

1

EMDR als methode van denken
over en het behandelen
van psychopathologie

INLEIDING

In de beginjaren werd Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) vooral gepresenteerd als een techniek, een specifieke procedure die de therapeut kon inzetten als hij werd geconfronteerd met een patiënt die leed aan een post-traumatische stressstoornis (PTSS) of tenminste aan klachten die rechtstreeks het gevolg waren van een schokkende gebeurtenis. Twintig jaar later heeft EMDR zich ontwikkeld tot een methode met een eigen theoretisch kader en een daaruit voortgekomen specifieke wijze van conceptualiseren van psychopathologie. Daarmee is EMDR geworden tot een benadering die bij een breed scala aan klachten en problemen een zinvolle behandelingsmogelijkheid biedt. Steeds meer klachten en aandoeningen blijken positief op EMDR te reageren, tenminste als een juiste insteek kan worden gevonden om de cruciale (sleutel- of 'touchstone') herinneringen te identificeren en te desensitiseren. Op basis van experimenteel onderzoek en klinische ervaringen is inmiddels duidelijk dat in principe elke negatieve, emotioneel beladen herinnering of geheugenrepresentatie met behulp van EMDR kan worden gedesensitiseerd of bewerkt.¹ Daarnaast is er een behoorlijke *evidence base* die aangeeft dat door de emotionele lading van herinneringen te verkleinen ook de aansturing van de daarbij behorende klachten wegvalt, waarmee de ernst ervan dikwijls substantieel blijkt te verminderen. Als typische voorbeelden van klachten die daarmee binnen het bereik komen van EMDR kunnen de somatoforme stoornissen zoals hypochondrie, dysmorphofobie en somatoforme pijnstoornis worden gerekend,² maar recentelijk is bijvoorbeeld ook komen vast te staan dat bepaalde psychotische aandoeningen opmerkelijk goed op EMDR reageren.³ Daarmee is vanzelfsprekend niet gezegd dat EMDR in alle gevallen een voldoende antwoord biedt op de vele verschijningen van psychopathologie die er bestaan. In veel gevallen zullen naast EMDR andere interventies en behandelingen nodig zijn. De uitdaging is te zoeken naar de mogelijkheden, zodat EMDR optimaal deel kan uitmaken van een dergelijke, geïntegreerde behandeling.

¹ Engelhard, I.M., Hout, M.A. van den, Janssen, W.C. & Beek, J. van der (2010a). Eye movements reduce vividness and emotionality of images about 'flashforwards'. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 442-447.

² Rood, Y. van & Roos, C. de (2009). EMDR in the treatment of medically unexplained symptoms: A systematic review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 248-263.

³ Berg, D. van den, Vleugel, B. van der & Staring, A. (2010). Trauma, psychose, PTSS en de toepassing van EMDR. *Dth*, 30, 303-328.

Daarnaast is zeker dat psychische aandoeningen zoals PTSS, waarvoor EMDR min of meer ‘op het lijf is geschreven’, therapeuten nog elke dag in verlegenheid kunnen brengen of soms zelfs in regelrechte verwarring kunnen achterlaten. Want niet elke patiënt is nu eenmaal klaar of bereid om in behandeling te komen en als dat wel zo is, dan verloopt de behandeling soms anders en minder eenvoudig dan verwacht. Sommige patiënten missen de motivatie, omdat ze geen heil zien in weer een therapeut met een methode die pretendeert hun chronische problemen en belevingen te helpen verminderen, een belofte die ook bij eerdere pogingen niet kon worden waargemaakt. Anderen zijn juist angstig, omdat ze ervan overtuigd zijn dat door aan de problemen te werken de klachten juist verergeren en de ‘geest uit de fles’ raakt. En niet elke patiënt heeft nu eenmaal – vaak juist vanwege de traumatisering – de gezonde en betrouwbare *hardware* tot zijn beschikking om het hem aangedane leed op een feilloze manier te verwerken en uit zijn leven te laten verdwijnen. Niet zelden heeft dit tot gevolg dat therapeuten gaan twijfelen aan de door hen gebruikte methode of aan hun eigen competenties, waardoor behandeling met EMDR voortijdig wordt gestaakt, ook al is de indicatie adequaat gesteld. Therapeuten vinden het nu eenmaal niet prettig als een behandelmethode niet afdoende werkt, het maakt machteloos en daar houdt niemand van.

Als er afgelopen jaren iets duidelijk is geworden rond het ‘verschijnsel’ EMDR dan is het wel de onstuitbare behoefte van therapeuten en onderzoekers om het proces en de resultaten van deze bijzondere procedure te willen begrijpen. Eén aspect daarvan is het werkingsmechanisme. Dat is vanaf het begin van EMDR onderwerp van diepgaande discussies geweest. Hoe moeten we ook begrijpen dat het op het juiste moment laten bewegen van de ogen van de patiënt of het laten horen van al dan niet bilaterale ‘tikjes’ tot soms zulke wonderlijke resultaten leidt? Enerzijds waren er al vanaf het begin mensen die een pragmatisch standpunt hanteerden en stelden dat als een methode werkt dit voldoende is en we daarmee tevreden moeten zijn. Anderen daarentegen vonden dat de vraag naar het werkingsmechanisme eerst moest worden ontrafeld, voordat EMDR

überhaupt zou mogen worden toegepast. Tussen deze extremen zijn vanzelfsprekend vele tussenposities mogelijk. Wat deze kwestie betreft, is met de introductie van de zogeheten werkgeheugentheorie, en de toenemende empirische ondersteuning van dit verklaringskader, een nieuwe fase aangebroken.⁴ De effectiviteit van EMDR staat niet meer ter discussie^{5,6} en het werkingsmechanisme lijkt op veel punten te verschillen van andere psychotherapeutische methoden, bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie.⁷

Een ander aspect van EMDR is het theoretische, conceptuele denkkader dat de therapeut als basis of leidraad voor het klinisch handelen gebruikt. Dat wil zeggen, de visie van waaruit de therapeut de diagnostiek bedrijft, de indicatie stelt en specifieke interventies inzet. Hierna wordt op dit onderwerp verder ingegaan.

CONCEPTUELE EN PROCEDURELE ASPECTEN VAN EMDR

Uitgangspunt van het EMDR-model is dat negatieve ervaringen in het geheugen sporen nalaten in de vorm van representaties die kennis bevatten over wie en hoe de persoon is, hoe anderen zijn en hoe de wereld in elkaar steekt. De activering van dergelijke geheugenrepresentaties komt tot uitdrukking in veranderingen op het gebied van psychofysiologische reacties, gedrag en gedachtepatronen. Aangenomen wordt dat de inhoud van de in de desbetreffende geheugenrepresentaties opgeslagen kennis medebepalend is voor de aard en intensiteit van de klachten en de psychopathologie van de patiënt. Daarnaast speelt de ‘triggergevoeligheid’ van geheugenrepresentaties een rol. Daarmee wordt bedoeld dat niet alleen de inhoud maar zeker ook de mate van activeerbaarheid een rol van betekenis speelt. Geheugenrepresentaties die weliswaar disfunctionele informatie bevatten, maar niettemin niet of nauwelijks (meer) volgens deze visie geactiveerd worden door *triggers* in het leven van de patiënt, zullen geen duidelijke rol van betekenis meer spelen in de psychopathologie.

⁴ Engelhard, I.M., Hout, M.A. van den & Smeets, M.A.M. (2011). Taxing working memory reduces vividness and emotionality of images about the Queen’s Day tragedy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 32-37.

⁵ National Collaborating Centre for Mental Health (2005). Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical Guideline 26. Londen: National Institute for Clinical Excellence.

⁶ Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen in de ggz (2003). Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg cbo/Trimbos-instituut. Geraadpleegd maart 2010 via www.ggzrichtlijnen.nl

⁷ Hornsveld, H. (2011). Weten we nu hoe EMDR werkt? Een reactie op Van den Hout en Engelhard. *Dth*, 31, 32-42.

Geheugenrepresentaties die zowel disfunctionele informatie bevatten als relatief snel worden geactiveerd, liggen daarentegen aan de basis van veel psychologische stoornissen.⁸ Hieruit volgt dat het ‘onschadelijk’ maken van deze – mede door beschadigende gebeurtenissen gevormde – geheugenrepresentaties zal leiden tot afname van klachten. Een van de methoden om dit te bewerkstelligen is EMDR, omdat het conceptuele kader van EMDR naadloos bij deze visie aansluit. Daarnaast blijkt EMDR een effectieve procedure te zijn om rechtstreeks disfunctionele kennisbestanden te beïnvloeden door de emotionele intensiteit van deze mentale representaties te reduceren.

Een essentiële voorwaarde voor verandering of verwerking van traumatische herinneringen is dat deze geheugenrepresentaties eerst zo volledig mogelijk worden geactiveerd. Hierin onderscheidt EMDR zich niet van andere effectieve vormen van traumabehandeling, zoals imaginaire *exposure*. Wel wijkt de wijze waarop de herinnering bij EMDR wordt geactiveerd conceptueel en procedureel af van andere methoden. Dit onderscheid komt vooral tot uiting in de expliciete nadruk op het inventariseren van de geheugenrepresentatie zoals die *actueel* in het geheugen ligt opgeslagen, los van wat er daadwerkelijk, ‘toen’ is gebeurd.⁹

Zodra de geselecteerde geheugenrepresentatie optimaal is geactiveerd, wordt een afleidende stimulus aangeboden die wordt verondersteld het gestagneerde informatieproces weer op gang te brengen. De informatieverwerking blijkt hierdoor goeddeels ‘vanzelf’ te verschuiven van disfunctioneel naar functioneel. De hierbij gebruikte formuleringen geven weliswaar een adequate beschrijving van hetgeen blijkt op te treden bij de toepassing van EMDR, maar veel inzicht in het achterliggende mechanisme geeft het uiteraard niet. De eerdergenoemde ‘werkgeheugenhypothese’ biedt dat inzicht wel. In bijlage 1 wordt deze theorie beschreven en worden de klinische implicaties ervan aangegeven.

In het onderhavige hoofdstuk wordt nader ingegaan op de wijze waarop EMDR wordt uitgevoerd. Allereerst wordt toegelicht hoe de eerste taxatie plaatsvindt zodra een patiënt zich aanmeldt voor behandeling en hoe de aanmeldklachten in een specifiek kader kunnen worden geplaatst. Het in Nederland ontwikkelde taxatiemodel dat daarbij wordt gebruikt wordt het ‘Linksom-rechtsom model’¹⁰

⁸ Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.

⁹ Jongh, A. de & Broeke, E. ten (2011). *Handboek EMDR: een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma*. 5e druk. Amsterdam: Harcourt publishers.

¹⁰ Broeke, E. ten, Jongh, A. de & Oppenheim, H. (2009). *Praktijkboek EMDR: Casus-conceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. 2e druk. Amsterdam: Harcourt publishers.

(Engels: *Two method approach*) genoemd.¹¹ Het startpunt van deze methode waarmee casus kunnen worden geconceptualiseerd zijn steeds de aanmeldingsklachten van de patiënt. Vervolgens wordt een min of meer gestandaardiseerde werkwijze gevolgd om uiteindelijk uit te komen bij specifieke herinneringen of andere kennisbestanden waarop het zogeheten EMDR-basisprotocol¹² kan worden toegepast.

DE AANMELDING EN TAXATIE VAN DE KLACHTEN

Patiënten melden zich bij een (psycho)therapeut doorgaans aan met klachten van emotionele aard. Vaak ligt de nadruk rechtstreeks op problematische emoties, zoals angst, woede of somberheid. Daarnaast kan het gaan om problematisch gedrag, bijvoorbeeld dwangmatigheid, perfectionisme of subassertiviteit. Een andere mogelijkheid is dat de patiënt zich meldt met min of meer 'vage klachten' zoals slecht slapen, hoofdpijn of piekeren.

Om een verantwoorde behandeling te kunnen uitvoeren is een taxatie van de aard en ernst van de klachten, de individuele mogelijkheden en beperkingen van de patiënt alsmede de ontstaansgeschiedenis van de klachten noodzakelijk. Dat geldt onverkort als een patiënt zich specifiek aanmeldt voor EMDR. Het is immers de taak van de therapeut te beoordelen of EMDR een zinvolle behandeling kan zijn en zo ja, op welke wijze deze zo efficiënt en zo effectief mogelijk kan worden uitgevoerd. De beoordeling door de therapeut richt zich onder andere op de draagkracht van de patiënt en het premorbide functioneren; dat wil zeggen het functioneren voorafgaande aan de beschadigende ervaring.

In geval van posttraumatische stressstoornis, ofwel PTSS, ten gevolge van een eenmalige gebeurtenis is de taxatie veelal kortdurend en exclusief klachtgericht en kan snel met de behandeling worden begonnen. Misschien wel vaker wordt de therapeut geconfronteerd met patiënten die klachten – zoals paniekaanvallen, depressie of sociale angst – presenteren. In die gevallen kan niet zomaar met de behandeling worden gestart en zal een geïntegreerd kader moeten worden opgesteld. Als er sprake is van ernstige psychopathologie, waaronder complexe PTSS, meervoudige traumatisering, de aanwezigheid van ernstige stemmingsstoornissen, invaliderende gegeneraliseerde sociale angst en persoonlijkheidsproblematiek, moet de taxatie vanzelfsprekend nog uitgebreider en diepgaander

¹¹ Jongh, A. de, Broeke, E. ten & Meijer, S. (2010). Two method approach: a case conceptualization model in the context of EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4, 12-21.

¹² Zie noot 9.

zijn. Niettemin kan EMDR in veel gevallen ook bij complexere psychopathologie veilig en snel worden ingezet om specifiek één of enkele specifieke geheugenrepresentaties te behandelen.¹³ De algemene richtlijn is, zowel bij het uitvoeren van interventies als ten aanzien van de taxatie: doe deze zo snel als mogelijk en zo uitgebreid als noodzakelijk is.

Casusconceptualisatie

Het is dus de taak van de behandelaar de klachten te inventariseren en van een kader te voorzien. Een dergelijk kader wordt wel een casusconceptualisatie genoemd. Een adequate casusconceptualisatie verschaft behandelaars niet alleen inzicht in de etiologie van de klachten en de onderhoudende factoren, maar doet ook uitspraken over de te prefereren behandeling en de daarbij noodzakelijke interventies. Bovendien speelt informatie over de werkzaamheid van bepaalde behandelingen voor bepaalde stoornissen een belangrijke rol van betekenis. Om deze kennis op waarde te kunnen schatten is het noodzakelijk zo mogelijk te komen tot een zogenoemde DSM-classificatie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) die op basis van wetenschappelijk onderzoek in veel gevallen gekoppeld is aan effectief gebleken standaardbehandelingen.^{14,15}

Een belangrijke taak van de behandelaar is tegelijkertijd te beoordelen of er redenen zijn om de standaardbehandelingen aan te passen of aan te vullen. Daartoe wordt een geïndividualiseerde casusconceptualisatie opgesteld en de daaruit af te leiden behandeling wordt waar mogelijk vergeleken met de standaardbehandeling op grond waarvan eventuele aanpassingen worden doorgevoerd in de standaardbehandeling. Het zal overigens van de methodische oriëntatie van de behandelaar afhangen hoe de uiteindelijk casusconceptualisatie eruit komt te zien; de doelstelling moet niettemin telkens dezelfde zijn, namelijk het opstellen van een doelgericht en doortimmerd behandelplan.

De behandelaar die in termen van het model van EMDR denkt, legt sterk de nadruk op het zoeken naar – en waar mogelijk vaststellen van – de relatie tussen de (aangemeld)klachten en bepaalde gebeurtenissen in het leven van de patiënt. Het gaat dan om gebeurtenissen die hebben geleid tot de vorming van geheugenrepresentaties die een beschadigende ('vergiftigende') invloed hebben op het

¹³ Zie noot 10.

¹⁴ Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (2004). *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I*. 2e, herz. druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

¹⁵ Zie noot 14.

huidige functioneren van de patiënt. Zoals gezegd, het kan dan gaan om problematische emoties, problematisch gedrag en meer algemene klachten. Soms is de samenhang tussen de klachten van de patiënt en in het geheugen opgeslagen gebeurtenissen betrekkelijk evident. In andere gevallen moet de behandelaar verscheidene – soms nogal abstracte – hypothesen opstellen waarmee de veronderstelde samenhang kan worden beschreven. Een voorbeeld van de eerste constellatie is PTSS waarbij de klachten rechtstreeks zijn gerelateerd aan een schokkende gebeurtenis. Voorbeelden van de tweede constellatie zijn gegeneraliseerde sociale angst, een recidiverende depressie of persoonlijkheidspathologie. Naast het opstellen van hypothesen over de samenhang tussen klachten en geheugenrepresentaties, worden in deze fase tevens voorspellingen geformuleerd ten aanzien van het te verwachten effect op de klachten van de patiënten zodra de geselecteerde geheugenrepresentaties zijn gedesensitiseerd of ‘onschadelijk’ zijn gemaakt.

Het ligt voor de hand dat naarmate er meer hypothesen moeten worden opgesteld, het des te belangrijker wordt een conceptueel kader beschikbaar te hebben. Het ‘Linksom-rechtsom’ model is zo’n kader. Hiermee kunnen hypothesen worden opgesteld over welke herinneringen essentieel zijn; dat wil zeggen, die door het desensitiseren ervan tot een snelle klachtenvermindering zullen leiden. In feite is dit model een zoekschema waarmee relevante geheugenbestanddelen kunnen worden gevonden en worden geordend. Dit moet leiden tot het punt waarop het EMDR-basisprotocol kan worden ingezet om geselecteerde geheugenrepresentaties te bewerken. Gemeenschappelijk met de Linksom-rechtsom benadering is, dat wordt verondersteld dat:

- bepaalde representaties relevanter zijn dan andere; en
- het opruimen van juist die relevante geheugenrepresentaties leidt tot waarneembare verbeteringen in de huidige problematiek.

We bespreken nu eerst in het kort deze twee methoden om casus te conceptualiseren.

‘Linksom’

De ‘linksom-aanpak’ is een strategie waarbij relevante geheugenrepresentaties worden geselecteerd en worden geordend op basis van herinneringen aan gebeurtenissen die het begin van de klachten markeren en naar herinneringen aan gebeurtenissen die de klachten daarna negatief hebben beïnvloed.^{16,17} Geheugenrepresentaties die zijn ontstaan door bepaalde gebeurtenissen worden in een chronologische volgorde gezet om daarna te kunnen worden bewerkt met EMDR.

- Eerst stelt de therapeut vast welke symptomen en klachten het functioneren van de patiënt het meest ontregelen, waarbij de volgorde wordt bepaald door de mate van negatieve invloed op het leven (lees: het functioneren) van de patiënt.
- De volgende stap is vanuit het meest ontwrichtende klachtenpatroon een verband te leggen met de herinneringen die met het basisprotocol moeten worden bewerkt. Hierbij gaat het niet alleen om *gebeurtenissen* die men daadwerkelijk zelf heeft meegemaakt, of waarvan men getuige is geweest, maar tevens om kennisbestanden die zijn gevormd naar aanleiding van modelleren, het lezen, zien of horen over bepaalde zaken of die door herhaalde fantasieën zijn ontstaan, zonder dat er daadwerkelijk gebeurtenissen aan ten grondslag hoeven te liggen.
- Wanneer de herinneringen aan deze betekenisvolle ervaringen zijn geïnventariseerd, wordt het beloop van de klachten uitgezet in de tijd. Dit kan het beste worden gedaan door samen met de patiënt een grafiek te maken van de ernst en de fluctuatie van de klachten in de tijd, waarbij op de x-as ‘de tijd’ en op de y-as ‘de ernst’ van de klachten worden afgebeeld. Bij de keuze voor een betekenisvolle en cruciale targetherinnering gaat het vervolgens om het vinden van de ‘knik’ of ‘elleboog’ in de curve die de ernst van een bepaald klachtenpatroon in de tijd representeert. Alleen herinneringen aan gebeurtenissen die daadwerkelijk zo’n knik in de grafiek laten zien – en dus tot een verergering van de klachten hebben geleid – worden relevant geacht.
- Wat betreft de keuze ten aanzien van de volgorde van de herinneringen die met EMDR worden aangepakt, wordt in de regel gestart met de eerste geheugenrepresentatie op de tijdlijn.
- Vervolgens wordt het momenteel naarste targetbeeld geselecteerd en wordt de rest van het basisprotocol gevolgd.
- Daarna worden, in chronologische volgorde, alle andere sleutelherinneringen die effect hebben op de klachten afgewerkt.

¹⁶ Zie noot 10.

¹⁷ Zie noot 11.

- Als deze herinneringen zijn gedesensitiseerd, kan, indien dat nodig is en bepaalde situaties nog steeds worden vermeden of angstig worden geanticipeerd, een zogenoemde *future template* worden geïnstalleerd.

‘Rechtsom’

De ‘rechtsom-strategie’ is een andere strategie die kan worden toegepast om de geheugenbestanden te identificeren die nodig zijn om de pathologie van de patiënt te beïnvloeden. Deze komt onder andere in beeld als de linksom-strategie te omslachtig of zelfs ondoenlijk is. Dit is het geval als er te veel herinneringen op de tijdlijn dreigen terecht te komen zonder dat nog te overzien is hoe deze kunnen worden geselecteerd om voor verwerking met EMDR in aanmerking te komen. Door de veelheid van herinneringen aan gebeurtenissen is er als het ware een abstracte betekenis ontstaan die iets lijkt te zeggen over de persoon die de gebeurtenissen heeft meegemaakt. Ook kan het zijn dat er vooral kennis is opgedaan over hoe mensen zijn.

Dit betekent dat er sprake is van problematiek die niet zozeer een specifiek begin in de tijd heeft, als wel wordt aangestuurd door een scala aan herinneringen die op hun beurt bijdragen aan een bepaalde (negatieve) disfunctionele overtuiging (‘kernopvatting’)¹⁸ die (dus) als het ware actueel ‘bewijst’ dat de desbetreffende kernopvatting waar is.¹⁹ Net zoals gebeurt bij ‘googlen’ wordt bij de ‘rechtsom-strategie’ dus niet zozeer gekeken naar de chronologie van relevante gebeurtenissen, maar worden herinneringen aan gebeurtenissen geselecteerd op basis van relevantie voor de geloofwaardigheid van de desbetreffende opvatting. Vervolgens worden de belangrijkste ‘bewijzen’ voor de juistheid van de opvatting successievelijk ontmanteld.

Wanneer het rigide disfunctionele opvattingen betreft, gaat het vrijwel altijd om een scala aan ervaringen en gebeurtenissen, in de regel beginnend in de jeugd en zich uitstrekkend over het gehele leven.

- Indien gekozen wordt voor de rechtsom-benadering, dient de casusconceptualisatie allereerst te beschrijven hoe de therapeut de samenhang tussen de actuele problematiek en de invloed daarop van de desbetreffende opvatting(en) ziet.
- Vervolgens identificeert de therapeut in eerste instantie de drie tot vijf meest relevante herinneringen aan concrete gebeurtenissen uit het leven van de

¹⁸ Een kernopvatting heeft betrekking op hoe de wereld in elkaar steekt, hoe mensen zijn of zelfs het algehele zelfbeeld.

¹⁹ Het kan gaan om kernopvattingen maar ook om zogenoemde intermediaire opvattingen. Voorbeelden van kernopvattingen zijn ‘Ik ben slecht’, ‘Anderen zijn onbetrouwbaar’ en ‘De wereld is onveilig’. Voorbeelden van intermediaire opvattingen die zich lenen voor ‘rechtsom met EMDR’ zijn ‘Als ik mensen vertrouw, dan zal ik worden verraden’ of ‘Als je voor jezelf opkomt, dan ben je een egoïst’.