

## Woede Wrok en Wraak (WWW): Een internationaal onderzoek naar gebruikerservaringen

*Herman Veerbeek, Joan van Horn, Julia Wilpert & Robbert Barends*

Het EMDR-protocol Woede, Wrok en Wraak (WWW-protocol) werd in 2011 op het vierde Nederlands EMDR-congres geïntroduceerd als een specifieke interventie voor de behandeling van woede en wraakdrang, waarbij deze klachten bezien werden vanuit een traumaperspectief. Sinds de introductie van het WWW-protocol zijn er wereldwijd meer dan 2000 therapeuten getraind in de toepassing ervan via een online of live workshop van een hele dag. In deze nieuwsbrief doen wij verslag van de ervaring van 291 van deze therapeuten met het WWW-protocol.

### Aan trauma gerelateerde boosheid

Het WWW-protocol richt zich op de traumagerelateerde woede die men voelt ten aanzien van een specifiek persoon (de 'dader' die als verantwoordelijk wordt gezien) en niet zozeer op de gebeurtenis of het beeld dat de cliënt nu nog het meest naar vindt zoals bij toepassing van het standaard EMDR-protocol. Bij de WWW-interventie gaat het om het behandelen van vier symptomen die ten grondslag liggen aan posttraumatische woede: de intensiteit van de ervaren provocatie, het niveau van lichamelijke spanning, de intensiteit van piekeren over woede (ruminatie) en de intensiteit van wraakgevoelens en fantasieën.

Het protocol is geschreven voor toepassing bij volwassenen, maar het wordt steeds vaker ook toegepast bij jongeren en, in een aangepaste vorm, bij kinderen vanaf een jaar of 8. Een op kinderen toegesneden protocol is in voorbereiding.

### Inspiratiebronnen

Het WWW-protocol, maakt gebruik van EMDR-principes (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) en leunt onder meer op het Adaptieve Informatieverwerkingsmodel (AIP) van Shapiro (2001). In het AIP-model wordt het proces verklaard waarbij door de heftigheid van traumatische gebeurtenissen de ervaring disfunctioneel, als het ware geïsoleerd en 'bevroren in de tijd', worden opgeslagen, waardoor verwerking en integratie in het neurale netwerk, (en daarmee het voorzien van een cognitief en contextueel kader) niet plaats vindt. De amygdala en hippocampus spelen hierin een belangrijke rol.

Gebeurtenissen worden niet goed verwerkt, waardoor bij het triggeren van de herinnering aan de traumatische gebeurtenis of de trauma veroorzakende persoon, de cliënt de emoties, fysieke sensaties (waaronder sensaties van boosheid, zoals gebalde vuisten en aangespannen kaken) en overtuigingen die toen werden ervaren, opnieuw beleeft met dezelfde intensiteit als tijdens de traumatische ervaring.

Daarnaast is de sensorimotor psychotherapie (Ogden et al., 2006) een belangrijke inspiratiebron voor het WWW-protocol. Hierin wordt gesteld dat afgebroken verdedigingsmechanismen (veroorzaakt doordat vecht- of vluchtacties vanwege de overmacht van de 'aanvaller' zinloos zijn geworden) leiden tot lichamelijke chronische symptomen. Volgens Ogden is het van belang om tijdens de therapie de cliënt lichfelijk de gelegenheid te geven de afgebroken actietendensen alsnog tot een goed einde te laten brengen en daarmee lichfelijk een gevoel van overwinning te laten ervaren.

Als derde inspiratiebron geldt imaginaire rescripting vanuit de schematherapie: vanuit een gevoel van veiligheid en kracht (in plaats van herhaalde machteloosheid) wordt de cliënt uitgenodigd imaginair, als het ware in een film, de dader te confronteren en de woede en wraakdrang te uiten.

## Twee toepassingsmodaliteiten

Het WWW-protocol kent twee toepassingsmodaliteiten: (1) als zelfstandig protocol, waarin zes fasen worden doorlopen, en (2) als Cognitive Interweave (CI) bij uitvoering van het standaard EMDR protocol. De CI behelst alleen fase 5. De zes fasen van het protocol zijn:

1. Introductie
2. Inventarisatie
3. Rem
4. Filmscenario: voorbereiding
5. Filmscenario: uitvoering
6. Afronding zitting.

### *Fase 1 Introductie*

In deze fase wordt de rationale van het protocol uitgelegd. Hierbij staat normaliseren en valideren van boosheidssymptomen voorop: als iemand je iets ergs heeft aangedaan, is het ook logisch dat je daar boosheid over voelt. Vervolgens wordt aan de hand van emmers nagegaan in welke mate de cliënt last heeft van angst- en boosheidssymptomen ('hoe vol voelt de emmer met angst?' en 'hoe vol voelt de emmer met boosheid?'). Wanneer angstsymptomen domineren, zal de cliënt voorgesteld worden om met het standaard EMDR-protocol eerst tot reductie van de angstsymptomen te komen. Pas als later in de behandeling blijkt dat boosheidsklachten alsnog naar voren komen, kan het WWW-protocol als CI of als compleet protocol worden ingezet.

### *Fase 2 Inventarisatie*

Wanneer boosheidssymptomen domineren, volgt de tweede fase: 'Inventarisatie'. Met behulp van een tijdlijn wordt de cliënt uitgenodigd om na te gaan welke personen, vanaf de geboorte, de cliënt wat hebben aangedaan en naar wie cliënt nog steeds boosheid voelt.

Hierbij staat het inventariseren van de personen centraal; het ingaan op ervaringen die tot boosheid hebben geleid, wordt hierbij zoveel mogelijk vermeden, om de cliënt zo min mogelijk te belasten.

Vervolgens wordt de cliënt gevraagd om per genoemd persoon op een schaal van 0-10 aan te geven hoeveel boosheid in het lijf gevoeld wordt wanneer de cliënt imaginair die persoon aankijkt.

Indien nodig wordt ook de mate van angst uitgevraagd. Wanneer de angst hoger is dan de boosheid bij een specifiek persoon, zal het WWW-protocol niet uitgevoerd worden en wordt de persoon dus van de tijdlijn gehaald. Aan de hand van de tijdlijn en de scores per persoon wordt bepaald met welk persoon het filmscenario zal worden uitgevoerd.

### *Fase 3 Rem*

In deze fase, die plaats vindt voordat aan de voorbereiding en uitvoering van het filmscenario wordt begonnen, wordt met de cliënt geoefend met aangeven wanneer de spanning te hoog wordt en op welke wijze de spanning snel kan worden gereduceerd. Daarbij wordt gebruik gemaakt van duale taken: het aandacht richten op zowel de locatie van de lichamelijke spanning als wel de aangeboden oogbewegingen. Toepassing van de Rem leidt ertoe dat de cliënt meer controle over het proces ervaart en zich daardoor minder angstig voor de eigen boosheid en geremd voelt. Daarnaast geeft toepassing van de Rem ook de therapeut meer vertrouwen in een 'beheerst' proces, en daardoor reductie van de angst voor de boosheid van cliënt. Doorgaans hoeven de fasen 1 tot en met 3 slechts éénmaal doorlopen te worden. De Rem wordt in beginsel alleen aan het begin van een WWW-behandeling toegepast en zo nodig herhaald, mocht de spanning vaker te groot worden.

### *Fase 4 Filmscenario: voorbereiding*

Fase 4 omvat allereerst verdere psycho-educatie over de werking van het protocol. Vervolgens wordt met vier regels een kader geschapen waarbinnen de cliënt zich vrij genoeg voelt om imaginair de boosheid richting de gekozen persoon in lijfelijke actie om te zetten:

- de cliënt is de 'filmregisseur' en bepaalt wat er in de film gebeurt en wie deel uitmaken van de film
- de cliënt gaat pas de film in als hij/zij zich optimaal veilig en krachtig voelt
- in de film is alles toegestaan
- de cliënt kan de 'wraakacties' niet delegeren aan iemand anders.

Als laatste onderdeel in de voorbereidende fase wordt met de cliënt nagegaan welke maatregelen nodig zijn om zich in de film optimaal veilig en krachtig te voelen, om een herhaling van machteloosheidservaringen te voorkomen en juist alle voorwaarden te creëren voor een lijfelijk ervaren 'overwinning' op de persoon die hem beschadigd heeft. Daarbij kiest de cliënt een locatie uit waar de film zich afspeelt en kan hij mensen, dieren, en/of voorwerpen meenemen, die behulpzaam zijn bij het behalen van de 'overwinning'.

#### *Fase 5 Filmscenario: uitvoering*

Deze fase vormt de kern van het protocol. De cliënt wordt gevraagd om, zich veilig en krachtig voelend, imaginair, dus in de film, op de ander af te stappen, de ander in de ogen te kijken en te voelen wat het lijf zou willen doen of wat de cliënt zou willen zeggen. Vervolgens wordt cliënt gevraagd dit imaginair uit te voeren, terwijl gedurende 30 tot 60 seconden bilaterale stimuli worden aangeboden. Hierna geeft de cliënt kort aan wat hij opmerkt of ziet gebeuren waarna de eerste instructie wordt herhaald. Zo nodig wordt cliënt eraan herinnert dat hij de baas is en de macht heeft, en dat alles geoorloofd is.

Deze procedure wordt herhaald totdat de cliënt merkt dat de boze spanning verdwenen is. De therapeut verifieert dit door de cliënt na te laten gaan waar in het lijf nog boze spanning gevoeld wordt. Bij restspanning wordt de cliënt gevraagd de ander aan te kijken en te voelen wat het lijf wil doen om ook die restspanning kwijt te raken. Op het moment dat alle boze spanning weg is, volgt de laatste fase.

#### *Fase 6 Afronding zitting*

Wanneer een cliënt geëmotioneerd is of nog een hoge spanning heeft, wordt de cliënt imaginair naar een veilige plek geleid of worden andere ontspanningsverhogende interventies ingezet om te waarborgen dat de cliënt zich aan het eind van de zitting lijfelijk helemaal rustig voelt. Vervolgens worden de ervaringen van de cliënt besproken en vindt psychoeducatie plaats over eventueel opkomende spanning in de eerste dagen na de sessie.

Wanneer de kans groot is dat de cliënt ook thuis nog veel spanning zal ervaren, wordt doorgesproken wat de cliënt kan doen om de spanning te verminderen. De cliënt wordt gecompimenteerd voor de moed om de boosheid toe te laten. Eventuele gevoelens van schaamte worden gevalideerd en genormaliseerd.

De toepassing als *Cognitive Interweave* vindt plaats wanneer er tijdens een standaard EMDR-sessie een duidelijke kanteling van angst naar boosheid waarneembaar is: de cliënt toont zich niet meer angstig richting de ander, maar voelt daarentegen de drang de ander 'een koekje van eigen deeg' te geven. De cliënt krijgt dan de instructie: 'weet dat jij de macht hebt, jij de baas bent, kijk de ander in de ogen en voel wat je lijf zou willen doen, en doe dat maar!' Hierop volgt een bilaterale set, daarna een check wat er opkomt aan sensaties, emoties of gedachten en wordt de eerste instructie herhaald, totdat de boze spanning weg is. Hierna leidt de therapeut de cliënt terug naar het oorspronkelijke nare beeld waarmee de sessie gestart is (back to target) en vervolgt het standaard EMDR-protocol.

Voor meer informatie over de theoretische veronderstellingen achter het WWW-protocol wordt verwezen naar Veerbeek en Ten Broeke (2016).

#### **Doel van deze bijdrage**

Sinds de introductie van het WWW-protocol zijn er wereldwijd meer dan 2000 therapeuten getraind in de toepassing ervan via een online of live workshop van een hele dag. In deze nieuwsbrief doen wij verslag van de ervaring van 291 van deze therapeuten met het WWW-protocol.

## METHODE

In totaal startten 338 therapeuten met het invullen van de enquête, van wie 291 de enquête deels of volledig invulden. Van deze therapeuten was 83.8% vrouw (n = 244) en 15.8% man (n = 46). De meeste therapeuten waren Nederlands (n = 252, 86.6%). Twintig (6.9%) therapeuten waren van Duitse afkomst, 15 (5.2%) woonden in Noord-Amerika. Eén (0.3%) in de UK en één in Spanje.

De gemiddelde leeftijd van de therapeuten was 48.80 jaar (SD = 10.23) en het gemiddelde aantal jaren werkzaam als therapeut met getraumatiseerde cliënten was 13.36 jaar (SD = 8.27).

### Enquête

De auteurs hebben een enquête ontwikkeld met de volgende onderdelen en vragen:

#### *Algemene gegevens*

- land van wonen, geslacht, leeftijd, aantal jaren werkzaam als therapeut met getraumatiseerde cliënten

#### *Toepassing WWW-protocol (WWWP)*

- Aantal jaren geleden getraind in WWWP (< 1 jaar, 1-2 jaar, > 2 jaar geleden)
- Hoeveel cliënten behandeld met het WWWP (< 5, 5-10, > 5 cliënten)
- Percentage toepassing volledig protocol en als Cognitieve Interweave
- Type setting: volwassen of kinderen en jeugdigen in een klinisch of ambulante (forensische) instelling

#### *Uitvoerbaarheid (0 'nooit' – 10 'altijd')*

- Hoe vaak merk je bij cliënten een aarzeling vanwege angst voor eigen boosheid?
- Hoe vaak merk je bij jezelf aarzeling vanwege eigen angst voor te veel boosheid bij de cliënt?
- Hoe vaak mislukt het om de cliënt zover te krijgen om het WWWP uit te voeren?

#### *Effectiviteit (0 'nooit' – 10 'altijd')*

- In welke mate zien jullie bij cliënten een relatie tussen boosheid en ptss?
- Hoe vaak zien zowel cliënt als therapeut een aanzienlijke reductie van de arousal en wraakdrang?
- In welke mate heeft het protocol een meerwaarde in de behandeling van boosheid?

- Wat is de meerwaarde van het WWWP? (open vraag)
- Welke effecten van het WWWP zie je bij je cliënten? (open vraag)
- Heb je nog andere aanvullingen? (open vraag)

### Procedure

De dataverzameling vond plaats van september 2021 tot februari 2022. De emailadressen van therapeuten die getraind waren in het WWW-protocol werden gebruikt om een link te sturen van de digitale enquête in Qualtrics, een beveiligd online survey platform. Aan deelnemers van wie geen emailadressen beschikbaar waren, werd de link naar de enquête via de contactpersoon van de EMDR-verenigingen of organiserende instellingen doorgemaild.

De enquête begon met informatie over het doel van het onderzoek. Uitgelegd werd dat de gegevens anoniem verwerkt zouden worden. Ook werd aangeboden om – indien gewenst – de resultaten van het onderzoek terug te koppelen. De enquête werd aangeboden in het Nederlands, Engels en Duits.

### Verwerking van gegevens

SPSS 23 en R werden gebruikt voor het verwerken van de kwantitatieve enquêtegegevens over de toepassing van het protocol, uitvoerbaarheid en effectiviteit ervan. De cijfers (0-10) die de therapeuten hebben gegeven aan de uitvoerbaarheid en effectiviteit worden weergegeven in gemiddelden en standaarddeviaties en in percentages.

De informatie uit de open vragen werd door de auteurs Veerbeek en Van Horn verwerkt in twee fasen. In de eerste fase screenden de auteurs onafhankelijk van elkaar de informatie op relevante hoofd- en subthema's. De hoofdthema's betroffen de Effectiviteit van de protocol en Suggesties ter verbetering van het protocol of de instructie. De volgende subthema's werden geformuleerd binnen het hoofdthema

Effectiviteit: negatief of geen effect, effect bij bepaalde problematiek, afname boosheids-symptomen, afname trauma-klachten en toename positieve eigenschappen of levenskwaliteit van cliënt. Geen subthema's in Suggesties ter verbetering?

## RESULTATEN

De kwantitatieve resultaten worden gepresenteerd in drie onderwerpen: toepassing van het protocol, uitvoerbaarheid en effectiviteit. De thema's op basis van de open vragen worden – indien van toepassing – bij deze onderwerpen besproken.

### Toepassing WWW-protocol

Tabel 1 *Toepassing WWW-protocol in aantallen en percentages (N = 291)*

	n	%
Hoe lang geleden getraind?		
< 1 jaar geleden	95	33.5
1-2 jaar geleden	66	23.2
> 2 jaar geleden	123	43.3
Hoeveel cliënten behandeld?		
< 5 cliënten	111	39.1
5-10 cliënten	87	30.6
> 10 cliënten	86	30.3
Type setting?		
Forensische ggz klinisch	8	2.7
Forensische ggz ambulante	38	13.1
Reguliere ggz klinisch	26	8.9
Reguliere ggz ambulante	210	72.2
Kinder en jeugd klinisch	11	3.8
Kinder en jeugd ambulante	51	17.5

Een ruime 40% van de therapeuten is langer dan twee jaar getraind in het protocol. Het aantal cliënten behandeld met het protocol was bijna evenredig verdeeld over de drie categorieën. Opvallend is dat de meeste therapeuten werkzaam zijn in de reguliere ambulante ggz (72.2%).

Aanvullende resultaten laten zien dat bijna de helft van de therapeuten het volledige WWW-protocol toepaste (47.85%) en een kleine 45% van de therapeuten vooral de Cognitieve Interweave (CI).

De meeste therapeuten pasten of het volledige protocol toe of als CI. Een kwart gebruikte beide vormen, dus het volledige WWW-protocol en als CI.

### Uitvoerbaarheid

In tabel 2 en figuur 1 staat de beoordeling van de therapeuten weergegeven over de uitvoerbaarheid van het WWW-protocol.

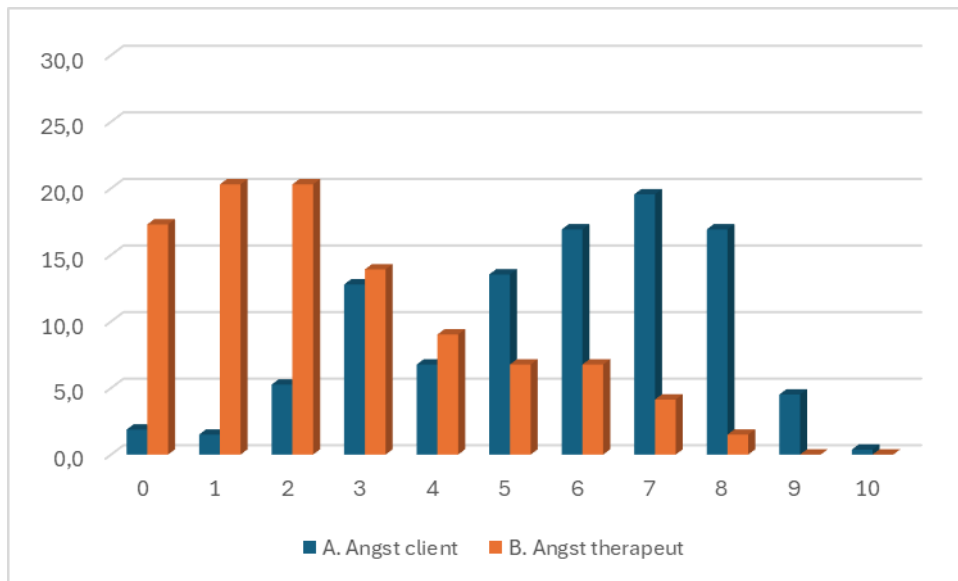
Tabel 2 *Uitvoerbaarheid*

Op een 10-puntsschaal, hoe vaak...		M	SD
A	...merk je bij cliënten een aarzeling vanwege angst voor eigen boosheid?	5.63	2.16
B	...merk je bij jezelf aarzeling vanwege eigen angst voor te veel boosheid bij de cliënt?	2.54	2.09
C	... mislukt het om de cliënt zover te krijgen om het WWW-protocol uit te voeren?	2.24	1.80
D	... lukt het om het hele protocol door te werken?	6.98	2.29

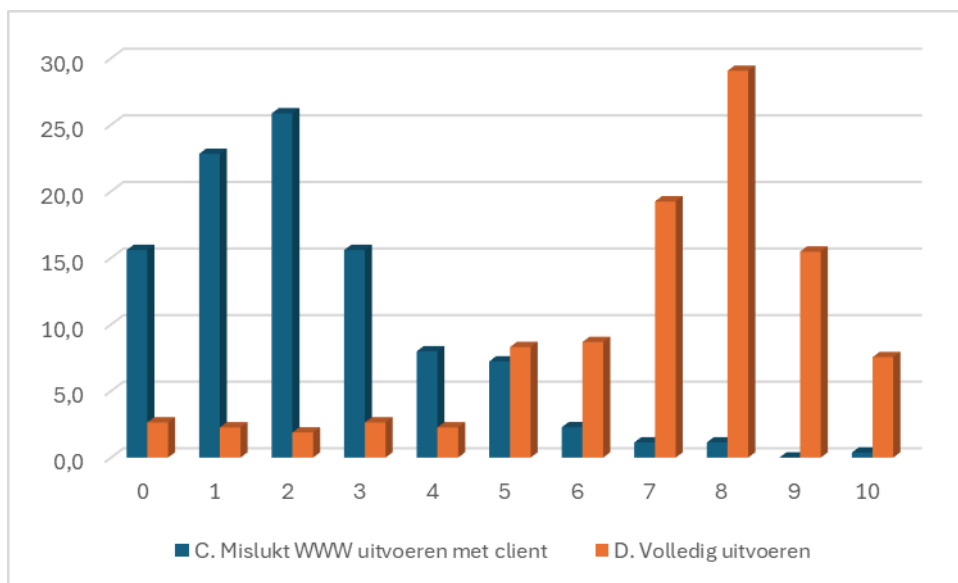
Uit tabel 2 blijkt dat therapeuten gemiddeld vaker een aarzeling bij hun cliënten waarnemen dan bij zichzelf. Toegelicht werd dat het protocol niet kon worden afgenomen bij cliënten met te nadrukkelijk aanwezige schuldgevoelens of bij cliënten met angst voor de eigen boosheid of het zichtbaar maken van de eigen als zwart beleefde kant. Een ander voorbeeld was een cliënt met een Dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) bij wie de angst te groot was waardoor niet tot uitvoering van het protocol kon worden overgegaan.

De therapeuten gaven aan dat zij behoefte hebben aan extra middelen en suggesties om de angst en terughoudendheid bij hun cliënten te verminderen. Het uitvoeren van het protocol bij cliënten mislukte eigenlijk zelden en het lukte therapeuten over het algemeen om deze ook volledig uit te voeren.

Deze uitkomsten worden bevestigd in figuur 1 waarin de percentuele verdeling staat weergegeven van de therapeutescores over zichzelf en over de cliënt.



Figuur 1. Percentuele verdeling scores aarzeling bij therapeut zelf en bij cliënt



Figuur 2. Percentuele verdeling scores Uitvoerbaarheid van het www-protocol

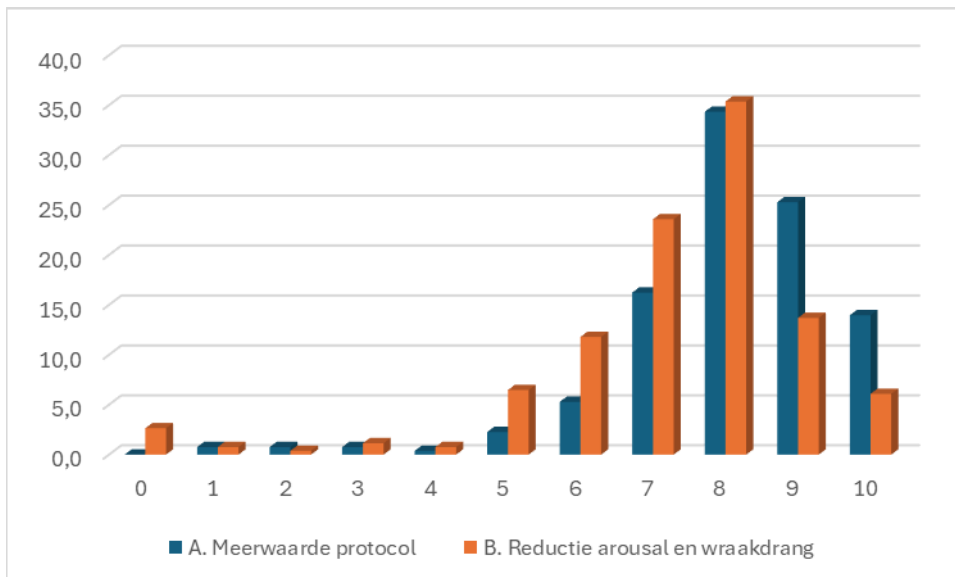
## Effectiviteit

Therapeuten zagen een duidelijke relatie tussen boosheid en PTSS ( $M = 7.34$ ,  $SD = 1.66$ ). Dit werd ondersteund door de mate waarin het protocol als effectief werd beschouwd (tabel 3 en figuur 3).

Tabel 3 Effectiviteit van het WWW-protocol

Op een 10-puntsschaal ...	M	SD
A In welke mate heeft het protocol een meerwaarde in de behandeling van boosheid?	8.05	1.51
B Hoe vaak zien zowel cliënt als therapeut een aanzienlijke reductie van de arousal en wraakdrang?	7.43	1.51

Therapeuten ervaren een duidelijke reductie in arousal en wraakdrang bij hun cliënten en het WWW-protocol wordt als een meerwaarde beschouwd in de behandeling van boosheid. Opvallend is dat de spreiding van de scores relatief klein is, wat wijst op een zekere mate van overeenstemming onder de therapeuten.



Figuur 3. Percentuele verdeling Meerwaarde protocol en Reductie in arousal en wraak

### Kwalitatieve informatie effectiviteit

**Gebrek aan effect, gebrek aan meerwaarde.** Een enkele respondent paste het WWW-protocol niet toe omdat het nog onvoldoende op effectiviteit onderzocht was, omdat de respondent van mening was dat het EMDR standaardprotocol volstond of dat het WWW-protocol uitsluitend geschikt zou zijn voor een zeer kleine groep met ernstige externaliserende boosheid. Door een andere respondent werd weer geopperd dat het WWW-protocol sneller effect had dan het standaardprotocol. Een positief effect werd volgens een respondent bemoeilijkt als cliënten niet bij hun gevoel konden komen, bang waren voor hun eigen boosheid, of vanuit hun stoornis een gering ontwikkelde fantasie hadden.

**Effect bij bepaalde problematiek.** Specifieke groepen werden genoemd waarbij positieve resultaten waren behaald, waaronder cliënten die met medische fouten waren geconfronteerd en cliënten die onmacht ten opzichte van instituties ervoeren (onderwijs, eerdere zorginstelling).

**Afname boosheidssymptomen.** In de open vragen over het effect van het WWW-protocol werd door de therapeuten vooral afname van diverse boosheidssymptomen genoemd, waaronder: vastzittende boosheid richting ouders, wraakgevoelens, -gedachten en -drang, arousal / fysieke spanning, overprikkeling / prikkelbaarheid / 'kort lontje', emotionele lading, gejaagdheid, ruminatie en angst voor eigen boosheid.

**Afname traumaklachten.** Ook werd een afname gerapporteerd van overige traumagerelateerde klachten, waaronder PTSS-klachten, gevoelens van machteloosheid, schuld en schaamte, lijdensdruk en fysieke klachten.

**Toename positieve eigenschappen of levenskwaliteit van cliënt.** Naast de afname van negatieve emoties en gedragingen werd ook een toename gerapporteerd in positieve eigenschappen of responsiviteit voor therapie. Specifiek werd een verbetering waargenomen in de motivatie voor toepassing van het EMDR standaardprotocol en de toegenomen bereidheid tot verwerking.

Het effect van het protocol werd ook gezien bij cliënten bij wie meer ruimte ontstond voor eigen kwetsbaarheid, verdriet, rouw en angst en het bood een opening voor het herstellen van relaties, verzoening, vergevingsgezindheid en begrip. Het gaf meer inzicht en cliënten ervoeren meer plezier in het leven en ze voelden zich bevrijd.

Therapeuten gaven tot slot enkele suggesties ter verbetering van het protocol, waaronder de integratie van meer fysieke activiteiten zoals boksen. Ook werd de behoefte geuit aan een versie van een protocol voor kinderen, jeugdigen en cliënten met een cognitieve beperking. Er werd de specifieke suggestie gedaan om effectiviteitsstudies te doen naar het WWW-protocol. De behoefte werd geuit om suggesties te krijgen hoe aarzelende cliënten te motiveren voor het WWW-protocol.

### Discussie

In het huidige onderzoek hebben we de ervaringen van therapeuten met het WWW-protocol onderzocht. Van de ongeveer 2000 therapeuten, nationaal en internationaal geschoold in het protocol, hebben 291 de enquête ingevuld. In hoeverre deze therapeuten qua leeftijd, geslacht, werksetting en ervaring een goede afspiegeling van alle getrainde therapeuten zijn, is op basis van dit onderzoek niet vast te stellen.

Bijna evenveel therapeuten bleken als toepassingsmodaliteit voorkeur te hebben voor of het gehele protocol of de CI, waarbij de andere modaliteit dan aanmerkelijk minder werd gebruikt. De toepassing van de ene modaliteit of de andere kan mogelijk samenhangen met de setting waarin men werkzaam is. In de gespecialiseerde en forensische sector staat boosheid als een meer dominante klacht op de voorgrond en toepassing van het volledige protocol lijkt dan logischer.

In de reguliere ggz worden vooral internaliserende traumaklachten behandeld en boosheid wordt veelal tijdens een standaard EMDR-sessie, in latere fasen van de therapie, manifest. In een dergelijke situatie wordt eerder de CI ingezet.

Wat betreft de uitvoerbaarheid van het WWW-protocol werd onderzocht in welke mate angst bij de therapeut en cliënt aarzeling tot gevolg had om het WWW-protocol toe te passen.

Fase 3 De Rem is in 2019 toegevoegd aan het protocol vanwege de - in workshops - vaak geuite angst door therapeuten en hun cliënten dat de opgewekte boosheid tot gevaarlijke situaties zou kunnen leiden, of op zijn minst in of buiten de therapiesessie tot agressieve ontregeling zou kunnen leiden. Doel van De Rem is om therapeut en cliënt samen met gestructureerde opdrachten te laten ervaren dat de arousal voldoende gereduceerd kan worden. Daarnaast kan De Rem cliënten helpen om meer in contact met hun lichamelijke sensaties te komen, waardoor de kans dat ze 'overvallen' worden door heftige boosheidssensaties vermindert.

De therapeuten bleken slechts in geringe mate te aarzelen over toepassing van het protocol vanwege angst bij henzelf voor boosheid van de cliënt ( $M = 2.54$ ). De therapeuten bemerkten meer aarzeling bij hun cliënten ( $M = 5.63$ ). Daar waar cliënten soms jarenlang geconfronteerd zijn met verlies van controle over hun boosheid, of dusdanig repressief zijn opgevoed dat elke uiting van boosheid tot angst voor straf zou leiden, is deze aarzeling meer dan voorstelbaar. Nader onderzoek zou gedaan kunnen worden naar het verschil in de aarzeling en angst voordat De Rem is toegepast en daarna. Hiermee wordt tegelijkertijd een indicatie gegeven in welke mate De Rem van toegevoegde waarde is.

Ten aanzien van de behoefte van therapeuten aan middelen en suggesties om aarzeling en angst bij de cliënt te verminderen, is allereerst toepassing van De Rem en observatie van hoe de cliënt op De Rem reageert van belang. Daarnaast is het nodig om aarzeling en angst niet te zien als een 'obstakel', maar als een signaal dat de therapeut hier eerst aandacht aan moet geven, en mogelijk toepassing van het WWW-protocol moet uitstellen totdat de angst en/of aarzeling voldoende is bewerkt.

Een tweede aspect van uitvoerbaarheid werd onderzocht door naar mislukte en onvolledig uitgevoerde WWW-sessies te vragen. Het onderzoek liet nauwelijks mislukte uitvoeringen zien. Bij een mislukte uitvoering is het mogelijk dat de cliënt gedurende het proces op een onverwachte heftige boosheid stuit en daardoor de neiging om de sessie af te breken groot is.

Specifiek werden DIS-cliënten genoemd. Het is mogelijk dat een persoonlijkheidsdeel van een DIS-cliënt laat blijken mee te willen werken, terwijl een ander meer beschermend deel tijdens de sessie het proces boycot uit angst voor een heftige straf. Een goede voorbereiding van de cliënt, toepassing van De Rem en de tijd nemen om mogelijke aarzelingen te valideren en te bewerken bij de cliënt zijn essentieel voor een geslaagde WWW-sessie. Bij DIS-cliënten is toepassing van het protocol pas verantwoord als alle delen instemming geven.

Op de vraag naar het effect van het WWW-protocol werd door de therapeuten een sterke relatie gezien tussen boosheid en PTSS. Bij de behandeling van boosheid met het WWW-protocol is het uitgangspunt dat boosheid niet in het luchtledige ontstaat, en zich ook niet manifesteert als een puur instrumentele actie (agressie als middel om een bepaald doel te bereiken). De boosheid is ontstaan omdat de cliënt leed is aangedaan met als bijna automatische reactie een verhoogde arousal, boosheidsruminatie en mogelijk ook wraakfantasieën en -drang. Er is daarom sprake van posttraumatische woede, die met het traumasensitieve WWW-protocol wordt behandeld. De door de therapeuten erkende relatie tussen boosheid en PTSS ondersteunt dit.

Differentiatie tussen instrumentele agressie en posttraumatische boosheidssymptomen is essentieel, omdat cliënten die agressie instrumenteel toepassen naar verwachting niet zullen profiteren van het WWW-protocol. Goede indicatoren voor toepassing van het WWW-protocol zijn: 1) een specifieke persoon die het leed heeft veroorzaakt, 2) bij de cliënt een waarneembare verhoogde arousal bij confrontatie met de betreffende persoon, 3) mogelijk verhoogde ruminatie en 4) mogelijk wraakfantasieën en/of wraakdrang.

Uit ons onderzoek blijkt dat therapeuten van mening zijn dat zowel arousal als wraakdrang vaak zijn verminderd na behandeling met het WWW-protocol.

Uitblijven van vermindering van klachten kan te maken hebben met onderliggende angst voor controleverlies, blokkeren of niet aan kunnen spreken van inbeeldingsvaardigheden, of angst in een te groot moreel conflict te komen en daarmee zich niet volledig over kunnen geven aan de lijfelijk gevoelde woede.

In het onderzoek werd gevraagd de meerwaarde van het WWW-protocol te kwantificeren op een schaal van 0-10. Met een gemiddelde van 8 blijkt het overgrote deel van de therapeuten een duidelijke meerwaarde te hebben ervaren. Enkele therapeuten gaven echter ook aan niet de voorkeur te geven aan behandeling van boosheid met het WWW-protocol maar het standaard EMDR-protocol te verkiezen. Vanuit hun perceptie had het WWW-protocol dan ook logischerwijs geen meerwaarde.

Tot slot nog een reactie op de suggesties die zijn gedaan ter verbetering van het protocol.

- Opnemen van boksen en andere vormen van fysieke ontlading: hier wordt in workshops aandacht aan besteed, zonder dat er een voornemen is om deze activiteiten in het protocol op te nemen. In het WWW-protocol wordt gebruik gemaakt van imaginatie in plaats van fysieke expressie. Soms kan boksen of andere fysieke expressie een toegevoegde waarde hebben; haalbaarheid hiervan hangt sterk samen met de setting: is er een ruimte om te boksen, is het gebouw niet te gehorig, enz.
- De wens om een kinder- en jeugdversie te ontwikkelen is ter harte genomen. In een dergelijk protocol zal overigens beweging een grotere rol zal innemen dan in het protocol voor volwassenen. Ook voor LVB-cliënten zou mogelijk meer aansluiting gevonden kunnen worden bij het kinder- en jeugdprotocol.
- De behoefte aan wetenschappelijke evidentie is terecht heel sterk. Inmiddels is er een haalbaarheidsstudie naar de toepassing van het WWW-protocol in ambulante forensische behandeling afgerond die in 2024 ter publicatie aangeboden zal worden. Vervolgonderzoek is gestart naar de werking van het WWW-protocol bij forensische cliënten met diverse persoonlijkheidskenmerken (gemeten met de NEO-FFI-3).