

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](http://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](http://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](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Traumabehandeling met het schemamodusmodel en EMDR

## Handvatten voor casusconceptualisatie en interventies

LINDA HUMMEL & ANNEMIEKE DRIESSEN

### Samenvatting

Tussen traumagerelateerde klachten zoals PTSS en persoonlijkheidsproblematiek bestaat veel overlap. Deze overlap pleit voor een meer geïntegreerde behandeling. Eerder is beschreven dat EMDR en schematherapie elkaar hierin goed kunnen aanvullen en ondersteunen (Driessen & ten Broeke, 2014; van Dijk, Hornsveld, & Koolstra, 2015). In dit artikel bouwen wij hierop voort en richten wij ons specifiek op de mogelijkheden van het modusmodel bij het conceptualiseren en uitvoeren van een EMDR-behandeling. Wij laten zien hoe het modusmodel behulpzaam kan zijn bij het maken van een casusconceptualisatie en bij het selecteren van relevante targets voor traumabehandeling. Vervolgens beschrijven we mogelijke stagnaties en moeilijkheden tijdens de EMDR-behandeling en welke interventiemogelijkheden het modusmodel hierin biedt. Tot slot laten we vanuit beide therapiemethoden technieken zien die de gezonde-volwassenemodus kunnen versterken.

*Trefwoorden: PTSS, complexe traumaproblematiek, persoonlijkheidsstoornis, schematherapie, EMDR, modusmodel*

### INLEIDING

Tussen (complexe) traumagerelateerde klachten en persoonlijkheidsproblematiek is veel overlap. Bekend is dat beschadigende ervaringen, zoals misbruik, mishandeling, verwaarlozing en een onveilig opvoedingsklimaat in de kindertijd, het risico op de ontwikkeling van zowel persoonlijkheidsproblematiek als (complexe) posttraumatische-stressstoornis (PTSS) vergroten. De comorbiditeit tussen PTSS en persoonlijkheidsstoornissen is groot.

Van de patiënten met een PTSS voldoet 35% (Friborg, Martinussen, Kaiser, Overgård, & Rosenvinge, 2013) tot 50% (Bovin, Wolf, & Resick, 2017) aan de criteria van één of meerdere persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast rapporteert 50%-75% van de patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis seksueel misbruikt te zijn (Meijland, 2007). Deze overlap pleit voor een (meer) geïntegreerde behandeling van traumaproblematiek, waaronder PTSS, en persoonlijkheidsproblematiek.

Schematherapie en *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) zijn bewezen effectieve behandelmethoden voor respectievelijk persoonlijkheidsstoornissen en posttraumatische-stressstoornis (PTSS). Schematherapie en EMDR laten zich in de klinische praktijk goed combineren (zie ook Driessen & ten Broeke, 2014; van Dijk et al., 2015). Schematherapie heeft aandacht voor de gevolgen van vroegkinderlijke beschadigende ervaringen. Middels de therapeutische houding *limited reparenting* (Young, Klosko, & Weishaar, 2005) tracht de therapeut in de onvervulde behoeften van de patiënt te voorzien, en met de techniek imaginatie met rescripting (ImRs) kunnen traumatische ervaringen worden verwerkt. EMDR kan binnen een schematherapeutische behandeling goed worden toegepast als werkingsgerichte techniek. Daarnaast bieden de zogenaamde 'EMDR-zoekstrategieën' handvatten om de belangrijkste beschadigende herinneringen op te sporen die gerelateerd zijn aan de actuele psychopathologie.

Hoewel de theorie van de schematherapie aanvankelijk vooral gericht was op de (gemiste) basisbehoeften in de kindertijd en de daaruit ontwikkelde schema's (patronen), wordt heden ten dage steeds meer gewerkt met het modusmodel. Dit geldt vooral wanneer er sprake is van ernstige en complexe persoonlijkheidsstoornissen. Kort samengevat komt het modusmodel erop neer dat verschillende 'kanten' van de patiënt in kaart worden gebracht, die vervolgens richting geven aan therapeutische interventies. Onderscheiden worden oudermodi (de geïnternaliseerde ouderboodschappen), kindmodi (de traumata en opgelopen kwetsuren), copingmodi (die ervoor zorgen dat pijn wordt vermeden of bestreden), de gezonde-volwassenemodus en de blijie-kindmodus. Het modusmodel geeft handvatten om de dynamiek van disfunctionele patronen te begrijpen en geeft richting aan therapeutische interventies. Voor meer informatie over schematherapie, de basisbehoeften, de schema's en het modusmodel, zie bijvoorbeeld Young en collega's (2005), van Genderen, Rijkeboer en Arntz (2008), en van Genderen, Jacob en Seebauer (2012).

Een andere ontwikkeling binnen de schematherapie is dat men steeds eerder 'durft' te starten met traumabehandeling. Terwijl jaren geleden nog werd geadviseerd om de traumagerichte interventies tot de laatste behandelfase te bewaren, worden therapeuten nu aangespoord om 'zo snel mogelijk' de pijn van de kwetsbare-kindmodus te behandelen (Arntz, keynote-lezing Schematherapiecongres, 2017), of in elk geval zodra de therapeutische relatie veilig genoeg is (Rijkeboer, van Genderen, & Arntz, 2017). Dit sluit aan bij de

recente discussie binnen het onderzoeksveld naar de behandeling van complexe PTSS: in hoeverre is stabiliseren noodzakelijk voordat wordt begonnen met traumabehandeling? Steeds meer wordt ervoor gepleit om traumabehandeling zo vlug mogelijk te starten (de Jongh et al., 2016). Bij complexere problematiek verloopt traumaverwerking echter niet vanzelf en is een goede casusconceptualisatie noodzakelijk (Driessen & ten Broeke, 2014; Spierings, 2015).

In dit artikel richten wij ons op de mogelijkheden van het modusmodel bij het conceptualiseren en uitvoeren van een traumagerichte (EMDR-)behandeling. De focus ligt hierbij op patiënten bij wie sprake is zowel van persoonlijkheidsproblematiek als van traumatische herinneringen, al dan niet in het kader van een PTSS. We staan stil bij problemen die zich tijdens de verwerking kunnen voordoen en hoe modigerichte interventies behulpzaam kunnen zijn om deze problemen op te lossen. Tot slot besteden we aandacht aan het versterken van positieve herinneringen en eigenschappen; ook hierbij bieden elementen uit zowel de EMDR-procedure als de schematherapie handvatten. We gaan er in dit artikel van uit dat de verwerkingsgerichte interventies deel uitmaken van een 'bredere' schematherapeutische behandeling.

#### COMPLEXE TRAUMAPROBLEMATIEK: DE CASUSCONCEPTUALISATIE ALS BASIS VOOR BEHANDELING

.....

Bij de behandeling van traumagerelateerde problematiek die gepaard gaat met persoonlijkheidsproblematiek is een goede casusconceptualisatie onontbeerlijk. Daarbij is het van belang dat er een samenhang is tussen de traumatische ervaringen en de actuele symptomatologie van de patiënt, die ook voor de patiënt herkenbaar is. Bij complexe traumaproblematiek is de verwerking van nare herinneringen in de regel een belangrijk behandeldoel. Middels traumagerichte interventies wordt getracht om de belangrijkste en meest invaliderende herinneringen van hun lading te ontdoen, waarbij een zo groot mogelijke generalisatie wordt nagestreefd. Dat wil zeggen dat de te behandelen herinnering zodanig wordt geselecteerd dat verwacht kan worden dat vergelijkbare herinneringen gelijktijdig worden gedesensitiseerd en 'geneutraliseerd', zonder dat deze expliciet de aandacht krijgen (zie ook: ten Broeke, Oppenheim, & de Jongh, 2012). De verwerking van traumatische herinneringen staat echter niet op zichzelf: verwerkingsgerichte interventies maken deel uit van een breder behandelplan, met een casusconceptualisatie als basis. In dit artikel gebruiken wij het modusmodel als casusconceptualisatie voor het ordenen van trauma's en gebruiken we dit als basis om te interveniëren (bij stagnatie) tijdens de verwerkingsfase.

MODUSMODEL

.....

Een modus is een actuele emotionele toestand die bepalend is voor de gedachten en het gedrag van de patiënt op dat moment. 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 ouders of van belangrijke anderen 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-volwassenemodus en de blijekindmodus. 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 ‘blijke kind’ verder te ontwikkelen (Driessen & ten Broeke, 2014; Young et al., 2005). Voor een overzicht van de verschillende modi, zie tabel 1.

TABEL 1 *Overzicht van de verschillende modi*

Modigroep	Modus
<b>Disfunctionele kindmodi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Het kwetsbare, eenzame, verdrietige, verlaten, misbruikte en afhankelijke kind</li> <li>▶ Het razende, boze, impulsieve en ongedisciplineerde kind</li> </ul>
<b>Disfunctionele oudermodi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ De veeleisende ouder</li> <li>▶ De straffende ouder</li> <li>▶ De schuldinducerende ouder</li> </ul>
<b>Copingmodi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ De willoze inschikkelijke</li> <li>▶ De onthechte beschermer</li> <li>▶ De vermijdende beschermer</li> <li>▶ De boze beschermer</li> <li>▶ De onthechte zelfsusser</li> <li>▶ De zelfverheerlijker</li> <li>▶ De aandacht- en erkenningzoeker</li> <li>▶ De perfectionistische overcontroleerder</li> <li>▶ De wantrouwende overcontroleerder</li> <li>▶ De pest en aanval-modus</li> <li>▶ De bedrog en manipulatie-modus</li> <li>▶ De roofdiermodus</li> </ul>
<b>Functionele modi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Het blij/gelukkige kind</li> <li>▶ De gezonde volwassene</li> </ul>

Bron: van Genderen & Arntz (2012); Arntz & Jacob (2012); Driessen & ten Broeke (2014)

## SELECTEREN VAN EMDR-TARGETS MET HET MODUSMODEL

.....

190

Wij denken dat het modusmodel een goede basis kan zijn voor het maken van een casusconceptualisatie om relevante EMDR-targets op te sporen wanneer er sprake is van complexe traumaproblematiek en persoonlijkheidsproblematiek. Het modusmodel biedt immers handvatten om een veelheid aan problemen, gedragingen en klachten op begrijpelijke wijze in kaart te brengen en te behandelen.

Er bestaan specifieke modusmodellen voor de meeste persoonlijkheidsstoornissen (zie bijvoorbeeld: Arntz & Jacob, 2012; Dadashzadeh, Hekmati, Gholizadeh, & Abdi, 2016; Lobbestaël, 2008). Deze modellen kunnen worden gebruikt als leidraad om een modusmodel op maat met de patiënt te maken. Dit modusmodel op maat wordt vervolgens gebruikt om trauma's te ordenen en te selecteren voor verwerking.

Het is van belang dat de patiënt (en de therapeut) het modusmodel op maat goed begrijpt en zich eigen heeft gemaakt. Dit modusmodel vormt namelijk de rode draad in de behandeling: traumatisch geheugenmateriaal wordt volgens het modusmodel geordend, zoals wij hieronder verder zullen toelichten, en het model biedt handvatten voor interventies tijdens de verwerkingsfase. Naast het in kaart brengen van klachten en problemen, kan in de casusconceptualisatie ook ruimte worden gemaakt voor bestaande positieve kennis en coping. Binnen het modusmodel worden deze binnen de gezonde-volwassenemodus en de blijde-kindmodus geplaatst.

### *Herbelevingen versus negatief zelfbeeld*

.....

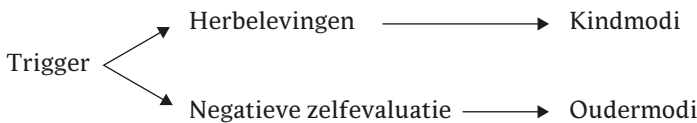
De modi binnen het modusmodel vormen een dynamisch geheel: ze volgen elkaar vaak in een bepaalde volgorde op en houden elkaar in stand. Binnen deze dynamiek zijn er twee belangrijke manieren te onderscheiden waarop een patiënt in aanraking komt met negatieve gevoelens: ofwel door een herbeleving, waarbij de (pijn van de) traumatische gebeurtenis direct wordt geactiveerd, ofwel door een negatieve (zelf)evaluatie (zie figuur 1).

Binnen het modusmodel kunnen herbelevingen en nare herinneringen bij de modus van het kwetsbare kind of het boze/woedende kind worden geplaatst. De patiënt krijgt als gevolg van een zogenaamde *trigger* een herbeleving, ervaart daarbij hevige gevoelens van pijn, eenzaamheid, boosheid of angst, en komt in de kwetsbare- of boze-kindmodus.

Soms leidt een trigger niet zozeer tot een herbeleving, maar eerder tot een negatieve (zelf)evaluatie. Deze kan worden beschreven middels een kernopvatting: een globale, rigide, onvoorwaardelijke en overgegeneraliseerde opvatting over de eigen persoon, over anderen, over de wereld in het algemeen of over de toekomst, die door de patiënt vrijwel kritiekloos als absolute waarheid wordt beschouwd (ten Broeke, van der Heiden, Meijer, & Hamelink, 2008). Binnen het modusmodel worden kernopvattingen die behoren

bij een negatief zelfbeeld bij de oudermodi geplaatst. De patiënt gelooft bijvoorbeeld over zichzelf dat hij waardeloos is. Wanneer de patiënt dan commentaar krijgt van een collega, activeert dit de straffende-oudermodus, die zegt: 'Zie je wel, het wordt nooit wat met jou.' Een schematherapeut zal zo'n opvatting trachten egodystoon te maken door haar vanuit de derde persoon te verwoorden: 'De stem die tegen jou zegt: jij bent waardeloos.' De oudermodus activeert op haar beurt de kindmodus, die de pijn voelt.

Samengevat: wanneer een herinnering een herbeleving is, waarbij de intrusiviteit van de herinnering vooropstaat, kan deze bij de kindmodi worden geplaatst. Wanneer niet zozeer de intrusiviteit vooropstaat maar vooral de betekenisgeving van de herinneringen, kunnen de herinneringen meestal bij de oudermodi worden geplaatst. Aan patiënten kan dit als volgt worden uitgelegd: 'Vaak doen situaties in jouw dagelijks leven je herinneren aan nare situaties uit je verleden, en voel je je weer precies zoals toen. Dit noemen wij de kwetsbare-kindmodus. In de behandeling gaan we eerst aan de slag met de verwerking van deze herinneringen, zodat deze rustiger aanvoelen en je er in je dagelijks leven minder last van hebt. Verder kijk je heel negatief naar jezelf en ga je straffend of veeleisend met jezelf om – dit gebeurt vanuit de oudermodi. Als tweede stap gaan we aan de slag met het verwerken van herinneringen die voor jou nu gevoelsmatig nog bewijzen dat jouw oudermodus gelijk heeft. Ons doel is om de oudermodi te bestrijden, zodat ze minder invloed op je hebben en je gezonde-volwassenemodus meer kans krijgt om op een goede manier met jezelf en anderen om te gaan.'



FIGUUR 1 *Herbelevingen en negatief zelfbeeld*

*Behandeling van de kindmodi volgens EMDR-rechtstreeks ofwel de intrusieroute*

Wanneer er bij de patiënt sprake is van herbelevingen of intrusieve herinneringen, wordt geadviseerd om de behandeling hiermee te beginnen. Binnen een EMDR-behandeling noemen we de EMDR die direct op de traumatische beelden is gericht 'EMDR-rechtstreeks', 'machteloosheid-eerst' of de 'intrusieroute' (de Jongh & ten Broeke, 2013; Hornsveld, ten Broeke, & de Jongh, 2017). In het modusmodel plaatsen we de nare herinneringen bij de kindmodi. Een reden om herbelevingen eerst te behandelen, is dat deze in de regel veel lijdensdruk genereren en meestal sneller 'op te ruimen zijn' dan

herinneringen die onderliggend zijn aan een negatief zelfbeeld (ten Broeke et al., 2012, p. 162). Wanneer gewerkt wordt met het modusmodel, worden juist die herinneringen opgespoord waardoor de patiënt rechtstreeks in een kindmodus terechtkomt. Het kan hier gaan om klachten die bij PTSS passen, maar het kunnen ook intrusieve herinneringen zijn waarbij niet aan de overige PTSS-criteria wordt voldaan.

*Behandeling van de oudermodi volgens EMDR-rechtsom of de opvattingenroute*

.....

Wanneer in de psychopathologie het negatieve zelfbeeld van de patiënt vooropstaat en wanneer de belangrijkste herbelevingen zijn gedesensitiseerd, kan de behandeling worden gericht op het verminderen van de geloofwaardigheid van de oudermodi. Wanneer de oudermodi aan geloofwaardigheid en kracht inboeten, zullen zij minder invloed uitoefenen op de patiënt.

**Formuleer de kernopvatting die past bij de oudermodus** – Eerst wordt voor de belangrijkste oudermodus de bijpassende ‘boodschap’ of kernopvatting geformuleerd. Bij de straffende-oudermodus kan dit bijvoorbeeld zijn ‘Ik ben slecht’ of ‘Ik ben een vreselijk mens’ (Arntz & Jacob, 2012, p. 43; van Dijk et al., 2015, p. 497).

**Selecteer relevante herinneringen volgens de rechtsomprocedure** – Wanneer de belangrijkste kernopvatting is geselecteerd, kunnen relevante herinneringen worden gevonden middels de EMDR-rechtsomprocedure. Hierbij wordt gevraagd welke herinneringen voor de patiënt gevoelsmatig nu nog steeds bewijzen dat de kernopvatting waar is. De verwerking van de herinneringen verloopt volgens het EMDR-standaardprotocol. Wanneer deze herinneringen zijn verwerkt, wordt steeds nagegaan in hoeverre de geformuleerde kernopvatting nog geloofwaardig is voor de patiënt. Belangrijk hier is dat EMDR-rechtsom niet alleen wordt toegepast wanneer er sprake is van een negatief zelfbeeld, maar ook bij disfunctionele kernopvattingen over anderen of over de wereld. In dit artikel gebruiken wij de rechtsomzoekstrategie vooral voor het verminderen van een negatief zelfbeeld, of – om in termen van modi te spreken – voor het opsporen van herinneringen die het ‘gelijk’ van de oudermodus gevoelsmatig nog steeds bewijzen. Voor een uitgebreide beschrijving van de werkwijze EMDR-rechtsom, zie: ten Broeke, de Jongh en Hornsveld (2012).

**Welke oudermodus eerst?** – Wanneer bij de patiënt meerdere oudermodi een belangrijke rol spelen, moet worden nagegaan welke oudermodus als eerste geselecteerd wordt. Een voor de hand liggende oplossing is om met de patiënt na te gaan welke oudermodus het meest hinderlijk en overheersend is. Een tweede mogelijkheid is om te kiezen voor die oudermodus die het



meest 'vooraan' komt in de onderlinge dynamiek tussen de modi. Samen met de patiënt wordt nagegaan hoe in de meeste situaties de oudermodi elkaar opvolgen. In de behandeling wordt dan gestart met de oudermodus die als eerste optreedt en de negatieve spiraal in werking zet.

Een voorbeeld is een patiënt die last heeft van de veeleisende-oudermodus. Wanneer de patiënt als 'kwetsbaar kind' aangeeft daar niet aan te kunnen voldoen, activeert dit de schuldinducerende-oudermodus, die tegen de modus van het kwetsbare kind zegt dat andere mensen het veel zwaarder hebben. Dit activeert de straffende-oudermodus, die het kind waardeloos of slecht vindt. Bij de dynamiek in dit voorbeeld kan worden gestart met de veeleisende-oudermodus, omdat deze de negatieve spiraal in werking zet.

Wanneer een keuze op basis van bovengenoemde criteria niet mogelijk is, raden wij aan om de straffende-oudermodus als eerste te behandelen. Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en ernstige traumagerelateerde problematiek is er – in onze ervaring – vrijwel altijd sprake van een sterke straffende-oudermodus. Deze is vaak het meest ondermijnend voor de patiënt.

De hierboven beschreven werkwijze sluit aan bij de aanbevolen behandeling van complexe PTSS zoals beschreven in het *Praktijkboek EMDR* (ten Broeke, de Jongh, & Oppenheim, 2012), waarin eerst de herbelevingen worden behandeld en vervolgens middels EMDR-rechtsom het negatieve zelfbeeld wordt behandeld. Door gebruik te maken van het modusmodel, kan deze behandeling worden geïntegreerd in een schematherapeutische behandeling en worden toegepast bij complexe traumaproblematiek en persoonlijkheidsproblematiek.

**Zelfbeeldproblematiek behandelen met EMDR-rechtsom: een nuancering** – Recentelijk is onderzoek gedaan naar het behandelen van een negatief zelfbeeld middels de EMDR-rechtsommethode ten opzichte van andere methoden om zelfbeeld te behandelen. In het onderzoek van Staring en collega's (2016) kregen patiënten met een negatief zelfbeeld zes sessies COMET (Korrelboom, 2011) en zes sessies EMDR-rechtsom in willekeurige volgorde. COMET bleek effectiever in het behandelen van het negatieve zelfbeeld dan EMDR-rechtsom. Ten Broeke adviseerde in een interview met *EMDR Magazine* (de Zwart, 2016) om bij EMDR-rechtsom vooral te werken met targets met voldoende hoge lading (op de SUD-schaal: Subjective Units of Disturbance-schaal), en uitsluitend onder de voorwaarde dat het negatieve zelfbeeld ter plekke voelbaar moet zijn wanneer de negatieve herinnering wordt opgeroepen. Ook van der Vegt en Griffioen deden onderzoek naar de behandeling van zelfbeeldproblemen. Zij vergeleken EMDR met de witboekmethode van Manja de Neef (2010) bij patiënten met een negatief zelfbeeld. Na tien sessies bleken beide methoden effectief in het verbeteren van het zelfbeeld (Griffioen, van der Vegt, de Groot, & de Jongh, 2017). Vanuit onze ervaringen in de klinische praktijk gaan we er vooral nog van uit

dat, wanneer we bij patiënten met complexe traumagerelateerde problematiek een herkenbare samenhang zien tussen de traumatische herinneringen en het huidige negatieve zelfbeeld, het de moeite waard is om deze herinneringen te desensibiliseren en zo ruimte te scheppen voor het ontwikkelen van een positiever zelfbeeld. Samengevat zijn de volgende factoren van belang:

- ▶ Er is een duidelijke samenhang tussen de traumatische herinneringen en het huidige negatieve zelfbeeld van de patiënt.
- ▶ De geselecteerde targets hebben een hoge SUD.
- ▶ Het negatieve zelfbeeld is ter plekke voelbaar wanneer de negatieve herinnering wordt opgeroepen.

Verder empirisch onderzoek zal moeten uitwijzen in hoeverre en wanneer verwerking van onderliggende negatieve ervaringen geïndiceerd is.

#### DE ROL VAN MODI BIJ TRAUMAVERWERKING

.....

##### *De gezonde-volwassenemodus en limited reparenting tijdens een EMDR-sessie*

.....

Wanneer EMDR wordt toegepast voor de gevolgen van een eenmalig trauma, kan het verwerken van de herinneringen hieraan voldoende zijn om de klachten verhelpen (Solomon & Shapiro, 2008). De reeds aanwezige, zogenaamde 'adaptieve kennisnetwerken' zorgen ervoor dat de herinnering van haar lading wordt ontdaan en daarmee adequaat wordt verwerkt.

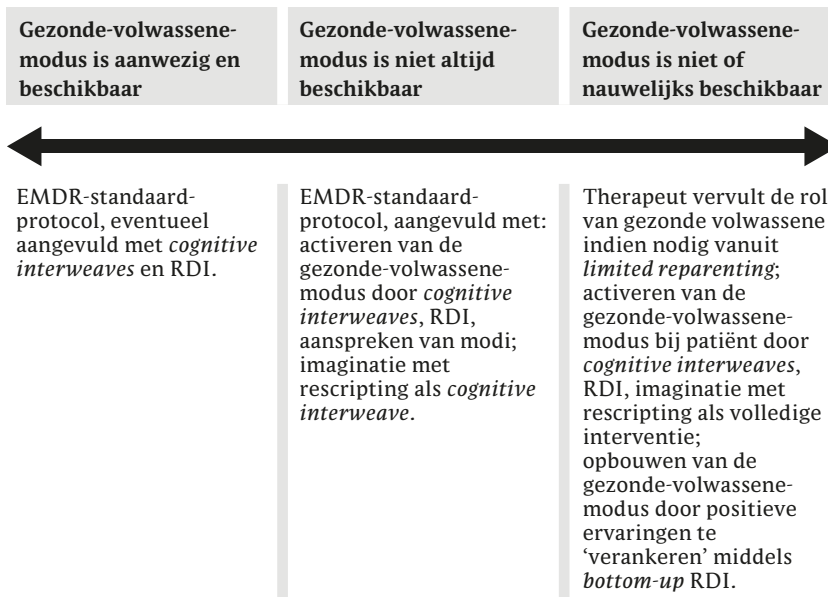
Bij complexere traumagerelateerde problematiek zijn deze adaptieve informatienetwerken, binnen het modusmodel te omschrijven als de gezonde-volwassenemodus, vaak onvoldoende aanwezig. Dit is in het bijzonder het geval bij patiënten met een geschiedenis van zowel mishandeling of misbruik (*abuse*), als verwaarlozing (*neglect*). Abuse-situaties zijn die 'situaties die er niet hadden moeten zijn, maar er wel waren'; neglect-situaties wijzen op 'wat er wel had moeten zijn, maar er niet (voldoende) was' (Driessen & ten Broeke, 2014, p. 235). Bij vroegkinderlijk getraumatiseerde patiënten blijkt er vaak sprake te zijn geweest van zowel verwaarlozing als misbruik of mishandeling.

Wanneer de gezonde-volwassenemodus weinig beschikbaar is voor de patiënt, dient de therapeut bij een EMDR-sessie een actievere houding aan te nemen dan gebruikelijk. De therapeut neemt als het ware de rol van gezonde volwassene tijdelijk over. Zo moedigt de therapeut de patiënt aan om gevoelens die door het trauma worden opgeroepen, toe te laten; stelt hij de patiënt gerust door te zeggen dat negatieve emoties ook weer minder zullen worden; wijst hij de patiënt erop dat de herinnering in het verleden ligt; en probeert hij een adaptieve betekenisverlening te activeren. In deze actieve

rol biedt de therapeut zo nodig ook *limited reparenting*, door oog te hebben voor de onvervulde behoeften van de patiënt die het verwerkingsproces doen stagneren.

De mate waarin de therapeut moet interveniëren tijdens een EMDR-sessie kan worden voorgesteld als een continuüm (zie figuur 2). De mate en aard van de interventies van de therapeut nemen toe naarmate de patiënt minder de beschikking heeft over de gezonde-volwassenemodus, teneinde het verwerkingsproces te faciliteren.

Er zijn binnen de EMDR-methodiek verschillende technieken beschikbaar om de patiënt te ondersteunen bij het verwerkingsproces, zoals *cognitive interweaves* (CI), *resource development and installation* (RDI) en het verhogen van de werkgeheugenbelasting. Daarnaast kan worden overwogen om (imagination met) *rescripting* (ImRs), een techniek uit de schematherapie, toe te voegen, als *cognitive interweave* of als volledige interventie (Driessen & ten Broeke, 2014; van Dijk et al., 2015). Wij beschrijven hier een andere interventie die kan worden ingezet wanneer de verwerking stagneert: het werken met modi tijdens een EMDR-sessie.



Noot. RDI = resource development and installation.

FIGUUR 2 Continuüm van interveniëren tijdens een EMDR-sessie

*Werken met modi tijdens een EMDR-sessie*

196

Wanneer gezonde, adaptieve informatienetwerken ontbreken, of de gezonde-volwassenemodus onvoldoende ontwikkeld is of onvoldoende toegankelijk is bij intense emoties, kan het voorkomen dat het EMDR-proces niet voldoende op gang komt of onderweg stagneert. De patiënt staat als het ware op de rem, bijvoorbeeld omdat hij moeite heeft om emoties toe te laten en 'vlucht' in een copingmodus. Ook kan het voorkomen dat het proces stagneert door het voortbestaan van een disfunctionele betekenisverlening ten aanzien van het trauma, meestal omdat de 'stemmen' vanuit de oudermodus zo dominant aanwezig zijn. We verwachten dat de disfunctionele modi, waar de patiënt zoveel last van heeft in het dagelijks leven, ook – of misschien wel juist – zullen optreden tijdens de verwerkingsfase van EMDR. Uit onderzoek blijkt dat diverse kind-, ouder- én copingmodi worden geactiveerd bij blootstelling aan traumatisch materiaal (Lobbestael, 2008). Dit komt overeen met onze klinische ervaringen. Aangezien het modusmodel ontwikkeld is om meer houvast te krijgen bij wisselende gemoedstoestan- den, bespreken we hier hoe het werken met modi behulpzaam kan zijn om een patiënt te ondersteunen tijdens een EMDR-sessie.

We gaan ervan uit dat de verschillende modi van een patiënt geactiveerd worden tijdens de EMDR-sessie. De therapeut kan gebruikmaken van het modusmodel van de patiënt om hypothesen te genereren: welke modus verhindert het verwerkingsproces en welke interventie kan de therapeut hierbij inzetten? De meerstoelentechniek wordt niet volledig uitgevoerd, omdat hiervoor het EMDR-proces zou moeten worden onderbroken, maar elementen eruit kunnen wel worden ingezet als cognitive interweave.

*Oudermodi*

De oudermodi kunnen een patiënt verhinderen om zich over te geven aan de EMDR-procedure, uit angst het niet goed te doen, niet loyaal te zijn of om zich aan te stellen (van Dijk et al., 2015). Ook kan de patiënt vinden dat hij niet het recht heeft om in therapie te zijn, omdat hij zichzelf verantwoordelijk houdt voor de traumatische ervaring (Spierings, 2015).

Wanneer er sprake is van een sterke straffende-oudermodus, kan het verwerkingsproces stagneren, omdat deze oudermodus het 'kwetsbare kind' afstraft, verwijten maakt en bekritiseert. De patiënt komt dan niet meer aan verwerking toe.

Wanneer de veeleisende-oudermodus actief is, kan de patiënt EMDR als onzinnig bestempelen, vinden dat emoties tonen getuigt van zwakte en dat men geen zelfmedelijden hoort te hebben. Een andere mogelijkheid is dat de patiënt het steeds 'goed' wil doen en moeite heeft om zijn emoties de vrije loop te laten, of vindt dat de emoties na enige tijd 'klaar' moeten zijn.

Wanneer de schuldinducerende-oudermodus actief is, is de patiënt sterk gericht op de gevoelens en behoeften van de ander, en heeft hij moeite om boosheid te voelen en te uiten. Ook kan de patiënt zichzelf er de schuld van geven dat ingrijpende gebeurtenissen hebben plaatsgevonden. De patiënt wordt geremd in de uiting van boosheid en komt niet tot verwerking.

### *Copingmodi*

Young en collega's (2005) beschrijven drie copingstijlen binnen schematherapie: overcompensatie, vermijding en overgave. Hieronder hebben we deze copingstijlen toegepast op het proces van traumaverwerking: het geeft weer hoe een EMDR-sessie kan verlopen bij patiënten met respectievelijk overcompenserende modi, vermijdende modi en een overgavemodus.

Wanneer een patiënt overcompenseert, verzet hij zich door te denken, te voelen en te handelen alsof het tegendeel van het trauma waar was. Bij confrontatie met de traumatische herinnering gaat hij in de tegenaanval. Het is een middel om te ontsnappen aan het gevoel van hulpeloosheid en kwetsbaarheid dat de patiënt had toen hij opgroeide (vrij naar: Young et al., 2005, p. 37). De patiënt probeert de controle te behouden, maar laat daardoor geen emoties toe, waardoor hij niet tot verwerking kan komen.

Wanneer een patiënt vermijding als copingstijl gebruikt, probeert hij zijn leven zo in te richten dat herinneringen aan het trauma nooit geactiveerd worden. Hij probeert te leven zonder bewustzijn, alsof het trauma niet heeft bestaan. Hij vermijdt het om aan deze ervaringen te denken. Wanneer er gevoelens aan de oppervlakte komen, duwt hij die automatisch terug (zie ook Young et al., 2005, p. 36). De patiënt kan gaan dromen of fantaseren, geeft aan dat hij zich niet kan concentreren of dat het targetbeeld hem niets (meer) doet. Vanuit de boze-beschermermodus kan een patiënt reageren met boosheid en hierdoor bezig lijken met verwerking, terwijl de boosheid eigenlijk een manier is om te ontsnappen aan gevoelens van kwetsbaarheid en machteloosheid.

Wanneer een patiënt zich in een overgavemodus bevindt, geeft hij toe aan de pijn. Hij probeert niet om deze te vermijden of ertegen te vechten. Hij voelt rechtstreeks de emotionele pijn van de traumatische ervaring. Hoewel de willoze-inschikkelijkheid in het dagelijks leven problematisch kan zijn, omdat deze modus het bemoeilijkt om grenzen aan te geven en daarmee het risico op revictimisatie vergroot, hoeft deze modus tijdens de verwerkingsfase geen problemen op te leveren. Immers, er is volop toegang tot emoties en de patiënt kan tot verwerking komen. Het kan evenwel gebeuren dat de patiënt zich overspoeld voelt door machteloosheid of waardeloosheid, en daar niet zelfstandig uitkomt. Vanuit de casusconceptualisatie volgens het modusmodel zijn er dan twee hypothesen: ofwel er is een oudermodus aanwezig die de verwerking belemmert, ofwel de patiënt heeft onvoldoende beschikking over de gezonde-volwassenmodus. De therapeut kan interventies uitvoeren om

de oudermodus te bestrijden of de gezonde-volwassenemodus te activeren. Ook is het mogelijk dat de patiënt in deze modus zich aanpast aan de therapeut en bijvoorbeeld lagere SUD's aangeeft dan daadwerkelijk het geval is. De therapeut dient hierop bedacht te zijn, en de patiënt aan te moedigen eerlijk te antwoorden en te benadrukken dat alle antwoorden goed zijn.

Naast de algemene, actieve houding van limited reparenting verricht de therapeut specifieke interventies om het verwerkingsproces te bevorderen. De therapeut houdt steeds het modusmodel van deze patiënt voor ogen en onderzoekt welke modus 'verantwoordelijk' is voor de stagnatie. De therapeut kan hierbij gebruikmaken van de reguliere strategieën die zich richten op de verschillende modi: disfunctionele oudermodi worden bevraagd, begrensd en bestreden; kindmodi worden gevalideerd, getroost en een stem gegeven; copingmodi worden empathisch geconfronteerd, gevalideerd, hun voors en tegens worden besproken en ze worden uiteindelijk begrensd; de gezonde-volwassenemodus en het 'blijve kind' worden versterkt (Arntz & Jacob, 2012).

In tabel 2 staan enkele voorbeelden van stagnatie tijdens het EMDR-verwerkingsproces. Bij elk voorbeeld wordt een hypothese gegenereerd over welke modus de betreffende verwerking bemoeilijkt. Steeds worden enkele interventies genoemd die de therapeut zou kunnen toepassen.

TABEL 2 *Hypothesevorming bij stagnatie tijdens de verwerking*

Situatie	Welke modus?	Interventie
Therapeut en patiënt werken aan het scherpstellen van het targetbeeld, en de selectie van de negatieve cognitie (NC) en de positieve cognitie (PC). Patiënte zegt: 'Het slaat eigenlijk nergens op. Ik ben gewoon ondankbaar. Ik heb nu toch alles: een vriend, vrienden, een eigen huis, een hbo-opleiding? Het ligt niet aan die herinnering, het ligt gewoon aan mezelf.'	Straffende-oudermodus	Oudermodus toespreken: 'Dit is die kant van jou die tegen je zegt dat het allemaal je eigen schuld is, dat het gewoon aan jou ligt ... Tegen die kant zeg ik ...'
Targetbeeld: patiënte vertelt haar moeder over het misbruik door vader. Moeder (in het targetbeeld) ligt in bed en huilt. Patiënte: 'Het is zo erg voor mijn moeder. Zij heeft hier ook niet om gevraagd'. En: 'Waarom kan ik me er niet overheen zetten?'	Schuldinducerende-oudermodus	Cognitive interweave; oudermodus toespreken; (imaginatie met) rescripting.*

<p>Targetbeeld: misbruiksituatie; NC en PC zijn vastgesteld; bij vragen naar emotie en SUD zegt patiënte: 'Ik voel niks'. De SUD zou 0 zijn.</p>	<p>Onthechte-beschermermodus</p>	<p>Copingmodus aanspreken; voor- en nadelen bespreken; werkgeheugenbelasting verhogen; flashforward van copingmodus desensitiseren.</p>
<p>Patiënt met alcoholistische, onvoorspelbare vader en psychisch zieke moeder. Targetbeeld: geweldsincident tijdens het werken als politieagent. EMDR-proces stagneert: patiënt kan targetbeeld niet meer goed terughalen. Hij raakt gefrustreerd en zegt: 'Als ik mijn alertheid loslaat, word ik (of mijn gezin) slachtoffer. Dan word ik weer die naïeveling, die te goed van vertrouwen is.'</p>	<p>Perfectionistische-wantrouwende-overcontroleerdermodus</p>	<p>Copingmodus aanspreken; voor- en nadelen bespreken; flashforward desensitiseren.</p>

*Noot.* \* Als cognitive interweave of als volledige interventie (zie figuur 2).

Hoewel copingmodi als het ware hun functie verliezen wanneer de trauma's (binnen de kindmodi) en het negatieve zelfbeeld (in de oudermodi) zijn afgenomen, blijken ze niet altijd vanzelf te verdwijnen. In dat geval kan de therapeut cognitieve technieken en gedragsexperimenten inzetten om disfunctionele copingmodi uit te dagen en te helpen verminderen (zie onder andere Bennet-Levy, Butler, & Fennell, 2015; ten Broeke et al., 2008). Parallel aan het verwerkingsproces kan in het dagelijks leven van de patiënt worden getoetst in hoeverre de opvattingen en voorspellingen die de patiënt vanuit de oudermodus doet, waar zijn. Voor een zo krachtig mogelijke en blijvende verandering zijn immers daadwerkelijke corrigerende ervaringen nodig (ten Broeke et al., 2008).

*Behandeling van in stand houdende factoren*

Soms gedragen patiënten zich vanuit een kindmodus of copingmodus in hun dagelijks leven op een destructieve manier, en vormt dit nieuw bewijsmateriaal dat de geloofwaardigheid van de oudermodi (de kernopvatting) ondersteunt en in stand houdt. Zo kan een patiënt met een boze-kindmodus zodanig heftig reageren op vermeende onrechtvaardigheid dat zij op een extreme manier boos wordt richting haar (goedbedoelende) echtgenoot. Of stelt een patiënt met een perfectionistische-overcontroleerdermodus hoge eisen aan zijn zoon waardoor ruzie ontstaat. Na dergelijke interactionele problemen

kunnen deze patiënten vanuit hun straffende-oudermodus concluderen: ‘Zie je wel, ik ben een slecht mens’, of: ‘Ik ben waardeloos.’ Ook het risico op revictimisatie is van belang hier te noemen: risicosituaties, zoals ongewenste aanrakingen, roepen bij sommige patiënten herinneringen op aan eerdere situaties waarin zij zich machteloos hebben gevoeld (bijvoorbeeld een eerdere verkrachting), waardoor zij een groter risico lopen om zich machteloos te gedragen en opnieuw slachtoffer te worden (de Jongh & Bicanic, 2016). In termen van schematherapie zou het verhoogde risico op revictimisatie binnen de willoze-inschikkelijkemodus geplaatst kunnen worden.

Wanneer gedragsproblemen en problematische coping in het huidige leven van een patiënt zodanig vooropstaan dat zij de oudermodus extra geloofwaardigheid geven, kan het zinvol zijn om na te gaan of de patiënt voorafgaand aan de verwerkingsfase met behulp van gedragstherapeutische technieken enige controle kan krijgen over zijn gedrag. Dit kan het desensitiseren van herinneringen die het bewijsmateriaal vormen voor de oudermodus enigszins vergemakkelijken. Vaak lukt het patiënten niet om volledige controle te krijgen over hun gedrag vanuit kind- en oudermodi als de geloofwaardigheid van de oudermodus nog erg sterk is. Behandeling van complexe problematiek betreft vaak een tweesparenbeleid, waarbij verwerking van herinneringen wordt afgewisseld met (gedrags)interventies in het huidige leven van de patiënt. Deze interventies vormen onderdeel van de bredere schematherapeutische behandeling.

### *Modi herkennen in het geheugenmateriaal*

Bij de EMDR-rechtsominventarisatie kan een patiënt herinneringen noemen die bewijsmateriaal vormen voor een kernopvatting, passend bij een oudermodus, die moeilijk te desensitiseren zijn, omdat er sprake is geweest van (vermeend) disfunctioneel gedrag van de patiënt.

Voorbeeld: Een patiënt noemt als bewijsmateriaal voor de kernopvatting, passend bij de straffende-oudermodus, een herinnering aan een situatie waarin zijn vader zijn jongere broertje strafte door hem fysiek te mishandelen, waarbij de patiënt zelf niet had ingegrepen. Door middel van cognitive interweaves wordt geprobeerd om bij deze patiënt de kennis te activeren dat hij destijds nog een kind was en niet verantwoordelijk voor de situatie. Dit helpt de patiënt echter onvoldoende; het bewijst voor hem nog steeds dat hij een slecht persoon is. De straffende-oudermodus wordt geactiveerd en er komen talloze herinneringen op aan belangrijke situaties waarin de patiënt, ook later in zijn leven, niet heeft ingegrepen. De herinnering blijkt lastig te desensitiseren. Een nadere analyse van de herinnering vanuit het modusmodel blijkt behulpzaam te zijn: zijn gedrag wordt geplaatst binnen de willoze-inschikkelijkemodus. Als kind had hij geleerd om agressie passief te ondergaan; verzet werd hard afgestraft. Zodra zijn broertje werd mishandeld, kwam hij in de ‘modus van willoze inschikkelijke’, net als in de situaties



later in zijn leven. De therapeut geeft deze uitleg en spreekt de straffende-oudermodus toe, waarna de verwerking weer op gang komt.

Het op maat gemaakte modusmodel geeft de therapeut handvatten om de patiënt te ondersteunen in het verwerkingsproces tijdens EMDR-sessies. Dit vraagt om een actieve houding van de therapeut, die zichzelf steeds de vraag stelt: welke modus belemmert het verwerkingsproces? En welke interventie kan ik toepassen om mijn patiënt te ondersteunen? Daarbij houden we steeds voor ogen dat het doel is om het EMDR-proces vlot te trekken en dat er niet méér wordt ingegrepen dan noodzakelijk voor dit doel.

### *Gezonde-volwassenemodus*

**Positieve kennis versterken** – Voor elke therapie geldt dat het van belang is om niet alleen negatieve kennis en herinneringen te deactiveren, maar ook om positieve kennis te activeren en te versterken, zodat deze tegenwicht kan bieden tegen de negatieve kennis (Brewin, 2006). We gaan er immers van uit dat bestaande kennis in het geheugen blijft bestaan, ook na behandeling gericht op het veranderen van herinneringen. Zowel EMDR als schematherapie is erop gericht de patiënt positieve ervaringen te laten opdoen. In de EMDR-procedure wordt hieraan expliciet aandacht besteed in de vorm van ‘positief afsluiten’ in het standaardprotocol; bij schematherapie wordt elke imaginatie afgesloten met een positieve ervaring. In de literatuur zijn diverse interventies beschreven om de modi van de ‘gezonde volwassene’ en het ‘blijde kind’ te versterken (Arntz & Jacob, 2012; Claassen & Pol, 2015; Young et al., 2005). In dit artikel beperken wij ons tot een uiteenzetting van hoe één specifieke techniek uit de EMDR-methodiek, namelijk de *resource development and installation*-procedure (RDI), kan worden gecombineerd met modiwerk, met als doel om de gezonde-volwassenemodus te versterken.

Bij een RDI-procedure worden door het terugdenken aan positieve herinneringen functionele eigenschappen en vermogens van de patiënt versterkt (voor een beschrijving, zie ten Broeke et al., 2012). Deze interventie kan een belangrijke bijdrage leveren aan het versterken van de draagkracht van de patiënt. Helaas blijkt in de klinische praktijk dat RDI’s juist bij patiënten die ze het meeste nodig hebben vaak het moeilijkst zijn uit te voeren. Bij complexe problematiek zijn positieve ervaringen en positieve kennis immers vaak onvoldoende beschikbaar, onvoldoende toegankelijk of worden zij verstoord door disfunctionele modi. Hieronder beschrijven we een aangepaste RDI-procedure voor dergelijke situaties. Daarna beschrijven we hoe een eenmaal opgebouwd positief zelfbeeld kan worden gebruikt om de patiënt tijdens de traumaverwerking te ondersteunen. Deze strategieën kunnen ook toegepast worden ter preventie van terugval.

**Suggesties voor een aangepaste RDI-procedure** – Patiënten doen vaak positieve ervaringen op tijdens EMDR-sessies. Regelmatig ervaren zij rust, omdat de intrusiviteit van de beelden is afgenomen, en vaak is er ook sprake van veranderde betekenisgeving, zoals: ‘Ik ben sterk’, of: ‘Ik ben een goed mens.’ Bij complexe problematiek kan de therapeut een actieve rol innemen om positieve ervaringen bij de patiënt te verankeren, zodra deze zich voordoet. We kunnen er immers niet op rekenen dat positieve ervaringen later nog steeds toegankelijk zijn. De therapeut kan hierbij een ‘bottom-up’-variant van de RDI-procedure toepassen: zodra de positieve ervaring zich voordoet, gaat de therapeut na: Op welke eigenschap van jou wijst deze ervaring (bijvoorbeeld kracht, zelfvertrouwen)? Welke gevoelens horen daarbij? Waar in je lichaam ervaar je die gevoelens het sterkst? Welke lichaamshouding past hierbij? De therapeut schrijft mee of maakt direct een geluidsopname, zodat de patiënt de RDI na afloop van de sessie verder kan oefenen. Door de positieve ervaring lichamelijk te verankeren, proberen we de kans te vergroten dat deze op een later tijdstip weer toegankelijk is voor de patiënt. Ook worden deze ervaringen expliciet benoemd als onderdeel van de gezonde-volwassenemodus, om generalisatie te bevorderen.

Deze variant van de RDI-procedure kan worden toegepast tijdens het positief afsluiten, en indien nodig ook aan het einde van een associatieketen, voordat *back to target* wordt gegaan. Tijdens de RDI-procedure kunnen disfunctionele oudermodi de positieve betekenisgeving en de verankering hiervan verhinderen. Vergelijkbaar met het ingrijpen en toespreken van disfunctionele modi tijdens de verwerkingsfase (zoals hiervoor reeds is beschreven), kan de therapeut tijdens de RDI-procedure interveniëren om de disfunctionele modi af te remmen, waardoor de patiënt meer kans heeft om de positieve ervaring te verankeren.

In een behandeling waarbij schematherapie en EMDR worden geïntegreerd, kunnen RDI's worden ingezet om de gezonde-volwassenemodus te versterken. De patiënt leert middels diverse RDI's om hulpbronnen en krachtige eigenschappen te versterken, en op die manier de gezonde-volwassenemodus in te nemen. Wanneer tijdens een EMDR-sessie de disfunctionele oudermodi het verwerkingsproces verstoren, kan de therapeut de patiënt herinneren aan de eerder verankerde hulpbronnen. Wanneer de oudermodi zodanig sterk zijn dat reguliere interventies als cognitive interweaves en RDI's onvoldoende werken, kan ervoor worden gekozen om de gezonde-volwassenemodus op te bouwen door meerdere RDI's te combineren.

Voorbeeld: Een patiënt heeft tijdens een EMDR-sessie zodanig last van de veeleisende-oudermodus dat de verwerking stagneert, ondanks inzet van diverse interventies. De therapeut onderbreekt de sets met oogbewegingen, benoemt de modus en zegt tegen de patiënt: ‘Denk aan die positieve raft-ervaring tijdens je vakantie, hoe sterk je je toen voelde, dat krachtige, stevige gevoel in je middenrif. Heb je dat? En denk aan de vorige EMDR-sessie, toen je geen zwak kind was, nee, juist sterk. Voel maar dat sterke gevoel in je be-

nen, de stevige ondergrond. Heb je dat? Dit is jouw “gezonde volwassene”, weet je nog? En wat zegt die tegen die veeleisende-oudermodus?”

Door meerdere hulpbronnen en positieve ervaringen te activeren, wordt de gezonde-volwassenenmodus versterkt. De patiënt leert om te schakelen tussen disfunctionele modi en de gezonde-volwassenenmodus, en is daarmee beter opgewassen tegen de sterke en hardnekkige negativiteit van de oudermodi.

#### DISCUSSIE EN OVERDENKINGEN

.....

Schematherapie en EMDR zijn behandelingen van eerste keuze bij respectievelijk persoonlijkheidsstoornissen en PTSS. De mate van comorbiditeit tussen deze stoornissen is groot, en de interferentie tussen beide vormen van psychopathologie kan sterk zijn. Hoewel geadviseerd wordt om de behandeling te richten op een van beide stoornissen, is onze ervaring dat traumabehandeling bij mensen met forse persoonlijkheidsproblematiek een uitdaging kan zijn en niet zelden moeizaam verloopt. Eerder is geschreven over de mogelijkheden die de combinatie van schematherapie en EMDR biedt bij een dergelijke behandeling (Driessen & ten Broeke, 2014; van Dijk et al., 2015). In het huidige artikel bouwen wij hierop voort en spitsen wij deze combinatie toe op het modusmodel. Wij denken dat het modusmodel houvast kan bieden bij het ordenen van te bewerken traumatisch materiaal en dat het interventiemogelijkheden geeft bij (stagnatie tijdens) de verwerking. Deze werkwijze achten wij vooral geschikt bij patiënten met complexe, traumagerelateerde problematiek en (overlappende) persoonlijkheidsproblematiek. Wij zijn er hierbij van uitgegaan dat de beschreven werkwijze wordt toegepast binnen een bredere, schematherapeutische behandeling. De beschreven conceptualisatie en interventies zijn gebaseerd op de klinische praktijk, en bedoeld als hulpmiddel voor de therapeut bij deze vaak lastige en weerbarstige problematiek. Deze manier van werken is nog niet empirisch onderzocht. Is EMDR een effectieve aanvulling bij de behandeling van patiënten met ofwel trauma en persoonlijkheidsproblematiek, ofwel een verleden met abuse en neglect, ten opzichte van enkel schematherapie? Vergemakkelijkt het werken met modi de behandeling van de gevolgen van complex trauma? Wanneer is verwerking van onderliggende negatieve ervaringen geïndiceerd, ten opzichte van positieve interventies gericht op negatief zelfbeeld, zoals COMET of de witboekmethode? En wanneer kan een therapeut het beste voor ImRs kiezen als verwerkingsgerichte methode en wanneer voor EMDR? Deze en andere vragen bieden interessante uitdagingen voor verder onderzoek.

**Linda Hummel** is als gz-psycholoog/psychotherapeut werkzaam bij een vrijevestigde psychotherapiepraktijk te Oss. Zij is VGCT supervisor en senior schema-therapeut.

**Annemieke Driessen** is als klinisch psycholoog/psychotherapeut werkzaam bij PsyQ, afdeling Psychotrauma, Den Haag. Zij is EMDR Practitioner en supervisor, VGCT supervisor en NtVP traumatherapeut.

*Correspondentieadres:* Linda Hummel, Psychologenpraktijk Oss, Raadhuislaan 2A, 5341 GM Oss. E-mail: lindahummel@live.nl

### Summary *Trauma treatment with the schema mode model and EMDR*

Trauma-related disorders, such as PTSD and personality disorders, overlap considerably. This pleads for a more integrated approach in treatment. Earlier it has been described that EMDR and schema focused therapy can complement and support each other (Driessen & ten Broeke, 2014; van Dijk et al., 2015). In this article we build on this by focussing specifically on the possibilities of the schema mode model in the case conceptualization and execution of EMDR treatment. We show how the schema mode model can be helpful in creating a case conceptualization and selecting relevant targets for trauma treatment. Next, we describe potential stagnations and difficulties during EMDR treatment and how (interventions based on) the schema mode model can be helpful. Finally, from both therapy methods, techniques are described that can enhance the healthy adult mode in order to improve and fasten a positive therapeutic outcome.

**Keywords** *PTSD, complex trauma-related disorders, personality disorders, schema focused therapy, schema mode model, EMDR*

### Literatuur

- Arntz, A., & Jacob, G. (2012). *Schematherapie: Een praktische handleiding*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Bennet-Levy, J., Butler, G., & Fennell, M. (2015). *Gedragsexperimenten in cognitieve therapie*. Amsterdam: Pearson.
- Bovin, M. J., Wolf, E. J., & Resick, P. A. (2017). Longitudinal associations between posttraumatic stress disorder severity and personality disorder features among female rape survivors. *Frontiers in Psychiatry*, 8, article 6.
- Brewin, C. R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 6, 765-784.
- Claassen, A., & Pol, S. (2015). *Schema-therapie en de Gezonde Volwassene: Positieve technieken uit de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dadashzadeh, H., Hekmati, I., Gholizadeh, H., & Abdi, R. (2016). Schema modus in cluster B personality disorders. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 22-28.
- de Jongh, A., & Bicanic, I. (2016). Schuldgevoel na verkrachtingen: Bespreking van supervisievrage. *EMDR Magazine*, 10, 55.
- de Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., van Minnen, A., Monson, C. W. L. C. M., Foa, E. B., ... Bicanic, I. A. E. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33, 359-369.
- de Jongh, A., & ten Broeke, E. (2013). *Handboek EMDR: Een geprotocolleerde*

- behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma*. Amsterdam: Pearson.
- de Neef, M. (2010). *Negatief zelfbeeld*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- de Zwart, D. (2016). EMDR-Rechtsom versus COMET: Pas op de plaats voor EMDR-Rechtsom. *EMDR Magazine*, 12, 16-18.
- Driessen, A. & ten Broeke, E. (2014). Schematherapie en EMDR gecombineerd bij complexe traumagerelateerde problematiek. *Gedragstherapie*, 3, 232-249.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Overgård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *Journal of Affective Disorders*, 145, 143-155.
- Griffioen, B. T., van der Vegt, A. A., de Groot, I. W., & de Jongh, A. (2017). The effect of EMDR and CBT on low self-esteem in a general psychiatric population: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 8, article 1910.
- Hornsveld, H., ten Broeke, E., & de Jongh, A. (2017). Verschillen tussen het Nederlandse EMDR-standaard-protocol en het originele protocol van Shapiro. Deel II: de casusconceptualisatie. *EMDR Magazine*, 13, 44-47.
- Korrelboom, C. W. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld: Competitive memory training bij lage zelfwaardering en negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lobbstaël, J. (2008). Experimentele studies naar schemamodi. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *Handboek schematherapie: Theorie, praktijk en onderzoek* (pp. 251-258). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Meijland, M. (2007). *Seksueel misbruik, sekse en borderline: De rol van seksueel misbruik bij het ontstaan van een borderline-persoonlijkheidsstoornis en het verschil in prevalentie bij mannen en vrouwen* (Academisch proefschrift). Amsterdam: UvA.
- Rijkeboer, M., van Genderen, H., & Arntz, A. (2017). Schematherapie: Theorie, praktijk en onderzoek. In E. H. M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul, & W. M. Snellen (Eds.), *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 363-392). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model. Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4, 315-325.
- Spierings, J. (2015). Baat het niet, dan schaadt het wél. Wanneer is stabilisatie echt noodzakelijk? En wanneer kan EMDR ook goed zonder? *EMDR Magazine*, 9, 7-9.
- Staring, A. B. P., van den Berg, D. P. G., Cath, D. C., Schoorl, M., Engelhard, I. M., & Korrelboom, C. M. (2016). Self-esteem treatment in anxiety: A randomized controlled crossover trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) versus competitive memory training (COMET) in patients with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 82, 11-20.
- ten Broeke, E., de Jongh, A., & Hornsveld, H. (2012). Rechtsom met EMDR. In E. ten Broeke, A. de Jongh, & H. J. Oppenheim (Eds.), *Praktijkboek EMDR. Casusconceptualisatie en specifieke doelgroepen* (Geheel herziene derde druk) (pp. 79-100). Amsterdam: Pearson.
- ten Broeke, E., de Jongh, A., & Oppenheim, H. J. (2012). *Praktijkboek EMDR: Casusconceptualisatie en specifieke doelgroepen* (Geheel herziene derde druk). Amsterdam: Pearson.
- ten Broeke, E., Oppenheim, H. J., & de Jongh, A. (2012). EMDR en de behandeling van complexe PTSS. In E. ten Broeke, A. de Jongh, & H. J. Oppenheim

- heim (Eds.), *Praktijkboek EMDR. Casusconceptualisatie en specifieke doelgroepen* (Geheel herziene derde druk) (pp. 151-190). Amsterdam: Pearson.
- ten Broeke, E., van der Heiden, C., Meijer, S., & Hamelink, H. (2008). *Cognitieve therapie: De basisvaardigheden*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- van Dijk, J., Hornsveld, H., & Koolstra, T. (2015). EMDR en schematherapie. In H. J. Oppenheim, H. Hornsveld, E. ten Broeke, & A. de Jongh (Eds.), *Praktijkboek EMDR deel II: Toepassingen voor nieuwe patiëntengroepen en stoornissen* (pp. 493-533). Amsterdam: Pearson.
- van Genderen, H., & Arntz, A. (2012). *Schematherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- van Genderen, H., Jacob, G., & Seebauer, L. (2012). *Patronen doorbreken: Negatieve gevoelens en gewoonten herkennen en veranderen*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- van Genderen, H., Rijkeboer, M., & Arntz, A. (2008). Theoretisch model: Schema's, copingstrategieën en modi. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *Handboek schematherapie: Theorie, praktijk en onderzoek* (pp. 17-32). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.