

# Cognitive interweaves tijdens EMDR bij hulpvragers met een christelijke identiteit

THOMAS VAN EKERIS

psycholoog

CARLA AANTJES

verpleegkundig specialist GGZ

AART HUISMAN

klinisch psycholoog

## SAMENVATTING:

EMDR is een behandelvorm bij PTSS. De effectiviteit van EMDR is ruimschoots bewezen, evenals de inzet van cognitieve interventies tijdens de EMDR bij PTSS. Bij zorgvragers met een christelijke identiteit kunnen door middel van *cognitive interweaves* (interventie van de therapeut tijdens EMDR) de geloofsovertuigingen van de zorgvrager worden geactiveerd. De inzet van deze interventie lijkt in de praktijk een positief effect te hebben op het behandelresultaat van de EMDR. Drie praktijkvoorbeelden illustreren dat kennis van het religieuze kader van de zorgvrager behulpzaam is bij de keuze van de cognitive interweave die ingezet wordt tijdens de EMDR. Het religieuze kader bestaat onder andere uit de troost en steun die de zorgvrager ervaart door het geloof, geloofsovertuigingen en de (geloofs)taal die de zorgvrager spreekt.

TREFWOORDEN: *cognitive interweaves*, EMDR, religie

## (COMPLEXE) PTSS EN EMDR

Voor de behandeling van Posttraumatische Stresstoornis (PTSS) en aanverwante stoornissen is Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) een veelvoorkomende behandelmethode (Shapiro, 2001). Naast de bewezen effectieve behandelingen voor enkelvoudige PTSS, waaronder EMDR en imaginaire exposure zijn er ook voor complexe PTSS inmiddels goed onderzochte en bewezen effectieve behandelingen beschikbaar (Dries-

sen & Ten Broeke, 2014). In de praktijk wordt de term 'complexe PTSS' gebruikt voor complexe, of op jonge leeftijd ontstane trauma gerelateerde problemen, waarbij de diagnose PTSS de lading onvoldoende dekt. In de DSM 5 sluit het volgende subtype van PTSS het meest aan bij de eerder bedoelde complexe PTSS: PTSS met dissociatieve symptomen. Daarbij worden de volgende criteria genoemd: herbelevingen, vermijding en verhoogde arousal, veranderde affectregulatie (met onder andere verhoogde emotionaliteit, agressieve uitbarstingen, impulsief gedrag en dissociatie),

veranderde zelfperceptie (met onder andere schaamte, gevoelens van waardeloosheid, schuldgevoel, wanhoop) en verstoorde relaties met anderen (moeite met hechting, verminderde interesse in relaties en verminderde sociale betrokkenheid) (APA, 2013; Driessen & Ten Broeke, 2014).

Bij complexe PTSS wordt de voorkeur voor behandeling gegeven aan een fasegerichte behandeling die uit de volgende fases bestaat: 1. stabilisatie en symptoomreductie, 2. verwerken van traumatische herinneringen en 3. reïntegratie/terugvalpreventie (Driessen & Ten Broeke, 2014). De therapeut begint met een stabilisatiefase, waarin gewerkt wordt aan versterking van structuur en emotionele copingstrategieën met als doel het opbouwen van een goede affecttolerantie. Als de patiënt het hoge angstniveau kan verdragen, wordt de traumaverwerking gestart met EMDR binnen het zogenaamde *window of tolerance* (Roest, 2012).

Voor het EMDR-protocol is kenmerkend dat stapsgewijs de meest relevante traumatische herinnering(en) in het geheugen worden geactiveerd, waarna de cliënt een afleidende mentale of motorische taak wordt gegeven door de therapeut. De competitie tussen de dan geactiveerde herinnering en de aandacht die de opgegeven taak vraagt, zorgt ervoor dat de emotionele lading en de levendigheid van het traumatische beeld sterk afneemt. Dit leidt tot het verbleken van de traumatische beelden en geeft ruimte voor een herinterpretatie van de betekenis van de traumatische ervaringen voor het leven in het hier en nu (Ten Broeke, De Jongh & Oppenheim (red), 2012). EMDR is een geaccepteerde effectieve behandelmethode. Effectmetingen van EMDR bij PTSS en oogbewegingen tonen al jarenlang positieve uitkomsten aan (Walraven, 2012). In de door het Trimbos-instituut ontwikkelde Richtlijn voor angststoornissen (2013) worden zowel traumagerichte CGT als EMDR als de *evidence based* behandelmethode bij PTSS gepresenteerd (Van Balkom, Van Vliet, Emmelkamp, Bockting, Spijker, Hermens & Meeuwissen, 2013).

#### COGNITIVE INTERWEAVES

Bij veel cliënten die gediagnosticeerd zijn met PTSS is behandeling volgens het basisprotocol EMDR voldoende. De verwerking komt door gebruik van dit

protocol vanzelf op gang. Het kan echter nodig zijn om de behandelmethode te combineren of integreren met andere behandelmethode. Tijdens het uitvoeren

### *De meest relevante traumatische herinneringen worden in het geheugen geactiveerd*

van het EMDR-standaardprotocol kunnen varianten van technieken, zoals imaginatie met *rescripting* (Arntz, 2015) en/of *cognitive interweaves* (Spierings, 2008) een waardevolle bijdrage leveren wanneer het verwerkingsproces stagneert (Ten Broeke et al, 2012; Shapiro, 2001). De affecttolerantie kan soms beperkt zijn, er kan pathologische dissociatie optreden (zowel in het dagelijks leven als binnen de behandelsessies), de emotieregulatie schiet in bepaalde gevallen tekort en/of de gevormde kernthema's met betrekking tot zelfbeeld, mensbeeld en/of Godsbeeld zijn dermate negatief en rigide dat deze soms niet 'vanzelf' gecorrigeerd worden tijdens EMDR. Ook in dit kader wordt regelmatig gebruik gemaakt van zogenoemde *cognitive interweaves* (Driessen & Ten Broeke, 2014).

Cognitive interweaves zijn interventies met de bedoeling het verwerkingsproces opnieuw te helpen vlot te trekken: Niet door (veel) praten, maar door een goed getimede vraag te stellen met de bedoeling een nieuw functioneel perspectief te introduceren of door bestaande functionele kennis te activeren en de aanwezige, maar op dat moment onvoldoende beschikbare inzichten in het bewustzijn roepen, zodat die kennis deel kan uitmaken van het (informatie) verwerkingsproces. Vaak maakt de therapeut daarbij gebruik van de interne en externe hulpbronnen uit het verleden of heden van de zorgvrager. Globaal kennen de *cognitive interweaves* drie centrale thema's: veiligheid (heden); verantwoordelijkheid (verleden) en keuzes (toekomst). Het is bij het toepassen van een cognitieve interventie niet de bedoeling om de cliënt uit het proces te halen, maar om iemand in het proces te houden (Aarts & Visser, 2007; Ten Broeke et al, 2012). Daarbij is het van belang de juiste timing te bepalen om de *cognitive interweave* in te zetten. Om de hulpvrager zijn/

haar eigen helingsproces en de eigenheid van de positieve cognitie niet te ontnemen doet de therapeut er goed aan deze interventie zo lang mogelijk uit te stellen (Odland, 2016). In dit artikel wordt ingegaan op het gebruik van cognitive interweaves met een spiritueel karakter, waarbij het gaat om het inbrengen van overtuigingen die vanuit de levensovertuiging en/of het geloof van de zorgvrager voortkomen (Odland, 2016). Dit is een interventie die, wat ons betreft, een relevante toepassing kan zijn als het standaard EMDR protocol niet toereikend is. Onze ervaring, tot nu toe, is dat cognitive interweaves met religieuze inhoud alleen goed aansluiten wanneer de therapeut voldoende kennis heeft van het specifieke religieuze kader van de cliënt. Op basis daarvan kan zorgvuldig een interweave gekozen worden.

#### EMDR EN COGNITIVE INTERWEAVES BIJ ZORGVRAGERS MET EEN CHRISTELIJKE IDENTITEIT

In de christelijke gemeenschap werd meer dan eens getwijfeld over EMDR. Er werd bijvoorbeeld lange tijd gedacht dat EMDR een vorm van hypnose is of een vorm van hypnotherapie. Dat zou ingaan tegen het Bijbelse gebod dat christenen met heel het verstand moeten liefhebben (Van der Ven, 2015). Walraven (2012) werkt in zijn artikel de vraag uit of EMDR acceptabel en werkzaam is voor christenen. Hij noemt dat er bij EMDR zeker sprake is van beïnvloeding (indirecte suggestie), want bij EMDR wordt de zorgvrager beïnvloed door de communicatie van de therapeut. Dat geldt echter feitelijk voor elke therapie. Wanneer cognitive interweaves worden toegepast is er ook sprake van beïnvloeding, want de therapeut brengt actief een interventie in door een vraag te stellen of de zorgvrager te herinneren aan zijn/haar (religieuze) overtuiging. De vraag is dus niet óf er beïnvloeding plaats vindt bij een behandeling, maar of die beïnvloeding acceptabel en effectief is. Van der Ven (2015), suggereert dat beter niet via bewustzijn werkende methoden kunnen worden aangesproken, zoals gedragstherapie, medicatie en Bijbels pastoraat. Al deze methoden spreken echter eveneens het bewustzijn aan, zij het op een andere manier. Walraven (2012) ervoer dat de geloofsbeleving van cliënten een opbouwende

rol speelt bij de EMDR-therapie. Net als de auteurs van dit artikel was hij meer dan eens getroffen door de openheid waarmee cliënten hun geloofsbeleving, al dan niet als positieve cognitie, inbrachten tijdens de behandeling.

#### KENNIS VAN HET RELIGIEUZE KADER VAN DE ZORGVRAGER

Wanneer de zorgvrager religieus is, traditionele zekerheden kent en overtuigingen heeft, is het voor de therapeut van belang de inhoud hiervan te kennen.

### *In de christelijke gemeenschap werd meer dan eens getwijfeld over EMDR*

Tijdens de EMDR kan de informatie uit de religieuze anamnese gebruikt worden bij de keuze van een cognitive interweave. Door de afname van een religieuze anamnese kan beter aangesloten worden bij die religieuze inhoud. Het is van belang aandacht te besteden aan deze anamnese, juist omdat veel zorgvragers door hun klachten en lijden hun (geloofs)zekerheden kwijtgeraakt kunnen zijn. Religie heeft invloed op hoe de zorgvrager mentaal en emotioneel functioneert. Zo ondersteunt religie het repertoire van coping mechanismen. Daarbij geeft de religieuze anamnese zicht op potentiële bronnen van hulp. Het gaat volgens Glas (2009) om het inschatten van de invloed van religieuze overtuigingen op psychiatrische problematiek, inschatten van mogelijkheden om gebruik te maken van personen uit de omgeving, inschatten van mogelijkheden om gebruik te maken van iemands overtuigingen en de beoordeling religieuze twijfels, behoeften en preoccupaties (Glas, 2009; Verhagen & Van Megen, 2012). De casusvoorbeelden illustreren hoe kennis van het religieuze kader van de zorgvrager behulpzaam is voor het kiezen van een interweave die aansluit bij de cliënt.

#### CASUÏSTIEK: DRIE VOORBEELDEN

##### *Casus 1*

Maria is een jonge vrouw van 21 jaar die in haar vroe-

ge jeugd al traumatische ervaringen heeft meegemaakt, die succesvol behandeld zijn door middel van EMDR. Zij is echter recentelijk seksueel misbruikt door haar ex-vriend en nu zij weer een nieuwe relatie heeft, zijn de posttraumatische stressklachten weer heftiger aanwezig. We besluiten de misbruikervaringen met EMDR te behandelen. In lijn met het protocol geeft Maria haar emoties weer door middel van een cijfer op de *subjective units of disturbance* (SUD) – schaal, een schaal die de intensiteit van emotionele lading kwantificeert. De schaal loopt tussen nul en tien, waarbij nul staat voor geen emotionele lading en tien maximale emotionele lading. Tijdens de eerste sessie blijkt dat de SUD-schaal 9 is en niet daalt. Er treedt een blokkade op bij Maria; de associaties zijn bijna allemaal fysiek van aard (haar eigen lichamelijke sensaties). Achteraf geeft zij aan dat zij haar emoties tegengehouden heeft, omdat ze er ontzettend bang voor is. In de tweede sessie besluit de therapeut een cognitive interweave in te zetten om de blokkade te proberen te verhelpen.

T: Wat komt er op?

M: Mijn schouders zijn verkrampd.

T: Wie wil je dat er bij je is in het beeld?

M: Jezus

T: Concentreer je daarop.

[set oogbewegingen]

T: Wat komt er op?

M: Hij veroordeelt me niet.

T: Concentreer je daarop

[set oogbewegingen]

Nadat zij Jezus toeliet in het beeld als de persoon die erbij mag zijn, werd haar aandacht verschoven van haar eigen pijn en lichamelijke sensaties naar de gebeurtenis waarin Jezus een rol gaat spelen. Jezus staat voor

hebben kunnen inzetten die gekoppeld is aan de somatische klachten die ze noemt, omdat de blocking bij Maria daarmee te maken heeft. De therapeut had kunnen vragen: *‘wat zou je willen voelen in je lichaam als je naar het beeld kijkt?’* In het contact met Maria bleek echter al eerder dat zij een zeer sterke focus heeft op lichaamssensaties en dat het juist van belang is dat haar aandacht verlegd wordt. De therapeut weet dat Jezus een krachtbron is in het leven van Maria. Hij verlegt hier de aandacht naar door middel van de vraag wie zij wil dat in het beeld bij haar is. De verwachting is dan dat zij Jezus zal noemen. Toch laat de therapeut door middel van deze vraag ruimte voor andere antwoorden.

## Casus 2

In de tweede casus wordt kennisgemaakt met Elise. Elise is een 37-jarige vrouw. Zij meldt zich aan in verband met paniek- en angstklachten die veelal gekoppeld zijn aan ideeën over ziekte en dood. De intense focus op ziekte en dood kan begrepen worden vanuit haar opvoeding, waarin ziekte gezien werd als een straf van God en altijd gewaarschuwd werd voor hel en verdoemenis. Met behulp van een protocol voor paniekstoornis zijn de paniekaanvallen in intensiteit en frequentie aanzienlijk afgenomen. Zij blijft echter levendige herinneringen houden aan beelden die zij in haar kindertijd heeft gevormd. Zij voldoet strikt gezien niet aan de criteria van PTSS omdat er geen sprake is van een trauma. Zij heeft echter wel veel symptomen van PTSS, zoals het herbeleven van beelden over hel, negatieve veranderingen in gedachten en stemming en het vermijden van bepaalde personen die haar confronteren met haar angst voor de hel. Het naaste beeld dat vaak terugkeert in haar hoofd, is dat ze zichzelf ziet branden in de hel. Vooral voordat zij gaat slapen en het licht uitdoet, kan die angst oplaaien. Met EMDR wordt geprobeerd de lading van deze beelden af te laten nemen. Ook bij Elise wordt een cognitive interweave toegepast.

T: Wat komt er op?

E: Heel veel angst.

T: Stel dat de volwassen Elise in het beeld komt. Wat zegt zij tegen de kleine Elise?

E: Wees maar niet bang, ik ben bij je.

## *De therapeut weet dat Jezus een krachtbron is in het leven van Maria*

haar symbool als de persoon die haar niet veroordeelt en veiligheid biedt en de blocking lijkt verholpen te zijn. Na de ene vraag ‘wie wil je dat er bij je is in het beeld?’ wordt het basisprotocol vervolgd en de SUD daalt naar 1.

Logischerwijs zou de therapeut een interweave

T: Concentreer je daarop.

[set oogbewegingen]

T: Wat komt er op?

E: Ik ben niet alleen.

T: Concentreer je daarop.

[set oogbewegingen]

Elise voelde aan het einde van de sessie geen angst meer als ze naar het beeld keek. De volgende sessie deed ze mee dat ze die week geen angst meer had ervaren als ze het licht uitdeed en ging slapen. Ze was achteraf verbaasd over zichzelf dat dit beeld voor haar zo reëel was geweest en ze was er stellig over daar nu niet meer voor zichzelf in te geloven.

Bij Elise is ervoor gekozen om geen cognitive interweave met religieuze inhoud in te brengen. Ook al lijkt het hierbij alsof kennis van het religieuze kader van Elise niet van belang is voor de keuze van deze interventie te kiezen, heeft juist kennis van het religieuze kader geleid tot de keuze voor het toepassen van een ‘reguliere’ cognitive interweave. Elise heeft zelf namelijk al verschillende keren gepoogd de lading te verminderen door te denken aan een liefhebbende God, maar die informatie wordt niet geactiveerd: de angst voor God gekoppeld aan het beeld is sterker. Dit vertelde Elise in één van de vorige sessies aan de therapeut. Omdat Elise bekend is met termen uit de schematherapie worden deze tijdens de EMDR-sessie gebruikt. De volwassen Elise komt ook overeen met haar overtuigingen van wie God is.

### Casus 3

Truus is in behandeling voor PTSS als gevolg van agressie en suïcide van ex-partner. Zij is een gelovige vrouw, die God als haar Trooster kent. Zij weet dat God haar door moeilijke periodes van het leven geholpen heeft en zij heeft meerdere malen aan de EMDR-therapeut vertelt hoe zij, juist als zij niet meer wist waar ze met haar angst en verdriet heen moest, heeft ervaren dat God haar nabij was en ze Zijn troost en liefde kon ervaren. Deze ervaringen verminderden haar angst, schaamte en schuldgevoelens en gaven haar de kracht om door te zetten. In een vorige EMDR-sessie werd cliënte benauwd en kon ze niet meer slikken. Tijdens de nabespreking van deze sessie is overeengekomen dat de therapeut mag refereren aan de eerdere

ervaring van Truus met God. Tijdens de EMDR-sessie wordt de herinnering aan een verbaal agressief moment behandeld, waarin haar ex-partner haar christen-

*Tijdens de EMDR-sessie wordt de herinnering aan een verbaal agressief moment behandeld, waarin haar ex-partner haar christen-zijn belachelijk maakte*

zijn belachelijk maakte. Gedurende de EMDR-sessie is Truus soms zo angstig dat zij de positieve cognitie (PC) niet kan verwoorden omdat haar keel dichtzit en zij haar overtuiging niet goed durft te verwoorden en toe durft te eigenen.

Th: Wat komt er in je op?

Tr: Ik mag het niet zeggen, ik ben te bang.

Th: Wat zou God voor je willen betekenen als je zo bang bent?

Tr: Hij zou me de kracht geven te volharden.

Th: Concentreer je daarop.

[set oogbewegingen]

In dit voorbeeld wordt door de therapeut een cognitive interweave ingezet waarin actief naar de eerdere ervaringen van cliënte gevraagd wordt. Dat kan de therapeut doen, omdat deze bekend is met de ervaringen van de cliënte en dit in een eerdere sessie voorbesproken heeft. Het activeren van deze ervaring helpt de EMDR-sessie weer op gang.

Bovengenoemde casussen zijn voorbeelden van hulpvragers met een christelijke identiteit die profiteerden van EMDR. Cognitive interweaves waren hierbij behulpzaam. Omdat de therapeut het religieus kader van de zorgvrager kende, met name vanuit de religieuze anamnese, kon actief een cognitive interweave ingebracht worden die aansloot bij de belevingswereld van de cliënt en die religieuze overtuigingen van de cliënt activeerde.

### BESPREKING EN CONCLUSIE

De ervaring van de therapeuten is dat een cognitive

interweave een behulpzaam middel is om religie een plaats te geven in een EMDR-behandeling. Om dit zorgvuldig te doen is kennis van het religieuze kader van de zorgvrager noodzakelijk. In de beschreven casussen is door middel van cognitive interweaves religieuze overtuigingen van de zorgvrager geactiveerd. De inzet van deze interventie blijkt in de praktijkvoorbeelden een positief effect te hebben op het behandelresultaat van de EMDR. Vanwege de positieve effecten die we hebben ervaren in de praktijkvoorbeelden, zouden we een aanbeveling willen doen een religieuze anamnese af te nemen in intake of voorafgaand aan de traumabehandeling. Er zijn echter ook een aantal beperkingen. In deze theoretische beschouwing zijn slechts drie praktijkvoorbeelden gebruikt, waardoor we de effectiviteit van cognitive interweaves bij christelijke zorgvragers niet kunnen aantonen. Daarnaast hebben we alleen voorbeelden van vrouwelijke hulpvragers verwerkt, wat mogelijk een eenzijdig beeld geeft, aangezien mannen en vrouwen op een verschillende manier God kunnen beleven. Een andere beperking is dat bij alle praktijkvoorbeelden de activatie van religieuze overtuigingen van de zorgvrager bestaat uit activatie van het positieve Godsbeeld. De vraag is of de werkzaamheid van de cognitive interweaves in deze praktijkvoorbeelden vooral verklaard kan worden door

*We hebben alleen voorbeelden van vrouwelijke hulpvragers verwerkt, wat mogelijk een eenzijdig beeld geeft*

de activatie van het Godsbeeld of dat het ook mogelijk was om andere betekenisvolle religieuze dimensies te activeren, zoals een eerdere religieuze ervaring. Ook is het onduidelijk of activatie van andere zingevingsgebieden (bijvoorbeeld het oproepen van een idool) verschil zou kunnen maken. Ten slotte hebben we niet gemeten of het beschreven effect van de EMDR blijvend was. Ondanks genoemde beperkingen vinden we de ervaringen veelbelovend. Aanbevolen wordt vervolgonderzoek te doen naar de effectiviteit van cognitive interweaves bij christelijke zorgvragers tijdens EMDR.

## REFERENTIES

- Aarts, P.G.H., & Visser, W.D. (2007). *Trauma, diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition) (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Arntz, A. (2015). Imagery rescripting for posttraumatic stress disorder. In N.C. Thoma, & D. McKay (Eds.), *Working with emotion in cognitive-behavioural therapy: Techniques for clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Balkom, A.L.J.M. van, Vliet, I.M. van, Emmelkamp, P.M.G., Bockting, C.L.H., Spijker, J., Hermens, M.L.M., & Meeuwissen, J.A.C. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen: Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis* (derde revisie). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Broeke, E. ten, Jongh, A. de, & Oppenheim, H. (red.) (2012). *Praktijkboek EMDR: Casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Driessen, A., & Broeke, E. ten (2014). Schematherapie en EMDR gecombineerd bij complexe traumagerelateerde problematiek. *Gedragstherapie*, 47, 323-249.
- Glas, G. (2009). De religieuze anamnese. *Psyche & Geloof*, 20, 220-229.
- Odland, M.A. (2016). *Spiritual trauma & EMDR therapie: 7 steps to help clients heal*. Minnesota: Bilateral Innovations.
- Roest, K. (2012). EMDR bij volwassenen: casuïstiek. *Psyche & Geloof*, 23, 22-29.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Spierings, J.J. (2008). Creatieve cognitive interweaves met EMDR: Presentatie op de 9e EMDR Europe Association Conference, Londen; Emdria Francina. Shapiro Library. Geraadpleegd op 5 mei 2017 via <https://emdria.omeka.net/items/show/17982>
- Ven, R. van der (2015). EMDR, een aanwinst bij PTSS...? *Het Zoeklicht*, 91, 6-8.

Verhagen, P.J., & Megen, H.J.G.M. van (red.) (2012).

*Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit*. Utrecht: De Tijdstroom.

Walraven, L. (2012). Mag het (ietsje meer zijn)...?

Over de aanvaardbaarheid van EMDR voor christenen. *Psyche & Geloof*, 23, 8-21.

PERSONALIA

T. (Thomas) van Ekeris is psycholoog en werkzaam bij De Hoop ggz en PSYTREC. Correspondentieadres: t.vanekeris@dehoop.org

C. (Carla) Aantjes, is verpleegkundig specialist Ggz en werkzaam bij De Hoop ggz en het kennisinstituut Christelijke Geestelijke Gezondheidszorg (KICG)

A. (Aart) Huisman is klinisch psycholoog, opleider en beleidsverantwoordelijke en werkzaam bij De Hoop ggz.