

# Mag het (ietsje meer zijn)...? Over de aanvaardbaarheid van EMDR voor christenen

LEEN WALRAVEN

---

## SAMENVATTING

Alvorens vast te stellen of EMDR ‘mag’, wordt eerst een schets gegeven van de opvattingen over hoe EMDR werkt. Het werkgeheugenmodel blijkt veelbelovender te ogen dan de diverse neurologische modellen. Vervolgens komt aan de orde of en hoe aanvaardbaar EMDR is. Hierbij wordt onder andere gefocust op een onderbelicht aspect van de therapie: het (mogelijk) suggestieve karakter ervan. Ook wordt kritisch gekeken naar het type mensbeeld waar vanuit deze therapie voortkwam dan wel waaraan hij bijdraagt. Ten slotte wordt er aan de hand van twee casussen voor gepleit om de geloofsbeleving van cliënten bij de EMDR-procedure een serieuze plaats te geven om bij te kunnen dragen aan het herstel of de groei van de cliënt. Hierbij is het gewenst dat de therapeut ‘ietsje meer’ doet dan het strikte officiële EMDR-protocol toe lijkt te laten.

Trefwoorden: EMDR, werkzaamheid, ethiek, mensbeeld, suggestie, geloofsbeleving, behandelprotocol

---

## EMDR: EEN KENNISMAKING

EMDR staat voor Eye Movement Desensitisation and Reprocessing. Het is ‘een therapie voor mensen die last blijven houden van de gevolgen van een schokkende ervaring, zoals een verkeersongeval of een geweldsmisdrijf’, vermelden EMDR-beeldbepalers Ad de Jongh en Erik ten Broeke (2007) in het blad *GGZ-voorlichting*. In het Praktijkboek EMDR dat beiden met Hans-Jaap Oppenheim redigeerden (Ten Broeke, De Jongh & Oppenheim, 2008), wordt duidelijk dat EMDR niet slechts toegepast kan worden bij PTSS en aanverwante stoornissen, maar bij een groot aantal As-1 en As-2-stoornissen. Dit illustreert dat het domein van EMDR zich de laatste jaren snel verbreed heeft – hoewel het effectiviteitsonderzoek op veel gebieden nog in de

kinderschoenen staat. Naast het uitdijen van het toepassingsgebied van EMDR, groeit het aantal EMDR-therapeuten snel<sup>1</sup> en neemt de bekendheid bij het publiek, dankzij publicaties in bladen als *Psychologie Magazine*, *Marie Claire* en *Libelle* navolent toe. Persoonlijk merk ik een toename van verwijzingen voor EMDR door huisartsen en loopbaanbegeleiders.<sup>2</sup>

Het volgende voorbeeld geeft een indruk van hoe EMDR in de praktijk gaat.

*Marrie heeft een dodelijk ongeluk zien gebeuren tijdens de autorit naar haar werk. Sindsdien durft ze niet meer in de auto en heeft ze last van veel stressreacties. De EMDR-therapeut vraagt haar om haar herinnering nog eens als een denkbeeldige film af te draaien en het beeld te kiezen dat haar nu nog de*

meeste spanning bezorgt. Dat is het 'plaatje' dat de auto na over de kop geslagen te zijn, op zijn kop stil ligt in de berm. De therapeut vraagt door naar het besef over zichzelf bij het zien van het plaatje: 'ik ben machteloos' (negatieve cognitie). Verder roept het beeld bij Marrie veel spanning en angstgevoelens op. De therapeut vraagt haar om naar dit plaatje te kijken en tegelijkertijd met haar ogen zijn horizontaal heen en weer gaande hand te volgen (bilaterale prikkeling). Regelmatig onderbreekt hij deze beweging en vraagt haar wat er in haar opkomt. Dat blijken allerlei beelden, gevoelens en gewaarwordingen te zijn die al dan niet te maken hebben met het ongeluk. Na enige tijd meldt Marrie desgevraagd dat de spanning bij het zien van het plaatje verminderd is en ten slotte volledig verdwenen is (desensitisatie). Als de therapeut haar vervolgens uitnodigt om bij het kijken naar het plaatje uit te spreken 'Ik kan dit aan' (positieve cognitie), dan blijkt deze uitspraak haar totaal niet te overtuigen. Echter, nadat zij het beeld van de auto voor zich ziet en met haar ogen de handbewegingen van de therapeut volgt, blijkt ze langzaam telkens meer te geloven dat ze de aanblik van de auto aankan (installatie). Na de EMDR-sessie is ze moe, slaapt 's nachts onrustig en ziet fragmenten van het ongeluk in haar droom, maar na enkele dagen merkt ze dat ze weer auto durft te rijden.

Deze schets illustreert de meest elementaire EMDR-techniek overeenkomstig het 'basisprotocol' – zij het in vereenvoudigde vorm. Gemiddeld zijn er ruim twee sessies nodig om de cliënt hiermee van de stressklachten af te helpen. Naarmate het toepassingsterrein van EMDR toenam, groeide techniek van het basisprotocol uit tot een therapie waarbinnen een aantal strategieën te onderscheiden zijn. Voor een overzicht van alle strategieën kunt u terecht bij het al genoemde, gedegen uitgewerkte *Praktijkboek EMDR* van Ten Broeke, De Jongh en Oppenheim (2008).

#### HOE WERKT EMDR?

Ruim twintig jaar nadenken hoe EMDR werkzaam is heeft geleid tot een behoorlijk aantal verklaringmodellen. Hieronder volgen enkele van de belangrijkste modellen.

- *Neurobiologische modellen*

We beperken ons hier tot enkele modellen waar

tenminste enig neurologisch onderzoek naar gedaan is. Het zijn: het oriëntatieresponsmodel, de verhoogde communicatie tussen de hersenhelften, en het REM-slaapmodel. We volgen hierbij vooral een belangrijk overzichtsartikel over twintig jaar onderzoek naar de neurobiologische werkingen van EMDR (Bergmann, 2010).

- *Het oriëntatieresponsmodel.*

Volgens dit model wordt bij een schokkende gebeurtenis als een overval een intense negatieve Respons opgeroepen (*fight or flight*). Als nadien teruggedacht wordt aan de overval, dan wordt deze geconditioneerde Respons (CR) weer uitgelokt. De oogbewegingen van EMDR roepen daarentegen een ontspannende Oriëntatie Respons (OR) op. De oorspronkelijke CS wordt zodanig gekoppeld aan de herhaalde ontspannende OR, dat de laatste de intensiteit van de negatieve CR uiteindelijk doet verminderen. Bergmann stelt vast dat ondanks de soms inconsistente uitkomsten van onderzoeken vanuit het OR-model, wel onomstotelijk vastgesteld is dat het ontspannende effect van de bilaterale prikkeling van EMDR samengaat met verhoogde parasympathische activiteiten in de betreffende hersendelen (p. 23, 24).

- *Verhoogde communicatie tussen de hersenhelften.*

Christman, Garvey, Propper en Phaneuf (2003) hebben vastgesteld dat bij de EMDR-oogbewegingen de communicatie tussen de linker en rechter hersenhelft geïntensiveerd wordt. Zij veronderstellen dat de taal die in het linkerdeel zetelt, helpt bij het verminderen of reguleren van de emoties van de rechter hersenhelft. Een andere uitleg van het effect van de verhoogde communicatie die men wel tegenkomt, is de Positieve Cognitie – bijvoorbeeld: 'ik ben waardevol' wordt via oogbewegingen niet alleen verstandelijk (linkerdeel), maar ook emotioneel (rechterdeel) beaamd. Onderzoek toont verder aan dat dankzij de oogbewegingen het geheugen beter functioneert. Mogelijk draagt dit eraan bij, dat de cliënt een meer genuanceerd – en daarmee minder angstaanjagend? – beeld van de herinnering krijgt dankzij EMDR. Echter, dit laatste zou evenzo goed te verklaren zijn uit het feit dat de cliënt door de oogbewegingen aantoonbaar rustiger wordt (Hornsveld, 2008).

- *Het REM-slaapmodel.*

Slaaponderzoeker Stickgold heeft een voor de

handliggende link gelegd tussen de ‘Rapid Eye Movements’ van de REM-slaap en de ‘Eye Movements’ van de EMDR. Een getraumatiseerde persoon komt door slaapproblemen niet toe aan de REM-slaap. Gevolg: zij<sup>3</sup> kan gebeurtenissen daarvoor onvoldoende verwerken en houdt daarmee de PTSS-klachten in stand. De oogbewegingen van EMDR vermogen een REM-slaapachtige toestand op te wekken ondanks dat de cliënt alert is en niet slaapt. Oftewel: in de hersenschors is sprake van verhoogde waakzaamheid (corticale arousal), maar de rest van de hersenen is in een toestand van relatieve rust (parasymphatische activatie). EMDR geeft dus de gelegenheid om de verwerking, die niet gerealiseerd kan worden in de slaap, plaats te doen vinden.

Bergmann (2010) stelt in zijn genoemde overzichtsartikel vast dat van de negen onderzochte neurofysiologisch getoetste modellen, de REM-slaaphypothese er het beste uitkomt. Geen onderzoek falsificeerde (delen van) dit model, terwijl vier neurologische onderzoeken delen ervan verifiëerden. Zo bleken zowel REM-slapers als EMDR-clieënten vergelijkbare associaties en herinneringen te rapporteren en vertoonden ze vermindering van huidgeleiding en verhoogde huidtemperatuur (p. 36).

Alles overziend, beveelt Bergmann aan om door te gaan met fysiologisch onderzoek dat meehelpt om klinische gegevens te verklaren vanuit een theorie, die verscheidene van de hem gepresenteerde modellen onderdak biedt (p. 40).

#### HET WERKGEHEUGENMODEL

Recent heeft het werkgeheugenmodel een gooi gedaan naar het meest belovende verklaringsmodel van EMDR. Interessant daarbij is dat een Utrechtse onderzoeksgroep met mensen als Van den Hout, Engelhard en Hornsveld internationaal de aandacht trekken met een reeks overtuigende experimenten. (Engelhard & Van den Hout, 2010; Van den Hout, Engelhard & Rijkeboer, 2011). Het model beweert kortweg: het werkgeheugen (WG) – dat gedeelte van het geheugen dat op enig moment actief is – heeft een beperkte capaciteit. Tegelijk twee taken uitvoeren lukt niet goed. Als bij EMDR herinneringen opgehaald worden en dit gaat gepaard met een andere mentale activiteit zoals

oogbewegingen, dan leiden die tot overbelasting van het werkgeheugen. De fysiek waargenomen (bilaterale) prikkeling wint het dan van het voorgestelde herinneringsbeeld, dat aan helderheid en gevoelsbetekenis inboet.

Tal van interessante ontdekkingen bleken vanuit dit model verklaarbaar, zoals:

- ook andere taken, mits niet te ingewikkeld of te eenvoudig, kunnen het verdringend effect hebben op een herinneringsbeeld;
- ook beelden van dreigende komende gebeurtenissen – de ‘flashforwards’ – vervagen en worden minder beladen indien gecombineerd met oogbewegingen.

Dit laatste zou kunnen leiden tot vermindering van de angst of blokkades bij cliënten met anticipatie-angst, zoals bij dwang of diverse andere angststoornissen! Praktisch is momenteel de meest vergaande bevinding, dat geluidsprikkels als piepjes of klikjes nauwelijks tot vermindering van helderheid en emotionaliteit van een herinneringsbeeld leiden. Deze uitkomst vormt een schril contrast met het internationaal al jarenlang bestaande dominante gebruik van geluidsprikkels ten koste van oogbewegingen bij EMDR!<sup>4</sup>

#### EMDR: EEN VORM VAN HYPNOSE(?)

Peter Baldé, behandelaar die al jarenlang cursussen EMDR geeft, wijkt radicaal af van de tot nu toe opgesomde modellen. EMDR werkt volgens hem dankzij een aantal sterke suggesties die bij elkaar hypnose genoemd kunnen worden (Baldé, 2005). Hij definieert hypnose als ‘een staat van verhoogde suggestibiliteit’, waarbij de trancediepte vertaald kan worden als ‘the probability that a subject will respond as requested to a suggestion’ (Udolf, 1987). Hij heeft nagegaan hoe Francis Shapiro – de grondlegger van EMDR – haar techniek vergelijkt met hypnose. Het valt hem daarbij op dat zij uitsluitend de verschillen opsomt. (Shapiro, 2001, p. 326, 327). Zo ziet ze dat bij hypnose in tegenstelling tot bij EMDR de herbeleving van een herinnering chronologisch verloopt, van begin tot eind. Verder wijst zij erop dat EMDR-clieënten ‘waak-hersenactiviteit’ in de dominante cortex laten zien, terwijl gehyponotiseerde cliënten een verhoogde alfa-activiteit tonen. Al deze verschillen acht Baldé niet van belang vanuit zijn definitie van hypnose.

Hij stelt hier een aantal overeenkomsten tegenover, waaronder: bij beide technieken is sprake van aandachtsfixatie (bij EMDR op de bilaterale stimulering) en wordt een passieve mentale instelling aangemoedigd (EMDR: 'laat komen wat er komt'). Bovendien ziet hij bij EMDR talloze voorbeelden van wat Erickson en Rossi (1983) *impliciete of indirecte suggestie* noemen. Deze suggestie lijkt te leiden tot een 'hoge suggestibiliteit, lees hypnose'. Een voorbeeld hiervan is: 'zou je liever nu in trance gaan of straks?' – De impliciete suggestie is: 'ik ga nu in trance' (Erickson & Rossi, 1983, p.48). Baldé pluist vervolgens het EMDR-protocol uit en tracht aan te tonen dat het bol staat van suggestieve vragen en instructies van de therapeut. Een enkel voorbeeld. 'Na het stoppen van de oogbewegingen vraagt de therapeut: 'Wat gaat er in je om?' De indirecte suggesties zijn: 'Er gaat iets in me om. Er gaat iets anders in me om dan daarstraks. Het is belangrijk want er wordt naar gevraagd'.

Op de suggestiviteit bij EMDR zal ik bij 'Drie ethische vragen' nader ingaan.

#### (HOE) WERKT HET? – EEN TUSSENBALANS

Terugblikkend op meer dan twintig jaar onderzoek en theorievorming, kunnen we van de werkzaamheid van EMDR de voorlopige balans opmaken:

1. een aantal neurologische uitkomsten en modellen maakt (deel)werkzaamheden en (deel)effecten van EMDR aannemelijk, maar het ontbreekt aan één consistente theorie die in zijn onderdelen geverifieerd is en kan worden;
2. verschillende onderzoeken en modellen suggereren dat een arousal en spanning oproepend herinneringsbeeld 'ontzenuwd' wordt door de rustgevende dan wel afleidende oogbeweging, waarna het vervolgens in het geheugen opgeslagen wordt zonder storende effecten;
3. doordat de procedure strikt vastligt in een protocol en de therapeut nogal eens suggestieve vragen stelt, is de rol van de invloed van de laatste waarschijnlijk een van de werkzame ingrediënten;
4. behalve dat een herinneringsbeeld vervaagt en ontspant, ervaren cliënten een verwerkingsproces dat vaak leidt tot een grotere mate van acceptatie, veerkracht of zelfvertrouwen.

Ondanks onduidelijkheid over hoe het werkt,

tonen effectmetingen van EMDR bij PTSS en oogbewegingen al jarenlang positieve uitkomsten en is het geaccepteerd als de snelst werkende en minste uitval veroorzakende therapie bij PTSS<sup>5</sup>.

#### DRIE ETHISCHE VRAGEN BIJ EMDR

##### 1. EMDR: hypnose of beïnvloeding?

In evangelische kringen duikt soms het beeld op dat EMDR zich met hypnose bezig houdt, daarmee 'occult' genoemd kan worden en door christenen afgewezen dient te worden. EMDR-therapeut/trainer Baldé lijkt – waarschijnlijk tegen wil en dank – het idee te ondersteunen dat bij EMDR aan hypnose gedaan wordt. Ik wil hier echter twee vragen bij stellen: wat is precies hypnose? En: valt de invloed van de EMDR-therapeut als hypnose te typeren? Baldé gebruikt Udofs definitie: hypnose is 'een staat van verhoogde suggestibiliteit', waarbij de trancediepte vertaald kan worden als 'the probability that a subject will respond as requested to a suggestion' (Baldé, 2005). Met zo'n algemeen gestelde definitie kun je straffeloos stellen dat in EMDR hypnose gebruikt wordt. Maar dat kun je dan evengoed beweren over opwekkingsdiensten, filmmuziek, een kaars aan bij het etentje met je geliefde, kortom: 'it's all hypnosis'. Een begrip met zo'n brede en vage betekenis helpt niet bij het verklaren van de werkzaamheid van EMDR, temeer niet omdat het kennelijk bij sommigen een negatieve klank heeft. Zeker als 'hypnose' gekoppeld wordt aan 'occult', dan vindt er een semantische conditionering plaats, die niet alleen het woord 'hypnose', maar daarmee ook het woord 'EMDR' een aversieve lading geeft. Om deze reden wil ik in het vervolg het woord 'hypnose' vervangen door het woord 'beïnvloeding' – omschreven als 'het proces van het veranderen van het gedrag of denken van anderen in een door de zender gewenste richting' (Zimbardo, 1970). Welnu, Baldé staat uitvoerig stil bij het type beïnvloeding dat 'indirecte suggestie' heet. Daarbij wordt gesuggereerd dat de 'ontvanger' van de boodschap keuzemogelijkheden heeft en daardoor neigt om welwillender te staan tegenover de door de 'zender' uitgezonden boodschap. In de praktijk van opvoeding en hulpverlening worden dit soort van 'indirecte suggesties' volgens mij vaak gegeven met als effect: de leerling of cliënt kiest het 'gewenste' alternatief en

zij heeft het gevoel dat het een éigen weloverwogen keuze is. De vraag rijst: is dit manipulatie? Onder deze vraag zit de meer algemene vraag: wanneer is beïnvloeding (on)aanvaardbaar? Vooralsnog neig ik om beïnvloeding in de hulpverlening acceptabel te vinden als voldaan wordt aan de volgende criteria:

- a. het doel is het welzijn van de cliënt;
- b. het resultaat van de beïnvloeding is een verhoogde keuzevrijheid van de cliënt;
- c. de hulpverlener geeft duidelijkheid over doel en methode van de beïnvloeding en verzwijgt dit slechts als openheid erover de beïnvloeding ontkracht. In dat geval is zij bereid om het na afloop (desgevraagd?) toe te lichten;
- d. doel en methode voldoen aan de basisprincipes die vermeld worden in de professionele beroepscode, zoals: verantwoordelijkheid, integriteit, respect en deskundigheid (NIP, 2007);
- e. doel en methode strijden niet met bijbelse waarden en normen voor zover die niet genoemd zijn in de beroepscode<sup>6</sup>.

Ik geef wat voorbeelden hoe ik deze criteria kan toetsen in mijn EMDR-praktijk. Als EMDR geïndiceerd lijkt bij een cliënt, dan vraag ik haar om zich over deze therapie te informeren via de website van de Vereniging EMDR Nederland (VEN) – [www.emdr.nl](http://www.emdr.nl) –, alvorens te beslissen of zij de EMDR-behandeling wil (criteria c en d). Als zij besluit om het niet te doen – wat niet vaak gebeurt –, dan vraag ik naar haar redenen maar ga hierover niet in discussie. Overigens blijkt nogal eens dat zij huiverig staat tegenover het zich ‘overgeven’ aan een suggestief lijkende methode waarvan weinig duidelijk is hoe het werkt.<sup>7</sup> De sessie na die van de EMDR vraag ik haar hoe zij het ervaren heeft, zowel ertijdens als na afloop. Slechts een enkeling vraagt dan een nadere verklaringen over de werking van deze therapie en die geef ik dan, voor zover ik dat kan (c). Verder herken ik wel Baldé’s bewering dat cliënten het strikt protocollaire karakter van EMDR kunnen ervaren als suggestief. Meermaals vroeg een cliënt mij tijdens of na de procedure: ‘is het de bedoeling dat de spanning bij het plaatje telkens minder wordt?’ Al is dat in de protocollaire instructie niet verwoord, kennelijk voelt de cliënt dat zij naar spanningsvermindering ‘toegedreven’ wordt... De herhaling van de vraag na een serie sti-

muli ‘hoeveel spanning voel je nu als je naar het beeld kijkt?’ heeft ongetwijfeld invloed op de verwachting van de cliënt dat de spanning successievelijk minder wordt. Maar: deze verwachting kan evengoed voortkomen uit haar eigen gevoel van toegenomen ontspanning. Mijn indruk is dat dit laatste veel sterker het geval is dan de suggestieve werking van de herhaalde vraag. Dit zou verder onderzocht kunnen worden.

Ten slotte: bij EMDR wordt de cliënt beïnvloed door de communicatie van de therapeut. Maar dat geldt feitelijk voor welke therapie dan ook. Een klassiek voorbeeld daarvan gaf Truax toen hij aantoonde dat zelfs bij de als non-directief bekend staande rogeriaanse therapie, cliënten consequent beloond werden middels goedkeurende hoofdknikjes bij al hun uitingen die van kracht en zelfontplooiing getuigden (Orlemans, 1976). De vraag is dus niet óf er beïnvloeding plaats mag vinden bij een behandeling, maar veel meer: is die beïnvloeding deugdelijk in de zin van (a) acceptabel en (b) effectief? Dat laatste betekent dat de noodzaak van nader effectiviteitsonderzoek naar de diverse toepassingen van EMDR óók een *ethische* noodzaak is.

Recapitulerend: Baldé heeft in zijn artikel gewezen op de opmerkelijke leemte in de officiële EMDR-literatuur, namelijk dat de invloed van de therapeut een van de werkzame variabelen is. Als hij daarbij niet de begrippen ‘hypnose’ en ‘indirecte suggestie’ gebruikt zou hebben, dan was zijn punt vermoedelijk serieuzer genomen door de vertegenwoordigers van de VEN.

## 2. EMDR verandert mensen?

Hornsveld, deelnemer van de Utrechtse onderzoeksgroep die het werkgeheugenmodel voorstaat, maakt een belangwekkende opmerking over wat EMDR met mensen doet. Ze stelt: ‘echte EMDR-sessies gaan over meer dan het desensitiseren van een naar beeld; er wordt een heel verwerkingsproces in gang gezet. Mogelijk wordt de herinnering aanvankelijk vager en minder naar (door de WG-belasting) en geeft dit vervolgens ruimte tot andere, meer gezonde interpretaties van de oorspronkelijke gebeurtenis.’ (Hornsveld, 2011). Dat is ook terug te vinden in de uitspraken van EMDR-clieñten over wat er bij hen veranderd is (Hornsveld & Berendsen, 2009). Mijn praktijk en die

van collega's in mijn EMDR-intervisiegroep laat hetzelfde zien. Cliënten bij wie EMDR een positief resultaat opgeleverd heeft, zo merkte ik, vinden de 'desensivering van het herinneringsbeeld' vaak van ondergeschikt belang, vergeleken met het toegenomen vertrouwen in zichzelf / anderen / de toekomst of de toegenomen 'empowerment'. Ondanks dat niet onderzocht is hoe deze opmerkelijke verandering precies tot stand komt, zie ik twee mogelijke verklaringen.

De eerste borduurt voort op Hornsvelds opvatting en noem ik: de *verwerkingsprocesverklaring*. Elk verwerkingsproces, dus ook dat bij EMDR, behelst achtereenvolgens: afstand nemen, daardoor een genuanceerder totaalbeeld krijgen en een meer positieve duiding geven aan de nare gebeurtenis. Vaak zie je een dergelijk proces in de notendop terug in de associaties die cliënten achtereenvolgens uiten. Bijvoorbeeld: 'ik kan die afgrijselijke blik niet verdragen' / 'ik zie nu dat hij een zielig mannetje is' / 'eigenlijk best goed dat ik me niet heb laten overrulen'.

De tweede verklaring noem ik: de *instant-leerprocesverklaring*. Volgens de EMDR-procedure wordt de cliënt verzocht een negatieve cognitie (NC) te kiezen die naar haar gevoel het beste aansluit bij de heftig negatief emotionerende herinnering, zoals: 'Ik ben machteloos' of 'Ik ben waardeloos'. Als het herinneringsbeeld via de 'desensitatiefase' uiteindelijk geen spanning meer oproept, wordt vervolgens bij de 'installatiefase' gevraagd om een contrasterende positieve cognitie (PC) uit te spreken bij het zien van het beeld: 'Ik kan het aan' of 'Ik ben OK'. Dit wordt, afgewisseld met de bilaterale stimulering, herhaald totdat deze PC een optimale overtuigingskracht heeft voor de cliënt. Met andere woorden: bij de EMDR-procedure wordt een NC via herhaling afgeleerd en een PC via herhaling aangeleerd. Het doet denken aan een inprentingsproces, met als extra dat de aangeleerde PC ervaren wordt als een innerlijke overtuiging! Ethisch gezien maakt het uit welke van deze twee verklaringen de juiste is. Mocht uit toekomstig onderzoek blijken dat er 'slechts' sprake is van een verwerkingsproces, dan is het goed nieuws dat er een therapie is die dat proces stimuleert en mogelijk intensiveert of versnelt. Hooguit is dan de vraag of zo'n versnelling niet slechts een tijdelijke

opleving bewerkstelligt. De ervaringen laten zien dat verbeteringen door EMDR doorgaans een lang leven beschoren zijn. De tweede verklaring heeft als beperking dat hij beschrijft wát er plaatsvindt maar schimmig laat hóé het kan dat een leerproces in zo'n korte tijd zulke opzienbarende positieve veranderingen kan bewerkstelligen. De ethische vraag is dan: mag je mensen fundamentele veranderingen doen ondergaan terwijl onduidelijk is hoe deze verandering in zijn werk gaat? Mijn antwoord is: hetzelfde is het geval bij de meeste psychofarmaca. Ook daarvan weten we nauwelijks hóé, maar wel – hopelijk terecht – dát ze werken en we laten ze op grote schaal slikken zonder veel ethische discussie. Waarom deze discussie dan wel bij EMDR? Mogelijk door het idee dat als je beïnvloeding niet kunt verklaren, je het ook niet moet vertrouwen? Ten slotte dient op dit punt EMDR weer getoetst te worden aan de eerder genoemde ethische criteria, waarbij alweer optimale transparantie jegens de cliënt over de onbekendheden van het leerproces een dominante vereiste is.

### 3. EMDR: een mechanistisch mensbeeld?

In het recente artikel 'Een psychologie zonder ziel' (Van de Pol, 2011) vraagt de laatste aandacht voor de toegenomen discussie omtrent het 'materialistisch optimisme', zoals voorgestaan door neurowetenschappers. Deze term verwijst naar de mensvisie dat alle psychisch leven, ook wat we in de spreektaal aanduiden als de 'geest' of de 'ziel' van de mens, volledig herleidbaar is tot fysiologische en neuronale processen. Zoals Dick Swaab (2010) in zijn boek *Wij zijn ons brein* stelt: 'De psychologie bestudeert echter niet de ziel, maar slechts het gedrag en de hersenen. Een 'psychon' bestaat niet, een 'neuron' wel' (Van de Pol, 2011). Bij (onderzoek naar) EMDR wekken een aantal zaken de indruk, dat deze therapie gebaseerd is op een 'materialistisch optimistisch' of 'mechanistisch' mensbeeld. Voorbeelden: een externe prikkel leidt tot drastische veranderingen in emoties en innerlijke overtuigingen; tal van specifieke neuronale activiteiten gaan hand in hand met deze externe prikkels en leiden tot meer of minder spanning; de aard van de externe prikkel (auditief / tactiel / visueel) bepaalt de intensiteit van neuronale activiteiten, etcetera. Bewijzen deze voorbeelden een

mechanistisch mensbeeld? Mijns inziens niet. Dat er bij EMDR relatief veel neurologisch onderzoek gedaan is, toont vooral aan dat de link tussen een externe prikkel en de veranderingen in voelen en denken van de cliënt, als verreweg de meest opvallende – en spectaculaire – werkzaamheid van EMDR gezien wordt. Echter: er is bij EMDR veel meer aan de hand dan een simpel causaal verband prikkel > anders denken / voelen. Tenminste twee andere variabelen noemden we al: 1. er vindt bij de cliënt een actief verwerkingsproces plaats en 2. de – in alle therapieën aanwezige – invloed van de therapeut op de cliënt. Wat dat betreft valt er veel voor te zeggen om het neurologische onderzoek, dat vaak zo detaillistisch was dat het niet tot één consistente theorie heeft geleid, te staken ten gunste van specifiek effectiviteitsonderzoek. Het geeft in dit verband te denken dat neurologisch onderzoek naar het – meest belovende – werkgeheugenmodel geen enkel spoor ontdekt heeft naar een locatie van dit werkgeheugen (Van de Zee, 2011). Iets anders is, dat er (neuro)wetenschappers zijn die ervan uitgaan dat wat ze niet neurologisch (kunnen) onderzoeken, dus ook niet bestaat! Feitelijk is dit een stokoude, kennelijk moeilijk uit te roeien neiging om je eigen werkmethode te generaliseren naar een kennistheorie. Orlemans bepleitte in de jaren zeventig in zijn *Inleiding in de gedragstherapie* al het ‘methodisch behaviorisme’ tegenover het ‘filosofisch behaviorisme’: er kan wel degelijk een werkelijkheid zijn al is die niet met de huidige methoden onderzoekbaar (Orlemans, 1976). Curieus is dat Abraham Maslow, representant van de humanistische psychologie, in diezelfde tijd waarschuwde tegen ‘middelenconcentratie’: als je slechts het strikt observeerbare onderzoekt, dan zal mettertijd je mensbeeld navenant verengen (Maslow, 1972). Een profetische uitspraak – dat is precies wat hersenonderzoeker Swaab doet. ‘Het brein is overmachtig en allesbepalend voor het menselijk gedrag’, vertaalt psycholoog Jan Derksen cynisch de kerngedachte van Swaabs bestseller (Derksen, 2011). De indrukwekkende verkoopcijfers van dit boek zeggen veel over de huidige populariteit van deze opvatting. Deze tendens is een reactie op de soms eenzijdige nadruk op de betekenis van omgevingsfactoren in de ontwikkeling van mensen, zoals die tot in de jaren tachtig opgang deed. Aan-

gezien elke reactie de neiging heeft om te door te schieten, is het goed om alert te blijven op eenzijdigheden in neurologisch onderzoek naar EMDR!

#### EMDR MET CHRISTELIJKE CLIËNTEN: TWEE VOORBEELDEN<sup>8</sup>

##### *Hilde - Angst voor mogelijke complicaties*

De EMDR-strategie die bij Hilde toegepast is, heet RDI (Resource Development and Installation). Deze kan toegepast worden bij cliënten die erg opzien tegen een eenmalige of telkens terugkerende situatie. Hierbij wordt de cliënt gevraagd welke ‘competenties’ ze nodig heeft om beter opgewassen te zijn tegen de gevreesde situatie. Ze leeft zich vervolgens in in een situatie waarbij haar dat lukte en ze neemt deze competentie vervolgens onder begeleiding van bilaterale stimulering mee naar de ingebeelde gevreesde situatie. Dit wordt herhaald naar gelang de cliënt verdere competenties nodig zegt te hebben.

Hilde is een gehuwde, zwangere vrouw van 27 jaar, heeft enkele weken geleden heftige pijn in haar buik gehad en heeft een week in het ziekenhuis gelegen, mede omdat de oorzaak moeilijk te vinden was. Zij ziet ertegen op na de te verwachten bevalling te merken dat er ‘iets niet goed’ is. Bij de EMDR/RDI-sessie maakt ze desgevraagd een voorstelling dat dit haar overkomt in het ziekenhuis.

T(therapeut): ‘Wat heb je nodig om deze situatie beter aan te kunnen?’

H(ilde): ‘Dat ik mezelf kan kalmeren.’

T: ‘Wanneer ging jou dat voor jouw doen behoorlijk goed af?’

H: ‘Toen in het ziekenhuis de pomp stil gezet werd.’

Hilde krijgt van de therapeut de instructie om zich in deze situatie in te leven. Ze beseft dat ze zichzelf rustig kan maken en voelt zich daar voldaan over. Ze krijgt de instructie om dit besef en gevoel ‘mee te nemen’ naar de gevreesde situatie in het ziekenhuis, begeleid door korte series van bilaterale signalen (auditief en tactiel). Nadat ze dit enige minuten lang heeft laten bezinken, luidt opnieuw de vraag:

T: ‘Wat zou je nog meer helpen om beter bestand te zijn tegen de situatie waar je zo tegen opziet?’

H: ‘Geloofsvertrouwen.’

T: 'Formuleer het als: "ik kan kiezen om op God te vertrouwen"'. (a)

H: 'OK.'

Waarna ze een herinnering hieraan vertelt: toen ze vanwege de buikpijn in het ziekenhuis lag nadat haar man vertrokken was, voelde ze zich wankelmoedig. Ze besloot om haar vertrouwen aan God te geven – dat hielp haar, aldus Hilde.

T: 'Leef je weer in in die situatie?'

Hilde ervaart weer dat ze zich concentreert om op God te vertrouwen en dat maakt haar rustiger.

Th: 'Je kunt dus kiezen om op God te vertrouwen. Neem dit besef en het ontspannen gevoel mee naar de situatie waar je zo tegen opziet.'

Tijdens haar 'meenemen' krijgt ze weer een korte serie stimuli, waarna ze het besef en gevoel van vertrouwen weer laat bezinken terwijl ze focust op de gevreesde situatie. Op de vraag of ze genoeg denkt te hebben aan het besef dat ze zichzelf kan kalmeren en zich kan toevertrouwen aan God, knikt ze 'ja'. In een nagesprek zegt zij dat het 'oproepen van godsvertrouwen' niet kunstmatig voelde – immers, veel vaker in haar leven had ze in moeilijke situaties zich weer voorgesteld hoe het godsvertrouwen haar in eerdere situaties geholpen had (b).

Na deze sessie wil Hilde de therapie opschorten tot het tijdstip na de bevalling dat ze er weer aan toe is. Een tiental weken na de geboorte van haar baby neemt ze contact op om een nieuwe afspraak te maken. Op mijn vraag hoe de bevalling verlopen was en of ze iets gemerkt had van de doorwerking van de EMDR/RDI-sessie mailt ze het volgende:

'Ik heb tijdens de bevalling veel aan deze sessie gehad. En dat was nodig.' [er volgt een uitleg over de complicaties die opgetreden zijn] 'Gelukkig heb ik op God kunnen vertrouwen dat het goed kwam en dat is ook gebeurd. Jos is een geweldig kind [...] (c)

#### *Aantekeningen bij deze casus*

(a) De therapeut herformuleerde 'geloofsvertrouwen' als 'kiezen om op God te vertrouwen'. Dit vanuit de overweging dat het volgens het protocol bij RDI om de competenties van de cliënt dient te gaan, niet om iets dat haar aangereikt wordt. Immers, daar heeft ze zelf geen beschikking over. Shapiro nam in haar basiswerk een protocol op

voor RDI, vervaardigd door Leeds en haarzelf. Opmerkelijk is dat ze daarin als krachtbronnen de eigen competenties noemt, maar evengoed: positieve rolmodellen, metaforen, filmfiguren en religieuze of spirituele personen of herinneringen (Shapiro, 2001, p. 435, 436). In het protocol wordt zelfs aangeraden om met de cliënt te *zoeken* naar dit type krachtbronnen! Theologisch is het vertrouwen in God op te vatten als een bewuste keuze in plaats van een gevoel. In psalmen wordt regelmatig opgeroepen op God te vertrouwen – mensen worden kennelijk in staat geacht om aan deze oproep gehoor te geven.

(b) Hilde is bekend met het heroproepen van eerdere situaties waarin ze vertrouwen in God had. Vandaar ook dat ze ook bij de RDI spontaan zei godsvertrouwen nodig te hebben. Wat RDI hieraan toevoegt, is een tool die haar helpt om haar *beleving* van het godsvertrouwen te intensiveren. Dit laatste zegt niets over de mate waarin God zich op dat moment over de cliënt 'ontfermt'. Dat doet Hij toch al, ongeacht of mensen dat geloven of niet. Voor mensen helpt het echter om het vertrouwen sterk te beseffen en te ervaren – het kan hun hoop voeden of hun moedeloosheid verminderen.

(c) Hilde meldt terugblikkend op de bevalling, dat ze veel gehad heeft aan zowel de RDI-sessie als aan haar vertrouwen in God. De vraag is: is haar geloofsvertrouwen te danken aan EMDR of aan God? Persoonlijk vind ik deze vraag zowel onbeantwoordbaar als een voorbeeld van een schijnbare tegenstelling. God heeft haar en haar kindje door de bevalling heen geholpen en Hij heeft zich daarbij noch door EMDR, noch door Hildes geloofsvertrouwen laten voorschrijven. Hilde vertelde me in het follow-upgesprek dat ze God dankbaar was voor de geboorte, voor haar vertrouwen en voor het gebruik dat Hij van de therapie gemaakt heeft.

#### *Wim - Zonde tegen de Heilige Geest*

Wim, 26 jaar, student, heeft een aantal obsessieve klachten. Deze zijn vooral ontstaan na het plotse overlijden van zijn vader, zo'n tien jaar geleden. Mede dankzij EMDR over dit overlijden zijn de meeste van de obsessieve klachten verminderd of verdwenen, behalve de voor hem meest hardnekkige en beladen obsessie. Die betreft de angst dat hij de zonde tegen de Heilige Geest gedaan heeft



met de bekende fatale gevolgen daarvan. Hoewel bijbelstudie, gesprekken met christelijke vrienden en een theoloog hebben geleid tot zijn rationele conclusie dat er geen feitelijke en bijbelse reden is dat hij zich hieraan bezondigd heeft, blijft de angst intact. Tijdens een sessie vertelt Wim dat het hem is opgevallen dat de betreffende dwanggedachte oplaaide toen hij serieus aan bijbelstudie deed en een keer tijdens een voor hem zeer bewogen christelijke gemeentesamenkomst. Omdat de obsessie gekoppeld was aan concrete gebeurtenissen, stel ik voor om hierover EMDR te gaan doen (a). Daarnaast merk ik op dat volgens mij de duivel tenminste garen spint bij deze klacht en extra actief lijkt te worden als Wim intens met het geloof bezig is (b). Wim beaamt deze gedachte. Dit laatste brengt mij tot het voorstel om de EMDR-sessie over de vermeende zonde tegen de heilige geest vooraf te laten gaan door gebed. Wim gaat van harte akkoord met dit voorstel.

De betreffende dag bid ik met Wim om Gods zegen over deze sessie, om Jezus' kracht zoals we die kennen uit Zijn overwinning van de dood en de duivel en om de aanwezigheid en werkzaamheid van de Heilige Geest (c). Het beeld uit de herinnering die de meeste spanning oproept bij Wim is het moment dat tijdens het zingen in een kerkdienst bij hem de dwanggedachten opkomen (targetbeeld). Dit moment koppelt hij aan de negatieve cognitie (NC) 'ik ben machteloos' – een conclusie die een forse spanning bij hem oproept. De gewenste positieve cognitie (PC) bij genoemde target 'ik kan dit handelen' heeft voor hem totaal geen geloofwaardigheid. In de desensitatiefase wordt het kijken naar het targetbeeld, wat heftige spanningen oproept, gevolgd door de reeks bilaterale prikkels – in dit geval een combinatie van piepjes en trillingen in de handpalmen (d). Wim meldt tussen de prikkelseries door onder meer zijn verdriet dat hij Jezus niet erkent door zijn gedachte, wanhoopt of hij hier ooit van afkomt, vraagt God om duidelijk te maken wat hij doen moet; als God het wil, zal het lukken om van de gedachten af te komen. Inmiddels is na twintig minuten zijn spanning nagenoeg verdwenen tot het lage niveau dat hij de laatste dagen voortdurend heeft. Bij de installatiefase geef ik hem de keuze om als PC te nemen: 'Ik kan dit handelen', ofwel

'God laat mij niet aan mijn lot over' (een door hem zelf gedane uitspraak tijdens de desensitatie) (e). Hij kiest voor de laatste uitspraak en bereikt binnen korte tijd een optimale geloofwaardigheid van deze cognitie. Bij de 'positieve afsluiting' vervang ik de protocolvraag 'wat is het meest positieve dat je over jezelf ontdekt hebt' door 'wat is het meest waardevolle dat je ontdekt hebt?' Antwoord: 'God laat mij in deze situatie niet aan mijn lot over' (f).

Na afloop meldt Wim dat hij zich rustig voelt en beseft dat God de leiding in zijn leven heeft. Verder hebben de auditieve prikkels hem geholpen om te bereiken wat hem in het dagelijks leven moeilijk afgaat: langere tijd in zijn beleving bezig zijn met zijn relatie met God (g). Hij neemt afscheid vol vertrouwen in een goede doorwerking (hij noemt niet expliciet zijn obsessie).

Ruim een maand later voeren Wim en ik een follow-upgesprek. Het blijkt dat de Heilige-Geestgedachte nog niet helemaal verdwenen is. Wel heeft hij na de EMDR-sessie geen enkele keer de dwanggedachte gehad op een moment dat hij zeer intensief met het geloof bezig was, zoals bij een persoonlijk gebed of tijdens een kerkdienst (h). Ik stel Wim voor wat ik eerder geopperd had, om de therapie voort te zetten bij een christelijke tweedelijnspsycholoog die gespecialiseerd is in de behandeling van obsessief compulsieve stoornissen, in het bijzonder over de zonde tegen de Heilige Geest. Wim stemt hiermee in en zet zijn behandeling voort bij de betreffende collega (i).

#### *Aantekeningen bij deze casus*

(a,h) Mijn motief om Wim voor te stellen EMDR te doen bij deze obsessie was dat deze opgelaaid was bij specifieke concrete situaties. Het beoogde effect van EMDR was dat het bijwonen van een 'heftige' kerkdienst niet meer gekoppeld wordt aan de angst dat hij juist dáár op dat moment een aanvechting krijgt. Bij het nagesprek (h) bleek dit doel ook bereikt te zijn. De obsessie was na de EMDR niet helemaal verdwenen. Wim had dat ook niet verwacht en was blij dat hij zonder spanningen naar diensten kon gaan.

(b) Ik had Wim leren kennen als iemand die integer met het geloof bezig is, en daardoor lijdt onder de obsessie voor de zonde tegen de Heilige Geest. Bekend is dat deze obsessie juist bij gewe-

tensvolle christenen veel lijdensdruk oplevert. Nu bleek dat op momenten dat zijn geloof gevoed zou kunnen worden, de obsessie extra de kop op stak. Zelf geloof ik dat de duivel extra actief kan worden in situaties waarin hij terrein dreigt te verliezen. Ik laat daarbij open hóé dat gebeurt. Vandaar mijn voorzichtige formulering: ‘hij spint er garen bij als Wim intensief met het geloof bezig is’. Uit eerdere gesprekken hierover wist ik, dat Wim een soortgelijke visie op het geloof heeft – het was dus geen verrassing dat hij zich in deze opvatting kon vinden.

(c) Het gebed heeft in mijn behandelingen geen structurele plek. Indicaties om incidenteel aan een cliënt voor te stellen om te bidden zijn voor mij: 1. het betreft een cliënt van wie ik weet dat haar geloof een grote saillantie heeft, tenminste betreffende de onderhavige klacht; 2. ik weet dat de cliënt vertrouwd is met voorbede in persoonlijke of pastorale situaties; 3. het betreft een sessie waarvan ik weet dat zij ertegen opziet en geestelijke steun nodig lijkt te hebben; 4. datzelfde geldt soms ook voor mezelf – zeker in de situatie van deze casus: àls de duivel extra actief zou zijn in het mentale leven van Wim, dan heb ik zelf ook behoefte aan steun en kracht van God. Verder merk ik dat ik meestal aanvoel dat de timing en inhoud van mijn voorstel om te bidden goed is. Wat dat laatste betreft: dit is een ‘subjectief argument’, maar ik heb ontdekt dat naarmate ik meer therapeutische ervaring heb opgebouwd, ik meer therapeutische beslissingen op basis van mijn intuïtie neem en geleerd heb telkens meer op deze intuïtie te vertrouwen. Dat geldt evenzo voor de intuïtie om het geloof ter sprake te brengen of voor te stellen om te bidden. Het feitelijke gebed tracht ik nuchter, sober en helder te verwoorden – gevoelige woorden of mooie beelden kunnen het doel – het hart van God en van de cliënt – voorbijschieten.

(d) Op het moment dat deze therapieessie plaatsvond was nog niet bekend dat onderzoek aangetoond heeft dat oogbewegingen sterker werken dan auditieve stimuli (Beer, *et al.*, 2011).

(e) Het EMDR-protocol geeft aan dat de Positieve Cognitie (PC) die tijdens de Installatiefase aan het targetbeeld gekoppeld wordt, betrekking moet hebben op een competentie van de eigen persoon. Deze eis voert terug op wat Shapiro (2001) in haar

basisboek hierover schrijft: ‘When developing a positive cognition, instruct the client whenever possible to make an ‘I statement’ that incorporates an internal locus of control’ (p. 61). Ze noemt verder een aantal aan de PC te stellen eisen, maar vermeldt geen onderzoek waaruit zou blijken dat alleen een ‘I statement’ in aanmerking komt. Natuurlijk zie ik in en zag ik bij veel cliënten dat een PC die getuigt van zelfvertrouwen veel kracht kan mobiliseren. Echter, waarom zou een geloofsuitspraak niet evenzeer sterkend kunnen werken? Het gaat er toch om dat de PC ‘zo *krachtig en opbouwend* als maar mogelijk is’ is, zoals De Jongh en Ten Broeke (2007) stellen? Maar, zou men tegen kunnen werpen, de betreffende geloofsuitspraak ‘God laat mij niet aan mijn lot over’ verwoordt toch dat de kracht *van buitenaf* komt (*external locus of control*)? Bevestigt of vergroot dat dan niet de afhankelijkheid van Wim? Mijns inziens niet. In de Bijbel, met name in de Psalmen, leiden soortgelijke geloofsbelijdenissen bijna altijd tot vergroting van vertrouwen in de goede afloop en tot motivatie en veerkracht om ervoor te gaan. Wim krijgt bovendien de mogelijkheid om als PC te kiezen tussen ‘ik kan dit handelen’ en ‘God laat mij niet aan mijn lot over’. Ik gaf hem deze keuzemogelijkheid omdat ik hem niet wilde sturen in de richting van de geloofsuitspraak. (Achteraf realiseer ik me, gezien wat ik eerder schreef over beïnvloeding, dat er hier enige onbedoelde ‘indirecte suggestie’ van mijn kant meegespeeld kan hebben.)

(f) ‘Wat is het meest waardevolle dat je (over jezelf) ontdekt hebt?’ Mijn keuze om de woorden tussen haakjes niet te verwoorden is consequent gezien de voorgaande overwegingen. Het feit dat Wim antwoordt met dezelfde geloofsuitspraak illustreert dat die voor hem kennelijk van groot belang is.

(g) Wim merkt op dat hij tijdens de piepjes en trillingen langduriger met zijn relatie met God bezig was dan hij in zijn dagelijkse leven kon volhouden. Dit onbedoelde effect kan te maken hebben met ADHD-trekken die ik eerder bij hem bespeurd had. Toch heb ik bij christelijke cliënten zoveel vaker dergelijke reacties gemerkt dat het me de moeite waard lijkt om daar verder over na te denken.

(i) De doorverwijzing naar de gespecialiseerde

collega is vooral ingegeven door het volgende. Rijkeboer en Van der Mark hebben op het vijfde EMDR-congres aangetoond dat EMDR nuttig aangewend kan worden om het effect van Cognitieve Gedrags Therapie (CGT) bij dwangstoornissen te optimaliseren (Rijkeboer & Van der Mark, 2011). De koppeling van dwang aan specifieke concrete situaties kan via EMDR verminderd of verbroken worden – precies wat bij Wim gebeurd is. De therapeut naar wie ik verwezen heb mailde mij op 04 augustus 2011 over zijn CGT met Wim het volgende: ‘De angst voor ziekte lijkt een grotere plaats te hebben momenteel dan de angst de zonde tegen de Heilige Geest gedaan te hebben. Die laatste angst is al wel weer iets afgenomen (door CGT)’.

#### VRAGEN BIJ EMDR MET CHRISTELIJKE CLIËNTEN *Verdiene christelijke cliënten een ‘speciale EMDR-behandeling’?*

De beide casussen wekken mogelijk de indruk dat EMDR bij christelijke cliënten anders is of zou moeten zijn dan bij niet-christelijke cliënten. Met klem wil ik die indruk wegnemen: christelijke cliënten zijn niet beter, lastiger of anders dan niet-christelijke cliënten. Bij het merendeel van mijn christelijke cliënten ziet een EMDR-behandeling er hetzelfde uit als bij de niet-christelijke. Het enige verschil is misschien dat bij christenen iets vaker terughoudendheid merkbaar is als ik EMDR voorstel – een mogelijke reden daarvan is aan de orde geweest.

De beide cases illustreren wat bij sommige christelijke cliënten naar voren *kan* komen: de geloofsbeleving is een belangrijke entiteit in het bewustzijn en in het ‘emotionele geheugen’.<sup>9</sup> Een andere cliënte mailde me bijvoorbeeld, terugblikkend op haar EMDR-sessie, dat ze verbaasd was dat er tijdens de bilaterale stimulering ‘spontaan een kort gebed boven kwam’. Overigens betekende dat bij haar niet dat ze na de EMDR een andere geloofsbeleving had gekregen – wel had ze het rationele besluit genomen om actief op zoek te gaan naar een bijbelkring.

Wat ik met mijn casussen heb willen aantonen, is: als de geloofsbeleving bij een cliënt tijdens EMDR zo centraal staat, als ik erop vertrouw dat dat niet het resultaat kan zijn van hypnose of een minder heftige vorm van suggestieve beïnvloeding

van mij uit, dan wil ik als therapeut in samenspraak met de cliënt zoeken naar mogelijkheden om haar kracht of moed te laten putten uit deze ervaringen tijdens het EMDR-traject. Als therapeut ben ik er sowieso alert op om cliënten die daar open voor staan bij hun behandeling te stimuleren om te putten uit de inspirerende en bemoedigende rol van het geloof – waarom zou dat dan bij EMDR niet mogen of kunnen?

#### *Welke Positieve Cognitie is de ‘enige echte’?*

In beide besproken casussen ‘gebruikte’ de cliënt een geloofservaring of geloofsgedachte om moed of kracht uit te putten. Hilde putte uit eerder ervaren geloofsvertrouwen, terwijl Wim gesterkt werd door de cognitie ‘God laat mij niet aan mijn lot over’. In het geval van Hilde was sprake van de EMDR-variant RDI en volgens het RDI-protocol mag de ‘krachtbron’ een andere persoon of religieuze ervaring zijn, zo hebben we vastgesteld. Mij ontgaat, waarom bij het EMDR-basisprotocol de Positieve Cognitie per se een ‘I statement’ moet zijn over een *eigen competentie*. Waarom geen gelijke behandeling; ook *hier* gaat het er toch om dat de cliënt *het gevoel krijgt sterker te staan?*

Bij de motivering van casus Wim beweerde ik dat het besef van afhankelijkheid van God niet automatisch leidt tot afhankelijkheid van mensen – althans dat is uit de bijbel niet op te maken. Daar wil ik nog een argument aan toevoegen dat ik ontleen aan psychologisch onderzoek. In het promotieonderzoek van De Vries-Schot (2006) wordt voorgesteld ‘om het bekende en veel gebruikte biopsychosociale model van Engel uit te breiden met de spirituele dimensie.’ De onderzoekster baseert dit voorstel op het ervaringsgegeven dat bij veel gelovigen hun spiritualiteit een bron is voor hun ‘geïntegreerdheid’ en ‘volwassenheid’. Via een panelonderzoek kwam ze tot de volgende karakterisering van ‘gezond en heilzaam geloof’:

gerichtheid op hogere waarden vanuit innerlijke vrijheid;

vertrouwen op God doordringt het leven;

verantwoordelijkheid voor medemens en scheping (De Vries-Schot, 2010).

Deze omschrijving illustreert wat ik bij beide cliënten herkend heb: het samengaan van het vertrouwen op God en de verantwoordelijk nemen

voor de omgeving en voor een waardevol leven. Overigens is mij bij cliënten iets opgevallen waarvan De Vries-Schot bij háár casusbespreking ook melding maakt: beschadigde mensen hebben verrassend vaak een onbeschadigd vertrouwen in God! Een extra reden om daaruit kracht voor psychisch herstel te putten!

*Hoe dient een christelijke Positieve Cognitie verwoord te worden?*

Een andere vraag is: hoe dient deze Positieve Cognitie met religieuze inhoud *verwoord* te worden? Ik zie de volgende mogelijkheden:

- a. de cliënt verwoordt haar geloof: 'Ik vertrouw op God'
- b. de cliënt verwoordt haar competentie om te kiezen om zich te laten inspireren / te vertrouwen zoals bij een eerdere religieuze ervaring: 'ik ben in staat om (te kiezen om) op God te vertrouwen' (Hilde)
- c. de cliënt verwoordt een bestaande tekst uit de Bijbel of een belijdenis in de ik-vorm, zoals: 'ik geloof in God de Vader'
- d. de cliënt spreekt een bijbeltekst uit, bijvoorbeeld: 'u bent geworteld en gegrondvest in Zijn liefde' (eventueel 'u bent' te vervangen door 'ik ben')

Het voert te ver om tot een psychologisch en theologisch beargumenteerd oordeel te komen. Dat is wellicht een thema voor een ander artikel. Vooruitlopend daarop: geen van de vier opties lijkt mij 'de enige echte'. Optie a zal als de cliënt dit vertrouwen op dit moment ook ervaart, een grote overtuigingskracht hebben. Optie b benadrukt het keuzemoment en blijft zo dicht in de buurt van de EMDR-eis van 'I statement'. De opties c en d doen denken aan de traditie van de christelijke meditatie. Bij de 'Lectio Divina', onder meer toegepast door mediterende monniken in de Middeleeuwen, wordt een bijbeltekst hardop herhaaldelijk uitgesproken, waarna in de volgende stilte deze tekst 'verinnerlijkt' kan worden of gekoppeld aan voorstellingen en herinneringen van de mediterende (Bras, 2006). Een andere variant trof ik aan bij de 'Navigators', een christelijke methodische beweging die geïnspireerd is door William Booth en momenteel onder christelijke studenten veel ahang heeft. Eén van hun 'methoden' voor geloofs-

groei is de 'proclamatie': het herhaaldelijk hardop uitspreken van een belijdenis of een bijbeltekst.<sup>10</sup> Een punt van overeenkomst tussen deze voorbeelden en EMDR is dat de religieuze uitspraak wordt vergezeld van stilte en concentratie, ten einde de uitspraak (of God?) als een zuurdesem zijn werk te laten doen.

*Slotvraag*

De slotvraag is: mag de geloofsbeleving van cliënten een opbouwende rol spelen bij de EMDR-therapie? Uit de bespreking van de praktijkvoorbeelden werd duidelijk dat mijn antwoord 'ja' is – het mag zelfs 'ietsje meer' zijn dan het EMDR-protocol lijkt toe te staan! Meer dan eens ben ik getroffen door de openheid en zuiverheid waarmee cliënten hun geloofsbeleving in durfden te brengen tijdens de behandeling. Ik ben hen dankbaar dat zij mij daarmee uitgenodigd hebben om de rol van het geloof nader te onderzoeken en in te vullen. Ik ben God dankbaar dat ik zo een bijdrage heb mogen leveren aan de opbouw van levenskracht en geloofsbeleving van cliënten.

Ten slotte hoop ik dat dit artikel uitnodigt tot discussie, zowel op theoretisch niveau als bij interviews erover.

NOTEN

- 1 Zo meldden zich bij de Vereniging EMDR Nederland (VEN) in 2010 328 nieuwe (aspirant)leden aan, zodat het totale aantal leden de 1500 gepasseerd is, aldus voorzitter Carlijn de Roos in "Woord van de voorzitter", EMDR-Nieuwsbrief nr. 01, mei 2011.
- 2 Men maakt daarbij vaak gebruik van de overzichtelijke verwijzlijst die op de website van de VEN staat: [www.emdr.nl](http://www.emdr.nl).
- 3 De cliënt wordt in dit artikel aangeduid met 'zij' – het aantal vrouwelijke cliënten in de hulpverlening is immers groter dan het aantal mannelijke cliënten.
- 4 Het bestuur van de Vereniging EMDR Nederland (VEN) woog deze onderzoeksuitkomst zo zwaar, dat het op het EMDR-congres op 16 april 2011 de aanwezige leden een formulier meegaf waarin onder meer de volgende richtlijn opgenomen is: 'Denken en doen vanuit evidence based medicine, in dit geval de werk-

- geheugenhypothese. Dit betekent: in principe altijd beginnen met oogbewegingen' (Beer et al., 2011).
- 5 In de door het Trimbos-instituut ontwikkelde Richtlijn voor angststoornissen (2007) worden dan ook zowel CGT/exposure als EMDR als de twee enige 'evidence based' behandelmethoden bij PTSS gepresenteerd.
  - 6 De criteria voor de beïnvloeding door de hulpverlener zijn grotendeels ontleend aan de inhoud van mijn lessen over sociale beïnvloeding aan de CHE te Ede.
  - 7 Persoonlijk kan ik me deze scepsis goed voorstellen en het kost mij geen moeite om haar standpunt daarin te respecteren. Wel blijf ik als therapeut alert op de vraag of haar beduchtheid het resultaat is van een mogelijk overmatige behoefte aan vastigheid en structuur.
  - 8 Mijn cliënten Hilde en Wim – gefingeerde namen – hebben 'hun' geanonimiseerde casussen inclusief mijn commentaar gelezen. Zij stemden in met zowel de inhoud als met publicatie in *Psyche & Geloof*.
  - 9 Hierbij wil ik een mogelijke andere indruk wegnemen dat dit de 'betere christenen' zijn. Of bij christenen hun geloofsbeleving bij de associaties merkbaar is, hangt sterk af van de aard van de klacht en een aantal persoonstrekken als het voorstellingsvermogen, rationele of emotionele instelling, etc.
  - 10 Zie over 'proclamatie' bijvoorbeeld [www.gebedstijd.blogspot.com](http://www.gebedstijd.blogspot.com).

## LITERATUUR

- Baldé, P. (2005). EMDR en hypnose: Suggestieve elementen in een populaire techniek. *Directieve therapie*, 25, 69-82.
- Beer, R., Broeke, E. ten, Hornsveld, H., Jongh, A. de, Meijer, S., Roos, C. de, & Spierings, J. (2011). *EMDR: Oogbewegingen of een andere duale taak?* Uitgave van de VEN, uitgereikt op het 5e EMDR-congres, Nijmegen, 16 april 2011. Ook te downloaden bij [www.emdr.nl](http://www.emdr.nl).
- Bergmann, U. (2010). EMDR's neurobiological mechanisms of action. A survey of 20 years of searching. *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 4/1.
- Bras, K. (2006). *Tussen hemel en aarde: Meditatie en de geestelijke weg*. Kampen: ten Have.
- Broeke, E. ten, Jongh, A. de, & Oppenheim, H.J. (red.) (2008). *Praktijkboek EMDR: Casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam: Harcourt.
- Christman, S.D., Garvey, K.J., Propper, R.E. & Phaneuf, K.A. (2003). Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology*, 17, 221-229.
- Derksen, J. (2011). De wonderlijke wereld van Dick Swaab. *GZ-psychologie*, 1, 42.
- Engelhard, I., & Hout, M. van den (2010). Oogbewegingen en flashforwards – vermindering van helderheid en emotionaliteit. *De Psycholoog*, 11, 12-18;
- Erickson, M.H., & Rossi, E. (1983). *Exploraties in hypnotherapie*. Houten: Van Loghum Slaterus.
- Hornsveld, H.K. (2008). *EMDR werkt! Maar hoe?* Lezing Nederlands EMDR-congres, maart 2008.
- Hornsveld, H., & Berendsen S. (red.) (2009). *Casusboek EMDR*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Hornsveld, H. (2011). Weten we nu hoe EMDR werkt? *Directieve Therapie*, 1, april, 32-42.
- Hout, M. van den, Engelhard, I.M. & Rijkeboer M.M. (2011). EMDR: over oogbewegingen en piepjes. *GZ-psychologie*, 2, maart, 36-43.
- Jongh, A. de, & Broeke, E. ten (2006). *Handboek EMDR, een geprotocolleerde behandelmethodode voor de gevolgen van psychotrauma.*, Amsterdam: Harcourt.
- Jongh, A. de, & Broeke, E. ten (2007a). *Vervolgtraining EMDR – syllabus t.b.v. de training van mei/juni*.
- Jongh, A. de, & Broeke, E. ten (2007b). Behandeling met EMDR, *Psychopraxis* 09, februari, 36-38.
- Landelijke stuurgroep richtlijnen in de GGZ (2007). *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Maslow, A.H. (1972). *Motivatatie en persoonlijkheid*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Nederlands Instituut van Psychologen (2007). *Beroepscode voor psychologen*. Amsterdam: NIP.
- Orlemans, J.W.G. (1976). *Inleiding tot de gedrags therapie*. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum.
- Pol, A.J.J. van de (2011). Een psychologie zonder

- ziel. *GZ-psychologie*, 4, juni, 32-39.
- Rijkeboer, M., & Mark, W. van der (2011). *Therapieresistente dwang. Hoe EMDR een uitkomst kan bieden bij OCD*. Voordracht gehouden op het 5e EMDR-congres, 16 april 2011, Nijmegen.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR). Basic principles, protocols, procedures*. New York: Guilford Press.
- Swaab, D.(2010). *Wij zijn ons brein: Van baarmoeder tot alzheimer*. Amsterdam: Contact.
- Vries-Schot, M.R. de (2006). *Gezonde godsdienstigheid en heilzaam geloof: Verheldering van concepten vanuit de psychologie, psychiatrie en de theologie*. Delft: Eburon.
- Vries-Schot, M.R. de (2010). Van verwonding naar verwondering. Psychotrauma, met name het complexe en PTSS in diagnostiek en behandeling. *Psyche & Geloof*, 21, 3-19.
- Zee, H. van der, & Zaal, A. (2011). *Het emotionele brein: EMDR & neuropsychologie*. Voordracht gehouden op het 5e EMDR-congres, 16 april 2011, Nijmegen.
- Zimbardo, P., & Ebbesen, E.B. (1970). *Influencing attitudes and changing behaviour. A basic introduction to relevant methodology, theory and applications*. Reading Massachusetts: Addison-Wesley.

#### PERSONALIA

Leen Walraven is zelfstandig gevestigd eerstelijnspsycholoog NIP / GZ-psycholoog (BIG) te Ede. Hij is verbonden aan de Vereniging EMDR Nederland (VEN) als 'EMDR-Europe practitioner'.  
 Correspondentieadres: Leen Walraven,  
 Erasmusstate 124, 6716 SB Ede. T: 0318-643830.  
 E:info@psychologenpraktijkwalraven.nl