv. wat de angst, het gepieker, de concentratieproblemen, de prikkelbaarheid en de slaapklachten betreft. Een verschil is dat de angst bij een gegeneraliseerde angststoornis minder hevig is en niet aan een traumatische gebeurtenis gebonden is. Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat bij mensen met PTSS veel vaker ook andere angststoornissen en/of depressieve stoornissen worden gediagnosticeerd dan bij personen die geen PTSS ontwikkelden na een ernstig trauma. In dergelijke gevallen zou er sprake zijn van een consequent patroon in de volgorde van diagnosen; eerst PTSS, gevolgd door gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis en een (recidiverende) depressieve stoornis.

5.1 Acute stressstoornis

Diagnostische criteria voor acute stressstoornis

- 1 Iemand heeft blootgestaan aan een traumatische gebeurtenis, waarbij sprake was van:
 - a. het ervaren van, getuige zijn van of geconfronteerd worden met een of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of ernstig letsel met zich bracht(en), of een bedreiging vormde(n) van de fysieke integriteit van de persoon zelf of van anderen.
 - b. intense reacties van angst, hulpeloosheid of afgrijzen.
 - 2 Tijdens de gebeurtenis of direct daarna heeft de persoon ten minste drie van de volgende dissociatieve symptomen:
 - a. een gevoel van verdoving, onthechting of afwezigheid van emotionele reacties
 - b. zich minder bewust zijn van de omgeving ('in een waas leven')
 - c. de buitenwereld als onwerkelijk beleven (derealisatie)
 - d. het gevoel van zichzelf vervreemd te zijn (depersonalisatie)
 - e. onvermogen zich een belangrijk aspect van de gebeurtenis te herinneren (dissociatieve amnesie)
 - 3 De traumatische gebeurtenis wordt telkens herbeleefd op ten minste een van de volgende manieren: terugkerende voorstellingen, gedachte, dromen, illusies, flashbacks of een gevoel de gebeurtenis opnieuw te beleven; of lijden bij blootstelling aan prik Is die herinneringen aan de traumatische gebeurtenis oproepen.
 - 4 Vermijding van prikkels die herinneringen aan de gebeurtenis oproepen (bv. gedachten gevoelens, gesprekken, activiteiten, plaatsen, mensen).
 - 5 Symptomen van angst of verhoogde prikkelbaarheid (bv. slaapstoornissen, snel geïrriteerd zijn, concentratieproblemen, overmatige waakzaamheid, overdreven schrikreacties en rusteloosheid)
- 1 De stoornissen veroorzaken ernstig lijden *of* duidelijk beperkingen in het dagelijks functioneren.
 - 2 Maximaal vier weken en treden binnen vier weken na de traumatische gebeurtenis op.
 - 3 De stoornis is niet een direct gevolg van middelengebruik of een somatische aandoening, en is niet slechts een 'verergering' van een al aanwezige stoornis.

Deze treedt op binnen een maand na blootstelling aan een extreme stressbron. Voor de diagnose hoeven de verschijnselen aan minder condities te voldoen dan bij PTSS; in feite moet steeds van iedere groep symptomen van PTSS één kenmerk aanwezig zijn. Vooral de duur van de stoornissen (tussen de twee dagen en een maand bij de acute stressstoornis en langer dan een maand bij PTSS) is een onderscheidend kenmerk. Verder beginnen de symptomen van een acute stressstoornis tijdens of vlak na een traumatische gebeurtenis, terwijl PTSS zich soms pas vele jaren daarna openbaart. Kenmerkend voor de acute stressstoornis zijn ook de dissociatieve symptomen. Dissociatie houdt in dat de gebruikelijke integratie van psychische functies (bewustzijn, geheugen, waarneming en identiteit) verstoord is geraakt. De acute stressstoornis kan het vroegste signaal zijn van PTSS: bij een deel van de patiënten houden de symptomen aan en wordt later PTSS gediagnosticeerd.

5.2 Aanpassingsstoornis

Diagnostische criteria voor aanpassingsstoornis

- 1 Het ontstaan van emotionele of gedragsymptomen in reactie op een of meer herkenbare stressveroorzakende factoren, optredend binnen drie maanden na het begin van deze factoren
- 2 Voor de symptomen geldt dat zij:
 - a. erop wijzen dat de persoon duidelijk ernstiger lijdt dan kan worden verwacht bij blootstelling aan de stressveroorzakende factor in kwestie, of
 - b. het dagelijks functioneren van de persoon aanzienlijk beperken.
- 3 Als de stressveroorzakende factor (of de gevolgen ervan) is weggefallen, blijven de symptomen niet langer dan een half jaar daarna aanwezig.
- 4 De stoornis voldoet niet aan de criteria voor een andere As-I-stoornis en is niet slechts een verergering van een al aanwezige andere psychische stoornis.
- 5 De symptomen zijn geen uiting van een rouwreactie.

Subtypen (te bepalen op grond van de meest opvallende symptomen):

- met angst (bij zenuwachtigheid, ongerustheid en rusteloosheid)
- met depressieve stemming (bij een depressieve stemming, huilerigheid of gevoelens van hopeloosheid)
- met gemengde angstige en depressieve stemming
- met gedragsstoornissen (bij gedrag waarbij de rechten van anderen of belangrijke maatschappelijke normen en regels worden overtreden, bijv. vandalisme of het niet nakomen van wettelijke verplichtingen)
- met een gemengde stoornis van emoties en gedrag
- niet gespecificeerd (bij onaanpast gedrag dat niet te classificeren is binnen een van de genoemde subtypen, bijv. sociale teruggetrokkenheid of zich slecht tot werken of studeren kunnen aanzetten)

Specificeer:

- *acuut*: als de stoornis korter dan een half jaar duurt
- *chronisch*: wanneer de stoornis ten minste een half jaar duurt.

Bij een aanpassingsstoornis vertoont iemand sterke emotionele of gedragsmatige reacties op een recente en herkenbare (psychosociale) stressfactor of 'stressor'. De reacties zijn heviger dan men op grond van de stressbron zou verwachten en beperken het sociale functioneren of het functioneren in werk of studie aanzienlijk. Deze stoornis kan na zeer verschillende, positieve en negatieve, traumatische en niet-traumatische stressvolle gebeurtenissen ontstaan. De stressor hoeft niet tot angst te leiden. De PTSS en de acute stress-stoornis behoren tot de hoofdcategorie 'angststoornissen' in DSM-IV; de aanpassingsstoornis vormt een aparte hoofdcategorie in dit classificatiesysteem. De aanpassingsstoornis is eigenlijk een soort restcategorie die wordt gebruikt om reacties op een stressbron te beschrijven van mensen bij wie geen andere specifieke AS-I stoornis kan worden gediagnosticeerd.

Assessment van posttraumatische stress

De PTSS kan worden vastgesteld m.b.v. 'gewone' (ongestructureerde) anamnestic interviews. Daarnaast gebruiken klinici soms gestructureerde interviews en zelfbeoordelvragenlijsten. De SCID (Structured Clinical Interview for DSM) en de CAPS (Clinician-Administered PTSD-Scale) zijn veelgebruikte Amerikaanse interviews. Vragenlijsten die vaak worden toegepast, zijn de Mississippi-

PTSD-schaal, de Impact of Event Scale van Horowitz en (12 items uit) de Symptom Checklist (SCL-90). Met sommige van deze instrumenten kan worden vastgesteld of iemand op het moment van onderzoek een PTSS vertoont, met andere is vast te stellen of ooit in het leven sprake was van deze stoornis. In Nederland is door Hovens een zelfbeoordelingsvragenlijst voor de PTSS beschreven, die voldoet aan criteria voor validiteit en betrouwbaarheid en die ook een adequate specificiteit en sensitiviteit bezit: de Zelf Inventarisatie Lijst PTSS. Deze zou gebruikt kunnen worden naast de Nederlandse versie van de CAPS: het Klinische Interview voor PTSS.

Epidemiologie en risicofactoren

Hoeveel mensen in Nederland aan een PTSS lijden en hoe de stoornis over de bevolking is verdeeld naar leeftijd, geslacht of andere kenmerken, is niet precies bekend. De schaarse cijfers hebben vooral betrekking op mensen die een beroep hebben gedaan op de hulpverlening. De meeste cijfers kunnen dan ook niet worden gegeneraliseerd naar de gehele bevolking. Over factoren die het risico op PTSS vergroten of verkleinen, en over de prognose van deze stoornis is ook nog maar weinig bekend. De beschikbare onderzoeksresultaten zijn niet eenduidig en soms zelfs tegenstrijdig. Toch zijn wel enkele indicaties te geven omtrent factoren die het risico op PTSS kunnen beïnvloeden. Behalve kenmerken van de gebeurtenis beïnvloeden kenmerken van de persoon en van diens situatie voor en na de gebeurtenis het risico op PTSS. Enkele voorbeelden daarvan zijn persoonlijkheidskenmerken, de lichamelijke gezondheid, communicatieve vaardigheden, reacties van anderen, de daadwerkelijk beschikbare sociale steun en (indien men getuige was) de mate waarin men zich met het slachtoffer kan identificeren. Een persoonlijkheidskenmerk dat het risico op PTSS kan beïnvloeden, is de beheersingsoriëntatie (locus of control). Mensen met een interne beheersingsoriëntatie denken dat zijzelf, door eigen inspanning en capaciteiten, in het algemeen in staat zijn om invloed uit te oefenen op wat er met hen gebeurt. Individuen met een externe beheersingsoriëntatie menen juist dat vooral onbeheersbare externe factoren (toeval) bepalen wat er gebeurt. Een dergelijke oriëntatie kan bij confrontatie met stressveroorzakende gebeurtenissen leiden tot gevoelens van hopeloosheid en hulpeloosheid en is tevens een risicofactor voor PTSS. Een interne beheersingsoriëntatie heeft meestal een beschermende werking, maar kan ook het risico op PTSS verhogen, bijv. wanneer iemand zichzelf allerlei verwijten maakt over het eigen gedrag tijdens een traumatische gebeurtenis.

5.3 Theorieën over het ontstaan en voortbestaan van verwerkingsstoornissen

Psychobiologische factoren

Een traumatische ervaring kan langdurige biologische veranderingen veroorzaken. Na traumatische stimuli laat het centrale zenuwstelsel een aantal karakteristieke reacties zien. In vele studies is deze (klassiek) geconditioneerde reactie van het autonome zenuwstelsel aangetoond. De habituatie aan stimuli ontbreekt als het ware. Tussen stimuli (een situatie) en respons (emotionele reactiviteit) lijkt geen beoordelingsproces op te treden; getraumatiseerden reageren meteen alsof de situatie bedreigend is. De biologische responsen die bij dit hyperreageren optreden, kunnen bijdragen aan het ontstaan van herbelevingen en o.a. ook tot concentratieproblemen leiden.

Wanneer er meer fysieke en psychologische eisen aan het individu worden gesteld, reageert het lichaam met het afscheiden van stresshormonen zoals (nor)epinefrine en adrenocorticotroop hormoon (ACTH). Deze hormonen bereiden het lichaam voor op actie. Bij een goed functionerend organisme zijn er snelle en duidelijke hormonale responsen. Door de chronische stress die mensen met een PTSS ervaren, kan dit hormonale patroon verstoord raken.

De verhoogde fysiologische arousal van PTSS-patiënten na aanbidding van traumatische stimuli is in uiteenlopende onderzoeken vastgesteld.

Angst activeert ook de secretie van endogene opioïde peptiden. Deze respons wordt in verband gebracht met de veranderde pijndrempels, de dissociatieve reacties en de emotionele vervlakking bij mensen met een PTSS.

Psychodynamische verklaringen

Volgens de klassieke psychoanalyse zijn herbelevingen te beschouwen als pogingen om de traumatische gebeurtenis alsnog te verwerken. Sommige aspecten van de gebeurtenis en de gevoelens en driften die met de gebeurtenis zijn verbonden, zijn echter onaanvaardbaar voor de persoon. Zij worden daarom buiten het bewustzijn gehouden m.b.v. afweermechanismen als verdringing, ontkenning en isolatie (daarbij worden de herinneringen wel in het bewustzijn toegelaten, maar de gevoelens die ermee gepaard gingen, niet). Aan het gebruik van deze afweermechanismen liggen volgens psychoanalytici onbewuste (neurotische) conflicten ten grondslag, die eerder in het leven zijn ontstaan. Verklaringen voor het ontstaan van stoornissen in de verwerking worden dan ook vooral gezocht in de persoonlijkheidsstructuur van voor het trauma en de premorbide mogelijkheden om met stress om te gaan. Het model van **Horowitz** is een uitbreiding en vernieuwing van psychodynamische concepten. Hij combineert psychodynamische en cognitieve opvattingen van traumaverwerking. Hij beschrijft het algemene stress-responsesyndroom, een in fasen verlopend verwerkingsproces in de normale menselijke reacties na diep ingrijpende ervaringen: ontkenning, herbeleving, doorwerken en tot slot voltooiing. Het uitgangspunt van zijn model is dat een traumatische gebeurtenis invloed blijft uitoefenen op het psychisch evenwicht, totdat de traumatische informatie kan worden opgenomen in een cognitief schema. Symptomen van posttraumatische stress blijven daarom bestaan totdat de traumatische informatie volledig verwerkt is.

Leertheoretische verklaringen

Volgens de tweefactorentheorie van Mowrer is PTSS een functie van klassieke conditionering (de angstrespons wordt door associatie aangeleerd) en operante conditionering (de persoon vermijdt geconditioneerde prikkels die angst oproepen). Door associatie met de traumatische gebeurtenis worden ook neutrale stimuli angstwekkend, waarna de persoon ook deze geconditioneerde stimuli gaat vermijden. Processen als stimulusgeneralisatie en hogere-ordeconditionering spelen daarbij een rol. Negatieve en positieve bekrachtiging leiden ertoe dat symptomen van PTSS in stand blijven. Angstreductie is een sterke negatieve bekrachtiger, en 'ziektewinst' is een positieve bekrachtiger. De principes van klassieke en operante conditionering bieden veel mogelijkheden om symptomen van PTSS te verklaren en ook goede aanknopingspunten voor de behandeling van de stoornis.

Cognitieve verklaringen

Vanuit cognitief perspectief kan PTSS o.a. worden verklaard met begrippen uit de stresspsychologie. Stress wordt daarbij opgevat als het resultaat van een niet geslaagde wisselwerking tussen persoon en omgeving. Er is een discrepantie tussen de waargenomen eisen en dreigingen vanuit de omgeving (*draaglast*) en het vermogen van een persoon om daarmee om te gaan (*draagkracht*). Bij de primaire beoordeling van een stressvolle gebeurtenis kent men een betekenis toe aan de gebeurtenis. Bij de secundaire beoordeling beoordeelt men de mogelijkheden om de situatie te hanteren. Als de situatie wordt beoordeeld als dreiging, gevaar of verlies, gaan mensen na welke mogelijkheden er zijn om de controle te herwinnen, en maken zij een keuze voor een of meerdere coping-strategieën, manieren om met de dreiging om te gaan. Emotie- of individugerichte coping is innerlijke aanpassing, zoals het reguleren van de eigen gevoelens of herinterpretatie van de situatie. Probleem- of taakgerichte coping is bijvoorbeeld informatie zoeken, het probleem aanpakken of vermijdingsgedrag vertonen. Vanuit dit perspectief bezien is de PTSS een niet-adaptieve vorm van coping.

PTSS kan ook worden beschouwd als een onaangepaste reactie op de aantasting van fundamentele overtuigingen van een persoon, zoals de 'illusie van onkwetsbaarheid'.

Behandeling

Behandeling van PTSS dient zo vroeg mogelijk plaats te vinden. Mede daardoor kunnen pathologische oplossingsstrategieën worden voorkomen. Bovendien is de behandeling van acute PTSS minder gecompliceerd dan die van chronische PTSS. Veel reacties van mensen met een PTSS zijn normale, niet-pathologische reacties in een bizarre en abnormale situatie. Deze opvatting is een belangrijk uitgangspunt in de behandeling en moet ook aan het slachtoffer worden overgebracht. De behandeling, waarin de traumatische situatie en de reacties van de cliënt op het trauma centraal staan, kan het beste kort duren, bijv. maximaal tussen de 15 en 20 zittingen. Bij crisisinterventie zal de hulpverlener pogen om in een of twee gesprekken de cliënt optimaal te helpen. Bij slachtoffers van veelvoorkomende criminaliteit wordt in Nederland tegenwoordig in eerste instantie vooral de methode van outreach toegepast: het ongevraagd en actief, vriendelijk maar niet opdringerig aanbieden van hulp. Daarbij krijgen de getroffen een gesprek aangeboden. Ook het 'helpen van de helpers' krijgt de laatste jaren steeds meer aandacht. De methode die wordt gebruikt bij deze opvang van slachtoffers en hulpverleners, heet critical incident debriefing. De hulp bestaat uit een of meerdere groepsbijeenkomsten waarin de slachtoffers en hulpverleners de indrukken die ze hebben opgedaan tijdens en na de ingrijpende gebeurtenis, kunnen uiten en bespreken.

Therapieën die worden gebruikt bij mensen met een PTSS zijn bijv. verschillende vormen van gedragstherapie (imaginaire exposure en/of traumadesensitisatie), cognitieve therapie (met de nadruk op verandering van de betekenisgeving) en kortdurende psychodynamische therapie volgens Horowitz (gericht op voltooiing van de informatieverwerking. Uit een Nederlands onderzoek naar de effecten van traumadesensitisatie, hypnotherapie en kortdurende psychodynamische therapie bleek dat de drie methoden ongeveer even effectief waren (nl. redelijk effectief).

5.4 Dissociatieve stoornissen

Met de omschrijving ‘dissociatieve stoornissen’ wordt een groep aandoeningen bedoeld die in de oudere literatuur tot aan de DSM-II een onderdeel vormde van de diagnose ‘hysterie’. M.n. ernstige trauma’s, zoals verkrachting, incest, of fysiek geweld zouden aanleiding kunnen geven tot dissociatie van de herinnering aan dat trauma of amnesie.

Ontwikkeling van het concept dissociatie

Dissociatie is een concept dat door de Franse filosoof en psychiater Pierre Janet is ingevoerd. Hij ontwikkelde het begrip vanuit zijn klinische praktijk, waarin hij veel te maken had met hysterische patiënten. De essentie van het concept is dat men zich het bewustzijn niet als een eenheid moet voorstellen. In het begin van de twintigste eeuw was de belangstelling voor het concept dissociatie aanzienlijk, om daarna geleidelijk nagenoeg te verdwijnen, o.a. door de opkomst van Freud’s *verdringing*, een concurrerend begrip. Vanaf de jaren zestig en zeventig kreeg het concept opnieuw veel belangstelling, o.a. door het moderne onderzoek naar hypnotische fenomenen. De Amerikaanse psycholoog Ernest Hilgard ontwikkelde ter verklaring daarvan de neo-dissociatietheorie, die voortbouwde op de opvattingen van Janet. Hij beschreef het cognitieve functioneren als een reeks van parallelle processen, waarbij sprake is van een hiërarchie van cognitieve controlesystemen. Dissociatie zou een verstoring van de normale hiërarchie inhouden, waardoor cognitieve subsystemen tot op zekere hoogte onafhankelijk gaan functioneren en ontsnappen aan de invloed van het centrale controlesysteem. Dissociatie zou ook een onderdeel zijn van meer alledaagse ervaringen. Ook hypnose is volgens Hilgard te beschouwen als een dissociatief fenomeen. Er zijn vragenlijsten ontwikkeld voor het meten van de neiging tot dissociatie: de Dissociative Experiences Scale (DES) en de Dissociation Questionnaire (DIS-Q). Studies wijzen op een relatief hoge mate van dissociatie bij bulimia-nervosapatiënten en bij patiënten met een posttraumatische stressstoornis. Dissociatie lijkt zowel een belemmerend effect als een beschermende functie te hebben. De bescherming is echter nooit compleet; experimenten met hypnose wijzen uit dat de gedissocieerde kennis en ervaringen toch nog invloed uitoefenen op het functioneren. Voor verschijnselen die in hypnose-experimenten worden opgevat als een manifestatie van dissociatie, moet met een alternatieve verklaring rekening gehouden worden: goed hypnotiseer-bare proefpersonen zijn per definitie zeer suggestibel en zijn geneigd om de reacties die door de onderzoeker (compliance = volgzzaamheid) dan wel de proefopstelling worden uitgelokt (demand characteristics = de onopzettelijke aanwijzingen die in de proefopstelling verborgen zijn). Recent onderzoek bevestigt de opvatting van Janet dat er een relatie bestaat tussen (pathologische) dissociatieve symptomen en vroegere mishandeling of traumatisering.

5.5 Depersonalisatiestoornis

Dit is de aanhoudende of terugkerende ervaring buiten de eigen gevoelswereld te staan. Vaak gaat depersonalisatie samen met derealisatie; het lijkt dan alsof de buitenwereld onwerkelijk is geworden, of op een grote afstand staat. Waar depersonalisatie inhoudt dat de patiënt de eigen persoon op een andere manier ervaart, wordt met derealisatie de verandering in de beleving van de buitenwereld aangeduid. In beide gevallen hebben de belevingen een ‘alsof’-karakter: patiënten weten dat zijzelf of de buitenwereld niet echt veranderd zijn, maar het voelt wel zo aan. De realiteitstoetsing is dus niet gestoord! De depersonalisatiestoornis begint meestal acuut en heeft een wisselend beloop, soms met een toename van de verschijnselen in perioden van stress. In de meeste gevallen houden de klachten jaren aan. Sommige mensen met een chronisch beeld leren uiteindelijk met de klacht te leven. Depersonalisatie is een verschijnsel dat zich ook bij ‘normale’ mensen kan voordoen. Er dient een onderscheid te worden gemaakt tussen depersonalisatie als symptoom en depersonalisatie als stoornis. Als symptoom komt depersonalisatie zeer vaak en bij tal van psychische aandoeningen voor. De diagnose depersonalisatiestoornis wordt slecht gesteld na uitsluiting van andere aandoeningen die voor de symptomatologie verantwoordelijk kunnen zijn. Depersonalisatie kan zich voordoen als gevolg van temporale epilepsie of van middelengebruik. Ook kan het zich voordoen bij andere dissociatieve stoornissen dan de depersonalisatiestoornis, bij angststoornissen (m.n. de paniekstoornis, de obsessief-compulsieve stoornis en de posttraumatische stressstoornis), depressie, schizofrenie en de borderline-persoonlijkheidsstoornis. Bij psychiatrische patiënten is depersonalisatie het symptoom dat in frequentie op de derde plaats komt, na angst en depressie. Hoe vaak zich de depersonalisatiestoornis voordoet is niet precies bekend; men neemt echter aan dat deze stoornis betrekkelijk zeldzaam is. Als symptoom komt depersonalisatie dus vaak voor, als stoornis juist niet.

Diagnostische criteria voor depersonalisatiestoornis

- 1 Hardnekkige of terugkerende episoden van het gevoel los te staan van het eigen lichaam of de eigen mentale activiteiten (bijvoorbeeld het gevoel in een droom te leven).
- 2 Tijdens een episode van depersonalisatie is de realiteitstoetsing niet gestoord.
- 3 De depersonalisatie veroorzaakt aanzienlijk lijden of beperkingen in het functioneren, bijvoorbeeld op sociaal of beroepsmatig gebied.
- 4 De depersonalisatie is niet toe te schrijven aan een andere stoornis die met depersonalisatie gepaard gaat, zoals schizofrenie, paniekstoornis, acute stress-stoornis of een andere dissociatieve stoornis, en is niet een direct gevolg van middelengebruik of een somatische aandoening (bijv. temporale epilepsie).

5.6 Dissociatieve amnesie

Diagnostische criteria voor dissociatieve amnesie

- 1 Eén of meer episoden van onvermogen om zich belangrijke persoonlijke informatie (meestal van traumatische aard) te herinneren, wat niet door normale vergeetachtigheid kan worden verklaard
- 2 De stoornis is geen onderdeel van een dissociatieve identiteitsstoornis, dissociatieve fugue, posttraumatische stress-stoornis, acute stressstoornis of somatisatiestoornis en is niet rechtstreeks het gevolg van middelengebruik of een lichamelijke aandoening (bijv. een schedeltrauma).
- 3 De stoornis veroorzaakt aanzienlijk lijden of duidelijke beperkingen in het functioneren.

Dit houdt in: episoden van verlies van persoonlijke herinneringen. De amnesie is omkeerbaar: de herinneringen kunnen spontaan of in de loop van een behandeling weer terugkomen. Bij dissociatieve amnesie is vooral het declaratieve geheugen voor persoonlijke episoden verstoord, terwijl het procedurele geheugen (impliciete kennis van vaardigheden en automatismen) doorgaans intact blijft. Het declaratieve geheugen voor publieke gebeurtenissen zou in de regel behouden blijven, en ook het vermogen om nieuwe kennis op te doen is niet aangetast. Bij gelokaliseerde amnesie heeft iemand amnesie voor een welomschreven periode (auto-ongeluk). Bij selectieve amnesie worden bepaalde gedeelten van een gebeurtenis vergeten en andere niet (oorlogsveteranen). Gegeneraliseerde amnesie omvat het hele voorbije leven van een persoon, inclusief de eigen identiteit. Continue amnesie houdt in dat alle gebeurtenissen vanaf een bepaald moment tot en met het heden vergeten zijn. Van gesystemiseerde amnesie wordt gesproken wanneer mensen alle herinneringen over bijv. een bepaalde persoon of de familie van oorsprong vergeten zijn, terwijl zij zich andere gebeurtenissen uit dezelfde periode wel herinneren; het geheugenverlies betreft dus specifieke soorten informatie. Dissociatieve amnesie is een aparte stoornis in de DSM-IV en tevens een symptoom van de dissociatieve fugue en de dissociatieve identiteitsstoornis. De meeste patiënten stellen zich niet onder behandeling vanwege hun geheugenklachten, maar wegens andere klachten, zoals slaapproblemen of angsten. Kenmerkend voor patiënten zijn ‘gaten in de tijd’ of ‘black-outs’ en de ervaring voorwerpen te bezitten waarvan zij de herkomst niet kennen. Bij mensen die als gevolg van een eenmalige stressperiode amnesie hebben ontwikkeld, treedt vaak spontaan herstel van de herinneringen op wanneer ze eenmaal in veiligheid zijn. De diagnostiek is niet altijd eenvoudig. Zo kunnen tal van somatische aandoeningen een amnestisch beeld veroorzaken. EEG- en laboratoriumonderzoek en gegevens van derden (hetero-anamnese) zijn vaak onmisbaar. De amnesie kan bijv. een gevolg zijn van een schedeltrauma, intoxicaties (alcohol en benzodiazepinen) of hypoglycemie (verlaagd bloedsuikergehalte). Ook kan er sprake zijn van partiële epilepsie of van voorbijgaande globale amnesie (transient global amnesia), een neurologisch beeld dat het gevolg is van tijdelijke doorbloedings-stoornissen in de hersenen. Amnesie kan ook een onderdeel zijn van de posttraumatische stressstoornis, maar in dat geval zijn er tevens herbelevingen van een traumatische gebeurtenis en nachtmerries. Een betrouwbaar criterium om amnesie van simulatie te onderscheiden bestaat helaas niet. Dissociatieve amnesie komt vrij vaak voor in tijden van oorlog en bij rampen, en het wordt veelvuldig geconstateerd bij personen die mishandeling of seksueel misbruik rapporteren. Onder onderzoekers bestaat echter een controverse over de betrouwbaarheid van traumatische herinneringen waarvoor een amnesie bestond.

5.7 Dissociatieve fugue

Diagnostische criteria voor dissociatieve fugue

- 1 Plotseling en onverwacht van huis of werk vertrekken met amnesie voor het persoonlijke verleden
- 2 verwarring over de eigen identiteit of een geheel of gedeeltelijk nieuwe identiteit aannemen
- 3 De stoornis is geen onderdeel van een dissociatieve identiteitsstoornis en is niet te wijten aan middelengebruik of een lichamelijke aandoening (zoals temporale epilepsie)
- 4 De stoornis veroorzaakt aanzienlijk lijden of duidelijke beperkingen in het functioneren.

Dit is een plotseling vertrek van huis of werk met amnesie voor het eigen verleden (fugue = vlucht). Het is een relatief langdurige toestand van veranderd bewustzijn, waarbij de patiënt in staat blijft tot complexe handelingen. Wanneer de fugue voorbij is, wordt het oude leven hervat en bestaat eveneens amnesie voor het zwerfgedrag. Sommige somatische aandoeningen kunnen leiden tot zwerfgedrag dat met fugues kan worden verward. Als regel gaat het bij deze organische stoornissen om minder complex en minder doelgericht gedrag, dat kort duurt en niet met een identiteitsstoornis gepaard gaat; deze patiënten ondernemen geen lange trein- of vliegvluchten, maar zwerven eerder doelloos rond. Tijdens het zwerven valt hun gedrag eerder op doordat ze een afwezige of gedesoriënteerde indruk maken. Dit kan het geval zijn bij temporale epilepsie, hersentumoren, een schedeltrauma, hypoglycemie, koolmonoxidevergiftiging, dementie, uremie (een verhoogd ureumgehalte in het bloed door een nierfunctiestoornis) en alcohol- en drugsgebruik. Anders dan bij de dissociatieve fugue wordt het zwerven bij schizofrenie doorgaans ingegeven door wanen of bevelshallucinaties. Manische patiënten met een verhoogde reislust en dadendrang vertonen naast het zwerfgedrag ook grootheidsideeën en andere symptomen van manie, die i.t.t. het gedrag tijdens een fugue vaak opvallen. Wanneer depressieve mensen gaan zwerven, doen zij dat vaak voorafgaand aan een suïcidepoging. Het is niet altijd mogelijk een dissociatieve fugue betrouwbaar te onderscheiden van simulatie. Er zijn geen betrouwbare cijfers over de prevalentie. Fugues worden het meest gerapporteerd tijdens oorlogen en rampen. Ook in niet-westerse landen komen ze voor.

5.8 Dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) of meervoudige-persoonlijkheidsstoornis (MPS)

Dit is een stoornis waarbij twee of meer afzonderlijke identiteiten (alters) het gedrag lijken te bepalen, met gehele of gedeeltelijke amnesie tussen deze identiteiten. De dissociatie betreft hier dus niet alleen persoonlijke herinneringen, maar zelfs (onderdelen van) de persoonlijke identiteit. De overgang van de ene persoonlijkheid naar de andere is meestal abrupt, gaat vaak gepaard met hoofdpijn en kan met stress samenhangen. De meest patiënten hebben ongeveer drie alters. In de klinische beschrijvingen van patiënten worden als afzonderlijke identiteiten vaak een getraumatiseerd kind, een beschermende alter en een vervolger genoemd. Deze zijn op te vatten als herinneringen of innerlijke reacties op herinneringen die in gedissocieerde vorm zijn blijven voortbestaan. De mate waarin de verschillende alters van elkaar op de hoogte zijn, varieert. Tot het klinisch beeld horen behalve amnesie ook fugues, chronische depersonalisatie en derealisatie en akoestische hallucinaties van ruziënde stemmen. Het stellen van de diagnose is niet eenvoudig. Meestal wordt de diagnose pas gesteld na jaren van contact met hulpverleners, en nadat eerst meerdere andere diagnoses zijn gesteld. Er is ook sprake van een complexe comorbiditeit. Meer dan twee derde van de patiënten voldoet aan de diagnostische criteria voor depressie, posttraumatische stressstoornis, somatoforme stoornissen (conversieverschijnselen en pijn) of slaapstoornissen. Een tot twee derde vertoont suïcidepogingen, automutilatie, eetstoornissen, angststoornissen (paniekaanvallen en symptomen van een dwangstoornis), misbruik van psychoactieve middelen, of pseudo-epileptische aanvallen. 70% voldoet aan de criteria voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis. Bij de differentiële diagnostiek is het van belang DIS te onderscheiden van temporale epilepsie, een somatische aandoening die eveneens gepaard kan gaan met amnesie, fugues en gedragsveranderingen. Deze verschijnselen zijn echter vluchtiger en minder ingrijpend dan bij DIS. De wisseling van alters kan ook worden verward met de snelle stemmingswisselingen bij sommige bipolaire stemmingsstoornissen (het rapid-cycling-type). Vanwege de akoestische hallucinaties zouden patiënten met DIS vaak ten onrechte de diagnose schizofrenie krijgen. Bij DIS worden de stemmen echter in het hoofd gelokaliseerd, terwijl schizofrenen de stemmen als van buiten komend ervaren. Patiënten met DIS vertonen ook niet de voor schizofrenie typische incoherentie, de affectvervlakking en de vage en vertraagde of wijdlopijge manier van spreken. Hoewel DIS een ernstige stoornis is met merkwaardige belevingen, zijn de patiënten niet psychotisch: ze hebben geen wanen en hun realiteitstoetsing is globaal intact. Een belangrijk verschil met andere dissociatieve stoornissen is dat het niet om incidentele episoden gaat, maar om een chronische stoornis, met daarbij een veel complexere fenomenologie. Bij de diagnostiek kan gebruik worden gemaakt van de genoemde vragenlijsten naar dissociatieve verschijnselen (DES en DIS-Q). Verder is er een gestructureerd diagnostisch interview ontwikkeld: SCID-D (Structured Clinical Interview-Dissociation), waarvan de betrouwbaarheid en validiteit voor Nederland onderzocht en adequaat bevonden zijn. Negen van de tien gevallen zijn vrouwen. Het is niet bekend hoe vaak DIS voorkomt: er is een controverse over de vraag of het wel of niet een (uiterst) zeldzame stoornis betreft. Gezegd moet worden dat de DSM-criteria voor DIS veel ruimte bieden voor interpretatie en dus onzekerheid. Inmiddels is duidelijk dat met een instrument als de SCID-D een betrouwbare diagnose gesteld kan worden en dat DIS ook in landen buiten Noord-Amerika, zoals Nederland, voorkomt. In andere landen daarentegen (zoals Engeland en Frankrijk) niet of nauwelijks. DIS is een chronische aandoening, die in perioden van belasting vaak verergert en tot nieuwe symptomen leidt. Patiënten zeggen vrijwel altijd in het verleden langdurig en ernstig mishandeld of seksueel misbruikt te zijn. DIS kan vanaf de kinderleeftijd worden gediagnosticeerd. Opvallend is dat patiënten niet zelden in hun verdere leven opnieuw traumatiserende ervaringen, zoals mishandeling of verkrachting, doormaken. Verondersteld wordt dat 'aangeleerde hulpeloosheid' hiervoor de verklaring levert. Na het veertigste jaar worden de symptomen minder prominent.

Diagnostische criteria voor dissociatieve identiteitsstoornis

1. Het bestaan van twee of meer identiteiten of persoonlijkheidstoestanden, eik met relatief duurzame patronen van waarneming, omgaan met en denken over de omgeving en zichzelf
2. Ten minste twee van deze persoonlijkheidstoestanden bepalen geregeld het gedrag van de persoon.
3. Onvermogen tot herinnering van belangrijke persoonlijke informatie, wat niet door gewone vergeetachtigheid kan worden verklaard

4. De verschijnselen zijn niet het gevolg van middelengebruik of een somatische aandoening (zoals partiële epileptische aanvallen).

5.9 Overige dissociatieve stoornissen

De hoofdcategorie dissociatieve stoornissen in DSM-IV bevat een restgroep van stoornissen die dissociatieve verschijnselen als voornaamste kenmerk hebben, maar niet voldoen aan de diagnostische criteria voor een specifieke dissociatieve stoornis ('dissociatieve stoornis, niet anders omschreven'). Ook bij deze stoornissen is de integratie van psychische functies (zoals waarneming, bewustzijn, geheugen en identiteit) verstoord. Sommige atypische dissociatieve stoornissen zijn cultuurgebonden. Dat geldt bijvoorbeeld voor de dissociatieve trancestoornissen (o.a. amok, latah en de ataque de ner-vios). Karakteristiek is een verminderd besef van de directe omgeving of het vertonen van stereotiepe gedragingen of bewegingen die in de beleving van de betrokkene buiten de eigen controle liggen. Gegevens over de epidemiologie zijn niet beschikbaar. Men neemt aan dat ook bij deze stoornissen een geneigdheid tot dissociëren en extreme belasting van etiologisch belang zijn. De behandeling zal bestaan uit het identificeren en zo mogelijk verhelpen van de belastende elementen, eventueel ondersteund met psychotherapie of hypnose.

Etiologie van dissociatieve stoornissen

Hierover is niet veel bekend. Dit houdt ongetwijfeld verband met het feit dat de hernieuwde aandacht van vrij recente datum is. Wel wordt steeds vastgesteld dat stress en traumatische gebeurtenissen van belang zijn (in mindere mate voor de depersonalisatiestoornis). Omdat *depersonalisatie* een weinig specifiek symptoom is, is het niet verwonderlijk dat het op verschillende manieren tot stand kan komen. Biologische factoren die een rol kunnen spelen, zijn disfunctie van de temporaalkwab van de hersenen en verschillende farmacologische invloeden. De manier waarop deze factoren tot depersonalisatie leiden is nog niet opgehelderd. Een psychologische factor die depersonalisatie kan uitlokken is hevig stress of bedreiging, maar het kan ook optreden na hyperventilatie, relaxatie (mentale en lichamelijke ontspanning) en sensorische deprivatie (beperking van zintuiglijke prikkels). *Dissociatieve amnesie en dissociatieve fugue* houden duidelijk verband met trauma's. Traumatisering op jonge leeftijd verhoogt de kans dat de persoon op latere leeftijd ook bij minder extreme stress met amnesie reageert. Ook andere factoren predisponeren tot het optreden van dissociatieve amnesie of fugue (buitensporig alcoholgebruik en schedeltrauma). De relatieve bijdrage van biologische factoren en psychogene factoren is vaak niet goed te ontwarren. Volgens psychodynamische theorieën heeft dissociatieve amnesie vooral de functie om te beschermen tegen het overweldigende affect dat door een traumatische gebeurtenis werd opgeroepen. Amnesie is dan een afweermecanisme dat verder gaat dan 'isolatie', waarbij de herinnering wel behouden blijft, maar ontkoppeld wordt van de bijbehorende emoties. Vanuit leertheoretisch perspectief kan dissociatieve amnesie worden opgevat als een vorm van vermijding van pijnlijke herinneringen. Zo wordt de dissociatie 'bekrachtigd' en zal het dissociatieve gedrag bestendig raken. Uit verschillende studies blijkt dat patiënten met *DIS* doorgaans rapporteren dat ze in hun jeugd ernstig zijn mishandeld of seksueel misbruikt; vaak is er sprake geweest van incest. Deze bevinding is zo consistent dat sommige auteurs *DIS* opvatten als een bijzondere vorm van een chronische posttraumatische stressstoornis met aanvang in de jeugd. Klufformuleerde een vier factoren hypothese over de ontstaansvoorwaarden van *DIS* in de kindertijd. Volgens deze hypothese zijn de volgende factoren van belang voor het ontstaan van *DIS*:

- een hoge aanleg voor dissociatie;
- overweldigende (traumatische) ervaringen, waardoor de dissociatieve aanleg geactiveerd wordt;
- factoren die een model voor de vorming van alters bieden, waaronder cultuurspecifieke modellen en interne factoren zoals het bestaan van imaginaire speelkameraadjes;
- het ontbreken van beschermende sleutelfiguren zoals ouders, die herstel zouden kunnen bevorderen.

Bliss stelde vast dat *DIS*-patiënten hoog hypnotiseerbaar zijn. Hij veronderstelde dat spontane hypnotische trances tijdens de traumatisering de basis vormen van de later habitueel wordende dissociaties. Een

radicaal andere stelling is dat DIS een iatrogeen verschijnsel is, een door de behandelaars uitgelokt artefact.

Behandeling van dissociatieve stoornissen

Er bestaan nog geen vergelijkende effectstudies naar de behandeling. Stellige uitspraken over de optimale behandeling zijn daarom niet mogelijk. Gezien het gebrek aan systematisch verzamelde gegevens over de behandeling van de *depersonalisatiestoornis* lijkt het voornamelijk het meest aangewezen om te kiezen voor een therapie die het beste aansluit bij de individuele patiënt. Overigens leiden relaxatie oefeningen tot een toename van de klachten. Wanneer er geen spontaan herstel optreedt, kan behandeling van *dissociatieve amnesie en dissociatieve fugue* geboden zijn, bijv. met explorerende psychotherapie waarin wordt getracht de gedissocieerde herinneringen weer terug te brengen (evt. m.b.v. hypnose of narco-analyse). De meeste hulpverleners die met *DIS*-patiënten werken, combineren psychotherapie en hypnose. Voor veel patiënten is deze op ontdekking en traumaverwerking gerichte benadering te belastend. Een minder ambitieuze behandeling is vooral gericht op structurering en uitbreiding van de coping mogelijkheden.

5.10 Psychosen

Met de term ‘psychosen’ worden de meest ernstige psychiatrische stoornissen aangeduid, waarbij het begrip van de realiteit ernstig verstoord is. Traditioneel wordt onderscheid gemaakt tussen ‘functionele’ en ‘organische’ psychosen. In het eerste geval zijn er geen aantoonbare afwijkingen van de hersenen. In het tweede geval zijn die er wel, of de patiënt heeft een somatische aandoening die ook de hersenfuncties ontregelt, of gebruikt stoffen die de hersenfuncties ontregelen. Tegenwoordig is bekend dat biologische (organische) factoren ook bij de ‘functionele’ psychosen wel degelijk een oorzakelijke rol spelen en bij nauwgezet onderzoek vaak ook aantoonbaar zijn. Psychotische patiënten hebben een gestoord realiteitsbesef. Bij andere psychische stoornissen kan de interpretatie van de werkelijkheid echter ook aangetast zijn, onder invloed van angst of van een stoornis in de stemming. In die gevallen is er weliswaar veel meer besef van het irrationele karakter van de eigen belevingen, maar een ondubbelzinnige afgrenzing ten opzichte van de psychosen kan niet uitsluitend hierop worden gebaseerd. DSM-IV baseert de definitie van een psychose daarom op de aanwezigheid van wanen, hallucinaties, incoherentie (verward, onsamenhangend denken) en andere stoornissen van de logische gedachtegang, of catatone verschijnselen (bewegingsstoornissen) dan wel anderszins ernstig ontregeld gedrag.

5.11 Schizofrenie

De term ‘schizofrenie’ is afkomstig van de zenuwarts Bleuler, die in 1911 voortbouwde op een eerste diagnostische afbakening die de zenuwarts Kraepelin in 1896 had aangebracht. Kraepelin sprak nog van dementia praecox (vroegtijdige dementering).

Diagnostische criteria voor schizofrenie

- 1 Een maand lang (korter bij een succesvolle behandeling) gedurende een groot deel van de tijd ten minste twee van de volgende symptomen:
 - a. wanen
 - b. hallucinaties
 - c. ontregelde spraak (bijv. steeds de draad kwijtraken)
 - d. zeer chaotisch of catatoon gedrag
 - e. negatieve symptomen (bijv. affectvervlakking, apathie)

(De aanwezigheid van één symptoom volstaat als de wanen bizar zijn of wanneer hallucinaties bestaan uit een stem die doorlopend commentaar geeft op gedragingen of gedachten van de persoon dan wel de vorm hebben van enkele stemmen die tegen elkaar spreken.)

- 2 Sociaal en beroepsmatig functioneren: een groot deel van de tijd sinds het begin van de stoornis is het functioneren op gebieden als werk, sociale contacten en zelfverzorging aanzienlijk beneden het niveau dat bestond voordat de stoornis begon. Als de symptomen voor of tijdens de adolescentie ontstaan, wordt het verwachte niveau van functioneren niet bereikt.
- 3 Duur: gedurende ten minste zes maanden zijn er voortdurend tekenen van de stoornis geweest. Er moet een actieve psychotische periode van ten minste een maand zijn geweest die voldoet aan de criteria onder 1, al dan niet voorafgegaan of, gevolgd door perioden met prodromale of restverschijnselen. In dergelijke perioden zijn er alleen negatieve symptomen of ten minste twee symptomen uit 1 in lichte vorm.
- 4 Tijdens de actieve psychotische fase (criterium 1) zijn er geen, of hoogstens kortdurende, depressieve, manische of gemengde episoden voorgekomen.
- 5 De stoornis is niet het gevolg van middelengebruik of van een somatische aandoening.

5.12 Klinisch beeld

De eerste verschijnselen van schizofrenie kunnen soms acuut ontstaan maar ontwikkelen zich vaker geleidelijk. Het kan moeilijk zijn een begin aan te geven, omdat de eerste verschijnselen lijken op gedragingen die in de puberteit normaal zijn, zoals dagdromen, zich terugtrekken op de eigen kamer, overgevoelige reacties, apathisch reageren. De symptomatologie is gevarieerd en dat maakt schizofrenie tot een heterogeen syndroom.

Denkstoornissen

Het meest kenmerkend zijn de denkstoornissen die worden onderscheiden in formeel (als het denken chaotisch is: de vorm is ontregeld) en inhoudelijke (afwijkende denkbeelden, opvattingen en interpretaties) denkstoornissen. Formele denkstoornissen kunnen alle gradaties van ernst aannemen. Als dit verschijnsel zo duidelijk is dat het onmiddellijk opvalt, spreekt men van incoherentie (verwardheid: van de hak op de tak springen). Een enkele keer bedenken patiënten nieuwe woorden, neologismen. Typerend is de gedachteblokkade, waarbij een patiënt zonder aanleiding ineens kwijt is waarover hij aan het denken was. De ernstigste inhoudelijke denkstoornissen zijn de wanen (particuliere overtuigingen zonder voldoende grond, waaraan iemand blijft vasthouden ondanks bewijzen van de onjuistheid ervan). Wanen kunnen niet herleid worden tot opvattingen die horen bij een bepaalde (sub)cultuur of religieuze gemeenschap. Soms wordt een waan voorafgegaan door een periode waarin de betrokkene zich onzeker afvraagt wat de betekenis is van wat hij ervaart (waanstemming). Sommige wanen zijn te begrijpen als een poging tot verklaring van ongewone belevingen, die niet op de gebruikelijke manier te verklaren zijn, zoals het gevoel dat de controle over de eigen gedachten verdwenen is, of dat er geen samenhang meer is in het eigen denken en handelen. Bij gedachte inbrenging meent de patiënt dat er van buiten af gedachten in zijn hoofd worden gestopt, die niet van hem afkomstig zijn. Bij gedachte onttrekking meent hij dat gedachten uit zijn hoofd worden weggehaald. Bij gedachte uitzending heeft hij het idee dat anderen zijn gedachten kunnen opvangen. Maher ziet deze meest typerende schizofrene wanen als theorieën die mensen voor zichzelf ontwikkelen om orde aan te brengen in de intern waargenomen werkelijkheid. Het denkproces dat ten grondslag ligt aan de waan, is volgens hem op zichzelf niet afwijkend. De subjectieve ervaringen op grond waarvan zich een waanverklaring ontwikkelt, zijn alleen voor anderen niet toegankelijk. Bij beïnvloedingswanen lijken de gedachten, gevoelens of handelingen bestuurd te worden door een macht van buiten. Bij schizofrene wanen wordt de integriteit van de eigen persoon vaak als aangetast ervaren. Bij betrekkingswanen geeft de patiënt een heel persoonlijke betekenis aan triviale gebeurtenissen. Wanen vormen dus een heterogeen verschijnsel en zijn niet eenduidig te verklaren. Ze kunnen bijvoorbeeld voortkomen uit hallucinaties waarvoor een betekenis wordt gezocht.

Waarnemingsstoornissen

Hallucinaties zijn zintuiglijke ervaringen zonder externe verklaring. Ze hebben het karakter van een waarneming; wanen daarentegen zijn uitsluitend denkbeelden! Men onderscheidt gehoors- (akoestische of auditieve), gezichts- (visuele), reuk- (olfactorische), smaak- (gustatorische) en gevoels- (tactiele of haptische) hallucinaties. Gehoors- en gezichtshallucinaties komen het meest voor. De meest voorkomende hallucinaties bij schizofrenie bestaan uit het horen van stemmen. Sommige patiënten horen hun eigen gedachten hardop in hun hoofd; dat noemt men geen hallucinaties. Hallucinaties zijn evenmin als wanen op een eenvoudige en eenduidige manier te verklaren. Er zijn meerdere theorieën die vermoedelijk allemaal een stukje van de werkelijkheid weergeven. Volgens de doorsijpelings-theorie ontstaan hallucinaties uit het 'lekken' van onbewuste mentale activiteit naar het bewustzijn. Dat gebeurt vooral wanneer er weinig informatie van buiten opgenomen wordt, zodat het bewustzijn niet met uitwendige indrukken bezig is en zich op de binnenwereld kan richten. Frith heeft deze opvatting verder uitgewerkt. Hij oppert dat hallucinaties de 'hypothesen' zijn die het brein voortdurend maakt om waarnemingen betekenis te geven. Hallucinaties zouden de bewust geworden verwachtingen van waarnemingen zijn. De verbeeldingstheorie gaat ervan uit dat hallucinerende mensen suggestibeler zijn ten aanzien van hun waarnemingen. Zij zouden aan een vage indruk genoeg hebben om iets waar te nemen; ze menen te snel dat ze zeker weten wat ze zien of horen.

Stoornissen in de stemming

Angst en geprikkeldheid komen voor in actieve (psychotische) fasen. Soms zijn de emotionele reacties inadequaaf en passen ze niet bij de situatie (inadequaaf affect). Veel patiënten maken depressieve perioden door, vaak na een psychotische episode (postpsychotische depressie). De meest karakteristieke stoornis in de stemming bij schizofrenie is de affectieve vervlakking, die zich meestal na verloop van tijd ontwikkelt. De emotionele reacties verminderen dan of verdwijnen zelfs geheel, het gelaat is uitdrukingsloos, de stem mist expressie, gevoelens lijken afwezig.

Cognitieve stoornissen

Dit zijn basale stoornissen van de informatieverwerking door het brein: patiënten hebben moeite met het verwerken van ingewikkelde of snel opeenvolgende indrukken. De aandacht is gestoord en dwaalt gemakkelijk af. De inprenting kan daardoor ook tekortschieten, met als gevolg geheugenklachten. Die klachten verschillen van echte geheugenstoornissen (bijv. bij dementie); de geheugenfuncties zijn op zichzelf wel intact, maar worden niet zorgvuldig ingeschakeld.

Bewegingsstoornissen

Ook de bewegingen zijn soms aangetast in de vorm van catatone symptomen (waarbij de controle over en de souplesse van de bewegingen verloren zijn gegaan). Voorbeelden zijn stupor (een toestand van bewegingloosheid, waarin de patiënt niet reageert op de omgeving), negativisme (automatisch het tegendeel doen van wat iemand anders vraagt), langdurig volhouden van merkwaardige houdingen, en stereotypieën (zinloos herhaalde bewegingen). Ernstige catatone symptomen zijn vrij zeldzaam. De medicijnen die aan schizofreniepatiënten worden gegeven, kunnen bewegingsstoornissen als bijwerking veroorzaken. Die zijn echter van een ander karakter dan catatone symptomen.

Positieve en negatieve symptomen

Wanen, hallucinaties en incoherentie worden samen ondergebracht in het begrip positief syndroom. Wat deze symptomen gemeen hebben is dat zij nieuwgevormde ongewone belevingen en gedragingen zijn, die er eigenlijk niet horen te zijn. Veel patiënten worden minder actief, vertonen verlies van initiatief en worden apathisch. Die inactiviteit en apathie gaan meestal samen met emotionele vervlakking en met sociaal terugtrekgedrag en spraakarmoede. Deze verschillende symptomen vormen het negatief syndroom (ontbrekende gedragingen of belevingen die er eigenlijk wel zouden moeten zijn). Negatieve symptomen kunnen vanaf het begin van schizofrenie aanwezig zijn, maar ontstaan meestal na verloop van tijd. Ze zijn het opvallendst bij chronische patiënten. Aan het onderscheid tussen positieve en negatieve symptomen wordt tegenwoordig veel belang toegekend, omdat veel bevindingen uit biologisch-psychiatrisch onderzoek erbij aansluiten.

Verloop

Het ziektebeeld schizofrenie omvat psychotische episoden (actieve fasen) met een opleving van positieve symptomen, en rustiger perioden (restfasen), waarin vaak negatieve symptomen overheersen en het sociaal functioneren op een laag niveau blijft. In de rustiger perioden zijn er vaak geen echte positieve symptomen, maar wel mildere vormen daarvan. De eerste psychotische episode kan voorafgegaan worden door een prodromale fase: een geleidelijke verslechtering van het algemene functioneren met vaak dezelfde kenmerken als een restfase. Schizofrenie heeft meestal, maar niet altijd, een chronisch verloop. Ongeveer een kwart van de patiënten herstelt redelijk tot goed, bij een kwart heeft de stoornis een duidelijk ongunstig verloop, en bij de rest van de patiënten is er een variërend verloop. Na enkele jaren gaan negatieve symptomen en restverschijnselen vaak overheersen, maar het risico van een nieuwe actieve fase blijft aanwezig.

5.13 Subtypen van schizofrenie

Subtypen van voor schizofrenie

- *catatone type*: indien ten minste twee van de volgende verschijnselen het klinisch beeld overheersen:
 - 1 onbeweeglijkheid (bijv. stupor)
 - 2 overmatige motorische activiteit
 - 3 negativisme (weerstand tegen alle opdrachten of een rigide houding handhaven wanneer anderen de betrokkene in beweging proberen te brengen)
 - 4 vreemde bewegingen, grimassen of houdingen
 - 5 echolalie (herhalen wat een ander zegt) of echopraxie (bewegingen van een ander nadoen)
- *gedesorganiseerde type*: indien onsamenhangende spraak, chaotisch gedrag en vlak of zeer inadequaat affect centraal staan in het klinisch beeld, terwijl niet wordt voldaan aan de criteria van het catatone type
- *paranoïde type*: er zijn 1) frequente gehoorshallucinaties en/of er bestaat een preoccupatie met een of meer wanen, terwijl 2) ontregelde spraak en vlak of inadequaat affect niet in opvallende mate aanwezig zijn
- *ongedifferentieerde type* indien er sprake is van een actieve fase van schizofrenie, zonder dat wordt voldaan aan de criteria voor het catatone, gedesorganiseerde of paranoïde type
- *resttype*: er is geen sprake van opvallende wanen, hallucinaties, onsamenhangende spraak en chaotische of catatone gedragingen. Wel zijn er voortdurend negatieve symptomen of ten minste twee symptomen van een actieve fase (criterium 1 van schizofrenie) in milde vorm aanwezig.

Naast het catatone, het gedesorganiseerde, het paranoïde, het ongedifferentieerde en het resttype bestaat nog de schizofrenia simplex (een betrekkelijk zeldzaam beeld, waarbij zich geleidelijk een negatief syndroom ontwikkelt zonder duidelijke positieve symptomen) en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis: mensen die hieraan lijden hebben geen echt psychiatrische syndroom, maar gedragen zich zonderling, neigen tot isolement, reageren vlak en vertonen milde denkstoornissen. Er zijn aanwijzingen dat deze persoonlijkheidstrekken voort kunnen komen uit dezelfde genetische eigenschappen die schizofrenie veroorzaken.

Epidemiologie

Het risico dat iemand ooit in zijn leven schizofrenie zal ontwikkelen, wordt geschat op bijna 1%. Het komt over de hele wereld voor en is niet cultuurgebonden. Het verloop is echter gunstiger in minder ontwikkelde landen dan in de westerse landen, hoewel niet iedereen daarvan overtuigd is. Op het noordelijk halfrond is het risico licht verhoogd voor mensen die in de winter of het vroege voorjaar zijn geboren; op het zuidelijk halfrond geldt dat voor de maanden juli tot september. Een verklaring ontbreekt. Meestal wordt aangenomen dat het risico voor beide seksen hetzelfde is, maar schizofrenie bij mannen heeft vaker een ernstig verloop. De beginleeftijd ligt voor vrouwen gemiddeld hoger dan voor mannen: 25-35 jaar tegenover 15-25 jaar (geen verklaring). Patiënten bevinden zich vaker dan gemiddeld in de lagere sociale klassen. De geaccepteerde verklaring is dat mensen met de aanleg voor schizofrenie op de maatschappelijke ladder afzakken of de sociale vaardigheden missen om carrière te maken. Het is dus niet zo dat slechte sociale omstandigheden het ontstaan van schizofrenie bevorderen.

Etiologie

Tegenwoordig wordt het kwetsbaarheid stressmodel gebruikt om de verschillende invloeden met elkaar in verband te brengen. Met kwetsbaarheid worden risicoverhogende biologisch bepaalde eigenschappen bedoeld die mensen gevoeliger maken voor het ontwikkelen van schizofrenie. Stress is de aanpassingsreactie die optreedt in belastende omstandigheden. Schizofrenie ontstaat uit een wisselwerking tussen beide. Stress speelt ook een rol bij andere psychische stoornissen, zoals depressies,

maar de kwetsbaarheid voor schizofrenie is specifiek. Zonder die biologische eigenschappen kan geen schizofrenie ontstaan. De kwetsbaarheid is in aanzienlijke mate genetisch bepaald. Het onderzoek naar andere biologische factoren heeft aanwijzingen opgeleverd voor een mogelijke aanvullende rol van vroege virusinfecties (tijdens de zwangerschap van de moeder) en van lichte hersenbeschadiging bij de geboorte. Psychologische invloeden (het opvoedingsklimaat of belastende ervaringen) spelen geen of nauwelijks een rol bij het ontstaan van de kwetsbaarheid. Ze hebben wel invloed op de ontwikkeling van psychologische vaardigheden, waarmee kwetsbare mensen hun biologische aanleg kunnen compenseren. Als dat onvoldoende lukt, ontstaat schizofrenie. Wat nu precies genetisch wordt overgedragen, is een niet zo eenvoudig te beantwoorden vraag. Het gaat om cognitieve beperkingen (informatieverwerking). De biologische kwetsbaarheid treft dus die hersenfuncties die cruciaal zijn voor de interactie met de omgeving. Dat maakt duidelijk dat aanleg en omgeving twee kanten zijn van eenzelfde probleem.

Onderzoek naar biologische afwijkingen

Op het niveau van de biochemie heeft de dopaminehypothese nog altijd veel invloed. Het neurobiochemische model van schizofrenie veronderstelt een hyperactiviteit van systemen in de hersenen die dopamine als prikkeloverdrachtsstof (neurotransmitter) gebruiken. Dopaminerge systemen zijn naar alle waarschijnlijkheid secundair betrokken bij schizofrenie en spelen niet een primaire oorzakelijke rol. Bij zorgvuldig klinisch onderzoek zijn vaak minimale neurologische afwijkingen aantoonbaar. Een subgroep van schizofreniepatiënten heeft een verwijding van de ventrikels (hersenholten), die wordt toegeschreven aan volumevermindering van de slaapkwab, in het bijzonder van de daar gelegen hippocampus. De frontale hersenschors lijkt secundair betrokken bij het ontstaan van negatieve symptomen.

Beeldvormende technieken

Deze geven een beeld van de activiteit van de hersencellen in verschillende gebieden. De bekendste methoden zijn meting van de regionale cerebrale doorbloeding en PET-scanning (Positron Emissie Tomografie) van het glucosegebruik door de hersenen. Beide typen onderzoek laten zien dat schizofrene patiënten met een negatief syndroom een verhoudingsgewijs lage frontale activatie vertonen.

Registratie van de oogbewegingen

Hieruit blijkt dat gestoorde volgbewegingen samenhangen met de kwetsbaarheid voor schizofrenie.

Cognitief functieonderzoek

Cognitieve functies kunnen zichtbaar worden gemaakt d.m.v. elektronische registratie van cognitieve hersenpotentialen: veranderingen in het EEG die gerelateerd zijn aan de verwerking van aangeboden prikkels. Bij schizofrenen blijken vroeg optredende componenten een verhoogde amplitude te vertonen, terwijl later optredende componenten neigen tot een verlaagde amplitude. Dat past bij de opvatting dat schizofrenen verhoogd gevoelig zijn voor prikkels en daarom de verwerking daarvan dempen (een beschermende remming). Testonderzoek maakt zichtbaar dat schizofrenen problemen hebben bij de verwerking van prikkels die snel of tegelijkertijd op hen afkomen, waarbij zij weinig tijd hebben om beslissingen te nemen en te reageren. Het automatisch ordenen en selecteren van binnenkomende indrukken schiet tekort. Daardoor moet een overmatig beroep worden gedaan op bewuste verwerking met als gevolg dat voortdurend mentale vermoeidheid dreigt. Dat leidt tot beschermende aanpassingsreacties, zoals zich terugtrekken uit drukke situaties. Secundair is daardoor de bewuste informatieverwerking gestoord. Men neemt aan dat deze cognitieve functiebeperkingen ten grondslag liggen aan veel klachten en symptomen van schizofrenen, en dat ze de kern uitmaken van de kwetsbaarheid voor schizofrenie. Ook met neuropsychologisch testonderzoek zijn bij schizofrenen stoornissen aantoonbaar (het duidelijkst bij het negatief syndroom). Het gaat daarbij om stoornissen van concentratie, waarneming, abstractievermogen, planmatig handelen, d.w.z. frontale functie stoornissen. De frontale hersengebieden vervullen de rol van organisator van het gedrag doordat ze interne en externe signalen integreren.

Als we de verschillende onderzoeksbevindingen samenbrengen, ontstaat een model waarin frontale stoornissen een grote rol spelen, maar ook functiestoornissen van de hippocampus. Deze structuur is belangrijk voor het werkgeheugen. Hier zoekt men momenteel de neurobiologische basis voor de kwetsbaarheid. De frontale stoornissen zijn minder specifiek dan de functiestoornissen van de hippocampus. De invloed van de dopaminerge zenuwbanen wordt verklaard doordat ze een regulerende invloed hebben op de frontale hersenschors en de hippocampus. Men stelt zich tegenwoordig schizofrenie voor als een neurobiologische ontwikkelingsstoornis, die zichtbaar wordt in de adolescentie, wanneer deze hersengebieden tot volledige rijping moeten komen.

Onderzoek naar omgevingsfactoren

Omgevingsfactoren hebben weliswaar weinig invloed op het ontstaan van de kwetsbaarheid, maar ze zijn wel erg belangrijk voor het ontstaan van psychotische episoden (een luxerende invloed). Onderzoek heeft aangetoond dat de mate waarin gezinsleden kritiek leveren op de patiënt en te sterk betrokken zijn bij de patiënt (Expressed Emotion of EE) het verloop van schizofrenie beïnvloeden. Een verband tussen EE en verergering van symptomen is ook voor andere psychische stoornissen aangetoond en is dus niet specifiek. We weten ook niet in hoeverre EE uitgelokt worden door het gedrag van een patiënt. Verreweg de meeste psychotische perioden worden niet voorafgegaan door life events. Men neemt aan dat het dagelijks leven voor mensen met de kwetsbaarheid voor schizofrenie al zo belastend is dat zij heel gewone gebeurtenissen als stressvol kunnen beleven. Day heeft een aantal omgevingskenmerken genoemd die moeilijk te verdragen zouden zijn voor schizofrenen:

- een verwarrende omgeving met onduidelijke communicatiepatronen (sommige gezinnen);
- een emotioneel belastende omgeving met een hoog EE-niveau (idem);
- een omgeving die te hoge eisen stelt aan het sociale functioneren (vele werksituaties);
- een bedreigende of demoraliserende omgeving (vaak de woonomgeving van chronische patiënten).

Patiënten met een chronisch verlopende schizofrenie functioneren sociaal vaak heel slecht. Dat heeft deels te maken met gebrekkig aangeleerde sociale vaardigheden, maar in sterkere mate met hun cognitieve stoornissen, waardoor ze ingewikkelde en emotionele situaties minder goed kunnen taxeren, en met hun daarmee samenhangende neiging zich uit zelfbescherming terug te trekken uit sociale contacten. Als men hen daarnaar vraagt, zijn veel schizofrenen in staat om te vertellen op welke manier zij zich zo goed mogelijk proberen te handhaven, en hoe zij soms hun symptomen enigszins kunnen onderdrukken.

Behandeling

De behandeling bestaat uit biologische, psychologische en sociale interventies. Antipsychotische medicijnen of neuroleptica vormen de basis van het behandelingsbeleid. Medicatie dringt de positieve symptomen terug, maar negatieve symptomen reageren veel minder goed. De bekendste bijwerkingen zijn acute dyskinesie en acute dystonie (onwillekeurige bewegingen, meestal van de tong en de lippen), parkinsonisme (spierstijfheid en trillen), akathisie (bewegingsdrang, vooral van de benen) en tardieve dyskinesie (onwillekeurige bewegingen, meestal in het gebied van de mond en de nek). Recentelijk zijn nieuwe middelen op de markt gekomen die veel minder motorische bijwerkingen hebben (atypische antipsychotica). De niet-medicamenteuze onderdelen van de behandeling bestaan uit steunende contacten en uitleg over de aard van het ziektebeeld, ook aan familieleden (psycho-educatie). Deze behandelingsvormen worden in ambulante vorm geboden door psychiatrische poliklinieken en RIAGG's. Zo nodig wordt de patiënt opgevangen in een beschermende woonvorm of in een psychiatrisch ziekenhuis. De meest gestructureerde vorm van psychosociale behandeling is de training in sociale vaardigheden, waarvan de effectiviteit echter beperkt is. De laatste jaren wordt geëxperimenteerd

met training van cognitieve functies. Om chronische patiënten weer zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren, zijn psychiatrische revalidatieprogramma's ontwikkeld. De prognose is in het algemeen niet gunstig. Met de huidige behandelingsmogelijkheden zijn de ernstigste verschijnselen redelijk te bestrijden, maar de meeste patiënten houden ook na jaren restverschijnselen en vallen gemakkelijk terug in een nieuwe psychotische periode.

Aan schizofrenie verwante psychosen

Overzicht van psychosen

- 1 schizofrenie
- 2 schizofreniforme stoornis
- 3 schizoaffectieve stoornis
- 4 waanstoomis
- 5 kortdurende psychotische stoornis
- 6 gedeelde psychotische stoornis
- 7 psychotische stoornis door een somatische aandoening
- 8 psychotische stoornis door middelengebruik
- 9 niet nader gespecificeerde of atypische psychose

5.14 Schizofreniforme stoornis

Diagnostische criteria voor schizofreniforme stoornis

- 1 Er wordt voldaan aan de criteria 1, 4 en 5 van schizofrenie.
- 2 Een episode van de stoornis (inclusief prodromale, actieve en restverschijnselen) duurt ten minste een maand maar korter dan zes maanden.

Specificeer indien:

- zonder gunstige prognostische kenmerken
- met gunstige prognostische kenmerken: als er sprake is van ten minste twee van de volgende:
 - a. duidelijke psychotische symptomen binnen vier weken na de eerste tekenen van gedragsverandering
 - b. verwardheid of desoriëntatie tijdens de psychose
 - c. goed premorbide functioneren
 - d. een vervlakt affect.

Wanneer iemand het klinisch beeld van schizofrenie vertoont, maar het tijds criterium van een half jaar niet gehaald wordt en het sociaal functioneren niet opvallend verslechterd is. Het kan een tijdelijke diagnose zijn, die vervangen kan worden door de diagnose schizofrenie. Of een schizofrenie-achtige psychose een gunstige prognose zal hebben (en dus schizofreniform genoemd moet worden) is tot op zekere hoogte te voorspellen aan de hand van enkele kenmerken: snel ontstaan van de psychotische symptomen, verwarring en desoriëntatie, goed sociaal functioneren in het verleden, en het ontbreken van vervlakt affect. De etiologie is vergelijkbaar met die van schizofrenie. De behandeling is gebaseerd op antipsychotische medicatie, aangevuld met psychosociale interventies.

5.15 Schizoaffectieve stoornis

Diagnostische criteria voor schizoaffectieve stoornis

- 1 Een ononderbroken ziekteperiode, waarin op enig moment gelijktijdig zowel een depressief, manisch of gemengd syndroom als karakteristieke symptomen uit de actieve fase van schizofrenie aanwezig zijn geweest.
- 2 In die periode zijn er ten minste twee weken geweest met wanen of hallucinaties zonder opvallende stemmingsstoornis.
- 3 De depressieve, manische of gemengde symptomen zijn een aanzienlijk deel van de totale duur van de stoornis aanwezig.
- 4 De stoornis is niet het gevolg van middelengebruik of van een somatische aandoening.

Specificeer het type:

- *Bipolair type*: als de stoornis een manische of gemengde episode omvat (of zowel een manische of gemengde episode als depressieve perioden).
- *Depressief*: als er alleen depressieve perioden zijn.

De schizoaffectieve psychose is een diagnose voor stoornissen in het raakvlak tussen stemmingsstoornissen en schizofrenie. DSM-IV spreekt alleen van een schizoaffectieve stoornis als symptomen van een stemmingsstoornis en schizofreen-psychotische symptomen gedurende enige tijd gelijktijdig aanwezig zijn. Kenmerkend voor de stoornis is het relatief gunstige verloop zonder ernstig sociaal disfunctioneren. De stoornis begint snel, vaak naar aanleiding van een stressverhogende ervaring. De patiënt is geëmotioneerd en affectieve vervlakking ontbreekt. De etiologie en behandeling zijn zowel verwant aan die van schizofrenie als aan die van de stemmingsstoornissen.

5.16 Waanstoornis

Diagnostische criteria voor waanstoornis

- 1 Gedurende ten minste een maand zijn er niet-bizarre wanen (d.w.z.: wanen die situaties betreffen die in werkelijkheid zouden kunnen voorkomen, zoals vergiftigd of bedrogen worden).
- 2 Er is nimmer voldaan aan criterium 1 van schizofrenie (er zijn dus hoogstens zeer kortdurend hallucinaties, ontregelde spraak, chaotische of catatone gedragingen of negatieve symptomen). Gevoels- of reukhallucinaties kunnen wel aanwezig zijn mits ze passen bij de inhoud van de waan.
- 3 Afgezien van de uitingen van de waan zijn er geen opvallende gedragsstoornissen of beperkingen in het functioneren.
- 4 Als er depressieve, manische of gemengde perioden zijn geweest, duurden ze relatief kort vergeleken met de perioden dat er wanen zijn.
- 5 De stoornis is niet het gevolg van middelengebruik of van een somatische aandoening.

Specificeer het type op grond van de belangrijkste inhoud van de waan:*

- *grootheidstype*: wanen over de eigen grootheid, macht of kennis
- *erotomaan type*: wanen dat een ander (meestal iemand met een hogere sociale status) verliefd is op betrokkene
- *jaloersheidstype*: wanen over de seksuele ontrouw van de partner
- *somatisch type*: wanen een lichamelijke aandoening of handicap te hebben
- *achtervolggingstype*: wanen dat de persoon zelf of iemand met wie hij/zij een nauwe relatie heeft kwaadwillig wordt behandeld
- *gemengd type*: wanen waarin meerdere van de bovenstaande typen te herkennen zijn, zonder dat een specifiek thema de overhand heeft
- *niet-gespecificeerd type*.

Dit is een psychose die bestaat uit een hardnekkige waan, terwijl het algemene niveau van functioneren (sociaal en beroepsmatig) intact blijft. De door DSM-IV verlaten oudere benaming is paranoïde stoornis. Hallucinaties kunnen voorkomen, maar dan staan ze niet op de voorgrond. De waan is niet bizar, d.w.z. zou waar kunnen zijn. Toch wordt van een waan gesproken, omdat aanwijzingen voor de juistheid ontbreken en de overtuiging niet voor correctie vatbaar is. Een waanstoornis kan op elke leeftijd ontstaan, met een gemiddelde beginleeftijd van omstreeks 40 jaar. Meestal ontstaat de waan geleidelijk, maar een acuut begin is ook mogelijk, soms in aansluiting op een als bedreigend ervaren gebeurtenis. Waanstoornissen komen niet erg veel voor, in elk geval veel minder vaak dan schizofrenie. DSM-IV schat de lifetime-prevalentie op 0.05 à 0.1%.

Etiologie

De categorie van de waanstoornissen is zonder twijfel heterogeen en de etiologie is dat dus ook. Genetische factoren lijken een risicoverhogende rol te spelen. De invloed van psychologische factoren is te herkennen in het verhoogde risico een waanstoornis te ontwikkelen wanneer de een of andere vorm van isolement bestaat (bijv. gevangenschap of doofheid), en bij een nauwgezette analyse van de belevingswereld van mensen met de stoornis. Een waan lijkt nl. nogal eens te voorzien in onderdrukte psychologische behoeften. De vraag naar het ontstaan van een waanstoornis komt eigenlijk neer op de vraag naar het ontstaan van wanen in het algemeen. Daarover bestaan allerlei psychologische theorieën, waarvoor een goede empirische onderbouwing echter ontbreekt. Wanen in het algemeen kunnen voortkomen uit een bepaalde stemmingstoestand; de omgekeerde volgorde komt echter ook voor. Wanen kunnen ook voortkomen uit een cognitieve ontregeling (een formele denkstoornis), waardoor de regels van de logica overtreden worden. Maher vat wanen op als persoonlijke theorieën ter verklaring van

onbegrepen ervaringen in de eigen gedachtewereld. Dit mechanisme is specifiek voor schizofrenie; bij de waanstoornis moeten andere mechanismen een rol spelen. Psychoanalytische theorieën maken vooral gebruik van het projectiemechanisme om wanen te verklaren. Een waan wordt gezien als de reflectie van onbewuste impulsen, verlangens of angsten. Persoonlijkheidstrekken en zelfwaardering hebben waarschijnlijk invloed op het ontstaan van wanen. Zo kunnen sommige wanen een gevoel van isolement tegengaan en het gevoel van eigenwaarde verhogen. Leertheoretici vragen aandacht voor de functie van sommige wanen bij het onderdrukken of ontwijken van angst en voor de invloed van bekrachtiging op het voortbestaan van wanen. De meeste belangstelling van theoretici gaat uit naar paranoïde wanen. Die lijken vaak een verdedigingsfunctie te hebben tegen sociale angst en innerlijke twijfels. Ze kunnen een adaptatiefunctie hebben, doordat ze een vereenvoudigd wereldbeeld creëren: vage gevoelens van onzekerheid en bedreiging worden concreet en afgrensbaar door ze te koppelen aan een vermeende belager.

Differentiële diagnostiek

Wanen laten zich niet zo gemakkelijk afbakenen van andere, meer of minder rationele, ideeën. De irrationaliteit van een opvatting wordt in de praktijk bepaald door de sociale consensus. Een waan is echter per definitie een privé-overtuiging. Een waan kan allerlei oorzaken hebben en verwijzen naar verschillende andere psychopathologische stoornissen. Om te beginnen moet worden uitgesloten dat een waan een organische oorzaak heeft, zoals een neurologische aandoening of gebruik van drugs als amfetaminen of cocaïne. Paranoïde belevingen, al dan niet van waanachtig karakter komen veel voor op oudere leeftijd en een beginnende dementering kan het optreden ervan bevorderen. Belangrijk is om vast te stellen of de waan deel uitmaakt van uitgebreide psychopathologische verschijnselen die de diagnose schizofrenie rechtvaardigen. Een waan kan ook optreden in het kader van een depressie of een manische episode.

Behandeling

Doorgaans hebben deze patiënten geen behoefte aan behandeling; de gedachte aan een psychische stoornis te lijden wijzen ze krachtig af. Een behandlingscontact komt daarom vaak indirect tot stand, bijv. via de somatische gezondheidszorg. Gedragstherapeutische interventies met een beperkte doelstelling, gericht op het doorbreken van vicieuze cirkels, kunnen nuttig zijn. Bij een somatische waan kan het nodig zijn de bekrachtigende werking van medische bemoeienis te blokkeren via goede afspraken tussen psychiater en huisarts. Antipsychotische medicijnen hebben niet veel zin.

5.17 Andere 'functionele' psychosen

Kortdurende psychose

Diagnostische criteria voor kortdurende psychotische stoornis

- 1 Ten minste één van de volgende symptomen is aanwezig:
 - a. wanen
 - b. hallucinaties
 - c. ontregelde spraak
 - d. ernstig ontregeld of catatoon gedrag
- Opmerking: een symptoom mag niet meegeteld worden als het in de cultuur een geaccepteerde reactie is.
- 2 De stoornis duurt ten minste een dag en niet langer dan een maand, terwijl de persoon uiteindelijk weer volledig terugkeert naar zijn oude niveau van functioneren.
 - 3 De stoornis is niet een onderdeel van een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken, een schizoaffectieve stoornis of schizofrenie, en niet het gevolg van middelengebruik of een somatische aandoening.

Specificeer indien:

- met duidelijke stressveroorzakende factor(en): als de symptomen optreden kort na en als reactie op gebeurtenissen die voor vrijwel iedereen in vergelijkbare omstandigheden zeer stressvol zouden zijn
- zonder duidelijke stressveroorzakende factor(en): indien er geen duidelijk aanwijsbare stressveroorzakende gebeurtenissen zijn
- met begin post partum: als de symptomen binnen vier weken na de bevalling beginnen

Dit is een goedaardig verlopende psychotische stoornis met een acuut begin. Soms is zo'n psychose op te vatten als een reactie op een zeer belastende ervaring (een kortdurende reactieve psychose). Het kan ook optreden in aansluiting op een bevalling. Niet altijd is echter een aanleiding te herkennen. Het gaat vaak gepaard met heftige en snel wisselende emoties. De prognose is in de regel gunstig: herstel treedt vaak al na enkele dagen op, soms na enkele weken. Er zijn aanwijzingen dat het verloop gunstiger is naarmate het ontstaan acuter is, maar het is niet mogelijk het verloop te voorspellen. Over het ontstaan van de stoornis is weinig bekend. Een genetische verwantschap met schizofrenie of de waanstoornis is niet aangetoond. De behandeling bestaat uit opvang in een rustige omgeving en ondersteunende gesprekken. Antipsychotische medicijnen kunnen tijdelijk gegeven worden, of een benzodiazepine (kalmeringsmiddel) als angst op de voorgrond staat.

Gedeelde psychose

Diagnostische criteria voor gedeelde psychotische stoornis (folie à deux)

- 1 Er ontwikkelt zich een waan bij iemand die een nauwe relatie heeft met een of meer andere mensen die al een waan heeft (hebben).
- 2 Inhoudelijk komen de wanen overeen.
- 3 De verschijnselen vormen niet een onderdeel van een andere psychotische stoornis of een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken en zijn niet het gevolg van middelengebruik of een somatische aandoening.

De gedeelde psychose of inductiepsychose, ook wel folie à deux genoemd, is een zeldzaam ziektebeeld. Het gaat hier om een waan die ontstaat bij iemand die in een nauwe relatie staat met een andere persoon, die al eerder dezelfde waan heeft ontwikkeld. De bron van de waan, de inductor, is de dominante partner die de afhankelijke en suggestibele andere(n) meesleept. Bij de behandeling kan al veel bereikt worden

door de deelgenoten in de waan uit elkaar te halen. Meestal wordt dan de inductor opgenomen; deze is in veel gevallen het ernstigst gestoord en heeft vaak schizofrenie. De prognose voor de patiënt met de geïnduceerde waan is niet ongunstig, wanneer tenminste het contact met de inductor doorbroken is.

Psychosen met een organische oorzaak

Daarbij zijn de hersenfuncties ontregeld door een lichamelijke ziekte die primair de hersenen aantast, of is er een lichamelijke aandoening die secundair (via een verstoring van de stofwisseling) de hersenfuncties ontregelt.

Psychotische stoornis door een somatische aandoening

Diagnostische criteria voor psychotische stoornis door een somatische aandoening

- 1 Duidelijke hallucinaties of wanen.
- 2 De ziektegeschiedenis, lichamelijk onderzoek of laboratoriumgegevens wijzen op een somatische aandoening, waarvan aangenomen wordt dat die bij de etiologie betrokken is.
- 3 De stoornis treedt niet uitsluitend op tijdens een delier.
- 4 De stoornis is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis.

Psychotische stoornis door middelengebruik

Diagnostische criteria voor psychotische stoornis door een middel

- 1 Duidelijke hallucinaties of wanen. (Hiertoe worden niet de hallucinaties gerekend waarvan de betrokkene inziet dat ze door het middelengebruik zijn veroorzaakt.)
- 2 De ziektegeschiedenis, lichamelijk onderzoek of laboratoriumgegevens wijzen op a of b:
 - a. intoxicatie met of onthouding van een middel, waarbij de hallucinaties of wanen zijn ontstaan tijdens of binnen een maand na de intoxicatie of onthouding;
 - b. een oorzakelijk verband tussen het gebruik van een geneesmiddel en het ontstaan van de stoornis.
- 3 Desymptomen zijn ernstiger dan de gebruikelijke verschijnselen die optreden bij intoxicatie of onthouding van het middel.
- 4 De verschijnselen zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychose die niet veroorzaakt is door middelengebruik.
- 5 De stoornis treedt niet uitsluitend op tijdens een delier.

Psychosen die het gevolg zijn van het gebruik van psychoactieve stoffen, kunnen ontstaan door drugs als amfetamine, cocaïne, cannabis, opiaten (heroïne), vluchtige oplosmiddelen en de hallucinogene stoffen als LSD. Hallucinogene middelen lokken in eerste instantie hallucinatoire ervaringen (meestal visuele hallucinaties) uit, die secundair tot waaninterpretaties kunnen leiden. Ook sommige geneesmiddelen, waaronder hartmedicijnen (digitalis), antidepressiva en snelwerkende kalmeringsmiddelen (sommige benzodiazepinen), kunnen als complicatie hallucinatoire ervaringen uitlokken. Amfetamine en cocaïne zijn berucht vanwege de paranoïde wanen die door hun gebruik kunnen ontstaan. Een psychose door middelengebruik kan optreden tijdens een intoxicatie of bij een onthoudingsreactie (bijv. van alcohol).

6.0 Bijlage 2: Het DSM-5 handboek (beknopt overzicht)

De nieuwste editie van het handboek voor classificatie van psychiatrische stoornissen en psychologische problematiek, DSM-5, omvat drie secties en een appendix:

Sectie 1 beschrijft hoe het bijgewerkte handboek te gebruiken.

Sectie 2 vormt een opsomming van de kenmerkende criteria voor klinische diagnoses, georganiseerd per hoofdstuk (het overgrote deel van het boek: 700 pagina's!) Sectie 3 omvat vragenlijsten om de toestand van de patiënt in te schatten (ook als alternatief voor het categoriale beoordelingssysteem), een gestructureerd interviewmodel om de invloed van culturele factoren in te schatten, een alternatieve benadering van het concept persoonlijkheidsstoornissen (zie verder hier onder), en suggesties voor verder onderzoek.

In de appendix worden onder andere de veranderingen van DSM-IV naar DSM-5 toegelicht (zie hier onder). Verder verklarende woordenlijsten en een overzicht van de enorme hoeveelheid medewerkers.

Enkele van de belangrijkste veranderingen in DSM-5 behelzen:

Algemeen

Afschaffing van het meer-assen systeem: De assen I (symptoomstoornissen), II (persoonlijkheidsstoornissen), en III (medische condities die van invloed kunnen zijn op as I), worden niet langer onderscheiden en apart benoemd in de diagnose (of classificatie, voor wie hogere eisen stelt aan het begrip diagnose). As IV wordt vervangen door notities over psychosociale en contextuele factoren, aanvullend op de diagnose, en as V door aantekeningen met betrekking tot belemmerd functioneren, aanvullend op de diagnose

Verzachting van het categorale beoordelingssysteem: De beoordeling in termen van "er is wel of niet stoornis X aanwezig, gezien het voldoen aan m van de n criteria", typerend voor de voorgaande edities van DSM, is nog niet verlaten, maar wordt wel kritisch gezien. Om de nadelen daarvan te ondervangen zijn de criteria voor toekenning van een soms wat verruimd (wat veel kritiek bij voorbaat opgeleverd heeft), maar dat hebben de redacteurs geprobeerd te ondervangen doordat bij veel stoornissen tevens de mate van ernst gespecificeerd moet worden. Helaas wordt er nog steeds overvloedig gebruik gemaakt van de toevoeging "stoornis" aan allerlei classificaties. Vooral bij de minder zware en bizarre beelden doet dat soms wat koddig aan. In mijn vertaling hieronder heb ik de toevoeging soms weggelaten, ook al ten behoeve van beter Nederlands.

Vermindering van het aantal subtypes per stoornis: In eerdere edities werden er voor diverse stoornissen verschillende subtypes onderscheiden om de relatieve heterogeniteit van het ziektebeeld recht te doen. Dat had als probleem dat de concrete patiënt niet altijd goed in één, of slechts één, van de subtypes te vangen was. In DSM-5 zijn veel subtypes (zoals bij autisme en schizofrenie) opgeheven. In plaats daarvan is het begrip "spectrum stoornissen" ingevoerd en moet de relatieve heterogeniteit van een stoornis recht gedaan worden met behulp van nadere specificaties.

Specifiek

Neurale ontwikkelingsstoornissen: Vervangt de categorie "Stoornissen die gewoonlijk eerst in de kindertijd of adolescentie gediagnosticeerd worden".

Daarbij is *mental retardation* vervangen door het reeds lang meer gebruikelijke *verstandelijk gehandicapt*.

Specifieke leerstoornis krijgt ruimere diagnostische criteria, maar met nadere specificaties om specifieke belemmeringen bij het verwerven en gebruiken van resp. gesproken taal, lezen, geschreven taal, en rekenen toch recht te doen.

De criteria voor *AD/HD* zijn verruimd, de subtypen zijn vervangen door nadere specificaties.

Autisme spectrum stoornissen: Asperger's stoornis, de desintegratieve stoornis van de kindertijd, Rett's stoornis en PDD-nos (pervasive developmental disorder, not otherwise specified) worden voortaan meer globaal *Autisme spectrum stoornissen* genoemd. Maar nadere specificaties doen recht aan de heterogeniteit van deze ontwikkelingsstoornis.

Schizofrene spectrum - en andere psychotische stoornissen: Het begrip *spectrum* is toegevoegd aan het label en de subtypes zijn opgeheven. De criteria voor toekenning van het label zijn verruimd. De heterogeniteit van deze categorie moet voortaan recht gedaan worden met een dimensionele ernstbeoordeling van de kernsymptomen.

Depressieve stoornissen:

Ontwrichtende stemming ontregelende stoornis (disruptive mood dysregulation disorder) is toegevoegd om kinderen/jongeren tot 18 jaar niet ten onrechte als bipolair te classificeren. Het gaat om kinderen die langer dan een jaar driemaal of vaker per week lichtgeraaktheid en woede-uitbarstingen vertonen.

Rouw, zich uitend in depressieve symptomen, wordt niet langer uitgesloten van de categorie *Depressieve stoornissen*. Er worden richtlijnen gegeven om verdriet en depressie van elkaar te onderscheiden. *Premenstrueel dysfore stoornis* is toegevoegd.

Angststoornissen: *Posttraumatische stress stoornis* en *acute stress stoornis* zijn verhuisd naar een nieuwe categorie, *obsessief-compulsieve stoornis* is een aparte - verruimde - categorie geworden, *paniekstoornis* en *agorafobie* zijn ontkoppeld. *Separatieangst* en *selectief mutisme* zijn toegevoegd.

Obsessief-compulsieve - en verwante stoornissen is een nieuwe aparte categorie, waarbij uitdrukkelijk gespecificeerd moet worden hoeveel ziekteinzicht de cliënt heeft. Als "verwante stoornissen" gelden onder meer *haarplukdrang*, *velletjesplukdrang* (excoriation disorder). *Bewaardwang* (incl. verzamelwoede) is een van de verwante stoornissen geworden, maakt dus geen deel meer uit van de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis.

Trauma en stressbron gerelateerde stoornissen: *De post-traumatische stress stoornis (PTSS)* en *acute stress stoornis* vallen voortaan in deze nieuwe categorie. *Aanpassingsstoornissen* vallen hier ook onder en worden gedefinieerd als een heterogene verzameling van stressrespons syndromen, optredend na blootstelling aan kwellende gebeurtenissen.

Vraatzucht (binge eating disorder) wordt een aparte diagnose binnen *voedsel en eetstoornissen*.

Geslachtsidentiteit dysforie is een nieuwe categorie, waarin het zich niet thuis voelen in het uitwendige geslachtelijke lichaam centraal staat.

Storend gedrag, gebrekkige impulsbeheersing en gedragsstoornissen is een nieuwe categorie, waarin een aantal stoornissen terecht is gekomen die in DSM-V vielen onder "Stoornissen die gewoonlijk eerst in de kindertijd of adolescentie gediagnosticeerd worden".

Stoffengebruik stoornis: Overmatig gebruik van stoffen en verslaving aan stoffen worden nu gecombineerd in deze overkoepelende categorie. *Gokdrang* is toegevoegd.

Neurocognitieve stoornissen: Dit is een nieuwe categorie waar nu *dementie* en *geheugenstoornis* onder vallen.

Persoonlijkheidsstoornissen: Er is continuïteit met DSM-IV, maar er wordt ook een nieuwe benadering voorgesteld die de tekortkomingen daarvan misschien kan ondervangen. Tekortkomingen zoals: mensen voldoen vaak aan meer dan één persoonlijkheidsstoornis, teveelmensen vallen onder "overige - of ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen". Het alternatief: typeer mensen met een persoonlijkheidsstoornis in termen van verslechterd functioneren en pathologische persoonlijkheidstrekken.

Parafiele stoornissen komt in plaats van parafilia's. Dat laatste begrip wordt nu zonder de connotatie stoornis gebruikt voor uitleving van de seksuele interesse in een gereguleerde omgeving.

6.1. De DSM-5 classificatie

(Elke categorie wordt afgesloten met "Overige varianten" en "een ongespecificeerde variant". Deze worden hier steeds weggelaten.) De hoofdcategorieën worden hier voor de duidelijkheid genummerd, maar dat is in het handboek niet gedaan.

1. Neurale ontwikkelingsstoornissen

Verstandelijke handicaps

Verstandelijke ontwikkelingsstoornis
Globale ontwikkelingsachterstand

Communicatiestoornissen

Taalstoornis
Sprakgeluid stoornis
Stoornis in de vloeiendheid van de spraak (stotteren), met aanvang in de kindertijd
Sociale (pragmatische communicatiestoornis)

Autisme spectrum stoornis

Geassocieerd met een bekende medische -, genetische- of omgevingsconditie
Geassocieerd met een andere neurale ontwikkelingsstoornis, geestesstoornis of gedragsstoornis
Mate van benodigde zorg
Met of zonder bijkomende intellectuele verslechtering, taalverslechtering
Met catatonie

Aandachttekort/hyperactiviteit stoornis

Gecombineerd
Voornamelijk aandachttekort
Voornamelijk hyperactief/impulsief

Specifieke leerstoornis

In lezen, schrijven of rekenen

Motorische stoornissen

Ontwikkelingsstoornis in de coördinatie
Stereotiepe bewegingen stoornis (wel of niet met zelfverwonding)
Geassocieerd met een andere neurale ontwikkelingsstoornis, geestesstoornis of gedragsstoornis

Tic stoornissen:

Tourette's stoornis
Aanhoudende (chronische) motor of vocale tic stoornis
Voorlopige tic stoornis

2. Schizofrene spectrum- en andere psychotische stoornissen

Specificeer:

- a) Na 1 jaar aanhouden van de stoornis:
* eerste episode: nog acuut; gedeeltelijk afgenomen; volledig afgenomen? *
meerdere episoden: gedeeltelijk afgenomen; volledig afgenomen; continu? b)
Met of zonder catatonie?

c) Ernst van de wanen, hallucinaties, verwarde spraak, abnormaal psychomotorisch gedrag, negatieve symptomen, aangetaste cognitie, depressie, manische symptomen?

Schizotypische persoonlijkheidsstoornis

Waanstoornis ^{a,c} (erotomaan, grootheid, jaloezie, achtervolging, somatisch, gemengd; wel of niet bizar van inhoud?)

Korte psychotische stoornissen ^{b,c}

Schizofreniforme stoornis ^{b,c} (schizofrenie, waarbij eerste episode minder dan 6 maanden geleden begonnen is) met of zonder goede prognostische kenmerken?

Schizoaffectieve stoornis ^{a,b,c} bipolaire

type depressieve type

Door stoffen/medicijnen verwekte psychotische stoornis ^c (aanvang tijdens intoxicatie, of tijdens onthouding?)

Psychotische stoornis ten gevolge van een andere medische conditie ^c (met wanen, met hallucinaties?)

Catatonie geassocieerd met een andere psychiatrische stoornis

Catatonie geassocieerd met een andere medische stoornis

Catatonie ten gevolge van een andere medische conditie

Ongespecificeerde catatonie

3. Bipolaire - en verwante stoornissen ^{a)}

Specificeer: met angst (anxious distress): nu mild, matig of ernstig?, gemengd beeld; met snelle wisselingen, melancholische kenmerken, atypische kenmerken, stemmingscongruente of incongruente psychotische kenmerken, catatonie; aanvang na het baren van een kind; jaargetijdenpatroon.

Bipolaire stoornis 1 ^a (= van tijd tot tijd uitgesproken manisch)

Huidige of meest recente episode manisch: mild, matig, ernstig, met psychotische kenmerken, gedeeltelijk afgenomen, volledig afgenomen?

Huidige of meest recente episode hypomaan: gedeeltelijk afgenomen, volledig afgenomen?

Huidige of meest recente episode depressief: mild, matig, ernstig, met psychotische kenmerken, gedeeltelijk afgenomen, volledig afgenomen?

Bipolaire stoornis 2 ^a (= nooit uitgesproken manisch)

Huidige of meest recente episode hypomaan of depressief? gedeeltelijk afgenomen, volledig afgenomen?

Indien gedeeltelijk afgenomen: mild, matig, ernstig?

Cyclothyme stoornis (met angst?)

Stof/medicijnverwekte bipolaire of verwante stoornis (met aanvang tijdens intoxicatie, of tijdens onthouding?)

Bipolaire of verwante stoornis ten gevolge van een andere medische conditie

4. Depressieve stoornissen

^{a)} Zie bij bipolaire en verwante stoornissen.

Ontwrichtende stemming ontregelende stoornis (disruptive mood dysregulation disorder): (heeft betrekking op kinderen, om ze niet als bipolair te classificeren)

Zware (major) depressieve stoornis

Enkele episode (milde, matig, ernstig, met psychotische kenmerken, gedeeltelijk of geheel afgenomen?)

Terugkerende episode (idem)
Aanhoudende depressieve stoornis (dysthymie) Gedeeltelijk of geheel afgenomen?
Vroege of late start; afgewisseld door zware depressieve episodes of niet? Nu mild, matig of ernstig?
Premenstrueel slecht humeur stoornis
Stof/medicijnverwekte depressieve stoornis (met aanvang tijdens intoxicatie, of tijdens onthouding?)
Depressieve stoornis ten gevolge van een andere medische conditie

5. Angststoornissen

Separatie angststoornis
Selectieve mutisme
Specifieke fobie (voor dieren, natuur, bloed etc, situatie)
Sociale angststoornis (sociale fobie)
Paniekstoornis (gepaard gaand met beven, zweten, benauwdheid, borstpijn, duizeligheid, angst gek te worden? enz.)
Agorafobie
Gegeneraliseerde angststoornis
Stof/medicijnverwekte angst stoornis (met aanvang tijdens intoxicatie, of tijdens onthouding?)
Angststoornis ten gevolge van een andere medische conditie

6. Obsessief-compulsieve - en aanverwante stoornissen ^{a)}

Specificeer: met goed of redelijk inzicht, slecht inzicht, afwezig inzicht/waanachtige denkbeelden

Obsessief-compulsieve stoornis ^{a)}
Stoornis met denkbeelden over misvormd eigen lichaam ^{a)} (body dysmorphic disorder)
Met betrekking tot spieren?
Bewaardwang ^{a)} (hoarding disorder); specificeer of er ook sprake is van verzamelwoede
Trichotillomania (haarplukdrang)
Velletjesplukdrang (excoriation)
Obsessief-compulsieve en verwante stoornissen, opgewekt door een stof of medicijn
Obsessief-compulsieve en verwante stoornissen ten gevolge van een andere medische conditie
(Welke van de bovengenoemde stoornissen domineert?)

7. Trauma- en aan een stressbron gerelateerde stoornissen

Reactieve hechtingsstoornis (van kind naar ouders) (aanhoudend, ernstig?)
Ontremde contactlegging stoornis (van kind naar vreemde) (aanhoudend, ernstig?)
Posttraumatische stress stoornis (ook voor kinderen ≤ 6 jaar)
Acute stresstoornis
Aanpassingsstoornissen
Met depressieve -, angstige -, of gemengd angstig-depressieve stemming, met gedragsstoornis, met gemengd emotionele - en gedragsstoornis?

8. Dissociatieve stoornissen

Dissociatieve identiteitsstoornis
Dissociatief geheugenverlies Met dissociatieve vlucht?
Depersonalisatie/derealisatie stoornis

9. Somatische symptoom - en aanverwante stoornissen

Somatische symptoom stoornis Met vooral

pijn?

Aanhoudend?

Nu mild, matig, ernstig?

Angst voor ziekte stoornis (zorg zoekend, zorgmijndend?)

Conversiestoornis (functionele neurologische symptoom stoornis)

Specificeer: met zwakte of verlamming, abnormale beweging, slikproblemen, spreekproblemen, aanvallen, zintuiglijke uitval, zintuiglijke symptomen, gemengde symptomen Acute episode of aanhoudend?

Met (welke?) of zonder psychologische stressbron?

Psychologische factoren die andere medische condities beïnvloeden

(nu mild, matig, ernstige of extreem?)

Gesimuleerde stoornis (incl. jezelf opgelegd, of een ander opgelegd) Enkele episode of terugkerende episodes?

10. Voedsel - en eetstoornissen

(gedeeltelijke of volledige afname; nu mild, matig, ernstige of extreem?) Pica (oneetbare dingen eten): kinderen, volwassenen?

Rumineren (voedsel braken, en dan herkauwen, doorslikken of uitspugen)

Vermijdende of inperkende voedselinname

Anorexia nervosa (type dat vast, of type dat schrokt en dan braakt/laxeert)

Boulimia nervosa

Vraatzucht (binge eating)

11. Uitscheidingsstoornissen

Bed-/broekplassen (enuresis) (nachtelijk, overdag of beide?)

Bed-/broekpoepen (encopresis) (met of zonder verstopping of incontinentie)

12. Slaap-/waakstoornissen

a)

Specificeer: episodisch, aanhoudend, terugkerend b)

Specificeer: acuut, subacuut, aanhoudend c)

Specificeer: mild, matig, ernstig

Slapeloosheid^a (comorbide met andere DSM-V stoornis, met iets medisch', met een andere slaapstoornis)

Overmatige slaap^{b, c} (idem)

Narcolepsie^c (te pas en te onpas in slaap vallen) (specificeer allerlei mogelijke oorzaken en bijverschijnselen)

Ademhalingsgerelateerde slaapstoornissen

Belemmerde slaap apneu ademtekort

Apneu midden in de slaap (2 subtypes)

Slaapgerelateerde ondermaatse ademhaling (3 subtypes)

Slaap-waak stoornissen in het biologische ritme (vooruitlopend, achterlopend, onregelmatig, geen 24 uur, ploegendienst type)

Afwijkende slaapstoornissen

Diepe slaap verstoringen (slaapwandelttype, paniek type)
Nachtmerrie stoornis^{b,c} (tijdens in slaap vallen, met andere stoornissen gepaard)
REM slaap stoornis (overmaat aan geluiden en bewegingen)
Rusteloze benen syndroom
Slaapstoornis ten gevolge van stoffen/medicatie

13. Seksuele disfuncties

- a)
Specifickeer: levenslang, verworven
b)
Specifickeer: gegeneraliseerd, situationeel c)
Specifickeer: nu mild, matig, ernstig

Vertraagde zaadlozing^{a,b,c}

Erectiestoornis^{a,b,c}

Vrouwelijk orgasme stoornis^{a,b,c}

Vrouwelijke seksuele interesse/opwindingsstoornis^{a,b,c}

Genitaliën-bekken pijn/penetratie stoornis^{a,c}

Mannelijke onder-actieve seksuele begeerte^{a,b,c}

Voorbarige zaadlozing^{a,b,c}

Stof/medicatie veroorzaakte seksuele disfunctie^c (met aanvang tijdens intoxicatie, of tijdens onthouding?)

14. Geslachtsidentiteit dysforie

Geslachtsidentiteit dysforie

In kinderen (gepaard gaand met een stoornis in de seksuele ontwikkeling?)

In adolescenten en volwassenen gepaard gaand met een stoornis in de seksuele ontwikkeling?
na geslachtsverandering?

15. Storend gedrag, gebrekkige impulsbeheersing en gedragsstoornissen

Oppositieel gedragstoornis (nu: mild, matig of ernstig?)

Regelmatige woede-uitbarstingen

Gedragsstoornis (begonnen in de kindertijd, in de adolescentie, ongespecificeerd) Met beperkte sociale emoties?

Nu mild, matig of ernstig?

Antisociale persoonlijkheidsstoornis

Pyromanie

Kleptomanie

16. Stofgerelateerde en verslavingsstoornissen a)

Specifickeer: beginnende afname, volgehouden afname

b)
Specifickeer: in een beheerste omgeving c)

Specifickeer: met waarnemingsstoornissen

Stofgerelateerde stoornissen

Alcoholgebruik stoornis^{a,b} (mild, matig, ernstig?)

Alcoholvergiftiging (bij milde, matig of ernstige gebruikstoornis, zonder gebruikstoornis?)

Alcohol onthouding ^c (zonder of met waarnemingsstoornissen?)
Coffeïnegelateerde stoornissen (overmatig, vergiftiging, onthouding?)
Cannabisgerelateerde stoornissen
 Cannabis gebruiksstoornis ^{a,b} (mild, matig, ernstig?)
 Cannabis vergiftiging ^c (zonder of met waarnemingsstoornissen, bij mild, matig, ernstig gebruik) Cannabis onthouding
Hallucinogenengerelateerde stoornissen ^{a,b} (diverse specificaties)
Inhalatiestoffen ^{a,b} (overmatig gebruik, vergiftiging?)
Opiatengerelateerde stoornissen ^a (overmatig gebruik, vergiftiging? ^c, onthouding)
Kalmerende stoffen, slaapmiddelen, angstdempers ^{a,b} (mild, matig, ernstig?)
 Vergiftiging, onthouding? ^c
Stimulantiagerelateerde stoornissen (overmatig gebruik, vergiftiging, onthouding ^c; amfetamine, cocaïne
Tabakgerelateerd (overmatig gebruik, onthouding?)

Niet-stofgerelateerde stoornissen

Gokdrang (episodisch of aanhoudend?; mild, matig of ernstig?)

17. Neurocognitieve stoornissen

Delirium (door stofvergiftiging, stofonthouding, medicatie, andere medische conditie, meerdere oorzaken; acuut of aanhoudend; hyper-, hypo- of wisselend actief)

Zware en milde neurocognitieve stoornissen

Door Alzheimer
Frontotemporale afwijkingen
Door Lewy bodies (in hersencellen zich ophopende eiwitten)
Door vaatproblemen
Door traumatische hersenbeschadiging
Door HIV infectie
Door Prion ziekte (infectie met een misvormd eiwit)
Door ziekte van Parkinson
Door ziekte van Huntington
Door meervoudige oorzaken

18. Persoonlijkheidsstoornissen

Cluster A (zonderling, excentriek)

Paranoïde
Schizoïde
Schizotypisch

Cluster B (dramatisch, emotioneel, grillig)

Antisociaal
Borderline
Theatraal
Narcistisch

Cluster C (angstig)

Vermijdend

Afhankelijk
Obsessief-compulsief

Overige

T.g.v. een medische conditie (labiel, ontremd, agressief, apathisch, paranoïde, gecombineerd,...)

19. Seksuele afwijkingen (parafiele stoornissen)

Specificeer indien: in een gereguleerde omgeving (spreek dan van parafilie en niet van stoornis, behalve bij pedofilie); volledig afgenomen

Voyeurisme

Exhibitionisme (naar kinderen en/of seksueel volwassenen?)

Frotteurisme (heimelijke seksuele aanrakingen)

Seksueel masochisme (met verstikking?)

Seksueel sadisme

Pedofiele stoornis (tevens tot volwassenen aangetrokken? eigen en/of andere sekse?, beperkt tot incest?)

Fetisjisme (lichaamsdelen, voorwerpen, overige?)

Travestie (met fetisjisme? opgewonden door idee/beeld vrouw te zijn)

Overige (necrofilie, zoöfilie, coprofilie, etc.)

20. Bewegingsstoornissen en andere onprettige effecten van medicatie

Opgeroepen door neuroleptica, door snel stoppen met antidepressiva, overige

Neuroleptica kunnen opwekken: Parkinson-achtige beelden, maligne syndroom, acute dystonie (spiersamentrekkingen), acute akathisie (rusteloze bewegingen), tardieve dyskinesie (onwillekeurige bewegingen van de tong, onderkaak etc.), tremor.

21. Andere toestanden die psychologische zorg kunnen behoeven

Relationele problemen

Met betrekking tot gezin van herkomst Met
betrekking tot primaire steungroep

Misbruik en verwaarlozing Kinderen:

Fysiek en/of seksueel misbruik van kinderen (feitelijk of vermoed)

Verwaarlozing van kinderen (feitelijk of vermoed)

Psychologische mishandeling van kinderen Volwassenen:

Fysiek geweld tegen partner (feitelijk of vermoed)

Seksueel geweld tegen partner (feitelijk of vermoed)

Verwaarlozing van partner (feitelijk of vermoed)

Psychologische mishandeling van partner (feitelijk of vermoed)

Mishandeling door een niet-partner

Onderwijs en werkproblemen

Huisvesting- en economische problemen

Andere problemen met betrekking tot de sociale omgeving

Problemen met misdaad of met het rechtssysteem

(Slachtoffer, veroordeling, hechtenis, ontslag uit hechtenis)

Andere GGZ-contacten voor counseling en medisch advies (bevreedende subcategorie!)

Bijv. counseling voor seksuele problemen

Andere psychosociale, persoonlijke of omgevingsproblemen

(Religies, ongewenste zwangerschap, ongelijkheid, hulpverleners, terrorisme, rampen, oorlog, vijandelijkheden)

Overige omstandigheden van de persoonlijke levensgeschiedenis

(Trauma, zelfverwonding, militaire inzet, overige risicofactoren, levensstijl, antisociaal gedrag)

Onbereikbaarheid van gezondheidszorg

Ontrouw aan medische behandeling (ook obesitas, simulatie, zwerven, zwakbegaafdheid)

Kijk ook beslist op www.psychiatry.org/dsm5. Hierop staat een ongelofelijke hoeveelheid extra informatie en hulpmiddelen, waaronder vragenlijsten!

Daarnaast: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>, de website van de DSM-5 Task Force.

Replik op de kritiek van Frances Allen: <http://www.psychiatrytimes.com/articles/setting-record-straight-response-frances-commentary-dsm-v>

Tekst: Peter Prudon (eigen vertaling)

13-6-2013 update 19-6-2013

7.0 Bijlage 3: Passieve imaginatie;

De Bondgenoot

Terwijl je heerlijk diep ontspannen kunt zijn tel ik van 3 naar 0 en bij iedere tel kun je nog meer en nog dieper ontspannen.....3 en dieper en dieper ontspannen ...2 meer en meer 1 ... en 0 en stel je maar voor dat je heerlijk verder kunt ontspannen terwijl je nu op een plek buiten in de natuur bent.... Een plek helemaal voor jou alleenhet kan een plek zijn die je kent of die zo in je fantasie opkomt...het kan ook een plek zijn die je bedenkt... het maakt niet uit het is jou plek.....er staat daar op die mooie rustige plek ook een heel oude .. stevige – mooie boom...loop maar naar deze boom toe,, en terwijl je dichterbij komt zie je dat er een bankje tegen de boom aan staat waar jij op kunt gaan zitten....terwijl je gaat zitten voel je dat de boom perfect gevormd is zodat je er heerlijk en ontspannen tegenaan kunt zitten....en kijk maar vanuit deze plek om je heenhet is er wijds.... én zeer behaaglijk...kijk maar eens rustig om je heen terwijl je nog meer ontspant en geniet van deze plek. Je kunt de temperatuur op je huid voelen,... je kunt de geuren ruikenje kunt ook de geluiden horen.....terwijl je meer en meer ontspant en voel de energie van deze boom.....het stevig en het voelt als heel erg behaaglijk en je voelt dat deze boom jou kent... door en door... het voelt als een bondgenoot... en deze boom kent jou.... Jou hele leven kent hijen je bent blij verrast als deze boom begint te vertellen wie jij bent en waarom je bent zoals je bent.....-.....

En misschien heb jij een vraag.....stel dan je vraag en luister wat je bondgenoot heeft te vertellen.....wacht maar rustig af ... het kan een woord zijn of een zin.....

Hij weet ook wat je nodig heeft en terwijl je zo tegen de boom zit kun je voelen dat hij warme en krachtige ontspannen energie uitstraalt..... laat het maar helemaal toe..... in je lichaam...voel de steun in je rug die je bondgenoot je geeft..... terwijl je lichaam meer en meer gevuld wordt met een ontspannen energie.... Voel maar hoe het meer en meer ontspannen wordt in je buik.....en de rest van je lichaam.....

En als het helemaal goed voelt kun je de bondgenoot bedanken voor zijn aanwezigheid en wordt het tijd om afscheid te nemen.... En hij verteld je dat als je hem nodig hebt dat je altijd terug kunt komen...

Je staat op en loopt terug naar waar je vandaan komt..... en terwijl je terug loopt tel ik van 0 naar 3 en komt je meer en meer terug 3.. meer en meer terug op je matrasje 2 hier in de ruimte....1 meer en meer terug in het hier en nu, in je eigen tempo 0.. en wordt je maar bewust dat je hier in deze ruimte bent...open je ogen en rek je maar even heerlijk uit.....

René Veraar

Huisje op de heuvel

... en terwijl je zo verder dwaalt door het heel mooie, wonderlijke bos, kom je eensklaps bij een grote open plek, met een heuvel, en op die heuvel daar staat een huisje, een huisje met maar één raam van heel dik glas, en je loopt de heuvel op naar het huisje toe, en je bemerkt dat er maar één raam is, één raam met heel erg dik glas, en achter dat glas daar brandt licht, zodat je naar binnen kunt kijken, en alles kunt waarnemen, en watje daar ziet, dat zijn alle oorzaken van je problemen... en je bemerkt dat je daar zo van een afstand, veilig kunt bemerken, want het raakt je niet meer, het kan niet bij je komen, zodat je opgelucht kan, mag kijken, naar al die oorzaken van je probleem, om te beleven dat het je niets meer doet, want het doetje niets meer, het raakt je niet meer, en je kunt nog verder naar binnen kijken, zodat je alles gemakkelijk kunt overzien, want het heeft geen invloed meer op je, zodat je er ergens in jezelf wel om kunt glimlachen, en lach er maar om want het raakt je niet meer, zodat je weet, dat je er niet meer zo mee bezig hoeft te zijn, zodat je je schouders daarvoor mag ophalen, want het doet je niets meer...

... en wanneer je nu zo alles genoeg bekeken hebt, zodat het je niet meer interesseert, dan kun je onder het raam een knop vinden waarmee je het licht aan en uit kunt doen en wanneer je er nu zo genoeg van hebt, alles hebt gezien wat nodig is, dan doe je het licht maar uit, zodat je het niet meer kan zien, en dan laat je alles maar opgelucht links liggen, wanneer je nu weer de heuvel afloopt naar het bos toe, blij dat je beseft dat alles nu achter de rug is...

... en wanneer je nu zo weer bij het bos bent aangekomen, dan kijkje nog maar even achterom, en dan zie je nog diezelfde heuvel, maar dat huisje, dat is veel kleiner geworden, en je kunt zo heel verwonderd halt houden om te bemerken hoe klein dat huisje wordt, steeds kleiner, tot het al haast niet meer te zien is, tot het nu helemaal weg is, zodat je zo opgelucht kunt ademen om te beseffen, dat dat achter je ligt... en dan ga je maar verder om te genieten van alles watje ervaart in dat hele mooie bos...

Rita Gras

Opdracht: EMDR master Practitioner

Je hebt de 4-daagse EMDR opleiding gevolgd en kunt nu starten met het supervisie programma. Je gaat 4 digitale EMDR opnames maken in jou eigen praktijk of organisatie, daarbij maak je ook een korte beschrijving in het Word format, dit wordt verder nog toegelicht.

Je hebt 6 maanden de tijd om het supervisie programma af te ronden.

Als je na 6 maanden nog niet klaar bent dan moet je eerst naar een EMDR praktijkdag. Na het volgen van de EMDR praktijkdag heb je weer 6 maanden de tijd om het supervisie traject af te ronden.

➤ De opdracht - Opname:

De opname stuur je op als Mp3 of Mp4 (lage resolutie) bestand met een maximale grootte van 200 mb.

Je start de opname bij het naar voren halen van de trigger die je wilt behandelen en vraagt daar de target uit, de MES, de SUD, de NC en PC en dan start je met de BS.

Alle stappen in het protocol moeten te horen zijn dus tot en met de PC en de lichaamsscan en afronding.

➤ De opdracht - Word document (format)

Bij de opname stuur je ook een Word format. Dit Word format is te downloaden op de EMDR website onder de volgende link <http://www.emdr-therapeuten.nl/inloggen/>.

De inlogcode heb je gekregen van de docent aan het einde van de laatste lesdag. Vul onderstaand in:

Inlogcode:.....

In het format maak je een korte omschrijving over de cliënt met de door jou bevonden thema's. Met daaruit

de trigger(s) en uit de triggers de target(s). Welke target je in deze opname behandelt. Hoogste of laagste SUD. Heeft cliënt de uitleg gehad wat EMDR is. Begreep de cliënt deze?

Beschrijf kort een inschatting van de As-sen en GAF schaal (DSM-IV en DSM 5 mag ook)

Deze inschatting dient iedereen te kunnen doen om rode vlaggen te signaleren. Beschrijving afwijkend protocol bijv. als je geen NC hebt vast kunnen stellen.

Je stuurt je opname en het Word document op via www.wetransfer.com waar je het volgende adres e-mail in gebruikt info@bivt.nl.

- Geef het opname bestand de naam : 'EMDR supervisie sessie 1, hier je eigen naam'.
- Geef het Word document de naam: 'EMDR supervisie sessie 1, hier je eigen naam'.

Voorbeeld naamgeving ► EMDR sessie 1, Rene Veraar ◀

Nadat je de feedback hebt ontvangen mag je de volgende sessie insturen met de feedback daarin verwerkt, je stuurt dus 1 sessie per keer en wacht eerst de feedback af voordat je een nieuwe sessie instuurt.

Na ontvangst bij het secretariaat ontvang je binnen 2 a 6 werkweken feedback.

Mocht de 4^e sessie nog niet voldoende beoordeeld worden dan krijg je extra ruimte om een 5^e sessie in te sturen. Hiervoor wordt € 55,00 in rekening gebracht.

Na een positief resultaat maak je een eindverslag en krijg je het certificaat tot “EMDR master Practitioner” opgestuurd. Je ontvangt tevens 10 EMDR folders voor je praktijk. Bijbestellen kan. De EMDR folders bedragen € 0,55 excl. Btw.

PS: Naomi behandelt alle mails op het secretariaat en heeft alle communicatie met de deelnemers en docenten. Zij heeft expliciet de opdracht als hierboven beschreven exact zo te hanteren. Je mag dus geen andere mogelijkheden aangeven of sturen.

Succes!

➤ **Vermelding op je eigen website**

Vermelding op je eigen website: EMDR practitioner i.o. na de 4 daagse EMDR opleiding
Na het behalen van certificaat: EMDR master Practitioner.

➤ **Vervolg programma tot EMDR Therapeut.**

Hierna volgt nog een programma indien gewenst tot "EMDR therapeut".
De opdracht en uitleg over dit programma krijg je meegestuurd na het behalen van je certificaat tot EMDR master Practitioner.

➤ **EMDR Website vermelding**

Alle “EMDR master Practitioners” worden tot 1 januari van het komende jaar gratis vermeld op de website van “De samenwerkende EMDR therapeuten Nederland”. www.emdr-therapeuten.nl
Bij aanvang van het 1^e volle jaar zal er een fee voor deelname/website vermelding een kostprijs bijdrage van € 40,00 excl. btw in rekening worden gebracht per adres.

Deelnemer is zelf verantwoordelijk over het juist aanleveren van de NAW gegevens voor de website.

NAW gegevens die via inschrijving hebben plaatsgevonden worden slechts voor de BivT administratie gebruikt en die gegevens komen ook op je certificering. Foutjes hierin zijn dus eigen verantwoordelijkheid en als je alsnog een ander certificaat wilt zijn daar kosten a € 22.50 aan verbonden!

Vermelding op de site verplicht je om minimaal één keer per jaar een EMDR praktijk dag/ casuïstiek dag/ masterclass te volgen, deze dagen staan omschreven op de website: www.bivt.nl.

➤ **Extra informatie**

BivT faciliteert in het verder ontwikkelen en verdiepen van EMDR maar wil ook blijven steunen waar nodig. Wat kun je doen als je hulp nodig hebt, verdieping wilt of je hebt behoefte om een cliënt situatie te bespreken?

- Intervisiegroepen formeren
- Hulp inroepen van een supervisor via BivT dat kan telefonisch of via skype. Men levert de casuïstiek met de vragen digitaal aan, per mail, zodat er kort en efficiënt gewerkt kan worden. Kosten per 5 min € 9,50
- Consult aanvragen bij een supervisor → geldend tarief van de desbetreffende supervisor.
- Zelf een sessie ondergaan en opnemen als voorbeeld → geldend tarief van de supervisor

- Praktijkdag waar je ook casuïstiek kunt inbrengen zie de site van het BivT onder praktijkdagen. Alle praktijkdagen zijn geaccrediteerd en leveren bijscholingspunten op voor de beroepsvereniging. Er zijn ook verschillende thema dagen zoals kinderen, autisme, (on)gecompliceerde protocollen, verslavingen. En er zijn er nog een aantal in ontwikkeling. Fijn voor het opfrissen van je kennis en voor verdieping.

Met vriendelijke groet,
René Veraar hoofddocent en
Karin Bargeman docent Zwolle

Bijlage supervisie programma

Datum opname:

Naam behandelaar/student:

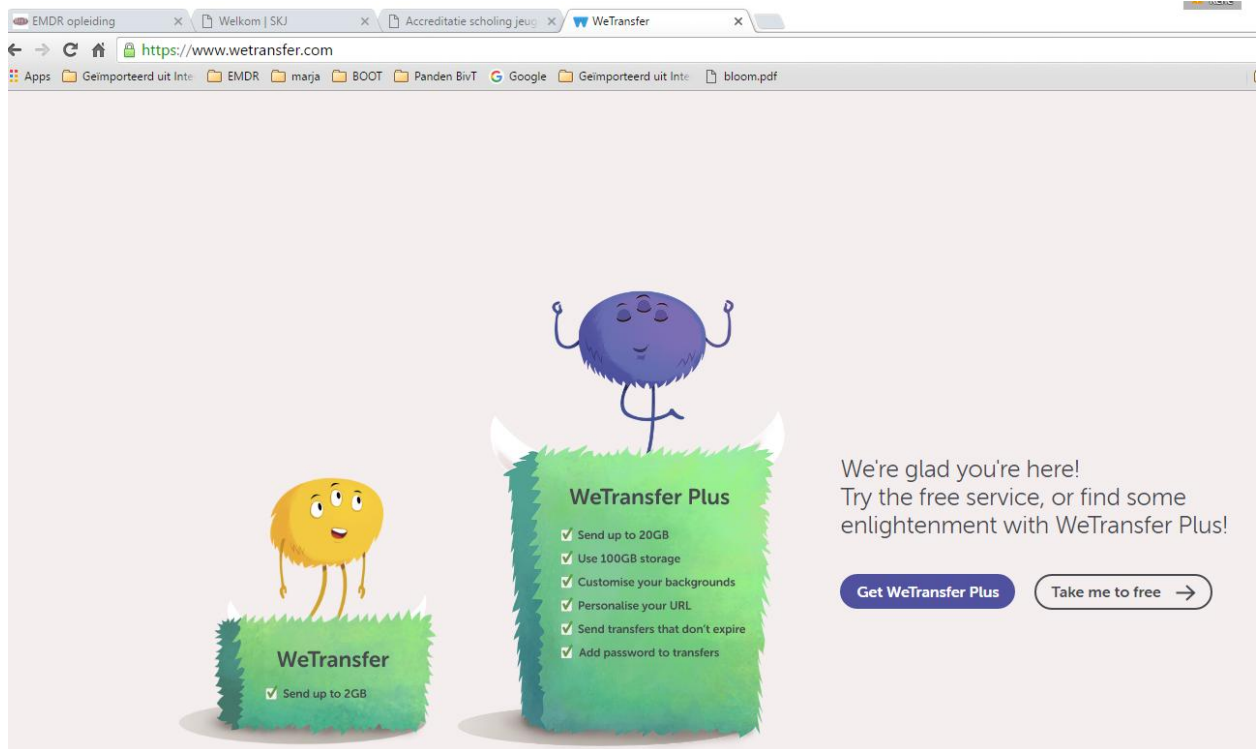
Eigen praktijk: ja / nee

Werkt in instelling: ja / nee

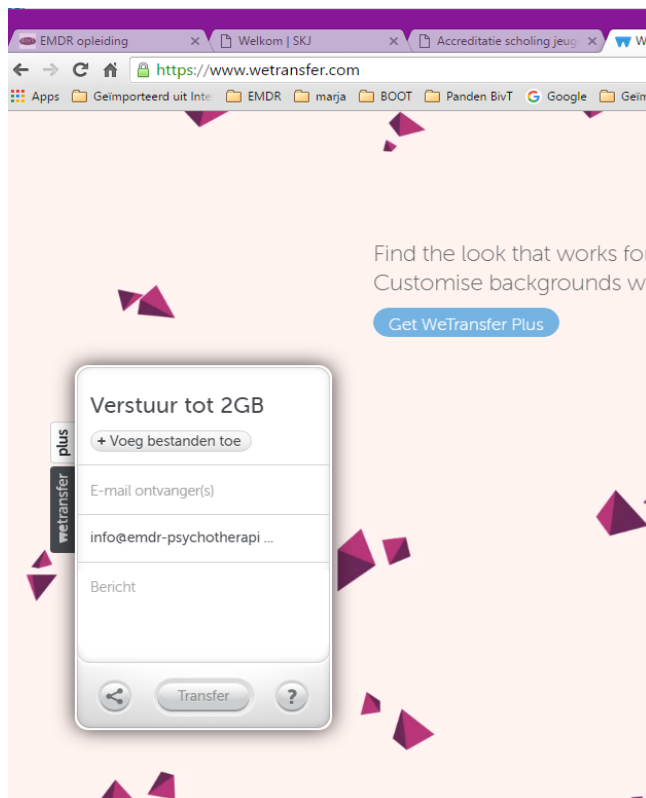
Supervisie sessie inbreng:

Naam cliënt/ leeftijd:

Intake / A4 beschrijving	
Hulpvraag	
Korte omschrijving thema (s)	
Korte omschrijving Trigger (s) Bij meer trigger beschrijf kort..	
Korte omschrijving target (s) Meer targets beschrijf kort	
Welke sessie – hoeveelste? Welk target behandel je?	
Hoogste of laagste SUD? Waarom?	
Inschatting Diagnose DSM-IV of DSM-V <i>'altijd invullen'!</i>	
GAF inschatting	
Extra opmerking over sessie? Afwijking in protocol omdat?	



Ga naar www.wetransfer.com en klik op 'Take me to free >'.



Klik op 'Voeg bestanden toe'- en haal hier je bestanden 'opname en Word-document op'.

Opname moet een MP3 of MP4 zijn.

Word of PDF document 1 A4tje

E-mail ontvanger = info@bivt.nl en 'Je e-mail = je eigen mail adres.

Bericht - voeg eventueel klein berichtje en klik op 'Transfer'.



EMDR Casuïstiekdag

Leren vanuit de praktijk

© BivT Beverwijk

Niets uit deze oplage mag zonder schriftelijke toestemming gebruikt of vermenigvuldigd worden.

BivT secretariaat • Koningstraat 75a (achter) • 1941 BB Beverwijk • Telefoon: 0251-222210
E-mail: info@bivt.nl • Website: www.bivt.nl • btwnr.8522.40.181.B.01
KvK 56655037 • IBAN: NL 77 INGB 0003 3179 74 • BIC: INGBNL2A • t.n.v. BivT Bijscholing instituut voor Therapeuten
Op al onze activiteiten zijn onze Algemene Voorwaarden van toepassing. Die kunt u lezen op www.bivt.nl



Inhoud

Inhoud	3
1.0 Basisinformatie	4
1.1 Programma	4
1.2 Doelstelling(en).....	4
1.3 Plaatsing van de cursus binnen de gezondheidszorg.....	4
1.4 Tijdsbesteding	4
1.5 Toetsing.....	4
Literatuur.....	5

1.0 Basisinformatie

1.1 Programma

Dag 1:

Huiswerk:

Vooraf: Neem een casus mee uit je praktijk welke je graag zou willen bespreken tijdens de lesdag en denk na over vragen die je zou willen stellen.

De lesdag verloopt als volgt:

- Kennismaking
- Vraagstelling inbreng
- Casus inbreng
- (Voorbeelden)
- Plenair werken
- Afsluiting en evaluatie

1.2 Doelstelling(en)

Na de scholing heeft de student:

- De kunde om EMDR toe te passen binnen de behandelde thematiek

1.3 Plaatsing van de cursus binnen de gezondheidszorg

Psychologen, therapeuten, coaches, counsellors, psychosociaal hulpverleners, maatschappelijk werkers, artsen, hypnotherapeuten, regressietherapeuten en andere paramedici uit de reguliere en complementaire hulpverlening die ervaring hebben met EMDR.

1.4 Tijdsbesteding

De cursus bestaat uit 1 contactdag bestaande uit ongeveer 6 contacturen.

1.5 Toetsing

Geef aan op welke manier getoetst wordt dat de studenten hun competenties hebben behaald. Vul de tabel in waarin je toetsing koppelt aan de doelstelling:

Doel (zie 1.2)	Toetsing
1.	De doelstelling wordt getoetst doormiddel van de plenaire behandeling van de ingebrachte casussen

2.0 Omschrijving EMDR Casuïstiekdag

De EMDR casuïstiekdagen zijn ontwikkeld voor 'EMDR practitioners i.o.', 'EMDR master Practitioners' en 'EMDR therapeuten' die bij het BivT of EMDR Nederland (VEN) de opleiding hebben gevolgd. Het verantwoordelijk gebruik maken van de EMDR protocollen gaat gepaard met ervaring en nieuwe ontwikkelingen binnen het werken met deze methodiek.

EMDR wordt ingezet bij de vele psychopathologische stoornissen voor zowel trauma type I als trauma type II, angststoornissen en bij emotionele en somatische stoornissen. Bij de casuïstiek dagen is het de bedoeling dat jij als deelnemer casuïstiek uit de praktijk meeneemt. Dit kan eventueel specifiek binnen een thema zijn (zoals het werken met, kinderen, autisme, ADHD, chronische pijn, verslavingen etc.). Hiervoor zijn verschillende dagen gepland (zie planning).

Naast casuïstiekdagen kennen we ook themadagen en masterclasses. Themadagen zijn volledig gericht op de thematiek van deze lesdag en zal de docent alleen voorbeelden uit de EMDR casuïstiek behandelen en voorleggen. In de themadagen komt ook een stukje (theoretische kennisverbreding) voor.

Masterclasses worden door zeer ervaren EMDR therapeuten begeleid worden en wordt onder supervisie twee a drie casussen volledig behandeld. De masterclass is een exclusieve dag voor diegenen die het EMDR therapeut certificaat hebben behaald en zich willen blijven professionaliseren. De groepsgrote is maximaal negen.

De samenwerkende EMDR master Practitioners en EMDR therapeuten zijn bij BivT opgeleid en worden verplicht gesteld om een themadag, casuïstiekdag of masterclass minimaal één keer per jaar te volgen om de professionaliteit te waarborgen en onderscheid te maken.

3.0 Literatuur

Voor EMDR wordt onderstaande literatuur aangeraden.

A. de Jongh & E. ten Broeke, *Handboek EMDR*, **Pearson Assessment and Information**, 2013, 184pag., ISBN13:9789026522574

E. ten Broeke, A de Jongh, *Praktijkboek EMDR*, **Pearson Assessment and Information**, 2012, 504 pag. ISBN13:9789026522550



Themadag EMDR Kinderen

Docent: Marjon van der Sar-Borst



© BivT Beverwijk

Niets uit deze oplage mag zonder schriftelijke toestemming gebruikt of vermenigvuldigd worden.

BivT secretariaat • Koningstraat 75a (achter) • 1941 BB Beverwijk • Telefoon: 0251-222210

E-mail: info@bivt.nl • Website: www.bivt.nl • btw.nr.8522.40.181.B.01

KvK 56655037 • IBAN: NL 77 INGB 0003 3179 74 • BIC: INGBNL2A • t.n.v. BivT Bijscholing instituut voor
Therapeuten

Op al onze activiteiten zijn onze Algemene Voorwaarden van toepassing. Die kunt u lezen op www.bivt.nl



Inhoud

Inhoud.....	3
1.0 Basisinformatie.....	5
1.1 Programma	5
1.2 Doelstelling	5
1.3 Plaatsing van de cursus binnen de gezondheidszorg	5
1.4 Tijdsbesteding.....	5
2.0 Theorie:	6
2.1 Werkwijze voor het werken met EMDR met kinderen	6
2.3 Huiswerkopdrachten.....	9
3.0 Opzet behandeling zelfbeeldreparatie	10
3.1 Casusconceptualisatie.....	10
4.0 EMDR protocol Story Telling, volgens Lovett	14
4.1 Aandachtspunten bij Storytelling:	16
4.2 Storytelling bij gedragsproblemen:	16
4.3 Storytelling bij een onbekend verhaal:	16
5.0 EMDR behandelprotocol voor kinderen en jongeren tot 18 jaar:.....	17
FASE 1: Voorgesprek (1 ^e ontmoeting).....	17
FASE 2: Voorbereiding.....	17
FASE 3: start EMDR-behandeling.....	20
FASE 4: Densensititatie	24
FASE 5: Installatie van de PC	26
FASE 6: PCI.....	27
FASE 7: Lichaamsscan (inclusief korte BS)	27
FASE 8: Beëindiging/afronding en Positief Afsluiten	27
FASE 9: Volgende sessie, evaluatie.	28
FUTURE TEMPLATE:.....	29
6.0 Trauma gerelateerde diagnoses in DSM-IV, leeftijdsspecifiek.	31
6.1 Aanpassingsstoornis	31
6.2 Acute stressstoornis	31
6.3 De DSM-IV heeft de diagnostische criteria voor acute stressstoornis als volgt omschreven:	32
6.4 Posttraumatische Stressstoornis	32
6.5 Leeftijdsspecifieke reacties na een traumatische gebeurtenis	34
6.7 Complexe PTSS (type II trauma)	34
8.0 Literatuur	36
9.0 Bijlagen:	37
Intake interview met het kind	37
Aanpassingsmogelijkheden 9-18 jarigen protocol.	39
Future template.....	41
Checklist EMDR, c.q. aantekeningenblad.....	42
Intake vragenlijst voorbeeld	43
Presentatie	50



1.0 Basisinformatie

1.1 Programma

1. Introductie
2. Kennismaking met andere deelnemers
3. Doel van de Praktijkdag
4. Oefening 1: inventarisatie leerdoelen
5. Nabespreken/ervaringen uitwisselen
6. Theorie:
 - Leeftijdsspecifieke reacties PTSS
 - EMDR protocol naar leeftijd
 - Werken met de laatjes
7. Oefening 2
8. Theorie:
 - Storytelling
 - Opzet behandeling zelfbeeldreparatie
 - Video zelfbeeldreparatie
9. Oefening 3
10. Nabespreken/ervaringen uitwisselen

1.2 Doelstelling

Op deze praktijk professionaliseringsdag komen toepassingen van EMDR geheel aan de orde. We geven feedback op alle vragen en er worden praktijk sessies gegeven. Alle protocollen krijgen aandacht en u kunt zelf sessies geven die tevens ter beoordeling voor het examen/ supervisie programma kunnen meetellen.

Een praktijk professionaliseringsdag met als doel een praktische verdieping in de methodieken. Tijdens de scholing wordt er gewerkt aan de volgende competenties:

- Brede professionalisering
- Creativiteit en complexiteit in handelen
- Probleemgericht werken
- Methodisch en reflectief denken en handelen

Toetsing van deze doelstelling geschiedt aan het eind van de dag, aan de hand van het voorleggen van een casus aan de cursisten. Deze casus wordt eerst in kleine groepjes behandeld en daarna gezamenlijk besproken.

De EMDR praktijkdagen zijn verplicht voor iedereen die de opleiding heeft afgerond. EMDR Master Practitioners en EMDR therapeuten moeten deze dag minimaal 1 keer per jaar volgen.

* Als deze verplichting niet nagekomen wordt mag men de EMDR methodiek niet meer uitvoeren en zal er melding gemaakt worden bij de aangesloten beroepsvereniging

1.3 Plaatsing van de cursus binnen de gezondheidszorg

De cursus is bedoeld als bij en nascholing voor Psychologen, therapeuten, psychosociaal hulpverleners, maatschappelijk werkers, artsen, hypnotherapeuten, regressietherapeuten en andere paramedici uit de reguliere en complementaire hulpverlening en in opleiding zijnde.

De EMDR praktijk professionaliseringsdagen kunnen alleen gevolgd worden door 'EMDR Master Practitioners en EMDR therapeuten' die bij het BivT opgeleid zijn en EMDR Nederland (VEN) therapeuten. Deze laatste moeten aantonen de opleiding te hebben gevolgd bij de VEN.

1.4 Tijdsbesteding

De cursus bestaat uit 1 contactdag en heeft 6 SBU. De dag is geheel praktijkgericht ingedeeld.

2.0 Theorie:

2.1 Werkwijze voor het werken met EMDR met kinderen

Inventariseer eerst de klachten/symptomen:

Hier dient gekeken te worden naar de leeftijd van de kinderen.

Bij zeer jonge kinderen, zullen de ouders doorgaans de klachten in een intake beschrijven.

Bij de overige kinderen dient de therapeut steeds te kijken of de klachten die de ouders beschrijven in de intake ook de klachten van het kind zijn.

Formuleer het therapeutisch doel van de procedure voor het kind

“We gaan nu samen uitzoeken welke herinneringen van belang zijn om jouw klachten te begrijpen en te verminderen. We denken dat jouw klachten zijn begonnen na een gebeurtenis die je een keer hebt meegemaakt en erger zijn geworden na andere gebeurtenissen, die later plaatsvonden. Je hebt geleerd door die eerste gebeurtenis ... [bijvoorbeeld bijna aangereden door een auto] om.....[bijvoorbeeld bang te zijn voor oversteken]. Wat je toen meemaakte, zit nog in je hoofd als een herinnering. Elke keer als zich een bepaalde situatie voordoet. [bijvoorbeeld moeten oversteken], wordt je herinnering aan die gebeurtenis [bijvoorbeeld die bijna-aanrijding] opnieuw geactiveerd. Met andere woorden: je denkt er elke keer opnieuw aan. Met EMDR ruimen we dit soort herinneringen op en worden ze minder naar. Daardoor kan je straks weer [in dit geval ‘oversteken’]. Om de juiste herinneringen te vinden, gaan we nu eerst zoeken - in de tijd - wanneer jouw klacht is begonnen. Daarna zoeken we de andere belangrijke herinneringen.

Inventarisatie met gebruikmaking van een tijdlijn:

De therapeut kan hierbij gebruik maken van een tijdlijn, waarop het kind, de cliënt, aangeeft wanneer (bij welke leeftijd of in welke groep) zijn/haar klachten het ergste waren.

We gaan een tijdlijn maken waarop we jouw nare herinneringen of gebeurtenissen aangeven.

Hoe oud was je toen? of In welke groep zat je toen?

- Teken een tijdlijn, begin met de x-as. Geef de huidige leeftijd van het kind rechts op de lijn aan en zet een 0 (van 0 jaar) helemaal links op de lijn.
- Identificeer de gebeurtenis(sen) waardoor - of waarna - de gekozen klacht (angst, somberheid, bepaald gedrag etc.) is ontstaan of verergerd en plaats die op de tijdlijn.

Bij kinderen < 12 jaar kan het nodig zijn dat de attitude van de therapeut directiever is dan bij volwassenen en plaatst de therapeut de gebeurtenissen op de tijdlijn. Desgewenst kunnen de gebeurtenissen pas op de tijdlijn worden geplaatst nadat alle gebeurtenissen zijn geïdentificeerd.

a. *“Eerst gaan we de gebeurtenissen op deze tijdlijn zetten..... In jouw herinnering, wanneer is deze klacht begonnen? Na welke gebeurtenis had je voor het eerst last van (deze klacht). Hoe oud was je toen? In welke groep zat je toen?”*

- Zet een streepje op de tijdlijn en geef de gebeurtenis een titel: *“Hoe zullen we die gebeurtenis noemen?”*
- Check: *“Even voor de zekerheid. Is er daarvóór misschien nog iets anders gebeurd, waarna deze klacht begon? Zo ja, wat was dat? Hoe oud was je toen? Plaats dan ook deze gebeurtenis op de tijdlijn.*

b. *“Na welke gebeurtenis/sen is de klacht erger geworden?”*

- Geef deze ook aan met een streepje op de tijdlijn.
- Indien de therapeut gelijk inzicht wil krijgen in de lading op de herinnering en eventuele hulpbronnen kan hij/zij ook gaan werken met de y-as. Teken vervolgens de y-as (van 10 tot -10). Waarbij het kind kan aangeven hóe erg de lading op de herinnering is. De negatieve kant wordt gebruikt voor de bepaling van de ‘last’. De positieve kant kan ingezet worden voor de hulpbronnen. *Welke leuke dingen heb je meegemaakt in jouw leven?*
- Voeg in het geval van angsten ook de spanning (de SUD) toe aan de tijdlijn.

Zo krijgt de therapeut meteen het beeld van de eerste herinnering, de naarste/heftigste herinnering en de laatste herinnering. Tevens kun je dan de tijdlijn iets verder laten doorlopen, dan de huidige leeftijd. Dat geeft meteen ruimte voor de angsten in toekomstige situaties.

Bepaal het thema, de triggers en de targets (zoals beschreven in het standaardprotocol).

Hierbij kan de therapeut gebruik maken van de indeling in een ladenkastje.

Laat de cliënt, het kind, bij ieder target een tekening maken. Belangrijk van deze tekening is het feit dat het kind er zelf op staat. Eventueel aangevuld met gedachtenwolkjes enz. Het stripverhaalidee.

Je hebt verteld over die nare herinnering. Als je dat filmpje van toen nu terugspeelt als een video en je moet het stilzetten op het naarste stukje voor jou. Maak daar een stilstaand plaatje/foto van. Hoe ziet dat eruit, wat zie je allemaal, waar ben jij in dat plaatje?

De indeling van het ladenkastje is bij een ongecompliceerd trauma: 1 trigger, en 1 of meerdere targets:

- 1^o laatje gebruikt de therapeut dan voor een bijzondere gebeurtenis (bijvoorbeeld het halen van het zwemdiploma)
- 2^o laatje voor de leuke dingen (bijvoorbeeld een verjaardagsfeestje of zoiets)
- 3^o laatje voor de vervelende of nare herinneringen

De therapeut kan ook gebruik maken van het laten tekenen van de Veilige Plek. Die tekening kan dan bijvoorbeeld in laatje 1. Laatje 2 wordt dan gebruikt voor de bijzondere of leuke dingen.

Bij gecompliceerd trauma: meerdere triggers, meerdere targets:

Hierbij gebruikt de therapeut voor iedere trigger 1 laatje. Per laatje komen dan de targets die bij die trigger horen.

Selecteer welk target het eerst behandeld moet worden

Over het algemeen begint de therapeut bij kinderen met een target met een lage SUD, zodat het kind kan wennen aan de EMDR-behandeling op zich.

Echter, als het kind het aankan en kiest voor de meest vervelende herinnering (dus met de hoogste SUD), dan kan de therapeut ervoor kiezen om daarmee te beginnen. De therapeut kijkt dus goed naar de draaglast en de draagkracht van het kind zelf.

De therapeut dient er op te letten dat hij/zij het heft in handen houdt. Kinderen die erg sterke angsten hebben, bijvoorbeeld, willen bij EMDR wel eens te veel gaan sturen, waardoor de therapeut de regie verliest.

Bepaal eerst de Veilige Plek

Vóórdat de behandeling van gekozen targets gestart wordt, wordt er eerst een Veilige plek gecreëerd. Reden hiervoor is, dat het kind kan wennen aan de EMDR behandeling. Het kind kan oefenen met het beeld/tekening/plaatje vasthouden en de bilaterale stimulatie.

De therapeut helpt het kind een imaginaire veilige plek te ontwikkelen. Het gaat eigenlijk om het ontwerpen en leren oproepen van een imaginaire veilige plek, waar het kind zich beschermd en veilig voelt.

Hierbij wordt ook gebruik gemaakt van de bilaterale stimulatie (korte sets!).

Het kind beschrijft de veilige plek en de therapeut start de Bilaterale Stimulaties. Zolang de positieve gevoelens niet afnemen, wordt hiermee doorgegaan.

Ook kan de therapeut het kind vragen deze Veilige plek te tekenen.

EMDR-behandeling

Desensitiseer vervolgens alle relevante herinneringen uit het ladenkastje.

Pas het EMDR behandelprotocol toe voor kinderen en jongeren tot 18 jaar, op de geïdentificeerde herinnering

- Herhaal deze stap voor alle relevante herinneringen uit het ladenkastje.
- Sluit altijd af met de installatie van een PC! Eventueel kan gebruik gemaakt worden van een standaard PC: *Ik kan deze situatie aan*. En check de VOC
- Dan volgt ook altijd de Lichaamsscan:

Als je naar de beginsituatie/het plaatje in je hoofd/de tekening kijkt en je zegt tegen jezelf PC (bijv. "Ik kan het aan") loop dan je hele lichaam eens door, van top tot teen. Hoe voelt dat in je lichaam? Vraagt er nog iets om aandacht?

Aandachtspunt Terug naar Target

Anders dan bij het behandelprotocol voor volwassenen is dat de therapeut eerder terug gaat naar target. Wanneer een aantal keren hetzelfde bovenkomt of het proces stagneert, gaat de therapeut terug gaan naar target. Óf na 5 tot 10 minuten. Bij volwassenen is dit pas na 10 minuten.

Aandachtspunt duur van de Bilaterale Stimulatie:

- Koptelefoon, knie of klopjes op de handen, bij kinderen: 30 – 45 seconden. (Bij het behandelprotocol voor volwassenen is dat 45-60 seconden).
- Oogbewegingen, bij kinderen: 17 – 22. (Kortere sets dus, dan bij volwassenen: 22-25)

2.3 Huiswerkopdrachten

- Bereid samen met het kind - en zonodig in overleg met ouders – gedragsexperimenten / exposure-opdrachten voor in de vorm van huiswerkopdrachten om ervoor te zorgen dat het kind het vertrouwen in de (voorheen) angstwekkende situatie verder, op eigen kracht, kan herstellen.
- Evalueer het resultaat van het experiment en plan, indien nodig, opnieuw een *exposure in vivo*/gedragsexperiment.
- Leer het kind, indien je dit nodig acht, afleidings-, relaxatie- of zelfcontroletechnieken toe te passen om de huiswerkopdrachten te kunnen uitvoeren.

Herevalueer met het kind/ de ouders de nog overgebleven klachten/symptoomclusters. Herhaal zo nodig de gehele procedure.

3.0 Opzet behandeling zelfbeeldreparatie

3.1 Casusconceptualisatie

De invloed van negatieve (kern)opvattingen/ overtuigingen staat op de voorgrond bij kinderen en jongeren met bepaalde gedragspatronen en stoornissen, zoals bijvoorbeeld gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie, hechtingsstoornis, depressie, eetstoornis en complexe PTSS.

Check 1: Indien er specifieke herinneringen of herinneringsbeelden zijn, die zich zo sterk manifesteren als intrusies, nachtmerries of herbelevingen dat het functioneren van het kind ernstig wordt ontregeld, dan kunnen deze klachten/herinneringen het beste eerst worden behandeld (vuistregel bij intrusieve herinneringsbeelden: ‘machteloosheid eerst’).

Check 2: Indien er specifieke, acute (angst)klachten bestaan, dan worden deze bij voorkeur eerst (linksom) worden behandeld. Eventuele rampscenario’s worden met flash forwards behandeld.

Benoem de kernopvattingen uit de casusconceptualisatie.

Vaak zijn er meerdere kernopvattingen/overtuigingen tegelijkertijd aanwezig. Veel voorkomend zijn: ‘ik ben niet de moeite waard’, ‘ik ben een mislukkeling’, ‘ik mag er niet zijn’, ‘ik ben niet goed genoeg’, ‘ik ben slecht’, ‘andere mensen doen je alleen maar pijn’, ‘volwassenen/grote mensen zijn onvoorspelbaar’, ‘grote mensen zijn niet te vertrouwen’ etc.

Identificeer de meest relevante opvatting

Selecteer op grond van de casusconceptualisatie de opvatting/overtuiging die centraal komt te staan in de therapie:

Ik ben.....

Formuleer het therapeutisch doel

EMDR kan snel effect hebben, maar kan ook een flink aantal sessies in beslag nemen. Het is mede daarom belangrijk dat het kind - en eventueel ook de ouder - snapt wat de bedoeling is en een goede uitleg krijgt over het hoe en waarom van de werkwijze, bijvoorbeeld:

“Negatieve ideeën of overtuigingen over jezelf ontstaan meestal door een opstapeling van grote of kleine ervaringen, zoals geslagen worden, gepest worden, in de steek gelaten worden, de schuld krijgen [...noem eventueel persoonlijke voorbeelden...]. Hierdoor ben je ervan overtuigd geraakt dat [...(kern)opvatting...] waar is. Het is heel moeilijk om deze negatieve overtuiging weer los te laten, omdat die ervaringen voor jouw gevoel nog steeds bewijzen dat je overtuiging [...(kern)opvatting...] waar is. 1

Formuleer een (positieve) functionele opvatting (vaak: ‘ik ben goed zoals ik ben):

“Wat wil je liever gaan geloven over jezelf in plaats van [...(kern)opvatting...]?

Waar we aan gaan werken is dat je [...positieve opvatting..] volledig kunt gaan geloven, waar je ook bent en waar je ook maar aan terugdenkt. Om het nieuwe idee over jezelf te kunnen gaan geloven, moet eerst het bewijsmateriaal voor je oude negatieve idee worden ‘opgeruimd’. En dat doen we met EMDR [leg zo nodig hier EMDR uit met behulp van de folders, als dat nog niet eerder gebeurd is].

Identificeer het ‘bewijsmateriaal’

Verzamel ‘bewijsmateriaal’ voor de opvatting door het identificeren van (circa) 3 relevante ervaringen uit de leergeschiedenis (in de regel als huiswerk meegeven). Vraag:

“Wat heb jij meegemaakt dat jou nog steeds het idee geeft dat je.....bent.”

Alternatieve vragen bij kernopvattingen:

- *"Waardoor ben je (begonnen te) gaan geloven dat je (een) ... bent?"*
- *"Welke situatie van langer geleden 'bewijst' als het ware nu nog dat je (een) ... bent?"*
- *"Welke situatie, die je pas hebt meegemaakt, 'bewijst' voor jou dat je (een) .. bent?"*

Geef titels aan de herinneringen. Let erop dat het ‘bewijsmateriaal’ dat genoemd wordt, kan leiden tot verandering van de negatieve overtuiging. Met andere woorden: zorg ervoor dat de geïdentificeerde herinneringen daadwerkelijk bijdragen aan reductie van de bewijskracht van de overtuiging voor het kind/ de jongere.

Huiswerk (voorbereiding EMDR)

Laat een korte samenvatting schrijven (ongeveer een half kantje per ‘bewijs’) *van elke ervaring*. Schat in of het kind dit aankan. Eventueel 1 samenvatting per keer thuis laten schrijven. “*Je kunt deze beschrijvingen de volgende keer meebrengen of naar mij mailen.*”

Bij vermoeden van mogelijke ontregeling, in de sessie uitvragen en niet thuis laten opschrijven.

Identificeer het meest krachtige bewijsmateriaal

“*We gaan nu beslissen met welke ervaring we beginnen. Welke ervaring bewijst nu op dit moment nog voor je gevoel het sterkst dat [vul in: (kern)opvatting] waar is.*”

1. (meest krachtige bewijs):

Voer vanaf hier het standaardprotocol volledig uit

Start met het meest krachtige bewijsmateriaal. Als dit uit meerdere incidenten bestaat, start dan met de ervaring die nog actueel het meest krachtige bewijs levert (zie stap 6). Bij deze ervaring wordt het EMDR standaardprotocol gevolgd. Vraag bij het selecteren van een stilstaand beeld niet naar het actueel *naarste* beeld, maar naar het beeld dat nu nog het meest krachtige, gevoelsmatige bewijs voor de (kern)opvatting levert.

“*Welk beeld bewijst nu op dit moment nog het meest krachtig dat ...[(kern)opvatting] juist is?*”

1 zie ook ‘Het veranderen van kernopvattingen met EMDR: voorbereidingsformulier voor patiënten’

Herhaal het standaardprotocol voor alle 'bewijzen'.

Kies hierbij het telkens op dat moment nog krachtigste bewijs (tot er geen bewijzen meer over zijn die de kernopvatting nog aansturen).

De eerste bewijzen kunnen soms veel tijd kosten, zeker bij complexe psychopathologie. Leg daarom tussendoor nogmaals het doel uit.

“We blijven hieraan werken, zodat je uiteindelijk aan al deze ervaringen kunt terugdenken zonder opnieuw te geloven dat je een [vul in: (kern)opvatting] bent. We willen bereiken dat je niet langer gelooft dat er iets mis is met jou als persoon. Dat je kunt denken (voorbeeld): ik ben gepest, maar dat hoeft niet te betekenen dat ik slecht ben. Die pestkoppen zijn eerder slechteriken.”

Integratie in behandelplan

EMDR is altijd onderdeel van een breder behandelplan. Sessies EMDR kunnen afgewisseld worden met bijvoorbeeld gedragsexperimenten en rollenspellen om nieuw gedrag aan te leren of het opdoen van ‘corrigerende ervaringen’ te stimuleren. Doel hiervan is dat nieuwe overtuigingen/ideeën post kunnen vatten, nadat alle ‘bewijzen’ voor een negatief idee/overtuiging opgeruimd zijn.

Als je zeker weet dat alle relevante herinneringen gedesensitiseerd zijn, die voeding hebben gegeven aan de negatieve opvatting als ‘bewijsmateriaal’, installeer dan future templates en laat daarop gedragsexperimenten/exposure-opdrachten aansluiten.

- Met *future template* wordt bedoeld een toekomstig [stilstaand] plaatje van een gewenste situatie, waarbij de patiënt vindt dat hij/zij daar adequaat op reageert c.q. het ongewenste gedrag niet uitvoert.
- Altijd in combinatie met een standaard positieve PC (“Ik kan deze situatie aan!”). Check tussen de sets met: *“In welke mate voel je je nu in staat deze situatie aan te kunnen?”*
- Ga daarmee door totdat de VOC niet verder stijgt.
- Geef opdracht om te oefenen met het nieuwe gedrag. Tip voor zolang het kind zich nog onzeker hierbij voelt: *“Doe alsof je het al heel gewoon vindt! Naarmate je het vaker gedaan hebt, zal het steeds beter lukken.”*

4.0 EMDR protocol Story Telling, volgens Lovett

Lovett (1999) beschrijft in haar boek: *Small Wonders, healing childhood trauma with EMDR*, de verhalenmethode, waarbij ouders het trauma voor het kind navertellen. Lovett vraagt de ouders om thuis het verhaal te schrijven en heeft hiervoor richtlijnen ontwikkeld. Ze adviseert ouders om hun taalgebruik eenvoudig te houden, zodat het verhaal gemakkelijk te begrijpen is. Het verhaal moet niet te lang zijn, ongeveer de lengte van een verhaaltje wat je aan je kind vertelt bij het naar bed brengen. Ze raadt de ouders aan het verhaal in de derde persoon te schrijven, zodat het over een jongetje of een meisje gaat en het kind zelf kan beslissen of het wil weten dat het over hem of haar zelf gaat. Het verhaal kan het best beginnen met iets waardoor het kind zichzelf in het verhaal herkent en wat zijn interesse wekt. Bijvoorbeeld: “er was eens een jongetje dat heel graag met auto’s speelde. Hij had een heleboel auto’s op zijn kamertje en zijn lievelingsauto was een grote vrachtwagen.” Daarnaast is het belangrijk dat ouders in de inleiding ook positieve cognities over hun kind noemen, waarvan zij menen dat die van toepassing en/of belangrijk voor hun kind zijn, zoals: “hij wist dat zijn ouders veel van hem hielden en hem een grappig jongetje vonden”. Dan is het belangrijk dat ouders beschrijven welke gebeurtenissen aan het trauma vooraf gingen. Vervolgens beschrijven zij het trauma zo gedetailleerd mogelijk, waarbij alle zintuigmodaliteiten worden ingeschakeld (toen zag hij..., het rook daar..., en hij hoorde...). Indien mogelijk kunnen zij in hun verhaal, de gedachten en gevoelens van hun kind ten tijde van het trauma verwerken. Tevens kunnen zij (indien dit van toepassing is op hun kind) een belangrijke gedachte die hun kind nu nog over zichzelf heeft als het aan het trauma denkt in hun verhaal terug laten komen. Het verhaal dient te eindigen met de manier waarop het kind het trauma een plek kan geven, met de positieve cognities die zij het kind toewensen en het beschrijven van de wenselijke toekomstige situatie.

De therapeut kan de ouders vragen om hun verhaal op te sturen of een aparte afspraak met de ouders maken. Tijdens deze afspraak kan het verhaal dat ouders gemaakt hebben doorgenomen worden, voordat het gebruikt wordt in de EMDR behandeling van het kind. Indien ouders moeite hebben met het schrijven van het verhaal kan de therapeut de ouders hierbij ondersteunen.

In de voorbereidende fase wordt de veilige plek geoefend en de bilaterale stimulatie.

De desensitisatiefase verloopt bij een peuter vrijwel hetzelfde als bij volwassenen en oudere kinderen. Wanneer gebruik gemaakt wordt van de verhalenmethode, dan begint de bilaterale stimulatie echter al tijdens de fase waarin het verhaal over het trauma door de ouders wordt voorgelezen of verteld. Het is voor een peuter moeilijk om de subjective units of disturbance

(SUD) aan te geven. Lovett lost dit op door het kind te vragen om aan te geven als het beter (minder naar) is, bijvoorbeeld middels het tonen van meer of minder uitspreiden van de armen.

De installatiefase, wordt door ouders en therapeut in het verhaal opgenomen. Ouders noemen een algemene positieve cognitie, die het kind helpt om het trauma achter zich te kunnen laten.

De bodyscan lukt bij sommige peuters goed. Deze peuters zijn instaat om aan te geven of ze nog iets naars in hun lijf voelen. Bij de peuters die dit (nog) niet kunnen, wordt deze fase overgeslagen.

Bij de future template is de hulp van ouders bij het installeren van een positieve toekomstige situatie ook hard nodig. Lovett vraagt haar cliëntjes om zich een toekomstige situatie, die zij beschrijft, voor te stellen of ouders kunnen deze tekenen.

De laatste fase, die van positief afsluiten wordt door Lovett bij peuters door haar zelf in het verhaal verweven. Het is ook mogelijk om dit ouders al in hun verhaal te laten verwerken.

Indien nodig kan een fase worden toegevoegd als de cliënt nog erg onrustig of gespannen is. Bij peuters is het ook mogelijk samen met hen een ontspanningsoefening te doen.

Om het trauma in een volgende sessie nog extra lading te geven kunnen er tekeningen worden gemaakt over het trauma door het kind of de ouders. Ook kunnen er foto's getoond worden uit die tijd (bijvoorbeeld hoe het kind erbij lag in het ziekenhuis). Wanneer het verhaal de eerste keer in de derde persoon is verteld kan nu meer de nadruk erop komen te liggen dat het over het kind zelf gaat.

Het is opvallend dat peuters ondanks hun beperkte concentratievermogen toch goed mee kunnen en willen werken aan de EMDR behandeling. Mogelijk spreekt de EMDR werkwijze peuters aan omdat het aansluit bij hun manier van communiceren. Peuters gebruiken in het dagelijkse leven, net als bij de verhalenmethode, vaak hun ouders om zich uit te drukken. Ook het speelse karakter van de bilaterale stimulatie past goed bij peuters. Daarnaast biedt EMDR peuters de mogelijkheid zich via een tekening non-verbaal te uiten of kan een ander voor de peuter met non- verbale middelen communiceren.

De hulp van ouders bij de EMDR behandeling is niet alleen essentieel voor de peuter, maar helpt ouders ook bij hun eigen verwerkingsproces. Vaak worstelen deze ouders met gevoelens van schuld, schaamte, woede of machteloosheid. Een actieve rol in de behandeling geeft ouders het gevoel meer grip te krijgen op het welzijn van hun kind. Zo kunnen zij niet alleen het trauma van hun kind voor zichzelf een plek geven, maar leren ze tevens hoe ze er op een voor het kind begripvolle manier over kunnen spreken.

De verhalenmethode van Lovett is speciaal ontwikkeld voor de EMDR behandeling van peuters, maar kan ook bij oudere kinderen en adolescenten worden gebruikt. Deze techniek is voor kinderen van die leeftijd bruikbaar als het gaat om klachten gerelateerd aan een trauma dat heeft plaats gevonden toen de kinderen nog heel klein waren. Zo klein dat zij zelf geen verbale herinneringen aan het trauma hebben. Ouders kunnen dan op eenzelfde manier ingezet worden bij een EMDR behandeling als bij peuters. Belangrijk is dan wel om eerst uit te zoeken of het kind zelf misschien toch een representatie van het trauma in zijn hoofd heeft. Het werken met de representatie van de herinnering van het kind heeft de voorkeur. Wanneer het kind geen eigen representatie van het trauma heeft dan zou de verhalenmethode gebruikt.

4.1 Aandachtspunten bij Storytelling:

Storytelling 2-6 jaar:

- Kinderen 2-6 jaar, de herinneringen zijn niet op bewust niveau toegankelijk
- Kinderen 0-6 jaar, behandeling van traumatische gebeurtenissen
- Nadruk ligt op emoties en lichaamssensaties
- Voorkeur voor trommelen op bovenkant handjes, knieën of enkels
- Plaatsen die benoemd worden in het verhaal aanraken op het lijfje (indien van toepassing)

Ouders(verzorgers) zijn intensief betrokken in de therapie en de voorbereidende fase

Opbouw Verhaal:

- Verhaal geschreven in eenvoudige taal
- Perspectief van het kind
- Aandacht trekken door met iets positiefs te starten
- Niet *jij*, maar *kleine baby ... (naam kind)*
- Benoemen van emoties kind en de emoties van ouders bij het trauma
- Leerervaringen en coping van het kind beschrijven
- Toekomstwens schetsen

Beginnen of afsluiten van het verhaal met een liedje (veilige plek)

Aandachtspunten bij Storytelling:

- Mogelijkheid voor ouders om eigen gedrag te ontschuldigen
- Mogelijkheid om naar ouders toe het gedrag dat het kind laat zien anders te labelen

Uitleg kind: pijn die je nu voelt is pijn van toen

Uitleg ouders: regressie, inhalen fasen

4.2 Storytelling bij gedragsproblemen:

Als reactive op traumatische gebeurtenis laten de meeste kinderen angsten zien. Er kan ook sprake zijn van claimend, afwerend of uitdagend gedrag.

4.3 Storytelling bij een onbekend verhaal:

Als de achtergrond, bijv. bij adoptie of pleegkind, niet bekend is.

5.0 EMDR behandelprotocol voor kinderen en jongeren tot 18 jaar:

FASE 1: Voorgesprek (1^e ontmoeting)

Hierin worden de hulpvraag, achtergronden en behandelplan gediagnosticeerd en de draagkracht en draaglast van de cliënt.

- Anamnese (achtergronden, ziektegeschiedenis)
- Huidige levensomstandigheden
- Trigger(s)
 - Cliënt vertelt als een film haar nare of schokkende gebeurtenis
 - Bij zeer jonge kinderen; ouders vertellen over de nare of schokkende gebeurtenis.
- Target(s)

Introductie:

De gebeurtenis waaraan gewerkt gaat worden is vastgesteld vóór de start van onderstaande procedure

- a. Opstelling van stoelen, afstand en snelheid (bij gebruik van oogbewegingen)
- b. Indien een andere afleidende taak wordt gekozen: demonstratie gebruik van de CD (bij gebruik auditieve stimuli). Koptelefoon op laten zetten voordat de gebeurtenis wordt besproken/Afspraken over en demonstratie van 'hand-taps'.
- c. Eventueel protocol positieve plek. Doel: vertrouwd maken met procedure (concentreren op een herinnering en tegelijkertijd een andere taak uitvoeren).

FASE 2: Voorbereiding

Uitleg EMDR procedure afgestemd op het kind

6-12 jaar: Met je ogen bewegen tot het weg is

Veel kinderen vinden het raar, dat ze opeens zo anders reageren. Maar dat komt allemaal door die gebeurtenis of die herinnering(en). En door dat rotgevoel en de nare gedachten die daarbij horen.

Gelukkig is daar snel iets aan te doen. Met EMDR.



Stel dat je hoofd een ladekast is. Ieder laatje is een herinnering. Als je iets naars hebt meegemaakt, betekent dat eigenlijk dat er een laatje open staat, omdat er rommel in zit. Jij weet hoever het laatje open staat en of het om één of meerdere laatjes gaat. Met EMDR gaan we samen de laatjes opruimen, zodat ze weer dicht kunnen.

Snel klaar

EMDR is een manier om je te helpen speciaal voor kinderen zoals jij. EMDR werkt goed, dat weten we. Je doet dat bij een therapeut, zoals ik. Hoe snel het helpt, dat verschilt. Als je iets één keer of meerdere keren hebt meegemaakt of als je meerdere dingen hebt meegemaakt. In de ene situatie gaat het gewoon sneller dan in de andere, dat is logisch. Veel kinderen zeggen achteraf dat ze het leuk vonden om te doen.

13-18 jaar: Even opnieuw samen

Veel jongeren vinden het vreemd, dat ze opeens zo anders reageren. Maar dat komt door de herinneringen aan die gebeurtenis(sen). En de rotgevoelens en nare gedachten die daarmee samenhangen. Gelukkig is daar iets aan te doen. Met EMDR.



Stel je hoofd is een ladekast. Ieder laatje is een herinnering. Meestal kunnen de laatjes gewoon dicht (lekker opgeruimd). Maar als je nare dingen hebt meegemaakt dan staat er eigenlijk één (of meerdere) laatje(s) open. Kortom het is een rommeltje. Met EMDR ga je jouw openstaande laatjes één voor één opruimen, zodat ze weer dicht kunnen.



Of stel je hoofd is een computer. Als je nare dingen hebt meegemaakt, dan is het wegschrijven van die herinnering niet op de juiste manier gedaan. Je computer wordt trager en kan zelfs vastlopen. Dan moet je je bestanden eigenlijk opnieuw saven. Dat doe je dan met behulp van EMDR. Zodat je daarna weer verder kunt.

Sneller dan je denkt

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) is een behandelmethode voor kinderen, jongeren en volwassenen die iets heftigs hebben meegemaakt en daardoor psychische problemen hebben gekregen. Wetenschappers denken dat herinneringen aan die nare ervaring(en) in zo'n geval niet goed zijn opgeslagen in het geheugen. als dat door EMDR is verbeterd, zullen ook de problemen die je hebt verminderen of verdwijnen.

Het fijne van EMDR is dat je al snel verbetering merkt. Als je één keer iets hebt meegemaakt, ben je waarschijnlijk sneller klaar met de behandeling, dan iemand die lange tijd iets heeft meegemaakt. Maar ook dan kan je veel aan EMDR hebben.

Uitleg hoe jij (therapeut) te werk gaat.

FASE 3: start EMDR-behandeling

Traumatische Herinnering

Beeld zoeken in het filmpje dat in het hier en nu een reactie geeft. Waar de lading hier en nu op zit; ingang van de EMDR

Vertel wat er gebeurd is als een soort film of stripverhaal. Het gaat om het verhaal, zoals het nu in je hoofd zit. Als je kijkt naar die film, wat is dan nu het naarste/vervelendste plaatje om naar te kijken?

Maak daar een stilstaand plaatje/foto van; hoe ziet dat plaatje eruit, wat zie je allemaal, waar ben jij in dat plaatje? Als het kind zichzelf niet beschrijft in het plaatje, terwijl het wel een actieve rol speelt in die situatie: "Waar ben jij in dat plaatje?"

- 12-18 jaar: beschrijving stilstaand plaatje
- 9-11 jaar: beschrijving stilstaand plaatje (of tekening)
- 6-8 jaar: tekening laten maken
- 4-5 jaar: tekening evt. met assistentie van ouders
- 1-3 jaar: verhaal door ouders

Tekening op een apart vel en tijdens <i>assessment</i> naar laten kijken
--

Luisterend naar het verhaal: bedenk alvast in welk domein vermoedelijk de negatieve cognitie is te vinden.

Check zo nodig: "Is dit het plaatje dat je echt nu het naarste vindt om naar te kijken, of is dit het plaatje waarop te zien is wat je toen het naarste vond?"

MES

Gedachte, emotie, beeld. *En als je dan kijkt naar die tekening/dat plaatje*

- M (mentaal) : *welke gedachte heb je daarbij?*
- E (emotie) : *welke emotie/welk gevoel of wat doet dat met je?*
- S (somatic) : *waar voel je het in je lichaam?*

SUD (spanning 0-10)

12-18, 9-11 & 6-8 jaar:

“Kijk naar het plaatje/de tekening en zeg tegen jezelf – NC -, hoe naar/ vervelend voelt het dan nu om ernaar te kijken op een lijn/ schaal die loopt van 0 tot 10? 0 is helemaal niet vervelend en 10 is het allervervelendst of een cijfer er tussenin.”

4-5 jaar:

“Hoe vervelend/naar is het om nu naar de tekening te kijken?” Meten SUD op concrete/ gevisualiseerde manier met handen of facial image.

SUD=

1-3 jaar:

NC (Negatieve Cognitie):

12-18, 9-11 & 6-8 jaar:

“We gaan nu samen uitzoeken hoe het komt dat juist dit plaatje nu nog zo naar - voor je - is om naar te kijken.”

- a. *“Wat maakt het plaatje nu nog zo naar?”*

Indien de antwoorden van het kind/de jongere doen vermoeden dat het gaat om het domein controle (de machteloosheid van toen wordt op dit moment opnieuw gevoeld, of het plaatje is aversief en dus naar om naar te kijken):

“Kan je er nu niet tegen om naar het plaatje te kijken?”

Of

- b. *“Kijk naar dat plaatje/ de tekening: wat vind je dan /geloof je dan nu over jezelf?”*

(Actieve rol therapeut.)

Evt. hulpvragen (alleen bij vermoedelijke beschadiging in domein zelfwaardering of - schuld):

“Wat zegt dat over jou als persoon (leeftijdsgroep 12-18)?” *“Hoe wordt zo iemand vaak genoemd?”*

“Wat zeg je over zo iemand?”

Check :

“Even voor de zekerheid: dus als je naar het plaatje kijkt, en je zegt:” Ik ben....”.(NC), dan raakt dat je nu vooral?”

Bij aarzeling tussen verschillende NC's: *“Kijk naar het plaatje, zeg tegen jezelf ... NC1. Blijf ernaar kijken en zeg nu tegen jezelf ...NC2... Welke van die twee combinaties geeft je nu het meest een rot gevoel/raakt je dan nu het sterkst/meest?”*

NC:

4-5 jaar:

1-3 jaar:

- Bij kinderen kan de therapeut bij de bepaling van NC en PC ook suggesties doen.

PC (Gewenste Positieve Cognitie):

12-18, 9-11 & 6-8 jaar:

“Kijk naar het plaatje/tekening, wat zou je liever willen geloven over jezelf in plaats van – NC -? (Actieve rol therapeut).

Hulpvragen: *“Hoe noem je zo iemand?” “Ken je iemand die geen(NC) is? Hoe noem je zo iemand?”*

Let op!: Bij NC in domein controle PC ,meteen aanreiken: *“Ik kan er tegen/ ik kan het aan om naar het plaatje te kijken ”*

PC:

4-5, 1-3 jaar:

VOC (Geloofwaardigheid PC: 1-7)

12-18, 9-11 & 6-8 jaar :

“Kijk naar het plaatje/ tekening, hoe waar/ hoe echt voelt dan nu -PC- op een schaal, die loopt van 1-7: 1 betekent helemaal niet waar en 7 betekent helemaal waar.” (6-8 jaar VOC meten op concrete/ gevisualiseerde manier met handen of facial images)

VoC=

4-5, 1-3 jaar :

Emoties

12-18, 9-11 & 6-8 jaar :

“Kijk naar het plaatje/ tekening ; zeg tegen jezelf - NC - welk gevoel heb je dan/ hoe voel je je dan nu? ...Bang, boos of verdrietig, of een combinatie misschien?”

4-5 jaar:

Kijk naar de tekening, wat voel je dan nu .. bang, boos of verdrietig?

Emotie:

1-3 jaar:

Lichaam: Plaats van de spanning in het lichaam

12-18 & 9-11 jaar:

“Waar in je lijf/lichaam voel je dat nare gevoel/ die spanning het sterkst?”

6-8 & 4-5 jaar:

“Waar voel je dat in je lijf/lichaam het sterkst?”

Plaats:

1-3 jaar:

FASE 4: Densensitatie

- Bij gebruik van oog-/handbewegingen: Hand klaar voor de ogen. *“Kijk naar mijn vingers”*
- Bij gebruik koptelefoon: Laat (zo nodig) de koptelefoon nu opdoen
- Bij tactiele stimulatie: Klaar zitten.

12-18, 9-11 & 6-8 jaar:

“Kijk naar het plaatje/ de tekening en zeg tegen jezelf - de NC- en voel dat nare gevoel/ die spanning in je – plaats spanning - Heb je dat?” (bij tikjes eventueel eerst: *“Doe je ogen maar dicht en neem het plaatje”* etc.)

4-5 jaar:

Kijk naar de tekening, voel dat nare gevoel in je – plaats spanning - Heb je dat?

1-3 jaar:

Ouders vertellen het verhaal.

Geef het kind de tijd om zich te concentreren.

“Volg mijn vingers” of *“Luister naar/ voel de tikjes en wacht -af wat er opkomt of verandert”*

Serie oogbewegingen (17-22), klikjes of tactiele stimulatie (30-45 seconden)

- Bij **1^e keer** vraag je:

“Welk beeld, gevoel of gedachte komt er in je op?”

- Vervolg vragen zijn:

“Wat komt er NU in je op/ wat merk je NU/ ... en nu? (stel per keer 1 vraag, niet doorvragen of discussie aangaan!)

“Ga maar door” of *“Let er maar op”* of *“Concentreer je daarop”* Serie oogbewegingen, klikjes of tactiele stimulatie

Etc.

Doorgaan totdat er geen veranderingen meer gerapporteerd -worden ('einde van een associatieketen') of na 5 tot 10 minuten.

Back to target

12-18, 9-11 & 6-8 jaar:

- a. *“Kijk naar/denk aan het plaatje/tekening waarmee we begonnen zijn, zoals het nu in je hoofd zit (ZONDER DE NC OPNIEUW TE NOEMEN!) Hoe naar/ vervelend voelt het nu om ernaar te kijken? 0 is helemaal niet vervelend en 10 is het allervervelendst of een cijfer er tussenin (cijfer laten geven) ? “*
- b. *“Wat in het beeld maakt dat het nog een ... is of wat is nu nog het naaste/ vervelendste? Wat zie je?”*
- c. *“Concentreer je daarop/Let daarop. Heb je dat?”*

4-5 jaar:

- a. *“Kijk naar/denk aan het plaatje/tekening waarmee we begonnen zijn, zoals het nu in je hoofd zit (ZONDER DE NC OPNIEUW TE NOEMEN!) Hoe naar/ vervelend voelt het nu om ernaar te kijken?” Meten van SUD op concrete/gevisualiseerde manier, met handen of facial images*
- b. *Kijk naar de tekening. Wijs aan wat nu het vervelendste is.”*

12-18, 9-11, 6-8 & 4-5 jaar:

Sets afleidende stimuli en associaties totdat er geen verandering meer is, en in ieder geval iedere 5 à 10 minuten [dan terug naar a].

Procedure herhalen totdat SUD = 0 Als SUD =0: *“Zit er echt helemaal nergens meer een klein beetje naarheid?... Check nog maar even goed ...”* Eventueel vervolgen met de desensitisatie tot het beeld helemaal geen spanning meer oproept. Als SUD =0, ga naar stap 4

(NB: ga alleen 'installeren' wanneer SUD = 0) Let op: Als SUD > 0 bij einde van de sessie: ga naar “Positief Afsluiten”.

Uiteindelijke SUD =

1-3 jaar:

FASE 5: Installatie van de PC

12-18, 9-11 & 6- 8 jaar :

- a. Test VoC: ”Kijk naar/denk aan het plaatje/ de tekening zoals het nu in je hoofd zit, hoe waar/hoe echt voelt dan nu -PC- op een schaal van 1- 7: 1 betekent helemaal niet waar en 7 betekent helemaal waar.”

(6-8 jaar: VoC meten op concrete/ gevisualiseerde manier met handen of *facial images*.)

- b. Instructie: (ook als VoC direct al 7 is) "Kijk naar het plaatje /de tekening en zeg tegen jezelf **PC** - Heb je dat?"
- c. Nieuwe set oogbewegingen starten (of serie klikjes/ handtaps). Niet vragen naar associaties!

Nu weer verder met a. Blijf doorgaan met (a, b,& c) net zolang tot de VOC 7 is geworden.

Let op: VoC < 7 bij einde van de sessie: ga naar “Positief Afsluiten”

Uiteindelijke VoC =

4-5, 1-3 jaar:

FASE 6: PCI

Voorheen RDI en/of PC. Methode gebruiken om te bekrachtigen (korte sets BS!)

FASE 7: Lichaamsscan (inclusief korte BS)

12-18, 9-11 & 6-8 jaar:

“Als je naar het plaatje/de tekening/beginsituatie kijkt en je zegt tegen jezelf PC (bijv. Ik kan ermee omgaan) scan je lichaam dan eens af van top tot teen. Hoe voelt dat in je lichaam? Vraagt er nog iets om aandacht?”

4- 5 jaar:

“Kijk naar de tekening. Hoe voelt dat in je lichaam?”

12-18, 9-11, 6-8 & 4-5 jaar:

In geval van spanning: set(s) en vraag: *“Wat komt er op/wat merk je/...en nu?”* Doorgaan tot het vervelende gevoel weg is en/of er geen nieuwe associaties m.b.t. de spanning in het lichaam meer zijn. Check: herhaling stap a, zo nodig gevolgd door b.

1-3 jaar:

FASE 8: Beëindiging/afronding en Positief Afsluiten

12-18, 9-11, 6-8 & 4-5 jaar :

ALTIJD afsluiten met de PC!

Installeer de PC, zoals hierboven beschreven.

Daarna de lichaamsscan, zoals hierboven beschreven.

Daarna zou de therapeut nog kunnen opteren voor een verankering, door middel van de volgende vragen. Echter, dit is niet altijd van toepassing op het verloop van de sessie. Doe het alleen als het de sessie versterkt.

- a. *“Wat is nou het beste/ fijnste/meest waardevolle dat je vandaag ervaren hebt?” Of: “... dat heb je over jezelf hebt geleerd/ontdekt?”*
- b. Zo nodig: *“Wat zegt dat over jou?” Of: “Hoe noem je zo iemand die....?”*
- c. Set. *“Merk je nog verandering? Of: Komt er nog iets positiefs op?”*
- d. Als er verandering gerapporteerd wordt, doorgaan met sets, zolang (positieve) veranderingen gesignaleerd worden.
- e. Uitleg over komende (drie) dagen, evt. in aanwezigheid ouder. Afspraken over bijhouden dagboek, evt. bereikbaarheid.

FASE 9: Volgende sessie, evaluatie.

- a. Maak af waar je mee bezig bent:
 - Indien SUD targetbeeld > 0 bij afsluiting vorige zitting: Back to target gebruiken om op te starten.
 - Indien SUD targetbeeld = 0 en VoC PC < 7: verder met installatie PC (volg protocol vanaf 4a)
 - Indien SUD targetbeeld = 0 en VoC PC = 7: Check het hele ‘filmpje’ of ‘fotoboek’ om te controleren of er echt geen plaatjes/beelden meer zijn die nu nog naar zijn om naar te kijken. Als dit wel het geval is: identificeer dit herinneringsbeeld, maak dit tot een nieuw target (nieuwe PC/NC) en start een nieuwe EMDR procedure, indien daar tijd voor is.
- b. Bij nog bestaande klachten: zoek de targets die deze klachten aansturen en start opnieuw (2).

FUTURE TEMPLATE:

Deze stap volgt pas nadat alle relevante herinneringen zijn gedesensitiseerd en is alleen zinvol als er sprake is van vermijdingsgedrag. Inventariseer welke situaties nu nog worden vermeden of met angst worden doorstaan. Maak eventueel een hiërarchie.

12-18, 9-11, 6-8 & 4-5 jaar:

- a. Laat het kind/jongere een beeld in gedachten nemen van een toekomstige situatie die nu wordt vermeden/met veel angst wordt doorstaan/of angstig wordt geanticipeerd.

12-18 & 9-12 jaar:

“Maak een plaatje in je hoofd van.....(de situatie die kind benoemd heeft) zoals je verwacht dat die eruit ziet in de toekomst, de situatie die je nu uit de weg gaat, of waar je nu nog veel angst bij hebt, of waar je angstig van wordt als je eraan denkt.”

6-8 jaar:

“Wat ga je nu nog uit de weg?; Wat doe je liever niet?; Wat wil je dat er straks weer goed/gemakkelijk gaat?.” Eventueel: *“Maak een tekening van een situatie dat het goed gaat”* (Concreet voorbeeld noemen, actieve houding therapeut).

4-5 jaar:

“Teken dat het weer goed/gemakkelijk gaat en jij je er rustig bij voelt” (evt. met assistentie ouders)

12-18, 9-11, 6-8 & 4-5 jaar:

- b. Laat het kind het beeld beschrijven: *“Welk plaatje heb je in gedachten?”* *“Wat heb je getekend?”*
Let erop dat er geen catastrofale aspecten in het beeld voorkomen. Indien dit wel zo is, laat het kind een beeld in gedachten nemen zonder deze ‘rampen’.
- c. *“Neem dit beeld in gedachten/kijk naar de tekening en zeg tegen jezelf: “Ik kan het aan om het te doen .. Ja, heb je dat?”*
- d. Serie oogbewegingen
- e. *“Neem dat beeld opnieuw in gedachten/kijk naar de tekening ‘: 12-18, 9-11 & 6-8 jaar :*

“Op een schaal van 1 tot 7, hoe waar voelt het dat je het nu aan kan om dat ook echt te gaan doen?” 1 betekent helemaal niet waar en 7 betekent helemaal waar.” 4-5 jaar:

“Kijk naar de tekening. Durf je het al te doen: helemaal, een beetje of niet” (meten op concrete, gevisualiseerde manier).

- f. Installeren met afleidende stimulus tot VoC niet meer stijgt (analoog aan installatie PC)

Niet vragen naar SUD's of naar associaties!

1-3 jaar: Future template in verhaal van de ouders weven. Therapeut biedt continu een afleidende taak aan tijdens het hele verhaal door ouders.

6.0 Trauma gerelateerde diagnoses in DSM-IV, leeftijdsspecifiek.

Binnen de DSM-IV worden verschillende stoornissen onderscheiden, waarbij een relatie gelegd wordt tussen het meemaken van een gebeurtenis en optredende psychopathologie, waaronder Aanpassingsstoornis, Acute Stressstoornis en PTSS. Deze zijn samen te vatten onder de noemer traumagerelateerde stoornissen.

6.1 Aanpassingsstoornis

Een aanpassingsstoornis is een psychische aandoening. Deze treedt op als reactie op de emotionele en psychische stress die ontstaat bij belangrijke veranderingen in het leven (bijvoorbeeld overlijden, huwelijk, maatschappelijke ontwikkelingen enz.). Deze veranderingen kunnen zowel positief als negatief van aard zijn. In het DSM-IV zijn aanpassingsstoornissen geordend naar de overheersende symptomen. Een *acute* aanpassingsstoornis wordt geclassificeerd indien de symptomen korter duren dan zes maanden. Van een *chronische* aanpassingsstoornis is sprake indien de symptomen langer aanhouden dan zes maanden als reactie op een chronische stressveroorzakende factor of op een stressfactor die blijvende gevolgen heeft.

Aanpassingsstoornissen worden ingedeeld op grond van de meest op de voorgrond tredende symptomen:

- Angst of gespannenheid - nervositeit, onrust, rusteloosheid; bij kinderen separatieangst.
- Depressie - hopeloosheid, huilbuien, somberheid.
- Gecombineerd angstig en depressief.
- Gedragsproblemen - negeren van normen en regels, onaangepast gedrag; bij kinderen spijbelen, brutaliteiten, vechten, vandalisme.
- Gecombineerd emotioneel en gedragsgestoord - depressie en/of angst gecombineerd met een gedragsstoornis of onaangepast gedrag.
- Niet anderszins omschreven - psychosociale stress, lichamelijke klachten, teruggetrokkenheid, verminderde prestaties of concentratieproblemen bij werk of studie.

6.2 Acute stressstoornis

Mensen met een acute stressstoornis hebben een kenmerkende reactie en beleving van een traumatische gebeurtenis of ervaring. Zij staan tijdens een traumatische gebeurtenis aan de grond genageld en beleven de gebeurtenis alsof ze naar een film kijken. Er treedt verdoving op en op het moment van de gebeurtenis is er een gebrek aan emoties. Dit is een gevaarlijke situatie. Wanneer iemand dit meemaakt terwijl hij/zij zich in een brandend gebouw bevindt zal hij/zij niet vluchten. In de volksmond wordt dit een psychische shock genoemd. Nadat deze persoon is ontsnapt aan het gevaar en weer bijkomt kunnen er hevige terugslagreacties optreden. Dan beleeft de persoon de emoties als het ware met terugwerkende kracht.

6.3 De DSM-IV heeft de diagnostische criteria voor acute stressstoornis als volgt omschreven:

A. De persoon is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij sprake is van de volgende twee criteria:

- De persoon is met een gebeurtenis geconfronteerd die levensbedreigend is, waarin een ernstig letsel zou kunnen optreden of die de lichamelijke integriteit van de persoon of anderen in gevaar brengt
- De reactie van de persoon is intense angst, hulpeloosheid of afschuw.

B. Tijdens de confrontatie met het trauma of onmiddellijk daarna heeft de persoon drie of meer van de volgende dissociatieve symptomen:

- Een subjectief gevoel van verdoofdheid of onthechting of de afwezigheid van emotionele reacties.
- Een verminderd bewustzijn van de omgeving (reageert als in een waas)
- Derealisatie
- Depersonalisatie
- Dissociatieve amnesie (het onvermogen zich essentiële delen van het trauma te herinneren)

C. De persoon herbeleeft het trauma voortdurend op minstens één van de volgende manieren:

- Terugkerende beelden
- Gedachten
- Dromen
- Illusies
- Flashbacks
- Het gevoel het trauma opnieuw te beleven
- Onrust bij zaken die herinnering aan het trauma veroorzaken.

D. Duidelijke vermijding van stimuli die herinnering aan het trauma oproepen (bijvoorbeeld gedachten, gevoelens, gesprekken, bezigheden, locaties, mensen).

E. Duidelijke symptomen van angst, spanning of een verhoogde staat van opwinding (bijvoorbeeld slaapproblemen, prikkelbaarheid, concentratieverlies, overmatige waakzaamheid, schrikreacties en motorische rusteloosheid).

F. De stoornis veroorzaakt significant lijden of problemen in de sociale omgang, op het werk of op andere belangrijke terreinen of verhindert het uitvoeren van noodzakelijke taken, bijvoorbeeld het vragen van medische of juridische bijstand of het inlichten van de familie over het trauma.

G. De stoornis duurt minimaal twee dagen en maximaal vier weken en treedt op binnen vier weken na de traumatische gebeurtenis.

H. De stoornis is geen direct gevolg van het innemen van een substantie (bijvoorbeeld drugs of geneesmiddelen) of van een somatische aandoening. De stoornis is niet toe te schrijven aan een kortdurende psychotische stoornis en is niet uitsluitend een verergering van een aandoening uit As I of As II.

6.4 Posttraumatische Stressstoornis

Mensen met een posttraumatische stressstoornis verkeren na een traumatische gebeurtenis of ervaring in een toestand van verhoogde waakzaamheid terwijl het gevaar niet meer aanwezig is. Bij situaties die enigszins lijken op de traumatische gebeurtenis kunnen angstreacties optreden.

De DSM-IV heeft de diagnostische criteria voor posttraumatische stressstoornis als volgt omschreven:

A. De persoon is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarin een van beide volgende gevallen zich hebben voorgedaan:

- De persoon is met een gebeurtenis geconfronteerd die doodsbetredigend is, waarin een ernstig letsel zou kunnen optreden of die de lichamelijke integriteit van de persoon of anderen in gevaar brengt.
- De reactie van de persoon is intense angst, hulpeloosheid of afschuw. N.B.: Bij kinderen kan dit zich uiten door wanordelijk of geagiteerd gedrag.

B. De persoon herbeleeft het trauma voortdurend op minstens één van de volgende manieren:

- Herhaalde en ingrijpende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, waaronder beelden, gedachten of waarnemingen.

N.B.: Jonge kinderen kunnen herhaaldelijk spelletjes doen waarin aspecten van het trauma worden nagespeeld.

- Herhaalde verontrustende dromen over de gebeurtenis.

N.B.: Kinderen kunnen angstdromen hebben zonder herkenbare inhoud. Gedrag of gevoelens alsof de traumatische gebeurtenis zich herhaalt (inclusief het gevoel de gebeurtenis opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties, en dissociatieve flashbacks, met inbegrip van flashbacks die optreden als de persoon wakker of geïntoxiceerd is).

N.B.: Bij jonge kinderen kan het heropvoeren van het trauma optreden.

- Intense psychologische spanning bij blootstelling aan interne of externe prikkels die het trauma symboliseren of erop lijken.
- Fysiologische reacties op blootstelling aan interne of externe prikkels die het trauma symboliseren of erop lijken.

C. Aanhoudend vermijding van prikkels die aan het trauma doen denken of afstomping van het reactief vermogen (niet aanwezig voor het trauma), wat blijkt uit drie of meer van de volgende criteria:

- Pogingen tot het vermijden van gedachten, gevoelens of gesprekken die aan het trauma doen denken.
- Pogingen tot het vermijden van activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen aan het trauma oproepen.
- Onvermogen om zich belangrijke aspecten van het trauma te herinneren.
- Duidelijk verminderde interesse of deelname aan belangrijke activiteiten.
- Gevoel van onthechting of vervreemding van anderen.
- Beperkt bereik van affectie (bv. niet in staat zijn gevoelens van liefde te hebben).
- Gevoel een beperkte toekomst te hebben (bv. geen verwachting van carrière, huwelijk, kinderen of een normale levensduur).

D. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma), wat blijkt uit twee of meer van de volgende criteria:

- Moeite met inslapen of doorslapen.
- Irritatie of woede-uitbarstingen.
- Concentratieproblemen.
- Extreme waakzaamheid.
- Ernstige schrikreacties.

E. De duur van de stoornis (symptomen in criterium B, C en D) is meer dan een maand.

F. De stoornis veroorzaakt ernstig lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of op andere terreinen.

6.5 Leeftijdsspecifieke reacties na een traumatische gebeurtenis

Peuters/kleuters	Schoolgaande kinderen	Pubers
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verwarring als gevolg van onvermogen om te verwoorden wat ze ervaren ▪ Angstig hechtgedrag ▪ (Separatie)angsten ▪ Regressief gedrag ▪ Beperkt spel (met of zonder posttraumatisch solospel) ▪ Herhaling in gedrag en spel ('reenactment') ▪ Agressief/destructief gedrag 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concentratieproblemen ▪ Agressieve of angstige fantasieën ▪ Overdreven bezorgdheid over eigen veiligheid of die van anderen. Dit komt in mindere mate ook bij pubers voor. ▪ Herhaling in spel met andere kinderen, tekeningen of woordgebruik, 'reenactment' ▪ Omen-formatie: menen dat er voortekenen waren om de situatie te voorspellen en het kind blijft hierop alert (bijvoorbeeld alcoholgebruik van ouder) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verminderd functioneren op school: (prestaties, aanwezigheid, sociaal gedrag) ▪ Schaamte voor gevoel van kwetsbaarheid ▪ Schaamte voor afhankelijkheid van ouders ▪ Radicale gedragsveranderingen ▪ Risicovol ('thrill seeking') gedrag ▪ Alcohol-/drugsmisbruik ▪ Woede en wraakfantasieën ▪ Angst voor controleverlies daarover ▪ Beperkt toekomstperspectief

6.7 Complexe PTSS (type II trauma)

Onder complexe traumatisering bij jeugdigen wordt verstaan de schadelijke biologische, psychologische en sociale gevolgen van (een combinatie van) stressvolle en potentieel traumatische gebeurtenissen tijdens de kind- en jeugdfase zoals: aanhoudende en langdurige mishandeling (emotioneel, fysiek, seksueel), het getuige zijn van aanhoudend en langdurig geweld in het gezin, aanhoudende en langdurige verwaarlozing (emotioneel, pedagogisch, fysiek), verkeren in oorlogsomstandigheden en/of hebben moeten vluchten, langdurig moeten ondergaan van pijnlijke medische handelingen, en multiple traumatische verliezen, met als gevolg voortdurende versterking van (de kwaliteit van) de hechtingsrelatie. In veel van de gevallen was het kind afhankelijk van de dader. Het was vaak niet mogelijk om over de gebeurtenissen te praten met de omgeving uit angst voor straf of wraak. Soms worden gebeurtenissen geheel ontkent.

Bij chronisch getraumatiseerde kinderen van alle leeftijden is daarnaast een grote variatie aan symptomatologie mogelijk:

1. Moeite met het reguleren van emoties. Kinderen en jongeren raken snel overspoeld en hebben moeite om te kalmeren. Er wordt geprobeerd om emoties te baas te worden door zelfbeschadigend gedrag zoals het ontwikkelen van een eetstoornis of een dwangstoornis, alcohol- of drugsgebruik of zelfbeschadiging. Ook suïcide gedachten spelen een grote rol.
2. Dissociatieve klachten waarbij het bewustzijn verandert. Het door elkaar halen van dromen en werkelijkheid. Soms zijn uren of dagdelen kwijt zijn. Het gevoel buiten het lichaam te zweven of het lichaam niet meer te voelen.
3. Problemen in relatie tot jezelf, het ontwikkelen van een negatief zelfbeeld. Jezelf afvragen wie je bent. Jezelf afvragen of je schuldig bent aan het trauma. Identificatie met de dader of de dader onschuldigen.

4. Problemen in relaties met anderen door het ontbreken van vertrouwen in de ander. Dit kan leiden tot conflicten, isolatie, het gevoel dat niemand je zal begrijpen of subassertiviteit.
5. Aanwezigheid van lichamelijke klachten zonder medische verklaring, zoals buikpijn, hoofdpijn en misselijkheid.
6. Problemen in zingeving, het vertrouwen verliezen in de toekomst.

8.0 Literatuur

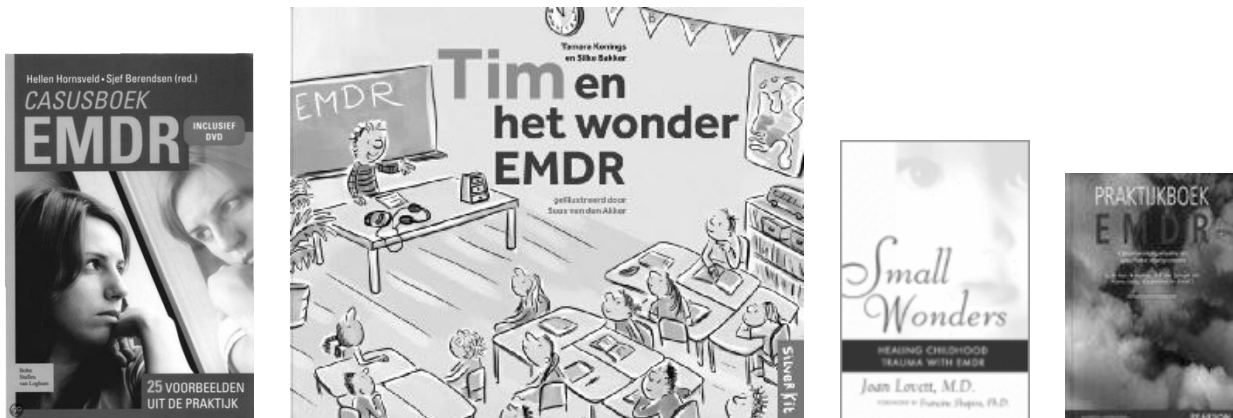
Naast de readers uit de de opleiding EMDR:

T. Konings en S. Bakker, *Tim en het wonder EMDR*, **SilverKit**, 2013, ISBN: 9789082055207

J. Lovett, *Small Wonders, healing childhood trauma with EMDR*, **Simon & Schuster**, 2007, 256 pag., ISBN13: 9781416584636

G. Hornsveld, S Berendsen, *Casusboek EMDR 25 voorbeelden uit de praktijk + DVD*, **Bohn stafleu van Loghum**, 358 pag, 2009, ISBN 9789031373574

E. ten Broeke, A. de Jongh, H. Oppenheim (Red.), *Praktijkboek EMDR, casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*, **Pearson Assessment and information**, 2012, 504 pag's, ISBN 9789026522093



*Nog niet uit, maar verwacht in september 2016:

Handboek EMDR Kinderen en jongeren. Renée Beer en Carlijn de Roos. ISBN 9789401414906



9.0 Bijlagen:

Intake interview met het kind

1. De gebeurtenis

Wat is er gebeurd?

Was je tijdens de gebeurtenis heel erg bang?

Voelde je je hulpeloos?

Voelde je afschuw of walging, dacht je: ‘gadver.....’?

2. Symptomen kind

Hoe heb je gereageerd?

a. Wat voelde je: tijdens, kort erna, langer erna?

b. Wat deed je: tijdens, kort erna, langer erna?

c. Wat dacht je: tijdens, kort erna, langer erna?

3. Reacties ouders

Hoe hebben je ouders gereageerd op de gebeurtenis: tijdens, erna? Hoe hebben je ouders gereageerd op jouw reacties: kort erna, later? Wat deden, zeiden je ouders?

4. Reacties van dissociatie

De onderstaande vragen zijn direct gericht op het al of niet aanwezig zijn van dissociatieve reacties, criterium B van de Acute Stress Stoornis. Het zijn gesloten vragen, waarop alleen ja/nee antwoorden gegeven kunnen worden. Onderscheiden dient te worden of deze symptomen alleen aanwezig waren tijdens de gebeurtenis (peritraumatische dissociatie) of nu nog steeds. Daarvoor dezelfde vragen stellen in de tegenwoordige tijd.

Derealisatie

Leek de wereld om je heen vreemd, alsof je in een film speelde, alsof het niet echt was?

Depersonalisatie

Voelde je lijf vreemd, alsof het niet van jou is?

Verminderd bewustzijn van omgeving

Had je minder in de gaten wat er om je heen gebeurde?

Emotionele verdooving

Voelde je je verdoofd of zelfs helemaal gevoelloos?

Amnesie

Ben je belangrijke details van de gebeurtenis vergeten?

5. Coping.

Wat gaat alweer goed? Wat hielp?

Intake interview met de ouders

1. De gebeurtenis

Wat is er gebeurd?

Heeft u gemerkt dat uw kind heel erg bang was, zich hulpeloos voelde, of afschuw ervoer?

2. Symptomen kind

Hoe heeft uw kind erop gereageerd?

Zijn/haar gedrag: tijdens de gebeurtenis (indien bekend), kort erna, langer erna.

3. Reacties ouders

Hoe heeft u geageerd op de gebeurtenis: tijdens (alleen indien ouder aanwezig was), erna?

Hoe heeft u gereageerd op reacties van uw kind: kort erna, later?

4. Reacties van dissociatie

De onderstaande vragen zijn direct gericht op het al of niet aanwezig zijn van dissociatieve reacties, criterium B van de Acute Stress Stoornis. Het zijn gesloten vragen, waarop alleen ja/nee antwoorden gegeven kunnen worden. Onderscheiden dient te worden of deze symptomen alleen aanwezig waren tijdens de gebeurtenis (peritraumatische dissociatie) of nu nog steeds. Daarvoor dezelfde vragen stellen in de tegenwoordige tijd. Het betreft subjectieve belevingen van het kind. Het is de vraag of ouders hierover iets kunnen zeggen. Ze kunnen onderstaande symptomen eventueel afleiden uit gedrag van het kind, maar niet zelf direct waarnemen.

Derealisatie

Heeft u gemerkt dat de wereld om hem/haar heen vreemd of onwerkelijk leek, als in een droom?

Depersonalisatie

Heeft u gemerkt dat uw kind zich vreemd voelde in zijn/haar lichaam, alsof het niet van hem/haar is?

Verminderd bewustzijn van omgeving

Heeft u gemerkt dat uw kind minder in de gaten had wat er om hem/haar heen gebeurde?

Emotionele verdoving

Heeft u gemerkt dat uw kind zich verdoofd voelde of zelfs gevoelloos?

Amnesie

Heeft u gemerkt dat uw kind belangrijke details van de gebeurtenis is vergeten?

5. Coping

Wat gaat alweer goed? Wat hielp?

Aanpassingsmogelijkheden 9-18 jarigen protocol.

Introductie fase 9-18 jaar:

- Laat het verhaal vertellen
- Tekenen en beschrijven van stilstaande plaatje
- NC: *wat maakt het plaatje nu nog zo naar? Wat geloof je over jezelf als je nu naar het plaatje kijkt? Wat zegt dat over jou als persoon?*
- PC: *wat zou je liever willen geloven over jezelf in plaats van –NC-? Hoe noem je zo iemand?*
- *Kijk naar het plaatje, hoe echt voelt nu –PC- op een schaal van 1-7?*
- *Kijk naar de tekening, wat voel je dan nu?*
- *Kijk naar de tekening en zeg tegen jezelf –NC-, hoe naar voelt het dan nu om ernaar te kijken op een schaal van 0-10?*
- *Waar in je lijf voel je het nare gevoel het sterkst?*

Desensitisatie fase 9-18 jaar

- *Kijk naar het plaatje en zeg tegen jezelf –nc- en voel dat nare gevoel in je - Heb je dat? Volg mijn vingers, luister naar de ticjes en wacht af wat er bij je opkomt. Wat komt er op?*
- *Ga maar door.* Doorgaan totdat er geen verandering meer opkomt of na 5 minuten.
- *Back to target: Kijk naar het plaatje waarmee we begonnen zijn, zoals het nu in je hoofd zit. Hoe naar voelt het nu om ernaar te kijken? Wat in het beeld maakt dat het nog een .. is? Wat zie je?*
- Doorgaan tot SUD 0

Installatie fase 9-18 jaar

- *Installatie van de PC: Kijk naar het plaatje zoals het nu in je hoofd zit, hoe waar voelt het dan nu –PC- op een schaal van 1-7? Kijk naar het plaatje en zeg tegen jezelf –PC- heb je dat? Start B.S.*

Geen associaties navragen. Maar opnieuw vraag stellen. Doorgaan tot VOC 7

- *Bodyscan: kijk naar het plaatje en zeg tegen jezelf –PC- en check of er dan ergens in je lijf nog spanning/een vervelend gevoel opkomt bij dit plaatje? Bij spanning nieuwe set B.S. starten. Vragen naar associaties.*
- *Positief afsluiten: wat is nu het beste/fijnste dat je vandaag ervaren hebt/ wat heb je over jezelf geleerd/ontdenkt? Wat zegt dat over jou?*

Afleidende stimulus

Merk je nog verandering? Komt er nog iets positiefs op?

Doorgaan met B.S. zolang er positieve veranderingen worden waargenomen

Tekeningen opbergen in kastje

Ontspanningsmogelijkheid, speelmogelijkheid aan kind geven. Beloning geven voor harde werken.

Uitleg aan ouders over de komende 3 dagen. Ouders vragen een observatie dagboek bij te houden.

Volgende zitting:

Kastje pakken

-indien SUD>0 bij afsluiting, starten vanaf Back to Target.

-indien SUD=0, VOC<7 bij afsluiting, installatie PC.

-indien SUD=0 en VOC=7 bij afsluiting, check het gehele filmpje of er nog nare beelden zijn. Is er nog een naar beeld dan protocol opnieuw opstarten.

Future template

Deze stap is zinvol bij vermijdingsgedrag. Deze stap volgt pas als alle relevante herinneringen zijn gedesensitiseerd

- Inventariseren welke situaties nu nog worden vermeden en maak een angsthiërarchie.
- *Maak een plaatje in je hoofd (of een tekening) van situatie..... zoals je verwacht dat die eruit ziet in de toekomst, de situatie die je nu uit de weg gaat, of waar je nog veel angst bij hebt. Zie voor je dat het goed gaat en jij je er rustig bij voelt*
- Laat het kind het beeld beschrijven. Let op dat er geen catastrofale aspecten in het beeld naar voren komen.
- *Neem het beeld in gedachten en zeg tegen jezelf ik kan het aan. Op een schaal van 1-7, hoe waar voelt het nu aan om dat ook echt te gaan doen?*
- Set B.S. Niet vragen naar associaties.
- Op een schaal van 1-7 hoe waar voelt het dat je het nu aankan? Door gaan tot VOC 7 is.

Checklist EMDR, c.q. aantekeningenbladTraumatische Herinnering

Beeld zoeken in het filmpje dat in het hier en nu een reactie geeft. Waar de lading hier en nu op zit; ingang van de EMDR

Vertel wat er gebeurd is als een soort film of stripverhaal. Het gaat om het verhaal, zoals het nu in je hoofd zit. Als je kijkt naar die film, wat is dan nu het naarste/vervelendste plaatje om naar te kijken?

Maak daar een stilstaand plaatje/foto van; hoe ziet dat plaatje eruit, wat zie je allemaal, waar ben jij in dat plaatje?

Eventueel een tekening van laten maken.

MES

M Welke gedachte heb je daarbij?

E Welk gevoel, wat doet dat met je?

S Waar voel je dat in je lichaam?

SUD 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Als je kijkt naar het plaatje/tekening en je zegt tegen jezelf NC hoe naar/vervelend is het dan NU om ernaar te kijken op een schaal die loopt van 0 tot 10? 0 is helemaal niet vervelend en 10 is het allervervelendst.

Negatieve Cognitie:

We gaan nu samen uitzoeken hoe het komt dat dit plaatje nog zo naar voor je is om naar te kijken.

Wat maakt het plaatje nu nog zo naar? Wat ben je dan? / Hoe noem je zo iemand?

Als je naar dat plaatje/tekening kijkt: wat vind je dan / geloof je dan nu over jezelf?

Wat zegt dat over jou als persoon? Hoe wordt zo iemand vaak genoemd? Wat zeg je over zo iemand?

Dubbelcheck:

Even voor de zekerheid: dus als je naar het plaatje kijkt, dan raakt: "Ik ben" je NU het meest?

Positieve Cognitie:

Als je naar dat plaatje/tekening kijkt, wat zou je dan liever willen geloven over jezelf in plaats van NC?

Hoe noem je zo iemand? Ken je iemand die geen NC is? Hoe noem je zo iemand?

VOC 1 2 3 4 5 6 7

Als je kijkt naar dat plaatje/tekening, hoe waar/hoe echt voelt dan nu PC? Op een schaal die loopt van 1 tot 7. 1 betekent helemaal niet waar en 7 betekent helemaal waar.

Emoties

Als je kijkt naar het plaatje/tekening en je zegt tegen jezelf NC welk gevoel heb je dan / hoe voel je je dan nu?

Lichaam

Waar in je lijf/lichaam zit dat nare gevoel het sterkst?

Intake vragenlijst voorbeeld

Naam kind:
Geboortedatum kind:
Geboorteplaats kind:
Adres:
Postcode en woonplaats:

Telefoon:
BSN-nummer:
Ziektekostenverz:

Zwangerschap

1. Waren er eerdere zwangerschappen, abortussen of miskramen? Wanneer precies?
2. Was er sprake van een meerlingenzwangerschap?
3. Wat was de leeftijd en hoe was de gezondheid van de moeder tijdens de zwangerschap?
4. Waren er complicaties, zoals bloedverlies, ongelukken, ziekte, röntgenfoto's, vergiftigingen (met name kwik, lood) tijdens de zwangerschap?
5. Was er sprake van roken, alcohol of druggebruik gedurende de zwangerschap?
6. Hoe was de houding van de vader en de andere gezinsleden ten opzichte van de zwangerschap?
7. Was de zwangerschap gewenst? Was er sprake van een voorkeur met betrekking tot het geslacht van het kindje?
8. Hoe is de naam van uw kind gekozen?

Geboorte van uw kind

1. Was uw kindje te vroeg, op tijd of te laat?
2. Is uw kindje geboren op de natuurlijke wijze, via een keizersnede, met tang- of vacuumextractie?
3. Hoe lang duurde de geboorte?
4. Heeft het kindje in de couveuse of aan de beademing gelegen? Waren er medicijnen of bloedtransfusie nodig?

Eerste levensmaanden

1. Hoe verging het de moeder? (Had ze b.v. last van post-natale depressie, e.d.)?
2. Waren er medische problemen met uw kindje?
3. Welk temperament had uw kind als baby (rustig, zoet of juist prikkelbaar en huilerig)?

Functie ontwikkeling in de afgelopen jaren

1. Hoe verliep de grove motoriek (lopen, bal gooien) en de fijne motoriek (tekenen, schrijven)?
2. Hoe verliep de spraak/taalontwikkeling (leren praten, stotteren)?
3. Hoe was uw kind in verband met voeding (veel/weinig drinken, spugen) en slaapgewoonten (lang/kort slapen, moeilijk inslapen/doorslapen)?
4. Hoe verliep de zindelijkheidstraining?

5. Hoe verliep de seksuele ontwikkeling (bewustzijn van eigen geslacht) en hoe denkt u over seksuele voorlichting (op welke leeftijd, op welke wijze)?

Relationele ontwikkeling in de afgelopen jaren

1. Op welke wijze hecht uw kind zich aan belangrijke personen (ouders, andere familieleden, leerkrachten)?
2. Hoe is de omgang met broertjes en zusjes?
3. Hoe is de omgang met leeftijdsgenootjes (medeleerlingen, clubgenootjes)?
4. In hoeverre kan uw kind zich sociaal gedragen (beleefd/brutaal, egoïstisch/hulpvaardig)?
5. Hoe is de omgang met volwassenen?

Functioneren op school in de afgelopen jaren

1. Hoe was/is zijn/haar werkhouding op school?
2. Hoe zijn de leerprestaties en de leervorderingen?
3. Hoe is het gedrag in de klas en op het schoolplein? Volgens wie precies?
4. Hebben er wisselingen van school plaatsgevonden?

SPECIFIEKE GEWOONTEN, GEDRAGSPROBLEMEN EN ANGSTEN (WANNEER, WAAR EN HOE ERG)

1. Heeft uw kind last van driftbuien?
2. Heeft uw kind bepaalde tics? Heeft uw kind last van nagelbijten, haren trekken, duimzuigen?
3. Vertoont uw kind gedragsproblemen als liegen, stelen, vechten, brandstichten en spijbelen?
4. Heeft uw kind last van angsten, fobieën of tobt het veel en waarover dan precies?

Bijzondere meegemaakte gebeurtenissen in de afgelopen jaren

1. Was er sprake van bijzondere ziektes, ongelukken en ziekenhuisopnames?
2. Hebben er zich scheidingsmomenten voorgedaan (b.v. moeder/vader in ziekenhuis) of hebben er wisselingen plaatsgevonden in de gezinssamenstelling?
3. Is er sprake van echtscheiding en andere ingrijpende gebeurtenissen in het gezin?
4. Heeft uw kind vervelende seksuele ervaringen gehad (met leeftijdgenoten, volwassenen, bekenden/onbekenden)?

Gedragsproblematiek

1. Is er sprake van (ernstige) gedragproblematiek volgens u?
2. Zijn er neurologische aanwijzingen voor onrijpheid of overbewegelijkheid?

3. Zijn de problemen in de vroege jeugd begonnen: babytijd, peutertijd of in groep 3 van de basisschool?
4. Zijn er familieleden met psychiatrische stoornissen, zoals bijvoorbeeld ADHD, depressie, autisme, enz.?
5. Ziet uw kind de ander als instrument om eigen wensen te verwezenlijken of past uw kind zich juist gemakkelijk aan?
6. Is uw kind in staat zich in te leven in de ander?
7. Zijn er omstandigheden die het gedrag van uw kind verklaren?
8. Kan uw kind over zichzelf en zijn/haar gedrag nadenken? Is het voortdurend bezig met zelfreflectie of juist niet?
9. Is uw kind snel gefrustreerd?
10. Iedereen liegt wel eens. Op welke wijze liegt uw kind? Hoe is de morele ontwikkeling van uw kind?
11. Vertoont uw kind vermijdingsgedrag?
12. Is uw kind bovenmatig alert, lijkt het steeds op zijn/haar hoede?
13. Blijft het kind actief wanneer het in gesprek is?

De aanmeldingsklacht

1. Waaruit bestaat de aanmeldingsklacht?

2. Ervaart uw kind deze klacht ook als probleem? Of heeft het zelf een ander probleem?

3. Wat denkt u dat de oorzaak van de klacht is?

4. Denkt uw kind ook dat daar de oorzaak ligt?

5. Welk resultaat hoopt u te bereiken?

6. Wat wil uw kind bereiken?

7. Wat zou volgens u de oplossing zijn?

8. Vindt uw kind dat ook?

9. Welke bijkomende problemen geeft de klacht?

10. Wat heeft u al gedaan aan de klacht?

11. Met welk resultaat?

Medicijngebruik

Gebruikt uw kind medicijnen?

Zo ja, welke?

Sinds wanneer?

Met welk resultaat?

Overige relevante gegevens

1. Hoe is de huidige gezinssamenstelling?
2. Wat is de naam en het adres van uw huisarts?
3. Wat is de naam en het adres van de school van uw kind?
4. Welke hulpgevende instanties heeft u al geraadpleegd ?(Jeugdzorg, schoolarts, kinderpsycholoog/psychiater, schoolbegeleidingsdienst, kinderarts of anderen)
En wat is hun naam en adres?

Dit was de vragenlijst. Hartelijk dank voor het invullen!
Marjon van der Sar-Borst



Praktijk voor Integratieve Kinder- en Jeugdtherapie

Presentatie

Dia 1




**Welkom bij de
Praktijkdag EMDR
kind en jeugd**

Dia 2

Wie is Marjon?

- Integratief Kinder- en Jeugdtherapeut
- Europees gecertificeerd psychotherapeut (ECP)
- EMDR Therapeut (BivT)

- Sinds 2006
Eigenaar van





Praktijk voor Integratieve Kinder- en Jeugdtherapie
te 's Gravenmoer

EMDR Praktijkdag Kinderen

Dia 3

Wat gaan we vandaag doen?

1. Introductie
2. Kennismaken met de andere deelnemers
3. Doel van de Praktijkdag
4. Oefening 1: inventarisatie leerdoelen
5. Nabespreken/ervaringen uitwisselen
6. Theorie:
 - Leeftijdsspecifieke reacties PTSS
 - EMDR protocol naar leeftijd
 - Werken met de laatjes
7. Oefening 2
8. Theorie:
 - Storytelling
 - Opzet behandeling zelfbeeldreparatie
 - Video zelfbeeldreparatie bij een meisje van 10 jaar
9. Oefening 3
10. Nabespreken/ervaringen uitwisselen


EMDR Praktijkdag Kinderen

Dia 4

Kennismakingsrondje (10 min)

Graag jezelf kort voorstellen aan de groep,
waarbij de volgende items van belang zijn;

1. Hoe je heet
2. Wat voor werk je doet
3. Waar praktiseer je?




EMDR Praktijkdag Kinderen

Dia 5

Doel van de praktijkdag

- Toepassingen van EMDR protocollen t.a.v. het behandelen van kinderen en jeugdigen aanbieden
- Ervaringsdeskundigheid delen met elkaar om te komen tot verdere professionalisering


 EMDR Praktijkdag Kinderen

Dia 6

Oefening 1: inventarisatie leerdoelen

- Zoek iemand in de groep, die je nog niet kent en stel die persoon de onderstaande vragen. Jullie hebben 10 minuten.

- Tegen welke problemen loop je aan bij het werken met kinderen, m.b.t. EMDR?
- Wat kom je deze dag halen?

 EMDR Praktijkdag Kinderen

Dia 7

Toepassingsmogelijkheden EMDR

- Brand, (verkeers-) ongeval, inbraak, overval
- Natuurramp, oorlogsgeweld
- Echtscheiding, adoptie, uithuisplaatsing
- Huiselijke ruzies en geweld
- Misbruik, mishandeling, verwaarlozing (emotioneel, pedagogisch)
- Gebeten worden door of schrikken van een dier of een persoon verkleed als dier
- Opgesloten raken in een toilet of lift
- (ernstig) ziek zijn, hoofdpijn hebben
- Verslikken, moeten overgeven of zien overgeven
- Eenmalige of opeenvolgende medische ingrepen, zoals prikken of narcose

EMDR Praktijkdag Kinderen



Dia 8

EMDR ook bij

- Laag zelfbeeld;
 - Faalervaringen op school, proefwerk, spreekbeurt
 - Pestervaringen, afwijzing door leeftijdsgenoten
- Piekeren:
 - Het zien van een enge film of gewelddadige tv-beelden/games
 - (terugkerende) nachtmerrie
 - Hebben van beangstigende fantasieën, bijvoorbeeld over de dood of over dingen die mis zouden kunnen gaan
 - Verloren lopen (bijv. in de supermarkt of op het strand)
 - Paniekaanval, hyperventilatie, ademnood
- Rouw:
 - Ernstige ziekte en/of plots overlijden van een ouder, geliefd familielid of huisdier.

EMDR Praktijkdag Kinderen



Dia 9

Leeftijdsspecifieke reacties PTSS

- **Peuters of kleuters:**
 - Verwarring als gevolg van onvermogen om te verwoorden wat ze ervaren
 - Angstig hechtingsgedrag
 - (Separatie)angsten
 - Regressief gedrag
 - Beperkt spel (met of zonder posttraumatisch solospel)
 - Herhaling in gedrag en spel ('reenactment')
 - Agressief/destructief gedrag

EMDR Praktijkdag Kinderen



Dia 10

Leeftijdsspecifieke reacties PTSS

- **Basisschoolkinderen:**
 - Concentratieproblemen
 - Agressieve of angstige fantasieën
 - Overdreven bezorgdheid over eigen veiligheid of die van anderen (dit komt in mindere mate ook bij pubers voor)
 - Herhaling in spel met andere kinderen, tekeningen of woordgebruik (reenactment)
 - Omen-formatie (menen dat er voortekenen waren om de situatie te voorspellen en het kind blijft hierop alert). Bijv. Alcoholgebruik van ouder.

EMDR Praktijkdag Kinderen



Dia 11

Leeftijdsspecifieke reacties PTSS

- Jongeren (pubers, jeugdigen):
 - Verminderd functioneren op school (prestaties, aanwezigheid, sociaal gedrag)
 - Schaamte voor gevoel van kwetsbaarheid
 - Schaamte voor afhankelijkheid van ouders
 - Radicale gedragsveranderingen
 - Risicovol ('thrill seeking') gedrag
 - Alcohol-/drugsmisbruik
 - Woede en wraakfantasieën
 - Angst voor controleverlies daarover
 - Beperkt toekomstperspectief
 - Overvraging van zichzelf

EMDR Praktijkdag Kinderen



Dia 12

Rol van de ouders

- Inventariseren van de klachten tijdens de intakefase
- In kaart brengen van het trauma verhaal (indien nodig)
- Schrijven van het verhaal bij Story Telling
- Co-trainer (bij jonge kinderen): tappen of verhaal vertellen
- Steun in de kamer (indien wenselijk en nodig)

Voorwaarde: ouders hebben een kalm brein, zo niet eerst eigen EMDR-traject

Wanneer geen van de biologische ouders kan deelnemen aan de behandeling, kan die plek worden ingenomen door andere vertrouwenspersonen van het kind, zoals grootouders of pleegouders.

EMDR Praktijkdag Kinderen



Dia 13

EMDR protocol bij kinderen en jeugdigen

EMDR Praktijkdag Kinderen



Dia 14

Vorbereidingsfase (fase 1 en 2)

- Samen het boek lezen: Tim en het wonder EMDR
- Uitleg over EMDR geven aan de hand van metaforen (computer, ladenkastje)
- RDI: hulpbron
- Fijne/veilige plek: oefenen met het beeld vasthouden en de B.S.




EMDR Praktijkdag Kinderen

Dia 15

EMDR protocol bij verschillende leeftijden


- Als een kind eigen beelden heeft, gebruik dan het protocol
- Als een kind geen beelden heeft (vaak bij erg jonge leeftijd), maak dan gebruik van storytelling

EMDR Praktijkdag Kinderen 

Dia 16

Introductiefase 9-18 jaar (Fase 3)

- Laat het verhaal vertellen
- Tekenen en beschrijven van het stilstaande plaatje (met zichzelf in de tekening!)
- MES
- SUD
- NC
- PC
- VOC
- Emotie : welk gevoel heb je nu als je naar de tekening kijkt?
- Lichaam: waar in je lijf voel je dat het sterkst?

EMDR Praktijkdag Kinderen 

Dia 17

NC en PC bij kind en jeugd:

<p>NC:</p> <p>Controle: Ik ben machteloos, ik kan er niet tegen</p> <p>Veiligheid: Ik ben in gevaar</p> <p>Schuld: Ik ben schuldig, het is mijn schuld</p> <p>Zelfwaardering: Ik ben dom, ik doe er niet toe, ik ben zwak, ik ben een loser, ik ben raar, ik ben een slechte...</p>	<p>PC:</p> <p>Controle: Ik kan er tegen, ik kan ermee omgaan</p> <p>Veiligheid: Het is over, ik ben veilig</p> <p>Schuld: Ik ben onschuldig, het is niet mijn schuld</p> <p>Zelfwaardering: Ik ben normaal, oké, verstandig, waardevol, dapper, een doornet, goed zoals ik ben.</p>
--	--

EMDR Praktijkdag Kinderen




Dia 18

Desensitatiefase 9-18 jaar (fase 4)

- Focus op het plaatje/ kijk naar de tekening
- Bilaterale stimulatie toevoegen. Onderling afwisselen
- Vragen naar associaties
- Doorgaan totdat er geen verandering meer opkomt of na 5 minuten
- Back to target (*wat in de tekening of het plaatje is Nu het vervelendst?*)
- Doorgaan tot SUD = 0

EMDR Praktijkdag Kinderen



Dia 19

Installatiefase 9-18 jaar (fase 5, 6 en 7)

- Installatie van de PC. Geen associaties navragen, maar opnieuw de vraag stellen. Doorgaan tot VOC = 7
- PCI (voorheen RDI en/of PC) methode gebruiken om te bekrachtigen (korte sets BS)
- Lichaamsscan. Wel vragen naar associaties. Bij spanning steeds nieuwe set BS starten
- Ontspanningsmogelijkheden, speelmogelijkheden, beloning voor het kind. Instructie ouders

EMDR Praktijkdag Kinderen



Dia 20

Afsluitingsfase 9-18 jaar (fase 8)

- Positief afsluiten van de sessie. Altijd afsluiten met de PC!
- Positieve gevoel eventueel ook terugbrengen in houding
 - *Hoe vind je het dat je het hebt gedaan/aangedurft?*
 - *Waar ben je tevreden over?*
 - *Wat zegt dat over jou?*
 - *Welk gevoel past daar een beetje bij?*
- Tekening opbergen in het kastje
- Ankertje kiezen om dit positieve gevoel op te roepen

EMDR Praktijkdag Kinderen



Dia 21

Evaluatie 9-18 jaar (fase 9)

Volgende sessie:

- SUD = 0 en PC = 7: check om te controleren of er echt geen plaatjes/beelden meer zijn die nu nog naar zijn om naar te kijken.
- SUD > 0. Back to target en protocol opstarten
- SUD = 0 en PC < 7: verder met installatie PC

Ordenen van het kastje:

- Wat doen we met de tekening? C.q. kastje?

EMDR Praktijkdag Kinderen



Dia 22

Future template 9-18 jaar

- Zinvol vermijdingsgedrag
- Deze stap volgt pas als alle relevante herinneringen zijn gedesensitiseerd
- Inventariseren welke situaties nu nog worden vermeden
- Maak een angsthiërarchie


EMDR Praktijkdag Kinderen





Dia 23


Uitleg kastje

Bij één target. Verdeel herinneringen over de laatjes:



- 1) Laatje voor de dingen die bijzonder zijn.

- 2) Laatje voor de leuke dingen

- 3) Laatje voor vervelende of nare herinneringen

EMDR Praktijkdag Kinderen




Dia 24


Uitleg kastje

Bij meerdere thema's:

- Gebruik voor ieder thema een apart laatje
- Per laatje komen de targets die bij dat thema horen



EMDR Praktijkdag Kinderen



Dia 25

Oefening 2: Ideeën uitwisselen

- Welke aanpassingen denken jullie dat er nodig zijn voor kinderen in de leeftijd van 6-9 jaar?
- Denk aan introductie EMDR én behandeling.
- Ga in groepjes (minimaal 3) uiteen en verzamel jullie ideeën, c.q. ervaringen.

EMDR Praktijkdag Kinderen



Dia 26

Aanpassingen voor 6-9 jaar

Aantrekkelijk maken:

- DJ-koptelefoon, vingerpoppetje
- Kaarten voor SUD en VOC
- Cijferketting voor SUD en VOC
- Handpop die EMDR uitlegt
- Materiaal om kastje mee te versieren
- Diploma
- *HEEFT KNUFFEL OOK EMDR NODIG?*

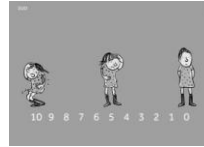


EMDR Praktijkdag Kinderen



Dia 27

Boek Tim en het wonder EMDR



EMDR Praktijkdag Kinderen

Dia 28

Prijslijst

- Boek €18,95
- Kaart per stuk €5,00
- Stickervel €2,50
- Set €38,95
- De set bestaat uit het boek, SUD/VOC jongens en meisjes, RDI kinderen en volwassenen en een stickervel gratis.



EMDR Praktijkdag Kinderen

Dia 29

Overige handige materialen:

- Cijferketting: www.ninico.nl
- Ladenkastje: Action
- Hersenpuzzeltje:



EMDR Praktijkdag Kinderen

Dia 30

Storytelling

Dia 31

Storytelling 2-6 jaar

- Voor kinderen in de leeftijd van 2-6 jaar waarbij de herinneringen niet op bewust niveau toegankelijk zijn
- Voor behandeling van traumatische gebeurtenissen in de leeftijd van 0-6 jaar
- Nadruk ligt op emoties en lichaamssensaties
- Voorkeur voor trommelen op bovenkant handjes, knieën of enkels
- Plaatsen die benoemd worden in het verhaal aanraken op het lijfje (indien van toepassing)
- Ouders(verzorgers) zijn intensief betrokken in de therapie en de voorbereidende fase

Dia 32

Opbouw verhaal

- Verhaal geschreven in eenvoudige taal
- Perspectief van het kind
- Aandachttrekken door met iets positiefs te starten
- Niet *jij*, maar *kleine baby ... (naam kind)*
- Benoemen van emoties kind en de emoties van ouders bij het trauma
- Leerervaringen en coping van het kind beschrijven
- Toekomstwens schetsen
- Beginnen of afsluiten van het verhaal met een liedje (veilige plek)

Dia 33

Aandachtspunten

- Mogelijkheid voor ouders om eigen gedrag te ontschuldigen
- Mogelijkheid om naar ouders toe het gedrag dat het kind laat zien anders te labelen

Uitleg kind: pijn die je nu voelt is pijn van toen

Uitleg ouders: regressie, inhalen fasen

Dia 34

Zelfbeeldreparatie

EMDR Praktijkdag Kinderen



Dia 35

Zelfbeeldreparatie

Ik ben een
mislukking


Ik ben niet
belangrijk
genoeg

Iedereen laat
mij toch in de
steek

Ik ben niet
goed
genoeg

Niemand
houdt van mij


Ik ben een
stom kind

EMDR Praktijkdag Kinderen

Dia 36

Bewijzen negatief zelfbeeld

- Begin bij ervaringen die in het hier en nu een negatieve reactie geven
- Daarna starten met het EMDR protocol:
 1. Bepaal de negatieve kernopvatting mbt het zelfbeeld
 2. Zoek bewijsmateriaal voor de neg. Kernopvatting
"Welke ervaringen in het verleden bewijzen gevoelsmatig en op dit moment dat jij ... bent?"
 3. Selecteer de 3 tot 5 meest overtuigende bewijzen, plaats ze in hiërarchie (van sterk naar iets minder sterk)
 4. Behandel deze ervaringen stuk voor stuk met het basisprotocol EMDR

EMDR Praktijkdag Kinderen

Dia 37

In schema:

Als je de pilaren (de bewijzen voor de neg. kernopvatting) onder de negatieve kernopvatting één voor één omver haalt, lost de negatieve kernopvatting op. Heeft geen grond meer om te bestaan

Negatieve Kernopvatting

b
e
w
i
j
s

b
e
w
i
j
s

b
e
w
i
j
s

b
e
w
i
j
s

b
e
w
i
j
s

EMDR Praktijkdag Kinderen

Dia 38

Ik ben stom

Boos op
mama

Buiten-
gesloten
door
vriendin-
nen

Broer
pest mij

Nooit
prijs
gewon-
nen
athletiek

EMDR Praktijkdag Kinderen

Dia 39

Casus Luna

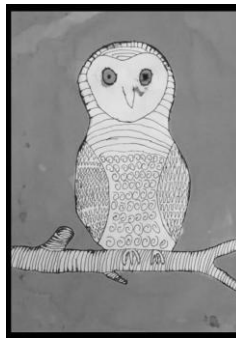
- Luna is 10 jaar. Ze is in groep 5 het hele schooljaar gepest. Leerkrachten hebben daar toen niet adequaat op gereageerd.
- Luna zit nu in groep 7 en heeft een laag zelfbeeld
- Kan erg pleasen
- Weet niet goed hoe ze voor zichzelf moet opkomen

EMDR Praktijkdag Kinderen



Dia 40

Afscheidscadeautje van Luna




EMDR Praktijkdag Kinderen

Dia 41

Oefening 3

- Oefenen met een casus

EMDR Praktijkdag Kinderen 

Dia 42

Afsluiting van de dag

- Terugkoppeling van cursisten ter verbetering van de Praktijkdag
- Wensen inventariseren voor een volgende EMDR Masterclass Kinderen en Jeugd

EMDR Praktijkdag Kinderen

Dank voor jullie komst

Heel veel succes met de behandelde informatie en de ervaringen die vandaag opgedaan zijn.

En veel plezier in het ontdekken van werken met EMDR bij kinderen en jeugdigen.

Graag tot ziens bij een volgende EMDR dag!

Marjon



EMDR Praktijkdag Kinderen



EMDR en Autisme

Docent: Ben J. Zijl

© BivT Beverwijk 2016.

Niets uit deze oplage mag zonder schriftelijke toestemming gebruikt of vermenigvuldigd worden.

BivT secretariaat • Koningstraat 75a (achter) • 1941 BB Beverwijk • Telefoon: 0251-222210

E-mail: info@bivt.nl • Website: www.bivt.nl • btw.nr. 8522.40.181.B.01

KvK 56655037 • IBAN: NL 77 INGB 0003 3179 74 • BIC: INGBNL2A • t.n.v. BivT Bijscholing instituut voor Therapeuten

Op al onze activiteiten zijn onze Algemene Voorwaarden van toepassing. Die kunt u lezen op www.bivt.nl



Inhoud

Inhoud	3
1.0 Basisinformatie	4
1.1 Programma	4
1.2 Doelstelling	4
1.3 Plaatsing van de cursus binnen de gezondheidszorg	4
1.4 Toetsing	4
1.5 Tijdsbesteding	5
1.6 Hulpmiddelen	5
2.0 Autisme in het kort	6
2.1 Vormen van autisme	6
2.2 Kenmerken van autisme	6
2.3 Voordelen van autisme	12
2.4 Handvatten voor de omgeving	13
2.5 Aanvulling voor jonge kinderen	14
2.6 Woordenlijst	15
3.0 Literatuur	16
4.0 Bijlagen	17
Autisme	17
Cases 1	20
Cases 2	21
Bijlage: Presentaties	22

1.0 Basisinformatie

1.1 Programma

Dag 1:	10.00-10.15 uur	Kennismaking
	10.15-10.45	Autisme, wat maakt het verschil?
	10.45-11.15	Bespreken cases 1 (voorbereiden op de behandeling)
	11.15-11.30	Plenaire bespreking cases
	11.30-11.45	PAUZE
	11.45-12.15	Het intakegesprek
	12.15-12.45	Intakegesprek oefenen cases 2
	12.45-13.00	Plenaire afronding
	13.00-14.00	LUCHPAUZE
	14.00-14.45	Het behandelplan opstellen
	14.45-15.30	Bespreken behandelplan
	15.30-15.45	PAUZE
	15.45-16.30	Oefenen voorbereidingsgesprek 1 ^e sessie
	16.30-17.00	Handvatten en tips Afronding

1.2 Doelstelling

- Na het volgen van deze masterclass heeft u inzicht in de specifieke aanpak die nodig is om mensen met autisme succesvol te behandelen met EMDR-therapie.
- Na het volgen van deze masterclass bezit in beginsel de praktische vaardigheden die nodig zijn voor een succesvolle EMDR-behandeling van volwassenen met een stoornis in het autismespectrum.

1.3 Plaatsing van de cursus binnen de gezondheidszorg

Deze masterclass is bedoeld voor psychologen, therapeuten en psychosociaal hulpverleners en anderen die minimaal de basisopleiding EMDR hebben voltooid en werken, of in de toekomst denken te gaan werken, met cliënten die (vermoedelijk) een stoornis hebben in het autistische spectrum of vanuit een andere stoornis autistiform gedrag laten zien. Van de deelnemers wordt verwacht dat ze voldoende (basis)kennis hebben van autisme.

1.4 Toetsing

Van de deelnemers wordt verwacht dat zij zich tijdens deze studiedag actief inzetten en blijf geven van voldoende inzicht en vaardigheden.

1.5 Tijdsbesteding

De verwachte tijdsbesteding van de lesdag is een kleine voorbereiding van maximaal een uur. Tijdens de les wordt je inzet verwacht op de casussen en andere zaken.

1.6 Hulpmiddelen

Tijdens de lesdag ontvangt u deze reader over autisme. Van de deelnemers wordt verwacht dat zij deze reader bestuderen.

2.0 Autisme in het kort

2.1 Vormen van autisme

Er zijn verschillende vormen van autisme. De meest voorkomende zijn Klassiek autisme, Asperger en PDD-NOS. Bij mensen met een vaste relatie gaat het als regel om het Syndroom van Asperger of PDD-NOS en een enkele maal komt Klassiek Autisme voor.



Figuur 1: Dr. Hans Asperger

Er zijn nog enkele andere vormen van autisme, zoals Rett en het Syndroom van Heller. Deze komen echter minder weinig voor. Daarnaast zijn er bepaalde stoornissen en syndromen die zorgen voor autistisch gedrag zonder dat er sprake is van autisme. Bij voorbeeld, veel mensen met een hechtingsstoornis laten vaak autistische gedrag zien en ook bij mensen met het Fragile X-syndroom is dit het geval. Men spreekt dan van autiform gedrag in plaats van autisme of autistisch gedrag.



De Bijlage bevat een overzicht van de belangrijkste vormen van autisme. Het overzicht bestaat uit verschillende kolommen met kenmerken van Klassiek Autisme, PDD-NOS en Asperger. De diagnose PDD-NOS wordt gegeven als de kenmerken niet zo duidelijk zijn in te delen. Dit wil echter niet zeggen dat daarmee de mate van autisme minder ernstig is dan bij voorbeeld bij Asperger. Dit overzicht is natuurlijk niet bedoeld om zelf een diagnose te stellen, daarvoor is meer nodig. Het kan wel een hulpmiddel zijn om bepaald gedrag te herkennen als autistisch gedrag.

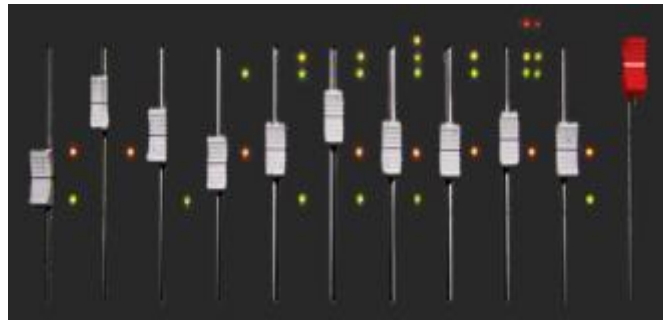
2.2 Kenmerken van autisme

Input

Bij mensen met autisme is de selectie van de prikkels in (veel) mindere mate aanwezig. Ook worden de prikkels vaak verkeerd doorgeseind vanuit het schakelstation. Het gaat om prikkels die te maken hebben met voelen, horen, ruiken, zien en proeven. Kort door de bocht: bij mensen met autisme is de bedrading verkeerd aangelegd. Daardoor laten mensen met autisme vaak gedrag zien dat door anderen niet begrepen wordt. Dat gedrag heeft steeds te maken met de genoemde vijf prikkelgebieden; voelen, horen, ruiken, zien en proeven. Vandaar dat mensen met autisme bij voorbeeld een hekel hebben aan bepaalde kleding vanwege het gevoel of een hekel hebben aan harde geluiden of overprikkeld worden door teveel beweging die ze waarnemen. Tegelijk zijn ze in staat om de meest verschrikkelijk voedselcombinaties met smaak naar binnen te werken.

We kunnen het ook vergelijken met een mengpaneel. Voor elk zintuig is er een schuifje. Bij niet-autistische mensen staan alle schuifjes zo ongeveer in het midden. Bij mensen met autisme staan een aantal schuifjes helemaal open, een ander staat vrijwel dicht en een of twee staan er redelijk in het midden. Staat het schuifje “proeven” vrijwel dicht dan zal zo iemand bij voorbeeld zonder moeite een flinke klodder sambal naar binnen kunnen werken. Staat “voelen” teveel open dan zal hij het stiknaadje van kleding wellicht als pijnlijk ervaren. Staat datzelfde schuifje te ver dicht dan zal hij weinig pijn ervaren en nog kilometers doorlopen op z'n verstuikte voet.

Bij niet-autistische mensen filteren de schuifjes automatisch; ze gaan zo nodig als het ware van zelf tot een bepaald niveau dicht. Bij teveel geluid tijdens een feestje is het mogelijk om geconcentreerd een gesprek te voeren met degene die naast je zit zonder echt last te hebben van al die andere geluiden om je heen. Bij autistische mensen werkt die filter niet of in elk geval niet goed. Zij horen alle geluiden, zien alle bewegingen en nemen veel teveel details waar.



Figuur 2 Mengpaneel

Daarbij komt nog iets. Bij sommige mensen met autisme wisselt de stand van een of meer schuifjes regelmatig. Het ene moment horen ze het kleinste geluidje en het volgende moment komt een hard geluid niet door. Dat zijn de mensen die vaak het verwijt krijgen dat ze niet willen luisteren, Oost Indisch doof zijn. Het is belangrijk dat wij bij de ander proberen te ontdekken wat de stand van de verschillende schuiven is. Door dat te weten kunnen wij ons gedrag of de omstandigheden aanpassen.

Richting

Niet alleen kan de input te veel of te gering zijn, het komt ook voor dat de impulsen niet naar het juiste hersengedeelte worden geleid. Daardoor komt het voor dat mensen bij voorbeeld kleuren horen. Sommigen ervaren dat als prettig maar er zijn ook mensen die een bepaalde kleur horen met een naar geluid. Ook komt het voor dat mensen met autisme bij voorbeeld seksueel opgewonden raken van de schittering van een reflector of het geluid van een motorfiets.

Disfuncties bij autisme

Er is een aantal belangrijke disfuncties te noemen bij mensen met autisme. Deze disfuncties hebben te maken met het filteren en verwerken van de prikkels die van buitenaf naar de hersenen gaan. Deze disfunctie hebben te maken met de volgende zaken:

- Centrale coherentie
- Executive functies
- Theory of Mind
- Contextblindheid
- Moeilijk om te generaliseren
- Zaken letterlijk nemen

Uiteraard hebben mensen met autisme niet met al deze disfuncties evenveel moeite maar ze zijn meestal wel in meerdere of mindere mate aanwezig. Het kan voor ons belangrijk zijn om te weten welk gedrag en welk disfunctioneren te maken heeft met autisme of mogelijk met andere oorzaken. En wanneer wij mensen willen uitleggen waarom wij op een bepaalde manier reageren en functioneren dan is het belangrijk om duidelijk aan te

kunnen geven op welke gebieden wij het vaak moeilijk vinden om de reageren zoals anderen dat “normaal” vinden. Onze kracht ligt in het kennen van onze beperkingen! Mensen met autisme kijken vaak naar hun beperkingen en ook de omgeving doet dat vaak. Beter is om te bedenken wat de kracht is van mensen met autisme.

Centrale coherentie

Bij mensen met autisme worden de prikkels die via de zintuigen de hersenen binnenkomen minder met elkaar in verband gebracht. Daardoor ontstaat er minder samenhang of context, en hebben ze minder overzicht. Door het verminderde “samenhangdenken” (contextdenken) hebben mensen met autisme minder inzicht in sociale relaties. Daardoor zijn ze meestal naïefer, beïnvloedbaarder en kwetsbaarder, maar ook het tegenovergestelde komt voor.

Dit verminderde “samenhangdenken” heeft zowel positieve als negatieve gevolgen:

Sterke kanten:

- Detailwaarneming
- Logisch denken
- Feitenkennis

Minder sterke kanten:

- Omgaan met anderen
- Planning en organisatie
- Flexibel zijn
- Gedrevenheid, autonoom, focussen

Bij mensen met autisme is er vaak sprake van onevenwichtigheid in hun functioneren. Intelligentietests laten meestal een disharmonisch profiel zien. Mensen met autisme hebben vaak vaardigheden waar ze bijzonder goed in zijn. Daar tegenover staan eigenschappen waar ze beduidend minder op scoren, of zelfs op uitvallen. Ook in de omgang met anderen zie je vaak disharmonie; ze zijn aardig, innemend, hebben veel voor anderen over en kunnen tegelijkertijd de meest lompe opmerkingen maken.

Executieve functies

Executieve functies zijn de hogere controlefuncties van onze hersenen. Het is lastig om ze eenduidig te definiëren omdat ze uit meerdere deelfuncties bestaan. Executieve functies worden wel vergeleken met de taken van een ondernemer van een groot bedrijf. De ondernemer moet allereerst in staat zijn om een algemene strategie te volgen om het bedrijf te leiden. Dit kan bijvoorbeeld inhouden: het verhogen van de productie, klanten tevreden stemmen, een goed personeelsbeleid voeren, enzovoort. Ten tweede moet hij relevante nieuwe informatie kunnen benutten om zijn plannen of strategie eventueel te wijzigen of bij te stellen; hij moet zich kortom flexibel kunnen aanpassen aan nieuwe situaties. Van de andere kant moet hij ook op de rem kunnen trappen als blijkt dat acties ongewenste gevolgen kunnen hebben. Ten derde moet hij in staat zijn meerdere taken gelijktijdig uit te voeren, en weten aan welke taken hij eventueel prioriteit moet geven. Ten slotte moet de ondernemer ook over sociale vaardigheden beschikken, en zijn bedrijf naar buiten toe goed kunnen vertegenwoordigen. Executieve functies zijn in feite de denkprocessen die aan de basis liggen van sociaal en doelgericht gedrag.

Executieve functies omvatten het vermogen om:

- weerstand te bieden aan impulsen
- efficiënte plannen te maken
- om te gaan met verandering
- actief je geheugen te gebruiken
- inzicht te hebben in je eigen gedrag en houding
- effectief om te gaan met emoties

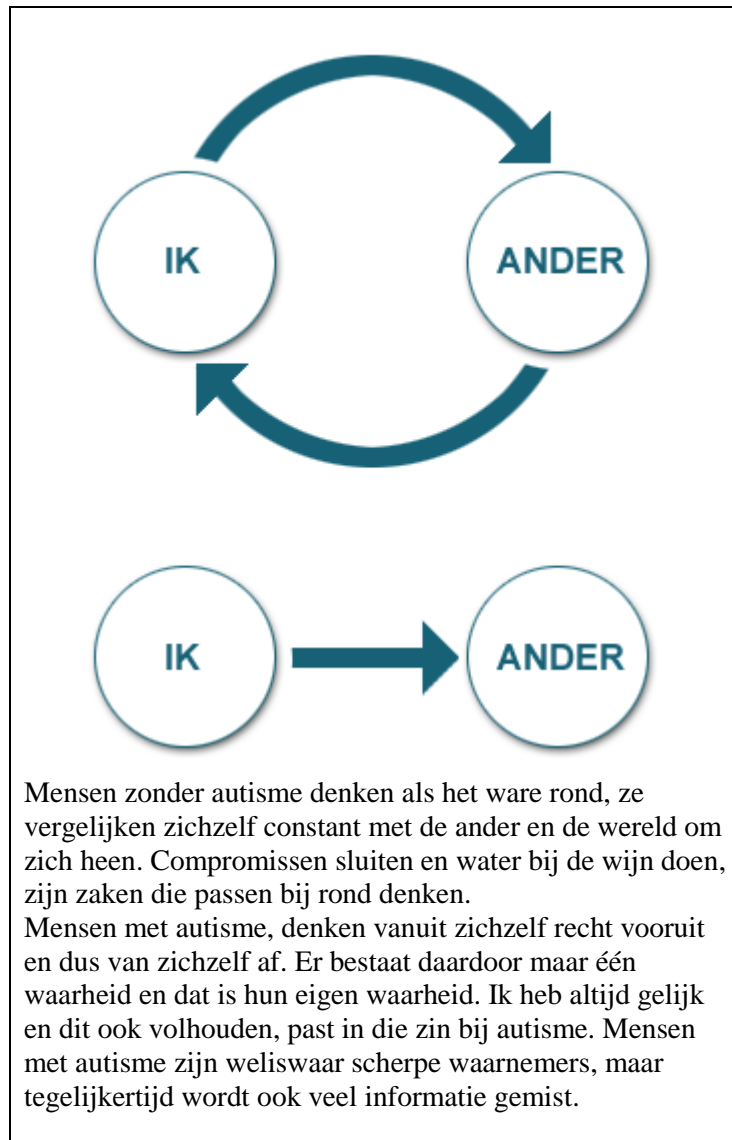
Theory of Mind

Theory of Mind (TOM) is een Engels begrip dat zich moeilijk laat vertalen naar het Nederlands. Het houdt in dat je inzicht hebt in hoe anderen denken en voelen. Als je dit inzicht hebt, dan kun je je gedrag aanpassen aan de ander. Hierdoor kun je sociaal adequaat gedrag laten zien. Veel mensen met autisme hebben moeite met dit inzicht. Zij zien niet goed hoe iemand zich voelt, bijvoorbeeld doordat ze niet goed letten op gezichtsuitdrukking. Andere mensen zien wel dat iemand boos is, maar snappen niet waarom. Zij hebben moeite met het inschatten van de gedachtes van de ander. Dit kan problemen opleveren in sociaal gedrag. Mensen die een beperkte 'Theory of Mind' hebben, denken bijvoorbeeld dat iemand die boos kijkt, boos is op hen, waardoor ze zelf boos reageren. Bij kinderen met autisme zie je vaak dat wanneer iemand uit hun groep een standje krijgt, ze denken dat dit voor hen bedoeld is. Deze kinderen vragen vaak "Bent u boos op mij?" Ouderen hebben vaak hetzelfde gevoel maar hebben geleerd om dat gevoel te negeren. Ook zien mensen met autisme vaak niet dat wat zij doen of zeggen, vervelend is voor de ander, waardoor ze conflicten oproepen. Zo kan hun humor veel irritatie oproepen bij niet-autistische mensen, terwijl zij de humor van anderen weer moeilijk begrijpen.



Figuur 3 beeldvorming

Mensen met autisme hebben er dus problemen mee zich een beeld te vormen van wat andere mensen denken en voelen. De TOM wordt ook wel gedachteblindheid genoemd. Het gebrek aan invoelend vermogen kan variëren van licht tot ernstig. Mensen met een goed verstand kunnen hun autisme compenseren door middel van bewuste, aangeleerde, TOM. In geval TOM totaal afwezig is dan is er sprake van een volledige letterlijke belevingswereld. De problemen met betekenisgeving hangen nauw samen met de TOM. Betekenisgeving betekent: verder kijken dan de feitelijkheid, verder kijken dan de letterlijke woorden. Als mensen hun eigen autisme niet zien of ervaren, hangt dit samen met de Theory of Mind. Zonder TOM kan je alleen vanuit jezelf denken.



Contextblindheid

In autisme vallen de sociale tekorten het sterkst op omdat de contextafhankelijkheid van betekenissen vooral uitgesproken aanwezig is in het verlenen van betekenis aan het menselijk gedrag. Een traan betekent soms verdriet, maar soms ook plezier, soms pijn en soms zelfs een aanwijzing dat iemand uiensoep aan het maken is. Het gedrag van andere mensen begrijpen, lukt alleen maar als je verder kijkt dan de letterlijke details. Voor een brein dat letterlijk begrijpt is een traan niets meer dan een druppel vocht. Om te begrijpen wat die druppel vocht betekent, dienen we rekening te houden met de context: de rest van het gezicht (zie ik een glimlach of een treurige mond?), geluid (hoor ik lachen of huilen?) en tal van andere zaken (zie ik een wondje of uien schillen?). Betekent een opgestoken hand een begroeting, een bevel tot stoppen, een vraag of een verzoek? Eenzelfde menselijk gedrag kan ontzettend veel verschillende betekenissen hebben. Het achterhalen van de juiste betekenis veronderstelt het vermogen om rekening te houden met de context.

Wat het begrijpen van het menselijk gedrag extra moeilijk maakt, is dat je niet alleen rekening moet houden met de expliciete, waarneembare context (zoals uien schillen, een glimlach, wat we de persoon horen zeggen) maar ook met de impliciete, niet concreet waarneembare context: de binnenkant van de persoon (diens gevoelens, ideeën, verlangens). Het in rekening brengen van die impliciete context vergt verbeelding, het vermogen om dingen te zien die je niet kan zien, zaken te horen die je niet kan horen. Die verbeelding ontbreekt grotendeels bij mensen met autisme en daardoor is het voor hen erg moeilijk om bijvoorbeeld het verdriet of het geluk te zien 'achter' de traan. Theory of Mind, het vermogen om geestestoestanden toe te schrijven aan jezelf en de

anderen, vergt dus contextgevoeligheid en verbeelding. Geestesblindheid (het niet zien van wat zich afspeelt in de geest van anderen) is eigenlijk een vorm van contextblindheid.



Figuur 4 Mensen met autisme vinden het vaak lastig om degene met wie ze praten aan te kijken

Generaliseren

Voor mensen met autisme is het vaak moeilijk om te generaliseren. Ze maken duidelijk onderscheid tussen bijvoorbeeld thuis, werk en sportvereniging. Ze vinden het dan bijvoorbeeld heel vervelend en verwarrend als een collega thuis op bezoek zou komen. Of ze willen niet langer naar de sportvereniging omdat iemand uit de straat lid is geworden. Het kan ook zijn dat ze teveel en onjuist generaliseren. Dat zie je vooral bij mensen met een laag IQ. Zij vinden bijvoorbeeld alle mensen met blond haar dom of onaardig. De reden daarvoor kan zijn dat iemand met blond haar ten onrechte boos op hem of haar is geweest. Bij deze mensen zie je ook een verhoogd risico op seksueel grensoverschrijdend gedrag omdat ze niet begrijpen dat, wat op de badkamer wel mag, op straat echt niet kan. Autistische mensen met een normaal of bovengemiddeld IQ hebben al jong aangeleerd wat waar wel en niet mag, echter vaak zonder het op die leeftijd ook echt te begrijpen.

Mensen die moeite hebben met generaliseren hebben de neiging om thuis niet te vertellen over hun werk of school en andersom evenmin. Dit kan tot spanningen leiden binnen een relatie of binnen het gezin waarvan ze deel uitmaken.

Letterlijk

Vraag aan iemand met autisme “mag ik het zout?” en hij of zij zal waarschijnlijk “ja” zeggen en vervolgens dooreten zonder jouw het zoutvatje aan te reiken. Want daar had je niet om gevraagd! Mensen met autisme nemen vaak alles letterlijk. Ze begrijpen niet dat woorden meer kunnen betekenen dan de gesproken woorden alleen. Daardoor wekken kinderen soms de indruk ongehoorzaam te zijn en ouderen wekken af en toe de indruk dat ze je in de maling nemen. Wat voor niet autistische mensen heel normaal is dat is voor mensen met autisme soms echt onbegrijpelijk. Hoe kan je iemand “een poot uittrekken” of “bij het been nemen” terwijl degene waarover het gaat nota bene in het buitenland op wandelvakantie is? En hoe is het mogelijk om zwart-wit te denken of er gekleurd op te staan? Kortom neurotypische mensen kunnen rare dingen zeggen! Ook in relaties kan dat letterlijk nemen voor veel wederzijdse irritatie zorgen.

Toch is het niet alleen kommer en kwel om getrouwd te zijn met een man met autisme. Autisme heeft ook voordelen. Het zijn mensen die houden van regelmaat, ze komen graag hun afspraken na en ze zijn over het algemeen goudeerlijk.

Kort samengevat:

Disfunctie	Beperking
Centrale coherentie	Zien verbanden niet Detailwaarneming
Executive functies	Hebben te weinig overzicht Kunnen moeilijk organiseren
Theory of Mind	Weinig invoelend vermogen Begrijpen gemoedstoestand van anderen niet
Contextblindheid	Zien en begrijpen de context niet
Moeilijk generaliseren	Denken in hokjes Generaliseren onjuist
Letterlijk nemen	Neem alles letterlijk Begrijpt moeilijk gezegden

2.3 Voordelen van autisme

Mensen met autisme hebben het best moeilijk in onze samenleving. En omgaan met autistische mensen valt ook niet altijd mee. Toch zijn er ook positieve kenmerken van autisme te noemen. Zo zijn de meeste autistische mensen eerlijk en correct. Ze hebben oog voor detail en een goed geheugen. Het is goed om bij alle negatieve kenmerken van autisme ook de voordelen van deze stoornis in het oog te houden.

Wat zijn de voordelen van autisme?

- Stiptheid: mensen met autisme gedijen het best bij regelmaat
- Afspraak is afspraak
- Heeft vaak veel kennis van bepaalde zaken, kan zich goed focussen en wil graag alles van een onderwerp weten
- Onverstoorbaar doorwerken
- Eerlijkheid: mensen met autisme missen vaak het filter van sociale wenselijkheid en zeggen daarom wat ze vinden.
- Groot analytisch denkvermogen
- Een goed oog voor detail
- Goed geheugen
- Kan prima zelfstandig werken, graag zelfs
- Is beleefd: dit is aangeleerd gedrag en zal dus altijd toegepast worden
- Is zichzelf, kan ook niet anders
- Begrijpt schema's goed, denkt vaak in beelden
- Snel veranderingen opmerken: want de wereld klopt niet meer bij het beeld dat hij/zij daarvan heeft
- Kunnen goed omgaan met computers: computers zijn dingen die ze snel begrijpen zonder de moeilijkheden van persoonlijke communicatie en verder verdiepen veel jongeren met ASS zich in computertechnologie dat samen met hun oog voor details echte computerfenomenen kan opleveren.

2.4 Handvatten voor de omgeving

De volgende handvatten gelden uiteraard niet voor iedereen met autisme. Kijk wat wel en wat niet past bij degene om wie het in uw geval gaat. Volwassen autisten hebben vaak veel dingen aangeleerd die bij neurotypische mensen passen. Zij imiteren daarmee het gedrag van niet-autisten. Dit betekent dat autistisch gedrag niet altijd herkenbaar, maar wel latent aanwezig is. Het is goed om daar rekening mee te houden. Wanneer gezegd wordt dat autisten moeilijk kunnen kiezen dan is het goed mogelijk dat u dat niet altijd herkent. “Uw autist” heeft geleerd om in bepaalde omstandigheden wel snel een keus te maken. In andere gevallen zal hij of zij eindeloos blijven twijfelen.

Accepteer eigen wereld

Iemand met autisme blijft gedeeltelijk een eigen wereld houden, waarin hij of zij zich regelmatig terugtrekt en waarin anderen niet worden toelaten. Ontneem hen die eigen wereld niet maar blijf hen wel betrekken bij uw wereld. Iemand met autisme zal zich namelijk snel buitengesloten voelen.

Eigen taken

Accepteer, als bijvoorbeeld uw partner autistisch is, dat u elk uw eigen taken heeft. Behoort het bijhouden van de tuin tot zijn taak, ga dan geen onkruid wieden zonder gevraagd te hebben of hij het goedvindt. Als u zich ongevraagd met zijn taken bemoeit, zal hij zich aangevallen voelen en de idee hebben dat u vindt dat hij het niet goed doet.

Emoties

Mensen met autisme zien vaak de emoties van de ander niet. Wilt u hem of haar deelgenoot maken van uw emotie, benoem die emotie dan.

Praat vlak

Spreek niet met stemverheffing. Iemand met autisme zal dat snel interpreteren als boosheid, ook op momenten dat er absoluut geen sprake van boosheid is. Mensen met autisme vragen soms, op voor ons vreemde momenten, of iemand boos is.

Geef duidelijke opdrachten

Als u een opdracht wilt geven, doe dat dan duidelijk en zeer concreet. “Wil jij straks de container buitenzetten” is onduidelijk. Natuurlijk wil hij dat, maar je vroeg hem niet om het ook te doen. Daarbij is straks ook nog eens een onduidelijk begrip.

Eén opdracht tegelijk

Veel mensen met autisme vinden het verwarrend als ze meerdere opdrachten tegelijk krijgen. Eén opdracht is beter. Pas als die opdracht is uitgevoerd is het tijd voor een volgende opdracht.

Oefen geen druk uit

Iets (snel) moeten is voor veel autisten moeilijk. Dat bepaalde dingen op het werk moeten is meestal geen probleem maar thuis kan men moeilijk druk aanvaarden. Plan daarom karweitjes tijdig is of laat hem of haar kiezen. “Wil je het nu doen of vindt je het beter om het zaterdag te doen?”.

Check of hij het heeft begrepen

Mensen met autisme begrijpen vaak niet wat de ander bedoeld. Volwassenen zullen dat vaak niet aangeven omdat ze zich dan onnozel voelen. Check regelmatig of de ander u begrepen heeft.

Maak planning

Maak bijvoorbeeld elke zaterdag een planning voor de komende week. Mensen met autisme vinden het moeilijk als er onverwachte dingen gebeuren of gedaan moeten worden. Dit voorkomt u zoveel mogelijk door een planbord op een goed zichtbare plaats te hangen.

Kiezen

Autisten vinden het erg moeilijk om te kiezen. Als er wat te kiezen valt laat dan maximaal uit twee dingen kiezen. Kan hij of niet kiezen maak dan zelf een keus voor hem. Als u “verkeerd” kiest blijkt hij echter meestal wel te kunnen aangeven wat hij wil.

Kinderachtig

Probeer steeds te voorkomen dat u de ander behandelt als een kind. Doordat hij bepaalde dingen niet (snel) begrijpt en weinig invoelend vermogen heeft, iets wat je ook ziet bij jonge kinderen, heb je de neiging om hem of haar als een kind aan te spreken en opdrachten te geven. Dat is uiteraard niet juist!

2.5 Aanvulling voor jonge kinderen

Veel van de voorgaande tips kunnen voor zowel volwassenen als kinderen nuttig zijn. Speciaal voor kinderen volgen hier nog enkele tips:

Picto's

Werkt met picto's om volgorde of programma in beeld te brengen. Als het kind aangeeft dat hij of zij picto's kinderachtig vindt, vervang de picto's dan door geschreven woorden.

Vragen

Stel zoveel mogelijk gesloten vragen. Open vragen zijn onduidelijk.

Boos

Boos worden werkt meestal averechts. Neem (eventueel op een later tijdstip) het kind apart, bespreek de situatie en leg uit waarom u iets niet goed vindt.

Afsluiten

Sluit conflicten en/of nare ervaringen duidelijk af. Benoem dat het nu is afgesloten!

Eten

Houdt rekening met het feit dat uw kind moeite kan hebben met bepaald eten. Dat hoeft niet alleen te komen door de smaak, het kan ook de kleur of het gevoel in de mond zijn. Veel kinderen met autisme hebben moeite met bijvoorbeeld spaghetti, gewoon omdat het gerecht er rommelig uitziet.

Rituelen

Veel kinderen met autisme zijn gehecht aan rituelen. Ze gaan bijvoorbeeld niet naar bed voordat ze even wat tegen de parkiet hebben gezegd en de keukendeur een keer open en dicht hebben gedaan. Rituelen kunnen irritatie opwekken, zeker als u haast hebt. Zolang rituelen niet aanstootgevend zijn is het beter om ze te accepteren. Meestal gaan ze vanzelf over.

2.6 Woordenlijst

Active but odd

Mensen met een ASS die contact maken en contact van anderen niet afwijzen. De manier waarop deze groep autisten contact maakt is echter 'vreemd'; men praat alleen maar tegen de ander en luistert niet naar die ander, of men claimt diegene totaal in het contact zodat deze geen contact met andere mensen kan zoeken. Wat ook kan is dat de Active But Odd wel luistert, maar alleen geanimeerd kan praten over diepgaande zaken.

Aloof

Een aloof iemand is iemand die geen contact met mensen maakt en ook niet reageert als iemand contact met hem probeert te maken.

Asperger

Hans Asperger is de man die het hoogfunctionerend autisme ontdekt heeft. Naar hem is het Syndroom van Asperger genoemd.

ASS

Autisme Spectrum Stoornis. Autisme is een ontwikkelingsstoornis in de hersenen. Met autismespectrum wordt bedoeld, de uitersten en alles ertussen in waarin de soort, de mate en de ernst van autisme wordt beschreven.

Autistiform gedrag

Op autisme-gelijkend gedrag. Mensen met autistiform gedrag hebben problemen in de omgang met anderen. Dat is vooral het gevolg van een geringer vermogen om zich in de gedachtenwereld en het gevoelsleven van de ander te verplaatsen. Er is dan echter geen sprake van autisme omdat het slechts om een enkel kenmerk van autisme gaat.

Fiep

Een liefhebberij die degene die het liefheeft niet los kan laten. Als iemand urenlang over niets anders kan praten dan -ik noem maar een hobby- de perronnen 2 van alle stations ter wereld, dan heeft diegene een fiep. Een fiep is (bijna) dwangmatig, maar daar zijn gradaties in.

Fladderen

Een beweging met de armen alsof de persoon die dat doet elk moment op kan opstijgen. Iemand met een ASS kan gaan fladderen als hij of zij opgewonden raakt, boos wordt of bang is.

Hoogfunctionerend autisme

Autisme bij mensen met een normale tot hoge intelligentie c.q. begaafdheid.

Neurotypisch (NT)

De psychiatrische benaming voor iemand die 'normaal' is. Veel mensen met een psychiatrische aandoening gebruiken het woord 'neurotypisch' liever dan het woord 'normaal'.

Passief

Een passief is iemand die zelf geen contact maakt, maar contact van anderen niet afwijst.

PDD-NOS

Is de afkorting van Pervasive Developmental Disorder - Not Otherwise Specified. Als je PDD-NOS hebt, heb je kenmerken van klassiek autisme, maar je hebt ze niet allemaal.

Pre-occupatie

Een sterke, dwangmatige, voorkeur voor bijvoorbeeld een bepaald soort voorwerpen. Zo kan men een pre-occupatie hebben voor een bepaald type treinen of wielloppen (zie fiep).

Syndroom van Asperger

Een vorm van autisme waarbij de persoon een normale tot hoge intelligentie heeft.

3.0 Literatuur

Er is geen verplichte literatuur. Van de deelnemers wordt verwacht dat zij de reader bestuderen.

Aanbevolen literatuur:

de Jongh en E. ten Broeke, *Handboek EMDR*, **Pearson**, ISBN 978 90 265 22437

M. Delfos, *Een vreemde wereld*, **SWP**, 445pag, ISBN: 978 90 8850 218 7

M. Delfos en M. Gottmer, *leven met autisme*, **Bohn Stafleu van Loghum**, 177 pag, ISBN: 978 90 3139 182 0

M. Kleingeld en J. Kleingeld, *De derde boom*, **Pica**, pag. 195, ISBN: 9789075129649

T. Peters, *Autisme. Van begrijpen tot begeleiden*, **Houtekiet**, 286 pag., ISBN:9789089240439

E. Sabin, *Weet jij wat autisme is?*, **Pica**, 56 pag, ISBN: 9789077671108

P. Vermeulen, *Dit is de titel*, **Vlaamse Dienst Autisme**, ISBN 978 90 644 51232

Websites en adressen

- www.autisme.nl
- www.autismeinfocentrum.nl
- www.autistischspectrum.nl
- www.sclera.nl (pictogrammen)

- Nederlandse Vereniging voor Autisme
Weltevreden 4
3731AL De Bilt
E info@autisme.nl
W www.autisme.nl

- Hulpmiddelen
Semmië
www.semmie.net

- Landelijk Netwerk Autisme (onderwijs/leerkrachten)
Postbus 801
2799AV Zoetermeer

- Praktijk Ben Zijl
Noordeinde 16
2742AG Waddinxveen
T 0182-612655
E B.J.Zijl@gmail.com
W www.praktijkbenzijl.nl

4.0 Bijlagen

Autisme

Stoornis	Kwalitatieve beperkingen in de sociale interacties	Kwalitatieve beperkingen in verbale en non-verbale communicatie	Berperkte, zich herhalende stereotiepe patronen van gedrag, belangstelling en activiteiten waarbij sprake is van een stoornis in de verbeelding
	1 ^e groep items	2 ^e groep items	3 ^e groep items
Klassiek autisme Minimaal 6 items waarvan minimaal: 2 uit de 1 ^e groep 1 uit de 2 ^e groep 1 uit de 3 ^e groep	<ul style="list-style-type: none"> • duidelijke stoornissen in het gebruik van verschillende vormen van non-verbaal gedrag, zoals oogcontact, gelaatsuitdrukking, lichaamshouding en gebaren om de sociale interactie te bepalen • er niet in slagen met leeftijdgenoten tot relaties te komen die passen bij het ontwikkelingsniveau. • tekort in het spontaan proberen met anderen plezier, bezigheden of prestaties te delen (bijvoorbeeld het niet laten zien brengen of aanwijzen van voorwerpen die van betekenis zijn) • afwezigheid van sociale of emotionele wederkerigheid 	<ul style="list-style-type: none"> • achterstand in of volledige afwezigheid van de ontwikkeling van de gesproken taal (niet samengaan met een poging tot compensatie met alternatieve communicatiemiddelen, zoals gebaren of mimiek) • bij individuen met voldoende spraak duidelijke beperkingen in het vermogen een gesprek met anderen te beginnen of te onderhouden • stereotiep en herhaald taalgebruik of eigenaardig woordgebruik • afwezigheid van gevarieerd spontaan fantasiespel (doen-als-of-spelletjes) of sociaal imiterend spel (nadoen-spelletjes) passend bij het ontwikkelingsniveau 	<ul style="list-style-type: none"> • sterke preoccupatie met één of meer stereotiepe en beperkte patronen van belangstelling die abnormaal is in intensiteit of richting • duidelijk rigide vastzitten aan specifieke niet-functionele routines of rituelen • stereotiepe en zich herhalende motorische manieren (bijvoorbeeld fladderen, draaien met hand of vingers of complexe bewegingen met het hele lichaam) • aanhoudende preoccupatie met delen van voorwerpen
Asperger Minimaal 3 items Waarvan minimaal 2 uit de 1 ^e groep 1 uit de 3 ^e groep	<ul style="list-style-type: none"> • duidelijke stoornissen in het gebruik van veelvoudig non-verbaal gedrag, zoals oogcontact, gelaatsuitdrukking, lichaamshouding en gebaren om de sociale interactie te bepalen • er niet in slagen met leeftijdgenoten tot relaties te komen die passen bij het ontwikkelingsniveau • een tekort in het spontaan proberen met anderen plezier, bezigheden of prestaties te delen (bijvoorbeeld het niet laten zien, brengen of aanwijzen van voorwerpen die van betekenis zijn) • afwezigheid van sociale of emotionele wederkerigheid 	<p>Overige kenmerken Syndroom van Asperger::</p> <p>De stoornis veroorzaakt in significante mate beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen</p> <p>Er is geen significante algemene achterstand in taalontwikkeling, bijvoorbeeld het gebruik van enkele woorden in het derde levensjaar, communicatieve zinnen in het vierde levensjaar</p> <p>Er is geen significante achterstand in de cognitieve ontwikkeling of in de ontwikkeling van bij de leeftijd passende vaardigheden om zichzelf te helpen, gedragsmatig aanpassen (anders dan binnen sociale interactie) en nieuwsgierigheid over omgeving, specifieke pervasieve ontwikkelingsstoornis of schizofrenie.</p> <p>Er is niet voldaan aan de criteria van een andere pervasieve ontwikkelingsstoornis of schizofrenie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • sterke preoccupatie met één of meer stereotiepe en beperkte patronen van belangstelling die abnormaal is in intensiteit of aandachtspunt • duidelijk rigide vastzitten aan specifieke niet-functionele routines of rituelen • stereotiepe en zich herhalende motorische manieren (bijvoorbeeld fladderen, draaien met hand of vingers of complexe bewegingen met het hele lichaam) • aanhoudende preoccupatie met delen van voorwerpen

Stoornis			
	1 ^e groep items	2 ^e groep items	3 ^e groep items
Syndroom van Heller	<p>De DSM-IV geeft de volgende criteria voor deze ontwikkelingsstoornis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schijnbaar normale ontwikkeling gedurende minimaal twee jaar na de geboorte, wat blijkt uit voor de leeftijd normale verbale en non-verbale communicatie, sociale relaties, spel en aanpassingsgedrag. • Klinisch duidelijk verlies van eerder verworven vaardigheden (voor de leeftijd van tien jaar) op minimaal twee van de volgende gebieden: <ol style="list-style-type: none"> 1. taal (spreken of luisteren) 2. sociale vaardigheden of aanpassingsgedrag 3. beheersing van darmen of blaas 4. spelen • motoriek Afwijkingen in het functioneren op minimaal twee van de volgende gebieden: <ol style="list-style-type: none"> 1. kwalitatieve tekortkomingen in de sociale interactie (bijvoorbeeld beperking in het non-verbaal gedrag, geen relaties met leeftijdsgenoten kunnen opbouwen, gebrek aan sociale of emotionele bereikbaarheid) 2. kwalitatieve tekortkomingen in de communicatie (bijvoorbeeld late of geen ontwikkeling van gesproken taal, onvermogen een gesprek te beginnen of te voeren, stereotiep of repetitief gebruik van taal, geen gevarieerde fantasiespelletjes) 3. beperkte, herhaalde en stereotiepe gedragspatronen, interesses en activiteiten, waaronder stereotiepe en repetitieve motoriek. • De stoornis is niet beter te verklaren door een andere specifieke pervasieve ontwikkelingsstoornis of schizofrenie 		

Stoornis	1 ^e groep items	2 ^e groep items	3 ^e groep items
Syndroom van Rett	<p>Kenmerken Rett Syndroom Niet alle kinderen ontwikkelen alle hieronder beschreven kenmerken en ook niet allemaal in dezelfde mate. Over het algemeen is het zo dat hoe eerder de meisjes de knik krijgen, met nog weinig verworven vaardigheden, hoe slechter de prognose voor hen is.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verlies van vooraf verworven vaardigheden na een aanvankelijk normale ontwikkeling 2. Achteruitgang in het sociale contact, autistische periode 3. (soms sterk) verminderde gevoeligheid voor pijn. 4. Verlies van doelgericht gebruik van handen 5. Ontwikkeling van stereotiepe dwangmatige handbewegingen 6. Ieder meisje heeft een uniek patroon van handbewegingen: wringen, draaien en handwasbewegingen, flapperen, klappen of kloppen. Vrijwel altijd zijn het bewegingen met beide handen op of boven borsthogte. Veel meisjes stoppen ook de hand in de mond. 7. Leuk gezichtje met alerte uitdrukking 8. Interesse in omgeving: gezichten, kleuren, vormen 9. Afwezigheid van spraak (afasie) 10. Groeiachterstand 11. Het hoofdje blijft klein in verhouding. 12. Trage groei van de voetjes 13. Ademhalingstoornissen 14. Perioden van intense hyperventilatie (snel ademen), vaak onderbroken door een ademstilstand of het inhouden van de adem. Ook luchthappen, met als gevolg een opgezette buik, komt voor. 15. Slaapstoornissen; Nachtelijke lach-, schreeuw-(gil-) of huilbuien. Soms duren deze buien maar even, maar het kan ook enkele uren duren. 16. Slechte doorbloeding benen en voeten; De meeste meisjes hebben koude, rood-blauwe voeten. 17. Slechte controle over bewegingen (apraxie); Bij jonge kinderen, die zonder steun kunnen zitten, zien we dat het kind voortdurend de houding moet corrigeren. Dit geeft de indruk dat ze zich met kleine schokjes rechtop moet houden. Lang niet alle meisjes met Rett syndroom leren lopen. Bij de meisjes die wel lopen, maakt dit een onzekere indruk. 	<p>De gang is breedsporig en hindernissen, zoals drempels, kunnen forse obstakels zijn. De ongecontroleerde bewegingen (spasticiteit) worden met de jaren erger.</p> <ol style="list-style-type: none"> 18. Tandengeknars (bruxisme) 19. Zijwaartse vergroeiing van de wervelkolom (scoliose); Ongeveer 80 % van de kinderen ontwikkelt deze scheefgroei van de ruggesgraat. De scoliose wordt doorgaans zichtbaar als het meisje tussen de 9 en 12 jaar oud is. Vooral in de puberteit kan de vergroeiing ineens sterk toenemen. Het is daarom belangrijk de rug regelmatig te controleren. 20. Incontinentie 21. Epilepsie; 75% van de kinderen heeft epilepsie. De epilepsie begint gemiddeld op een leeftijd van 3,5 jaar, maar ook een begin van epilepsie pas rond het 10e jaar is mogelijk. Medicatie is de eerste jaren moeizaam in te stellen. Naarmate de kinderen ouder worden gaat dit beter. Soms is een operatie de aangewezen behandeling. 	

Cases 1

Martin is een jongen van 22 jaar. Hij heeft klassiek autisme en een IQ van 95. Na het Speciaal Onderwijs heeft hij een opleiding op MAVO-niveau gedaan. Op het voortgezet onderwijs werd hij gepest. Hij was een buitenbeentje en niemand bemoeide zich met hem. Na het behalen van zijn diploma heeft hij een half jaar thuis gelopen omdat hij geen passend werk kon krijgen. Met behulp van een jobcoach kreeg hij werk bij een boomkwekerij. Het was eenvoudig werk dat hem op zich wel beviel. Echter, hij had geen enkele aansluiting bij zijn collega's. Tussen de middag zat hij niet in de kantine maar zocht een stil plaatsje om zijn lunch te gebruiken. Zijn werkgever deed alle moeite om hem erbij te betrekken maar hij trok zich steeds meer terug. Na een half jaar werd het contract niet verlengd. Opnieuw liep hij thuis. Hij hielp zijn moeder een beetje in de huishouding en verveelde zich heel veel. Daarna kon hij terecht bij een andere boomkweker. Een wat groter bedrijf met meer werknemers. Ondanks begeleiding van Martin en zijn werkgever werd hij ook hier al gauw een buitenbeentje en het mikpunt van plagerijen. Toch heeft hij het hier bijna twee jaar uitgehouden, hoewel hij er elke morgen opnieuw tegenop zag om aan het werk te gaan. Een andere baan zoeken zag hij echter ook niet zitten omdat hij altijd geweldig opziet om nieuwe dingen te ondernemen. Op een gegeven moment is hij na een plagerij weggelopen en was niet te bewegen om weer terug te keren. Daarna heeft hij nog tweemaal een paar maanden ergens gewerkt wat beide keren mislukte. De laatste keer omdat zijn werkgever enkele malen naar zijn thuissituatie vroeg, wat hij als heel bedreigend heeft ervaren. .

Momenteel zit hij alweer enkele maanden zonder werk. Hij ziet het absoluut niet meer zitten om weer aan het werk te gaan, omdat "het toch weer mislukt" en omdat "ze toch weer gaan pesten". Hij voelt zich een mislukkeling die door iedereen gepest wordt. Met begeleiders en hulpverleners praat hij moeizaam en praten over zijn arbeidsverleden vindt hij helemaal lastig. Hij heeft een laag zelfbeeld.

Opdracht:

Stel een plan van aanpak op om Martin voor te bereiden op de behandeling. Houdt daarbij rekening met de mogelijke beperkingen vanuit zijn autisme.

Cases 2

Martin is een jongen van 22 jaar. Hij heeft klassiek autisme en een IQ van 95. Na het Speciaal Onderwijs heeft hij een opleiding op MAVO-niveau gedaan. Op het voortgezet onderwijs werd hij gepest. Hij was een buitenbeentje en niemand bemoeide zich met hem. Na het behalen van zijn diploma heeft hij een half jaar thuis gelopen omdat hij geen passend werk kon krijgen. Met behulp van een jobcoach kreeg hij werk bij een boomkwekerij. Het was eenvoudig werk dat hem op zich wel beviel. Echter, hij had geen enkele aansluiting bij zijn collega's. Tussen de middag zat hij niet in de kantine maar zocht een stil plaatsje om zijn lunch te gebruiken. Zijn werkgever deed alle moeite om hem erbij te betrekken maar hij trok zich steeds meer terug. Na een half jaar werd het contract niet verlengd. Opnieuw liep hij thuis. Hij hielp zijn moeder een beetje in de huishouding en verveelde zich heel veel. Daarna kon hij terecht bij een andere boomkweker. Een wat groter bedrijf met meer werknemers. Ondanks begeleiding van Martin en zijn werkgever werd hij ook hier al gauw een buitenbeentje en het mikpunt van plagerijen. Toch heeft hij het hier bijna twee jaar uitgehouden, hoewel hij er elke morgen opnieuw tegenop zag om aan het werk te gaan. Een andere baan zoeken zag hij echter ook niet zitten omdat hij altijd geweldig opziet om nieuwe dingen te ondernemen. Op een gegeven moment is hij na een plagerij weggelopen en was niet te bewegen om weer terug te keren. Daarna heeft hij nog tweemaal een paar maanden ergens gewerkt wat beide keren mislukte. De laatste keer omdat zijn werkgever enkele malen naar zijn thuissituatie vroeg, wat hij als heel bedreigend heeft ervaren. .

Momenteel zit hij alweer enkele maanden zonder werk. Hij ziet het absoluut niet meer zitten om weer aan het werk te gaan, omdat "het toch weer mislukt" en omdat "ze toch weer gaan pesten". Hij voelt zich een mislukkeling die door iedereen gepest wordt. Met begeleiders en hulpverleners praat hij moeizaam en praten over zijn arbeidsverleden vindt hij helemaal lastig. Hij heeft een laag zelfbeeld.

Stel een behandelplan op voor Martin

EMDR EN AUTISME

BEHANDELPLAN

- EMDR EN AUTISME
- HOE WERKT AUTISME BIJ DE CLIENT?
 - SNAPT DE CLIENT WAT ER GAAT GEBEUREN?
 - WAAR IS DE CLIENT BANG VOOR?
-
-
-

EMDR EN AUTISME

- HEEFT HET TRAUMA EEN RELATIE MET AUTISME?
- IS ER SPRAKE VAN MEERDERE TRAUMATA?

EMDR EN AUTISME

- BEHANDELPLAN:

Voorgesprek:

- NOGMAALS UITLEG GEVEN!
 - VASTSTELLEN TRIGGERS EN TARGETS
 - ZEGT DE CLIENT WAT HIJ BEDOELT?
-
-
-

EMDR EN AUTISME

- RELATIE TARGETS EN AUTISME
- RELATIE TRIGGERS EN AUTISME

EMDR EN AUTISME

TIPS:

- Neem bij elke sessie voldoende tijd voor geruststellen
 - Maak protocol zichtbaar voor cliënt (flap-over)
 - Straal zelf rust uit
 - Zorg voor prikkelarme omgeving
 - Laat cliënt kennismaken met apparatuur (uitproberen)
-
-
-

TIPS:

- Sluit elke sessie duidelijk af, steeds op dezelfde wijze
- Werk je ook met vingertikken, bespreek dat altijd eerst. Mensen met ass worden meestal niet graag aangeraakt.

EMDR EN AUTISME**AFSLUITEN SESSIES:**

- Hoe vond je het?
- Wat vond je minder prettig?
- Wat vond je fijn?
- Rituele afsluiting!

BEN ZIJL
Praktijk voor
psychosociale-
en
seksuele
hulpverlening



EMDR EN AUTISME
WELKOM

Ben Zijl

Praktijk voor psychosociale
en seksuele hulpverlening

opvoedingsondersteuning ADHD autisme preoccupaties parafilieën

Noordeinde 16 2742AG Waddinxveen Tel. 0182-612655

AUTISME IS EEN
STOORNIS VAN HET
INFORAMTIESYSTEEM

"DE BEDRADING IS
VERKEERD
AANGESLOTEN"

CORTEX

Autisme

COGNITIEVE STOORNIS:

- CENTRALE COHERENTIE
- EXECUTIEVE FUNCTIES
- THEORY OF MIND
- CONTEXTBLINDHEID
- MOEILIK OM TE GENERALISEREN
- ZAKEN LETTERLIJK NEMEN

Centrale coherentie



MOEILIK OM VERBANDEN TE ZIEN

**NIET GOED IN STAAT OM LOSSE PRIKKELS TOT EEN
GEHEEL TE VERBINDEN**

Executieve functies



**NODIG IN SITUATIES WAARBIJ PLANNING EN BESLUITVORMING
VEREIST ZIJN**

**NODIG IN SITUATIES WAARBIJ BIJSTURING EN CORRECTIE VAN
GEDRAG NODIG ZIJN**

**NODIG BIJ AANLEREN VAN NIEUWE VORMEN VAN GEDRAG OF
NIEUWE OPEENVOLGINGEN VAN HANDELINGEN**

BIJ GEVAARLIJKE OF TECHNISCH MOEILIJKE SITUATIES

**IN SITUATIES WAARBIJ INGEROEST GEDRAG OF GEWOONTES
MOETEN WORDEN DOORBROKEN**

NODIG OM KEUZES TE KUNNEN MAKEN

Theory of mind

○

**NIET KUNNEN VERTELLEN WAT DE ANDER ZIET,
VOELT OF DENKT VANUIT ZIJN/HAAAR PERSPECTIEF**

**DUS: MOEILIK OM JE TE VERPLAATSEN IN DE
GEVOELSWERELD VAN DE ANDER**

BIJ EMDR KAN DIT DUS EEN LASTIG PUNT ZIJN!

Contextblindheid

○

DINGEN IN DE CONTEXT ZIEN IS LASTIG!

**NIET BEGRIJPEN DAT BEPAALDE HANDELINGEN BIJ
BEPAALE PLAATSEN OF OMSTANDIGHEDEN HOREN**

Niet kunnen generaliseren

NORMEN OP SCHOOL GELDEN NIET VOOR THUIS
WAT THUIS MAG, MAG OOK OP SCHOOL
WAT OP DE BADKAMER MAG, MAG OOK ELDERS

Letterlijk nemen

BIJVOORBEELD **-MAG IK HET ZOUT**
-EEN POOT UITTREKKEN
-MET VLIEGENDE VAART

Autisme is een
informatiestoornis

**INFORMATIE GAAT VAAK “VERKEERDE” KANT OP
MEN ERVAART DAARDOOR DE WERELD ANDERS**

Nog meer problemen

**ZINTUIGEN: VOELEN
ZIEN
HOREN
RUIKEN
SMAKEN**

GEVOEL

VOELEN; TE HOGE PIJNGRENS
TE LAGE PIJNGRENS
TACTIELE PROBLEMEN

ZIEN

ZIEN: DETAILWAARNEMING

GEHOOR

HOREN: **KUNNEN NIET FILTEREN**
 “FILTEREN” SOMS 100%
 KUNNEN NIET TEGEN HARDE
 GELUIDEN

REUK

RUIKEN: **HEKEL AAN BEPAALDE GEUR**
 VREEMDE VORKEUREN VOOR
 GEUR
 OVERGEVOELIG VOOR GEUREN

Autismevriendelijke aanpak:

BELANGRIJK BIJ EMDR:

- O STAPSGEWIJZE AANPAK**
- O CONCRETISERING EN VISUALISERING**
- O AANGEPAST TAALGEBRUIK**
- O HERHALEN VAN DE BOODSCHAP**
- O TEMPO DAT PAST BIJ DE CLIENT**
- O WEGNEMEN ANGSTEN EN ONZEKERHEDEN**
- O STEEDS TOETSEN OF DE CLIENT HET BEGRIJPT**

EMDR EN AUTISME

INTAKE

INTAKE

- Cliënt met autisme:
- Onzeker
- Onbekende omgeving
- Vreemde handelingen

Vorbereiding

- Op gemak stellen
- Vertrouwen winnen
- Rust uitstralen
- Complimenten geven
- Bevestigen
- Tijd nemen

Vorbereitung

- Uitleggen therapie
- Apparatuur uitproberen
- “Samen” behandelplan opstellen
- Controleren of het begrepen is

Eerste sessie

- Korte herhaling voorbereiding
- Geruststellen
- Uitleggen hoe 1^e sessie gaat
- Wat betekent “Wat komt er nu in je op?”
- Controleren of dat begrepen is
- Pauze om tot rust te komen

EERSTE SESSIE

- Sessie starten en afmaken
- Tot rust laten komen
- Evalueren
- Duidelijk afsluiten!
- Afspraak maken voor volgende sessie



EMDR Masterclass

Leren vanuit de praktijk

© BivT Beverwijk

Niets uit deze oplage mag zonder schriftelijke toestemming gebruikt of vermenigvuldigd worden.

BivT secretariaat • Koningstraat 75a (achter) • 1941 BB Beverwijk • Telefoon: 0251-222210

E-mail: info@bivt.nl • Website: www.bivt.nl • btwnr.8522.40.181.B.01

KvK 56655037 • IBAN: NL 77 INGB 0003 3179 74 • BIC: INGBNL2A • t.n.v. BivT Bijscholing instituut voor Therapeuten

Op al onze activiteiten zijn onze Algemene Voorwaarden van toepassing. Die kunt u lezen op www.bivt.nl



Inhoud

Inhoud	3
1.0 Basisinformatie	4
1.1 Programma	4
1.2 Doelstelling(en).....	4
1.3 Plaatsing van de cursus binnen de gezondheidszorg.....	4
1.4 Tijdsbesteding	4
1.5 Toetsing.....	4
2.0 Omschrijving.....	5
3.0 Literatuur.....	5

1.0 Basisinformatie

1.1 Programma

Dag 1:

Huiswerk:

Vooraf: Neem een casus mee uit je praktijk welke je graag zou willen bespreken tijdens de lesdag en denk na over wat je in jouw EMDR behandeling zou willen verbeteren.

De lesdag verloopt als volgt:

- Kennismaking
- Uitreiking casuïstiek
- Behandeling casuïstiek
- Evaluatie conclusies

1.2 Doelstelling(en)

Na afloop heeft de student:

- nieuwe inzichten voor het behandelen met EMDR
- zijn/haar eigen manier van behandelen met EMDR gevalueerd

1.3 Plaatsing van de cursus binnen de gezondheidszorg

Deelname aan de EMDR masterclasses is alleen toegankelijk voor diegenen die het supervisie programma na de opleidingsdagen hebben afgerond en in het bezit zijn van minimaal het certificaat 'EMDR master Practitioners' en EMDR therapeuten die bij het BivT zijn opgeleid.

Deelname door EMDR Nederland (VEN) opgeleide GGZ psychotherapeuten aan de masterclasses is mogelijk, maar zij dienen vooraf aan te tonen de EMDR opleiding te hebben afgerond (gegeven door o.a. A.de Jong - P. Baldé - E. ten Broeke).

1.4 Tijdsbesteding

De cursus bestaat uit 1 contactdag bestaande uit ongeveer 6 contacturen.

1.5 Toetsing

Geef aan op welke manier getoetst wordt dat de studenten hun competenties hebben behaald. Vul de tabel in waarin je toetsing koppelt aan de doelstelling:

Doel (zie 1.2)	Toetsing
1.	De doelstelling wordt getoetst doormiddel van de plenaire behandeling van de ingebrachte casussen

2.0 Omschrijving

De EMDR masterclass is voor gecertificeerde EMDR therapeuten en EMDR master Practitioners die door inbreng van casuïstiek minuscule wordt behandeld en geëvalueerd. De EMDR masterclasses worden onder deskundigheid van René Veraar, EMDR specialist en docent, begeleidt en zal je praktijkgerichte verdieping krijgen in je eigen persoonlijke ontwikkeling binnen de EMDR behandeling als ook een professionalisering van de EMDR methodiek om de effectiviteit te verbreden. We zullen de empathische houding en onze attitude ten aanzien van de cliënt en EMDR behandeling evalueren.

Deze masterclasses worden gegeven in een groepsgrote tot maximaal 9 deelnemers in een exclusieve opstelling en zal geheel verzorgd worden met een gezamenlijk lunch. Dit om de groepscohesie van de dag zo min mogelijk te doorbreken.

Deelnemers sturen voor aanvang van de masterclass een praktijk ervaringscasus in met methodieke- en persoonlijke vraagstukken. Het onderwerp van de masterclass dag dient als casus de richtlijn te zijn. Een masterclass kan als onderwerp hebben 'ongecomplieerd meertarget of gecompliceerd meertarget' gericht op Type I of II problematiek.

3.0 Literatuur

Voor EMDR wordt onderstaande literatuur aangeraden.

A. de Jongh & E. ten Broeke, *Handboek EMDR*, **Pearson Assessment and Information**, 2013, 184pag., ISBN13:9789026522574

E. ten Broeke, A de Jongh, *Praktijkboek EMDR*, **Pearson Assessment and Information**, 2012, 504 pag. ISBN13:9789026522550