

# **Bijscholing EMDR**



**Docent**

Karin van Gaal

**Telefoonnummer**

06-18817346

**E-mail**

Karinvangaal68@gmail.com

**Trainingslocatie**

Stichting Psychosociaal  
Welzijn

Rudonk 5c

4824AJ Breda

**Welkom**

Ik ben op het idee gekomen om een driedaagse bijscholing over de EMDR op papier te zetten toen ik les ging geven aan therapeuten en coaches in opleiding bij verschillende opleidingsinstituten. EMDR is een fijne interventie methodiek en er is veel behoefte aan bijscholing door complementair therapeuten en andere therapeuten in de CAM sector (Complementary and Alternative Medicine. Dit is van oorsprong een Engelstalige term die wordt gebruikt voor de verzameling van beroepen in de sector van alternatieve en complementaire geneeswijzen).

**Wenken voor gebruik**

Deze syllabus is vrijwel helemaal in de 'hij-vorm' geschreven om zo de leesbaarheid te vergroten. Ik nodig je van harte uit om daar waar nodig van 'hij', 'hem en 'zijn', 'zij' en 'haar' te maken.

Daarnaast spreek ik vrijwel altijd over 'cliënt', wees vrij om daar bijvoorbeeld 'hulpvrager' of 'coachee' van te maken.

**Belangrijke begrippen:**

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing: door oogbeweging minder gevoelig worden en opnieuw verwerken.

SUD: Subjective Units of Disturbance/Disstress: eenheden voor het kwantificeren van de intensiteit van een emotionele reactie.

VoC: Validity of Cognition: een schaal om aan te geven hoe waar een (positieve) bewering is.

Declaratieve geheugen of het expliciete geheugen is een vorm van het langetermijngeheugen waarbij men opgeslagen kennis bewust kan beleven of oproepen.

Lateraal: zijwaarts, Bilateraal: beide zijden zijn betrokken

Bilaterale stimulatie: het gebruik van visuele, auditieve of tactiele externe stimuli in een ritmische lateraal patroon

Contralateraal: aan de tegenovergestelde zijde (van het hoofd)

REM slaap: een fase in de slaap. Het woord is 'rem' een afkorting voor rapid eye movement (snelle oogbeweging). Er is tijdens de remfase een grote hersenactiviteit, te vergelijken met wanneer men wakker is. Mensen dromen (bijna) alleen maar in deze fase: als men gewekt wordt deze periode van remslaap kan men vaak dromen te rapporteren. Dit in tegenstelling tot bij andere slaafasen.

Casusconceptualisatie: dit betekent kort gezegd dat je een logische ordening aanbrengt in de te behandelen thema's en daarbinnen de meest relevante geheugen-representaties.

Intrusie: plotseling en vaak herhaald opkomende dwanggedachte die meestal gaat over iets wat totaal niet gewenst is of over iets wat je nooit daadwerkelijk zou doen.

## De hersenen

Om EMDR goed toe te kunnen passen is het nodig om het een en ander te weten over onze hersenen en over het verschil tussen een gezonde- en een pathologische angstreactie.

Onze hersenen bestaan voor 80% uit water en 20% de biochemische structuren. De hersenen wegen ongeveer 1 tot 1,5 kilo. De massa en dichtheid van de hersenen zijn zo hoog dat de hersenen onder hun eigen gewicht in elkaar zakken als ze niet worden gesteund. Doordat ze drijven in het hersenvocht zorgt de opwaartse kracht ervoor dat dit niet gebeurt. Al beslaan de menselijke hersenen slechts twee procent van het lichaamsvolume, ze gebruiken een tienvoud aan zuurstof vergeleken met de rest van het lichaam en verbruiken een kwart van de totale energie.

De linker hersenhelft stuurt de rechter lichaamshelft aan en speelt een rol bij taal met name woordkennis, logica, analytisch vermogen, volgorde, details en getallen, spreken en schrijven.

De rechter hersenhelft stuurt de linker lichaamshelft aan en speelt een rol bij de non-verbale zaken zoals ruimtelijk denken, verbeelding, emotie etc.



## EMDR en de werking van de hersenen

### 1. Interhemisferische hypothese

Volgens eerdere hypothese zouden bilaterale horizontale oogbewegingen de communicatie tussen de hersenhelften vergroten, via neuronale activatie en vergroting van verbindingen. Hierdoor zou de patiënt beter in staat zijn om traumatische gebeurtenissen te verwerken en om zich zo alle elementen van het trauma te herinneren. Volgens deze eerdere hypothese zouden alléén horizontale oogbewegingen de contralaterale hersenhelft activeren.

Verticale oogbewegingen hebben hetzelfde effect op autobiografische herinneringen als horizontale oogbewegingen. Bovendien is er aangetoond dat er geen betere communicatie plaats vindt tussen de twee hersenhelften tijdens een EMDR sessie.

### 2. De werkgeheugen hypothese

Volgens de “working-memory” hypothese wordt het werkgeheugen uitgeput tijdens EMDR. Elk onderdeel van het werkgeheugen heeft een beperkte capaciteit waardoor de primaire taak slechter wordt uitgevoerd zodra twee taken tegelijkertijd een beroep doen op de aandachtscapaciteit. Tijdens EMDR wordt de aandacht tegelijkertijd op de traumatische herinnering als op de bilaterale oogbewegingen gevestigd waardoor “dual attention” ontstaat. De competitie van zo'n “dual task” verslechtert het beeld van het trauma, waardoor er therapeutisch actie plaats kan vinden. Deze hypothese wordt ondersteund door het feit dat oogbewegingen alleen voordelig zijn wanneer een individu een herinnering in gedachten heeft. Auditieve stimulatie produceert dezelfde overbelasting als oogbewegingen, maar dan wordt het centrale uitvoerende hersengebied overbelast.

### **3. Oriëntatie reactie hypothese**

Volgens deze hypothese lokt de bilaterale stimulatie een oriëntatie reactie (OR) uit wat ervoor zorgt dat de verwerking van het geheugen makkelijker verloopt. Deze OR is een natuurlijke, aangeboren reflex waarbij dreiging wordt ingeschat en die naar boven komt wanneer de aandacht op een nieuwe stimulus wordt gericht. Als eerste reactie bevriest de persoon, maar wanneer de prikkel aanhoudt en niet dreigend blijkt te zijn, ontspant de persoon zich. Deze eerste schrikreactie is te meten door toegenomen huidgeleiding en het inhouden van de adem. De ontspanningsreactie die ontstaat doordat oogbewegingen aanhouden, gaat gepaard met meer parasympatische activiteit. Dit is meetbaar door een afname in hartslag, een hogere hartslagvariabiliteit en een afname in ademhalingsnelheid, huidgeleiding en huidtemperatuur. Deze fysiologische relaxatie zou de verwerking van het trauma verbeteren. De afgenomen hartslag en toegenomen hartslagvariabiliteit komen inderdaad voor tijdens EMDR, maar de ademhalingsnelheid neemt toe in plaats van af, de huidgeleiding aan het begin van EMDR is laag, terwijl deze hoog zou moeten zijn en de huidtemperatuur neemt toe in plaats van af.

### **4. REM hypothese**

Deze hypothese is voorgesteld door Stickgold die voorspelt dat de hersenen, door middel van meerdere oriëntatie reacties, in eenzelfde toestand raken als tijdens de REM slaap. Doordat de aandacht constant opnieuw georiënteerd wordt, zouden de hersenen in een geheugen verwerkingstoestand komen, die gelijk is aan die van REM slaap. REM slaap is betrokken bij de verwerking van informatie en consolidatie van herinneringen. Het activeren van een REM achtige toestand tijdens EMDR zou de integratie van traumatische episodische herinneringen in het semantische geheugen vergemakkelijken. Tijdens EMDR treden er fysiologische veranderingen op die lijken op de fysiologische veranderingen tijdens REM slaap.

#### **Wat is de theorie achter de REM hypothese?**

Het declaratieve geheugen wordt opgeslagen in de hippocampus en in de gerelateerde limbische structuren als “episodische herinneringen”. Zodra er iets emotioneels gebeurt, linkt de amygdala deze emoties aan de episodische herinnering. Wanneer een gebeurtenis opnieuw wordt opgeroepen, worden de originele emoties en gevoelens afgespeeld. De hippocampus zorgt ervoor dat de herinnering in context wordt geplaatst en wanneer dit ontbreekt, zijn de herinneringen heel gefragmenteerd. Verder is de hippocampus betrokken bij het ophalen van herinneringen. Na een periode wordt de relevante informatie uit deze episodische herinnering gehaald en overgebracht naar semantische geheugen netwerken in de neocortex van de hersenen. Hier wordt de informatie geïntegreerd in de algemene kennis van het individu en is het beschikbaar voor de toekomst. Zodra deze overdracht plaats heeft gevonden, raakt de hippocampale herinnering verouderd. Soms faalt dit proces en kan de informatie niet uit de episodische herinnering worden gehaald, vervolgens kan de informatie vanuit de hippocampus ook niet worden overgebracht en geïntegreerd in de neocortex. In dit geval kan het individu niet “leren van de gebeurtenis” en vindt er ook geen verzwakking of eliminatie van de episodische herinnering in de hippocampus plaats. Doordat het normale proces van geheugenoverdracht en integratie doorbroken is, blijven episodische herinneringen behouden. Als zo'n episodische herinnering traumatisch is, is PTSS het gevolg. De patiënt kan de gevolgen beperken door traumatische prikkels of door de emotionele reacties op de prikkel te blokkeren. Voor een volledig herstel moet deze mislukte verwerking hersteld worden.

Volgens Stickgold zou REM slaap een moment zijn wanneer de hersenen optimaal afgestemd zijn voor geheugen overdracht en integratie. Wanneer traumatische episodische herinneringen herhaaldelijk opnieuw worden afgespeeld tijdens slaap, zou het systeem kapot zijn omdat episodische herinneringen bijna nooit opnieuw worden afgespeeld, behalve bij PTSS.

De integratie en verzwakking die normaal ook tijdens slaap zou voorkomen, vindt niet plaats, waardoor PTSS ontstaat. Bewijs hiervoor is dat slaap tijdens PTSS meer gefragmenteerd is en dat patiënten ook 's nachts heel waakzaam zijn. Verder komen de hersengebieden die aangetast zijn bij het opnieuw stimuleren van traumatische beelden in PTSS, overeen met de geactiveerde gebieden tijdens de REM slaap.

Doordat bilaterale stimulatie het individu dwingt om zijn aandacht constant te verschuiven, ontstaat een oriëntatie reactie. De schrikreactie die bij de OR hoort leidt tot de activatie van circuits in de hersenstam die REM slaap kunnen induceren. De REM

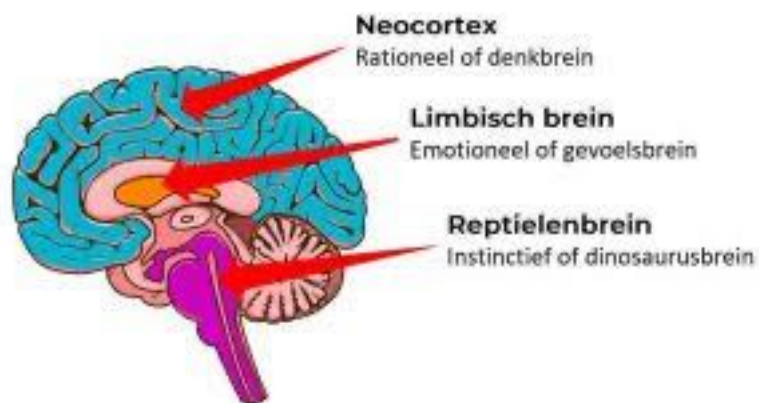
hypothese gaat ervan uit dat het constant opnieuw oriënteren van aandacht, door bilaterale stimulatie tijdens EMDR, hersenmechanismen activeert die deze oriëntatie vergemakkelijken.  
EMDR zou nog beter werken dan REM slaap omdat de patiënt tijdens EMDR selectief kan kiezen welke informatie verwerkt wordt en doordat de therapeut angst niveaus onder controle kan houden.  
De hersengebieden tijdens REM slaap en EMDR lijken niet echt overeen te komen. Toch lijkt er tijdens EMDR sprake van reconsolidatie waardoor een herinnering verzwakt of versterkt wordt, zodat deze wordt opgeslagen of verdwijnt.

## Conclusie

Er zijn gaten in de huidige onderzoeken naar EMDR. Zo is er weinig onderzoek naar andere vormen van bilaterale stimulatie buiten de oogbewegingen en zijn er niet zo heel veel studies die de hersenactiviteit tijdens EMDR meten. Verder is er maar één artikel waarin de hersengebieden tijdens EMDR worden vergeleken met de hersengebieden tijdens REM slaap. Soms worden de hersengebieden anders of minder specifiek omschreven in de onderzoeken naar EMDR, waardoor het lastig is om ze te vergelijken met de hersengebieden tijdens de REM slaap. Dat EMDR werkt is bewezen, de precieze werking laat zich echter nog raden. Ik ben een type van de gulden middenweg en hou me bij de uitleg van EMDR aan alle 4 de hypothesen. Uiteraard in Jip en Janneke uitleg voor mijn cliënten.

## Fysiologie van de hersenen

(nodig om EMDR voor jezelf te kunnen snappen)



Technisch gesproken: tijdens een EMDR sessie zorgen we voor een optimale communicatie en integratie tussen het

- Emotionele breïn (het limbische systeem, het onbewuste)
- Cognitieve breïn (de neocortex, het bewuste)
- Reptielenbreïn bestaat uit de hersenstam en de kleine hersenen (70-80% van alle hersencellen zitten in de kleine hersenen)

De hersenen, (ik noem het liever het breïn) bevinden zich onder de schedel en vormen samen met het ruggenmerg ons centraal zenuwstelsel.

**Een eenvoudige en gangbare indeling van de hersenen is:**

- Truncus cerebri (hersenstam)**
- Cerebellum (kleine hersenen)**
- Cerebrum (grote hersenen)**

**Hersenstam:**

Het verbindt de grote hersenen met de kleine hersenen (die achter de hersenstam liggen) en het ruggenmerg. De hersenstam is verantwoordelijk voor onze basisfuncties zoals lichaamstemperatuur, hartslag, ademhaling, bloeddruk, spijsvertering, oogbewegingen, kauwen en slikken, en het voelen van beweging en zwaartekracht.

#### **Kleine hersenen:**

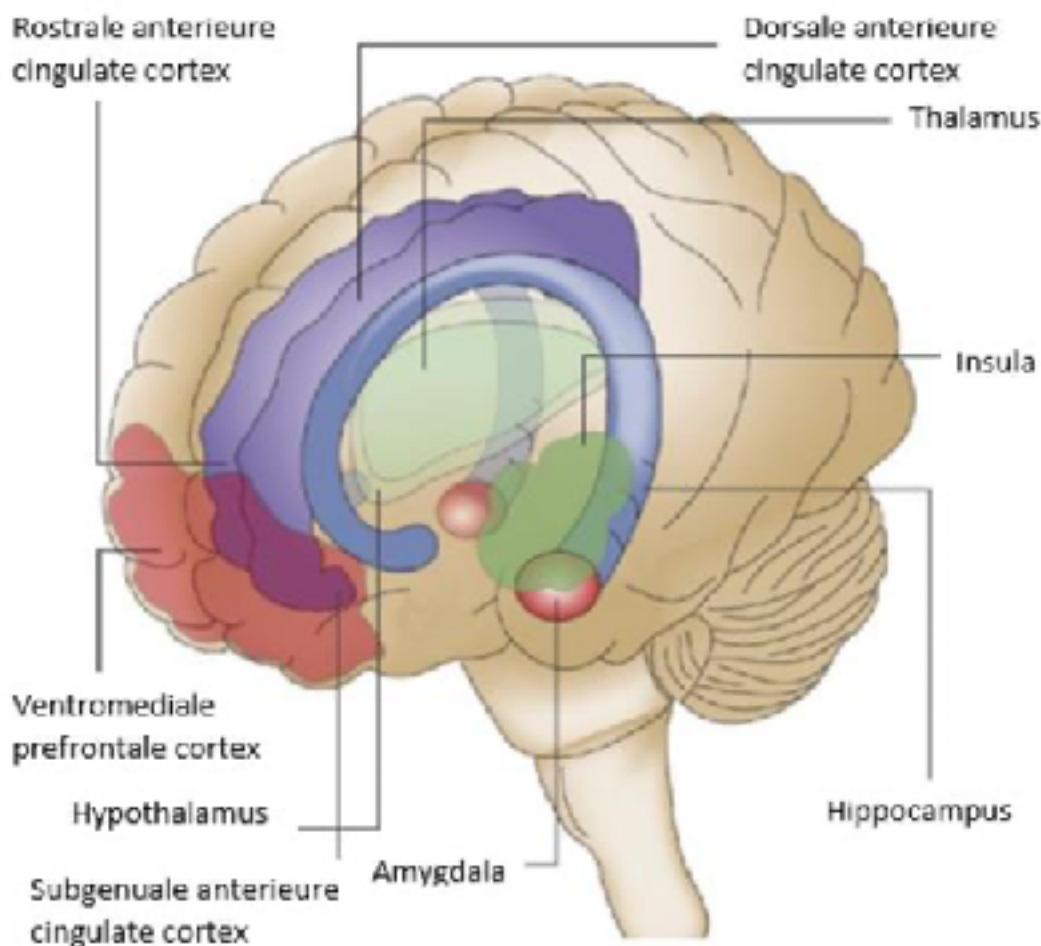
Hoofdzakelijk verantwoordelijk voor motoriek. Coördinatie van beweging, balans en evenwicht. Geheugen voor reflexmatige motorische handelingen / Regulatie van reflexen. Daarnaast spelen de kleine hersenen mogelijk een rol in verschillende cognitieve processen, waaronder aandacht en taal en het reguleren van angst- en plezierreacties.

#### **Grote hersenen:**

Zij omvatten het grootste deel van de (menselijke) hersenen, namelijk 40%. De grote hersenen worden gekenmerkt door hun rimpelige voorkomen. Deze geplooide 'schil' heet de hersenschors, ook wel **cortex** genoemd.

#### **Limbisch systeem**

Het limbisch systeem is een groep structuren in de grote hersenen -in de kern van ons brein- die betrokken zijn bij emotie, motivatie, genot en het emotioneel geheugen.



- **Amygdala:** betrokken bij angst en agressie
- **Hippocampus:** betrokken bij de vorming van het langetermijngeheugen.
- **Hypothalamus:** reguleert het autonome zenuwstelsel door middel van hormonen; betrokken bij de regulering van bloeddruk, hartslag, honger, dorst, seksuele opwinding en de slaap-waakcyclus.

De thalamus is een belangrijke hersenkern. De thalamus is het verbindingstation in de hersenen en treedt op als filter voor de prikkels van buiten maar ook van binnen (je eigen lijf). De thalamus is dus een schakelstation tussen de grote hersenen en de kleine hersenen én tussen de hypothalamus en de grote hersenen.

De Thalamus zendt de binnengekomen signalen door naar 2 routes:

- a. De eerste en korte route gaat naar de amygdala en de hippocampus
- b. De tweede route gaat naar de cortex

### **Uitleg aan cliënten:**

Kleine loop (korte route) wordt geactiveerd door trigger.

Grote loop (die moet geruistellen waardoor de angstreactie afneemt) is off-line wanneer een traumatische gebeurtenis niet goed opgeslagen is. Lemniscaat verticaal tekenen. Door EMDR gebeurt in het brein ongeveer hetzelfde als in de REM slaap. Dat is de fase waar normaal gesproken de hippocampus geleegd wordt en de grote loop weer zijn werk kan doen.



### **Contra-indicaties voor EMDR**

Er zijn geen contra-indicaties, wel zijn er situaties denkbaar die eerst een voorwaardenscheppende aanpak vereisen en die met name een rol kunnen spelen bij complexe casuïstiek zoals die zich in de langdurige GGZ regelmatig voordoen:

- Er is sprake van therapie interfererend gedrag waardoor geen zinvolle behandeling mogelijk is: bijv. regelmatig niet verschijnen op afspraken, een volledig gebrek aan motivatie, regelmatig onder invloed van middelen verschijnen, etc.
- Er is sprake van een dusdanige psychiatrische ontregeling of crisis dat eerst acuut medisch ingrijpen noodzakelijk is, denk bijv. aan een opname, farmacotherapie en dergelijke bij bijv. een ernstige psychose die bv. met veel angst of agitatie gepaard gaat, (hypo)manische episode, ernstige suïcidaliteit, delier, etc.
- Er is sprake van andersoortige therapie-ondermijnende factoren die eerst aandacht vragen omdat patiënt hier helemaal door gepreoccupeerd wordt of zijn of haar veiligheid in het gedrang komt: bijv. actueel geweld of ernstige dreiging van geweld door derden, dreigende dakloosheid, etc.
- De EMDR-therapeut toetst en weegt de toelatingscriteria bij intake. Hij of zij gaat ook na of hij of zij over voldoende expertise en mogelijkheden (qua capaciteit, faculteit en behandelduur) beschikt om eventueel tot behandeling over te gaan en verwijst zondig of regelt supervisie.

EMDR wordt effectief toegepast bij

- jonge kinderen
- mensen met een verstandelijke beperking
- cliënten met een psychotische stoornis
- EMDR is over het algemeen kortdurend, stelt geen hoge eisen aan de cognitieve vermogens, vereist geen huiswerk en geen uitvoerige beschrijvingen van de traumatische ervaringen.

---

## Voorwaarden voor behandeling met EMDR zijn dat de cliënt:

- op eenvoudig niveau kan communiceren;
- korte tijd de aandacht kan richten op het targetbeeld en de associaties;
- enig onderscheid kan maken tussen vroeger en nu;
- de sensaties kan verdragen die tijdens de behandeling kunnen optreden

---

## Aandachtspunten



Inbreng van naasten kan in de taxatiefase van belang zijn, wanneer de client beperkt zicht heeft op de klachten of klachten en ervaringen niet goed kan verwoorden.

Gebruik in geval van epilepsie geen oogbewegingen als afleidende stimuli, maar kies voor andere bilaterale stimuli (klikjes, handtaps, buzzers). Kijk in andere gevallen altijd eerst of oogbewegingen mogelijk zijn. Zo niet, dan moet voor een andere stimulus gekozen worden die enige tijd verdragen kan worden.

Vereenvoudig en verkort zo nodig de instructies, beoordeling SUD en VOC (bijv. bij taalbegripstoornissen, stoornissen in het begrip van cijfers of beperkt abstractievermogen). De protocollen voor kinderen of pictogrammen kunnen daarbij behulpzaam zijn. Ook kan gebruik gemaakt worden van een schaal op whiteboard of papier, het variëren van de afstand tussen beide handen, 'facial images' of vervanging van de cijfers door woorden om de SUD en VOC aan te geven.

Denk bij cliënten met stoornissen in de taalproductie van tevoren na over hoe de cliënt het beste antwoord kan geven op de vragen die je stelt en spreek dit af met client.

Begrens cliënten die met uitgebreide verhalen reageren op de vraag "wat komt erop?" op dat moment, desnoods telkens weer.

Plan afspraken korter dan 90 minuten wanneer 90 minuten te belastend is.

Wanneer cognitieve stoornissen dusdanig ernstig zijn dat stappen van het protocol te ingewikkeld zijn, zoals beschrijving van de gebeurtenis in grote lijnen, bewuste keuze van het targetbeeld, en formulering van de NC en de PC, is er geen andere keuze dan het protocol te beperken tot de kern: identificatie van het beeld en desensitatie.



## Cognitieve interweaves



De cognitieve interweave is meestal een korte vraag van de therapeut die in het bewustzijn van de cliënt komt en een stagnerende verwerking weer op gang helpt.

De 'cognitieve interweave' is met name effectief als er een blokkering plaatsvindt op cognitief niveau.

**De timing van een cognitieve interweave is erg belangrijk: De therapeut moet direct een set van bilaterale stimulatie starten op het moment dat de cognitieve interweave is gesteld.**

De therapeut past de CI toe als de gewone interventies bij 'blokkering' niet werken (o.a. versnellen en/of veranderen van de bilaterale stimulatie)

Soms zal de therapeut besluiten tot een cognitieve interweave bij tijdsdruk in de sessie en ook als het gewenst is om de verwerking te extra te stabiliseren.

## Doel van de interweaves per categorie

Categorieën	Doelen
Experiëntieel	Breng aandacht naar alle componenten van de herinnering en de huidige ervaring. Help de patiënt met het up/down- reguleren van arousal het opsporen van de affectieve/ somatische/ cognitieve ervaring en het uitbreiden van het bewustzijn. Help de patiënt toegang te krijgen tot gedissocieerde aspecten van de herinnering/ ervaring om ze meer in het bewustzijn te brengen.
Reguleren	Help de patiënt met het up/down-reguleren van de arousal om in de window-of-tolerance te blijven. Behoud tweeledige aandacht (toen - nu). Maak gebruik van strategieën die kalmeren, beheersen, distantiëren, titreren, aarden, oriënteren en onderscheiden. Help patiënten om dichterbij hun innerlijke emotionele ervaring van dit moment te komen.
Afweer/ Verdediging	Hef blokkades op die verwerking in de weg staan door het herkennen en erkennen van afweer vanuit compassie. Erken de inspanningen van de "beschermende delen" en bespreek interne conflicten om toegang tot relevante herinneringen en affectief/ somatisch/ cognitief materiaal te verkrijgen. Als de patiënt zijn/haar afweer laat varen, help hem/ haar dan zijn/ haar innerlijke ervaring te naderen.
Reparatie van de ontwikkeling	Creëer een situatie waarin een intrapsychische "corrigerende emotionele ervaring" kan optreden die gevoelens van schaamte/ schuld, wanhoop en eenzaamheid verminderen. Faciliteer ontwikkelingsherstel door het 'volwassen zelf' te verbinden met de 'kind-delen' om onvervulde en niet-erkende verlangens en behoeften bespreekbaar te maken en erom te rouwen.
Relationeel	Zorg voor een interpersoonlijke "corrigerende emotionele ervaring" om het gevoel van eenzaamheid te doorbreken door erkenning en steun te bieden. Activeer het "social engagement system" van de patiënt, vergroot het gevoel van veiligheid en faciliteer door co-regulatie de capaciteit om te verkennen en te verwerken te vergroten.
Informatie	Verstrek informatie, geef educatie en biedt een adaptief volwassen perspectief aan om de verwerking te vergemakkelijken. Informatie wordt aangeboden in reactie op wat mist en dus nodig is voor adaptieve resolutie.
Integratie	Faciliteer generalisatie van het geleerde. Bespreek huidige en toekomstige scenario's en help met de integratie van nieuwe ervaringen en perspectieven in het beeld over zichzelf en het persoonlijke levensverhaal. Help de cliënt betekenis te geven aan ervaringen in het verleden en het her-evalueren van de doelen in het hier en nu en de toekomst.
Actie	Stimuleer de voltooiing van de niet-afgemaakte vecht / vluchtreacties en help de patiënt over te stappen van een houding van immobilisatie/submissie en machteloosheid naar mobilisatie/actie en controle. Faciliteer de verbalisatie van onuitgesproken woorden en het uiten van adaptieve acties om een gevoel van "empowerment" en triomf te realiseren.

Tabel: © Matthijssen & van Rood, vertaling van 'Lalot & Korn Revised April, 2018'

Voor een uitgebreide lijst met acties en voorbeelden per categorie verwijst ik naar de bijlage.

## EMDR: Achtergrond info voor therapeut

Het doel van de EMDR is het bereiken van een eindtoestand waarbij in ieder geval aan de volgende 2 criteria moet zijn voldaan:

- de spanning ten opzichte van het targetbeeld moet zijn geminimaliseerd.
- de geloofwaardigheid van een pos. gedachtegang moet zijn gemaximaliseerd.

### Van NC naar PC in relatie tot de 4 Domeinen

- A: Controle (machteloosheid)
- B: Veiligheid
- C: Zelfwaardering
- D: Verantwoordelijkheid en schuld

---

## Vraagstelling

### Goede vragen

- Wat komt er nu in je op?
- En nu?
- Wat trekt NU de meeste aandacht?

### Nooit vragen

- Wat voor beeld roept het nu op?
- Wat gaat er nu door je heen?
- Wat voel je? Wat denk je? Wat zie je nu?
- Hoe voelt dat in je lijf?
- Wat zie je nog meer?
- Hoe komt dat?
- Waarom begin je daar nu over?

---

## Begeleidende zinnen

### Goede zinnen

- Focus je daar maar op
- Je brein doet het prima
- Volg het proces
- Laat de tikjes het werk maar even doen
- Keurig
- Je brein doet het heel erg goed
- Ik blijf bij je/ ik ben bij je

### Foute zinnen

- Kijk eens naar het beeld, wat doet het met je
- Wat maakt het dat je dat nu voelt
- Maak het maar groter
- Zet dat beeld stil en focus je op..
- Neem maar afstand van dit beeld, neem maar afstand van deze ervaring
- Wat zie je nog meer. Volg dat beeld, volg dat gevoel

---

## Tijdens de bilaterale stimulatie:

Volg de associaties die het brein van je cliënt maakt ook al lijkt het ergens anders heen te gaan  
Al snel vind je de rode draad; de onderliggende emotie/overtuiging/complex

**Let op: de NC wordt slechts 1 x benoemd, alleen bij aanvang van de desensitisatie.**

Bij een blokkade:

Ga terug naar het eerste moment (SUD)  
Maak er maar eens geluid bij  
Leg je hand maar eens op die plek  
Als therapeut herhaal je de woorden, de geluiden..  
Focus je op .....(het target; dader, overvaller enz.)

Als dit niet werkt ga je over tot de cognitieve interweaves.

Bij hevige reacties:

Ik ben hier, je bent nu veilig  
Je kijkt naar een film, je zit hier in een stoel  
Nog even, je doet het heel erg goed  
Ik blijf bij je

Zie ook de bijlage cognitieve interwaves bij bijv. de categorie: regulering.

Onvoldoende activering bij aanvang van de desensitisatie

Eerste sessie gestart met te lage SUD (meestal boven de 5)  
Te langzame of te snelle bilaterale stimulatie  
Film is niet stilgezet op het hevigste beeld (vanuit het nu)  
NC hoort bij toen en niet bij nu  
Je laat de cliënt te veel ruimte om erover te praten  
De cliënt heeft er geen vertrouwen in  
De Client durft de controle niet los te laten  
Geen vertrouwen in de werking van het brein

**Afwijken van het protocol is geen optie!**

Voorbeelden hiervan:

Te snel willen beginnen  
Binnen een bepaalde tijd klaar willen blijven  
Je geeft je cliënt tijd voor een paspaauze  
Je schrikt van een somatische reactie van je cliënt

***Leer te vertrouwen op het brein van je cliënt!!***

### Extra informatie

Om een trauma blijvend te elimineren moet je de volgende doelen doorwerken:  
de traumatische gebeurtenis zelf  
de evt. flashbacks  
alles wat samenhangt met het trauma

**Het target (beeld/moment):** Dit is het herinneringsbeeld dat de cliënt in het HIER en NU het naartst vindt om naar te kijken.

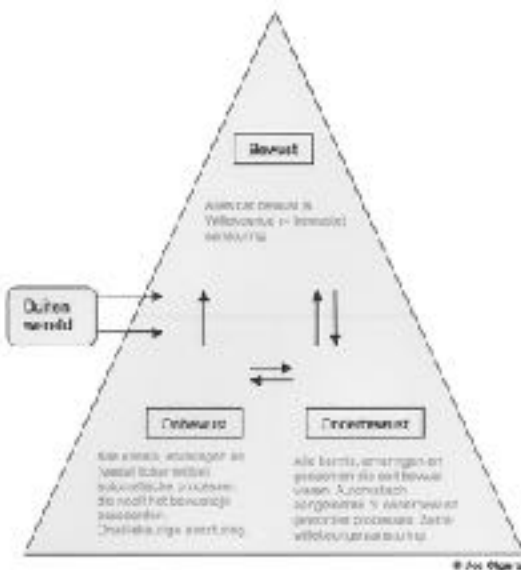
Als therapeut vraag je dus naar een beeld. Soms heeft de cliënt geen beeld maar alleen een geluid (explosie, knal enz.) of een geur (brand, aftershave van de dader enz.). Kan er geen beeld gevormd worden, werk dan met de gebeurtenis. Soms kan er een tekening gemaakt worden.

EMDR overbruggt de kloof tussen:

- Denken en voelen
- Hoofd en hart
- De logica en de intuïtie

EMDR werkt op het cognitieve niveau en op het subcorticaal (de aanduiding van een orgaan onder de cortex: de schors) niveau:

- Sensorisch niveau (zintuigelijke waarneming)
- Emotioneel niveau
- Fysisch / lichaamsniveau
- Meer integratie op een dieper niveau (on- en onderbewuste)



## EMDR is sterk geprotocolleerd en kent verschillende fasen:

- 1) anamnese (indicatiestelling, inventarisatie klachten en hulpbronnen, casusconceptualisatie)
- 2) voorbereiding (rationale, evt. stabilisatie),
- 3) targetbeeld 'activeren',
- 4) desensitisatie (minder levendig en emotioneel maken van geheugen-representaties door oogbewegingen),
- 5) installatie (het oproepen en versterken van positieve overtuigingen en beelden van adequate coping),
- 6) bodyscan
- 7) afsluiting
- 8) herbeoordeling

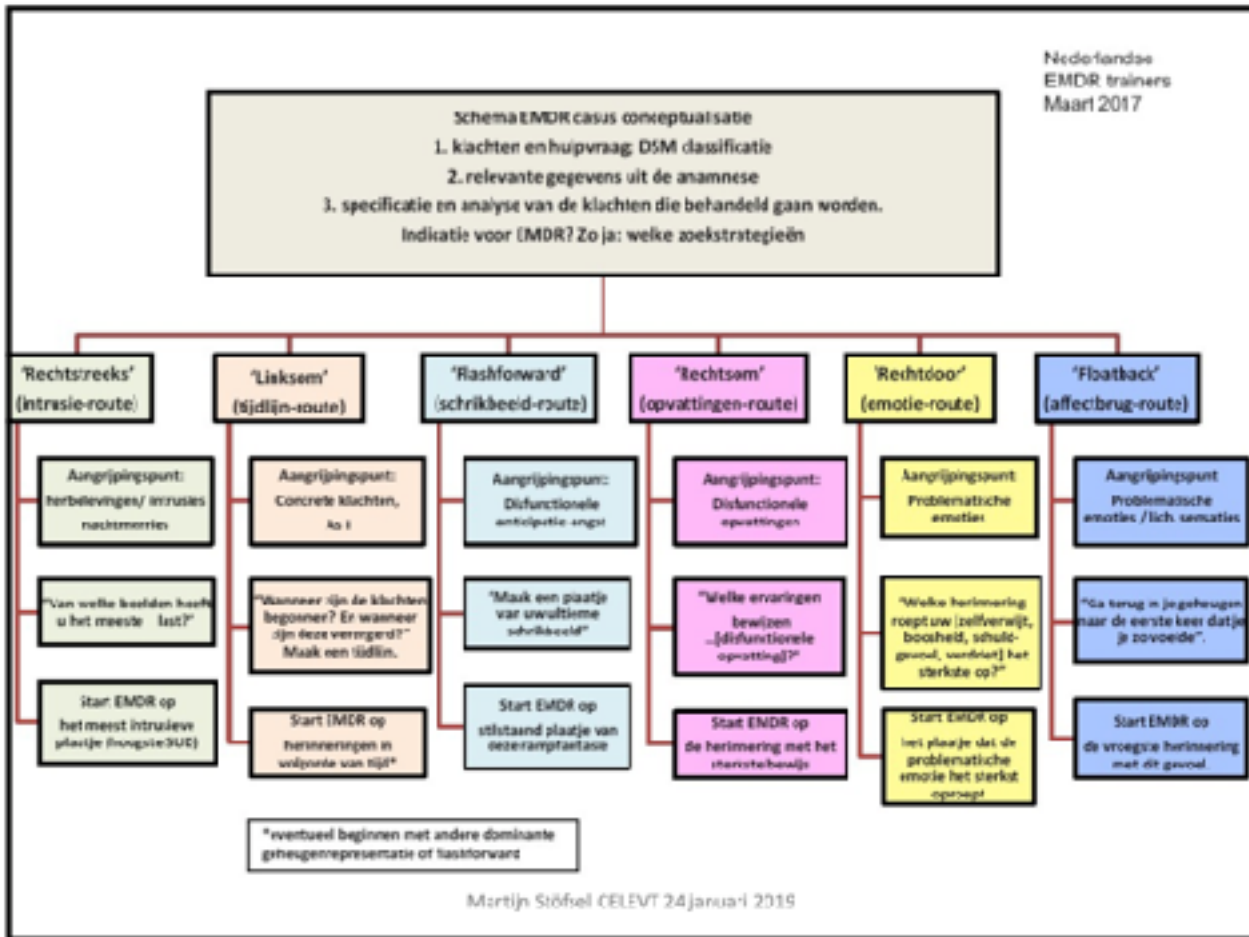
### Uitleg per fase:

- 1) **Anamnese:** EMDR begint met een **klachteninventarisatie en casusconceptualisatie** (holistische theorie, betekenis- en functieanalyses) De focus kan liggen op een enkelvoudige gebeurtenis (denk bijv. aan de herinnering aan een ongeluk), maar ook op het beloop van een probleem wat zich over langere tijd heeft ontwikkeld (denk bijv. aan langdurig seksueel misbruik) of op disfunctionele betekenisgeving (denk bijv. aan negatieve overtuigingen op basis van een pestverleden). Verondersteld wordt dat emotioneel geladen geheugen-representaties het gedrag in het hier-en-nu nog steeds kunnen aansturen. Op basis van deze casusconceptualisatie worden specifieke mentale (geheugen)representaties geïdentificeerd die de klachten lijken aan te sturen of te onderhouden. Vervolgens wordt de patiënt voorbereid middels uitleg over EMDR en psycho-educatie over de klachten en de te verwachten effecten van de behandeling.
- 2) **Vorbereiding: Zonodig** worden eerst stabiliserende technieken ingezet om de haalbaarheid van de behandeling te optimaliseren. Het gaat dan om het versterken van de draagkracht van de patiënt, bijv. door het identificeren, versterken, toegankelijker maken en leren oproepen van zogenaamde mentale hulpbronnen (eigenschappen zoals 'doorzettingsvermogen' die een patiënt in een andere situatie al eens duidelijk heeft ervaren). Dit gebeurt dan via het Eye Movement Desensitization and Reprocessing (**RDI**) protocol. De therapeut heeft tijdens de casusconceptualisatie een logische ordening aangebracht in de te behandelen thema's en daarbinnen de **meest relevante geheugen-representaties. Deze worden nu één voor één behandeld** waarbij de therapeut de patiënt vraagt aan een gebeurtenis terug te denken inclusief de bijbehorende beelden, gedachten en gevoelens. **Dit gebeurt om in te kunnen zoomen** op het specifieke beeld wat nu nog het meeste spanning oproept. Hierdoor kom je vanzelf terecht in fase 3.
- 3) **Targetbeeld activeren:** Zowel **betekenis-aspecten** (negatieve zelfovertuigingen binnen de domeinen: controle, schuld, zelfwaardering of gevaar) als **respons-aspecten** (emotie, spanning, locatie lichamelijke sensaties) van het targetbeeld **activeren**.
- 4) **Desensitisatie: opstarten van het verwerkingsproces.** De therapeut zal vragen **de gebeurtenis opnieuw voor de geest te halen**. Maar nu gebeurt dit **in combinatie met een afleidende stimulus**: Doorgaans zal dat de hand van de therapeut zijn (vaak wordt in plaats daarvan een lichtbalk gebruikt waarop een bewegende stimulus te zien is). De therapeut zal vragen de aandacht hierop te richten en daarna de hand **op ongeveer 30 centimeter afstand**, voor het gezicht langs, heen en weer bewegen. De patiënt volgt de hand dan met zijn of haar ogen. Na elke set oogbewegingen (**ongeveer elke 25 sec.**) wordt er even rust genomen. De therapeut zal de patiënt dan vragen wat er naar boven komt. De EMDR-procedure brengt doorgaans een stroom van gedachten en beelden op gang, maar soms ook gevoelens en lichamelijke sensaties. Vaak verandert er wat. De patiënt wordt na elke set oogbewegingen gevraagd zich te concentreren op de meest opvallende verandering, waarna er een nieuwe set oogbewegingen volgt. In de praktijk worden er soms ook andere afleidende taken gebruikt, met name 'piepjes' die per koptelefoon worden aangeboden, maar oogbewegingen zijn, zo blijkt uit onderzoek, het meest effectief.
- 5) **Installatie:** De aangeboden sets oogbewegingen zullen er langzamerhand toe leiden dat de geheugen-representaties hun kracht, emotionele lading en levendigheid verliezen ('gedesensitiseerd' raken). Het wordt dus steeds gemakkelijker aan de oorspronkelijke gebeurtenis terug te denken. In veel gevallen veranderen ook de herinneringsbeelden zelf en worden ze bijvoorbeeld waziger of kleiner. Maar het kan ook zijn dat minder onprettige aspecten van dezelfde situatie naar voren komen. Een andere mogelijkheid is dat er spontaan nieuwe gedachten of inzichten ontstaan die een andere, minder bedreigende, betekenis aan de gebeurtenis geven. Deze effecten dragen ertoe bij dat de schokkende ervaring steeds meer een plek krijgt in de levensgeschiedenis van de persoon waarbij de betekenis van de ervaring ook verandert (bijv. minder belangrijk wordt ervaren).
- 6) **Bodyscan:** Check of spanning nog lichamenlijk voelbaar is wanneer herinnering voor de geest gehaald wordt.

7) **Afsluiting:** Hierbij verzilveren we de leerervaring door stil te staan bij positieve inzichten die in sessie opgedaan zijn.

8) **Herbeoordeling:** Dit is feitelijk de volgende sessie; nagaan wat effect was van vorige sessie, voortgang bewaken.

## De routes



Figuur 1 geeft zes verschillende routes weer waarmee de therapeut vanuit de anamnese, het klachtenpatroon en de behandeldoelen tot target-selectie voor EMDR kan komen.

Men heeft gezocht naar goede, nieuwe benamingen voor deze routes, en telkens is aangegeven wat de belangrijkste indicaties of aangrijpingspunten zijn. De vragen zijn vervolgens kenmerkend voor het zoekproces naar de samenhang tussen klachten en herinneringen. Afhankelijk van de gekozen route wordt binnen het EMDR-standaardprotocol begonnen met

- een 'herinnering' (**Linksom, Rechtsom, floatback**)
- of direct met een **plaatje (intrusie-route, emotie-route, flashforward)**.

### De rechtsreeks route (intrusie - route)

Deze route wordt gekozen wanneer er sprake is van enkelvoudig- of meervoudig trauma en hiervoor gebruik je het standaard protocol, dit wordt ook wel het basisprotocol genoemd.

**Enkelvoudig trauma:** Uitgaan van klachten (herbelevingen). **Domein volgens de richtlijn: 'machteloosheid' eerst**

**Meervoudig trauma:** Uitgaan van klachten (herbelevingen): **1) Identificeer meest intrusies herbelevingen, 2) bepaal de SUD, 3) maak een hiërarchie van SUDs('Ordering') 4) Pas standaard protocol toe op herinnering met hoogste SUD**

Kies voor het standaard protocol de onderstaande papieren versie van © Erik ten Broeke, Ad de Jongh en Ellen Hornsveld versie 2018. De beste werking wordt verkregen wanneer je dit voorleest tijdens de sessie!!!

# EMDR STANDAARDPROTOCOL (versie 2018)

© Erik ten Broeke, Ad de Jongh en Ellen Hornsveld

## 1. Introductie

Als EMDR wordt ingezet zijn de klachten bekend, is de te bewerken herinnering vastgesteld, en zijn eventuele vermijdingsgedragingen en situaties die vermeden en/of gevreesd worden voor de toekomst (t.b.v. het vaststellen van mogelijke *flashforwards* en *future templates*) in kaart gebracht<sup>1</sup>.

*“Ik ga straks een aantal vragen stellen over jouw herinneringen aan de gebeurtenis waaraan we gaan werken. Op een gegeven moment zal ik je vragen je te concentreren op bepaalde aspecten van de herinnering. Met name zal ik je vragen naar het beeld in je hoofd dat nu nog het naaste is om naar te kijken. Daarna zal ik je vragen om met je ogen mijn vingers te volgen (of: naar de klikjes te luisteren via de koptelefoon)”.*

Introduceer de oogbewegingen. Let op de positie van de stoelen, de achtergrond, de snelheid en de afstand. Indien een andere afleidende taak wordt gebruikt, zoals de lichtbalk, geef dan een demonstratie, bijvoorbeeld van het gebruik van de koptelefoon of van de ‘hand-taps’. Alles moet *vooraf* klaar liggen en zijn gedemonstreerd.

*“Ik wil je vragen vanaf het moment dat je mijn hand volgt/je de klikjes hoort je min of meer op te stellen als een toeschouwer, die waarneemt wat er door hem heen gaat. Het kunnen gedachten, gevoelens, beelden, emoties of lichamelijke reacties zijn. Alles is goed. Volg maar gewoon wat er opkomt, zonder te sturen en zonder jezelf af te vragen of het wel goed gaat. Span je in om de herinnering in gedachten te houden, terwijl je mijn hand volgt, die ik zo snel zal bewegen dat het moeilijk is deze goed te volgen. Als ik je vraag wat er opkomt ga dan niet terug naar het beeld waarmee we zijn begonnen, maar stel je open voor alles wat er maar in je opkomt. Af en toe zal ik je vragen opnieuw naar het beeld te kijken om te controleren hoeveel spanning je daarbij nog voelt. Het is onmogelijk om het fout te doen, zolang je maar gewoon volgt wat er is en wat er opkomt.”*

<sup>1</sup> Check voorafgaand aan de start van het protocol of er sprake is van sterk zelfverwijt met betrekking tot de te bewerken herinnering, door te vragen “Speelt zelfverwijt met betrekking tot deze gebeurtenis op dit moment nog een rol?” Zo ja: “Staat wat jou betreft dat zelfverwijt op de voorgrond?” Als daarvan sprake is, dan is het vaak zinvol om na de uitleg direct te beginnen met de vraag “Welk beeld van de herinnering roept het zelfverwijt dan nu, op dit moment, het sterkste op?”. Dan wordt dat beeld het target, zodat direct naar NC-selectie kan worden overgegaan (zelfwaardering of schuld).



## 2. 'Scherpstellen' (Assessment)

**Optie:** "Het is de bedoeling dat je nu je ogen sluit en ze in principe alleen opendoet als ik je dat vraag...is dat oké?" (niet bij zeer angstige of dissociatieve cliënten of cliënten die het sluiten van de ogen weigeren).

### 2.1. Traumatische herinnering<sup>2</sup>

#### a. Visuele representatie van de negatieve ervaring

*"Vertel me dan nu in grote lijnen de nare herinnering, vanaf het punt waar die voor jouw gevoel begint tot het punt waar die voor jouw gevoel echt eindigt. Beschrijf de gehele herinnering in grote lijnen. Het gaat om de herinnering en niet zo zeer om wat er precies is gebeurd".*

Laat de cliënt de hele herinnering vertellen en stimuleer hem/haar door, indien nodig, op verschillende momenten op een nieuwsgierige toon te vragen: *"...en hoe gaat de herinnering verder...?"* Tot het daadwerkelijke einde van de herinnering is bereikt.

#### Check:

*Zijn er - op dezelfde dag - daarvoor of erna nog dingen gebeurd die er voor jouw gevoel bij horen?*

<sup>2</sup> In het geval van een *flashforward* vraag je niet naar het verhaal, maar dan neem je direct het stilstaande beeld van de rampfantasie/het schrikbeeld. Zie de flashforward-procedure in het EMDR Linksom protocol.

b. Targetselectie

Maak een keuze tussen de filmmetafoor of de fotoboekmetafoor (beide zijn goed)

Filmmetafoor

*“Je hebt me net verteld hoe deze herinnering in je hoofd ligt opgeslagen. Nu vraag ik je: wat is op dit moment, als je er vanuit het hier en nu naar kijkt, het naarste plaatje van deze herinnering? Kijk als het ware naar de film en zet deze - op de seconde - stil zodat het een plaatje wordt. We zoeken vooral naar een plaatje waarin jij zelf te zien bent. Het gaat er dus niet om wat je destijds het naarste vond, maar wat je nu, op dit moment, het naarste plaatje vindt om naar te kijken, inclusief eventuele plaatjes waarop te zien is wat er had kunnen gebeuren of plaatjes die pas later in de film zijn terechtgekomen”... “Hoe ziet dit plaatje er uit”? .....*

Als cliënt zichzelf niet in het beeld beschrijft en het gaat om een situatie waarin de cliënt zelf een rol speelt door iets te doen of te laten: *“Waar zie jij jezelf in het plaatje”?* (Aldus wordt het een beschrijving van een stilstaand beeld met daarin de cliënt zelf).

Fotoboekmetafoor

*“Stel dat er een fotoboek bestaat in je hoofd, waarin foto's staan waarop te zien is hoe jij je deze gebeurtenis momenteel nog herinnert; het kan zijn dat er foto's in dat fotoboek staan waarop dingen zijn te zien die niet feitelijk zijn gebeurd, maar pas later in het fotoboek zijn terechtgekomen, bijvoorbeeld wat er had kunnen gebeuren. Het zijn vooral foto's waarop jijzelf te zien bent.....Welke foto is dan op dit moment het naarste om naar te kijken?”.....“Wat zie jij op die foto?”.....*

Als cliënt zichzelf niet in het beeld beschrijft en het is een (mentale) 'foto' van een situatie waarin de cliënt zelf een rol speelt door iets te doen of te laten: *“Waar zie jij jezelf op de foto?”* (Aldus wordt het een beschrijving van een stilstaand beeld met daarin de cliënt zelf)

### Check:

*“Even voor de zekerheid, is dit het beeld in je hoofd die je echt nu, op dit moment, het naaste vindt om naar te kijken, of is dit een plaatje waarop te zien is wat je destijds het naaste vond?”*

*“Neem beide plaatjes in gedachten, hang ze als het ware, bijvoorbeeld als aan een*

Eventueel een neutrale werktitel benoemen. Indien

er meerdere nare beelden zijn:

Vraag je af - luisterend naar het verhaal en kijkend naar het gekozen target - in welk domein (vermoedelijk) de negatieve cognitie is te vinden, d.w.z.:

- ❑ Controle (bijv. “Ik ben machteloos/hulpeloos”)
- ❑ Veiligheid (betreft de situatie; bijv. “Ik ben (gevoelsmatig, nog steeds) in gevaar”)
- ❑ Zelfwaardering (bijv. “Ik ben waardeloos, een stommeling, een slecht mens, een zwakkeling, een lafaard”)
- ❑ Verantwoordelijkheid/ schuld (bijv. “Ik ben schuldig”)

### 2.2.Negatieve cognitie (NC)

*“Wat we nu moeten uitzoeken is hoe het komt dat juist dit plaatje in je hoofd nu, op dit moment, nog zo naar voor je is als je er naar kijkt, dus los van hoe naar het destijds voor je wàs. “Wat maakt dat dit plaatje nu nog zo naar voor je is?”.....*

Luister goed naar welke thema’s je hoort en vraag door totdat duidelijk is of het om het domein “controle” (zie A), “veiligheid” (zie B) gaat of om een van de domeinen “zelfwaardering” of “schuld”(zie C) .

#### A. Controle (machteloosheid van toen)

Indien het antwoord doet vermoeden dat het om controle gaat: de machteloosheid van toen wordt opnieuw gevoeld, of het beeld is erg aversief en naar om te zien. Kernvraag:

*“Klopt het dat je je (opnieuw) machteloos voelt als je nu naar het plaatje kijkt?”*

Indien dit klopt, ga door met 2.5 (de PC ligt immers al vast), het vaststellen van de emotie.

## B. Veiligheid

Indien het antwoord doet vermoeden dat het om actueel verlies van gevoel van veiligheid gaat (het lijf van de cliënt reageert bij deze herinnering alsof het gevaar er nog steeds is):

*“Klopt het dat je je (opnieuw) in gevaar voelt als je nu naar het plaatje kijkt?”*

Indien dit klopt, ga door met 2.3, het vaststellen van de gewenste positieve cognitie.

## C. Zelfwaardering en schuld

Indien je vermoedt dat het beeld een negatieve opvatting over cliënt zelf activeert, herhaal je je vraag:

*“Wat maakt dat dit plaatje nu nog zo naar voor je is?”*

Indien het antwoord niet direct betrekking heeft op een disfunctionele evaluatie (maar bijvoorbeeld op gedrag: ‘Dat ik er bij stond en niks deed’) helpen de volgende vragen:

- *“Wat zegt dat over jou als persoon (bijv. dat je niks deed)?/Wie of wat ben je dan?”*
- *“Hoe wordt zo iemand vaak genoemd/Hoe noem je zo iemand?”*

Indien het onduidelijk blijft kan de volgende vraag helpen:

- *“Als je kijkt naar dit beeld, welke uitspraak over jezelf raakt je dan nu, op dit moment, het meest?”*

Check:

*“Even voor de zekerheid: dus als je kijkt naar dat beeld en je zegt tegen jezelf: ‘Ik ben.....’, dan raakt dat je nu vooral?”*

Indien er meerdere mogelijke NC's zijn waaruit je cliënt moeilijk kan kiezen:

*“Kijk naar dat beeld en zeg tegen jezelf ‘Ik ben.....(NC1).’ .....blijf naar het beeld kijken en zeg tegen jezelf ‘Ik ben....(NC2).’ .....welk van die twee uitspraken raakt je op dit moment dan het meest bij het beeld? “*

NC:

### 2.3. Gewenste (positieve) cognitie (PC)

*"Als je dat beeld weer voor de geest haalt, wat zou je willen geloven over jezelf, in plaats van .....[NC]. .....?"*

- Veiligheid (betreft de situatie): "Ik ben (nu) veilig"
- Zelfwaardering: "Ik ben oké, de moeite waard, competent, sterk" of bijv. "Ik deug"
- Verantwoordelijk / schuld: "Ik heb gedaan wat ik kon" of "ik ben onschuldig"
- Machteloosheid (Controle): de PC staat vast: "Ik kan het [beeld] aan"

Behulpzame vragen:

*"Hoe noem je zo iemand die.....?"*

*"Ken je iemand die geen ....[NC] .....is?"*

*Hoe noem je diegene die.....?"*

PC:

### 2.4. Geloofwaardigheid (VoC 1-7)

*"Terwijl je kijkt naar het beeld in je hoofd, hoe geloofwaardig voelt de uitspraak ..... [PC]..... dan nu aan op een 7-puntsschaal, waarbij 1 betekent 'volledig ongeloofwaardig' en 7 'volledig geloofwaardig'?"*

VoC =

Indien de ogen niet reeds zijn gesloten en alleen bij gebruik van de klikjes of de 'hand-taps': *"Sluit dan nu je ogen"*

## 2.5.Emotie

"Als je het beeld weer in gedachten neemt en tegelijkertijd tegen jezelf zegt.....[NC] ....., welke emotie voel je dan nu, op dit moment?" Noem eventueel bij wijze van hulp: 'bijvoorbeeld bang, boos, bedroefd'.

## 2.6.Lading van het beeld (SUD 0-10)

"Neem het beeld in gedachten en zeg tegen jezelf.....[NC] ....., hoeveel **spanning** voel je dan nu, op dit moment, geschat op een schaal lopend van 0, helemaal geen spanning, tot en met 10, maximale spanning?"

## 2.7.Plaats van de spanning

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

## 3. Desensitisatie

Bij gebruik van oog-/handbewegingen: Hand klaar voor de ogen:

"Kijk naar (de toppen van) mijn vingers."

a). Neem het beeld in gedachten, zeg tegen jezelf .....[NC]" "Wees je bewust van de spanning in je.....[locatie van de spanning]"

Geef even de tijd zich te concentreren.

"Volg mijn hand en stel je open voor wat er daarna spontaan bij je opkomt"

<<<< Set met afleidende stimulus >>>> (circa een halve minuut)

b). "Wat komt er op"/"Wat gaat er door je heen"/"Wat merk je?"

(geen dialoog beginnen!).....

"Concentreer je daar op"/"Ga daar mee door."

<<<< Set met afleidende stimulus >>>>

**Doorgaan totdat er zich geen nieuwe veranderingen meer aandienen ('einde van een associatieketen'). Ga in principe iedere 5 –10 minuten 'back to target'.**

## Back to target

a). Test SUD.

*"Haal het beeld waarmee we zijn begonnen weer voor je, zoals het nu in je hoofd ligt opgeslagen, weer in gedachten... .....hoeveel spanning roept dat nu op, op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 betekent helemaal geen spanning of helemaal neutraal, en 10 betekent maximale spanning)?" (ZONDER DAT DE NC WORDT GEBRUIKT!).*

Indien SUD > 0:

b. *"Welk aspect van dat beeld veroorzaakt die spanning op dit moment het meest?"*  
(Eventueel het cijfer noemen, bijvoorbeeld: *"Wat veroorzaakt met name nog die 4? ....."*)  
*Wat zie je?.....*

c. *"Concentreer je op dat aspect .....Ja, heb je dat?"*

**<<<< Set met afleidende stimulus >>>> (totdat er geen *verandering* meer is, en in principe binnen 10 minuten, terug naar a: 'back to target').**

Herhaal de 'back to target'-procedure tot SUD = 0 (target) is bereikt. Indien

SUD = 0 (target):

*"Weet je absoluut zeker dat er niet ergens nog een heel klein restje spanning zit?. .....Span je eens in om je te laten raken... ....."*

Zo nodig desensitisatie vervolgen.

Zodra de SUD=0 op het plaatje: Check het hele 'filmpje' of 'fotoboek' om te controleren

of er echt geen plaatjes in de herinnering meer zijn die spanning oproepen:

*"Je geeft aan dat dit beeld nu geen spanning meer oproept. Nu vraag ik je om met gesloten ogen de gehele herinnering, zoals die nu in je hoofd ligt opgeslagen, nog een door te lopen. Zijn er nog plaatjes in deze herinnering die spanning oproepen?"*

Als dit het geval is, identificeer dan dit beeld, vraag het in gedachten te nemen en desensitiseer het totdat ook dit beeld SUD 0 is. Herhaal deze stappen voor ieder nog spanningsvolle beeld, totdat de gehele herinnering neutraal aanvoelt. Ga dan door met de installatiefase (stap 4) met betrekking tot het eerst gekozen beeld.

Als de sessie afgerond moet worden met een SUD > 0 alleen omdat de tijd om is dan positief afsluiten (stap 7)

#### 4. Installatie van de PC

a. Test VoC (met PC + beeld)

*"Neem het oorspronkelijke beeld, dat wil zeggen het beeld waarmee we zijn begonnen, zoals het nu in je hoofd ligt opgeslagen, in gedachten, en zeg tegen jezelf.....[PC]". Op een schaal van 1 (volledig onwaar) tot en met 7 (volledig waar), hoe geloofwaardig voelt die uitspraak dan aan?*

b. Instructies (ook als VoC direct al 7 is):

*"Kijk naar het beeld en zeg tegen jezelf .....[PC] .....Ja, heb je dat?"*

c. Set met afleidende stimulus

Niet vragen naar associaties! Ga direct verder met a. Blijf doorgaan (a, b & c) net zo lang totdat de VoC 7 is geworden

#### 5. Body scan (Alleen als je nog voldoende tijd over hebt in de zitting)

a). *"Sluit je ogen, neem het beeld [eventueel werktitel noemen] in gedachten, zeg tegen jezelf.....[PC] en loop met aandacht je hele lichaam door, van top tot teen en neem waar of er nog ergens lichamelijke spanning bij dit beeld opkomt"*

b). In geval van spanning: Set met afleidende stimulus en vraag *"Wat komt er op"?*

Als zich geen nieuwe associaties meer aandienen: doorgaan met a) en b) tot de spanning weg is en/of er geen nieuwe associaties meer zijn

#### 6. Flashforward (indien deze aanwezig is)<sup>3</sup>

a. Laat de *flashforward* in gedachten nemen.

*"Wat wij moeten uitzoeken is wat er in jouw hoofd speelt. Wat vrees je dat er gebeurt (of eigenlijk dat er misgaat) als je met de situatie die je nu vermijdt, wordt geconfronteerd? .....We zoeken dus naar 'het ultieme schrikbeeld' dat je nu verhindert om te doen wat je wilt. ....Wat denk je dat er mis gaat? ..... Welke ramp zal zich voor gaan doen? ..... Hoe zit dat doemscenario precies in je hoofd?"*  
*"Maak hiervan een stilstaand plaatje".*

b. Desensitiseer dit beeld met de standaard NC 'Ik ben machteloos' naar SUD=0, en installeer vervolgens de standaard PC 'Ik kan het (schrikbeeld) aan'.

<sup>3</sup> Een *Flashforward* is een angstwekkende rampfantasie over de toekomst, het ergste dat er zou kunnen gebeuren (het ultieme schrikbeeld). Deze stap volgt pas nadat *alle* relevante herinneringen zijn gedesensitiseerd en is zinvol als er sprake is van vermijdings- en/of veiligheidsgedrag, dat is ontstaan als gevolg van de behandelde gebeurtenis(sen). Inventariseer vooraf welke - aan de gedesensitiseerde herinnering(en) gerelateerde - situaties nu nog worden vermeden of met veel angst worden doorstaan.



## 7. **Future template** (indien deze nodig is)<sup>4</sup>

a). Laat de cliënt een situatie in de toekomst beschrijven waarin het *gewenste gedrag* wordt uitgevoerd:

*“Wat is de situatie die je in gedachten neemt?”*

Let erop dat er geen catastrofale aspecten in het beeld van de *future template* voorkomen (als dat wel het geval is: Doe (of herhaal) dan stap 6 eerst).

b). *“Neem de toekomstige situatie in gedachten, en zeg tegen jezelf: ‘Ik kan dit aan’, ...Ja, heb je dat?”*

c). Set met afleidende stimulus

d). *“Neem de toekomstige situatie opnieuw in gedachten, op een schaal van 1 tot en met 7, in welke mate kan je het nu aan om het ook echt te doen?”*

e). Installeren (b, c & d) met afleidende stimulus totdat de VoC niet verder meer stijgt (analoog aan installatie van de PC)

NB: niet vragen naar spanning/SUDs; niet vragen naar associaties!

## 8. **Positief afsluiten** (aan het eind van iedere sessie; staat los van target)

a). *“Wat is het meest positieve of waardevolle dat je het afgelopen uur over jezelf hebt geleerd (of hebt ervaren) met betrekking tot ... (maak keuze: dit thema; deze herinnering; de afgelopen sessie)?”* Indien zinvol: *“Wat zegt dat over jou zelf (als persoon)?”* of *“Hoe noem je zo iemand?”*

b) Eventueel: *“Ga eens zitten als iemand die .....is”*

c). *“Concentreer je hierop.”* (circa 10 seconden laten concentreren op de positieve zelfspraak, de daarbij horende lichaamshouding en mimiek of gebruik set met afleidende stimulus in plaats van 10 seconden concentreren<sup>5</sup>).

d). Na circa 10 seconden concentreren: *“Is er nog iets anders positiefs wat opkomt?”*

f). Doorgaan als er nog iets positiefs opkomt; dwz. opnieuw 10 seconden concentreren (of nieuwe set) op de positieve associatie totdat er geen verdere positieve veranderingen meer optreden.

Uitleg over komende (drie) dagen, afspraken: dagboek, bereikbaarheid etc

<sup>4</sup> De *future template* is een stilstaand beeld van een situatie in de toekomst waarin het *gewenste gedrag* wordt uitgevoerd.

<sup>5</sup> Onderzoek wijst uit dat afleidende stimuli binnen *positief afsluiten* geen positief (maar ook geen negatief) effect hebben.

## 9. Volgende zitting

a. Indien de SUD > 0 bij afsluiten van de vorige sessie: check de SUD bij aanvang van de sessie.

Maak een keuze uit de volgende opties:

- Indien SUD bij aanvang van de sessie > 0: start de desensitisatie op met *Back to target* (dus zonder de NC te noemen).
- Indien SUD target = 0 en VoC PC < 7: ga verder met installatie PC.
- Indien SUD target = 0 en VoC PC = 7 zijn er de volgende opties:
  - rond de behandeling af als het beoogde resultaat van de therapie is bereikt, of
  - ga door met (een) eventuele volgende herinnering(en) die in de casusconceptualisatie zijn opgenomen, of stel het behandelplan bij op grond van het bereikte resultaat en vervolg de behandeling

-----

Pas altijd de richtlijn toe : machteloosheid eerst

## De linksom route (de tijdlijn-route)

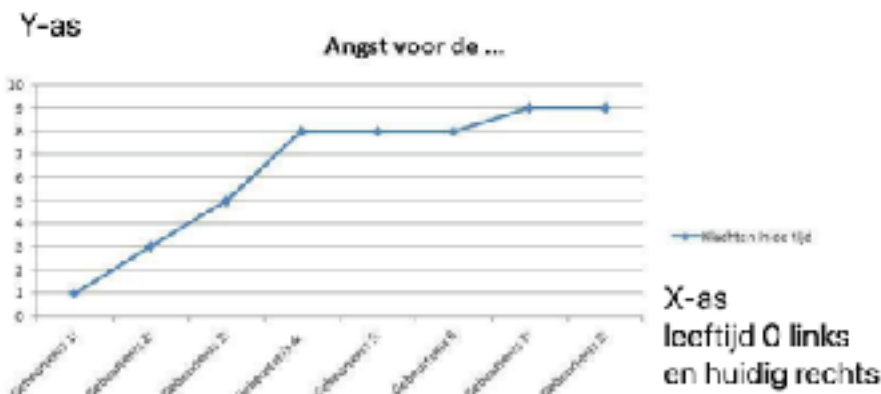
Het EMDR-model kent twee manieren van conceptualiseren: het zogeheten 'linksom-model'

De linksom route wordt gebruikt wanneer er sprake is van belemmerende (kern) opvattingen / overtuigingen over zichzelf en (voor specifieke klachten met een min of meer duidelijke ontstaansgeschiedenis, zoals angst (fobie; angst voor de angst) en stemmingsklachten). Kies hiervoor de onderstaande papieren versie van A. de Jongh, E. ten Broeke, C. de Roos & H. Hornsveld versie 2015. De beste werking wordt verkregen wanneer je dit voorleest tijdens de sessie!!!

© A. de Jongh, E. ten Broeke, C. de Roos & H. Hornsveld, 2015

### Voorbeeld x-as en y-as

## Linksom



## WERKWIJZE VOOR HET WERKEN MET EMDR VANUIT KLACHTEN ('LINKSOM')

### 1. Inventariseer de klachten/symptomen

Verzamel informatie over de symptomen, waarvan de cliënt last heeft (angstklachten, depressieve stemming, seksuele problemen, slaapproblemen etc.)

### 2. Selecteer welk symptoom(cluster) het eerst behandeld moet worden

Maak een keuze t.a.v. het eerst te behandelen symptoom(cluster) en doe dit op basis van de mate waarin de klachten op een negatieve manier de kwaliteit van leven van de cliënt beïnvloeden.

*"Dit alles overziende, welke van dit rijtje klachten zou naar jouw idee het eerst uit je leven moeten verdwijnen, zodat het beter met je gaat?"*

### **3. Formuleer het therapeutisch doel van de procedure voor je cliënt**

Voor zover je dit nog niet hebt gedaan, is dit een goed moment om jouw visie op de klachten en de bijbehorende behandeling met je cliënt te delen.

*"Wat we dus nu moeten uitzoeken is welke herinneringen cruciaal zijn om jouw klachten te begrijpen, in termen van hoe ze zijn ontstaan en hoe ze zijn verergerd. In de eerste plaats veronderstellen we dat jouw klachten door bepaalde gebeurtenissen tot stand gekomen zijn. Door die ervaringen heb je geleerd om.....[bijvoorbeeld: bang te zijn voor auto rijden]. Die ervaringen zijn als herinneringen nog steeds actief. Je zou kunnen zeggen dat elke keer als zich een moeilijke situatie voordoet [bijvoorbeeld een autorit maken als je bang bent om in een auto te rijden], herinneringen aan een vroegere 'beschadigende' gebeurtenis [bijvoorbeeld: een auto-ongeluk of een bijna-auto-ongeluk] – bewust of onbewust – opnieuw worden geactiveerd. Met EMDR maken we deze herinneringen 'onschadelijk' door de emotionele lading ervan te weg te nemen. Deze herinneringen worden daardoor min of meer neutraal en staan daarmee vervolgens niet meer in de weg om de situaties die vermeden worden - of lastig zijn - [in dit geval 'autorijden'] aan te gaan en daardoor nieuw zelfvertrouwen op te bouwen. Om de juiste herinneringen te vinden moeten we nu eerst zoeken - in de tijd - wanneer jouw klachten precies zijn ontstaan.*

#### 4. Identificeer de conditionerende en latere betekenisvolle gebeurtenissen en zet deze op een tijdlijn

- Teken een tijdlijn (therapeut trekt een lijn). **Dit wordt straks de x-as van een grafiek** om het beloop van de klachten uit te zetten in de tijd.

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

Geef de huidige leeftijd van de cliënt 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 klachten (angst, somberheid, bepaald gedrag etc.) zijn ontstaan of zijn verergerd en plaats ze op de tijdlijn.**

*a. “Eerst wil ik je vragen om de gebeurtenissen, waarna je klachten zijn begonnen en verergerd op deze tijdlijn aan te geven.....Met deze klachten ben je niet geboren, hè.....In jouw herinnering, wanneer zijn deze klachten (dan wél) begonnen?.....Geef alsjeblieft deze gebeurtenis (dat wil zeggen die, waarna de klachten zijn begonnen) met een kruisje een plaats op de tijdlijn.”*

**Check:** *“Weet je zeker dat je daarvoor ook al niet deze klachten had? Zo ja, geef ook deze gebeurtenis een plaats op de tijdlijn.”*

*b. “Na welke gebeurtenis/sen is/zijn de klachten verergerd”?  
Welke situaties hebben er verder toe geleid dat je nu .....bent”?*

Geef deze ook met een kruisje aan.

- 
- Voeg in het geval van angsten of fobieën eventueel aanwezige andere, potentieel relevante herinneringen aan de tijdlijn toe.

“Het kan zijn dat we hiermee de ontwikkeling van je angstklachten nog niet helemaal in kaart hebben gebracht. Ik stel je nog een paar vragen om vast te stellen of er nog andere herinneringen zijn aan gebeurtenissen die cruciaal zijn om je klachten afdoende te kunnen begrijpen en te behandelen”.

- a. Identificeer de meest angstwekkende aspecten van de stimulus:

“Welk aspect van dit object of situatie roept de angst het sterkst op?” .....

“Wanneer (door welke gebeurtenis) is je angst voor..... [stimulus] begonnen?.. en wanneer is deze verergerd?”

- b. Identificeer de ramp die de persoon vreest:

“Wat denk je dat er gebeurt – in het meest ernstige geval - als je met..... [stimulus] wordt geconfronteerd?” .....

“Wanneer (door welke gebeurtenis) is deze angst om.....[ramp] begonnen?“... en wanneer is deze verergerd?”

- 
5. Zet de ernst van de klachten op een y-as en geef het beloop van de klachten weer in de tijd.

“We hebben nu alle gebeurtenissen die te maken hebben met je klacht op een tijdlijn gezet. Wat we nu gaan doen is kijken hoe jouw ..... [noem klacht of probleem] door deze gebeurtenissen, in verloop van de tijd, beïnvloed is. Ik wil je vragen van de tijdlijn een grafiek te maken (teken y-as) waarin je laat zien hoe de ernst van deze .....[noem klacht of probleem] in de loop van de tijd veranderd is. Er verschijnt als het ware een knik in de grafiek als een

*gebeurtenis de klacht in ernst heeft doen toenemen. Snap je wat ik bedoel?"*

*Zet op de y-as de cijfers 0 t/m 10, waarbij 0 betekent 'geen klachten' en 10 'de meest ernstige klachten die je kan hebben' en laat de cliënt de grafiek tekenen. Ondersteun hem/haar daarbij indien nodig: "Hoe ernstig waren je klachten in deze periode.....En in deze periode?"*

## **6. Stel vast welke herinneringen, in welke volgorde, moeten worden gedesensitiseerd.**

Desensitiseer alle relevante herinneringen op de tijdlijn. Dit gebeurt in principe in chronologische volgorde, waarbij begonnen wordt met de herinnering aan de gebeurtenis, waarna de klachten zijn begonnen ('conditionerende ervaring'). Er kunnen redenen zijn om van deze vuistregel af te wijken. Bijvoorbeeld als er redenen zijn om aan te nemen dat een bepaalde herinnering de klachten opvallend sterk aanstuurt (een opvallende knik in de grafiek die een sterke toename van de klachten aangeeft). Bij twijfel kunnen nog de volgende vragen worden gesteld om relevante herinneringen te identificeren (hoewel het vooral de expertise is van de therapeut dat hier leidend zal moeten zijn).

*- "Dit alles overziende, welke van deze herinneringen zou naar jouw idee het eerst uit je leven moeten verdwijnen zodat het beter met je gaat?"*

*- "Welke herinnering beïnvloedt je klachten nu nog het meest?"*

Stel op grond van de antwoorden samen met de cliënt vast welke herinnering de klachten het sterkst aanstuurt.

## **7. Pas dan het STANDAARDPROTOCOL toe op de geïdentificeerde herinnering**

Herhaal deze stap voor alle relevante herinneringen op de tijdlijn die gerelateerd zijn aan dit

symptoom(cluster).

----- In het geval van angstklachten extra: -----

**8. Stel vast of het EMDR standaardprotocol gericht op een ‘flashforward’ (‘schrikbeeld’) nodig is**

- Ga na of de cliënt een expliciete rampfantasie heeft over de toekomst, iets wat hij denkt dat hem gaat overkomen (‘een schrikbeeld’) als hij met zijn potentieel gevreesde object of situatie wordt geconfronteerd.

*“Wat wij moeten uitzoeken is of je nog een vrees hebt over dat er zal gebeuren (of eigenlijk dat mis zal gaan) wanneer je geconfronteerd wordt met .....(object of situatie dat wordt vermeden). We zoeken naar je ‘ultieme schrikbeeld’. Wat is dat?..... Hoe zit dat rampscenario of schrikbeeld in je hoofd? .....Zet het stil op dat plaatje dat je het meeste raakt.....Hoe naar is het, of hoeveel spanning geeft dat als je er nu naar kijkt?”*

- **Indien het schrikbeeld emotioneel beladen is:**

*“Waar we nu naar toe werken is dat je dit beeld aan kunt, dat wil zeggen dat je er rustig naar kunt kijken omdat je beseft – en dat je lichaam dit ook zo ervaart - dat het niet echt is; het is slechts een rampscenario of schrikbeeld in jouw hoofd”*

- **Desensitiseer het schrikbeeld met het standaardprotocol alsof het een herinnering is.**

**(SUD = 0, VoC = 7).**

**De NC is hier standaard: ‘Ik ben machteloos’ (ten opzichte van het overweldigende schrikbeeld;**

**PC is standaard ‘Ik kan het aan’ (om naar het beeld te kijken).**



## 9. Video check

- Laat de cliënt in verbeelding, en met gesloten ogen, door een typische (doorgaans) angstwekkende en toekomstige situatie gaan (vanaf het begin tot en met het einde) om na te gaan of er niet aspecten/'cues' zijn die zodanig veel spanning oproepen dat ze de cliënt zouden kunnen verhinderen om de toekomstige situatie aan te gaan.
  - Vraag de cliënt de ogen te openen op het moment dat spanning wordt waargenomen.
- 'Installeer' de (standaard) PC "Ik kan het aan" en ga door met deze procedure tot alle plaatjes van de film gemakkelijk (met een VOC van 7) kan worden bekeken.

## 10. Huiswerkopdrachten

- Bereid samen met de cliënt gedragsexperimenten/exposure-opdrachten voor in de vorm van huiswerkopdrachten om ervoor te zorgen dat de cliënt het vertrouwen in de (voorheen) angstwekkende situatie verder, op eigen kracht, kan herstellen.
- Laat de cliënt (eventueel tussen twee zittingen) de proef op de som nemen.
- Evalueer het resultaat van het experiment en plan, indien nodig, opnieuw een exposure in vivo/gedragsexperiment.
- Leer de cliënt, indien je dit nodig acht, afleidings-, relaxatie- of zelfcontrole-technieken toe te passen om de huiswerkopdrachten te kunnen uitvoeren.

## De Flashforward route (schrikbeeld route)

Deze route wordt gebruikt wanneer er sprake is van een **schrikbeeld waarbij men geen daadwerkelijke ervaring heeft voor de gebeurtenis die hierbij hoort**.

Het betreft hier dus een gevreesde catastrofistische **toekomstige gebeurtenis**.

Bijvoorbeeld wanneer men echt niet met het vliegtuig op vakantie durft terwijl men nog nooit heeft gevlogen. Of wanneer men absoluut niet durft te zwemmen open water (zee, rivier of meer) terwijl men dit nog nooit gedaan heeft.

- Hondenfobie ( aangevallen worden door een hond)
- Tandheeskundige -en medische fobieën (extreme pijn, machteloosheid , "angst om dood te bloeden"
- Sociale fobie (worden afgewezen of andere pijnlijke situaties)
- Obsessief- compulsieve stoornis (besmetting oplopen of huis in vlammen)
- Hypochondrie

Etc....

De therapeut kan de cliënt vragen om te zeggen wat ze gelooft er zal gebeuren met haar wanneer ze is niet in staat om haar angstige situatie te vermijden .

Daartoe is het belangrijk om **een kader van het worst case scenario te creëren**.

“We moeten uitzoeken wat voor soort beeld in je hoofd jij vormt als het gaat over een toekomstige confrontatie met wat je bang maakt. Wat is het ergste wat je kunt denken over wat er zou kunnen gebeuren? We gaan op zoek naar jouw ultieme doemscenario”.

Wanneer de cliënt uiteindelijk een stilstaand beeld van het ergste moment van zijn of haar catastrofistische gedachten in het achterhoofd heeft, wordt hij of zij gevraagd om het zo gedetailleerd te maken als mogelijk.

**Dat beeld is het uitgangspunt voor het standaard EMDR protocol**

**Voor de PC gebruikt men altijd een standaard PC: ik kan (de vooruitblik) handelen.**

**Er wordt pas gestopt als de SUD 0 is en de VOC 7!!!!**

Soms kun je huiswerkopdrachten meegeven. Indien dit niet mogelijk is zeg ik altijd:

“ Als het zover is dat je .....gaat doen/meemaakt dan weet je brein hoe het zit en laat je dan vooral verassen”!

## Rechtsom route (niet helpende- of blokkerende (kern) opvattingen-route)

**Je gebruikt deze route alleen wanneer er iets te desensitiseren is: er moet emotionele pijn de herinneringen zitten anders kan het gebeuren dat mensen een 'gedwongen' een herinnering kiezen en werkt het mogelijk zelfs averechts.**

Dit betekenen dat er een verschil gemaakt moet worden tussen mensen met duidelijk herkenbare emotionele 'open wonden' en mensen die wel kunnen vertellen hoe een negatieve zelfwaardering is ontstaan, maar waarbij deze zelfwaardering inmiddels minder duidelijk is gerelateerd aan dergelijke beschadigende ervaringen.

In afwachting van nader onderzoek heb ik de werkwijze van EMDR-Rechtsom in deze bijscholing nu nog meer aangescherpt:

- er wordt nagevraagd welke herinnering nu nog het meeste bewijs levert voor de negatieve zelfwaardering,
- én of er wel voldoende lading (SUD) is. Dat betekent dat de SUD hoger dan 6 moet zijn! Als de SUD niet hoog genoeg is, ligt EMDR rechtsom niet voor de hand, omdat je dan de wonden nodeloos opentrekt.
- én als de negatieve herinnering wordt opgeroepen, het negatieve zelfbeeld ter plekke voelbaar moet zijn. Dit omdat de connectie tussen de herinnering en de beleving van het negatieve zelfbeeld in het heden dan heel evident is.

Als bovenstaande niet het geval is kies dan voor een andere interventie. Je kunt hierbij denken aan cognitieve gedragstherapie (bijv. socratische methodes en gedachten schema's), schema therapie, NLP oefeningen ect.. of stuur de client anders door.

<https://hornsveldepsychologenpraktijk.files.wordpress.com/2015/08/update-ro.pdf>

---

## Rechtsom EMDR bestaat uit:

- 1) **Het voorbereidingsformulier voor de client.** Dit geef je als huiswerk mee en bespreek je de volgende sessie.
- 2) Het protocol zelf: WERKWIJZE VOOR HET VERANDEREN VAN (KERN)OPVATTINGEN MET EMDR ('RECHTSOM')

Beide formulieren vind je in de bijlagen.

---

## Valkuilen

- **Bij kernopvattingen over het zelfbeeld gaat het om evaluaties, dus geen eigenschappen, kenmerken of gedrag.**  
**Dus geen:**
  - Beschrijvingen zoals "Ik ben onattent", "Ik ben perfectionistisch", "Ik ben slordig"
  - Feiten "Ik ben onzeker", "Ik ben dun"
  - Nuanceringen in de formulering ("Sommige mensen zijn niet te vertrouwen")
  - Specifieke als-dan-opvattingen zoals "als ik een hond tegenkom, zal hij me bijten", "als ik in een groep iets zeg, zal ik worden uitgelachen". Specifieke als-dan-opvattingen leiden doorgaans tot specifieke klachten, en kunnen veelal beter 'linksom' worden aangepakt.

### Let op:

Een NC is niet hetzelfde als een kernopvatting! De NC maakt deel uit van een specifieke kennis-representatie en is geloofwaardig wanneer de traumatische geheugenrepresentatie is geactiveerd uit het EMDR basisprotocol!

Een kernopvatting betreft het zelfbeeld in het algemeen (en vormt zich in de loop van een serie beschadigende ervaringen: "bewijsmateriaal"). Dus (lang) niet iedere "Ik ben....." uitspraak is een kernopvatting.

#### **Meer info:**

Online kun je een uitgebreide PP presentatie vinden over het werken met rechtsom EMDR. Hierin wordt ook de koppeling gemaakt met rechtsom EMDR in relatie tot stoornissen uit de DSM-V :

### **Rechtdoor route (emotie-route)**

---

## **EMDR rechtstreeks ( intrusie route) of rechtdoor?**

### **Bij angst en spanning kies je altijd voor EMDR rechtstreeks : intrusie**

Bij PTSS: kies dan EMDR rechtstreeks direct gericht op de herbelevingen of nare herinneringsbeelden.

- Begin daarmee! De 'hitte eraf'.
- Zorgt vaak snel voor verbetering

### **Bij andere emoties die gerelateerd zijn aan de traumatische gebeurtenis kies je voor EMDR rechtdoor.**

Je kunt hierbij denken aan schuldgevoelens, boosheid, etc.

" Welk beeld moet jij voor je halen om deze emotie zo sterk mogelijk te voelen".

**Vanuit hier ga het Standaard protocol**

**Bij extreme wraakgevoelens kun je ook kiezen voor het gerichte boosheid (woede/wraak) protocol, zie bijlages.**

## De floatback route (affectbrug-route)

Janie van Dijk, Hellen Hornsveld en Tilly Koolstra

Om dit protocol te gebruiken is het belangrijk

De floatback-methode is een in de VS gebruikelijke methode om op zoek te gaan naar relevante herinneringen, waarbij je gebruik maakt van affect-bridging (in plaats van 'ons' Linksom-Rechtsom model). In Amerika begint trouwens elke EMDR-sessie met het installeren van een veilige plek.

Het onderscheid tussen evident traumatische ervaringen en minder in het oog springende, maar niettemin schadelijke ervaringen is relevant, omdat de eerste kunnen resulteren in PTSS. In dat geval krijgt de behandeling van de PTSS prioriteit; binnen EMDR wordt dat 'machteloosheid eerst' genoemd.

EMDR heeft veel oog voor 'oud zeer' (ook bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen). Bij EMDR – althans in Nederland – gaat men zo veel mogelijk planmatig te werk via de 'rechtsom'-methode, waarbij gericht wordt gezocht naar relevant bewijsmateriaal voor de geloofwaardigheid van (kern)opvattingen.

### De affectbrug

Voor het vinden van relevante herinneringen wordt door Shapiro (2001) gebruikgemaakt van een procedure die floatback wordt genoemd.

- De patiënt wordt gevraagd een situatie in gedachten te nemen waarin de klachten zich regelmatig voordoen. Het kan een recente aversieve situatie zijn of een geanticipeerde (vooruit lopend op een ) moeilijke situatie.
- Gevraagd wordt hiervan een stilstaand beeld te vormen en de bijbehorende gedachten en emoties te benoemen.
- Vervolgens wordt de patiënt gevraagd terug te gaan naar een vroegere gebeurtenis of situatie waarin de patiënt ook zo dacht of zich ook zo voelde, liefst uit de kindertijd – hoe vroeger, hoe beter.
- **Als de patiënt stuit op een herinnering wordt hierop vervolgens het EMDR-standaardprotocol toegepast waarbij de SUD tot 0 moet worden teruggebracht.**

Deze techniek komt uit de hypnotherapie en is gebaseerd op het principe van de affectbrug (Watkins, 1971). De affectbrug is dus een techniek die zijn oorsprong vindt in de hypnotherapie en vervolgens is overgenomen door de grondleggers van EMDR en schematherapie. Het voordeel van de affectbrug is dat op gevoels- niveau direct duidelijk wordt hoe emotionele problemen in de actualiteit zijn verbonden aan bepaalde kerngebeurtenissen in het verleden.

**De nadelen van de affectbrug** zijn de ongerichtheid en onzekerheid over het belang om juist die herinnering aan te pakken. Het kan ook onveilig zijn voor de patiënt, omdat met de affectbrug vooraf niet duidelijk is welke herinnering en met welke intensiteit deze naar boven komt.

### Het 'linksom-rechtsom'-model (LORO)

Om genoemde nadelen van het werken met een affectbrug te omzeilen, ontwikkelden De Jongh en Ten Broeke (2012) het zogeheten 'linksom-rechtsom'- model (LORO). Zowel EMDR-'linksom' als EMDR-'rechtsom' zijn zoekstrategieën die sterk geënt zijn op de moderne leertheorie/cognitieve gedragstherapie.

In de werkwijze EMDR-'linksom' worden chronologisch, aan de hand van een tijd- lijn, de beschadigende leerervaringen die de klachten hebben doen ontstaan en verergerd, in kaart gebracht, om vervolgens de meest relevante gebeurtenissen te selecteren voor behandeling met EMDR.

De werkwijze 'rechtsom' wordt gebruikt voor het zoeken naar herinneringen die de patiënt gebruikt ter ondersteuning van de geloofwaardigheid van disfunctionele leefregels en (kern) opvattingen. 'Rechtsom' is het meest relevant voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen (Meijer & Ten Broeke, 2012). Er wordt vastgesteld welke disfunctionele opvattingen de problematiek van de patiënt aansturen, waarna wordt gezocht naar de ervaringen die hebben geleid tot de vorming van deze opvattingen. Die ervaringen vormen het emotioneel 'bewijs' dat de opvattingen juist en onvermijdelijk zijn. De kracht van het bewijs staat in de meeste gevallen correctie door nieuwe leerervaringen (zowel binnen als buiten de therapie) in de weg. Vervolgens wordt dit 'bewijsmateriaal' met behulp van EMDR ontkracht.

## DE VEILIGE PLEK INSTALLEREN

Neem een plek in gedachten waar jij je veilig en prettig voelt. Dit kan een echte plek zijn, bijv. een plek waar je op vakantie bent geweest. Of een plek in je huis of tuin. Maar het mag ook een fantasieplek zijn, bijv. uit een film of een boek. Of iets dat eigenlijk helemaal niet kan, zoals dat je op een wolk zit. Het maakt niet uit welke plek je kiest, als deze maar prettig en veilig voelt voor jou.

Richt je aandacht nu op deze plek.

En als je op deze plek bent, kijk je om je heen. Kijk voor je en zie wat er is. Kijk naast je en zie wat er is. Kijk achter je, onder je voeten en boven je hoofd. Let op alles wat je omringt op deze veilige plek die je gevonden hebt. Let op de vormen..., de kleuren, en word je bewust hoe aangenaam deze kleuren zijn.

Zijn er geluiden in je veilige plek? Als ze er zijn, richt je aandacht dan op de geluiden. Merk op hoe aangenaam deze geluiden zijn, en voel je er veilig door.

Zijn er geuren op je veilige plek? Richt je aandacht nu op wat voor geuren het zijn en merk op hoe veilig en prettig ze zijn. Richt je aandacht op de geuren in je veilige plek die je gevonden hebt.

En voel je iets in je lichaam als je op deze veilige plek bent? Zoals de wind op je huid bijvoorbeeld, of gevoelens vanbinnen die je gerust stellen en je veilig laten voelen. Let op elk gevoel of elke aanraking die je opmerkt in je veilige plek en merk op hoe geruststellend en veilig ze aanvoelen.

Al je zintuigen staan open. Alles voelt veilig en beschermd, niemand kan je kwaad doen op deze plek. Merk op hoe ontspannen je bent in je veilige plek, hoe langzaam je ademhaling is geworden, hoe geruststellend deze beelden voor je zijn. Ervaar het gevoel van kalmte en vrede dat je nu ervaart. Dit is jouw veilige plek, de plek waar je naar toe terug kan keren op elk moment dat je voelt dat je het nodig hebt, en wanneer het goed en veilig voor je is om te doen.

Zo meteen zal ik stoppen en tellen van 5 naar 1, en bij iedere tel zal je je meer bewust worden van je omgeving, meer op het hier en nu gericht zijn.

5...4...3... Je hoort meer geluiden om je heen, waar je ook bent in je ruimte. Je lichaam begint te voelen waar je je bevindt...  
2... Nu, als je klaar bent en ik kom bij 1, open je je ogen en voel je je verfrist en meer in staat om om te gaan met de dingen die voor je liggen. 1... Nu, als je klaar bent, open je je ogen en ben je in staat dit gevoel van kalmte en veiligheid vast te houden.

## VEILIGE PLEK BIJ KINDEREN

Een droomdeurtje nodigt kinderen uit om op creatieve wijze, met hun fantasie, een veilige plek te creëren waar elfjes op bezoek komen en met ze meelevens.



## **Het installeren van hulpbronnen RDI** RESOURCE DEVELOPMENT AND INSTALLATION

RDI betekent min of meer: hulpbronnen versterken en installeren. RDI is bedoeld om de ik-sterkte te vergroten (de draagkracht). Als de therapeutische confrontatie met de traumatische herinnering nog niet voldoende mogelijk is, dan is RDI een juiste keuze om mee te beginnen. Dit gebeurt altijd in overleg met de cliënt.

**Je vindt dit protocol en ook RDI voor kinderen in de bijlages.**

## **EMDR protocol gerichte boosheid (woede, wrok en wraak)**

Versie mei 2019 Schiedam, 2019 Herman Veerbeek

Dit protocol kun je gebruiken als losstaand protocol en je kunt het ook integreren al cognitieve interweave tijdens een gewone EMDR sessie (standaard EMDR protocol)



ANGST



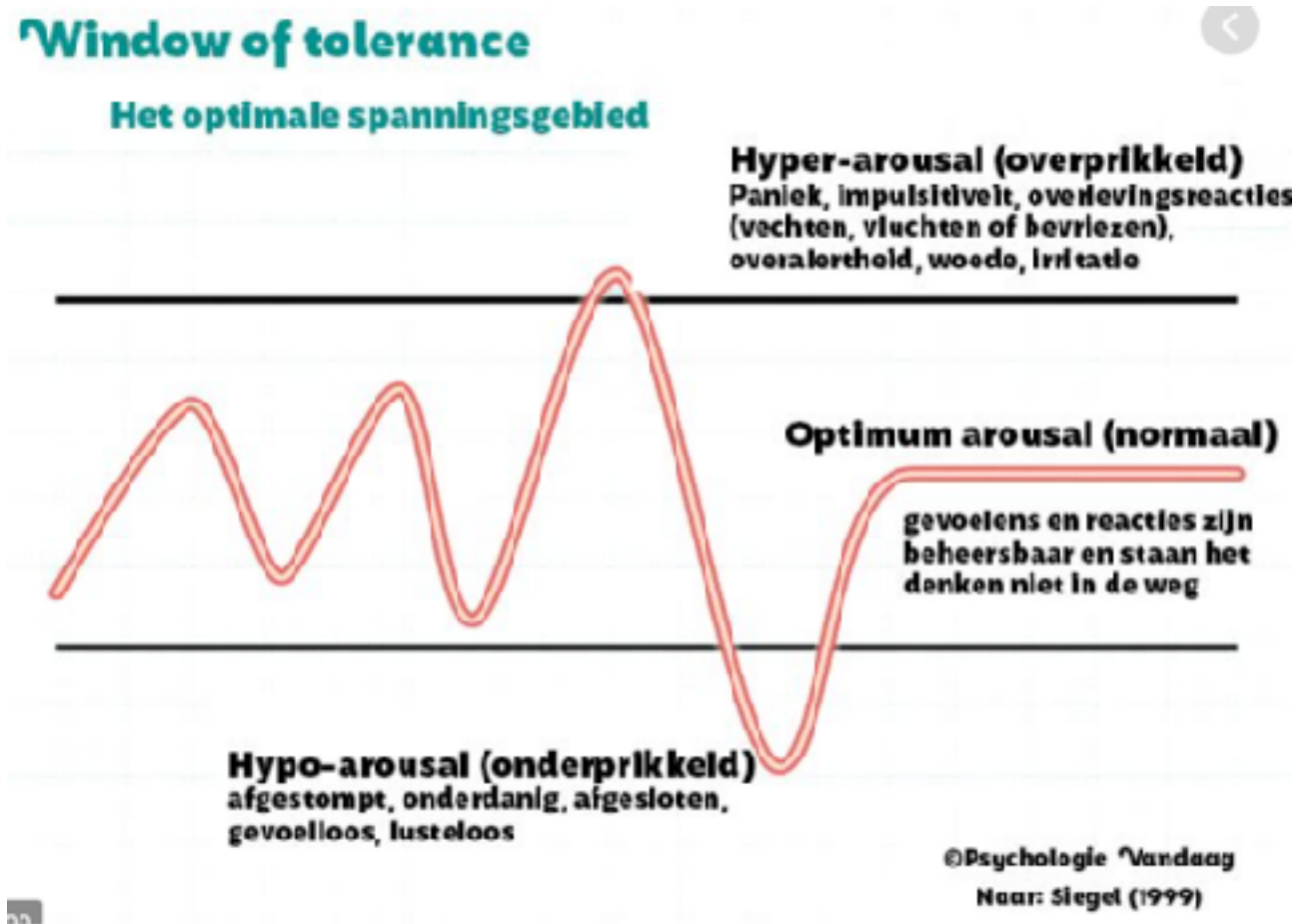
BOOSHEID

**Je vindt dit protocol in de bijlages.**

## EMDR stress-release (vier elementen)

Ik adviseer om eerst te vragen of de client bekend is met een veilige plek (mag voor deze oefening ook een Zen plek zijn). Zo niet dan eerst installeren.

De bedoeling van deze oefening is dat de client meer en meer kan verblijven in the window of tolerance. Leg dit uit aan de hand van onderstaande afbeelding.



De volgorde is van voeten, borstkas, mond/keel naar hoofd.

Introduceren: butterfly hugs (ook wel butterfly taps genoemd). Client even laten oefenen met de butterfly hugs.





We werken bij deze oefening met de vier elementen: aarde, lucht, water en vuur.

Laten we de huidige waarde van je stress niveau meten waarbij 0 geen stress is en 10 de meeste stress ooit. Hoe hoog is je stress nu op een van schaal 0-10?

Stress-level:

**(AARDE: GRONDEN, veiligheid in het hier en nu (Noord) )**

We nemen nu een minuut of 2 om te 'aarden'. om in het hier en nu te zijn. Plaats beide voeten op de grond, voel de stoel om u te ondersteunen. Richt je aandacht naar buiten. Kijk om je heen en je ziet 3 nieuwe dingen. Wat zie je? Wat hoor je? (Wat ruik je)

**(LUCHT: ADEMEN voor kracht, balans en innerlijke rust (Oost) )**

Voel de veiligheid van het hier en nu met je voeten op de grond, neem, 3 of 4 diepere langzame teugen adem vanuit je buik, en zorg ervoor dat je ook helemaal uitademt zodat je ruimte maakt voor frisse verkwikkende lucht. Als je uitademt, stel je dan voor dat je de stress loslaat, richt je aandacht op je binnenste en voel hoe je innerlijk rustig wordt.

**(WATER: KALM en beheerst -schakelaar op de ontspanningsrespons (West) )**

Terwijl je de veiligheid van het hier en nu met je voeten op de grond blijft voelen en je innerlijk rustig blijft ademen wordt je jezelf bewust of er speeksel in je mond is. Als je lichaam speeksel aanmaakt, wordt de spijsvertering ingeschakeld (door het parasympatische zenuwstelsel) en is ontspanning de reactie. Dit is de reden waarom mensen een glaasje water aangeboden krijgen of kauwgom kauwen na een moeilijke ervaring. Wanneer je speeksel aanmaakt, heeft je geest optimaal de controle van je gedachten en je lichaam. Richt je aandacht nu tot het maken van speeksel.

**(VUUR: LICHT het pad op van je verbeelding (Zuid))**

Terwijl je de veiligheid van het hier en nu met je voeten op de grond blijft voelen, je innerlijk rustig blijft ademen en je kalm en in controle doorgaat met de aanmaak van speeksel, zie je in gedachten een plaats waar jij je veilig voelt. Merk op waar dit voelt in je lichaam.

Installeren butterfly hugs en ondertussen zeggen:

Terwijl je doorgaat met het voelen van de veiligheid van het hier en nu, met je voeten op de grond; en je jezelf innerlijk rustig voelt als je in –en uitademt ; voel je je kalm en in controle terwijl je meer en meer speeksel produceert; steek je vuur aan om het pad naar je verbeelding te verlichten zodat je bij

het beeld komt van een plek waar je je veilig voelt. Je voelt je nu helemaal goed. Richt je aandacht hier op.

Zo, laten we nu eens je huidige stress niveau bepalen met onze schaal 0-10. Hoe hoog is je stresslevel nu?

Stress-level:

Herhaal de laatste fase indien nodig 3 tot 4 keer tot het stresslevel 0 of een aanvaardbaar getal is. Leg uit dat men thuis vaak moet oefenen om zo veel mogelijk binnen het venster van tolerantie te blijven.

## EMDR pijn protocol



Het EMDR pijn-protocol is in 2007 geschreven door De Roos en Veenstra. Inmiddels is het verder ontwikkeld tot een EMDR-protocol voor lichamelijke sensaties of lichamelijke klachten.

### Drie typen EMDR targets:

- Een traumaherinnering (bijv. Een ongeval, dan EMDR rechtstreeks)
- Een pijngelateerde herinnering (het beeld dat gerelateerd is aan de pijn, dan EMDR rechtdoor)  
“Welk beeld moet jij oproepen om de pijn maximaal te voelen?” of “Welke specifieke herinnering met betrekking tot de pijn geeft nu nog de meeste spanning?”
- Actuele pijn: het EMDR pijnprotocol

## EMDR pijn protocol

Gebaseerd op de EMDR procedure van Francine Shapiro, Erik ten Broeke & Ad de Jongh en het pijn protocol van Mark Grant

Het is niet precies te voorspellen hoe u op een EMDR behandeling zult reageren. Bij sommigen neemt de pijn geleidelijk af, bij anderen is sneleer effect te zien. Sommige cliënten reageren jammer genoeg helemaal niet op de behandeling. Verder kunt u tijdens of vlak na een sessie tijdelijk meer pijn hebben, of kunt u last hebben van moeheid of hoofdpijn. Ook kunnen na de sessie nog herinneringen bovenkomen (overdag of in dromen). Dit soort na-effecten duren meestal niet langer dan één tot drie dagen. De therapeut zal u vragen om een dagboekje bij te houden, waarin u het verloop van uw pijn (en alles wat u verder opvalt) kunt bijhouden. Aangezien de toepassing van EMDR bij pijn nog experimenteel is, kunnen geen toezeggingen gedaan worden over uw kansen op een positief effect.

## 1. Uitleg.

- a. Leg uit hoe EMDR werkt in relatie tot pijn:

De achterliggende gedachte van het protocol is dat door het langdurig ervaren van pijn het zenuwstelsel beïnvloed wordt. Hierdoor worden bepaalde hersengebieden overactief of juist te weinig actief. Het 'alarmsysteem' voor pijn is als het ware niet goed afgesteld, als een rookmelder die al afgaat als de waterkoker kookt. De reactie op de pijn (onder andere spanning) verhindert dan het herstel.

Het doel van het protocol is dat de lichamelijk opgeslagen aspecten van de herinnering verwerkt kunnen worden. Daarnaast is het de bedoeling dat de patiënt uiteindelijk de aandacht op de pijn kan richten, zonder dat dit spanning oproept.

- b. Test de BLS (oogbewegingen of tikjes, of taps) (snelheid of volume, of aanraking)

## 2. Pijn target: de pijn in het NU

Beschrijf hoe de pijn NU voelt.

---

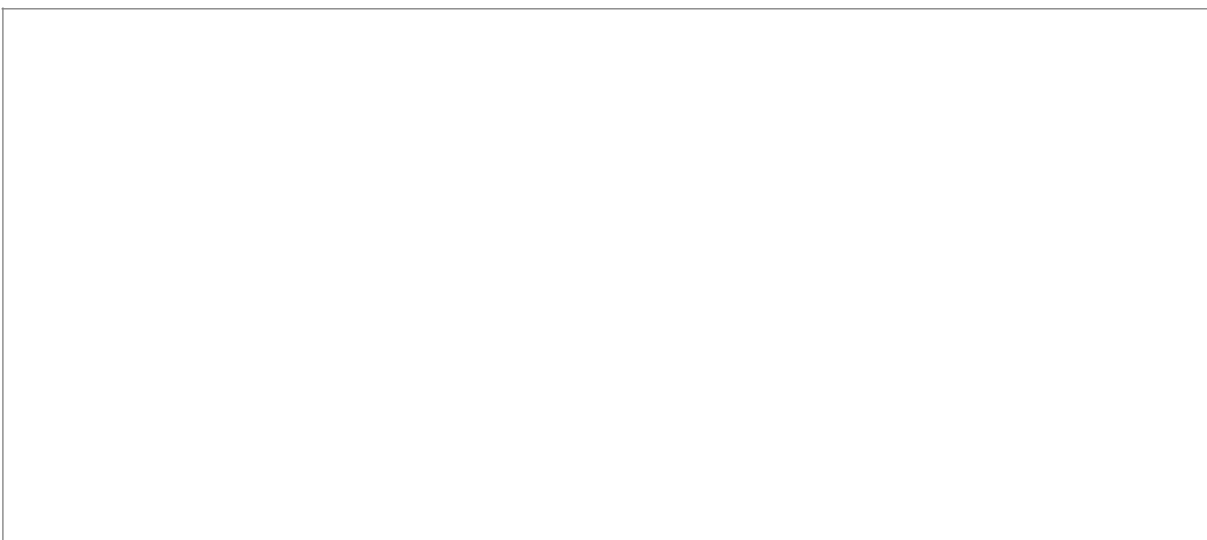
- a. Maak een plaatje in je hoofd over hoe de pijn nu voelt (gebruik je fantasie)

- b. Omschrijf hoe dat plaatje in je hoofd eruitziet en maak een tekening van hoe je pijn NU voelt.

- *Hulpvolle vragen:*

- Als de pijn een kleur zou hebben, welke kleur zou dat dan zijn?
- Als de pijn een vorm zou hebben, welke vorm zou dat dan zijn?
- Als de pijn een temperatuur zou hebben, welke temp. zou dat dan zijn (warm/koud) ?
- Is de pijn hard of zacht?

Laat de client een plaatje tekenen van de pijn:



### 3. Negatieve Cognitie (NC)

Als je denkt aan de pijn en je jezelf concentreert op de pijn, welke negatieve overtuiging over jezelf of over de pijn heb je dan? (Controleer of de woorden het meeste effect hebben op de cliënt in het hier en nu)

- *Hulpvolle vragen:*
- Wat zegt de pijn over jou als persoon?
- Hoe noem je zo'n persoon?
- Hoe worden dit soort mensen meestal genoemd?

NC:

### 4. Gewenste, positieve cognitie (PC)

Als je denkt aan de pijn en jezelf concentreert op de pijn, wat zou je dan liever willen denken over jezelf – in plaats van die negatieve cognitie?

PC:

### 5. Validity of cognition (VOC 1-7)

Als je denkt aan de pijn en jezelf concentreert op de pijn, hoe waar is dan de positieve cognitie op een schaal van 1-7, als 1 helemaal onwaar en 7 helemaal waar is?

VOC = 1 \_\_\_\_\_ 7

### 6. Emoties

Als je denkt aan de pijn en jezelf concentreert op de pijn en tegelijkertijd denkt aan de negatieve cognitie (therapeut spreekt deze uit) welke emotie(s) voel je dan NU?

\_\_\_\_\_

### 7. Pijn score, Subjective Units of Pain (SUP 1-10)

Als je denkt aan de pijn en jezelf concentreert op de pijn en tegelijkertijd denkt aan de negatieve cognitie (therapeut spreekt deze uit), welk cijfer geef je dan NU aan je pijn op een schaal van 1-10, als 0 totaal geen pijn is en 10 de ergste pijn ooit?

SUP = 0 \_\_\_\_\_ 10

## 8. Locatie van de pijn

Waar voel je dit het meeste in je lichaam?

---

## 9. Desensitisatie (lange sets met BLS 25-30 seconden) :

- Kijk zo meteen naar mijn vingers (of luister naar de geluidjes ...)
- Concentreer jezelf op de pijn en zeg de negatieve cognitie tegen jezelf
- Voel je pijn en de plaats van de pijn in je lichaam
- Lukt dat? Ja?
- Volg mijn hand..
- Wat merk je op? Wat is er gaande?
- Okay focus je daar maar op
  
- **Ga door totdat er geen nieuwe veranderingen (beelden, associaties) meer optreden**
- **Dan terug naar target:**
- Als je denkt aan de pijn en jezelf concentreert op de pijn welk cijfer geef je dan nu? \_\_\_\_\_
- Welk aspect van de pijn maakt dat je het cijfer .....geeft?
- Okay focus je daar maar op
- Weer serie met BLS
- **Doorgaan tot de SUP = 0**

## 10. Als de SUP 0 = ga dan door naar stap 11

Als de SUP niet naar 0 kan gaan, ga dan naar stap 12

Uiteindelijke SUP = 0 \_\_\_\_\_ 10

## 11. Installeren van de PC als de SUP 0 is

- Testen van VOC (inclusief PC en plaatje van de pijn zoals je het nu in je hoofd ziet)
- Als je jezelf concentreert op de pijn, , hoe waar is dan de positieve cognitie (therapeut spreekt deze uit), op een schaal van 1-7, als 1 helemaal onwaar en 7 helemaal waar is?
  
- Korte set met BLS: concentreer jezelf op de pijn en op de positieve gedachte

- Doorgaan tot de VOC = 6/7 en ga dan naar stap 13

## 12. A. Installeren van een tegenbeeld als de SUP niet naar 0 kan gaan

Als de cliënt een verandering vertelt van de pijn, stel dan vragen om dit uit te zoeken.

- *Hulpvolle vragen:*
- Wat is er in plaats van de pijn?
- Wat zit er nu op de plaats waar de pijn was?

Als de pijn niet veranderd:

- Wat kun je bedenken om de pijn te verzachten of om hem beter te maken?

### B: Maak er een beeld van in je gedachten

- Installeer dat beeld met korte sets BLS
- Mocht het beeld nog veranderen: Wat verandert er precies, of Waar doet dit je aan denken?
- Doorgaan met de BLS tot er geen verandering meer optreedt

## 13. Bodyscan (na installatie van de PC als de SUP=0)

Terwijl je de PC tegen jezelf zegt (therapeut spreekt deze uit), scan je je lichaam van boven naar beneden en merk je op of er nog spanning in je lichaam zit. Zit er nog ergens spanning?

- Als er nog spanning aanwezig is dan een set met BLS en daarna vraag je: wat komt er in je op? Wat merk je nu?
- Doorgaan tot de spanning weg is en er geen nieuwe associaties meer opkomen

## 14. Positief afsluiten (aan het eind van iedere sessie)

- a. Wat is het meest positieve item dat je geleerd hebt over jezelf in het laatste uur met betrekking tot de pijn? Indien nodig: Wat zegt dit over jou als persoon?
- b. Installeer dit met korte sets BLS tot er geen positieve veranderingen meer zijn
- c. Leg uit dat de intensiteit van de pijn, de komende 3 dagen, erger kan zijn. Dit hoeft niet, kan wel..
- d. Dagboek bijhouden als huiswerk

## Literatuur en andere informatiebronnen

Eva Geerts, Bachelor scriptie 01-08-2020

<https://www.psynip.nl/>

<https://assets-sites.trimbos.nl/>

<https://www.parnassiagroep-academie.nl/>

<https://hornsveldepsychologenpraktijk.files.wordpress.com/2015/07/van-dijk-hornsveld-en-koolstra-2015-emdr-en-schematherapie.pdf>

Handboek EMDR, Een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma . Ad de Jongh Erik ten Broeke

Praktijkboek EMDR deel II. Toepassingen voor nieuwe patiëntengroepen en stoornissen. Pearson Benelux B.V.



## Inhoudsopgave

De hersenen	3
EMDR en de werking van de hersenen	3
Fysiologie van de hersenen	5
Uitleg aan cliënten:	7
Contra-indicaties voor EMDR	7
Cognitieve interweaves	9
Doel van de interweaves per categorie	10
EMDR: Achtergrond info voor therapeut	11
EMDR is sterk geprotocolleerd en kent verschillende fasen:	14
De routes	15
De rechtsreeks route (intrusie - route)	15
EMDR STANDAARDPROTOCOL (versie 2018)	16
De linksom route (de tijdlijn-route)	27
Voorbeeld x-as en y-as	27
De Flashforward route (schrikbeeld route)	34
Rechtsom route (niet helpende- of blokkerende (kern) opvattingen- route)	35
Rechtdoor route (emotie-route)	36
De floatback route (affectbrug-route)	37
DE VEILIGE PLEK INSTALLEREN	38
Het installeren van hulpbronnen RDI	39
EMDR protocol gerichte boosheid (woede, wrok en wraak)	39
EMDR stress-release (vier elementen)	40
EMDR pijn protocol	43
Literatuur en andere informatiebronnen	48

# Bijlagen



- 1. Standaard (basis) protocol bij kinderen**
- 2. RDI bij kinderen**
- 3. Linksom EMDR bij kinderen**
- 4. Uitgebreide cognitieve interweaves**
- 5. RDI bij volwassenen**
- 6. Rechtsom EMDR bij volwassenen**  
**Vorbereidingsformulier voor client**
- 7. EMDR bij jezelf volwassenen**
- 8. EMDR bij gerichte boosheid volwassenen (woede -en wraak protocol)**