Een handleiding voor EMDR bij vluchtelingen

Deel 2. Praktische aanpassingen

Tekst: **Dana Sofi, Elisa van Ee** en **Ad de Jongh**

De vraag naar traumagerichte behandeling voor vluchtelingen is een dagelijkse realiteit in de geestelijke gezondheidszorg. Het toepassen van EMDR bij vluchtelingen is daarmee niet alleen van toegevoegde waarde, maar ook een noodzaak voor de hulpverlening. In het vorige nummer van EM beschreven wij een aantal algemene aandachtspunten voor deze doelgroep. In deel twee gaan wij in op aanpassingen van bepaalde onderdelen van het EMDR Standaardprotocol voor de toepassing bij vluchtelingen.

Psycho-educatie

Goed afgestemde psycho-educatie kan voorkomen dat de spanning in de therapie te hoog oploopt. Daarmee is het essentieel voor het slagen van een EMDR-behandeling bij een vluchteling. Daarom dient er aandacht te zijn voor de verbinding tussen lichaam en geest, cognities en emoties. Daarnaast is er uitleg nodig over de verwerking van gebeurtenissen en de daaraan verbonden emoties, omdat dit niet voor alle vluchtelingen vanzelfsprekend is. Metaforen of vergelijkende beelden kunnen de wereld van de patiënt en die van de therapeut bij elkaar brengen. Een andere ingang is om een koppeling te maken tussen somatisch ervaren klachten en de blootstelling aan de traumatische gebeurtenissen. Exploreren van alles wat in het lijf wordt ervaren en de relatie met (soms overspoelende) emoties kan helpen om woorden te geven aan deze emoties. Dit werkt positief uit op de motivatie van vluchtelingen voor een traumagerichte behandeling. Laat de patiënt bijvoorbeeld focussen op wat er gebeurt in het lijf tijdens het spreken over de traumatische gebeurtenissen en onderzoek met de patiënt de daarbij passende emoties.

Een noodzakelijk onderdeel van de psycho-educatie is uitleg over mogelijke 'bijwerkingen' van de traumabehandeling, zoals heftige lichamelijke sensaties die ervaren kunnen worden tijdens de sessies (steken in de borst, hoofdpijn, trillen of benauwdheid). Uitleg vooraf voorkomt dat de patiënt hiervan schrikt en mogelijk afhaakt. Door culturele verschillen staat de rationale van EMDR-therapie nu eenmaal verder van vluchtelingen af dan van de in Nederland geboren patiënten, en helpt herhaling van de informatie om deze rationale steeds meer eigen te maken. Daarom is het belangrijk dat deze uitleg voor en tijdens de uitvoering van de EMDR steeds opnieuw wordt gegeven en dat wordt uitgelegd dat EMDR ook bij andere vluchtelingen heeft geholpen.

Veilige plek

Vanwege het beperkte sociale vangnet, de kwetsbaarheid en de emotionele onmacht die we meestal zien bij vluchtelingen met PTSS, kan het installeren van een veilige plek een bijzonder geschikt hulpmiddel zijn waarmee de patiënt zichzelf kan reguleren, thuis en tijdens de therapie. Het vinden van een 'veilige' plek kan bij een vluchteling echter soms wel moeilijk zijn. Het is daarom verstandig als de therapeut hierbij helpt. Een veilige plaats in de Hollandse natuur is voor sommige vluchtelingen de enige toegankelijke en triggervrije veilige plek.

Disfunctionele opvattingen

Veel vluchtelingen hebben angst voor psychologische behandelingen. Sterke, irrationele overtuigingen, zoals 'gek worden', 'bezeten raken' en 'de duivel over zich heen roepen', houden vermijdingstendenties in stand en belemmeren daarmee het verwerkingsproces. Het is belangrijk om dergelijke opvattingen eerst samen op te sporen en te neutraliseren door de verwachte rampscenario's met behulp van EMDR (gericht op zulke *flashforwards*) te desensitiseren.

Verhaal vertellen

De meeste vluchtelingen zijn van nature geneigd om tijdens de identificatie en exploratie van hun traumati-

sche herinneringen hun verhaal vrij uitgebreid en zeer nauwkeurig te vertellen. Door hen in een eerder stadium de achtergrond van hun geschiedenis te laten vertellen, hen gerust te stellen en te vertellen dat het nu gaat om het verzamelen van concrete herinneringen, versnel je het proces en geef je de patiënt structuur, ordening, en overzicht. In dit stadium is het belangrijk om met zo min mogelijk woorden en omschrijvingen tot de kern – en de targetselectie – te komen. Vanwege taal- en cultuurverschillen is het belangrijk om goed te luisteren naar de woordkeuze van de patiënt. Dit kan ondersteunend werken bij bijvoorbeeld het identificeren van de negatieve cognitie of bij het geven van *cognitive interweaves*.

Scherpstellen van het targetbeeld

Sommige vluchtelingen hebben moeite met het scherpstellen van het targetbeeld en zeggen niet in staat te zijn een 'plaatje' in hun hoofd voor zich te zien, terwijl ze wel de hele traumatische herinnering aan je kunnen vertellen. Visuele ondersteuning kan helpen bij het scherpstellen, zoals tekeningen of een stripverhaal, of een foto van zichzelf of een concreet object, bijvoorbeeld van het internet. De meeste vluchtelingen geven het hoofd of de borst aan als plek waar zij de spanning en de emotie het meest voelen. Het kan helpen om te vragen naar welk deel van de tekening ze moeten kijken om de spanning te voelen, waarbij ze hun hand op de plek leggen waar ze het lichamelijk voelen, om zo het lichaamsbewustzijn te helpen stimuleren.

Emotie

Een complicerende factor bij de behandeling van vluchtelingen met EMDR is de koppeling van emotie aan het meest nare herinneringsbeeld: "Als je kijkt naar het plaatje en je zegt tegen jezelf 'Ik ben machteloos', welke emotie komt er dan op?". Veel vluchtelingen raken door deze zin in verwarring. Als je eerst vraagt naar de plaats in het lichaam waar de spanning het sterkst gevoeld wordt, kan dit de patiënt helpen om 'contact' te maken met hun lichaam. Daardoor worden angst en spanning ten aanzien van de traumatische herinnering beter herkend. Door al in de psycho-educatie aandacht te besteden aan de relatie tussen emoties en lichamelijke reacties, legt de therapeut een basis voor het uiten van emoties. Belangrijk is om een onderscheid te maken tussen het verwijzen naar lichamelijke klachten als uiting van geblokkeerde emoties (bijvoorbeeld pijn in de schouders, waarvoor medische hulp moet worden gezocht), en het verwijzen naar lichamelijke klachten als uiting van emoties (bijvoorbeeld pijn in de borst waarbij iemand huilt). In het eerste geval is het van belang met de patiënt verder te zoeken naar woorden voor de betreffende emoties. In het tweede geval is de ervaring dat acceptatie van alles wat aangegeven wordt voldoende is om het desensitisatieproces in te gaan.
Kortom, ondanks het gegeven dat vluchtelingen vaak moeite hebben om de emotie te herkennen en te lokaliseren, is er meestal wel voldoende activatie om het proces te doorlopen.

Cognitive interweaves

Vluchtelingen kunnen geneigd zijn om tijdens de desensitisatiefase alles vooral rationeel te benaderen en in de 'overlevingsmodus' te blijven. Het kan zo zijn dat, als antwoord op de vraag "Wat komt er op?" alleen gedachten worden geformuleerd. Indien je hier geen aandacht aan besteedt, kan dit het verwerkingsproces belemmeren en zelfs blokkeren. Als je aan de patiënt bijvoorbeeld vraagt: "Waar voel je dat in je lichaam?" vergroot je de bewustwording van het (lichaams)gevoel.
Het rationele associatieve proces is te doorbreken door informatie over disfunctionele netwerken van cognities die hiermee samenhangen aan te reiken. Bijvoorbeeld: "Zou je het ook gedaan hebben als je niet werd gedwongen?; Ben je gelovig?; Wat zou God hierover zeggen?"

Installatie

De ervaring leert dat het niet altijd mogelijk is om de positieve cognitie volledig geloofwaardig te krijgen. Verschillende zaken spelen hierbij een rol, zoals culturele verschillen en het feit dat veel vluchtelingen hun kinderen en andere familieleden hebben moeten achterlaten. Als je dat weet, lukt het beter om te accepteren dat niet alles te veranderen is door EMDR-therapie. ■

Drs. Dana Sofi is gz-psycholoog en in opleiding tot klinisch psycholoog. Hij is promovendus en verbonden aan het Topklinisch Centrum voor Psychotrauma, verbonden aan Reinier van Arkel, instelling voor geestelijke gezondheidszorg te 's-Hertogenbosch.

Dr. mr. Elisa van Ee is klinisch psycholoog en jurist, en als wetenschappelijk hoofd 'trauma en gezin' en boegbeeld van het Topklinisch Centrum voor Psychotrauma verbonden aan Reinier van Arkel, instelling voor geestelijke gezondheidszorg te 's-Hertogenbosch. Tevens is zij hoofdopleider Psychotherapie bij de Stichting Psychologische vervolgOpleidingen Nijmegen.