

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

Kan EMDR iets bijdragen in een psychoanalytische behandeling?

FREEK DHOOGHE

De hedendaagse psychoanalyse heeft steeds meer aandacht voor het belang van affectregulatie in relatie tot de wording van het zelf (Nicolai 2016). Dit sluit aan bij nieuwe ontwikkelingen in de affectieve neurowetenschappen en bij de groeiende aandacht voor het lichaam in het therapeutisch proces. Naast het spreken, verdient ook onze lichamelijke subjectiviteit aandacht. We spreken immers al geruime tijd over de belichaamde geest, over het psychisch leven dat mede vormgegeven wordt door het lichamelijke (Sletvold 2014).

Hedendaagse auteurs wijzen erop dat traumatische ervaringen op de grens van het woord liggen (Van der Kolk 2016), ingebed in een sensorimotorische tijdsbeleving die (nog) niet de tijdsbeleving van het zelfreflexieve verwoorden geworden is (Leighton 2007). Stern (2010) en de leden van de Boston Change Process Study Group bestudeerden nauwkeurig beweging, ritme, timing en micromomenten van interactie en zagen de belichaamde geest zichtbaar worden in somatosensorische uitingen. Zowel de aandacht voor de lichamelijke tekens bij de cliënt als die bij onszelf (Shapiro 1996) en daarbij ook het hoe van de communicatie, los van de inhoud (Sletvold 2014), passen in dit perspectief.

In deze ontwikkeling van de hedendaagse psychoanalyse kan EMDR mogelijk een bescheiden plaats innemen, ook al is deze methodiek afkomstig uit niet-analytische hoek. EMDR geeft de mogelijkheid om deze nog niet verwoorde lichamelijke gewaarwordingen te bewerken. Zowel in België als in Nederland zijn er analytici die met EMDR werken of het zelf ondergaan hebben.

¶ Wat is EMDR?

EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) is ontwikkeld door Francine Shapiro, die in 1989 een eerste artikel publiceerde over de behandeling van getraumatiseerde soldaten. Al snel kwam er een systematisch protocol en sprak men van EMDR-therapie voor het doen verminderen van een overweldigende en beangstigende intensiteit van traumatische ervaringen. De therapie is niet alleen gericht op het verminderen van de negatieve affectieve lading van de emotie (‘desensitization’), maar ook op het verwerken van de

traumatische ervaringen in het persoonlijk narratief (reprocessing). EMDR kreeg later een neurowetenschappelijke onderbouwing via de informatieverwerkingstheorie, waarbij een aangeboren verwerkingssysteem wordt verondersteld dat alle informatie verwerkt en integreert. Ongebonden, emotioneel geladen herinneringen zijn daarentegen niet geïntegreerd en vormen samen een traumanetwerk (Shapiro 2018). In de behandeling wordt een emotioneel overbeladen herinnering weer opgeroepen in het werkgeheugen.

Door op hetzelfde ogenblik het werkgeheugen met een non-verbale techniek te overbelasten, verdwijnt de emotionele lading van die herinnering. De herinnering wordt nu alsnog door het aangeboren verwerkingssysteem geïntegreerd. Zij verliest de kwaliteit van een overspoelende herbeleving (desensitization) en wordt geïntegreerd in het persoonlijke narratief (reprocessing).

Vanuit een neurobiologisch perspectief is dit het verlengde van een gericht zijn op het wissen van maladaptieve impliciete herinneringen en afwijkende synaptische plasticiteit (Centonze e.a. 2005). Door de mogelijkheid van een protocollaire aanpak werd EMDR in meerdere kortdurende gestructureerde therapievormen ingepast. Hoewel EMDR vooral bekend raakte als een behandelingsvorm voor enkelvoudig trauma en PTSS (posttraumatische-stressstoornis)¹, wordt EMDR tegenwoordig ook gebruikt en onderzocht bij angst, fobie, pijn, depressie, eetstoornissen, dissociatieve stoornissen, psychose, persoonlijkheidsstoornissen, vroegkinderlijke problematieken of autisimestoornissen (EMDR Institute, z.d.).

Het EMDR-protocol wordt toegepast als de cliënt voldoende stabiel is om de eventuele emotionele intensiteit aan te kunnen en nadat de cliënt goed is voorbereid. Therapeut en cliënt maken eerst samen een tijdslijn met een overzicht van alle traumatische herinneringen (een traumakaart). Uit dit overzicht kiezen ze met welke traumatische herinnering als eerste aan de slag wordt gegaan. De therapeut vraagt aan de cliënt om de herinnering aan deze traumatische ervaring opnieuw op te roepen, waardoor emoties, lichaamservaringen en gedachten herbeleefd worden zonder er woorden aan te geven. Op datzelfde ogenblik wordt de stimulatie gestart om het werkgeheugen zo te belasten dat de gebruikelijke vermijding en afweer geen vat hebben. Meestal gebeurt dat door de cliënt te vragen met zijn ogen de vinger van de therapeut te volgen, die snelle bewegingen van links naar rechts en terug maakt. Deze zogenoemde bilaterale stimulatie gebeurt tegenwoordig ook wel met het volgen van heen en weer schietende lichtjes of links-rechts klopjes op de schouders of bovenbenen. De duur van de stimulatie is afhankelijk van het geobserveerde proces en is gemiddeld een halve minuut.

De stimulatie wordt telkens afgewisseld met een korte pauze waarbij de cliënt diep in- en uitademt en kort aangeeft wat er aan het gebeuren is. Deze opvolging wordt herhaald tot de emotionele lading is verdwenen en de herinnering is geïntegreerd. Naargelang het klinisch beeld gaat dit snel of kan het meerdere sessies in beslag nemen. Door deze procedure wordt de cliënt niet

opnieuw getraumatiseerd, zoals er bij verbale bespreking zou kunnen gebeuren, maar vindt er juist desensitisatie en verwerking plaats. De herinnering wordt, zoals hierboven beschreven, immers alsnog door het aangeboren verwerkingsstelsel geïntegreerd en verliest het statuut van herbeleving, om vervolgens een vertelbare herinnering te kunnen worden. Dan komt het gedeelte van de methode dat interessant is vanuit psychoanalytisch perspectief: tijdens de stimulatie geeft de therapeut de opdracht om te laten komen wat er komt met een zekere mildheid: *‘Wees niet te kritisch voor dat wat opkomt. Alles wat er komt is oké, ook als u weerstand waarneemt. Observeer het gewoon.’* We zien hier een overeenkomst met de regel van de vrije associatie, die bij alle psychoanalytische stromingen als gemeenschappelijk en typisch analytisch wordt beschouwd (Galle 2007).

..... Een jongeman met een aanslepende depressie kwam op consult. In zijn verleden ontdekten we een relatiebreuk die mogelijk de depressie had ingezet. We startten een therapie, maar ondanks de vele uren van gesprek en uitnodiging om te spreken, bleef zijn depressieve sfeer aanhouden. Hij zat vaak als een klein hoopje in de stoel met een zwarte onuitgesproken somberheid over zich. Ik stelde hem voor om met EMDR te starten met als aanknopingspunt het verlies van zijn vriendin.

Tijdens de verwerking zegt de cliënt een beeld te zien waarbij hij in een put zit. Na de volgende stimulatie ziet hij een beeld waarbij hij tegelijkertijd zelf ook buiten de put staat. Hij geeft aan een beeld te zien met zichzelf in de put, en zichzelf ontdubbeld aan de rand buiten de put. Dan ziet hij hoe hij vanop de rand een hand reikt naar zichzelf. Uiteindelijk ziet hij zichzelf uit de put trekken. *‘Oef’,* zegt hij spontaan, *‘het is gedaan, ik ben gegroeid.’*

..... Deze omslag naar positiviteit in de zelfbeleving gebeurt bij vrijwel elke verwerking. Deze is niet, zoals sommigen vrezen, een door de therapeut opgedrongen positiviteit, maar iets wat spontaan gebeurt (Mollon 2005). Niet lang na deze interventie gaf hij aan dat hij met een tevreden gevoel de sessies wilde afronden.

Nelleke Nicolai (2020, persoonlijke mededeling) verklaart deze positiviteit als volgt: Meestal komt bij EMDR eerst veel angst naar boven, dan woede, dan schaamte en verdriet en dan een nieuwe golf van angst, die meer symbolisch en verweven is met de eigen geschiedenis. Hierdoor krijgen de negatieve cognities, de emotioneel beladen overtuigingen van machteloosheid, schuld of kwetsbaarheid een andere emotionele lading en ontstaat er een boosheid die constructiever is. Als de therapeut via het protocol daarna de gebeurtenis nogmaals nagaat, heeft de cliënt er meer afstand van en is de angst verminderd. Er ontstaat dan ruimte om de geloofwaardigheid van een positieve overtuiging te veranderen.

Interessant is dat EMDR-therapeuten in Nederland andere accenten leggen bij het gebruik van het standaardprotocol dan de <rest van de EMDR-wereld>. Ten eerste legt het Nederlandse protocol voornamelijk het accent op de desensitisatie, zet het naast de oogbewegingen ook in op meerdere andere afleidende stimuli en is integratie in het persoonlijk narratief minder belangrijk. Ten tweede wordt het vooraf stabiliseren niet als essentieel gezien. Het belang van stabilisatie is een actueel discussiepunt in het werk met getraumatiseerde cliënten (Bicanic e.a. 2015). De <rest van de EMDR-wereld> besteedt meer aandacht aan stabilisatie en integreert EMDR vaker in een bredere en mogelijk langer durende behandeling. Hierdoor is er tijdens het verwerken meer ruimte voor vrije associaties naar andere levensdomeinen dan de op voorhand gekozen traumatische herinnering.

Naargelang de complexiteit van de traumakaart en de intensiteit van de traumatische herinneringen wordt de reprocessing tijdens EMDR actief minder of meer begeleid en gecontand, zodat cliënten zich niet verliezen in herbelevingen en daardoor overspoeld raken. Men kan hierbij sturend, gedoseerd en filterend te werk gaan (Hofmann 2009). Dit gebeurt door secuur de herinneringen te kiezen en dus niet altijd onmiddellijk op zoek te gaan naar de moeilijkste ervaringen, zoals bij enkelvoudig trauma. Men kan ook eerst starten met dagelijkse triggermomenten of angst voor de toekomst. Een psychotisch beeld bij een jongere kan bijvoorbeeld opklaren door eerst voldoende aandacht te geven aan angsten in verband met zijn studiekeuze, waardoor er meer opening komt om op verhaal te komen. Pas later kan men dan vroegere negatieve levenservaringen gaan verkennen (De Bont e.a. 2013).

Een volwassen psychotische vrouw meldt zich aan met de specifieke vraag naar een EMDR-behandeling. Zij heeft al een groot deel van haar leven langdurige opnames in het psychiatrisch ziekenhuis gekend, neemt medicatie en wordt begeleid, maar lijdt nog steeds erg onder meerdere wanen, stemmen en hallucinaties. Ze heeft een paranoïde waan ontwikkeld die nog erg actief is en heeft elke sessie een ander voorkomen zodat ze niet herkend wordt door haar ingebeelde achtervolgers.

De eerste maanden brengt ze weinig verhaal rond haar levensgeschiedenis en de eventuele aanknopingspunten voor deze belevingen. De wanen zijn florissant aanwezig, maar ondanks dat komt ze regelmatig op haar afspraken opdagen. Gezien haar vraag richt ik me met EMDR op een aantal expliciete traumatische herinneringen.

Tijdens de stimulatie komen er voortdurend verschillende fragmenten uit haar wanen naar boven vanuit verschillende periodes, vaak irrationeel en zonder context. De samenhang is ver te zoeken. De stimulatie veroorzaakt <versnelde> en onnavolgbare associaties, sneller dan de vrije associatie tijdens een analyse, die verspringen van de geur van de verkrachter naar

..... kwaadheid op de moeder, van een uitstap vroeger met het gezin naar wat zij vanavond zal klaarmaken als maaltijd.

..... Na een jaar van EMDR komt de vrouw ertoe om iets meer verhaal te brengen. Doordat de lading zakt en ze minder en minder in herbelevingen terecht komt, kan ze eindelijk beginnen te vertellen wat ze heeft meegeemaakt. Nu, drie jaar later, zijn haar wanen verdwenen en komen deze slechts mondjesmaat terug tijdens moeilijke momenten. Ze kan haar geschiedenis vertellen zonder in de herbeleving te schieten.

Er bestaan meerdere hypothesen over de efficiëntie van EMDR. Tijdens de stimulatie heeft de therapeut voortdurend aandacht voor de balans van activatie tussen enerzijds de gedissocieerde geheugennetwerken die <de ene voet in het verleden> vertegenwoordigen en anderzijds de sensorische activatie van <de andere voet in het heden>. Een van de psychofysiologische gevolgen van traumatisering is dat de cliënt voortdurend in een lichamelijk onrustige toestand (<hyperarousal>) is, zoals te zien in een overmatig actieve oriënteringsrespons op nieuwe prikkels in de omgeving.

Na EMDR wordt die respons weer normaal, wat als een teken van verminderde getraumatiseerde onrust wordt geïnterpreteerd (Barrowcliff e.a. 2003). Deze psychofysiologische hypothese wordt ook bevestigd via de vaststelling dat deze veranderingen verenigbaar zijn met een verhoogde parasympatische bijdrage aan de autonome activiteit (Elofsson e.a. 2008). De werkgeheugenhypothese veronderstelt dat ons werkgeheugen door zijn limieten niet anders kan dan de levendigheid en emotionaliteit van herinneringen verliezen wanneer we met meerdere taken opgezadeld worden tijdens het terugdenken aan traumaherinneringen (De Jongh e.a. 2013).

Neurobiologisch veronderstelt men dat de stimulatie de werking van de thalamus verbetert, waardoor de verbindingen tussen de verschillende neuronale breinnetwerken verbeteren en daardoor weer een verbeterde oscillatie en integratie in het brein (Bergmann 2012). In wetenschappelijk neurobiologisch onderzoek werden de hersengolven tijdens een EMDR-sessie gemeten en stelde men vast dat tijdens de stimulatie een toestand wordt gegenereerd die overeenkomt met de toestand van diepe slaap (deltagolven). Dit is geen hypnotische toestand en EMDR is dan ook geen variant van hypnose. Bij hypnose wordt de werking gezocht in het creëren van een duaal bewustzijn, dat wil zeggen dat er twee bewustzijnstoestanden naast elkaar worden gecreëerd (Spiegel & Cardena 1991).

Vanuit slaaponderzoek veronderstelt men dat tijdens de diepe slaafase (drie tot vijf keer per nacht) de ervaringen van de afgelopen dag gefilterd en verwerkt worden en zo mede een rol spelen in de vorming van autobiografische herinneringen (Pagani e.a. 2017). In één enkele EMDR-sessie kan in het brein een verwerking plaatsvinden die overeenkomt met de verwerking tijdens de diepe slaafase gedurende drie tot vier nachten. Dezelfde onderzoekers

stelden vast dat na vier EMDR-sessies mensen bij het slapengaan vlugger in slaap vallen, dat tijdens de slaap de trage-golf-slaap vermindert en dat de rem-slaap vermeerdert.

¶ *Indicatiebereik van EMDR in psychoanalytische behandelingen*

Tijdens een psychoanalyse of psychoanalytische psychotherapie kan een indicatie voor EMDR naar voren komen. Een indicatie kan zijn dat een cliënt blijvend overweldigd wordt door specifieke herbelevingen en niet tot een verhaal komt ondanks herhaaldelijke uitnodigingen om hierover te spreken. Te denken valt ook aan het blijvend terugkeren of aanhouden van bepaalde lichamelijke sensaties, zonder dat ze verbonden kunnen worden met een deel van de levensgeschiedenis. Dit kan bijvoorbeeld een specifieke pijn zijn, een specifieke druk ergens in het lichaam, eventueel visceraal, maar ook een overweldigende walging. Belangrijk is dat er aanwijzingen zijn dat deze ervaringen gaan over impliciete, niet-verbale aspecten van nog niet uitgesproken traumatische ervaringen (Ringel 2014).

Trauma creëert gefragmenteerde belevingen, zoals flashbacks, lichaams-sensaties of overspoelende emoties die op de rand van het verwoorden liggen. Met EMDR kan de focus worden gelegd op deze herinneringsfragmenten, waardoor de overspoelende lading daarvan zakt. Terwijl de lading zakt, worden de gefragmenteerde herinneringen als vanzelf in een persoonlijk verhaal geïntegreerd. Ze worden mentaliseerbaar, waarna de psychoanalyse of psychoanalytische psychotherapie verder kan worden gezet. Natuurlijk is het belangrijk om vooraf goed uit te leggen wat EMDR is en samen met de cliënt te bekijken waarom de therapeut dit voorstelt en wanneer en hoe men eventueel deze methodiek integreert.

Een 65-jarige cliënte had reeds meerdere jaren van analyse en analytische therapie achter de rug bij meerdere therapeuten. De insteek om EMDR te proberen kwam vanuit onze vaststelling dat ze wel wist en begreep hoe ze zichzelf in de knoei werkte in haar leven, maar dat dit weten haar niet hielp om er anders mee om te gaan. Nog steeds viel ze op de verkeerde mannen. We maakten een traumakaart, waarna we begonnen met het verwerken van de verschillende traumatische herinneringen. Tijdens één sessie, waarbij we vertrokken van een herinnering aan een heftig conflict tussen haar ouders, kwam er plots een heel misselijk gevoel naar boven waarbij ze aangaf dat ze ging overgeven.

Door de fragmenten heen die vanaf toen naar boven kwamen, zoals concrete beelden zonder context, een vieze geur die in de neus bleef hangen en pijn in de onderbuik ontstond er eerst een grote weerstand: <Het kan toch niet waar zijn dat ik seksueel misbruik heb meegemaakt?>

Mondjesmaat kwam er een verhaal naar boven van seksueel misbruik als klein kind. Ze heeft dit getoetst bij haar ouders, die bevestigden dat ze een buurman sterk verdacht hadden van ongewenste intimiteiten met haar. Deze herinnering was blijkbaar niet bewust geworden tijdens het therapeutische werk in de jaren hiervoor. We merkten dat de verwerking van deze herinnering een hele verschuiving heeft veroorzaakt in de manier waarop ze de wereld om haar heen ervaart. Ze beschreef dat ze alles veel helderder, echter kon zien. In de weken die volgden maakte ze zich ook veel zichtbaarder naar anderen toe.

Ook alexithymie en andere fenomenen van aktueelpathologie kunnen een indicatie zijn voor een meer lichaamsgerichte aanpak zoals EMDR (Verhaeghe 2002). Meerdere psychoanalytische behandelaars zien mogelijkheden voor inpassing van EMDR in hun behandeling. Paul Wachtel (2002) stelt dat een aanvullende <versoepelde> EMDR behulpzaam kan zijn bij persoonlijkheidsproblematieken of levensproblemen als ze wordt geïntegreerd in een meer complexe therapeutische benadering. Wachtel is al langer als psychoanalytisch psychotherapeut aan het onderzoeken hoe de psychoanalyse EMDR kan verrijken en omgekeerd. Jennifer Leighton (2007) meent dat EMDR de capaciteit tot zelfreflectie kan verhogen.

Waar in het verleden gebrek aan zelfreflectie een contra-indicatie voor psychoanalyse of psychoanalytische psychotherapie vormde, laten de affectieve neurowetenschappen ons nu zien dat het goed mogelijk is dat juist bij getraumatiseerde cliënten die zelfreflectie niet tot stand komt omdat de cliënt nog te zeer bedreigd is. Aandacht voor de gevoelde (on)veiligheid en (in)stabiliteit van de cliënt alvorens de (on)mogelijkheid om zelfreflectie te kunnen diagnosticeren, is voor mij een belangrijk gezichtspunt geworden. En zoals reeds gezegd, met EMDR kan het associatieve denken beter op gang komen. Een collega-analytica vertelde me onlangs: <In die twee sessies EMDR heb ik meer en vrijer geassocieerd dan in zeven jaar analyse!>

Dus zowel bij pathologie waar het spreken moeilijk verloopt, als voor mensen die niet zo verbaal zijn aangelegd, kan deze insteek een indicatie zijn. Maar ook wanneer men werkt met anderstaligen, zoals bij vluchtelingen, zien we dat het EMDR-proces goed kan verlopen zonder dat men alles dient te vertellen over de eigen belevingen. En dus ook bij rauwe, indringende belevingen kan deze verwerking gebeuren zonder dat de cliënt alles vertelt. Dit vermindert de kans op secundaire traumatisering door en in therapie.

De psychoanalytisch behandelaar, indien geschoold in de EMDR, kan een dergelijke behandeling zelf uitvoeren of ervoor kiezen daarvoor een collega te raadplegen. Doorverwijzing naar een <EMDR Europe practitioner> is dan mogelijk. Het openen van deze traumatische sporen (Van der Kolk 2002) tot meer symbolische toegang kan dan de insteek van doorverwijzing zijn.

Uitgesproken tegenindicaties zijn er niet, maar enige voorzichtigheid is wel geboden, bijvoorbeeld wanneer er dissociatie aanwezig is. Indien men vertrouwd is met dissociatie hoeft dit geen belemmering te zijn, want bijvoorbeeld Zoet en collega's (2018) vinden geen ondersteuning voor het idee dat de aanwezigheid van dissociatie negatieve gevolgen heeft voor traumagerichte behandelingsresultaten. Ook dient door de mogelijke emotioneel overspelende en intense belevingen rekening gehouden te worden met de fysieke toestand van de cliënt, zoals bij een zwangerschap of mogelijk hartfalen.

¶ *Inbedding van EMDR in psychoanalytische behandelingen*

Integratie van analytisch werken en EMDR is met enkele aanpassingen niet zo moeilijk en de analytische bedding maakt het mogelijk om te werken met EMDR bij een breder spectrum van cliënten (Arad 2018). Als de EMDR-behandeling aan een collega wordt uitbesteed, laten sommige analytici de EMDR-sessies naast de analytische behandeling lopen, terwijl anderen de behandeling onderbreken en, eventueel, later de draad van de psychoanalyse of psychoanalytische psychotherapie weer oppakken. Bij EMDR observeren we geregeld dat er een verandering plaatsvindt die in het lichaam ervaren wordt en dat de inhoudelijke, inzichtelijke verwoording pas later komt.

Een cliënt ervaart al vele sessies lang een pijn in de rug tijdens het verwerken van een gewelddadige interventie van zijn vader. Het blijft een erg fysieke ervaring zonder een mogelijkheid om er iets over te zeggen. Maar de ervaren pijn beweegt wel: van de schouders naar de onderrug, met momenten waarbij de ademhaling lijkt te stoppen. Tijdens een sessie geeft hij aan dat er een metalen plaat van over zijn schouders tot zijn onderrug lijkt te lopen. Vervolgens voelt hij die plaat lichter worden.

Dan komt de plaat los van zijn rug en vervaagt deze snel. Hij ervaart een hele fysieke opluchting en gaat spontaan rechter zitten op de stoel.

Hij kijkt me aan en vraagt: <Wat was dat?>

Ik geef terug: <Ik heb er geen idee van, en jij?>

Na een tijdje stilte zegt hij: <Dat was mijn moeder in mij. Ze is nu uit me en ik merk dat ze nooit meer in mij terug zal komen.>

Door de EMDR komt een koppeling tot stand tussen gevoel en woord, als herstel van mentalisatie (De Backer 2008). Vele cliënten proberen dit proces te begrijpen tijdens EMDR zelf. Ze worden echter vanuit de methodiek uitgenodigd om niet te veel te spreken. Erg verbale cliënten vraag ik om al hun vragen te onthouden en bij te houden, zodat we ze aan het einde van het traject samen kunnen bekijken. Nog nooit kwamen die vragen terug.

Psychoanalyticus Phil Mollon (2005) meent dat interpretatie van de overdracht niet het cruciale vehikel bij EMDR is, maar overdracht kan wel centraal

staan bij EMDR. EMDR kan dan ingezet worden om overdracht te doorwerken en de cliënt persoonlijk te laten groeien (Dworkin 2005). Overdrachtelijke fenomenen worden hierbij bijvoorbeeld als aanknopingspunt ingebracht om via een brug te zoeken naar een geladen herinnering: ‘Kan het kloppen dat je je inhoudt door iets in onze relatie?’ of ‘Wanneer of bij wie heb je dat ook al eens meegemaakt?’ (Parnell 2013). De therapeut maakt dan gebruik van een zogenoemde ‘relationele vervlechting’.

..... Een cliënte die, wanneer ze emotioneel wordt, vaak haar woorden moet zoeken wordt gevraagd: ‘Klopt mijn observatie dat je vaak je woorden moet zoeken wanneer je emotioneel wordt?’

‘Ja’, zegt ze.

‘Heb je die ervaring enkel hier, of heb je dat nog bij anderen meegemaakt?’

‘Ik heb dat niet bij mijn huisarts, maar ook wel bij mijn echtgenoot. Dat is begonnen bij mijn eerste vriend bij wie alles wat ik zei tegen mij gebruikt werd’.

..... De therapeut zegt: ‘Kun je daarbij blijven?’ en doet de stimulatie.

Dit soort interventies neemt de herhaling en herbeleving van de relationele ervaring in de therapeutische relatie als aanknopingspunt, met de vraag of deze hypothese aanslaat, of niet. Deze relationele ervaring wordt dan de focus en wordt zoals andere targets verwerkt via stimulatie.

EMDR kan dus eventueel complementair zijn aan een psychoanalyse of een analytische psychotherapie. Volgens mij kan het een rijkdom zijn om dit zelf te doen, gezien men een betere inschatting kan maken van de overdrachtelijke en tegenoverdrachtelijke belevingen. Ik ervaar deze integratie van EMDR binnen een analytisch kader als complementair en verrijkend. Zo kan ik tactvol van het ene naar het andere overgaan en tevens de vinger aan de pols houden rond de overdrachtelijke implicaties. Dit vraagt een zekere elasticiteit van het kader, want het traumawerk vraagt meer nabijheid en structurering. Ik beleef dit echter niet als een tegenstelling.

..... Zo kwam er onlangs de vraag van een collega die me aangaf dat hij vastzat met een cliënte die reeds enkele jaren bij hem in analyse was. Hij verwoordde de blokkade als volgt: ‘Sinds enkele maanden ligt ze zwijgend op de bank, en ondanks mijn verschillende uitnodigingen kwam ze niet verder dan aan te geven dat ze het niet meer wist’. Het laatste thema waaromheen ze aan het werken waren, was de zelfmoord van haar zus toen ze twaalf was.

..... Gezien deze warme overdracht van onze collega, heb ik de cliënte enkele sessies ontmoet, waar ze bereid was om rond die herinnering met EMDR aan de slag te gaan. Tijdens het verwerken kwamen er veel fysieke reacties, zoals het opspannen van al haar spieren, soms met schokken van haar

lichaam. Dit mondde uit in een helder beeld waarbij ze zag dat zij diegene was die haar zus gevonden had, bengelend aan een touw op zolder. Toen deze herinnering eenmaal tot een verhaal gekomen was, waarbij ze vanuit een meer afstandelijk perspectief over de gebeurtenis kon vertellen, hebben we de sessies afgerond en heeft ze haar analyse voortgezet.

¶ Besluit

Wanneer men tijdens het proces van een psychoanalyse of psychoanalytische psychotherapie blokkades vaststelt die gekoppeld zijn aan traumatische herinneringen, kan men eventueel aan EMDR denken. Zo kan men komen tot een hermobiliseren van het therapeutisch proces. Een gerichte tijdelijke doorverwijzing hiervoor kan dan een optie zijn, om daarna de draad verder weer op te pakken. In een meta-analyse onderzochten Cuijpers en collega's (2020) de werkzaamheid van EMDR en hun conclusie was voorzichtig positief.

Met name voor fobieën en examenfaalangst is de werkzaamheid uitgesproken positief, maar voor de behandeling van vele andere psychische problemen is er te weinig stevig onderzoek om effectiviteit te kunnen claimen. Ook de bestendigheid van de resultaten is nog te weinig onderzocht. Mogelijk is behandeling van een enkelvoudig trauma effectief, maar de ervaring leert dat voor behandeling van vroegkinderlijk trauma de EMDR-behandeling veel vaker en lang gegeven moet worden om de vermijding en uitdoving te voorkomen (Nicolai 2020, persoonlijke mededeling).

Maar is het niet heel interessant om te experimenteren met aanvullend gebruik van EMDR in een psychoanalytische behandeling?

Met dank aan Frans Schalkwijk voor zijn meedenken bij de totstandkoming van dit artikel.

Literatuur

- ARAD, H. (2018). *Integrating relational psychoanalysis and EMDR*. Oxon/New York: Routledge.
- BARROWCLIFF, A., GRAY, N., MACCULLOCH, S., FREEMAN, T., & MACCULLOCH, M. (2003). Horizontal rhythmical eye movements consistently diminish the arousal provoked by auditory stimuli. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(3), 289-302.
- BERGMANN, U. (2012). *Neurobiological Foundations for EMDR Practice*. New York: Springer Publishing.
- BICANIC I., JONGH A. DE, & BROEKE E. TEN (2015). Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe PTSS: noodzaak of mythe? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(5), 332-339.
- BONT, P.A.J.M. DE, BERG, D.P.G. VAN DEN, VLEUGEL, B.M. VAN DER, ROOS, C. DE, MULDER, C.L., BECKER, E.S., ... MINNEN, A. VAN (2013). A multi-site single blind clinical study to compare prolonged exposure, eye movement desensitization and reprocessing and waiting list on patients with a current diagnosis of psychosis and co morbid post traumatic stress disorder: study protocol for the randomized controlled trial Treating Trauma in Psychosis. *Trials*, 14, 151.

- CENTONZE, D., SIRACUSANO, A., CALABRESI, P., & BERNARDI G. (2005). Removing pathogenic memories. *Molecular Neurobiology* 32, 123-132.
- CUIJPERS, P., VEEN, S.C. VAN, SIJBRANDIJ, M., YODER, M., & CRISTEA, I.A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(3), 165-180.
- DE BACKER, A. (2008). *Behandeling via het woord versus nonverbale technieken bij alexithymie: een literatuurstudie* (Master-scriptie). Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen Ugent, Gent.
- DWORKIN, M. (2005). *EMDR, and the relational imperative*. New York: Routledge.
- ELOFSSON, U.O.E., SCHEELE, B. VON, THEORELL, T., & SONDERGAARD, H.P. (2008). Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 622-634.
- EMDR INSTITUTE. (z.d.). *Research overview*. www.emdr.com/research-overview
- FERENCZI, S. (1927). The problem of the termination of the analysis. In *Final contributions to the problems and methods of Psycho-analysis* (pp. 77-86). London: Hogarth Press, 1955.
- FERENCZI, S. (1985). *Le traumatisme*. Paris: Petite bibliothèque Payot.
- GALLE, W. (2007). Vrije associatie: spreken ... en de rest? *Psychoanalytische perspectieven*, 25, 223-242.
- HOFMANN, A. (2009). The inverted EMDR standard protocol for unstable complex posttraumatic stress disorder. In M. Luber (Ed.), *EMDR scripted protocols. Special populations*. New York, NY: Springer.
- JONGH, A. DE, ERNST, R., MARQUES, L., & HORNSVELD, H. (2013). The impact of eye movements and tones on disturbing memories involving PTSD and other mental disorders. *The Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 477-483.
- KNIPE, J. (2014). *EMDR Toolbox. Theory and treatment of complex PTSD and dissociation*. New York: Springer Publishing.
- KOLK, B.A. VAN DER (2002). Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach. Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington DC: American Psychological Association.
- KOLK, B.A. VAN DER (2016). *Traumasporen. Het herstel van lichaam, brein en geest na overweldigende ervaringen*. Eeserveen: Mens!
- KONITZER, M., & JAEGER, B. (2013). Stelt Shapiros EMDR einen Paradigmenwechsel in der Psychotherapie dar? *Psyche*, 67(5), 458-482.
- LEIGHTON, J. (2007). Enhancing psychoanalysis: a case of integrating EMDR. *Psychoanalytic Perspective*, 5(1), 105-125.
- MOLLON, P. (2005). *EMDR and the energy therapies. Psychoanalytic perspectives*. London: Karnac.
- NICOLAI N. (2016). *Emotieregulatie als basis van het menselijke bestaan. De kunst van het evenwicht*. Leusden: Diognosis Uitgevers.
- PAGANI, M., AMANN, B., LANDIN-ROMERO, R., & CARLETTO, S. (2017). Eye movement desensitization and reprocessing and slow wave sleep: A putative mechanism of action. *Frontiers in Psychology* 8, 1935.
- PARNELL, L. (2013). *Attachment-focused EMDR*. New York/London: WW. Norton & Company.
- RINGEL, S. (2014). An integrative model in trauma treatment: utilizing EMDR and a relational approach with adult survivors of sexual abuse. *Psychoanalytic psychology*, 31(1), 134-144.
- SHAPIRO, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy. Third edition. Basic principles, protocols and procedures*. New York: The Guilford Press.
- SHAPIRO, S. (1996). The embodied analyst in the Victorian consulting room. *Gender and Psychoanalysis*, 1(3), 297-321.
- SLETVOLD, J. (2014). *The embodied analyst*. East Sussex/New York: Routledge.
- SPIEGEL, D., & CARDEÑA, E. (1991). Disinte-

- grated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 366-378.
- STERN, D. (2010). *Forms of vitality. Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development*. Oxford: Oxford University Press.
- VERHAEGHE, P. (2002). *Over normaliteit en andere afwijkingen*. Leuven/Leusden: Acco.
- WACHTEL, P. (2002). EMDR and psychoanalysis. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach. Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington DC: American Psychological Association.
- ZOET, H.A., WAGENMANS, A., MINNEN, A. VAN, & JONGH, A. DE (2018). Presence of the dissociative subtype of PTSD does not moderate the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 1468707.

SUMMARY

Can EMDR contribute to psychoanalytical treatment?

In the development of contemporary psychoanalysis, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) therapy may occupy a modest complementary place, even if this methodology comes from a non-analytical angle. This is in line with the opening up of the psychoanalytic world to the embodied mind and the increasing attention to the importance of affect regulation in relation to the development of the self. What are the questions that arise on the use of this methodology?

Key words: affect regulation, embodied mind, EMDR, free association, psychoanalysis, psychotrauma

Noot

- 1 In 2013 erkende de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) EMDR als evidence-based behandeling voor PTSS.

Manuscript ontvangen 25 augustus 2018

Definitieve versie 21 maart 2021