

1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de lezer geïntroduceerd in de theoretische en praktische grondslagen van EMDR-therapie. Eerst wordt ingegaan op het ontstaan en de historische ontwikkeling van de methode, gevolgd door een bespreking van centrale kenmerken van de procedure en de plaats van oogbewegingen en andere werkgeheugenbelastende taken. Vervolgens komt aan bod hoe EMDR-therapie conceptueel kan worden begrepen, welke therapeutische processen en effecten tijdens de behandeling zichtbaar worden en welke empirische steun er voor de methode bestaat. Ook worden belangrijke theoretische verklaringsmodellen besproken, waaronder het AIP-model en de werkgeuegenhypothese. Ten slotte wordt stilgestaan bij de voordelen, kritiekpunten en indicatiestelling van EMDR-therapie, zodat de lezer een breed en goed onderbouwd overzicht krijgt van deze behandelvorm.

1.1 Achtergronden van EMDR-therapie

Het tot stand komen van EMDR-therapie is het gevolg van een toevallige observatie. Het verhaal is dat de Amerikaanse psychologe Francine Shapiro in 1987 tijdens het maken van een wandeling bemerkte dat er een onprettige herinnering uit haar jeugd naar boven kwam. Nadat haar ogen vanzelf enkele keren snel heen en weer hadden bewogen, verminderde de negatieve emotionele lading van deze herinnering plotseling drastisch. Geïntrigeerd door deze bevindingen probeerde Shapiro 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 dat de snelle oogbewegingen op haar zelf hadden ook bij anderen kon worden bereikt. Onder haar eerste proefpersonen bevond zich een aantal Vietnam-veteranen die reeds langdurig waren behandeld voor een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Shapiro ontdekte dat als ze hun vroeg tegelijkertijd in gedachten een herinnering aan een aversieve gebeurtenis op te roepen en de ogen heen en weer te bewegen, het daarna minder onprettig werd aan deze ervaring te denken. Uiteindelijk bleek het gemakkelijker voor de patiënt zich in gedachten op de schokkende gebeurtenis en de daarbij behorende gevoelens en gedachten te concentreren, terwijl Shapiro de patiënt afleidde door met snelle horizontale bewegingen van haar hand voor zijn ogen heen en weer te bewegen en hem te instrueren deze bewegingen te volgen.

Het experimenteren met patiënten leidde uiteindelijk tot de ontwikkeling van een geprotocolleerde procedure: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, afgekort tot EMDR. De eerste beschrijving ervan 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 traumatische ervaringen. Dit was op dat moment een van de eerste gecontroleerde studies naar de behandeling van PTSS.¹ De resultaten waren opmerkelijk: 22 geweldslachtoffers met PTSS ondergingen één zitting EMD(R), die voldoende bleek om ten minste één traumatische herinnering vrijwel geheel te neutraliseren. De veranderingen bleken ook na drie en na zes maanden nog te bestaan; flashbacks en intrusieve gedachten over het trauma waren sterk afgenomen. Omdat deze publicatie verscheen in een door onderzoekers op het gebied van psychotrauma bekend internationaal tijdschrift, was er vanaf het begin veel belangstelling voor EMDR-therapie. Dit werd 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 (Wolpe & Abrams, 1991).

Er kwam langzamerhand steeds meer vraag naar opleidingen in EMDR-therapie. In de jaren na de eerste publicaties werd de procedure verder verfijnd en evolueerde ze uiteindelijk tot een volwaardige therapeutische methode met protocollen voor verschillende vormen van traumagerelateerde aandoeningen, waaronder gecompliceerde rouw, fantoompijn en specifieke fobieën (zie bijvoorbeeld De Jongh e.a., 1999; Oppenheim e.a., 2015; Shapiro, 2001; Valiente-Gómez e.a., 2017). Ook in Nederland was er al vroeg belangstelling voor EMDR-therapie; vanaf 1993 worden er in ons land opleidingen in deze methode gegeven.

1.2 Oogbewegingen of niet?

EMDR-therapie bevat veel elementen die ook in andere vormen van psychotherapie zijn terug te vinden. Het opvallendste verschil is de nadruk op de EMDR-procedure waarbij de patiënt wordt verzocht met de ogen de vingers van de therapeut te volgen. Dit aspect staat ook centraal in de naamgeving van EMDR-therapie. Francine Shapiro was er aanvankelijk namelijk van overtuigd dat het de oogbewegingen waren die het verwerkingsproces bij de patiënt in gang zetten. Zij ging ervan uit dat zeer ingrijpende gebeurtenissen de emotionele

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

balans van de hersenen zodanig verstoorden, dat tijdens zo'n gebeurtenis herinneringen en de daarbij behorende cognities, emoties en fysiologische reacties als het ware in 'bevroren' toestand in de hersenen werden 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 op basis van de eerste praktijkresultaten van haar methode. 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 Günter & Bodner, 2008; Lee & Cuijpers, 2013; Stickgold, 2002). 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 vestigen. Vervolgens beweegt de therapeut zijn hand op ongeveer 30 centimeter afstand van het gezicht van de patiënt heen en weer. Op deze manier induceert de therapeut series ('sets') snelle oogbewegingen die circa 30 seconden duren. Deze EMDR-variant is nog steeds het bekendst en de werkzaamheid ervan is het best onderzocht (De Jongh e.a., 2024a). Het effect dat teweeggebracht wordt door de ogen te bewegen kan ook worden geïnduceerd door technische middelen die de therapeut van nut kunnen zijn, waaronder de door Nederlandse therapeuten veelgebruikte 'EMDR Kit'. Dit is een horizontale balk die op een standaard wordt opgesteld en een bewegende reeks felgekleurde ledlampjes bevat, waarbij de therapeut de snelheid van het bewegende lichtspoor kan instellen.

Er is een periode geweest waarin vaak gebruik werd gemaakt van een auditiële vorm van externe stimulatie of 'werkgeheugenbelastende taak'. Deze modaliteit maakt overigens nog steeds onderdeel uit van de zogenoemde EMDR Kit, meestal als *extra* werkgeheugenbelastende taak bovenop de snel bewegende ledlampjes. Het geluid wordt daarbij 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-therapie niet alleen en volledig in de oogbewegingen moet worden gezocht (Maxfield e.a., 2008; Van den Hout e.a., 2001, 2011; Mertens e.a., 2021). Inmiddels is vastgesteld dat een variëteit aan andere geheugenbelastende taken (bijvoorbeeld het gebruik van 'trillers' in de handen, handbewegingen met ingewikkelde patronen, 'bilateraal' tikken op beide schouders of benen, hardop tellen en hoofdrekken) een vergelijkbaar desensitiserend effect op herinneringen en andere mentale representaties heeft (Houben e.a., 2020; Mertens e.a., 2021). Hierbij is het dan wel van belang dat de aandacht tegelijkertijd op de mentale representatie en op de werkgeheugenbelastende taak wordt gericht. Tot nu toe is de vingers van de therapeut met de ogen volgen niet alleen een van de meest effectieve

taken, maar ook een relatief eenvoudig uit te voeren taak gebleken (bijvoorbeeld De Jongh e.a., 2013, 2024a). Centraal staat het optimale gebruik van een taak die het werkgeheugen in voldoende mate belast; zo is een auditieve taak zoals luisteren naar klikjes in veel gevallen onvoldoende om desensitisatie te bewerkstelligen.

Onderzoek laat zien dat het ophalen van herinneringen (*recall*) in combinatie met het volgen van de vingers van de therapeut of met andere werkgeheugen-belastende taken, al dan niet bilateraal, in feite leidt tot ten minste drie typen effecten: een toename van het vermogen zich aspecten van de gebeurtenis of geassocieerde gebeurtenissen te herinneren, een vermindering van de helderheid en emotionaliteit van een herinnering en een verlaging van het arousalniveau. 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; Elofsson e.a., 2008; Sack e.a., 2007).

1.3 Desensitisatie of niet?

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

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 duidelijker dat desensitisatie niet het enige of het opvallendste 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 *informatieverwerking* (*reprocessing*). Dat is de reden dat er in 1990, een jaar na de introductie van EMD in de literatuur, een R aan de naam van de procedure werd toegevoegd: EMD-R. Gezien de ontwikkelingen en de theorievorming rondom het werkingsmechanisme van EMDR-therapie, is duidelijk dat 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. Shapiro schrijft 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).

1.4 Kritiek

Sinds de introductie van EMDR-therapie in 1989 is deze 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-therapie onder psychologen en psychiaters, die een EMDR-opleiding volgden zonder dat de werkzaamheid van de behandeling voldoende zou zijn aangetoond (zie bijvoorbeeld Herbert & Mueser, 1992; Lohr e.a., 1992). Een ander punt van kritiek was de bewering dat EMDR-therapie zou worden gepromoot als een *one-session cure*. Voorbeelden hiervan en van andere kritiekpunten zijn te vinden in de artikelen van Herbert en collega's (2000), Lohr en collega's (1998) en McNally (1999). Anderen waren het niet eens met deze kritiek en wezen op het grote aantal misverstanden en de desinformatie die door deze criticasters van EMDR-therapie in de wetenschappelijke literatuur werd 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-therapie waren verhelderend.

Deze situatie wijzigde zich in de jaren daarna langzamerhand ten gunste van EMDR-therapie. Dit gebeurde mede onder invloed van het enthousiasme van behandelaars, de opmerkelijke praktijkresultaten bij patiënten, maar vooral door publicatie van een toenemend aantal gecontroleerde effectstudies. Ook belangrijk waren aan het begin van deze eeuw de positieve beoordelingen van EMDR-therapie door de adviescommissies van de *American Psychological Association* (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).

Een belangrijk kritiekpunt dat EMDR-therapie bleef achtervolgen had te maken met de oogbewegingen. In het begin van deze eeuw gaven diverse auteurs aan dat er weinig wetenschappelijke ondersteuning was voor het idee dat het maken van oogbewegingen (bilaterale stimulatie) een toegevoegd effect heeft boven een aantal andere actieve componenten van de EMDR-procedure. Verschillende onderdelen van het EMDR-protocol zijn namelijk ook binnen 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 is daarom wel geponoerd dat de gevonden resultaten voldoende kunnen worden verklaard door de andere specifiek werkzame elementen (exposure) van de procedure (Muris, 2002; maar zie ook De Jongh & Ten Broeke, 2002a, 2002b). We komen hierop terug in paragraaf 1.10, Empirische ondersteuning.

1.5 Procedurele aspecten van EMDR-therapie

EMDR-therapie is een *geprotocolleerde* procedure voor de behandeling van PTSS en andere ‘aan trauma gerelateerde’ stoornissen (De Jongh & Ten Broeke, 1998a). Het zogenaamde EMDR-standaardprotocol gaat uit van een concrete traumatische herinnering en bestaat uit een aantal stappen (‘phases’) met een vaststaande volgorde en goeddeels vaste formuleringen (zie Box 1).



Box 1 De opeenvolgende fasen van de EMDR-procedure

Diagnostiek (*Phase 1*)

1. Algemene diagnostiek, indicatiestelling en het identificeren van geschikte mentale representaties.

Voorbereiding (*Phase 2*)

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

‘Op scherp zetten’ (*Phase 3*)

3. Activatie van de geheugenrepresentatie.
4. Identificatie van het actueel meest emotioneel beladen beeld (target) van de traumatische herinnering/mentale representatie.
5. Met dit beeld in gedachten een negatieve, disfunctionele cognitie (NC) formuleren.
6. Een positieve, functionele, cognitie (PC) identificeren. Daarna de geloofwaardigheid van deze cognitie beoordelen op een *validity of cognition*-schaal (VoC-schaal; lopend van 1 tot 7).
7. De belangrijkste emotie laten benoemen die door het beeld en de NC wordt opgeroepen, de spanning die door het target plus de NC wordt opgeroepen laten beoordelen (op een *subjective units of*

disturbance-schaal (SUD-schaal) van 0 tot 10) en de plaats van de daarmee verbonden lichamelijke sensaties laten aangeven.

Desensitisatie (Phase 4)

8. De patiënt zich laten concentreren op het target, de NC en de bijbehorende lichamelijke sensaties. Daarna een werkgeheugenbelastende taak aanbieden, bijvoorbeeld in de vorm van het met de ogen volgen van de vingers van de therapeut, waarna wordt gevraagd naar spontaan opkomende associaties. De desbetreffende associatie (beeld, geluid, gevoel, herinneringen, lichamelijke reacties) vormt de basis voor de volgende set. Op geleide van het proces de mate van spanning vaststellen die het beeld oproept.

Installatie (Phase 5)

9. Als de spanning ten opzichte van het target volledig is gedaald (SUD 0), het beeld koppelen aan de PC door een werkgeheugenbelastende taak uit te voeren. Dit net zo lang herhalen totdat de VoC een waarde van 6 of 7 heeft bereikt.

Bodyscan (Phase 6)

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

Afsluiting: Positief afsluiten en afspraken over het vervolg (Phase 7)

11. De resultaten van de zitting worden in een positief kader geplaatst, om ervoor te zorgen dat wat is bereikt wordt geconsolideerd, ook als SUD 0 in deze sessie niet is bereikt.
12. Er volgt instructie over het bijhouden van een dagboek en er wordt informatie gegeven over de bereikbaarheid van de therapeut.

Herevaluatie (Phase 8)

13. In de vervolgzittingen wordt het bereikte resultaat opnieuw beoordeeld en op basis van het behandeldoel en de casusconceptualisatie wordt besloten hoe verder te gaan.

Het doel van de EMDR-procedure (zie Box II) 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 zowel het target als de gehele herinnering (mentale representatie) moet zijn geminimaliseerd (SUD 0).
- De geloofwaardigheid van een positieve gedachtegang moet zijn gemaximaliseerd (VoC 7).



Box II Toetsbare doelen van de EMDR-behandeling

- Aan het eind van de behandeling is de patiënt in staat de herinnering aan de traumatische gebeurtenis op te roepen zonder dat dit spanning oplevert. Of dit resultaat is behaald kan worden vastgesteld door de patiënt te verzoeken de oorspronkelijke herinnering in gedachten op te roepen en aan te geven in welke mate deze 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 – zoals genoemd – de zogenoemde SUD-schaal (*subjective units of disturbance*).
- De nieuw geformuleerde, positieve cognitie voelt volledig geloofwaardig aan. De patiënt wordt gevraagd het target op te roepen en tegelijkertijd (in gedachten) de positieve cognitie te herhalen, waarbij wordt gevraagd de geloofwaardigheid van deze positieve uitspraak te beoordelen. Dit gebeurt met behulp van een zogenoemde VoC-schaal (*validity of cognition*), 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 door middel van een combinatie van aandacht voor het target, het formuleren van een centrale disfunctionele cognitie en de aandacht te richten op emoties en de SUD – inclusief waar dit laatste in het lichaam het sterkst wordt gevoeld – de herinnering 'op scherp' te zetten. Als dat is gelukt, wordt er een werkgeheugenbelastende taak geïntroduceerd: in eerste instantie het volgen van de hand van de therapeut die voor het gezicht van de patiënt heen en weer gaat (soms in combinatie met een andere taak, zoals alternerende geluiden die aan het linker- en rechteroor worden aangeboden en bepaalde motorische taken).

Na het uitvoeren van de werkgeheugenbelastende taak, bijvoorbeeld een serie oogbewegingen (dit wordt een set genoemd), kan zo nodig even rust worden genomen en feedback van de patiënt worden gevraagd, maar in principe wordt daarna vervolgd met het weer scherpstellen door *back to target* te gaan. De rol van de therapeut is vooral begeleidend en zijn taak bestaat er onder andere uit de patiënt te helpen de aandacht gericht te houden op de eigen interne belevingen en gedachtesporen die spontaan en 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 van het target voldoende is gedaald en een vooraf geformuleerde positieve cognitie als waar 'aanvoelt'.

Omdat EMDR-therapie meestal nog een aantal dagen doorwerkt, wordt de patiënt gevraagd bij te houden welke eventuele emotionerende gebeurtenissen of herinneringen na afloop van de zitting aan de oppervlakte komen en deze eventueel te noteren. Dergelijke *upsets* kunnen zo nodig in de casus-conceptualisatie worden opgenomen en, indien noodzakelijk, in een van de volgende sessies op vergelijkbare wijze worden gedesensitiseerd. Het is belangrijk om te benadrukken dat de patiënt na verwerking van de herinnering aan de oorspronkelijke gebeurtenis onvermijdelijk weer zal worden geconfronteerd met nieuwe, met de oorspronkelijke gebeurtenis geassocieerde situaties (bijvoorbeeld autorijden na een ongeval of een medische behandeling na een beangstigende en/of pijnlijke ingreep). Daarom zal de behandeling ook moeten zijn gericht op het doorbreken van de vermijding van dergelijke situaties en het stoppen van het veiligheidsgedrag dat daarbij vaak voorkomt. In dat kader wordt gebruikgemaakt van de verderop beschreven Mental Video Check en Future Template. In dat kader komt ook het desensitiseren van zogenoemde flashforwards aan de orde.

Om EMDR-therapie succesvol te laten verlopen is een strikte toepassing van het standaardprotocol van belang. De patiënt moet bijvoorbeeld de gelegenheid krijgen zijn eigen lijn van associaties te volgen, zonder sturing van de kant van de therapeut. Uit onderzoek blijkt dat er een relatie bestaat tussen het correct uitvoeren van het EMDR-protocol en een positief eindresultaat (Maxfield & Hyer, 2002). EMDR is geen *one-shot therapy*; het is een interactieve methode die in veel gevallen beslist ingewikkelder is dan op het eerste gezicht lijkt (zie bijlage 1).

1.6 EMDR als concept

Een belangrijk onderdeel van het EMDR-stappenplan is het vaststellen van het beeld dat momenteel de meeste spanning oproept. Dit beeld wordt binnen de EMDR-terminologie aangeduid als het ‘target’. In de Engelstalige literatuur verwijst ‘target’ zowel naar de volledige herinnering (*target memory*) als naar het specifieke beeld daarvan dat nu het meest beladen is. In Nederland ligt de nadruk vooral op dat laatste, ofwel het actueel meest beladen beeld. Tegelijkertijd erkennen we dat een traumatische herinnering een bredere mentale representatie is, die als geheel moet worden verwerkt. Daarom is het niet onjuist om over een ‘targetherinnering’ te spreken, al bedoelen we met ‘target’ in de praktijk meestal het specifieke plaatje dat nu spanning oproept. In het in Nederland gebruikte standaardprotocol wordt daarom bij de zogenoemde back-to-targetprocedure expliciet teruggegaan naar het plaatje om te onderzoeken of dat beeld nog spanning oproept. Deze stap wordt *back to target deel 1* genoemd.

In lijn met de internationale praktijk is in het Nederlandse protocol een extra stap toegevoegd, waarbij ook de hele herinnering (de *target memory*) opnieuw

wordt opgeroepen om eventuele restspanning in kaart te brengen en mee te nemen in de verdere verwerking. In dit boek verwijst de term ‘target’ daarom zowel naar het beladen plaatje als naar de volledige herinnering. In het standaardprotocol wordt deze stap *back to target deel 2* genoemd.

Ook het gebruik van het begrip ‘herinnering’ vraagt om toelichting. In de Engelstalige literatuur spreekt men van *disfunctionally stored memories* (Shapiro, 2018), oftewel disfunctioneel opgeslagen herinneringen. In Nederland wordt benadrukt dat het in EMDR-therapie gaat om mentale representaties – dit kunnen herinneringen zijn aan gebeurtenissen, dromen, nachtmerries en ook toekomstbeelden of fantasieën die spanning oproepen of probleemgedrag in stand houden, zoals vermijding of middelengebruik. Daarom spreken we in dit boek veelal van mentale representaties (Arntz, 2020) en niet uitsluitend van herinneringen.

In conceptueel opzicht onderscheidt EMDR-therapie zich op essentiële punten van andere benaderingen, zoals cognitieve gedragstherapie in het algemeen en imaginaire exposure in het bijzonder. Een belangrijk verschil is het perspectief van waaruit naar de traumatische gebeurtenissen wordt gekeken. Zo wordt bij imaginaire exposure uitdrukkelijk geprobeerd de patiënt als het ware het trauma te laten herbeleven. De therapeut helpt de patiënt *terug te gaan in de tijd* en de gebeurtenis als een film waarin de patiënt zelf de hoofdrol heeft – in de tegenwoordige tijd en in de ik-vorm – gedetailleerd te beschrijven en vervolgens opnieuw te beleven. Dit wordt net zo lang herhaald totdat de daaraan gerelateerde spanning helemaal is verdwenen.

Bij EMDR-therapie daarentegen ligt het perspectief bij aanvang van de procedure in het ‘hier-en-nu’. De patiënt wordt in eerste instantie gevraagd de herinnering aan de gebeurtenis als een film te beschrijven en deze stil te zetten op het plaatje dat in het heden nog het meest beladen is. Hem wordt gevraagd als het ware een stilstaand beeld te selecteren dat de meeste spanning oproept. Deze lading wordt wat dit betreft gedicteerd door de *huidige* disfunctionele betekenisverlening van het stilstaande beeld, bijvoorbeeld rond zelfverwijt: ‘Ik ben schuldig’ of ‘Ik ben een slecht mens’. Het gaat er bij EMDR-therapie dus niet om wat de patiënt *destijds* voelde, deed of dacht, maar om wat hij *nu* denkt over zichzelf met betrekking tot de actuele herinnering aan de gebeurtenis van destijds. De patiënt denkt aan (of beter: kijkt als het ware naar) dit stilstaande beeld (target) vanuit het nu: hij kiest het plaatje dat momenteel – cognitief en emotioneel – nog het meest met hem doet. De uitdaging daarbij is vast te stellen wat maakt dat iets wat *destijds* objectief naar *was*, in het *heden* nog steeds zo veel spanning oproept. Het uitgangspunt is dat de patiënt geen last heeft van de gebeurtenis, maar van de herinnering eraan – of beter nog: de mentale representatie ervan. Het hier 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 hij deze toen ervoer. Voor de therapeut is