

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Schematherapie en EMDR gecombineerd bij complexe traumagerelateerde problematiek

ANNEMIEKE DRIESSEN & ERIK TEN BROEKE

Samenvatting

Terwijl voor PTSS bewezen effectieve behandelingen beschikbaar zijn, is dat voor complexe traumagerelateerde stoornissen minder het geval. De weerbarstige therapeutische praktijk vraagt dan ook om een goede casusconceptualisatie waarmee de behandeling vormgegeven kan worden. Daarnaast dient de therapeut creatief met bestaande therapeutische methoden en technieken om te gaan om het proces te optimaliseren en waar nodig vlot te trekken. Wij menen dat de behandelmethoden schematherapie en EMDR elkaar bijzonder goed kunnen aanvullen. Het schematherapeutische model heeft veel raakvlakken met de 'EMDR-rechtsom'-zoekstrategie, waarin gezocht wordt naar de belangrijkste pijlers onder schema's of kernopvattingen. Tijdens het uitvoeren van het EMDR-standaardprotocol kunnen varianten van technieken uit de schematherapie, zoals imaginatie met *rescripting*, een waardevolle bijdrage leveren wanneer het verwerkingsproces stagneert. We beschrijven in dit artikel welke mogelijkheden de combinatie van EMDR en schematherapie naar onze mening biedt en illustreren dit met een casus.

Trefwoorden: complexe traumagerelateerde problematiek, schematherapie, EMDR, imaginatie met rescripting.

INLEIDING

Voor de posttraumatische stressstoornis (PTSS) zijn inmiddels goed onderzochte en bewezen effectieve behandelingen beschikbaar. De praktijk is echter weerbarstig: traumagerelateerde problematiek, vooral als die het zogenoemde 'type 2-trauma' betreft, kan complex zijn en gepaard gaan met diverse comorbide stoornissen en problemen. Dit zorgt niet zelden voor gril-

ligheid in de behandeling en betekent een flinke uitdaging voor zowel de therapeut als de patiënt.

Een goede casusconceptualisatie is dan ook noodzakelijk, om als therapeut de lijn van de behandeling vast te kunnen houden, en voor de patiënt om te begrijpen waarom behandeling op deze wijze nodig is. Twee verschillende, onder therapeuten toenemend populaire benaderingen om te komen tot een casusconceptualisatie en daaruit afgeleid behandelplan zijn schematherapie en EMDR. In dit artikel wordt bepleit dat bij complexe traumagerelateerde casussen in het algemeen en bij complexe PTSS in het bijzonder EMDR en schematherapie zich wat betreft de wijze van conceptualiseren en de toepassing van specifieke interventies goed laten combineren. EMDR en schematherapie zijn immers beide gericht op het herstellen van de gevolgen van traumatische, ontwrichtende ervaringen. Hoewel uit de klinische praktijk blijkt dat beide vaak worden gecombineerd of in aanvulling op elkaar worden toegepast, zijn er nog maar weinig beschrijvingen in de literatuur te vinden over hoe deze combinatie eruit kan zien. Aalders en Van Dijk (2012) zijn daarop een uitzondering met hun boek *Schemagerichte therapie in de praktijk*. Zij wijden een hoofdstuk aan de combinatie van schematherapie en EMDR en illustreren dit aan de hand van twee casussen. Zij beschrijven onder andere hoe EMDR met imaginatie met rescripting wordt gecombineerd en hoe de EMDR-rechtsomzoekstrategie kan worden geïntegreerd in een schematherapeutisch kader.

Hoewel vooral onderzocht bij de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek, is het aannemelijk dat schematherapie ook bij complexe traumagerelateerde problematiek een bruikbare methode is. Er is immers betrekkelijk veel overlap tussen bijvoorbeeld complexe PTSS en de ernstigere varianten van persoonlijkheidsproblematiek, met name de borderline persoonlijkheidsstoornis. Dit geldt zeker voor de meest prominente symptomatologie en in veel gevallen ook voor de etiologie. Naar de mogelijkheden van EMDR bij complexe traumagerelateerde stoornissen is evenmin gedegen onderzoek gedaan. Niettemin is aannemelijk dat EMDR ook bij deze problematiek goede mogelijkheden biedt, mits ingebed in een geïntegreerd behandelplan.

Dit artikel beschrijft hoe schematherapie en EMDR bij complexe traumagerelateerde problematiek in samenhang kunnen worden toegepast. Daartoe wordt achtereenvolgens besproken wat wordt verstaan onder complexe traumagerelateerde problematiek, hoe schematherapie in grote lijnen wordt vormgegeven en hoe EMDR kan worden ingezet bij een dergelijke behandeling. Ter illustratie wordt een casus gepresenteerd.

COMPLEXE TRAUMAGERELATEERDE PROBLEMATIEK: EEN UITDAGING VOOR THERAPEUT EN PATIËNT

.....

De term 'complexe traumagerelateerde problematiek' gebruiken we hier als overkoepelende term voor diverse stoornissen en problemen die voort-

komen uit (vroegkinderlijke) herhaalde traumatisering. Daarbij kan, maar hoeft geen sprake te zijn van complexe PTSS.

De term 'complexe PTSS' wordt in de praktijk vaak gebruikt voor ingewikkelde traumagerelateerde problematiek waarbij de diagnose PTSS de lading onvoldoende dekt. Hoewel de bruikbaarheid van deze diagnose in de praktijk zelden wordt betwist (maar zie: Van Minnen, 2008), is complexe PTSS niet in de DSM-5 (APA, 2013) opgenomen vanwege onvoldoende empirische evidentie. Wel is in de DSM-5 een subtype van PTSS opgenomen: PTSS met dissociatieve problematiek. In de nog te verschijnen ICD-11 (WHO, verwacht in 2017) lijkt complexe PTSS niettemin wel een plaats te krijgen. Daarbij worden de volgende criteria genoemd: herbelevingen, vermijding en verhoogde arousal (PTSS-criteria) plus veranderde affectregulatie (met onder andere verhoogde emotionaliteit, agressieve uitbarstingen, impulsief gedrag en dissociatie), veranderde zelfperceptie (met onder andere schaamte, gevoelens van waardeloosheid, schuldgevoel, wanhoop), verstoorde relaties met anderen (moeite met hechting, verminderde interesse in relaties en verminderde sociale betrokkenheid) (Bisson, 2013).

Zoals gezegd valt niet alleen complexe PTSS binnen het bestek van dit artikel; evengoed kan het gaan om PTSS met comorbide as I- en as II-stoornissen en (meestal) forse psychosociale ontregeling. Daarnaast kan worden gedacht aan dissociatieve en somatoforme stoornissen waaraan traumatische gebeurtenissen ten grondslag liggen.

Naar de behandeling van complexe PTSS is nog maar beperkt empirisch onderzoek gedaan. Er bestaat een consensusdocument van de ISTSS (Cloitre et al., 2012) waarin de voorkeur wordt gegeven aan een fasegerichte behandeling bij complexe PTSS. Deze fasegerichte behandeling beslaat achtereenvolgens de fases: stabilisatie en symptoomreductie, verwerken van traumatische herinneringen en reïntegratie/terugvalpreventie. Deze fases hebben overigens onvermijdelijk een grillig verloop binnen de therapie en volgen elkaar zelden netjes op. Er zijn daarnaast onderzoeken waaruit blijkt dat juist het verwerkingsgerichte deel van de behandeling de grootste therapeutische waarde heeft, omdat dit deel veranderingen geeft op symptoomniveau. Zo blijkt uit een overzichtsstudie van Korn (2009) dat PTSS-symptomen bij patiënten met complexe PTSS pas verminderen wanneer specifieke traumagerichte interventies hebben plaatsgevonden. Ook Van Minnen komt tot deze conclusie na het onderzoeken van verschillende studies bij patiënten met ernstige comorbiditeit (Van Minnen, Harned, Zoellner & Mills, 2013). Er zijn volgens haar bemoedigende behandelresultaten te boeken wanneer wordt vastgehouden aan het standaard behandelprotocol voor PTSS, eventueel geïntegreerd in een uitgebreider behandelplan waarin ook de comorbide stoornissen worden behandeld. Het uitstellen van verwerkingsgerichte behandeling door te (blijven) stabiliseren wordt door haar afgeraden.

Wat de patiëntengroep die hier centraal staat kenmerkt, is dat het maken van een casusconceptualisatie niet eenvoudig is en dat goed in kaart moet

worden gebracht welke verbanden er bestaan tussen verschillende aspecten van de persoonsontwikkeling, de huidige klachten, symptomen en stoornissen. Een goed therapeutisch model is noodzakelijk om de complexiteit van deze traumagerelateerde problematiek in kaart te brengen. Onze ervaring is dat de combinatie van schematherapie en EMDR hierin veel mogelijkheden biedt. Het model van de schematherapie maakt gebruik van de relatie tussen biografische (met name traumatische) ervaringen en de invloed daarvan op huidige gedragspatronen en symptomen. EMDR biedt niet een dergelijk 'groot' kader, maar heeft als therapeutische methode juist haar sporen verdiend in het heel systematisch en precies opsporen van herinneringen die de huidige problemen aansturen en onderhouden. Om de impact van deze ervaringen ongedaan te maken, dan wel te verminderen, zijn zowel technieken uit de schematherapie — zoals imaginatie met rescripting, historisch rollenspel en stoelentechnieken — als EMDR uitermate bruikbaar.

Wij richten ons in dit artikel daarmee op fase twee, de 'behandelfase' waarin de traumatische ervaringen worden verwerkt (zie: Cloitre et al., 2012). Het is belangrijk om hierbij te noemen dat het bij traumata kan gaan om zowel gebeurtenissen die vallen onder *abuse* als onder *neglect*. De eerste gaan over situaties die er niet hadden moeten zijn maar er wel waren, zoals misbruik en mishandeling. De tweede gaan over wat er wel had moeten zijn maar er niet (voldoende) was: het gaat dan om behoeften (aan bijvoorbeeld zorg, veiligheid en steun) die on vervuld zijn gebleven, doordat er sprake was van verwaarlozing. Het eerste soort trauma geeft in de regel meer actieve PTSS-symptomen dan het tweede, terwijl de gevolgen van neglect zeker zo ontwrichtend kunnen zijn en een belangrijke rol spelen in de behandeling.

SCHEMATHERAPIE: EEN BEKNOPTE KENNISMAKING

.....

Schematherapie is door Jeffrey Young ontwikkeld vanuit de cognitieve gedragstherapie en is met name gericht op de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Het is een behandelmodel waarin elementen van verschillende therapeutische stromingen zijn geïntegreerd. Naast aandacht voor disfunctionele cognities zijn ook problematische emoties, ineffectieve coping, biografische gegevens en de therapeutische relatie focus van de behandeling. Binnen de schematherapie wordt gewerkt met het zogenaamde 'schemamodel' en het 'modusmodel'. Beide modellen worden hieronder beknopt beschreven. Voor uitgebreide beschrijvingen zie onder meer: Aalders en Van Dijk (2012), Arntz en Jacob (2011), Van Genderen en Arntz (2012) en Young, Klosko en Weishaar (2005).

Schemamodel

Schema's worden gedefinieerd als 'algemene patronen, die bestaan uit herinneringen, emoties, cognities en lichamelijke gewaarwordingen, met betrekking tot zichzelf en de relaties met anderen, die vroeg in de ontwikkeling beginnen en zich het hele leven herhalen' (Young et al., 2005). Er worden doorgaans achttien schema's onderscheiden, die verdeeld zijn over vijf zogenaamde 'schemadomeinen'. Elk schemadomein correspondeert met een emotionele basisbehoefte van een kind (zie tabel 1; zie ook: Young et al., 2005). De aanname is dat disfunctionele schema's ontstaan wanneer deze basisbehoeften gedurende de individuele ontwikkeling niet voldoende worden vervuld. Steeds meer onderzoeksbevindingen bevestigen dat traumatische of emotioneel belastende ervaringen in de jeugd sterk samenhangen met het ontstaan van psychische stoornissen. Daarom is een belangrijk doel van schematherapie om patiënten te leren meer aandacht te hebben voor hun behoeften en deze beter te vervullen (Arntz & Jacob, 2011).

TABEL 1 *Overzicht van basisbehoeften en schema's. Bron: Young, Klosko & Weishaar (2005).*

Basisbehoefte (schemadomein)	Schema
Veilige hechting, acceptatie, fysieke en emotionele verzorging	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Verlating, instabiliteit ▶ Wantrouwen, misbruik ▶ Emotioneel tekort ▶ Minderwaardigheid, schaamte ▶ Sociaal isolement, vervreemding
Autonomie, competentie, identiteitsgevoel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Afhankelijkheid ▶ Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar ▶ Kluwen, onderontwikkeld zelf ▶ Mislukken, falen
Realistische grenzen, zelfcontrole	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Veeleisendheid ▶ Onvoldoende zelfcontrole/zelfdiscipline
Vrijheid in expressie van behoeften en emoties	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Onderwerping ▶ Zelfopoffering ▶ Goedkeuring en erkenning zoeken
Spontaniteit, spel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Negativisme, pessimisme ▶ Emotionele geremdheid ▶ Extreem hoge eisen ▶ Bestraffendheid

Modusmodel

237

Naast het schemamodel wordt een zogenoemd ‘modusmodel’ onderscheiden. Oorspronkelijk was dit model bedoeld voor de behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis, maar inmiddels is het model zodanig geëvolueerd dat het ook bruikbaar is bij andere persoonlijkheidsstoornissen en zelfs hardnekkige as I-stoornissen (Arntz & Jacob, 2011).

Een schemamodus wordt omschreven als een actuele emotionele toestand die verbonden is met een bepaald schema (Arntz & Jacob, 2011). Er wordt onderscheid gemaakt tussen zogenaamde ‘kindmodi’ (die kwetsuren en pijnlijke gevoelens in zich dragen), ‘disfunctionele oudermodi’ (die worden gezien als internalisaties van disfunctionele reacties van de ouders op het kind) en ‘copingmodi’ (die worden ingezet om met problematische situaties om te gaan en meestal gericht zijn op de vermindering van pijnlijke gevoelens). Naast deze problematische modi veronderstelt het model het bestaan van gezonde modi: de gezonde volwassene en het gelukkige of blije kind. Een belangrijk doel van schematherapie is om patiënten te leren de gezonde volwassene in zichzelf te versterken, de disfunctionele copingmodi en oudermodi te verminderen en het blije kind verder te ontwikkelen (Young et al., 2005). Zie tabel 2 voor een overzicht van modi.

Therapeutische relatie

De therapeutische relatie speelt bij schematherapie een belangrijke rol en heeft twee kenmerken: een therapeutische houding van empathische confrontatie en het gebruik van zogenaamde *limited reparenting*. Bij empathische confrontatie toont de therapeut consequent begrip voor (de redenen van) het schemabestendigende gedrag en confronteert tegelijkertijd de patiënt met de noodzaak tot verandering. Limited reparenting houdt in dat er binnen de grenzen van de therapeutische relatie geboden wordt wat de patiënt als kind tekort gekomen is. Voorbeelden van limited reparenting zijn het geven van troost en steun, maar ook het stellen van grenzen aan onangepast gedrag (Young et al., 2005). Bij de behandeling van complexe traumagerelateerde problematiek kan goed gebruik worden gemaakt van het schematherapeutisch model. Het model biedt een kader waarin de samenhang tussen de verschillende symptomen en hun herkomst — de beschadigende ervaringen — in kaart kunnen worden gebracht. Een casusconceptualisatie volgens het schematherapeutisch model is dan ook zeer bruikbaar voor zowel patiënt als therapeut om de ingewikkelde pathologie, de vaak problematische interpersoonlijke relaties en de onderliggende patronen te begrijpen en van daaruit een therapieplan op te stellen.

TABEL 2 *Overzicht van de modi. Bron: Van Genderen & Arntz (2012) en Arntz & Jacob (2011).*

238

Groep modi	Modus
Disfunctionele kindmodi	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kwetsbare, eenzame, verdrietige, verlaten, misbruikte en afhankelijke kindmodi ▶ Razende, boze, impulsieve en ongedisciplineerde kindmodi
Disfunctionele oudermodi	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Veeleisende oudermodus ▶ Straffende oudermodus ▶ Schuldinducerende oudermodus
Copingmodi	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Willoze, inschikkelijke modus ▶ Onthechte beschermermodus ▶ Vermijdende beschermermodus ▶ Boze beschermermodus ▶ Onthechte zelfsussermodus ▶ Zelfverheerlijkermodus ▶ Aandacht- en erkeningzoekermodus ▶ Perfectionistische overcontroleerdermodus ▶ Wantrouwende overcontroleerdermodus ▶ Pest- en aanvalmodus ▶ Bedrog- en manipulatiemodus ▶ Roofdiermodus
Functionele modi	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Blij/gelukkige kindmodus ▶ Gezonde volwassenenmodus

Schematherapeutische interventies

Binnen de schematherapie wordt gebruikgemaakt van diverse cognitieve, experiëntiële en gedragsmatige interventies en procedures uit verschillende therapeutische stromingen. De ervaring leert dat uitleg van het model aan de patiënt op basis van een individuele casusconceptualisatie veelal zeer verhelderend werkt. De patiënt wordt zich ervan bewust dat gebeurtenissen die eerder 'gewoon' en vanzelfsprekend leken een grote emotionele impact op zijn leven hebben. Dit geeft vaak een geruststellend gevoel van erkenning, maar ook een boos en verdrietig gevoel, wanneer de impact tot de patiënt doordringt. Een voorbeeld hiervan is een patiënt die zich voor het eerst realiseert dat hij emotioneel verwaarloosd is omdat zijn ouders er nooit waren wanneer hij ze nodig had, of wanneer hij zich realiseert waarom het steeds niet lukt om gezonde relaties aan te gaan of een baan vast te houden.

Verschillende cognitieve technieken helpen de patiënt om zijn schema's en modi te begrijpen en verbaal aan te vechten, zodat uiteindelijk de modus van de gezonde volwassene wordt versterkt. Voorbeelden zijn G-schema's, de socratische dialoog, de historische toets en de neerwaartse pijltechniek (voor een overzicht, zie: Ten Broeke, Van der Heiden, Meijer & Hamelink, 2008; Van Genderen & Arntz, 2012). Experiëntiële technieken zijn bedoeld om emoties die verband houden met oude schema's op te roepen en vervolgens te 'helen'. Zij ontnemen hun kracht aan overtuigende, corrigerende ervaringen in de veilige context van de therapiekamer, onder andere in de relatie met de therapeut. Imaginatie (met rescripting), stoelentechnieken en (historisch) rollenspel zijn voorbeelden van specifieke interventies die in dit kader kunnen worden ingezet. Interventies gericht op daadwerkelijke gedragsverandering en het toepassen van inzichten in het dagelijks leven zijn gericht op het bestendigen van nieuwe inzichten en gezonde (gedrags)patronen (Van Vreeswijk, Broersen, Giesen-Bloo & Haeyen, 2008; Young et al., 2005).

EMDR (EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING)

.....

EMDR is een *evidence-based* behandelprotocol voor de behandeling van PTSS en aanverwante stoornissen (Shapiro, 2001). Kenmerkend voor het EMDR-protocol is dat stapsgewijs de meest relevante traumatische herinnering(en) in het geheugen worden geactiveerd, waarna de patiënt een afleidende mentale of motorische taak wordt gegeven. De competitie tussen de geactiveerde herinnering en de aandacht die de taak vraagt, zorgt ervoor dat de emotionaliteit en levendigheid van het traumatische beeld sterk afneemt. Dit leidt tot het verdwijnen van de intrusieve beelden en zorgt voor een herinterpretatie van de betekenis van de traumatische ervaringen voor het leven in het hier en nu (voor details, zie: De Jongh & Ten Broeke, 2013).

Inmiddels heeft EMDR zich ontwikkeld tot een geïntegreerd behandelmodel, gebaseerd op de aanname dat psychopathologie in belangrijke mate ontstaat en voortduurt doordat onverwerkte, beschadigende ervaringen in het geheugen worden opgeslagen en een sterk negatieve invloed uitoefenen op het functioneren van de patiënt. Daardoor is het indicatiegebied voor EMDR breder geworden dan uitsluitend PTSS. Ook bij de eerdergenoemde complexe traumagerelateerde problematiek, zoals complexe PTSS, kan EMDR een waardevolle bijdrage leveren aan de behandeling (Ten Broeke, De Jongh & Oppenheim, 2012).

Ordening van traumatische ervaringen

.....

Complexe traumagerelateerde problematiek stelt de EMDR-therapeut voor een flinke uitdaging, zeker als het gaat om complexe PTSS ten gevolge van type 2-trauma. Er moet dan een casusconceptualisatie (CC) worden opge-

steld, die ordening aanbrengt in de vele traumatische ervaringen die de patiënt heeft moeten doorstaan. De CC moet zicht geven op welke herinneringen met name moeten worden bewerkt, en in welke volgorde dat dient te gebeuren. Ten Broeke et al. (2012) doen een voorstel hoe de CC zodanig kan worden vormgegeven dat EMDR gericht op traumaverwerking kan worden ingezet. Dat voorstel ontbeert vooralsnog een stevige wetenschappelijke fundering en is gebaseerd op ervaringen bij de behandeling van patiënten met complexe traumagerelateerde problematiek in de klinische praktijk. Kortweg komt de voorgestelde werkwijze op het volgende neer.

In zekere zin wordt in een fasemodel gedacht, waarbij al in de eerste fase van de behandeling wordt gestreefd naar het verzwakken van de ontregelende invloed van herbelevingen en intrusies. Dit wordt ‘machteloosheid eerst’ genoemd. Hiertoe wordt een top 3 vastgesteld van herinneringen — herbelevingen die de patiënt in het dagelijks leven het meest ontregelen. Het gaat dan per definitie om herinneringen waartegenover de patiënt goeddeels machteloos staat. Door EMDR kan die ontregeling in de meeste gevallen betrekkelijk snel worden verminderd. In samenhang met andere ‘stabiliserende’ interventies wordt zodoende de draaglast verminderd en de draagkracht versterkt.

Daarna zoeken patiënt en therapeut samen naar een ordeningsprincipe om de vele herinneringen aan ingrijpende gebeurtenissen uit het leven van de patiënt in kaart te brengen en groepsgewijs te ordenen. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van ordening op basis van geïdentificeerde daders of op basis van perioden in het leven van de patiënt. Een wat meer geavanceerde wijze van ordenen ontstaat als gebruik wordt gemaakt van een drietal algemene thema’s die worden geoperationaliseerd in zogenaamde ‘kernthema’s’ ofwel kernopvattingen (zie tabel 3).

Telkens wordt gezocht naar herinneringen die horen bij een bepaalde dader of periode, of naar herinneringen die in de ogen van de patiënt gelden als bewijsmateriaal voor de desbetreffende kernthema’s. Deze laatste werkwijze wordt wel ‘EMDR-rechtsom’ genoemd (Ten Broeke et al., 2012). EMDR-rechtsom wordt onderscheiden van het zogenaamde ‘EMDR-linksom’. In het laatste geval is de samenhang tussen de klachten en de beschadigende gebeurtenissen niet direct inzichtelijk — zoals bij PTSS wel het geval is — en moet de leergeschiedenis chronologisch in kaart worden gebracht. EMDR-rechtsom daarentegen is gebaseerd op de aanname dat de vorming van disfunctionele opvattingen aan de basis kan liggen van psychopathologie en dat het verzwakken van het bewijs voor die opvattingen het functioneren van de patiënt zal bevorderen. Met die opvattingen is de patiënt immers niet geboren, maar deze zijn ontstaan op basis van een scala aan ervaringen waaruit als het ware bepaalde conclusies zijn getrokken. Die conclusies kunnen zich manifesteren als intermediaire opvattingen of kernopvattingen (Ten Broeke et al., 2008). Kernopvattingen worden ook wel kernthema’s genoemd (zie:

TABEL 3 *Voorbeeld van ordening van herinneringen aan ingrijpende gebeurtenissen.*

Algemeen thema	Geoperationaliseerd in kernthema/ kernopvatting (voorbeeld)
Interpersoonlijk wantrouwen	‘Mannen zijn levensgevaarlijk.’
Schuld	‘Ik ben verantwoordelijk voor wat mij is overkomen.’
Zelfbeeld	‘Ik ben waardeloos.’

Korrelboom & Ten Broeke, 2014). De met EMDR te behandelen herinneringen worden dan gevonden en geordend op basis van de actuele ‘bewijskracht’ voor de disfunctionele opvattingen. Vanzelfsprekend wordt dan gestart met de meest overtuigende bewijzen (zie: Ten Broeke et al., 2012).

Het EMDR-proces bij complexe traumagerelateerde problematiek

.....

Het uitgangspunt van EMDR is dat het herstel — de verwerking — min of meer ‘vanzelf’ verloopt zodra het proces adequaat is opgestart (De Jongh & Ten Broeke, 2013; Shapiro, 2001). Dit uitgangspunt is gerechtvaardigd bij de meeste (PTSS-)patiënten, maar minder vanzelfsprekend bij mensen met complexe traumagerelateerde problematiek, zoals complexe PTSS. De affecttolerantie is dan soms zeer beperkt, er treedt regelmatig pathologische dissociatie op (zowel in het dagelijks leven als binnen de behandelsessies), de emotieregulatie schiet vaak tekort en de gevormde kernthema’s met betrekking tot zelfbeeld en mensbeeld zijn dermate negatief en rigide dat deze soms niet ‘vanzelf’ gecorrigeerd worden tijdens EMDR. In dit kader wordt regelmatig gebruikgemaakt van zogenoemde *cognitive interweaves* (Shapiro, 2001; Ten Broeke et al., 2012). Daarmee worden goed getimed vragen bedoeld die aanwezige, maar op dat moment onvoldoende beschikbare inzichten in het bewustzijn roepen, zodat die kennis deel kan gaan uitmaken van het (informatie)verwerkingsproces.

COMBINATIE VAN SCHEMATHERAPIE EN EMDR

.....

Een gemeenschappelijk element bij zowel schematherapie als EMDR is de nadruk op het ‘repareren’ van de invloed van beschadigende ervaringen, die ontwrichtend inwerken op het functioneren van de patiënt in het heden.

Dit laatste is vanzelfsprekend prototypisch het geval bij complexe PTSS. Eveneens gemeenschappelijk is dat er bij beide benaderingen naar wordt gestreefd de traumatische gebeurtenissen te herinterpreteren door het activeren van de desbetreffende herinneringen en deze van hun ontwrichtende emotionele lading en disfunctionele betekenis te ontdoen.

EMDR-rechtsom heeft sterke raakvlakken met aspecten van de casusconceptualisatie die bij schematherapie wordt opgesteld. Met name als het gaat om het expliciteren van de samenhang tussen enerzijds schema's/kernopvattingen en anderzijds de daaraan ten grondslag liggende ervaringen zijn de overeenkomsten evident. Oorspronkelijk wordt binnen de schematherapie bij het zoeken van relevante ervaringen vooral gewerkt met (varianten van) de zogenaamde 'affectbrugstrategie'. Een affectbrug wordt gebruikt bij het zoeken naar herinneringen aan ontwrichtende ervaringen die in zeker opzicht een verklaring bieden voor problematische emotionele of fysieke reacties in het heden. Door de patiënt zich te laten concentreren op een recente, representatieve ervaring waarbij de problematische emoties of lichamelijke reacties optraden, kan — zo neemt men aan — op geleide daarvan de patiënt contact maken met ervaringen uit het verleden waarin vergelijkbare emoties aanwezig waren of zelfs ontstonden (Watkins, 1971). De aldus gevonden herinneringen kunnen dan bewerkt worden met technieken als imaginatie met rescripting (Arntz & Weertman, 1999; Van Genderen & Arntz, 2012). Bij EMDR-rechtsom wordt explicieter een zoekstrategie naar relevant bewijsmateriaal gehanteerd en wordt het standaard EMDR-protocol ingezet als interventie. Er is geen enkele dwingende reden de beide werkwijzen niet te zien als aanvullend of ten minste als wederzijdse inspiratiebron. De verschillende strategieën om herinneringen te selecteren die behandeld moeten worden, kunnen overigens ook gecombineerd worden. Zo kan binnen een bepaalde periode — bijvoorbeeld 'misbruik van het achtste tot het elfde levensjaar' — worden gezocht naar herinneringen die 'bewijzen' dat (1) 'niemand te vertrouwen is' en dat (2) de patiënt 'een slecht mens is'. Een variant op deze zoekstrategie is het opsporen van de gevoelsmatig belangrijkste bewijzen van een schema. Hierbij wordt het schema gebruikt als kernthema (zie boven) en wordt middels de EMDR-rechtsom-strategie gezocht naar de herinneringen die bij de belangrijkste bewijzen horen. In aanvulling op het gericht navragen door de therapeut kan goed gebruik worden gemaakt van het faciliteren van het zoekproces door (aspecten van) de affectbrug te gebruiken. Leidend is steeds of er een ordening ontstaat waarin de patiënt zich herkent en die ook de therapeut voldoende handvatten geeft om de behandeling te structureren.

Ook waar het de therapeutische interventies betreft, kan sprake zijn van integratie en inspiratie. Zo wordt binnen het EMDR-proces met patiënten met complexe traumatisering regelmatig gebruikgemaakt van (delen van) IR (zie onder).

Er zijn echter ook verschillen. Zo wordt bij EMDR meer gebruikgemaakt van specifieke zoekstrategieën bij de selectie van de meest relevante herinneringen, terwijl bij schematherapie de nadruk ligt op het gebruik van affectbruggen. Beide benaderingen kunnen overigens prima worden gecombineerd. Daarnaast wordt binnen de schematherapie (veel) actiever ingegrepen in het script van de herinnering — en niet onbelangrijk: nog vóór het trauma daadwerkelijk plaatsvindt — terwijl bij EMDR wordt ingezet op de ‘reinigende’ werking van werkgeheugenbelasting en het volgen van spontane associaties, zonder dat de therapeut intervenueert. Niettemin wordt tijdens EMDR bij complexe stoornissen regelmatig gebruikgemaakt van cognitive interweaves. In de praktijk wordt — en niet alleen door ons — gebruikgemaakt van imaginatie met rescripting bij wijze van cognitive interweave tijdens een EMDR-proces. Veel hangt daarbij af van de creativiteit en de vaardigheden van de therapeut.

De therapeut kan voor de behandeling van traumatische ervaringen steeds de keuze maken uit imaginatie met rescripting of EMDR. Deze keuze is grotendeels afhankelijk van de voorkeur en ervaring van de therapeut en zijn inschatting van wat op dat moment in de therapie het meest werkzaam, wenselijk of nodig is. Die inschatting is tamelijk arbitrair, aangezien er geen richtlijnen voor bestaan. Hoewel de effectiviteit van EMDR bij het behandelen van traumatische herinneringen onomstotelijk is aangetoond en EMDR daarom in zeker opzicht de voorkeur zou moeten genieten, bestaat inmiddels ook voor imaginatie met rescripting evidentie voor effectiviteit (zie bijvoorbeeld: Arntz, 2012; Arntz, Sofi & Van Breukelen, 2013). Naast dergelijke wetenschappelijke argumenten kan het volgende in de overwegingen worden betrokken. In de klinische praktijk wordt vaak onderscheid gemaakt tussen situaties van abuse en die van neglect.

Onze ervaring is dat bij situaties waarin er sprake is geweest van misbruik (wanneer er iets heeft plaatsgevonden wat er niet had moeten zijn) EMDR een goede behandelinterventie is. Bij dit soort situaties zijn de intrusies en herinneringsbeelden vaak heftig, en betrekkelijk eenvoudig te identificeren. Bij situaties van verwaarlozing (waarin er iets ontbrak wat er juist wel had moeten zijn, zoals troost, steun of aandacht) is onze ervaring dat imaginatie met rescripting (al dan niet gecombineerd met EMDR) een goede therapeutische interventie kan zijn. Hier zijn de herinneringsbeelden als zodanig weliswaar minder intrusief en beladen, maar kan de impact op het zelfbeeld en de kans op de ontwikkeling van disfunctionele schema's juist erg groot zijn. De nu volgende casus ('Jolanda') wil een illustratie zijn van de praktische betekenis van genoemde overwegingen.

CASUS JOLANDA

244

Jolanda is een 44-jarige vrouw, die zich aanmeldt met herbelevingen, nachtmerries, verhoogde arousal en schrikachtigheid: er wordt voldaan aan de criteria van een PTSS. De klachten zijn ontstaan na een (onterechte) aanhouding en verblijf in een politiecel. Jolanda heeft een nare jeugd gehad, maar vraagt daar aanvankelijk geen aandacht voor in de behandeling. De therapeut begint vanwege de forse PTSS-klachten vrij snel in de behandeling met EMDR, met de herbelevingsbeelden als target. Wanneer dit recente trauma als het ware is opgeruimd, wordt duidelijk dat er meer aan de hand is dan alleen PTSS. Pas na de behandeling van de PTSS ontstaat er (met name bij Jolanda) kennelijk meer ruimte voor het onderkennen van langer bestaande, onderliggende problematiek. Jolanda voelt zich namelijk schuldig naar haar moeder, met wie zij recent na een ruzie het contact verbroken heeft. De therapeut brengt samen met Jolanda haar levensgeschiedenis meer uitgebreid in kaart. Hieruit blijkt dat zij fors emotioneel en pedagogisch is verwaarloosd door haar alcoholistische moeder en stiefvader, regelmatig is geslagen door beiden en een aantal jaren seksueel is misbruikt door haar oudere broer. Zij heeft haar moeder destijds om hulp gevraagd, maar deze liet Jolanda in de kou staan. Jolanda heeft lang gedacht en willen geloven dat moeder haar niet goed begrepen had, en heeft geprobeerd de hele ervaring te vergeten. Dit lukte redelijk, totdat moeder haar er tijdens de laatste ruzie mee om de oren sloeg. Dit was voor haar de aanleiding om het contact te verbreken. Vanwege haar verwrongen ideeën over wat zij als kind nodig had maar niet heeft gekregen (neglect), en over wat er wel was maar niet had mogen gebeuren (abuse), geeft de therapeut hierover educatie, gebruikmakend van het schematherapeutische model.

Er is in termen van het schemamodel sprake van de schema's emotioneel tekort, wantrouwen/misbruik, sociaal isolement, zelfopoffering en onderwerping (zie tabel 1). De volgende modi staan bij Jolanda centraal: het angstige kind, de onthechte beschermer en de kritische/schuldinducerende ouder (zie tabel 2). Het model helpt Jolanda om de repeterende patronen en haar gedrag te begrijpen. Vanwege het breken met moeder blijken op emotioneel vlak flinke loyaliteitsconflicten en schuldgevoelens te bestaan. Jolanda blijft voelen dat ze moeder niet mag laten vallen, en is bang dat ze na moeders dood spijt zal krijgen van haar beslissing, want 'het blijft toch je moeder'. De therapeut besluit om een aantal beschadigende gebeurtenissen uit haar kindertijd met behulp van imaginatie met rescripting te bewerken, om ook op gevoelsniveau bewustwording en vervulling van haar behoeften als kind te bewerkstelligen.

Voorbeeld imaginatie met rescripting

Jolanda moest als 4-jarig meisje bij de snackkraam om de hoek piccalillysaus halen voor moeder, die aan het koken was. Ze kon het woord ‘piccalilly’ niet onthouden en wist bij de snackkraam niet meer wat ze moest bestellen. Met hulp van de verkoper kwam ze uit op pindasaus. Toen ze met een potje pindasaus thuiskwam, werd moeder daar razend over. Ze schold Jolanda uit voor mislukt kind, sloeg het potje uit haar handen en smeed de pindasaus tegen het plafond. Jolanda was hevig geschrokken en voelde zich slecht over het feit dat ze de boodschap verkeerd had onthouden. Ze was erg bang en verdrietig.

Tijdens de imaginatie van dit voorval stapt de therapeut zelf in beeld, omdat Jolanda desgevraagd geen idee heeft wat er had moeten gebeuren. Haar modus van ‘gezonde volwassene’ schiet in deze situatie tekort door gebrek aan een goed voorbeeld. De therapeut spreekt moeder in het beeld streng toe over haar gedrag. Samen met Jolanda bedenkt de therapeut een passende maatregel voor moeder. Ze besluiten om moeder naar haar slaapkamer te sturen met de deur op slot, zodat het rustig is in huis. Daarna troost de therapeut kleine Jolanda en legt ze uit dat het niet haar schuld is. Ze maken samen het eten af.

Jolanda leert door de imaginatie met rescripting om de situatie vanuit een ander perspectief te zien (‘het was niet normaal wat er gebeurde’). Ze is opgelucht en blij verrast dat er ‘eindelijk eens iemand tegen mijn moeder in opstand komt’. De troost die zij ervaart tijdens de IR doet haar veel goed en maakt emoties los. Na een aantal sessies imaginatie met rescripting lukt het haar om zich ook emotioneel meer los te maken van moeder.

Ondanks de heftige emoties die zijn geassocieerd met deze herinnering wordt niet gekozen voor EMDR omdat de modus ‘gezonde volwassene’ bij Jolanda nog nauwelijks tot ontwikkeling is gekomen en de therapeut daarom aanneemt dat zij niet ‘op eigen kracht’ tot adaptieve informatieverwerking kan komen.

Ondertussen houdt Jolanda last van (nachtelijke) angsten en verhoogde alertheid, met slaapproblemen als gevolg. Wanneer de therapeut met een affectbrug de herkomst van deze gevoelens met Jolanda onderzoekt, blijkt dat ervaringen van seksueel misbruik door haar negen jaar oudere broer, toen Jolanda tussen de 9 en 12 jaar oud was, deze angst- en slaapkachten aansturen. Door vervolgens te vertellen over het misbruik — iets wat ze nooit eerder heeft gedaan — nemen de herbelevingen en intrusies van het misbruik toe. De therapeut besluit om deze ervaringen met EMDR te bewerken. Binnen de EMDR-sessies wordt vanwege *blocking* gebruikgemaakt van cognitive interweaves met rescripting. De term ‘blocking’ verwijst naar een algehele stagnatie van het proces van informatieverwerking (Ten Broeke et al., 2012), waardoor de emotionele lading, in termen van scores op de SUD-

schaal (Subjective Unit of Distress-schaal), opgeroepen door het meest traumatische beeld niet verder afneemt.

Voorbeeld EMDR met rescripting

Target: 'Ik was onderweg naar de kamer van mijn broer. Ik zie mezelf staan op de overloop, met mijn nachtjapon aan. Het is donker en koud.' De SUD start op 10 en is na drie sessies gedaald naar 8. De angst die zij ziet in haar gezicht en lichaam maken het beeld voor haar nog erg akelig. De associaties zijn vooral fysiek van aard (warm/koud gevoel, misselijkheid), maar veranderen niet. Jolanda lijkt de emoties tegen te houden. De SUD zakt ook niet verder. De therapeut besluit om deze blocking te verhelpen door een op rescripting gerichte cognitive interweave in te zetten:

- T: Wat komt er op?
 J: Dat ik daar alleen zit, in elkaar gebogen, met mijn armen over mijn hoofd.
 T: Wat heeft de kleine Jolanda nodig?
 J: Hulp.
 T: Oké, concentreer je daarop.
 [Er volgt een set oogbewegingen.]
 Wat komt er op?
 J: Er was geen hulp.
 T: Stel je voor dat jij als volwassen Jolanda in het beeld komt. Hoe ga je de kleine Jolanda helpen?
 J: Ik sla een arm om haar heen.
 T: Heel goed, ga daar mee door.
 [Er volgt een set oogbewegingen.]
 Wat komt er op?
 J: Mijn broer is er ook.
 T: Zeg maar tegen je broer: 'Blijf van haar af, laat haar met rust'.
 J: Blijf van haar af! Je mag dit niet doen met haar! Laat haar met rust!
 T: Heel goed, Jolanda. Wat is er nog meer nodig?
 J: Mijn broer moet weg.
 T: Oké, heel goed! Waar moet hij heen?
 J: Ik stuur hem weg, in de donkere nacht. Hij moet naar buiten, en ik doe de deur op slot.
 T: Concentreer je daarop.
 [Er volgt een set oogbewegingen.]
 Wat komt er op?
 J: Hij kan er nu niet meer in. Het is veilig.
 T: En hoe is het met de kleine Jolanda? Wat heeft zij nog nodig?
 J: Met kleine Jolanda is het goed, want ik ben nu bij haar.

T: Heel goed, concentreer je daarop.
[Er volgt een set oogbewegingen.]

Bij 'back to target' is de SUD naar 4 gedaald. De EMDR kan daarna volgens basisprotocol verder uitgevoerd worden tot het target neutraal (SUD = 0) is geworden. Hoewel er hierna nog wel wat beelden met behulp van EMDR moeten worden geneutraliseerd, gaat het verloop ervan meer 'vanzelf'. Dat wil zeggen dat de therapeut minder hoeft te helpen met cognitive interweaves in het algemeen, en rescripting in het bijzonder. Het proces is als het ware vlotgetrokken door rescripting aan de EMDR toe te voegen.

BESCHOUWING EN AANMOEDIGING

.....

In dit artikel lieten we zien dat de behandeling van complexe traumagerelateerde problematiek vaak grillig verloopt en een uitdaging vormt voor de therapeut. Met de bestaande behandelprotocollen voor PTSS komt men vaak niet uit. Een goede casusconceptualisatie is dan ook onontbeerlijk om tot een effectieve behandeling (strategie) te komen. Schematherapie en EMDR kunnen een belangrijke rol spelen in de behandeling van complexe traumagerelateerde problematiek en kunnen elkaar wederzijds aanvullen. Schematherapie heeft inmiddels zijn sporen verdiend in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, en EMDR is een van de eerstekeuzebehandelingen bij PTSS. Binnen het model van de schematherapie kan EMDR goed geïntegreerd worden, als techniek en als zoekstrategie (EMDR-rechtsom). Daarnaast kan de in schematherapie veelgebruikte imaginatie met rescripting, met geavanceerde cognitive interweaves, in het EMDR-proces worden geïntegreerd om het verwerkingsproces als het ware vlot te trekken.

Dit artikel is vooral gebaseerd op ervaringen uit de klinische praktijk: er is nog geen empirische evidentie voor de combinatie van EMDR en schematherapie. Onderzoek zal deze praktijkervaringen verder moeten onderbouwen. Ook kan onderzoek preciseren wanneer en hoe deze behandelmodellen en hun technieken het beste kunnen worden toegepast, zodat richtlijnen kunnen worden ontwikkeld. Wij willen therapeuten aanmoedigen om vooral creatief om te gaan met het combineren van EMDR en schematherapie, en gebruik te maken van hun mogelijkheden en wederzijdse inspiratie. Belangrijk is daarbij wel dat de therapeut zo dicht mogelijk bij de bestaande werkwijze blijft en steeds kan verantwoorden waarom hij bepaalde keuzes maakt. Laten we vooral blijven praten over wat er wel en niet kan, in plaats van wat er wel en niet 'mag'.

We houden ons aanbevolen voor reacties en ervaringen uit de praktijk.

ANNEMIEKE DRIESSEN is klinisch psycholoog, psychotherapeut en cognitief gedrags-therapeut, werkzaam bij PsyQ Haaglanden, afdeling Psychotrauma, Carel Reijnierszkaade 197, 2593 HR Den Haag. E-mail: a.driessen@psyq.nl

ERIK TEN BROEKE is klinisch psycholoog en cognitief gedragstherapeut, vrijgevestigd te Deventer.

Summary In contrast to PTSD, the evidence pertaining to evidence-based treatments for complex trauma-related disorders is scarce. Therefore, clinicians have to be able to develop a comprehensive ‘tailor-made’ case conceptualization, and they must be creative and flexible, in order to facilitate the sometimes difficult or even disrupted therapeutic process. In our opinion schema focused therapy (SfT) and EMDR can oftentimes supplement and even strengthen each other in clinical practice. There are several similarities between the SfT framework and the so-called ‘two method approach for EMDR’ used in The Netherlands. These similarities are summarized. Furthermore, several specific SfT techniques, especially ‘imagery and rescripting’, can be used during the EMDR process to facilitate ‘blocked processing’. In this article we describe how — in our view — SfT and EMDR can be combined in clinical practice. This is illustrated by means of a case presentation.

Key words *complex trauma-related disorders, schemafocused therapy, EMDR, imagery and rescripting.*

Literatuur

- Aalders, H. & Dijk, J. van (2012). *Schema-gerichte therapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition) (DSM-5).
- Arntz, A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 2, 189-208.
- Arntz, A. & Jacob, G. (2011). *Schematherapie. Een praktische handleiding*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Arntz, A., Sofi, D. & Breukelen, G. van (2013). Imagery rescripting as treatment for complicated PTSD in refugees: A multiple baseline case series study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 274-283.
- Arntz, A. & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715-740.
- Bisson, J.I. (2013). What happened to harmonization of the PTSD diagnosis? The divergence of ICD11 and DSM5. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22, 205-207.
- Broeke, E. ten, Heiden, C. van der, Meijer, S. & Hamelink, H. (2008). *Cognitieve therapie: De basisvaardigheden*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Broeke, E. ten, Jongh, A. de & Oppenheim, H. (red.) (2012). *Praktijkboek EMDR: Casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, J., ... Hart, O. van der (2012). *The ISTSS expert consensus treatment guidelines*

- for complex PTSD in adults. Retrieved from <http://www.istss.org>.
- Genderen, H. van & Arntz, A. (2012). *Schematherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Jongh, A. de & Broeke, E. ten (2013). *Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelmethode voor de behandeling van psychotrauma*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Korn, D.L. (2009). EMDR and the treatment of complex PTSD: A review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(4), 264-278.
- Korrelboom, K. & Broeke, E. ten (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Minnen, A. van (2008). Wie durft? Tien misverstanden over exposure bij de behandeling van PTSS-patiënten. *Gedragstherapie*, 41, 313-329.
- Minnen, A. van, Harned, M.S., Zoellner, L. & Mills, K. (2013). Vermeende contra-indicaties voor (imaginaire) exposurebehandeling voor PTSS onder de loep. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 4, 261-286.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.
- Vreeswijk, M.F. van, Broersen, J., Giesen-Bloo, J. & Haeyen, S. (2008). Technieken in schematherapie (pp. 93-105). In: M.F. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (red.), *Handboek schematherapie: Theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Watkins, J.G. (1971). The affect bridge: A hypnoanalytic technique. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19(1), 21-27.
- World Health Organization (WHO) (in voorbereiding, verwacht in 2017). *The international classification of diseases* (11th edition). Geneve: WHO.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Nieuw bij Boom Psychologie



Deel 1 en 2 nu ook verkrijgbaar als voordelige set

Volledig geactualiseerd: standaardwerk voor de jeugd-ggz

- 21 krachtige en effectieve behandelprotocollen voor uiteenlopende psychische klachten bij kinderen en adolescenten
- Aangepast aan de DSM-5 en recente ontwikkelingen in het werkveld
- Twee nieuwe behandelingen: voor ernstige voedselweigeren en angststoornissen bij kinderen met autisme-spectrumstoornissen

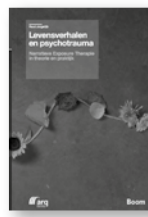
9789089532053 € 79,50

Herzienting veelgebruikte persoonlijkheidsvragenlijst



handleiding 9789089533654 € 107,52
zelfscorende formulieren 9789089533661 € 102,22

Handboek narratieve exposure therapie



9789461056375 € 37,50

Online zelfhulp cursus Borderline



online toegang € 29,50

Unieke visie op jeugdhulpverlening



9789089532466 € 22,50

Lees meer over deze uitgaven op www.boompsychologie.nl

Boom Psychologie

info@boompsychologie.nl | (020) 524 45 14
Krijgt u onze nieuwsbrief al? Schrijf u in via de website!

Prijzen gelden in 2014, onder voorbehoud van wijzigingen.

Nu verkrijgbaar:

Beknopt overzicht van de criteria van de DSM-5®



Handzame uitgave met de criteria van de DSM-5

Het beknopt overzicht bevat de DSM-5-classificaties, de hoofdstukken over het gebruik van de DSM-5 en de classificatiecriteria.

U gebruikt dit naslagwerk in combinatie met het Handboek DSM-5 om de criteria bij een psychische stoornis snel en eenvoudig te kunnen raadplegen.

paperback 9789089532237 € 59,95
ringband 9789089532251 € 59,95

DSM-5: het ultieme naslagwerk



Reserveer verwachte DSM-5-uitgaven nu al in onze webshop

hardcover 9789461059598 € 149,95
paperback 9789089532220 € 112,95

paperback 9789089532756 € 49,95

Bestel al uw exemplaren op www.dsm-5-nl.org

Boom Psychologie

info@boompsychologie.nl | (020) 524 45 14
Krijgt u onze nieuwsbrief al? Schrijf u in via de website!

Prijzen gelden in 2014, onder voorbehoud van wijzigingen.