

# Verwerking van schokkende gebeurtenissen met Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Ad de Jongh en Erik ten Broeke

## Trefwoorden:

EMDR, trauma, posttraumatische stress-stoornis

Een verkrachting, een gewapende overval of de plotselinge dood van een dierbaar persoon, is een gebeurtenis die in het algemeen diep ingrijpt in het leven van betrokkenen. In eerste instantie kan dit leiden tot klachten als ontredde-ning, hulpeloosheid en gevoelens van angst en verdooving. Op langere termijn kan men last krijgen van indringende beelden (herbelevingen) van het gebeurde, vermijding van zaken die ermee te maken hebben en extreme schrikachtigheid. We spreken dan vaak van een posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Een PTSS is een invaliderende aandoening die echter goed te behandelen is als dit op de juiste manier gebeurt.

## De therapeutische aanpak van psychotrauma's

Er wordt een aantal interventiemethoden toegepast bij de aanpak van de gevolgen van een ingrijpende gebeurtenis. Lange tijd ging men ervan uit dat het zinvol was direct na een schokkende ervaring het slachtoffer uitvoerig te laten vertellen wat hij had meegemaakt en uiting te geven aan zijn emoties. De achterliggende veronderstelling was dat de betrokkene weer het idee zou krijgen grip te hebben op de eigen gedachten en de daarbijbehorende emoties. Deze methode, ook wel 'debriefing' genoemd, staat de laatste tijd nogal ter discussie. Er bestaat twijfel of zij op lange termijn helpt bij een adequate verwerking van een traumatische gebeurtenis. Uit wetenschappelijk evaluatie-onderzoek blijkt zelfs dat

*Dr. A. de Jongh*, GZ-psycholoog, is directeur van het Centrum voor Psychotherapie en Psychotrauma te Bilthoven en van de slachtofferhulporganisatie D.O.E.N. te Druten. Daarnaast is hij als universitair hoofddocent verbonden aan het ACTA (Universiteit van Amsterdam), Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam;  
*Drs. E. ten Broeke*, klinisch psycholoog (NIP), is als cognitief-gedragstherapeut werkzaam bij Visie, praktijk voor eerstelijnspsychologie, psychotherapie en assessment te Deventer.

deze aanpak in bepaalde gevallen averechts uitpakt: juist degenen die gedebriefd worden, blijken nogal eens een PTSS (zie kader 1) te ontwikkelen.

## JUIST DEGENEN DIE GEDEBRIEFT WORDEN, BLIJKEN NOGAL EENS EEN PTSS TE ONTWIKKELEN.

Hoe het ook zij, duidelijk is in elk geval dat zodra er eenmaal sprake is van PTSS-symptomatologie alleen 'erover praten' weinig zin meer heeft. Emoties die gekoppeld zijn aan zaken als schuld en woede blijken in de praktijk lastig te beïnvloeden. Akelige herinneringen blijven zich aan het bewustzijn opdringen en ook de schrikachtigheid gaat niet weg. Een farmacologische aanpak, bijvoorbeeld met antidepressiva, is maar beperkt

### Kader 1 Belangrijkste diagnostische criteria van een posttraumatische stress-stoornis

- De betrokkene is blootgesteld aan een intens schokkende ervaring;
- De gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd, bijvoorbeeld in de vorm van recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen, akelige dromen of flashbacks;
- Aanhoudend vermijden van prikkels, zoals gedachten, gevoelens, activiteiten en plaatsen die bij het trauma hoorden;
- Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid, zoals slaap- en concentratieproblemen, overmatige waakzaamheid en schrikreacties;
- Duur van de stoornis langer dan een maand.

## Kader 2 De acht stappen van de EMDR-procedure

1. Identificatie van het actueel meest dramatische beeld van een traumatische herinnering (*target*);
2. Met dit beeld in gedachten wordt een negatieve, disfunctionele cognitie (nc) geformuleerd;
3. Identificatie positieve, functionele cognitie (pc), waarna de geloofwaardigheid ervan wordt beoordeeld;
4. De belangrijkste emotie vaststellen die door de combinatie van het beeld en de nc wordt opgeroepen. Ook de spanning die dit oproept laten beoordelen, alsmede de plaats aangeven van de daarmee verbonden lichamelijke sensaties;
5. Concentratie op het herinneringsbeeld, de nc en de bijbehorende lichamelijke sensaties. Daarna aanbieden van externe stimuli, bijvoorbeeld in de vorm van het met de ogen volgen van de vingers van de therapeut. Elke nieuwe associatie (beeld, geluid, gevoel) vormt de basis voor de volgende set. Op gezette tijden wordt de mate van spanning geëvalueerd die het beeld (nog) oproept;
6. Als het beeld geen spanning meer oproept, het beeld koppelen aan de pc door nieuwe oogbewegingen uit te voeren. Dit net zo lang herhalen totdat de voc (validity of cognitions) een waarde van 6 of 7 heeft bereikt;
7. Nagaan of er ergens in het lichaam nog spanning aanwezig is. Zo nodig dit verder bewerken (*bodyscan*);
8. Afsluiting.

werkzaam. Slapen lukt niet, het werk blijkt steeds moeilijker vol te houden en mensen in de directe omgeving zeggen dat hij/zij niet meer dezelfde is als vroeger. Gerichte traumatherapie is dan geïndiceerd. De werkzaamheid bij PTSS is voldoende wetenschappelijk aangetoond voor gedragstherapie (exposuretherapie) en *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, kortweg EMDR. Over deze laatste, wellicht voor velen nog onbekende methode, gaat dit artikel.

### Hoe gaat EMDR in zijn werk?

De Amerikaanse psychologe Francine Shapiro ontdekte in 1987, min of meer bij toeval, dat herinneringen aan traumatische gebeurtenissen vrij snel van hun emotionele lading kunnen worden ontdaan. Zij maakte daarbij gebruik van een methode van gerichte aandacht voor de herinnering in combinatie met aandacht voor een afleidende stimulus. Zij verfijnde deze methode verder in de praktijk en in 1989 verscheen haar eerste publicatie over EMD(R).

EMDR gaat uit van een concrete traumatische herinnering. Deze wordt eerst op scherp gezet door te zoeken naar disfunctionele betekenisgeving. Met dit laatste wordt de betekenis bedoeld die de ervaring in de beleving van het slachtoffer heeft en die de ervaring voor het slachtoffer traumatisch maakt. Het is bovendien belangrijk dat deze cognitie betrekking heeft op het slachtoffer zelf, actuele geldigheid bezit en een sterke affectieve lading heeft. Veelal gaat het om 'ik ben'-uitspraken en om thema's als zelfverwijt of schuld (bijvoorbeeld: 'Ik ben schuldig'), zelfwaardering ('Ik ben waardeloos'), veiligheid ('Ik ben – nog steeds – in gevaar') of verlies van controle ('Ik ben machteloos').

Naast deze negatieve, persoonsgebonden overtuiging wordt de cliënt gevraagd een cognitie te formuleren die hij of zij in de toekomst zou willen geloven. Dit moet een uitspraak zijn die tegengesteld is aan (en als een soort van tegengif dient voor) de eerder geformuleerde negatieve overtuiging. Voorbeelden hiervan zijn: 'Ik heb gedaan wat ik kon' (in het geval van schuld) of 'Ik ben de moeite waard' (in geval van een beschadiging van iemands zelfwaardering). Het is de combinatie van het herinneringsbeeld, de disfunctionele cognitie en de – ook lijfelijk gevoelde – emoties die de herinnering op scherp zet. Dat is het moment dat er een afleidende stimulus wordt geïntroduceerd waarop de cliënt de aandacht dient te richten. Hiervoor gebruikt de therapeut vaak zijn eigen hand, die hij op ongeveer 30 centimeter afstand voor het gezicht langs heen en weer beweegt. Op deze manier maakt de cliënt een serie van ongeveer 25 oogbewegingen.

Een andere vorm van alternerende stimulatie kan worden toegepast met een audiospeler, waarbij speciale geluiden door middel van een koptelefoon afwisselend rechts en links worden aangeboden. Na elke serie stimuli ('set' genoemd) wordt even rust genomen. De therapeut zal de cliënt vervolgens vragen wat er aan gedachten naar boven komt. Deze procedure brengt doorgaans een stroom van associatieve gedachten en beelden op gang, die vaak wel maar soms ogenschijnlijk niets met de gebeurtenis van doen hebben. Het kan hierbij gaan om bepaalde herinneringsbeelden, gedachten, emoties en lichamelijke sensaties. De cliënt wordt tijdens iedere korte rustpauze gevraagd zich te concentreren op wat er naar boven is gekomen, waarna er een nieuwe set volgt. Dit leidt ertoe dat de herinnering langzamerhand haar

### Kader 3 Hoe zijn de effecten van EMDR te verklaren?

Een interessante theorie over de effecten van EMDR is het zogenaamde oriëntatie-responsmodel (OR), op basis waarvan verschillende universiteiten onderzoek verrichten. De eerste resultaten geven steun aan dit model (ook wel 'de-arousal model' genoemd). Het biedt een verklaring voor de samenhang tussen het volgen van de hand van de therapeut en de waargenomen effecten. Volgens deze theorie wordt een OR uitgelokt wanneer zich in de omgeving van een organisme een stimulus voordoet die mogelijk relevante informatie bevat. Het optreden van de OR onderbreekt nagenoeg alle andere activiteiten tijdelijk, totdat is vastgesteld dat er werkelijk sprake is van gevaar en er dus actie ondernomen dient te worden, of dat sprake is van vals alarm. Het optreden van de OR moet in dit verband dan ook worden beschouwd als overlevingsinstrument in de 'hard ware' van het organisme.

In het kader van EMDR zijn twee effecten van de OR relevant. In de eerste plaats leidt het optreden van de OR tot verhoging van de pijndrempel, waardoor de perceptie van aversieve lichamelijke en wellicht ook psychologische reacties wordt geremd. Het tweede – en waarschijnlijk meest relevante – effect is dat de geconditioneerde emotionele reacties tijdelijk worden geblokkeerd. Verondersteld wordt dat deze twee effecten de toegankelijkheid van het angstnetwerk verhogen voor nieuwe informatie – bijvoorbeeld: 'Ik heb het overleefd en nu ben ik veilig'. Doordat de gebruikelijke vermijdingsreacties achterwege blijven, wordt het gehele angstnetwerk geactiveerd en kan de opgeslagen traumatische informatie worden gecorrigeerd.

kracht en emotionele lading verliest. Het wordt steeds gemakkelijker aan de oorspronkelijke gebeurtenis terug te denken. Uiteindelijk wordt de positieve cognitie geïnstalleerd door deze te koppelen met het oorspronkelijk beeld in een combinatie van sets oogbewegingen.

Een kenmerkende reactie is dat er spontaan nieuwe gedachten of inzichten ontstaan, waardoor een andere, minder bedreigende, betekenis aan de gebeurtenis wordt verleend. Deze effecten dragen ertoe bij dat de schokkende ervaring steeds meer een plek krijgt in de levensgeschiedenis van de persoon. Dit principe staat bekend als 'accommodatie' (voor een overzicht van de EMDR-procedure zie kader 2).

#### Werkzaamheid en voordelen van EMDR

Inmiddels zijn zo'n vijftien gerandomiseerde, gecontroleerde studies verschenen waarbij de effecten van EMDR werden vergeleken met een andere traumabehandeling, of met een wachtlijstcontrolegroep. EMDR blijkt even effectief als gedragstherapie. De aanpak heeft echter een aantal voordelen boven methoden waarbij mensen langdurig aan de herinneringen van de ingrijpende gebeurtenis worden blootgesteld. Zo is EMDR minder belastend voor therapeut en cliënt (o.a. geen zware huiswerk oefeningen tussen de zittingen). Een ander voordeel is de snelheid waarin de positieve effecten kunnen worden bereikt. Als het gaat om een PTSS na een eenmalige ingrijpende gebeurtenis

(zogenaamd Type I psychotrauma) dan zijn mensen vaak al na enkele zittingen (dat wil zeggen al na enkele uren psychotherapie) weer in staat om de normale dagelijkse bezigheden op te pakken. De toepassing van EMDR wordt geïllustreerd aan de hand van de volgende gevalbeschrijving.

#### Besluit

Zoals geïllustreerd aan de hand van voorgaande gevalbeschrijving leidt EMDR in veel gevallen tot snelle vermindering van angst en intrusieve beelden. Bij gebruik van EMDR is het niet noodzakelijk dat cliënten hun ervaringen uitvoerig beschrijven. Het in herinnering terugroepen van de traumatische beelden maakt slechts een klein onderdeel van de behandeling uit: in de regel niet meer dan tien minuten per zitting. De geringe belasting van EMDR voor de cliënt maakt deze methode ook bijzonder geschikt voor de behandeling van getraumatiseerde kinderen.

#### Literatuur

- Chemtob CM ea (2000) Eye movement desensitization and reprocessing. In EA Foa ea (eds) *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press (p139-155 en 333-335)
- De Jongh A & Ten Broeke E (1998) Treatment of choking phobia by targeting traumatic memories with EMDR: A case study. *Clinical psychology and psychotherapy* 5: 264-269

- De Jongh A & Ten Broeke E (1998) Eye movement desensitization and reprocessing. In BPR Gersons & IVE Carlier (eds) *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stress-stoornissen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum (p 91-100)
- De Jongh A & Ten Broeke E (2001) EMDR bij de behandeling van PTSS na verkrachting. *Directieve therapie* 21: 229-245.
- De Jongh A ea (1999) Treatment of specific phobias with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Protocol, empirical status, and conceptual issues. *Journal of anxiety disorders* 13: 69-85
- Shapiro F (2001) *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press
- Van Etten ML & Taylor S (1998) Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical psychology and psychotherapy* 5: 126-144

#### Internet

De volgende sites over EMDR zijn de moeite waard:  
EMDR Institute: [emdr.com](http://emdr.com)  
EMDR International Association: [www.emdria.org](http://www.emdria.org)  
EMDR bij kinderen: [www.childtrauma.com](http://www.childtrauma.com)

## Man rijdt zijn collega dood

Wim is chauffeur bij een gemeentelijke reinigingsdienst. Op een ochtend rijdt hij met zijn collega in een vuilniswagen naar de vuilstortplaats om opgehaald huisvuil weg te brengen. Bij het draaien van de wagen rijdt hij achteruit naar een stortkoker. Plotse-ling hoort hij een verschrikte schreeuw van zijn colle-ga. Hij stapt de auto uit en ziet dat zijn collega tussen de wagen en de stortkoker bekneld is geraakt. Eerst is zijn collega nog bij kennis, maar door een ernstige inwendige bloeding verliest hij al snel het bewustzijn. Wim kan niet meer dan hulpeloos toekijken als zijn collega in zijn armen sterft. Na de gebeurtenis is de ontred-dering groot en voelt Wim zich intens ver-drietig. Voortdurend krijgt hij flashbacks van het gebeurde. Hij ziet dan het gezicht van zijn collega voor zich en ervaart weer dezelfde machteloosheid als toen. Slapen doet hij nauwelijks. Ofschoon hij zich de afgelopen 25 jaar bijna nooit heeft ziek gemeld, voelt zij zich niet meer in staat te werken.

Als de klachten niet overgaan, maar juist lijken te verergeren, komt hij na een aantal weken via een Arbo-arts in contact met een psycholoog van een organisatie die gespecialiseerd is in slachtofferhulp. Deze stelt voor emdr toe te passen, allereerst met de bedoeling de intensiteit van de herbelevingen te ver-minderen. In de eerste EMDR-therapiezitting blijkt dat Wim een weinig spraakzaam persoon is, die maar met moeite over het ongeluk kan vertellen. Wim wordt gevraagd een gedetailleerd beeld van het meest beladen moment in de herinnering te maken: het van pijn vertrokken gelaat van zijn collega. De combi-natie van het opgeroepen beeld en de machteloosheid die hij hierbij ervaart, veroorzaken een sterke span-ning in de hartstreek. Dan wordt de EMDR-procedure gestart. Wim wordt geïnstrueerd zich af te laten leiden door de vingers van de therapeut te volgen.

De volgende letterlijk weergegeven beschrijving heeft betrekking op de reacties van de cliënt vanaf de derde set oogbewegingen. Een belangrijk punt om op te merken is dat de procedure niet lijkt op een gedragstherapeutische procedure als imaginaire exposure. De cliënt blijft in het geval van EMDR niet

gericht op de oorspronkelijke gebeurtenis. In tegen-deel zelfs, de cliënt volgt zijn eigen associatieve gedachtespoor. Deze wat wonderlijke gedachtespron-gen hebben soms met de gebeurtenis zelf te maken, maar vaak (ogenschijnlijk) ook helemaal niet.

Set oogbewegingen

Therapeut (Th): Oké, wat komt er op in je hoofd, wat gaat er nu door je heen?

Cliënt (Cl): Ja, toch dat beeld weer.

Th: Oké, blijf daarbij.

Set oogbewegingen

Th: Waar denk je nu aan?

Cl: Ik denk, als ik het gezicht, zijn gezicht, voor mij heb, dan denk ik dat er wel uitstraalt van 'had ik maar geluisterd'.

Th: Oké, blijf daarbij.

Set oogbewegingen

Th: Wat gaat er door je heen? Wat komt er op?

Cl: {zucht} Een zucht.

Th: Blijf bij die zucht.

Set oogbewegingen

Th: Waar denk je aan?

Cl: Aan mijn vrouw.

Th: Oké, blijf daarbij.

Set oogbewegingen

Th: Waar denk je nu aan?

Cl: Nergens. Ik ben gesloten, dat is zo moeilijk.

Th: Oké, blijf bij die gedachte.

Set oogbewegingen

Th: Wat gaat er nu door je heen?

Cl: Ja, gewoon aan mijn vrouw nog, want die staat mij bij.

Th: Ja, blijf daarbij.

Set oogbewegingen

Th: Wat komt er nu op?

Cl: Dat hij daar ligt.

Th: Oké, blijf daarbij.

Set oogbewegingen

Th: Waar denk je aan?

Cl: Ja, dat hij in die verkrampte houding zit.

Th: Oké, concentreer je daarop.

Set oogbewegingen

Th: Wat komt er nu op?

Cl: De vloerbedekking, dat is het enige wat ik zie.

Er komen bij Wim geen nieuwe associaties meer op. Dit is bij emdr het moment om na te gaan of het denken aan het herinneringsbeeld, het gelaat van zijn collega, nog spanning oproept.

Th: Oké, dan gaan we terug naar het oorspronkelijke beeld, naar het gezicht. Als je nu kijkt naar het gezicht, in welke mate roept dit spanning op, op een schaalte van nul tot tien? Is er ergens iets van spanning, toch nog, of een gevoel wat je erbij hebt?

Cl: Nee, ik kan geen spanning voelen, dus...

Th: Helemaal neutraal?

Cl: Ja.

Na ongeveer 15 minuten lijkt het beeld niet meer 'naar' om aan terug te denken, het voelt zelfs neutraal aan. Dit is het moment om de vooraf geformuleerde positieve overtuiging ('Ik kan het aan') te installeren. Telkens wordt de geloofwaardigheid ervan nagegaan, dat wil zeggen, in welke mate deze cognitie, in combinatie met het opgeroepen beeld, als 'waar' aanvoelt.

Th: Als je kijkt naar het beeld en je zegt tegen jezelf: 'Ik kan het aan'. Hoe geloofwaardig voelt dat aan op een schaalte van één tot zeven? Zeven is volledig waar en één helemaal niet.

Cl: Nou, ik zeg, dan zit je toch rond de vier.

Th: Goed, kijk naar dat beeld en zeg tegen jezelf 'Ik kan het aan'. Ja, heb je dat?

Set oogbewegingen

Th: Als je kijkt naar dit beeld en je zegt tegen jezelf: 'Ik kan het aan', hoe geloofwaardig voelt dat aan op een schaalte van één tot zeven op dit moment?

Cl: Ik denk toch dat ik op de vier blijf hangen.

Th: Nog een keer. Kijk naar dat beeld en zeg tegen jezelf: 'Ik kan het aan'. Ja, heb je dat?

Set oogbewegingen

Th: Oké, kijk naar dat beeld - naar het gezicht - en zeg tegen jezelf: 'Ik kan het aan', hoe geloofwaardig voelt dat aan op een schaalte van één tot zeven? Zeven is volledig waar en één helemaal niet.

Cl: Nee, dan zitten we gewoon..., dan zitten we wel aan de vijf of zes.

Th: Oké, kijk naar dat beeld en zeg tegen jezelf: 'Ik kan het aan'.

Set oogbewegingen

Th: Als je kijkt naar dat beeld en je zegt tegen jezelf: 'Ik kan het aan', hoe geloofwaardig voelt dat nu aan op een schaalte van één tot zeven? Zeven is volledig waar en één helemaal niet.

Cl: Dan zit ik toch bovenaan, aan de zeven.

Th: Oké, kijk naar dat beeld en zeg tegen jezelf: 'Ik kan het aan'.

Set oogbewegingen

Th: Waar denk je aan?

Cl: Nou, als dat zo blijft, dan geloof ik wel dat we er geluk mee hebben.

Th: Oké, Blijf bij die gedachte.

Set oogbewegingen

Th: Is er nog iets wat opkomt, Wim?....

Cl: Nee, het is rust.

Th: Ja, blijf nog even bij de rust.

Set oogbewegingen

Cl: Het lijkt als een opluchting, ik hoef niet te zuchten.

Th: Blijf daarbij.

Set oogbewegingen

Cl: Nou, dat is... ik heb nu hetzelfde gevoel als toen ik naar de begrafenis geweest was, dat zijn moeder mij om mijn nek vloog. Ik ben naar de begrafenis gegaan met 500 kilo op mijn rug en dat viel er zo af, ja... Dat gevoel heb ik nu ook. Er valt een last van je schouders af. Dat is het enige wat ik begrijp eigenlijk. Ik vind het een hele ervaring.

De zitting, die bij elkaar hoogstens 30 minuten heeft geduurd, wordt nu afgesloten. Wim komt nog eenmaal terug. Hij heeft sinds de therapiezitting geen

last meer van flashbacks gehad. Slapen doet hij goed. Hij is inmiddels wel bij zijn Arbo-arts geweest. Die was behoorlijk verbaasd dat de behandeling al zo snel resultaat had. Ondanks het feit dat Wim had aangegeven weer snel aan het werk te willen, had de Arbo-arts hem voorgesteld, gezien de aard van het incident, toch nog maar een tijdje thuis te blijven en rust te nemen. Ze zou, volgens Wim, zelfs gezegd hebben: 'Ik geloof niet dat je je realiseert hoe erg het

is. Je hebt wel je collega doodgereden'. Na een telefoongesprek van de behandelend psycholoog met de Arbo-arts kon de laatste ervan worden overtuigd dat het goed was Wim in ieder geval toe te staan alvast weer halve dagen te beginnen. Op lange termijn heeft Wim geen klachten meer gehad.

In kader 3 wordt een mogelijke verklaring gegeven voor de effecten van de EMDR-procedure.

