

Affect-focused EMDR

Klinische strategieën voor het werken met relationeel trauma

SAMENVATTING

In de 'eye movement desensitization and reprocessing' (EMDR)-therapie maken therapeuten gebruik van uiteenlopende strategieën om zogeheten *touchstone memories* of andere betekenisvolle herinneringen te identificeren die samenhangen met actuele symptomen. Affect-focused EMDR gaat uit van de stelling dat niet de verwerking van herinneringen of mentale representaties centraal staat in EMDR, maar de verwerking van affect. Het gebruik van herinneringen als toegangspoort tot affect vormt slechts één mogelijke manier om onderliggende gevoelens te verwerken; er zijn vele andere wegen om affect te activeren. Dit is bijzonder relevant bij het behandelen van de gevolgen van relationeel trauma in de kindertijd. De identiteit van de patiënt werd toen, samen met diens defensieve structuren, gevormd in een chronisch toxische omgeving. Kinderen moeten zichzelf vaak beschermen tegen de ondraaglijke pijn van disconnectie, isolatie en onvervulde fundamentele behoeften. Als gevolg daarvan kan relationeel trauma in de kindertijd leiden tot gevoelens van hulpeloosheid en eenzaamheid, wat de ontwikkeling belemmert van een gezond zelfgevoel, een basaal gevoel van veiligheid en een essentieel gevoel van handelingsvermogen. Volgens Francine Shapiro vormen problemen binnen deze drie domeinen de primaire gevolgen van traumatische ervaringen. Deze manifesteren zich aanvankelijk als negatieve gevoelstoestanden, waarbij negatieve gedachten over het zelf pas later ontstaan. Affect-focused EMDR sluit aan bij Shapiro's affect-/valentietheorie. Zij stelt dat focus op affect cruciaal is in EMDR, aangezien een negatief affectieve lading disfunctionele netwerken in stand houdt. Affect-focused EMDR biedt diverse methoden om affect te benaderen en beschouwt het werken met herinneringen als slechts een van de mogelijke manieren om gevoelens te activeren. Op die manier beoogt affect-focused EMDR de flexibiliteit van therapeuten te vergroten om af te stemmen op de behoeften van uiteenlopende cliëntprofielen.

Dit artikel is een vertaling Cornil L, Van Limbergen O. Affect-Focused EMDR: Clinical Strategies for Working with Relational Trauma. JEMDR. 2025;19. <https://spj.science.org/doi/10.34133/jemdr.0013>

© 2025 Ludwig Cornil en Oliver Van Limbergen. Gepubliceerd onder CC BY 4.0.

Ludwig Cornil, Olivier Van Limbergen

L. Cornil, klinisch psycholoog, EMDR-Europe trainer, psychotraumatoloog NtVP, directeur Vormingscentrum Integrativa en Traumacentrum Léonce Roels

O. van Limbergen, klinisch psycholoog-psychotherapeut, trainer AF-EMDR, internationaal spreker

LEERDOELEN

Na het bestuderen van dit artikel:

- ◆ kunt u het affect definiëren in affect-focused EMDR en de theoretische basis ervan
- ◆ kent u het verschil tussen geheugengerichte en affect-focused EMDR, inclusief top-down en bottom-up verwerking
- ◆ kent u de plaats van de affect/valentie-hypothese van Shapiro in relatie tot disfunctionele informatienetwerken
- ◆ kunt u beargumenteren waarom bij relationeel jeugdtrauma direct werken met het affect klinisch zinvol kan zijn
- ◆ kunt u de indicaties en beperkingen van affect-focused EMDR benoemen, met aandacht voor veiligheid en stabiliteit

Inleiding

Al decennialang wordt *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) erkend als een effectieve therapie voor de behandeling van posttraumatische stressstoornis (PTSS) en traumagerelateerde stoornissen bij volwassenen. De werkzaamheid ervan wordt ondersteund door meer dan dertig gepubliceerde gerandomiseerde gecontroleerde studies,¹ verschillende meta-analyses^{2,3} en een recente netwerkmeta-analyse.⁴ Deze analyse toonde aan dat EMDR en *cognitive reprocessing therapy* de meest betekenisvolle behandelvormen zijn, met grote effectgroottes bij zowel korte- als langetermijnfollow-up.

Critici hebben er echter op gewezen dat het aantonen van effectiviteit aanzienlijk eenvoudiger is bij PTSS ten gevolge van enkelvoudig trauma dan bij patiënten met chronisch trauma uit de kindertijd.⁵ Relatieel trauma, en in het bijzonder relatieel trauma in de vroege ontwikkeling, leidt tot een geheel andere categorie van symptomen. In de loop van de jaren werden dan ook verschillende klinische strategieën ontwikkeld om patiënten te behandelen die lijden onder de invaliderende gevolgen van complexe PTSS.⁶⁻¹⁰ Dit suggereert dat, hoewel het standaard EMDR-protocol doeltreffend kan zijn bij enkelvoudig trauma, andere benaderingen nodig zijn om patiënten met relatieel trauma beter te ondersteunen.

Dit artikel introduceert affect-focused EMDR als een klinische uitwerking van de standaard EMDR-procedures en als een denkkader waarin affect wordt gepositioneerd als het primaire aangrijpingspunt voor verwerking. Het gaat dan in het bijzonder om volwassenen die relatieel trauma in de kindertijd meemaakten. Ontologisch kan affect-focused EMDR worden begrepen als een integratief klinisch kader: het omvat het standaard EMDR-protocol, maar breidt de toepassing ervan uit vanuit de aanname dat het richt op affect – meer dan op herinneringen – het belangrijke organiserende principe vormt van therapeutische verandering in EMDR. Hoewel klinische ervaring suggereert dat affect-focused EMDR het veranderingsproces bij cliënten met relatieel trauma kan versnellen, is nader empirisch onderzoek noodzakelijk om de werkzaamheid en onderliggende mechanismen ervan te valideren.

Theoretische onderbouwing van affect-focused EMDR

Hoe affect-focused EMDR affect definieert

Uitgaand van de affectieve wetenschap wordt *affect* hier gedefinieerd als een allesomvattend construct dat lichamelijke sensaties, emoties en gevoelens omvat. Dit perspectief sluit aan bij theorieën zoals de James-Lange-theorie¹¹ en de *Somatic Marker Hypothesis*,¹² die de essentiële rol benadrukken van fysiologische reacties bij het vormgeven van emotionele ervaringen. Daarnaast bevestigt onderzoek naar interoceptie en lichaamsde emotie het idee dat onze interne lichamelijke toestanden, en ons bewustzijn daarvan, cruciaal zijn voor de manier waarop wij emoties ervaren en interpreteren.¹³

Valentie-as en arousal-as

Affect wordt in het circumplexmodel¹⁴⁻¹⁶ beschreven als samengesteld uit twee assen: de **valentieas**, die loopt van plezier tot onlust, en de **arousal-as**, die verschillende niveaus van activatie weergeeft. Alle affectieve toestanden ontstaan uit een combinatie van deze twee onafhankelijke neurofysiologische systemen.¹⁵ Emoties daarentegen zijn de subjectieve interpretaties van deze affectieve toestanden. Een kernkenmerk van affect is dat het een grotendeels onbewuste respons vormt op gebeurtenissen in ons leven die ons raken en beïnvloeden. Affect-focused EMDR richt zich in het bijzonder op deze affectieve componenten van ervaringen die zijn opgeslagen in het impliciete geheugen en die ons gedrag en onze reacties onbewust sturen.

In affect-focused EMDR wordt het associatieve proces vaak opgestart vanuit een gevoel of lichamelijke sensatie die episodische representaties kan oproepen in het declaratieve geheugensysteem. Deze werkwijze wordt in affect-focused EMDR aangeduid als *bottom-up verwerking*. Daartegenover staat *top-down verwerking*, waarbij de verwerking uitgaat van episodische herinneringen. Dit laatste is de benadering die doorgaans wordt gehanteerd in het standaard EMDR-protocol, waarin een herinnering of mentale representatie van een eerdere ervaring als uitgangspunt dient.

Toestandsafhankelijk geheugen

Bij het werken met affect wordt gebruikgemaakt van het concept **toestandsafhankelijk geheugen**. Dit principe stelt dat het vermogen van een patiënt om informatie te herinneren toeneemt wanneer hij of zij zich in een gelijkaardige lichamelijke of emotionele toestand bevindt als die waarin de informatie oorspronkelijk werd



opgeslagen. Aangezien gelijkaardige affectieve toestanden vaak voorkomen in uiteenlopende levenssituaties, ervaren patiënten niet zelden een stortvloed aan herinneringen die opkomen vanuit gedeelde emoties en gevoelens.

Shapiro's affect-/valentiehypothese

De exacte redenen dat EMDR werkt, zijn nog niet volledig opgehelderd. Door de jaren heen zijn er talrijke hypothesen geformuleerd om de therapeutische effecten ervan te verklaren.¹⁷⁻²⁹ In de tweede editie van haar handboek introduceerde Francine Shapiro een bijkomende hypothese om het werkingsmechanisme van EMDR te verklaren. Zij noemt deze de **affect-/valentiehypothese**.³⁰

Shapiro veronderstelt dat de intensiteit van affect en valentie kan verklaren waarom informatie gevangen blijft in geïsoleerde associatieve netwerken. Het door haar voorgestelde model tracht te verduidelijken hoe deze informatie kan verschuiven van een disfunctionele naar een adaptieve toestand.

Associatieve netwerken rondom affect

Volgens Shapiro zijn associatieve netwerken – en hun cognitieve inhoud – gedeeltelijk georganiseerd rond affect. Zij stelt dat, zodra een affectieve toestand wordt geactiveerd, het daarmee samenhangende netwerk de

neiging heeft zich te stabiliseren in een patroon dat voornamelijk toegang geeft tot herinneringen en associaties die verbonden zijn met dat specifieke affect. Hoe sterker het disfunctionele affect, hoe groter de stabiliteit van het netwerk en hoe moeilijker het wordt om het netwerk los te maken uit zijn vaste geheel van bijbehorende herinneringen en gevoelens. Dat verhindert dat het te verwerken trauma zich verbindt met meer adaptieve informatie, aangezien het neurale netwerk een hoge weerstand vertoont tegen verstoring (ref. 30, p. 360).

Adaptive Information Processing-model

Het idee dat informatie op disfunctionele wijze is opgeslagen in afzonderlijke associatieve netwerken vormt een kernonderdeel van het **Adaptive Information Processing-model**. Shapiro's hypothese suggereert dat deze netwerken rond affect georganiseerd zijn en dat een hogere affectieve intensiteit leidt tot een grotere stabiliteit van het bijbehorende netwerk. Deze stabiliteit verhindert verbindingen met neutralere of positiever geladen informatie uit afzonderlijke adaptieve informatienetwerken. Dat verklaart waarom triggers telkens opnieuw dezelfde gedragsmatige, cognitieve, relationele en affectieve reacties oproepen.

Adaptieve netwerken

Shapiro beschrijft niet alleen het bestaan van verschillende informatienetwerken, maar stelt ook dat deze netwerken van elkaar gescheiden zijn door hun specifiek

affectieve valentie, waarbinnen herinneringen georganiseerd zijn. De patiënt beschikt aldus over netwerken met een sterk negatieve valentie, die disfunctioneel opgeslagen informatie bevatten, maar ook over netwerken met een sterk positieve valentie, die Shapiro aanduidt als **adaptieve netwerken**. Deze adaptieve netwerken bevatten herinneringen aan positief geladen materiaal, zoals ervaringen van competentie, ontvangen waardering en informatie uit zelfhulpboeken (ref. 30, p. 361). Shapiro beschouwt hulpbronnen expliciet als positieve affectieve toestanden (ref. 30, p. 248).

Standaard EMDR-protocol

Het standaard EMDR-protocol is ontworpen om disfunctioneel opgeslagen informatie te activeren en deze te verbinden met meer adaptieve informatienetwerken. Onderzoek heeft systematisch aangetoond dat snelle bilaterale stimulatie de levendigheid en emotionele intensiteit van een herinnering vermindert.^{20,21,31-33} Indien bilaterale stimulatie de intensiteit van negatief affect effectief reduceert, kan dit het brein in staat stellen associaties te vormen met netwerken die geleidelijk minder negatief en uiteindelijk positiever zijn, waardoor adaptieve informatie kan worden geïntegreerd (ref. 30, p. 248).

Bodill³⁴ gebruikt de zwaartekracht in ons zonnestelsel als metafoer om dit proces te illustreren. De zwaartekracht van de zon verhindert dat planeten afdrijven naar andere zonnestelsels. Zij blijven dus opgesloten in een gesloten systeem waarvan astronomen het gedrag nauwkeurig kunnen voorspellen. Indien de zwaartekracht van de zon om welke reden dan ook zou verzwakken, zou de zwaartekracht van andere zonnestelsels de planeten kunnen aantrekken en hen in een baan rond een sterkere ster kunnen trekken.

De affect-/valentiehypothese onderstreept de centrale plaats van affect in het denken van Francine Shapiro. Bovendien zijn er talrijke andere passages in haar werk waarin het belang van affect expliciet aansluit bij de uitgangspunten van affect-focused EMDR.

De ondraaglijke pijn van de kindertijd

In affect-focused EMDR richten wij ons op de overweldigende pijn van eenzaamheid, waardeloosheid, machteloosheid en onveiligheid die kinderen ervaren als gevolg van chronische relationele disconnectie. Wij zijn van mening dat symptomen van complexe

traumatisering voornamelijk voortkomen uit relationeel trauma in de kindertijd. Dit trauma kan ontstaan door verbaal, fysiek of emotioneel misbruik, maar ook door verwaarlozing, waardoor het kind niet de verbinding en liefde ontvangt die het nodig heeft. Dergelijke ervaringen tasten de ontwikkeling van een gezond zelfbeeld fundamenteel aan en ondermijnen het basale vertrouwen in anderen en in de wereld. Wij sluiten ons aan bij Timulak,³⁵ die stelt dat elk kind psychologische basisbehoeften heeft en dat emotionele pijn ontstaat wanneer deze behoeften niet worden vervuld of worden geschonden. Deze pijn – door Shapiro (ref. 30, p. 42) aangeduid als ‘de pijn van de kindertijd’ – wordt ook nu nog geactiveerd.

Eisenberger en Lieberman toonden aan dat sociale pijn en fysieke pijn gedeeltelijk dezelfde neurale circuits delen. Dat betekent dat mensen de pijn van afwijzing ervaren als reële lichamelijke pijn.

Shapiro merkt op dat gebeurtenissen in de kindertijd een blijvend negatief effect kunnen hebben op het zelf en de psyche. Zij kunnen worden begrepen als het coderen van negatieve affecten en lichamelijke sensaties die spontaan opkomen wanneer zij in de huidige omstandigheden worden geactiveerd (ref. 30, p. 47). Zij benadrukt verder dat het activeren van een traumatische herinnering het disfunctioneel opgeslagen affect in het bewustzijn brengt, waarna de negatieve cognitie haar onderliggende betekenis tot uitdrukking brengt (ref. 30, p. 49).

Hoewel het identificeren van negatieve cognities als een cruciaal onderdeel van fase 3 van het standaardprotocol wordt beschouwd, is het belangrijk te benadrukken dat Shapiro³⁰ negatieve overtuigingen beschouwt als verbale uitdrukkingen van onregelend affect. Volgens haar is het onderliggende affect het sleutelement om psychopathologie te begrijpen.

Dit impliceert dat affect essentiëler is dan negatieve cognitie. Het feit dat affect niet wordt geverbaliseerd, betekent niet dat het afwezig is. Jonge kinderen beschikken mogelijk niet over de woorden om hun gevoelens te benoemen, maar kunnen wel degelijk negatieve affectieve toestanden ervaren. Dit benadrukt dat het primaire doel van fase 3 van het standaardprotocol is, toegang te krijgen tot het affect dat door de herinnering wordt geactiveerd. Om dit te bereiken trachten we het beeld van het meest versturende moment van de herinnering te identificeren, de vaak impliciete overtuiging die hierdoor wordt geactiveerd te exploreren, en woorden te vinden die emotioneel resoneren bij de cliënt.

Zelfs wanneer we op zoek gaan naar een positieve cognitie, kan de ‘Validity of Cognition’ (VoC)-schaal de



patiënt duidelijk maken dat zo'n positieve overtuiging als ver weg aanvoelt, wat het negatieve affect kan intensiveren. Wanneer de patiënt de emoties kan benoemen en de lichamelijke resonantie kan voelen, beschikken we over voldoende affect om met de verwerking te starten.

Dit roept een intrigerende vraag op: hebben we de herinnering nodig om toegang te krijgen tot het affect, of is de herinnering slechts één manier om bij het affect te komen. Zijn er dus ook andere benaderingen beschikbaar zijn om deze connectie te faciliteren?

Casus Maria

Maria, een 42-jarige leerkracht, meldde zich aan voor therapie vanwege chronische schaamte en emotionele verdooving. Hoewel zij zich geen specifieke traumatische gebeurtenissen kon herinneren, beschreef zij een voortdurend gevoel van 'onzichtbaar zijn' gedurende haar kindertijd. In de derde sessie activeerden wij, via de zin 'ik doe er niet toe', een beklemmend gevoel in haar borststreek. Met behulp van tactiele bilaterale stimulatie en uitnodigingen om het affect verder te verdiepen, begonnen de tranen te stromen en kreeg zij toegang tot een vergeten herinnering waarin zij op school was achtergelaten.

In plaats van te focussen op de herinnering zelf, richtten wij ons op het gevoel van verlatenheid en nodigden wij

Maria uit om de pijn van eenzaamheid volledig te ervaren. Gedurende meerdere sessies, waarin werd gewerkt met dit bekende gevoel van verlatenheid en waarin associaties vrij konden opkomen, terwijl haar emoties kwamen en gingen, veranderde haar zelfperceptie. Zij ontwikkelde een groter emotioneel bewustzijn en stelde duidelijkere grenzen in haar relaties. Haar depressieve klachten namen af en zij hervond haar passie voor schilderen.

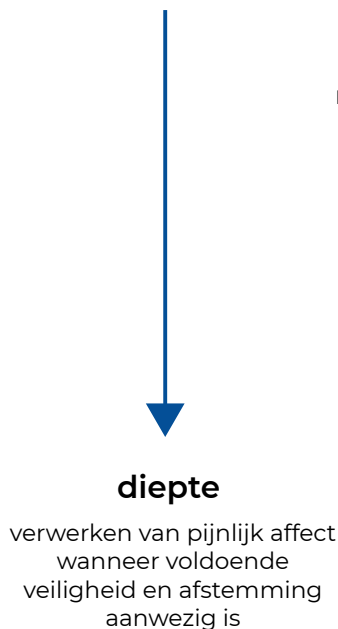
Memory-focused EMDR versus affect-focused EMDR

Het fundamentele uitgangspunt van affect-focused EMDR is dat affect het **primaire target van de behandeling dient te zijn** en niet alleen de herinneringen die ermee samenhangen. Behandelplassen zouden het daarom mogelijk moeten maken affect via verschillende wegen te benaderen en niet uitsluitend via herinneringen.

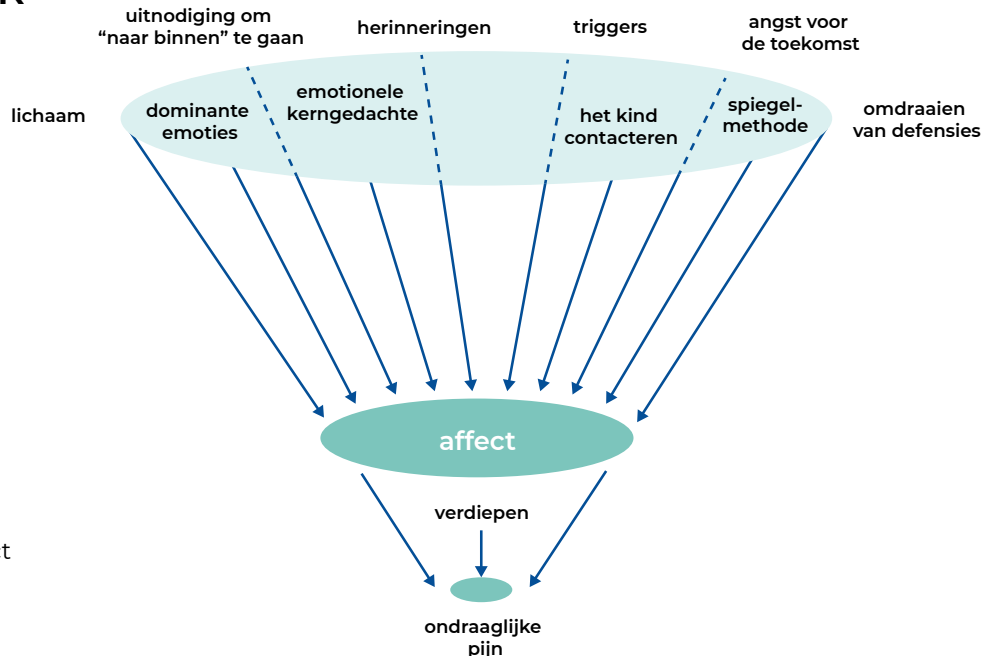
Enkelvoudig trauma

In veel gevallen van enkelvoudig trauma bestaat er een duidelijke relatie tussen een symptoom en een specifieke causale ervaring, waardoor het logisch is een duidelijk verstoring herinnering te behandelen. In dergelijke situaties kan het affect gemakkelijk via de herinnering

verwerkingsroute binnen AF-EMDR



ingangspoorten naar het affect



Figuur 1 Verwerkingsroute binnen AF-EMDR.

worden geactiveerd en doeltreffend worden verwerkt met behulp van het standaard EMDR-protocol. Dat leidt vaak tot wat je kunt omschrijven als ‘miraculeuze genezingen’.

Relationeel trauma

Bij het werken met relationeel trauma ervaren therapeuten vaak dat zij overspoeld worden door de vele herinneringen die de patiënt aandraagt, waardoor het onduidelijk wordt waar te beginnen. Omgekeerd hebben sommige patiënten moeite concrete herinneringen op te roepen en verwoorden zij eerder een diffuus gevoel van dreiging, of een aanhoudend gevoel niet geliefd of niet gerespecteerd te zijn. Wanneer talrijke negatieve ervaringen zich uitstrekken van de kindertijd tot in de volwassenheid, kan het effectiever zijn het onderliggende affect rechtstreeks te benaderen – in het bijzonder de intense pijn van eenzaamheid, onbemind-zijn en gebrek aan erkenning.

In affect-focused EMDR verwijzen wij naar dit samengebalde affect als ‘de jam’. Deze metafoer staat voor de gevoelslaag die overblijft uit meerdere negatieve ervaringen, soms verspreid over een heel leven. In plaats van te zoeken naar de oudste of meest traumatische herinnering, stellen wij voor om het **gemeenschappelijke affect** te identificeren dat aan al deze herinneringen ten

grondslag ligt. Om de metafoer door te trekken: in plaats van te onderzoeken uit welke specifieke rode vruchten (aardbeien, kersen, frambozen of rode aalbessen) de jam werd gemaakt, richten wij ons op de jam zelf en op hoe die zich manifesteert in de therapie.

Affect-focused EMDR suggereert aldus dat bij bepaalde klinische populaties – vooral bij cliënten met relationeel trauma – het prioriteren van affect boven herinnering kan leiden tot betere therapeutische resultaten. Dit roept fundamentele vragen op: gaat EMDR in essentie over herinneringsverwerking, zoals de huidige definities suggereren? Is het doel van EMDR-behandelprotocollen het opnieuw verwerken van herinneringen die bijdragen aan de klachten waarmee de cliënt zich aanmeldt?³⁷ Gaat het om het werken met pathogene herinneringen, waarbij EMDR strategieën biedt om deze effectief te benaderen en te transformeren, wat leidt tot symptoomvermindering of het opheffen ervan?³⁸

In haar EMDR-handboek³⁰ gebruikt Shapiro de term **informatieverwerking** frequenter dan **verwerking van herinneringen**, waarmee zij het belang benadrukt van het verwerken van informatie die verband houdt met affect. In het verlengde van Shapiro’s inzichten stelt affect-focused EMDR dat, wanneer een informatienetwerk

vergrendeld raakt door de intensiteit van het affect, dit affect moet worden geactiveerd en gedesensitiseerd met behulp van bilaterale stimulatie. Dit maakt het mogelijk voor brein en lichaam om nieuwe associaties te vormen met meer adaptieve netwerken, waardoor transformatie van de informatie kan plaatsvinden.

Target planning: de verticale as in affect-focused EMDR staat voor diepte, niet voor tijd

Het doel van affect-focused EMDR is het voor patiënten mogelijk maken **diep in hun gevoelens af te dalen** en vervolgens te ervaren wat zich aandient. Hoewel herinneringen een waardevolle toegangspoort tot affect kunnen vormen, zijn zij slechts een van de vele manieren om ermee in contact te komen. Vaak zijn de meest pijnlijke herinneringen ook de herinneringen waartegen patiënten zich het sterkst verdedigen, waardoor zij in fase 3 van het standaard EMDR-protocol intellectuele antwoorden geven zonder werkelijk contact te maken met het affect.

Onbereikbare herinneringen

Wanneer we ons beperken tot het chronologische spoor van herinneringen in de zoektocht naar een *touchstone memory*, lopen we het risico andere waardevolle toegangsroutes tot affect over het hoofd te zien. Zelfs wanneer technieken als de *Affect Scan*³⁰ worden gebruikt om vroege kinderherinneringen te identificeren die met bepaalde gevoelens samenhangen, kunnen deze herinneringen onbereikbaar blijven.

Manifestatie van informatie als target

Herinneringen hoeven echter niet de enige toegang te zijn tot een disfunctioneel netwerk. Shapiro stelde op basis van klinische observatie dat elke manifestatie van opgeslagen informatie kan dienen als target voor EMDR-verwerking. Zo kunnen een droom, een herinnering of actueel gedrag allemaal als focus worden gebruikt, omdat zij elk het specifieke neurale netwerk activeren dat de versturende informatie bevat (ref. 30, p. 47).

Trauma-octopus

Affect-focused EMDR sluit hierbij aan en breidt dit perspectief uit met de metafoer van de *trauma-octopus*. Hoewel de octopus acht armen heeft, kan elk van die armen leiden naar zijn kern. In affect-focused EMDR zijn we zelfs niet beperkt tot acht ingangen om affect te benaderen. Affect kan worden aangesproken via herinne-

ringen, actuele triggers of toekomstgerichte angsten. Patiënten kunnen worden uitgenodigd zich te richten op een lichamelijke sensatie, om simpelweg ‘naar binnen te gaan’, of aandacht te geven aan een dominante emotie. Ook droombeelden of symbolische representaties die sterke gevoelens oproepen, kunnen worden benut.

Bottom-up verwerking

Daarnaast kan gewerkt worden met emotionele verdedigingsmechanismen die nauw verbonden zijn met pijn, of de cliënt kan worden gevraagd zich voor te stellen hoe hij of zij als kind was en de pijn te zien die weerspiegeld wordt in de ogen van dat kind. Deze techniek wordt onder meer toegepast in Jim Knipe's *Loving Eyes Protocol*.³⁹ Elke methode die toegang biedt tot affect is waardevol. Zodra de cliënt begint te associëren, kunnen nieuwe herinneringen spontaan opkomen, wat in affect-focused EMDR *bottom-up verwerking* wordt genoemd. Op die manier keren we het klassieke uitgangspunt om: in plaats van uit te gaan van herinnering om bij affect te komen, nemen we het affect als vertrekpunt en bewegen we in de richting van herinnering.

Basisprincipes van affect-focused EMDR

Het faciliteren van de verbinding met pijn is essentieel

De diepte die wordt weergegeven op de verticale as van figuur 1 betekent dat, zodra een emotie geactiveerd is, de therapeut de cliënt uitnodigt **nog dieper te gaan**, en de vaak bijna ondraaglijke pijn van eenzaamheid, waarde-loosheid, machteloosheid en onveiligheid volledig te ervaren. De patiënt wordt uitgenodigd af te dalen in de donkerste lagen van de psyche, met behulp van suggestieve, affect-verdiepende taal zoals: ‘*Ga naar binnen, ga zo diep als je kunt; voel die pijn, voel die pijn in je lichaam.*’

Dergelijke interventies worden uitsluitend toegepast wanneer de therapeutische alliantie voldoende sterk is en wanneer de patiënt heeft laten zien dat deze klaar is om de diepere ervaringslagen te betreden. Dit proces vergt aanzienlijke moed, zowel van de patiënt als van de therapeut. Patiënten moeten zich voldoende veilig voelen om hun pijn onder ogen te zien, terwijl therapeuten bereid moeten zijn aanwezig te blijven bij deze pijn en de verbinding te behouden, zelfs wanneer hun eigen diepgewortelde affecten worden geraakt.

Wanneer het lukt patiënten toegang te geven tot hun gevreesde en vaak fel verdedigde pijn uit de kindertijd,

kan het transformerende potentieel van deze intense affectieve ervaring bijzonder groot zijn. Zoals Fosha stelt: *‘Transformatie is vrijwel altijd een neveneffect van intense affectieve ervaring’* (ref. 40, p. 20).

Casus Lisa

Een jonge vrouw van midden twintig gaf aan dat zij al haar hele leven – zolang zij zich kon herinneren – een pijnlijk gevoel van onzekerheid had in de borststreek. Deze negatieve affectieve ervaring was zeer tastbaar tijdens de eerste sessie. Zij kon de lichamelijke sensatie en de bijbehorende emotie beschrijven, maar was niet in staat specifieke herinneringen of triggers te benoemen. Wij kozen ervoor onmiddellijk bilaterale stimulatie toe te passen, terwijl wij haar vroegen haar aandacht te richten op de borststreek en te laten gebeuren wat zich aandeed. Na slechts enkele seconden kwamen spontane herinneringen naar boven (bottom-up verwerking), en naarmate het proces vorderde, kwamen we steeds verder in haar kindertijd terecht. Na deze ene sessie van negentig minuten was het storende gevoel duidelijk afgezwakt en gaf zij aan zich zelfverzekerder te voelen in het leven. In de daaropvolgende sessies werd verder gewerkt. Zij ervoer het als bevrijdend dat het bekende, onregelende gevoel werd vervangen door gevoelens van vertrouwen.

De therapeutische relatie: veiligheid creëren om onveiligheid te kunnen dragen

Een van de meest cruciale elementen in affect-focused EMDR om negatieve affectieve toestanden te kunnen verwerken, is de **therapeutische houding**. Patiënten hebben in hun leven geleerd zichzelf te beschermen tegen ondraaglijke pijn. Het idee gevoelens te confronteren die zij liever vermijden, kan intense angst oproepen. In affect-focused EMDR beschouwen wij angst als het fundament van elke defensieve of overlevingsstrategie: angst om alleen en onbemind te zijn, angst om als waardeloos te worden beschouwd, angst om machteloos te zijn en angst om zich onveilig te voelen.

Verlies van verbinding met het ware zelf

Om te overleven besteden mensen vaak, zonder zich daarvan bewust te zijn, enorm veel energie aan het vermijden van de pijn uit hun kindertijd. De prijs van deze verdediging is echter hoog: door zichzelf af te schermen van deze pijn riskeren zij ook de verbinding te verliezen met hun ware zelf – met wie zij werkelijk zijn of zouden kunnen worden.

Sterke therapeutische relatie essentieel

Hoewel het therapeutische doel, de patiënt opnieuw in contact te brengen met dit ware zelf, lovenswaardig is, zal geen enkele patiënt zich voldoende veilig voelen om het pijnlijke affect te betreden zonder een **sterke therapeutische relatie**. Dit principe is breed erkend in de psychotherapie en wordt beschouwd als een fundamenteel ingrediënt van elke effectieve behandeling. Uitgebreid onderzoek heeft herhaaldelijk aangetoond dat de therapeutische relatie een doorslaggevende rol speelt in positieve behandelresultaten. Een recente grootschalige meta-analyse van 295 onafhankelijke studies, met meer dan 30.000 patiënten, bevestigde opnieuw het sterke verband tussen therapeutische alliantie en behandelresultaat.⁴¹

We weten bovendien dat een van de kernfuncties van hechting is angst reduceren en exploratie mogelijk maken.⁴² Een manier om patiënten te motiveren hun pijn te onderzoeken, is dan ook een betrouwbare en dragende relatie met de therapeut op te bouwen. De therapeut dient vertrouwen uit te stralen en de verbinding te behouden onder alle omstandigheden.

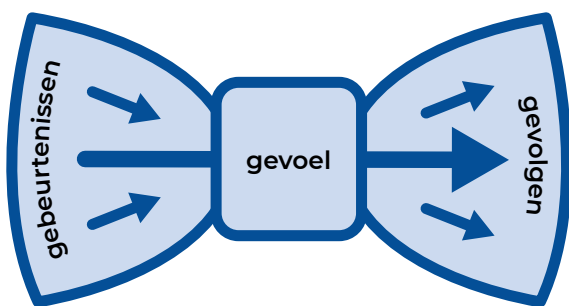
Relationele veiligheid als voorwaarde

In affect-focused EMDR benadrukken wij het belang van **relationele veiligheid** als voorwaarde om gevoelens van onveiligheid te kunnen hanteren. Zowel de patiënt als de therapeut vervult hierin een actieve rol: een gebrek aan vertrouwen kan verandering blokkeren, terwijl het onvermogen om het contact te behouden kan leiden tot hertraumatisering. De patiënt moet de therapeut ervaren als een stabiele rots in een woelige rivier of als een betrouwbare reddingsboei in een stormachtige zee, terwijl de patiënt wordt gezien als een moedig persoon die, indien nodig, altijd kan steunen op de therapeut.

Een sterke therapeutische alliantie moedigt cliënten aan hun gevoelens openlijk te uiten, inclusief negatieve gevoelens. Onderzoek toont aan dat wanneer cliënten zich veilig voelen om hun negatieve affect te delen, dit het vertrouwen versterkt en de therapeutische relatie verdiept.⁴³ Een dergelijk klimaat maakt een diepere exploratie van pijnlijke ervaringen mogelijk en bevordert emotionele bewustwording en resolutie tijdens EMDR-therapie. Het toepassen van affect-focused EMDR vereist van de therapeut niet alleen vertrouwen in het proces, maar ook vertrouwen in de patiënt én in zichzelf.

Mensen komen bij ons om te veranderen hoe zij zich voelen

De verschuiving van werken met herinneringen naar werken met affect vormt een centraal uitgangspunt van affect-focused EMDR. Patiënten komen niet in therapie om een herinnering te veranderen; zij zoeken hulp omdat zij **willen veranderen hoe zij zich voelen**. Om het grote belang van negatieve affectieve toestanden te verduidelijken, maken wij gebruik van het beeld van een vlinderdas (figuur 2).



Figuur 2 De gevoelsstrik.

De linkerzijde van de vlinderdas staat voor een veelheid aan afzonderlijke ervaringen die samenkomen in een knoop: een intense, terugkerende en ondraaglijke affectieve toestand. Vanuit deze knoop ontstaan aan de rechterzijde de gevolgen of symptomen van het actuele lijden. Dat wil zeggen, zowel het opnieuw opduiken van oude pijn als de overlevingsstrategieën die geactiveerd worden om deze pijn te vermijden of te verdoen.⁴⁴

Affect-focused EMDR stelt dat therapeuten niet altijd grote inspanning hoeven te leveren om de oorspronkelijke traumatische herinneringen exact te identificeren of om de volgorde van verwerking minutieus te bepalen. Wanneer we rechtstreeks toegang krijgen tot de knoop van de vlinderdas, kunnen we sneller beginnen te werken aan het pijnlijke affect. Zo is het bijvoorbeeld niet noodzakelijk herinneringen op te zoeken wanneer een patiënt zich duidelijk overstuur aanmeldt na een recente trigger: het gevoel is dan reeds in het lichaam aanwezig. Hetzelfde geldt voor patiënten die boos zijn, spontaan beginnen te huilen of zich presenteren met een drukgevoel op de borst of andere somatische klachten. Uiteraard kan een duidelijk negatief geladen herinnering, indien aanwezig, wel degelijk dienen als ingang tot de verwerking.

Affect-focused EMDR start verwerking zo vroeg mogelijk

Patiënten zoeken hulp omdat zij lijden en zo snel mogelijk verlichting wensen. In onze ambulante traumapraktijk starten wij doorgaans met de verwerking van affect in de tweede of derde sessie. Therapeuten lopen het risico patiënten te verliezen wanneer die gedemotiveerd raken door een langdurige intakefase of door een overdreven nadruk op stabilisatie.

De vaak gebruikte uitdrukking 'zo snel als mogelijk, zo traag als nodig' wordt regelmatig verkeerd begrepen, namelijk als een oproep om te vertragen. Wij sluiten ons aan bij bevindingen van de Nederlandse onderzoeksgroep,⁴⁵⁻⁴⁷ die erop wijst dat therapeuten stabilisatie vaak overmatig benadrukken, zelfs wanneer dit niet noodzakelijk is. Hierdoor lopen patiënten het risico dat hen de toegang tot bewezen, evidence-based traumabehandelingen wordt onthouden of dat deze onnodig worden uitgesteld.⁴⁵

Het debat over de balans tussen stabilisatie en directe traumaverwerking is overigens niet nieuw. Reeds meer dan twintig jaar geleden schreef Diana Fosha:⁴⁰

'Ik kwam tot het inzicht dat aannames over de kwetsbaarheid van patiënten vaak rationalisaties zijn voor ineffektieve technieken. Kwetsbaarheid mag niet verondersteld worden of gebruikt worden om klinisch handelen te blokkeren; het is een klinische inschatting die gemaakt wordt tijdens – en niet voorafgaand aan – de dynamische interactie met de patiënt. Voor de goed opgeleide clinicus weegt het gevaar van ineffectiviteit en vermeden handelen zwaarder dan het risico op schade door directe interventie' (ref. 40, p. 16).

Met affect-focused EMDR is het mogelijk met grotere flexibiliteit sneller tot verwerking over te gaan.

Nadruk op tactiele bilaterale stimulatie

Een ander element waarmee affect-focused EMDR de gangbare EMDR-praktijk uitbreidt, is dat er geen gebruik wordt gemaakt van oogbewegingen, maar van **tactiele bilaterale stimulatie**. Meestal gebeurt dit via apparaten die bekendstaan als *buzzers*. Hiermee is het mogelijk dat patiënten hun ogen gesloten houden tijdens de verwerking.

Door externe prikkels te minimaliseren kunnen cliënten zich op een dieper niveau verbinden met hun innerlijke

Emd → EMD → EMDr → EMDR → EMDR

TELESCOPISCHE KIJK OP EMDR-VERWERKING

Oorspronkelijk bedacht door Elan Shapiro
Uitgebreid door Ludwig Cornil

	TARGET	PROTOCOL	DOEL
EMd (kleine d)	Huidig Affect	Geen	Verlagen Affect
EMD	Intrusief deel van een herinnering	Gewijzigd protocol	Verlagen Affect
EMDr (kleine r)	Een herinnering	Standaardprotocol, maar	Associaties beperken
EMDR	Een herinnering	Standaard	Alle associaties toestaan
EMDR (grote R)	Verschillende ingangspunten, niet alleen herinnering	Met of zonder standaardprotocol	Verwerking van de ondraaglijke pijn uit de kindertijd

Figuur 3 Uitgebreide telescopische kijk op EMDR-verwerking.

beleving, herinneringen en gevoelens, wat de verwerking van traumatische ervaringen kan vergemakkelijken. Voor veel cliënten biedt het sluiten van de ogen een gevoel van veiligheid en comfort, vooral wanneer zij pijnlijke of ontregelende ervaringen oproepen. Dit maakt het vaak eenvoudiger om beelden, gevoelens of lichamelijke sensaties te ervaren.

Ogen dicht of open

Voor sommige traumapatiënten kan het openhouden van de ogen gevoelens van hypervigilantie of angst versterken. Het sluiten van de ogen kan deze verhoogde alertheid juist verminderen en een gevoel van rust bevorderen. Dit geldt echter niet voor iedereen. Bij sommige dissociatieve patiënten kan het sluiten van de ogen het gevoel van gevaar vergroten. In dergelijke

gevallen kan het openhouden van de ogen, terwijl men de buzzers vasthoudt, helpen om verankerd te blijven in het hier-en-nu, terwijl de innerlijke wereld wordt verkend. De therapeut dient zijn aanpak steeds af te stemmen op de individuele patiënt.

Onderzoek wijst uit dat werken met gesloten ogen de hersenactiviteit beïnvloedt. Costumero en collega's⁴⁸ toonden aan dat bij gesloten ogen een hogere functionele connectiviteit optreedt tussen het *default mode network* en sensorimotorische netwerken. Het *default mode network* is geassocieerd met zelfreferentiële verwerking, evenals met het ophalen van autobiografische en episodische herinneringen.⁴⁸ Zoals Chen en collega's (ref. 49, p. 562) opmerkten: *'Wanneer iemand zijn ogen sluit, houdt hij nooit op met voelen en denken, tenzij onder adequate anesthesie, in een disfunctionele comateuze toestand, vegetatieve staat of de dood.'*

Casus Jeroen

Een 25-jarige man met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik in de kindertijd had eerder elders standaard EMDR-therapie gevolgd, maar had deze als niet helpend ervaren. Telkens wanneer het misbruik ter sprake kwam, verkrampte zijn lichaam, ondanks zijn bewuste wens de pijn onder ogen te zien. Hij gaf ook aan gevoelens van minderwaardigheid en eenzaamheid te hebben. Wij begeleidden hem om zich op zijn lichaam te richten en zich onder te dompelen in de gevoelens die zich aandienen. Na enkele minuten kwam de traumatische ervaring onverwacht opnieuw naar boven. Ditmaal verkrampte zijn lichaam niet, waardoor hij het trauma volledig kon verwerken. Na deze sessie namen veel van zijn klachten aanzienlijk af.



Gebruikmaken van het *de-arousal-effect* van bilaterale stimulatie

Hoewel er binnen EMDR nog steeds discussie bestaat over de noodzaak van bilaterale stimulatie^{50,51}, is bekend dat bilaterale stimulatie een **kalmerend effect op het lichaam** kan hebben^{52,53} en zowel met als zonder het standaardprotocol kan worden toegepast. Wij bouwen hierbij voort op het concept van *telescopische verwerking*, zoals beschreven door Elan Shapiro.⁵⁴ Dit concept werd oorspronkelijk gebruikt om het associatieve bereik te verruimen bij het werken met herinneringen (figuur 3). Binnen het **EMD**-protocol zijn associaties niet toegestaan en is het doel het verminderen van de emotionele lading van de target-herinnering. Bij **EMDr** (EMD met kleine *r*) wordt het standaardprotocol gebruikt, maar worden de associaties beperkt. Het standaard **EMDR**-protocol daarentegen laat alle associaties toe. Affect-focused EMDR introduceert hier twee aanvullende toepassingen.

EMd

De eerste is **EMd** (EMD met kleine *d*), waarbij bilaterale stimulatie wordt ingezet als middel om het lichaam te kalmeren wanneer affect optreedt, zonder dat er naar associaties wordt gezocht. Onderzoek van Sack en collega's⁵² en van Elofsson en collega's⁵³ toonde aan dat tijdens de eerste seconden van bilaterale stimulatie een duidelijke lichamelijke *de-arousal* optreedt, zichtbaar in een verhoogde parasympathische activiteit en een verlaagde hartslag. Dit effect wordt toegeschreven aan het oproepen van de oriëntatierflex.

Op deze manier kunnen de buzzers worden gebruikt zoals in het EMD-protocol, maar zonder target-herinnering en zonder een vast protocol. Deze EMd-benadering is ook goed bruikbaar wanneer bilaterale stimulatie wordt toegepast tijdens affectieve reacties, bijvoorbeeld wanneer een cliënt een brief voorleest die gericht is aan de persoon die het relationele trauma heeft veroorzaakt (het *Brieven Protocol* van Dellucci).⁵⁵ Deze methode richt zich primair op lichamelijke sensaties, vertraagt het proces en beperkt associaties, met als doel de patiënt voldoende stabiel te houden. Veel EMDR-therapeuten gebruiken EMd ook voor zichzelf wanneer zij stress ervaren en tot rust willen komen.

EMDR

Door **EMDR** (EMD met grote *R*) aan dit kader toe te voegen, ontstaat de mogelijkheid bilaterale stimulatie toe te passen op **elke ingang tot affect**, en niet alleen op herinneringen, al dan niet in combinatie met het standaardprotocol. Deze flexibiliteit creëert extra

mogelijkheden om de overweldigende pijn die voortkomt uit ervaringen in de kindertijd te verwerken.

Patiënten langer laten surfen op de golven van affect

Wij introduceren in affect-focused EMDR het principe van het **geleidelijk verlengen van de sets** van bilaterale stimulatie. Patiënten krijgen de ruimte om gedurende meerdere minuten te verwerken, waarbij de duur van de sets stapsgewijs kan worden opgebouwd tot soms zes minuten of langer.

Door af te zien van onderbrekingen om de dertig of veertig seconden – met vragen als *'Adem eens goed door, wat komt er nu?'* – kan het verwerkingsproces langer ononderbroken doorgaan, waardoor patiënten hun associaties vrijer kunnen volgen. Wij geven voorrang aan het volgen van het eb- en vloedritme van soms zeer intense affectieve reacties, terwijl wij onze interventies tot een minimum beperken. Ondersteuning wordt vooral geboden wanneer het belangrijk is dat de patiënt onze aanwezigheid voelt en onze stem hoort.

Aangezien affect-focused EMDR het verwerken van zeer pijnlijk affect inhoudt, wijkt onze visie op het *window of tolerance* enigszins af van die van veel collega's. Wij ondersteunen patiënten in het **blijven surfen op de golven van het affect**, totdat deze geleidelijk afnemen. Bij affect-focused EMDR betekent het verlaten van het *window of tolerance* niet dat er intense affecten aanwezig zijn, maar dat de patiënt expliciet aangeeft niet langer te kunnen doorgaan. Pas dan wordt het proces onderbroken.

Mensen zijn vaak in staat om aanzienlijk meer te verdragen dan zij zelf verwachten. Wanneer angst optreedt, moedigen wij patiënten aan om door te zetten met ondersteunende uitspraken zoals: *'Je doet het goed; dit zal je helpen'* of *'Het is oké om hier in deze ruimte zoveel ongemak te voelen als nodig is, zodat je het buiten deze muren niet meer hoeft te voelen.'* Soms nodigen wij patiënten uit tot expressie door vragen te stellen als: *'Wat zou je willen uitschreeuwen? Wat zou de kleine Jan willen roepen?'* of door hen aan te moedigen hun vuisten te ballen en zo luid mogelijk te schreeuwen.

EMDR als een primair lichaamsgerichte vorm van psychotherapie

In affect-focused EMDR ligt de nadruk tijdens de verwerking minder op de inhoud en meer op de **lichamelijke**

beleving van het affect, dat zich in golven aandient, geleidelijk afneemt of opnieuw oplaait wanneer nieuwe associaties ontstaan, tot het lichaam uiteindelijk kan ontspannen.

Dit verklaart waarom wij actief op zoek gaan naar negatieve affectieve toestanden, zelfs wanneer een patiënt tussen twee sets aangeeft zich beter te voelen. Een veelgemaakte fout bij minder ervaren EMDR-therapeuten is dat zij te snel naar positieve gevoelens willen toewerken, vaak gedreven door hun eigen ongemak met moeilijk affect. Wanneer een patiënt na een set zowel positieve als negatieve elementen rapporteert, hebben wij geleerd niet te zeggen ‘*ga daarmee verder*’, maar de positieve respons tijdelijk te parkeren en de aandacht te richten op de resterende negatieve aspecten.

Wij verzekeren patiënten dat hun positieve winst behouden blijft, ook nadat de moeilijke gevoelens verder zijn verwerkt. Hetzelfde principe hanteren wij wanneer we terugkeren naar het target, dat binnen affect-focused EMDR elke mogelijke ingang kan zijn, en niet uitsluitend een herinnering. Ons doel is het lichaam terug te brengen naar een **neutrale uitgangstoestand**, zodat het het leven kan benaderen zonder onopgeloste reacties die de waarneming van de realiteit vertekenen.

Kanttekeningen en aandachtspunten

Affect-focused EMDR is niet voor alle patiënten geschikt. Aangezien deze benadering vaak intense emotionele toestanden oproept, moeten patiënten in staat zijn negatieve gevoelens te verdragen zonder ernstig te ontregelen. Het risico op tijdelijke symptoomverergering en destabilisatie is vooral aanwezig bij patiënten met sterk dissociatieve tendensen, acute suïcidaliteit of persoonlijkheidsstoornissen zoals een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

Onderzoek van Hafkemeijer en collega's⁵⁶ toonde aan dat EMDR kan leiden tot tijdelijke toename van psychisch lijden en suïcidale gedachten bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Toch kwamen deze verschijnselen minder vaak voor tijdens EMDR-therapie dan wanneer er geen therapie werd aangeboden. In onze klinische praktijk zien wij weliswaar tijdelijke destabilisatie, maar het risico op hertraumatisering lijkt beperkt, ondanks intense emotionele expressie. Dit kan verklaard worden doordat voor (her)traumatisering niet alleen gevoelens van machteloosheid nodig zijn, maar ook een ervaring van isolatie. Zolang de therapeut het contact behoudt, ondersteuning biedt en de patiënt verankert in het hier-en-nu, is de kans op hertraumatisering gering.

Bij sterk dissociatieve patiënten is echter voorzichtigheid geboden, aangezien het behoud van deze verbinding met het heden bijzonder uitdagend kan zijn. Voor instabiele patiëntenpopulaties maakt het waarborgen van voldoende stabilisatie vóór het starten met affect-focused EMDR deel uit van de ethische verantwoordelijkheid van de therapeut. Aangezien affect-focused EMDR is ontstaan in een privépraktijk met een relatief stabiele patiëntenpopulatie, vraagt de toepasbaarheid en het risico ervan binnen complexere klinische contexten om zorgvuldige evaluatie.

Daarnaast moet worden opgemerkt dat er momenteel geen wetenschappelijk bewijs is dat aantoonde dat affect bij EMDR belangrijker is dan de verwerking van herinneringen. Het door de auteurs voorgestelde model is gebaseerd op tien jaar klinische ervaring in de ontwikkeling van affect-focused EMDR. Daarin werden systematische en vaak snelle symptoomverbeteringen waargenomen. Dit vormt echter geen bewijs voor de werkzaamheid. Op dit moment wordt affect-focused EMDR voornamelijk ondersteund door anekdotisch bewijs. Gerandomiseerde gecontroleerde studies zijn noodzakelijk om de claim te onderbouwen dat deze benadering een betekenisvolle bijdrage levert aan het EMDR-veld.

Enkele voorlopige bevindingen bieden wel ondersteuning voor de in dit artikel geformuleerde stelling dat het effectief kan zijn zich te richten op negatieve affectieve toestanden als target. In een recent artikel dat in dit tijdschrift (*Journal of EMDR Practice and Research*) werd gepubliceerd, onderzochten Carbajal en collega's⁵⁷ de effecten van een aanpassing van het standaard EMDR-protocol. Daarbij startte fase 3 niet vanuit een gebeurtenis, maar vanuit een **negatieve affectieve toestand** (het EMDR-NA-protocol).

Hoewel deze studie kleinschalig was en slechts drie patiënten omvatte – hulpverleners en veteranen met comorbide psychische problematiek – lijken de resultaten de kernstellingen van affect-focused EMDR te versterken. De auteurs erkennen dat er een groeiende hoeveelheid literatuur is die erop wijst dat negatief affect de drijvende kracht vormt achter cognities,^{58,59} een standpunt dat ook Shapiro onderschrijft.³⁰ Carbajal en collega's merkten in hun ‘post-treatment’ interviews met de drie patiënten op dat eerst de emoties werden verwerkt en daarna pas de cognities volgden. Opvallend was dat één patiënt, concludeerde dat haar verwerking sneller verliep wanneer zij startte vanuit het affect. Zij had eerder al gewerkt met pathogene herinneringen vóór zij het aangepaste protocol ontving dat uitging van negatieve affect. Dit stelde haar bovendien in staat zich meer te herinneren dan voorheen.

Casus Felice

Een vrouw van midden zestig vroeg hulp voor een zeer specifieke trigger. Sinds het overlijden van haar Italiaanse echtgenoot een jaar eerder, was zij niet langer in staat om naar Italiaanse muziek te luisteren. Aangezien de trigger zeer duidelijk was, kozen wij er bewust voor deze te gebruiken als toegangspoort tot haar pijn. Terwijl Italiaanse muziek werd afgespeeld, ontving zij bilaterale stimulatie met gesloten ogen. Na een uur van intens huilen nam het verdriet af en kwamen steeds meer warme en liefdevolle herinneringen aan haar man naar boven. De vrouw gaf nadien aan dat de muziek haar een “soundtrack” had geboden waarin alle noodzakelijke beelden zich konden ontvouwen. Na deze ene sessie was zij opnieuw in staat te luisteren naar de Italiaanse muziek die zij zo liefhad.

Conclusie

Met affect-focused EMDR beogen wij een uitbreiding van de gangbare EMDR-praktijk, waarin vaak wordt gezocht naar herinneringen of mentale representaties om het targetplan op te stellen. In onze klinische ervaring is affect fundamenteel dan herinneringen, omdat het fungeert als het bindende element van een herinneringsnetwerk. Hoewel herinneringen een belangrijke toegangspoort tot affect kunnen vormen, zijn er talrijke alternatieve wegen om negatieve affectieve toestanden te activeren en te verwerken, onder meer via langdurige toepassing van tactiele bilaterale stimulatie.

De patiënt wordt aangemoedigd de ondraaglijke pijn van de kindertijd te confronteren en door de golven van affect te navigeren, totdat het affect uiteindelijk tot rust komt. Therapeuten dienen zorgvuldig te beoordelen of hun patiënten voldoende stabiel zijn om de vaak intense emoties die dit proces met zich meebrengt te kunnen verdragen. In onze ambulante praktijk hebben de meeste cliënten relationeel trauma meegemaakt en het merendeel van hen blijkt in staat om wat zij ervaren als de ondraaglijke pijn van disconnectie daadwerkelijk te verwerken.

Dit proces is echter alleen mogelijk wanneer de therapeut kan fungeren als een **betrouwbare ankerfiguur** voor de patiënt en wanneer deze vertrouwen heeft in de zelfhelende vermogens van het organisme om negatieve gevoelens te verwerken die alle aspecten van het leven beïnvloeden.

Auteursbijdragen

Beide auteurs droegen bij aan de conceptie van het manuscript en aan het ontwerp, de redactie en de herziening van de tekst. Beide auteurs gaven commentaar op eerdere versies van het manuscript en keurden de definitieve versie goed.

Literatuur

1. Jongh A de, Roos C de, El-Leithy S. State of the science: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy. *J Trauma Stress*. 2024;37(2):205-216.
2. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, et al. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(12):CD003388.
3. Chen YR, Hung KW, Tsai JC, et al. Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLOS ONE*. 2014;9(8): Article e103676.
4. Yunitri N, Chu H, Kang XL, et al. Comparative effectiveness of psychotherapies in adults with posttraumatic stress disorder: A network meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychol Med*. 2023;53(13):6376-6388.

Log voor de volledige literatuurlijst in op www.prelumacademy.nl.

De auteurs presenteren dit affect-focused EMDR-model op uitnodiging als sprekers op professionele congressen en opleidingsworkshops. Voor meer informatie zie: <https://pred.nl/opleidingsaanbod/opleiding-affect-focused-emdr/> en <https://integrativa.be/spip.php?article304&lang=nl>.

De auteurs hebben geen financiële banden met de farmaceutische industrie en ontvangen geen onderzoeksgeld van commerciële partijen.