

1

Inleiding

Achtergronden van EMDR

De eerste ontwikkeling van EMDR is gebaseerd op toevallige observatie. De Amerikaanse psychologe Francine Shapiro bemerkte in 1987 tijdens het maken van een wandeling dat er een onprettige herinnering uit haar jeugd in haar gedachten naar boven kwam. De negatieve emotionele lading van deze herinnering verminderde plotseling drastisch nadat haar ogen vanzelf enkele keren snel heen en weer hadden bewogen. Geïntrigeerd door deze bevindingen probeerde zij vast te stellen of er een verband bestond tussen deze kennelijk min of meer spontane 'verwerking' en het maken van oogbewegingen. Bovendien wilde ze nagaan of het waargenomen effect van de snelle oogbewegingen ook bij anderen kon worden bereikt. Onder haar eerste proefpersonen bevond zich een aantal Vietnamveteranen die reeds langdurig waren behandeld voor een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Het bleek dat als ze hen vroeg een herinnering aan een aversieve gebeurtenis in gedachten op te roepen, en tegelijkertijd de ogen heen en weer te bewegen, het daarna prettiger was hieraan terug te denken. Uiteindelijk bleek het gemakkelijker de patiënt te vragen zich de schokkende gebeurtenis, en de daarbij behorende gevoelens en gedachten, voor te stellen en tegelijkertijd met de ogen de vingers van de behandelaar te volgen. Vervolgens leidde Shapiro de patiënt af door met snelle horizontale bewegingen van haar hand voor de ogen van de patiënt heen en weer te bewegen.

Het experimenteren met patiënten leidde uiteindelijk tot de ontwikkeling van een geprotocolleerde procedure Eye Movement Desensitization and Reprocessing, afgekort tot EMDR. De eerste beschrijving daarvan verscheen in 1989 onder de naam Eye Movement Desensitization (EMD). In hetzelfde jaar werden ook de resultaten gepubliceerd van Shapiro's eerste gecontroleerde studie van de effecten van haar methode bij patiënten met uiteenlopende soorten trau-

matische ervaringen. Het was op dat moment een van de eerste gecontroleerde studies naar de behandeling van PTSS.¹ De resultaten waren opmerkelijk: 22 geweldslachtoffers met een PTSS ondergingen één zitting EMD(R), die voldoende bleek om ten minste één traumatische herinnering vrijwel geheel te desensibiliseren. Deze veranderingen bleken ook na drie en zes maanden nog te bestaan; *flashbacks* en intrusieve gedachten waren sterk afgenomen. Omdat deze publicatie verscheen in een voor onderzoekers op het gebied van psychotrauma gerespecteerd internationaal tijdschrift, was er vanaf het begin veel belangstelling voor EMDR. Dit werd nog versterkt door het feit dat Joseph Wolpe, een internationaal gerespecteerd gedragstherapeut van het eerste uur, zich zeer positief uitliet over EMDR en een opmerkelijk succesvolle casus publiceerde. Zo kwam er langzamerhand steeds meer vraag naar opleidingen in EMDR. In de jaren daarna werd deze procedure verder verfijnd en evolueerde deze tot een volwaardige therapeutische methode met protocollen voor verschillende vormen van traumagerelateerde psychopathologie, waaronder gecompliceerde rouw en specifieke fobieën (zie bijvoorbeeld De Jongh e.a., 1999; Shapiro, 2001; Ten Broeke, De Jongh & Oppenheim, 2012). Ook in Nederland was er al vroeg belangstelling voor EMDR; vanaf 1993 worden er in ons land opleidingen in EMDR gegeven.

Oogbewegingen of niet?

De EMDR-procedure bevat veel elementen die ook in andere vormen van psychotherapie zijn terug te vinden. Het meest opvallende verschil is echter dat bij EMDR de patiënt wordt verzocht met de ogen de vingers van de therapeut te volgen. Dit aspect staat ook centraal in de naamgeving van EMDR. Francine Shapiro was er namelijk aanvankelijk van overtuigd dat het de oogbewegingen waren die bij de patiënt het verwerkingsproces in gang zetten. Zij ging ervan uit dat zeer ingrijpende gebeurtenissen de emotionele balans van de hersenen zodanig verstoren, dat tijdens zo'n gebeurtenis herinneringen, en de daarbij behorende cognities, emoties en fysiologische reacties, als het ware in 'bevroren' toestand in de hersenen worden opgeslagen. Onder invloed van de oogbewegingen zouden, door middel van een proces dat overeenkomsten vertoont met de REM-slaap, deze opgeslagen traumatische belevingen vrijkomen en alsnog kunnen worden verwerkt. Deze werkhypothese is duidelijk gebaseerd op Shapiro's observaties

¹ Men moet zich daarbij realiseren dat PTSS in die tijd bekendstond als een stoornis die niet eenvoudig was te behandelen. Er was tot op dat moment namelijk nog maar één effectstudie naar de behandeling van PTSS gepubliceerd en de resultaten waren bepaald niet opzienbarend. Zo werd gevonden dat 45 zittingen relaxatie en *biofeedback*-desensitisatie effectiever was dan helemaal geen behandeling (Peniston, 1986).

op basis van de eerste resultaten van haar methode in de praktijk. Pas veel later zouden wetenschappers op het terrein van de neurobiologie en de experimentele psychopathologie met verfijndere theorieën komen om de EMDR-effecten te helpen verklaren (bijvoorbeeld Stickgold, 2002; Günter & Bodner, 2008).

Tegen deze achtergrond is het niet verwonderlijk dat in eerste instantie veel nadruk werd gelegd op het induceren van oogbewegingen. Om oogbewegingen uit te lokken, gebruikt de therapeut zijn eigen hand en vraagt hij de patiënt de aandacht hierop te richten. Vervolgens beweegt hij zijn hand op ongeveer dertig centimeter afstand voor het gezicht langs, heen en weer. Op deze manier maakt hij series van ongeveer 25 oogbewegingen. Deze EMDR-variant is nog steeds het meest bekend.

In latere jaren werd desalniettemin steeds meer gebruikgemaakt van andere EMDR-varianten, waarbij sprake is van een combinatie van zowel intern gerichte aandacht (belevingen) als extern gerichte aandacht (afleidende stimulus). Een in Nederland veelgebruikte vorm van externe stimulatie is de auditieve variant. Hierbij wordt in veel gevallen gebruikgemaakt van een audiospeler, met een cd waarop speciale geluiden ('klikjes') te horen zijn. Dit geluid wordt door middel van een koptelefoon, afwisselend rechts en links, aan de patiënt aangeboden. Dat ook het luisteren naar klikjes effect heeft op een traumatische herinnering (Servan-Schreiber e.a., 2006; Van den Hout e.a., 2011), maakt duidelijk dat een verklaring voor de geheugeneffecten van EMDR niet alleen en volledig in de oogbewegingen moest worden gezocht (Maxfield e.a., 2008; Van den Hout e.a., 2001, 2011). Zo blijkt ook een variëteit aan andere geheugenbelastende taken dergelijke effecten te hebben.

Onderzoek laat zien dat het ophalen van herinneringen (*recall*) in combinatie met het volgen van de vingers van de therapeut of andere werkgeheugenbelastende taken, al dan niet bilateraal, in feite leidt tot ten minste drie typen van effecten: een toename van het vermogen zich gebeurtenissen te herinneren, een vermindering van de emotionaliteit van herinneringsbeelden en een verlaging van het *arousal*niveau). Onderzoek naar het effect van oogbewegingen op fysiologische processen geeft aan dat het lichaam geleidelijk in een ontspannen toestand wordt gebracht, waarbij onder andere huidgeleiding, hartslagfrequentie en bloeddruk afnemen (Barrowcliff e.a., 2003; Eloffsson e.a., 2008; Sack e.a., 2007).

Desensitisatie of niet?

Er is nog een ander punt waarop de inzichten over EMDR de afgelopen vijftien jaar zijn veranderd. Shapiro's eerste observaties van het EMDR-proces bij patiënten gaven haar het idee dat het vooral angstreductie (*desensitization*) was die

door de EMDR-procedure werd bewerkstelligd. Ze conceptualiseerde daarom de waargenomen effecten in een gedragstherapeutisch kader, een *desensitization model*. Daarom gaf ze haar methode in eerste instantie de naam EMD (Eye Movement Desensitization) mee:

'It must be emphasized that the EMD procedure, as presented here, serves to desensitize the anxiety related to traumatic memories, not to eliminate all PTSD-related symptomatology, and complications, nor to provide coping strategies to victims' (Shapiro, 1989).

Later werd steeds meer duidelijk dat desensitatie niet het enige of meest opvallende aspect van deze methode is; er blijkt een verscheidenheid aan reacties op te treden, waaronder cognitieve fenomenen zoals spontane veranderingen in betekenisverlening aan de traumatische gebeurtenis. Shapiro stelde dat deze effecten het beste kunnen worden begrepen in termen van een *informatieverwerking* ('*reprocessing*'). Dat is de reden dat er in 1990, een jaar na de introductie van EMD in de literatuur, een R achter de naam van de procedure werd toegevoegd: EMD-R. Het is duidelijk dat, gezien de ontwikkelingen en de theorievorming rondom het werkingsmechanisme van EMDR, de term 'oogbewegingen' eigenlijk ten onrechte in de naam is achtergebleven. Omdat de afkorting EMDR echter al redelijk bekend was geworden en verbonden was geraakt met de resultaten van een groot aantal effectstudies, werd afgezien van een verdere naamsverandering. In de tekst van het eerste hoofdstuk van haar laatste boek zegt Shapiro daar het volgende over:

'Eye movement is only one form of stimulation used and only one component of the complex approach. Further, the goal of therapy is not simply anxiety reduction, as indicated by the word 'desensitization'. In fact, as noted in the Preface, if I had to do it over again, I would rename the approach Reprocessing Therapy' (Shapiro, 2001, p. 1).

Kritiek

Sinds de introductie van EMDR in 1989 is EMDR regelmatig onderwerp van controverse en mikpunt van kritiek geweest. Deze kritiek had in het begin vooral betrekking op de snelle verspreiding van het gedachtegoed van EMDR onder psychologen en psychiaters, die een korte EMDR-opleiding volgden zonder dat de

werkzaamheid ervan voldoende zou zijn aangetoond (bijvoorbeeld Lohr e.a., 1992; Herbert & Mueser, 1992). Deze situatie heeft zich de afgelopen jaren langzamerhand gewijzigd ten gunste van EMDR. Dit gebeurde mede onder invloed van het toenemend enthousiasme van behandelaars, de opmerkelijke resultaten bij patiënten in de praktijk, maar vooral door publicatie van een groot aantal gecontroleerde effectstudies. Ook belangrijk waren daarin de positieve beoordelingen van EMDR door de adviescommissies van de American Psychological Association (Division of Clinical Psychology; Chambless e.a., 1998), van de International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS; Chemtob, e.a., 2000) en – in eigen land – van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen in de GGZ (2003).

Er worden echter af en toe nog steeds kritische geluiden gehoord. Een punt van kritiek is het feit dat EMDR zou worden gepromoot als een *'one-session cure'*. Voorbeelden van deze en andere kritiekpunten zijn te vinden in de artikelen van Herbert e.a. (2000), Lohr, Tolin en Lilienfeld (1998) en McNally (1999). Anderen zijn het hier niet mee eens en wijzen op het grote aantal misverstanden en desinformatie dat de afgelopen jaren juist door deze criticasters van EMDR in de wetenschappelijke literatuur is verspreid (zie bijvoorbeeld De Jongh & Ten Broeke, 2002a; Perkins & Rouanzoin, 2002; Poole e.a., 1999). Vooral de scherpe analyse van Perkins en Rouanzoin (2002) en van Russell (2008) over de opmerkelijk felle weerstand tegen de introductie van EMDR is meer dan verhelderend.

Een ander, meer relevant kritiekpunt heeft te maken met de oogbewegingen. Er wordt door diverse auteurs gesuggereerd dat er weinig wetenschappelijk ondersteuning is voor het idee dat oogbewegingen (bedoeld wordt: bilaterale stimulatie of afleiding) een toegevoegd effect heeft boven een aantal andere actieve componenten van de EMDR-procedure. Diverse onderdelen van de EMDR-procedure zijn namelijk ook in andere therapeutische methoden terug te vinden, waaronder diagnostiek, het opbouwen van een therapeutische relatie, het identificeren van disfunctionele en functionele cognities en blootstelling aan de herinnering van de traumatische gebeurtenis. Er wordt daarom wel geponeerd dat de gevonden resultaten voldoende door de andere specifiek werkzame elementen (*exposure*) van de procedure kunnen worden verklaard (Muris, 2002; maar zie ook De Jongh & Ten Broeke, 2002a/b). We komen later in dit hoofdstuk hier nog op terug (zie 'empirische ondersteuning').

Procedurale aspecten van EMDR

EMDR is een *geprotocolleerde* procedure voor de behandeling van PTSS en andere 'aan trauma gerelateerde' stoornissen (De Jongh & Ten Broeke, 1998a). Het

zogenaamde EMDR-basisprotocol gaat uit van een concrete traumatische herinnering en bestaat uit een aantal fasen met een vaststaande volgorde (zie box II).

Box II De verschillende fasen van de EMDR-procedure

Diagnostiek

- 1 Algemene diagnostiek, indicatiestelling en het identificeren van geschikte 'targets'.

Vorbereiden

- 2 De patiënt voorbereiden op de behandeling, onder meer met behulp van het verschaffen van gerichte informatie en, indien nodig, het aanleren van bepaalde copingvaardigheden.

'Op scherp zetten'

- 3 Identificatie van het actueel meest emotioneel beladen beeld (*target*) van de traumatische herinnering.
- 4 Met dit beeld in gedachten een negatieve, disfunctionele cognitie (NC) formuleren.
- 5 Een positieve, functionele, cognitie (PC) identificeren. Daarna de geloofwaardigheid van deze cognitie beoordelen op een 'validity of cognition'(VoC)-schaal (lopend van 1 tot 7).
- 6 De belangrijkste emotie laten benoemen die door het beeld en de NC wordt opgevoeld, de emotionele spanning laten beoordelen (op een 'subjective units of disturbance'(SUD-)schaal van 0 tot 10) en de plaats van de daarmee verbonden lichamelijke sensaties laten aangeven.

Desensitisatie

- 7 De patiënt laten concentreren op het herinneringsbeeld, de NC en de bijbehorende lichamelijke sensaties. Daarna externe stimuli aanbieden, 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 de mate van spanning vaststellen die het beeld oproept.

Installatie

- 8 Als de spanning ten opzichte van het targetbeeld volledig is gedaald (SUD = 0), het beeld koppelen aan de PC door nieuwe oogbewegingen uit te voeren. Dit net zo lang herhalen totdat de VoC een waarde van 6 of 7 heeft bereikt.

Bodyscan

- 9 Nagaan of er ergens in het lichaam nog spanning aanwezig is, terwijl het targetbeeld en de PC in gedachten worden vastgehouden. Zo nodig dit verder bewerken.

Future template (indien nodig)

10 Installeren van een 'future template' door een toekomstig beeld (van een situatie die wordt vermeden) te koppelen aan een standaard PC ('Ik kan het aan'). Dit net zo lang herhalen totdat de hoogst mogelijk bereikbare waarde van een aangepaste vorm van de VoC-schaal (lopend van 1 tot 7; 'In welke mate voel je je in staat om dit te hanteren?') is behaald.

Afsluiting

- 11 De resultaten van de zitting worden in een positief kader gezet, om ervoor te zorgen dat wat bereikt is wordt geconsolideerd.
- 12 Er volgt instructie over het bijhouden van een dagboek en er wordt informatie gegeven over de bereikbaarheid van de therapeut.

Herevaluatie

13 In de vervolgzittingen wordt het bereikte resultaat opnieuw beoordeeld.

Het doel van de EMDR-procedure (zie box III) kan worden omschreven in termen van het bereiken van een eindtoestand, waarbij in ieder geval aan de volgende twee criteria moet zijn voldaan:

- de spanning ten opzichte van het targetbeeld moet zijn geminimaliseerd;
- de geloofwaardigheid van een positieve gedachtegang moet zijn gemaximaliseerd.

Box III Toetsbare doelen van de EMDR-behandeling

1 Aan het eind van de behandeling is de patiënt in staat terug te denken aan de traumatische gebeurtenis zonder dat dit spanning oplevert. Dit resultaat kan worden vastgesteld door de patiënt te verzoeken de oorspronkelijke herinnering op te roepen en aan te geven in welke mate de herinnering spanning oproept. De subjectief ervaren spanning wordt gemeten met behulp van een spanningsthermometer waarvan de waarde varieert van 0 ('geen spanning') tot en met 10 ('extreme spanning'). Dit is de zogenoemde SUD-schaal ('subjective units of disturbance').

2 De nieuw geformuleerde, positieve cognitie voelt als hoogst geloofwaardig aan. De patiënt wordt gevraagd het herinneringsbeeld op te roepen en tegelijkertijd (in gedachten) de positieve cognitie te herhalen. Vervolgens wordt gevraagd de geloofwaardigheid van deze positieve uitspraak te beoordelen. Dit gebeurt met behulp van een zogenaamde VoC- ('validity of cognitions') schaal, lopend van 1 ('voelt als volledig onwaar aan') tot en met 7 ('voelt als volledig waar aan').

Gedurende het uitvoeren van het EMDR-protocol wordt er relatief weinig gesproken. Allereerst is het de bedoeling om met een combinatie van aandacht voor het herinneringsbeeld, het formuleren van een centrale disfunctionele cognitie en het richten van de aandacht op emoties – maar ook de plaats in het lichaam waar deze worden gevoeld – de herinnering ‘op scherp’ te zetten. Dat is het moment dat er afleidende stimuli worden geïntroduceerd: de hand van de therapeut die voor het gezicht van de patiënt heen en weer gaande bewegingen maakt, of bijvoorbeeld alternerende geluiden die aan het linker- en rechteroor worden aangeboden. Na elke serie stimuli (dit wordt een *set* genoemd) wordt er even rust genomen. De rol van de therapeut is vooral begeleidend en zijn taak bestaat er voornamelijk uit de patiënt te helpen de aandacht gericht te houden op diens eigen interne belevingen en gedachtesporen, die onder invloed van de aangeboden afleidende taak geneigd zijn te ontstaan. Vervolgens wordt opnieuw een aantal *sets* oogbewegingen uitgevoerd. Deze werkwijze wordt net zo lang herhaald tot de emotionele lading ten opzichte van het herinneringsbeeld voldoende is gedaald en een nieuw geselecteerde positieve cognitie als waar ‘aanvoelt’. Omdat EMDR meestal nog een paar dagen doorwerkt, wordt de patiënt gevraagd een dagboek bij te houden over emotionerende gebeurtenissen of herinneringen die na afloop van de zitting aan de oppervlakte komen. Dergelijke ‘*upsets*’ kunnen, indien noodzakelijk, in een van de volgende sessies op vergelijkbare wijze worden gedesensitiseerd. Belangrijk om te benadrukken is dat de patiënt na verwerking van de oorspronkelijke gebeurtenis onvermijdelijk weer met nieuwe, op de oorspronkelijke gebeurtenis gelijkende situaties (bijvoorbeeld autorijden of een medische behandeling) zal worden geconfronteerd. Daarom zal de behandeling ook gericht moeten zijn op het zich voorbereiden op dergelijke specifieke, toekomstige situaties.

Voor het succesvol laten verlopen van EMDR is een strikte toepassing van het protocol van doorslaggevend belang. Zo moet de patiënt bijvoorbeeld de gelegenheid krijgen zijn eigen lijn van associaties te volgen zonder sturing van de kant van de therapeut. Uit onderzoek blijkt overigens dat er een relatie bestaat tussen de correctheid van het uitvoeren van het EMDR-protocol en een positief eindresultaat (Maxfield & Hyer, 2002). EMDR is geen ‘*one-shot therapy*’; het is een interactieve methode die beslist ingewikkelder is dan op het eerste gezicht oogt.

EMDR als concept

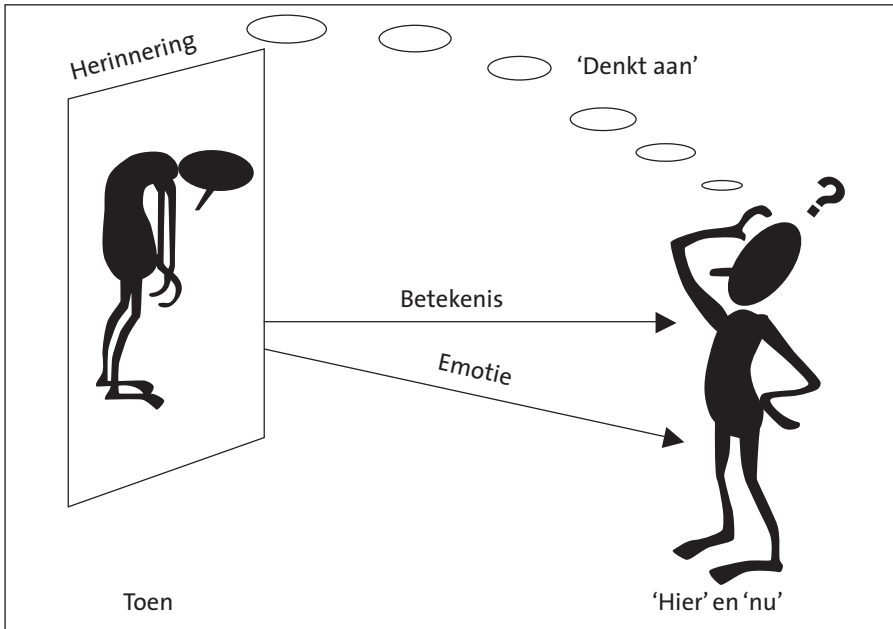
EMDR onderscheidt zich in conceptueel opzicht op essentiële punten van andere benaderingen, zoals cognitieve gedragstherapie. Een belangrijk verschil is het perspectief van waaruit naar de traumatische gebeurtenissen wordt gekeken. Zo wordt bij imaginaire exposure uitdrukkelijk geprobeerd de patiënt te laten

komen tot herbeleving van het trauma. De patiënt wordt door de therapeut geholpen terug te gaan in de tijd en de gebeurtenis, zoals in een film – in de tegenwoordige tijd en in de ik-vorm – gedetailleerd te beschrijven en vervolgens opnieuw te beleven. Het opnieuw beleven wordt net zo lang herhaald totdat de daaraan gerelateerde spanning helemaal is afgenomen.

Bij EMDR daarentegen ligt bij aanvang van de procedure het perspectief in het ‘hier en nu’. De patiënt wordt in eerste instantie gevraagd de gebeurtenis als een film te beschrijven en deze stil te zetten op het moment dat door hem nog steeds als het ‘naarst’ wordt ervaren. Hij wordt gevraagd er als het ware een foto van te maken. De emotionele lading wordt wat dit betreft gedicteerd door de *huidige* disfunctionele betekenisverlening van het stilstaande beeld, bijvoorbeeld ‘schuld’: ‘ik ben schuldig’. Het gaat er bij EMDR dus niet om wat de patiënt destijds voelde, deed of dacht, maar wat hij *nu* denkt over de gebeurtenis van toen. De patiënt denkt aan (of beter: kijkt als het ware naar) dit stilstaande herinneringsbeeld vanuit het nu: hij kiest het plaatje dat momenteel – cognitief of emotioneel – nog het meest met hem doet.

Het hiervoor beschreven tijdsperspectief stelt, zeker in de eerste fase van de behandeling, aanzienlijke eisen aan de communicatie met de patiënt. Die heeft nu eenmaal een natuurlijke neiging om in zijn verhaal de gebeurtenis te beschrijven zoals deze toen werd ervaren. De therapeut doet er dan ook goed aan de patiënt voortdurend in het perspectief van het ‘hier en nu’ te houden: ‘Je kijkt vanuit hier naar de gebeurtenis van toen.’ Het is daarom belangrijk dat de therapeut in zijn zinnen niet de verleden tijd gebruikt. Het resultaat daarvan is dat de patiënt met zijn gedachten dan direct weer midden in de gebeurtenis zit, zoals die toen – tijdens de akelige gebeurtenis – door hem werd ervaren. In het kader van EMDR dient daarom, wat het taalgebruik betreft in de beginfase van de behandeling, de verleden tijd vermeden te worden: dus geen ‘deed’, ‘dacht’, ‘voelde’, ‘was’ gebruiken. In de praktijk blijkt dat dit eenvoudiger lijkt dan het is. Daarom is het verstandig, zeker in het begin, de formulering van de vragen van het basisprotocol vrijwel letterlijk paraat te hebben en te gebruiken, omdat daarin een strikte scheiding tussen ‘toen’ en ‘nu’ is doorgevoerd.

In essentie lijkt het erop neer te komen dat de patiënt tijdens het uitvoeren van de EMDR-procedure met één been in het verleden wordt gehouden en met het andere in het ‘hier en nu’. Hetzelfde gebeurt in de daaropvolgende fase als de oogbewegingen aan bod komen. Doordat de therapeut met zijn handbewegingen afleiding (lees: geheugenbelasting) induceert, is het voor de patiënt per definitie onmogelijk alle aandacht te besteden aan zijn traumatische belevingen. Mogelijk is het mede deze voor EMDR kenmerkende scheiding tussen ‘hier en nu’ en ‘toen’ (‘dual attention’) die de bijzondere successen van EMDR verklaart.



Figuur 1.1 Behandeling met EMDR conceptueel beschouwd

Figuur 1.1 illustreert de conceptuele basis van de taxatiefase van het EMDR-protocol. In deze figuur wordt aangegeven wat er in een EMDR-behandeling gebeurt. De patiënt denkt aan de akelige gebeurtenis. De emotionele lading die hierbij wordt gevoeld is het gevolg van de negatieve betekenis die door dit herinneringsbeeld in de hersenen van de patiënt wordt geactiveerd, bijvoorbeeld 'ik ben in gevaar'. De therapeut vraagt de patiënt op een beoordelingschaal aan te geven in welke mate het herinneringsbeeld van *toen* hem *nu* nog 'raakt'; dat wil zeggen, nu nog emotionele spanning oproept. Gedurende de eerste fase van het EMDR-proces – de desensitiseringsfase – wordt de verwerking in eerste instantie beoordeeld aan de hand van (de afnemende) emotionele lading (SUD) ten opzichte van het gekozen herinneringsbeeld. Als het herinneringsbeeld volledig is gedesensitiseerd (SUD = 0) wordt de installatiefase gestart. In deze fase wordt de voortgang van het verwerkingsproces beoordeeld in termen van een in geloofwaardigheid (VOC) toenemende functionele betekenisgeving, bijvoorbeeld 'ik ben – nu – veilig'.

Is EMDR exposure?

Een ander, belangrijk onderscheid tussen bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie en EMDR is het feit dat al direct na aanvang van de introductie van de aflei-