

1 EMDR- casusconceptualisatie

In dit boek wordt uitgebreid stilgestaan bij de casusconceptualisatie van EMDR-therapie. Zoals in feite bij alle psychotherapeutische behandelingen het geval zou moeten zijn, is bij de behandeling van PTSS en andere aan trauma gerelateerde problematiek een gedegen casusconceptualisatie het fundamentele beginpunt. In de casusconceptualisatie dient de samenhang tussen de symptomatologie en de cruciale aansturende mentale geheugenrepresentaties aannemelijk te worden gemaakt. De aanname is daarbij dat het desensibiliseren van die mentale representatie zal leiden tot een betekenisvolle klachtenreductie en – in het verlengde daarvan – tot een maximale verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënt. Een dergelijke casusconceptualisatie dient gebaseerd te zijn op een gezamenlijke visie van de therapeut en de patiënt, en vormt daarmee de basis van een beargumenteerd behandelplan. Daarbij wordt eerst gezocht naar relevante mentale representaties, waarna wordt bepaald of aannemelijk is dat het beïnvloeden van deze representaties zal leiden tot de beoogde klachtenvermindering. Voor het zoeken naar relevante herinneringen bieden de in dit boek beschreven zoekstrategieën concrete richtlijnen voor casusconceptualisatie in het kader van EMDR-therapie.

Shapiro's Adaptive Information Processing-model (AIP)

EMDR-therapie is oorspronkelijk ontwikkeld voor de behandeling van PTSS. Vrij snel na de eerste publicaties over EMDR benadrukte de grondlegster van EMDR-therapie, Francine Shapiro, niettemin dat EMDR-therapie als interventie breder toegepast kan worden dan alleen bij PTSS, daar de meeste vormen van psychopathologie in haar ogen kunnen worden beschouwd als een gevolg van (de doorwerking) van een of meer beschadigende gebeurtenissen. Ze werkte dit uit in het zogeheten *Accelerated Information Processing (AIP) Model*, dat zij later tot *Adaptive Information Processing Model* omdoopte (Shapiro, 2001 & 2018). Binnen dit model wordt gesteld dat bij psychische klachten de informatieverwerking van grotere en/of kleinere betekenisvolle gebeurtenissen niet goed is verlopen. Doorgaans worden ervaringen, hoe ingrijpend ook, 'adaptief' verwerkt en geïntegreerd in bestaande 'neurale netwerken', ook wel met termen als kennisbestanden, mentale representaties, geheugenrepresentaties aangeduid. Shapiro stelde dat bij niet goed verlopende integratie

van nieuwe informatie, de informatie onverwerkt – in ‘bevroren toestand’ – in het geheugen achterblijft. Deze informatie kan dan, door de emotionele betekenis en lading, een negatieve invloed uitoefenen op gedachten, gevoelens en gedragingen (Shapiro, 2001). Met andere woorden: opgeslagen onverwerkte ervaringen worden niet of niet-functioneel geïntegreerd in of verbonden met bestaande kennisbestanden, hetgeen – volgens het AIP-model – tot een veelheid aan klachten kan leiden.

Shapiro's AIP-model bevindt zich in goed gezelschap. Naast de globale aansluiting bij psychodynamisch georiënteerde modellen komt de desbetreffende visie in grote lijnen overeen met leertheoretische of informatieverwerkingsmodellen over het ontstaan van psychopathologie. Waar het accent bij cognitieve gedragstherapie soms sterk ligt op de hierdoor ontstane actuele gedrags- en denkpatronen – en het doorbreken daarvan – wordt in het AIP-model de nadruk gelegd op het bewerken van disfunctioneel opgeslagen mentale representaties (zie Korrelboom & Ten Broeke, 2014; Ten Broeke e.a., 2021, voor een meer aansluitende geïntegreerde visie op cognitieve gedragstherapie). In die zin komt het AIP-model in belangrijke mate overeen met de fundamentele van de visie van schematherapie op psychopathologie (Young e.a., 2002; Young, Klosko & Weishaar, 2005), waar eveneens het verwerken van invloedrijke, betekenisvolle of ronduit aversieve herinneringen (bijvoorbeeld met ‘Imaginaire rescripting’) een belangrijk onderdeel vormt van de behandeling. Interessant is dat de op de steeds relevantere theorievorming rond *memory reconsolidation* (Lane & Nadel, 2020) gebaseerde *Coherence Therapy* (Ecker, Ticic & Hulley, 2012) geheel gestoeld is op deze conceptuele aannamen. Het -model is weliswaar ontwikkeld vanuit observaties bij patiënten die werden behandeld met vroege versies van EMDR-therapie, maar staat daar eigenlijk los van. Het AIP-model beschrijft vooral hoe op een traumasensitieve manier naar casuïstiek kan worden gekeken, maar EMDR-therapie kan desgewenst vervangen worden door vergelijkbare effectieve interventies. Dit komt ook tot uitdrukking in de in dit boek beschreven – en op het AIP-model gestoelde – casusconceptualisaties, zoekstrategieën of ‘aanvliegroutes’. Bij de Intrusieroute kan bijvoorbeeld evengoed worden gedacht aan Imaginaire exposure, of een andere richtlijnbehandeling voor PTSS (hoofdstuk 3 ‘Tijdlijnroute’), en bij de Opvattingenroute het eerdergenoemde *imaginaire rescripting* (hoofdstuk 6 ‘Opvattingenroute’).

Casusconceptualisatie binnen EMDR-therapie

Indien een behandelaar ervoor kiest om vanuit het AIP-model op traumasensitieve wijze een behandelpunten op te stellen, dan zal de therapie zich dus richten op het desensibiliseren van de betekenisvolle herinneringen die ten grondslag liggen aan de door de patiënt gepresenteerde klachten, met als doel daarmee deze symptomatologie te beïnvloeden. De procedure die voor de verwerking van de betreffende disfunctioneel opgeslagen herinneringen wordt gebruikt,

is in het *Handboek EMDR* (De Jongh & Ten Broeke, 2019) beschreven en wordt het EMDR-standaardprotocol genoemd. Het uitgangspunt van EMDR-therapie is aldus dat door het toepassen van het EMDR-standaardprotocol op de geïdentificeerde herinneringen de aangetaste kennisbestanden zodanig kunnen worden hersteld, of opnieuw worden georganiseerd, dat de klachten op een positieve manier worden beïnvloed. Het onderliggende proces wordt met de weinig specifieke maar wel herkenbare term ‘verwerking’ aangeduid. Om de klachten van de patiënt met het EMDR-standaardprotocol aan te kunnen pakken, moeten de herinneringen geïdentificeerd worden die tot deze klachten hebben geleid, dan wel de klachten in het heden nog aansturen. Het is dan ook de uitdaging voor de behandelaar om vanuit de door de patiënt gepresenteerde klacht(en), specifiek die (herinneringen aan) ervaringen te vinden die worden verondersteld in het heden de klachten zodanig aan te sturen dat het beïnvloeden van de huidige mentale representaties van die ervaringen de klachten zal verminderen of zelfs doen verdwijnen. Deze zoektocht van klacht tot relevante herinneringen wordt de ‘EMDR-casusconceptualisatie’ genoemd (Hornsveld, Ten Broeke & De Jongh, 2017).

Zoals gezegd laat EMDR-therapie zich in de praktijk goed combineren met andere behandelingsvormen zoals cognitieve gedragstherapie, schematherapie en ook psychodynamische therapie. Bij veel casuïstiek zal, waar het de bijdrage van EMDR-therapie betreft, dan sprake zijn van een *geïntegreerd* behandelplan. Onmiddellijk met EMDR-therapie te starten is weliswaar verleidelijk, maar moet eerst goed worden afgewogen tegen de mogelijkheden een richtlijnbehandeling toe te passen. Niettemin zijn er situaties waarin het direct inzetten van EMDR-therapie een verantwoorde keuze is. Dat geldt met name als de klachten van de patiënt evident direct zijn ontstaan na een of enkele ingrijpende gebeurtenissen. In de regel is de meest zorgvuldige werkwijze om vooraf na te denken over de vraag óf en hóe EMDR-therapie deel kan uitmaken van een empirisch ondersteunde behandelmethode, richtlijnbehandeling of *evidence based*-behandelprotocol.

Onderzoek naar EMDR-therapie – soms als aanvulling op een andere *evidence based*-behandeling – biedt in toenemende mate ondersteuning aan de effectiviteit van deze behandelmethode bij andere stoornissen dan PTSS. Desondanks mag van de therapeut die EMDR toevoegt aan zijn behandeling worden verwacht dat daaraan gefundeerde overwegingen ten grondslag liggen. Dit betekent dat een behandelaar die EMDR-therapie wil toepassen voor andere klachten dan PTSS, ook kennis moet hebben van bestaande effectieve behandelmethoden voor de desbetreffende stoornis en deze ook moet kunnen uitvoeren. De keuze voor (aanvullende) EMDR-therapie kan derhalve het best worden verantwoord in de algemene en EMDR-specifieke casusconceptualisatie en het daarop gebaseerde behandelplan. Dit kan het geval zijn als de richtlijnbehandeling onvoldoende effect heeft gesorteerd, of indien er reeds bij voorbaat al aanwijzingen zijn dat de klachten het beste begrepen kunnen worden in termen van beschadigende geheugenrepresentaties (zie Ten Broeke e.a., 2021 voor een geïntegreerd conceptueel kader). Het exclusief toepassen van EMDR-therapie, zonder overtuigende verantwoording in termen van een casusconceptualisatie, wordt gezien als een kunstfout.

Oorspronkelijke casusconceptualisatie binnen EMDR-therapie

Een belangrijke vraag is welke geheugenrepresentaties relevant zijn om te bewerken met EMDR-therapie in relatie tot de doelstelling van de behandeling. Shapiro heeft deze vraag in feite niet heel expliciet uitgewerkt. In haar boek geeft ze weliswaar prachtige voorbeelden van hoe zij zelf tijdens het anamnestic interview tot potentiële targets komt (Shapiro, 2018, pp. 101-111), maar het is erg moeilijk te bepalen welke systematiek zij daarbij volgt en – belangrijker nog – of de aldus gevonden herinneringen inderdaad relevant, dan wel cruciaal, zijn voor het reduceren van de aanmeldklachten. In ieder geval is haar zoekstrategie lastig overdraagbaar. Dat heeft ertoe geleid dat EMDR-behandelaren, met name in de Verenigde Staten, de targetselectie overwegend aan de patiënt zelf overlaten, door een sessie te beginnen met de vraag: *‘What incident would you like to work on today?’*

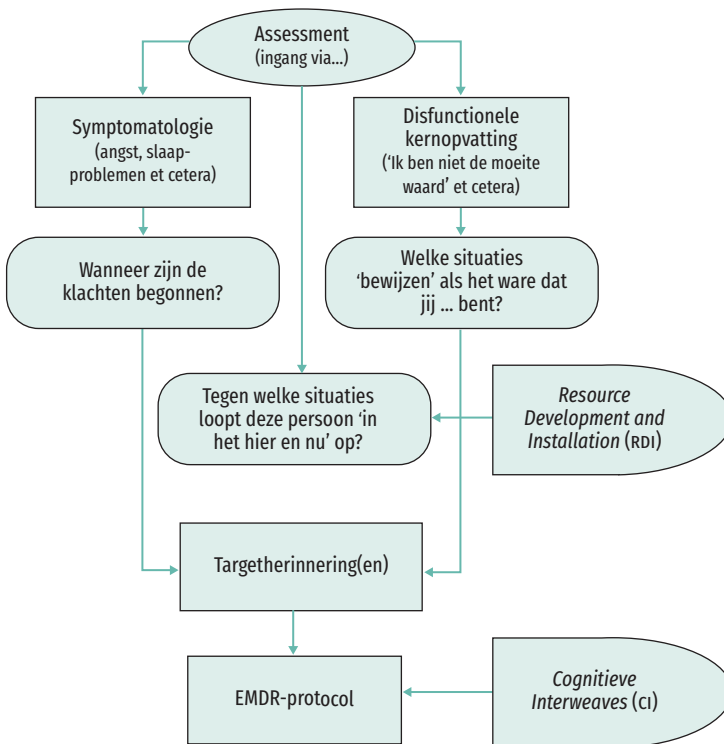
Nederlandse EMDR-therapeuten die nog opgeleid zijn door Francine Shapiro zelf, of door Gerry Puk¹, herinneren zich wellicht nog wel dat dit de eerste stap was van het vertaalde Amerikaanse EMDR-standaardprotocol. Shapiro (2006) presenteert later nog wel een aantal vragen die aan patiënten kunnen worden gesteld om relevante herinneringen te identificeren. Daarvoor gebruikt ze een tijdlijn en laat ze de patiënten hun tien naaste herinneringen aangeven. Nadat aan de patiënt de SUD-schaal is uitgelegd, volgt de instructie: *‘On this timeline, what are the most important events – good and bad – that formed the person you are today?’* Of: *‘When are the times that things changed? (specifically ask for deaths/losses, including animals and humiliations).’* (Shapiro, 2006, p. 34). Opvallend is hierbij de tamelijk ongerichte instructie. Bovendien is het onduidelijk hoe wordt vastgesteld dat het aannemelijk is dat de toepassing van EMDR op deze herinneringen zal leiden tot vermindering van de klachten waarvoor de patiënt behandeling zoekt. Een andere manier voor het identificeren van relevante herinneringen voor EMDR die Shapiro (2018) adviseert, is gebruik te maken van de zogeheten *‘Affectscan’* en *‘Floatback’*-procedures (bijvoorbeeld Hensley, 2016; zie hoofdstuk 7 *‘Affectscan en Floatback-technique’*). Deze zoekstrategieën zijn geïnspireerd door de uit de hypnotherapie bekende Affectbrug en de *‘somatic bridge’* (Watkins, 1971; zie hoofdstuk 7 *‘Affectscan en Floatback-technique’* voor een toelichting hierop).

Duidelijk is dat voor het gericht behandelen van de specifieke klachten waarmee de patiënt zich presenteert, binnen de Amerikaanse EMDR-werkwijze een heldere casusconceptualisatie ontbreekt op basis waarvan de therapeut keuzes kan maken met betrekking tot selectie van de herinneringen en de volgorde waarin deze moeten worden bewerkt. Dit is vooral problematisch als therapeuten EMDR-therapie breder willen toepassen.

.....
1 Gerry Puk is een Amerikaanse EMDR-trainer die tot 2000 in Nederland het EMDR-standaardprotocol doceerde, omdat er tot die tijd in Nederland nog geen officiële EMDR-trainers waren.

Casusconceptualisatie in Nederland

Om EMDR-therapie te optimaliseren zijn in Nederland inmiddels zes verschillende 'routes' voor casusconceptualisatie in gebruik, die een behandelaar kunnen helpen om relevante herinneringen te identificeren die verondersteld worden de klachten aan te sturen. Oorspronkelijk was in Nederland overigens sprake van 'slechts' twee routes of zoekstrategieën. Deze werden, enigszins prozaïsch, 'Linksom met EMDR' en 'Rechtsom met EMDR' genoemd. De termen verwijzen naar een op een door Ad de Jongh en Erik ten Broeke ontwikkeld (en ooit op een servetje getekend) model waaruit letterlijk een 'Linksom route' en een 'Rechtsom route' zichtbaar werden (zie figuur 1.1). Bij 'Linksom' werd het zoekproces gestart vanuit een situatie-gebonden klacht en bij 'Rechtsom' vanuit een of meer disfunctionele overtuigingen die geacht worden de klachten aan te sturen. Samen vormden ze het zogeheten 'Linksom Rechtsom-model', oftewel het LORO-model (Ten Broeke & De Jongh, 2012). Hoewel in Nederland dit model voor vele therapeuten lange tijd *de* basis is geweest om relevante herinneringen en mentale representaties te identificeren (in het Engels '*two-method approach*' genoemd; De Jongh, Ten Broeke & Meijer, 2010), werd het in het buitenland maar weinig toegepast.



FIGUUR 1.1

Oorspronkelijke Linksom Rechtsom-model (LORO)

Enkele nieuwe zoekstrategieën en casusconceptualisaties

Door voortschrijdend inzicht en klinische ervaringen kwamen er in de loop der tijd nieuwe routes bij. Twee kregen aanvankelijk minstens even prozaïsche namen: ‘Rechtdoor’ en ‘Rechtstreeks’. Een derde route drukte in naam wat beter uit waar het om ging: ‘*flashforward*’, een representatie van een met angst beladen geanticipeerde ramp in de toekomst. De benamingen ‘Linksom’, ‘Rechtsom’, ‘Rechtdoor’ en ‘Rechtstreeks’ bleven om begrijpelijke redenen verwarring oproepen. Daarom WERD besloten de naamgeving te wijzigen. ‘Linksom’ werd de Tijdlijnroute, ‘Rechtsom’ de Opvattingenroute, ‘Rechtstreeks’ de Intrusieroute, en ‘Rechtdoor’ werd de Emotieroute. Aangevuld met de zoekstrategie die wordt gehanteerd bij de Flashforwardroute en de route via *Affectscan/Floatback-technique* ontstonden zo in totaal zes routes waaruit de therapeut kan kiezen bij het vaststellen van de meest relevante mentale representaties om EMDR-therapie op toe te passen. Niet alleen verwijzen de nieuwe benamingen beter naar waar het in de procedure om gaat, een bijkomend voordeel is dat ze een minder vanzelfsprekende verbinding suggereren met het gebruik van het EMDR-standaardprotocol. Met het afstoffen en genuanceerd in ere herstellen van de in Nederland weinig gebruikte *Affectscan* en *Floatback-technique*, is een zestal zoekstrategieën ontwikkeld die een transdiagnostische, traumasensitieve visie op psychopathologie weerspiegelen. Daarbij is niet de DSM-classificatie, maar de (theorie over) de aangemeldklacht of het cluster van klachten het uitgangspunt voor de casusconceptualisatie. In figuur 1.2 worden de zes huidige casusconceptualisatieroutes weergegeven. Telkens is aangegeven wat de belangrijkste indicaties of aangrijpingspunten zijn. De vragen zijn vervolgens richtinggevend voor het zoekproces naar de samenhang tussen klachten en mentale representaties. Na het uitvoeren van de casusconceptualisatie wordt vervolgens, afhankelijk van de gekozen route, bij het toepassen van het EMDR-standaardprotocol begonnen met een ‘herinnering’ of soms direct met een plaatje (Intrusieroute, Flashforwardroute).

De zes traumasensitieve casusconceptualisatieroutes

Voordat het EMDR-standaardprotocol kan worden toegepast, moet het voor patiënt en behandelaar duidelijk zijn:

- a. wat de klacht is waaraan gewerkt zal worden;
- b. welke mentale representaties zodanig met de klacht verbonden zijn, dat het verwerken daarvan tot klachtenreductie zal leiden;
- c. wat de volgorde is waarin de herinneringen zullen worden verwerkt (hetgeen gedurende de behandeling natuurlijk altijd aangepast kan worden als daar goede argumenten voor zijn).



FIGUUR 1.2 De zes casusconceptualiseroutes

Pas daarna volgt de inmiddels klassieke openingszin uit het EMDR-standaard-protocol: 'Vertel me dan nu in grote lijnen ...'. In de hoofdstukken 2 'Intrusieroute' tot en met hoofdstuk 7 'Affectscan en Floatback-technique' worden de afzonderlijke routes uitvoerig besproken. Hieronder volstaan we met een korte schets.

Intrusieroute

EMDR-therapie gaat over de behandeling van klachten die het gevolg zijn van een enkele of – en dat is waarschijnlijker – een serie van gebeurtenissen die een zodanig ontwrichtende uitwerking op iemands persoonlijk leven hebben gehad dat deze tot klachten hebben geleid. Bij klachten die samenhangen met de diagnose PTSS en sommige andere aan trauma gerelateerde klachten, zijn de juiste herinneringen gemakkelijk te bepalen; de patiënt komt er meestal zelf mee: 'Ik heb iets vreselijks meegemaakt en ik ben er nog steeds kapot van', of 'Als ik ga vrijen met mijn partner, zie ik telkens het gezicht van mijn oom voor me die mij vroeger heeft verkracht.' Met een dergelijke uitspraak wordt het de behandelaar meteen duidelijk welke gebeurtenis de patiënt voor ogen heeft. Hij of zij heeft last van de beschadigende gebeurtenis en de gevolgen daarvan. In die zin is de klacht in feite de herinnering in de vorm van een herbeleving. Daarom zijn intrusieve herinneringen, al dan niet in het kader van PTSS, het makkelijkst te conceptualiseren in het kader van EMDR-therapie. We noemen dit de Intrusieroute. Het neutraliseren van de intrusieve herinnering zal direct

invloed hebben op de klachten. Bij meervoudige traumatisering met verschillende intrusieve beelden zal de volgorde in de regel zijn dat met de meest intrusieve (meest beschadigende) herinneringen wordt begonnen. De Intrusieroute wordt uitgebreid beschreven in hoofdstuk 2 ‘Intrusieroute’ en komt ook aan de orde in hoofdstuk 8 ‘De behandeling van complexe posttraumatische stressstoornis’).

Tijdlijnroute

Bij klachten die niet ‘rechtstreeks’ betrekking hebben op nare intrusieve beelden ligt de relatie tussen klacht(en) en beschadigende gebeurtenissen wat minder voor de hand. Er zal actiever naar gezocht moeten worden. Daar waar hypothetisch verondersteld wordt dat de klacht in de tijd steeds erger is geworden en er vermoedelijk een duidelijk startpunt was, is een aparte zoekstrategie ontwikkeld en dat is de Tijdlijnroute.

In de meeste gevallen zullen patiënten, zeker in het geval van relatief recent ontstane klachten, prima in staat zijn aan te geven dat bijvoorbeeld hun depressie of burn-out is ontstaan in of na een periode van vervelende of stressvolle gebeurtenissen. Dit geldt voor rouwreacties en de meeste (situatiegebonden) angststoornissen en is ook een bruikbare vorm van casusconceptualisatie gebleken bij depressie. Iemand met een angst voor autorijden op de snelweg weet zich bijvoorbeeld te herinneren dat hij schrikreacties en vermijdingsgedrag ging vertonen nadat hij eens een (bijna-)ongeluk of een paniekaanval in de auto heeft gehad. Een ander weet na een periode van ziekteverzuim aan te geven dat dit begon nadat een conflict met zijn baas uit de hand was gelopen. Het is natuurlijk goed mogelijk dat er op het eerste gezicht weliswaar geen relatie lijkt te bestaan tussen de huidige symptomatologie en concrete gebeurtenissen in het verleden, maar na enig doorvragen blijkt zo’n relatie vaak wel te vinden.

Naast ervaringen die hebben bijgedragen aan het ontstaan van de klachten, is het van belang te weten welke ervaringen een rol hebben gespeeld bij een mogelijke verergering van de klachten. Een patiënt heeft zich bijvoorbeeld goed kunnen herstellen na een eerste verlieservaring, maar is na een tweede en zeker na de derde verlieservaring steeds somberder geworden.

De relevante ervaringen worden chronologisch nagevraagd en op een tijdlijn geplaatst. Nadat de relevante herinneringen zijn geïdentificeerd en op een tijdlijn zijn geplaatst, moet worden getaxeerd in hoeverre deze ervaringen nu nog bijdragen aan het in stand houden of voortbestaan van de klachten. Bij herinneringen gevonden met de Intrusieroute is dit per definitie het geval, maar bij de andere conceptualisaties geldt dat pas wanneer duidelijk is dat activatie van de herinnering nog steeds veel spanning en emoties oproept en er dus een indicatie is voor (trauma)verwerking. Impliciet wordt hierbij de vraag beantwoord of activatie van de herinnering aanleiding geeft te veron-

derstellen dat desensitisatie of verwerking van de herinnering (met EMDR-therapie) tot klachtvermindering zal leiden.

Een voorbeeld is een patiënt die zich aanmeldt met een drankprobleem dat is ontstaan na de scheiding van zijn vrouw drie jaar geleden. Het is de moeite waard om uit te zoeken of de scheiding nog steeds ontregelende emoties en spanning oproept. Is dit niet het geval, dan is er waarschijnlijk geen indicatie voor EMDR gericht op het verwerken van de scheiding. De scheiding is kennelijk reeds geaccepteerd of verwerkt en het alcoholprobleem wordt waarschijnlijk door andere factoren in stand gehouden. Roept de herinnering aan de scheiding nog wel veel emoties op, en zeker als activatie van de herinnering de neiging alcohol te gebruiken om de gevoelens te dempen oproept, dan is verwerking met EMDR-therapie van de scheiding een goede aanvulling op de bredere behandeling van de alcoholverslaving. De werkwijze bij het gebruik van de Tijdlijnroute wordt besproken in hoofdstuk 3 'Tijdlijnroute'.

Flashforwardroute

Bij veel varianten van psychopathologie in het algemeen, en angststoornissen in het bijzonder, is sprake van overmatige anticipatieangst: de vrees voor wat er zou kunnen gebeuren bij een confrontatie met het angstwekkende object of de angstwekkende situatie. De vrees vertaalt zich in rampfantasieën. Deze beelden worden wel *flashforwards* genoemd. Ook deze beelden kunnen targets zijn die met behulp van EMDR-therapie kunnen worden gedesensitiseerd. We hebben hier in feite te maken met verbeeldingen van verwachtingen die tot angst leiden. Het indicatiegebied voor EMDR-therapie gericht op het desensitiseren van een *flashforward* is dus anticipatieangst. Dit kan gebaseerd zijn op een foutieve kansinschatting ('Als ik ga vliegen, zal ik neerstorten.'). Het desensitiseren van dit type *flashforwards* zal leiden tot een reëlere kansinschatting en daarmee dus vermindering van de angst.

Ook kan er sprake zijn van, min of meer, reële anticipatie waarbij de angst, in ieder geval in het hier en nu, niet reëel is, zoals bijvoorbeeld bij een gezond iemand met angst voor de dood. Door het verzwakken van die beelden zal de persoon ook gevoelsmatig gaan beseffen dat er in het hier en nu geen gevaar is dat die angst rechtvaardigt. Maar ook in het geval dat de angst reëel lijkt, kan EMDR-therapie uitgevoerd op de centrale *flashforward* een krachtige interventie zijn. Een voorbeeld is de angst van een persoon die terminaal ziek is en waarbij de verwachting is dat hij over niet al te lange tijd zal overlijden. De fantasieën over het doodgaan zijn immers vaak veel ernstiger en gruwelijker dan reëel mag worden verondersteld. Het verzwakken van die beelden kan de lijdensdruk aanmerkelijk verminderen. Het vaststellen van het ergste schrikbeeld, de *flashforward* zelf, is in sommige gevallen vrij simpel. De patiënt komt er vaak zelf mee: 'Elke keer als ik een hond zie, zie ik al voor me hoe die mij aan zal vallen en in m'n gezicht zal bijten.' In andere gevallen is er nogal wat kennis en kunde van de behandelaar nodig om tot het juiste schrikbeeld te

komen. Van nature zijn we nou eenmaal geneigd om afstand te houden van wat ons het meeste raakt of angst geeft. De EMDR-therapeut zal de patiënt naar de verbeelding van de ultieme rampverwachting moeten leiden.

De werkwijze voor het vaststellen en desensitiseren van een *flashforward* zal in hoofdstuk 4 'Flashforwardroute' uitvoerig worden beschreven. Overigens zal een interventie met EMDR-therapie gericht op de *flashforward* van de patiënt pas echt goed en voldoende effect sorteren als ook daarna de *Mental Video Check* succesvol is afgerond. In hoofdstuk 8 'De behandeling van complexe posttraumatische stressstoornis' wordt een specifieke toepassing beschreven van EMDR op *flashforwards* bij affectfobische patiënten die sterk neigen tot vermijding en zelfs dissociatie, doordat zij extreem bang zijn voor hun emoties en zeggen die niet te (kunnen of willen) voelen.

Emotieroute

De Emotieroute is gericht op het identificeren van mentale representaties die het begrijpelijk maken dat de patiënt met problematische emoties reageert op min of meer neutrale situaties. Met problematisch wordt hier bedoeld dat de reactie disfunctioneel is; dat wil zeggen: te heftig of niet passend bij de aanleiding. Een voorbeeld van een te heftige emotie is het optreden van woede bij een vervelende opmerking waarbij ergernis op zijn plaats zou zijn. Er is sprake van een niet-passende emotie als de persoon in tranen uitbarst bij een dergelijke opmerking. In beide gevallen is aannemelijk dat de emotionele reactie niet direct te maken heeft met de aanleiding, maar dat mentale representaties van gebeurtenissen in het verleden worden geactiveerd die gepaard gaan met sterke emoties. Dat geldt in principe voor alle 'buitensporige' emotionele reacties, zoals walging, verdriet, schuldgevoel, schaamte en woede. Zo kan de woede worden verklaard door het feit dat de persoon in het verleden bij herhaling werd vernederd door leeftijdsgenoten. De vervelende opmerking, die een trigger is voor vroegere kennisbestanden en daarom opnieuw als vernederend wordt beleefd, leidt opnieuw tot woede. Het verdriet kan voortkomen uit geactiveerde herinneringen aan de eenzaamheid gedurende de puberteit.

De Emotieroute vraagt dan ook naar herinneringen aan ervaringen die, als ze worden opgeroepen, ter plekke de emotie het meest voelbaar maken: 'Welke herinnering aan de tijd dat je zo gepest werd moet jij oproepen zodat je nu, hier ter plekke, de woede die je zo goed van jezelf kent, voelt?' De aldus gevonden herinnering wordt dan aangepakt met het EMDR-standaardprotocol. In hoofdstuk 5 'Emotieroute' wordt deze route in meer detail beschreven.

Opvattingenroute

Zoals beschreven bij de Intrusieroute en de Tijdlijnroute kunnen klachten voortkomen uit de directe effecten van een of meer ontwrichtende ervaringen.