

EMDR, 't is een bijzondere methode, dat is het¹

Renee Beer en Carlijn de Roos

Inleiding

Wat is het toch dat EMDR zo bijzonder maakt? Hoe kunnen we de blijde verbazing verklaren van therapeuten die ermee werken en van patiënten die het ondergaan? Vermoedelijk heeft het ermee te maken dat wat we waarnemen bij EMDR, niet strookt met wat we gewend zijn waar te nemen bij psychotherapie en wat we erover denken.

EMDR is een behandelmethode die in aanmerking komt bij emotionele, lichamelijke of gedragsproblemen, welke het gevolg lijken te zijn van niet goed verwerkte herinneringen aan 'schokkende' gebeurtenissen. Voorbeelden van dit soort gebeurtenissen zijn: technische of verkeersongelukken, natuurrampen, medische situaties, plotseling verlies van een dierbare, mishandeling of verwaarlozing, seksueel misbruik, incidenteel of systematisch geweld, pestervaringen en terroristische aanslagen. Toch hoeven schokkende gebeurtenissen niet persé vooraf te gaan aan de ontwikkeling van posttrauma symptomen. In een bevolkingsonderzoek onder volwassenen (Mol e.a., 2005) bleek dat van 1498 respondenten met PTSS klachten 60% geen traumatische ervaringen had opgedaan in de voorgeschiedenis, maar wel negatieve levensgebeurtenissen had meegemaakt. Kennelijk kunnen negatieve levensgebeurtenissen via stress ook een bodem leggen voor de ontwikkeling van posttrauma symptomen.

EMDR is oorspronkelijk ontwikkeld als behandelmethode voor PTSS en traumagerelateerde klachten. In de praktijk blijkt het toepassingsgebied breder, namelijk bij uiteenlopende klachten die te maken hebben met onvoldoende integratie tussen emotionele en cognitieve neurale netwerken ten gevolge van niet goed verwerkte herinneringen. In deze inleiding wordt eerst een korte introductie gegeven op de werking van het geheugen bij trauma en op de theoretische onderbouwing van EMDR. Daarna volgt een bespreking van het EMDR protocol, geïllustreerd met een casusbeschrijving.

¹Naar: Kievit (1899). Uit het leven van Dik Trom: "'t Is een bijzonder kind, dat is ie"

Trauma en het geheugen

Kinderen en adolescenten met traumagerelateerde klachten lijden zichtbaar onder de herinneringen aan akelige gebeurtenissen, die ze hebben meegemaakt. Hun klachten vloeien voort uit herinneringen die niet goed verwerkt zijn en vooral sensorisch liggen opgeslagen in 'het geheugen'. Of nauwkeuriger: in geheugensystemen. De laatste vijftig jaar wordt er veel gespeculeerd over de wijze waarop het geheugen georganiseerd is in subsystemen. Inmiddels is er veel onderzoek en klinische ervaring beschikbaar ter ondersteuning van de hypothese dat er meerdere geheugensystemen bestaan, die van elkaar verschillen wat betreft neurale architectuur, ontwikkelingsproces (op welk moment en hoe snel ze tot rijping komen) en het soort informatie, dat erin is opgeslagen (Cozolino, 2002). Binnen het lange termijn geheugen worden het expliciete en het impliciete geheugen onderscheiden. Dit onderscheid lijkt op Freuds concept van het 'bewuste' en het 'onbewuste', maar is niet hetzelfde (Cozolino, 2002). Het expliciete en impliciete geheugen verschillen niet alleen van elkaar wat betreft type informatie dat erin wordt opgeslagen, maar ook in de mate waarin de opgeslagen herinneringen toegankelijk zijn om weer opgehaald te worden. Een aantal verschillen op een rij: In het expliciete geheugen ligt verbale en feitelijke informatie opgeslagen, evenals de beschrijving van procedures. Dit stelt ons in staat om een ervaring onder woorden te brengen en er betekenis aan te geven. Een expliciete herinnering aan een schokkende gebeurtenis impliceert dat iemand in staat is om een coherente beschrijving te geven van wat hij heeft meegemaakt. Het impliciete geheugen slaat sensorische en geconditioneerde informatie op, evenals geautomatiseerde procedures. Hierdoor onthouden wij onbewuste patronen, geautomatiseerde procedures en gedragingen. Zo kunnen we bijvoorbeeld autorijden zonder elke keer expliciet te hoeven bedenken welke handelingen we achtereenvolgens moeten uitvoeren.

Traumatische ervaringen worden veelal opgeslagen in het impliciete geheugen. Daardoor kan iemand last hebben van negatieve emoties, lichamelijke sensaties of gedragsimpulsen, terwijl hij niet weet waarom. De toegang tot informatie over de context, waarin deze ontstaan zijn of waarmee ze te maken hebben (feitelijke informatie), ontbreekt dan grotendeels. Bij posttraumatische stressklachten lijkt de herinnering aan de gebeurtenis niet c.q. onvolledig te zijn opgeslagen in het expliciete geheugen of niet toegankelijk als duidelijke herinnering (Rothschild, 2000). Posttraumatische stressklachten kunnen dan ook opgevat worden als gevolgen van een tekort schietend geheugen. De cliënt wordt 'overvallen' door situatiespecifieke triggers en/of klassiek

geconditioneerde associaties met het trauma. Traumatische herinneringen dobberen als het ware rond in het geheugen, zonder begin en zonder eind en kunnen op allerlei momenten en plaatsen opduiken.

Om traumatische herinneringen tot normale herinneringen te maken dient zowel verbale codering als cognitieve bewerking plaats te vinden, waardoor de betekenisverlening verandert. Posttraumatische stressklachten worden immers ook aangestuurd door de betekenis die de cliënt achteraf toeschrijft aan de gebeurtenis en aan zichzelf. Het geheugen is geen videotheek waarin waarheidsgetrouwe afspiegelingen van de werkelijkheid liggen opgeslagen (Korrelboom & ten Broeke, 2004). Het is een dynamisch systeem waarin binnenkomende informatie wordt opgeslagen en ook bewerkt, in de vorm van betekenisgeving en kleuring van die informatie.

‘Een verhaal ervan maken of het verhaal vertellen’ vormt dan ook een onderdeel van de meeste traumagerichte behandelingen. Bij EMDR is dit slechts een aspect van de behandeling, maar niet het belangrijkste.

EMDR en informatieverwerking

Het belangrijkste bij EMDR is het vlot trekken van een gestagneerd verwerkingsproces, waarbij alle informatieaspecten van een herinnering worden betrokken. Het doel is een integratie te bewerkstelligen tussen neurale netwerken, met als vertrekpunt de hypothese dat dit leidt tot het opheffen van geblokkeerde informatieverwerking. Uitgangspunt hierbij is dat ieder mens beschikt over een natuurlijk neurofysiologisch informatieverwerkingsstelsel, dat overweldigd kan raken bij een schokkende gebeurtenis. Doordat dit systeem uit balans raakt, is het niet in staat om de binnenkomende informatie geïntegreerd op te slaan. Hierdoor wordt de informatie, die gekoppeld is aan de betreffende gebeurtenis(en), disfunctioneel opgeslagen in het geheugen, namelijk in toestand-specifieke vorm. De informatie wordt als het ware ‘bevroren’ in angstwekkende beelden, disfunctionele betekenisgeving, negatieve emoties en lichamelijke sensaties. Triggering van deze informatie leidt tot klachten. Aangenomen wordt dat EMDR dit geblokkeerde informatieverwerkingsproces faciliteert, zodat de informatie alsnog getransformeerd wordt in een adaptieve vorm en versneld wordt opgeslagen in het lange termijn geheugen (Shapiro, 2001). Hoewel niemand weet hoe ‘het geheugen’ er werkelijk uitziet, heeft Shapiro als werkhypothese dat er ‘geheugennetwerken’ zijn met onderling geassocieerde informatie. Ze gebruikt hiervoor de metafoer van een knooppunt (‘target’) waarmee diverse kanalen verbonden zijn. In die kanalen liggen met elkaar verwante herinneringen, gedachten, emoties en lichamelijke sensaties opgeslagen. Bij EMDR focust de

cliënt op het ‘target’ (knooppunt) en loopt vervolgens via associaties het geheugen netwerk door, waarbij alle kanalen ‘opgeschoond’ worden. Dit associatieproces wordt geactiveerd door stimulatie van beide hersenhelften beurtelings. Hoewel het werkingsmechanisme van EMDR nog niet experimenteel is vastgesteld, zijn er verschillende hypothesen op psychologisch en op neurobiologisch niveau ter verklaring van de effecten. (Shapiro, 2000, de Jongh & ten Broeke, 2003). Zie voor uitgebreide informatie over diverse hypothesen ook www.emdr.nl. Cozolino (2002) oppert de volgende mogelijkheden: bilaterale stimulatie leidt tot het leggen van meer verbindingen tussen neurale netwerken door alternerende activering van die netwerken en bevordert dit de transformatie van traumatische herinneringen tot normale herinneringen. Indien bilaterale stimulatie resulteert in gelijktijdige activering van neurale netwerken van emotie en cognitie, zouden hierdoor ook verbindingen gelegd worden tussen deze twee netwerken. In dat geval zou bilaterale stimulatie tegenwicht bieden tegen de natuurlijke tendens bij overweldigende ervaringen om netwerken van emotie te dissociëren van netwerken van cognitie.

Over de relatie tussen neurale netwerken is nog veel onduidelijk. Hoe het ook zij, bilaterale stimulatie lijkt – in combinatie met de overige ingrediënten van het EMDR protocol - de integratie van affect met cognities, sensaties en gedrag te bevorderen. En die integratie is wat we elke keer weer voor onze ogen zien gebeuren in de therapiekamer als we het EMDR protocol uitvoeren.

EMDR protocol

Elke vorm van psychotherapie bij posttraumatische klachten, vanuit welk referentiekader dan ook, heeft hetzelfde doel. Het gaat er altijd om mogelijkheden te creëren om relevante herinneringen te verwerken en met een andere betekenisverlening op te slaan in het geheugen (Shapiro, 2001; Beer & de Roos, 2004). EMDR is een van de behandelmethoden, die mogelijkheden biedt om dit doel te bereiken. Nagestreefd wordt dat de betreffende ervaringen na afloop van de behandeling een plaats hebben gekregen in de levensgeschiedenis van de cliënt en voortaan worden ervaren als iets uit het verleden dat voorbij en afgesloten is.

Hoe gaat het concreet in zijn werk? Het betreft een geprotocolleerde behandeling, bestaand uit acht fasen. Zie figuur 1 voor een overzicht. Bij kinderen en adolescenten worden de stappen aangepast aan hun cognitieve ontwikkelingsfase en ouders worden meer of minder intensief bij de behandeling betrokken, afgestemd op de situatie en problematiek van kind en gezin (de Roos & Beer, 2003).

Figuur 1. De acht fasen van het EMDR protocol
(Bron: de Jongh & ten Broeke, 2003)

<p>1. <i>Diagnostiek</i> Algemene diagnostiek, indicatiestelling, identificatie potentiële target.</p> <p>2. <i>Voorbereiding</i> Kind en ouders voorbereiden op behandeling: verschaffen informatie, zonodig aanleren copingvaardigheden, advisering ouders.</p> <p>3. <i>Assessment</i> Een concrete herinnering op scherp stellen* (beeld, negatieve en positieve cognitie (NC en PC), emoties, lichamelijke sensaties).</p> <p>4. <i>Desensitisatie</i> Verwerkingsproces faciliteren, doorgaan totdat geselecteerde target neutraal voelt.*</p> <p>5. <i>Installatie</i> Koppelen van target aan de PC totdat die maximaal geloofwaardig voelt.*</p> <p>6. <i>Body Scan</i> Nagaan of het targetbeeld in combinatie met de PC ergens in het lichaam nog spanning oproept. Zo ja, dit verder bewerken.</p> <p>6. <i>Installatie Future Template (eventueel)</i> Alleen bij vermijdingsgedrag: installeren van een toekomstig plaatje (van situatie die wordt vermeden) met standaard PC ('ik kan het / ik kan het aan'). Doorgaan tot maximaal haalbare waarde is bereikt.</p> <p>8. <i>Positieve Afsluiting</i> Consolideren van wat is bereikt door installatie van de PC n.a.v. hetgeen bewerkstelligd is tijdens de therapiezitting. Terugkoppeling naar ouders zonodig, afspraken over dagboek en observaties, informatie over bereikbaarheid therapeut.</p>

*Toelichting fase 3-5: figuur 1 biedt een compact overzicht van alle fasen. Om begrijpelijk te maken wat er in fase 3-5 concreet gebeurt, volgt hieronder een nadere toelichting.

Assessment: Het kind wordt met behulp van gerichte vragen gestimuleerd om zich, vanuit het perspectief van het hier en nu, te concentreren op een herinnering aan een akelige ervaring uit het verleden. De mentale representatie van een herinnering omvat beelden, cognities, emoties en lichamelijke sensaties. Door het aanspreken van al deze aspecten van de herinnering wordt het geheugenennetwerk geactiveerd en maximale arousal opgewekt. Aan het kind wordt eerst gevraagd het verhaal van de gebeurtenis te vertellen zoals het actueel visueel in het hoofd is gerepresenteerd, als een stripverhaal, een

fotoboek of een film. Vervolgens kiest het kind daaruit het plaatje met actueel de sterkste negatieve affectieve lading. Over dat plaatje volgen dan een aantal vragen om en de herinnering scherp te stellen en de arousal te vergroten. De negatieve cognitie (NC) wordt opgespoord. Dat is de actuele disfunctionele, negatieve conclusie of opvatting die het kind over zichzelf heeft als het naar het plaatje kijkt. Gezocht wordt naar een uitspraak die voor het kind gevoelsmatig het beste past bij het plaatje en die leidt tot de negatieve emotionele lading van het plaatje. 'Disfunctioneel' wil zeggen dat de uitspraak getuigt van een onjuiste en ongezonde kijk op de werkelijkheid. Nadat de negatieve cognitie is gevonden (b.v. ik ben stom), wordt een wenselijk alternatief vastgesteld: een positieve functionele cognitie (b.v. ik ben normaal). De positieve cognitie staat in betekenisgeving lijnrecht tegenover de negatieve, en is het perspectief waar naartoe gewerkt wordt. Op een 7- puntschaal wordt aangegeven hoe geloofwaardig de positieve cognitie aanvoelt, de 'Validity of Cognition' (VOC). Daarop volgt benoeming van de sterkste emoties en wordt op een 10- puntschaal de mate van spanning aangegeven, die het plaatje oproept in combinatie met de negatieve cognitie, de 'Subjective Unity of Disturbance' (SUD). Tot slot wordt de plaats in het lichaam gelokaliseerd waar die spanning het sterkst gevoeld wordt. Zodra alles op scherp staat, vraagt de behandelaar aan het kind zich te concentreren op het beeld, de NC en de bijbehorende lichamelijke sensaties (spanning). Vervolgens biedt de behandelaar tegelijkertijd met deze inwendig gerichte concentratie een externe afleidende stimulus of taak aan, waarmee het verwerkingsproces (desensitiseringsfase) in gang wordt gezet.

Desensitisatie: De meest bekende variant is het kind te vragen om met de ogen de hand van de therapeut te volgen. Deze beweegt zijn hand op ongeveer 30 cm. afstand voor het gezicht van de cliënt heen en weer. In plaats van oogbewegingen kunnen ook andere stimuli gebruikt worden, zoals geluidstonen via een koptelefoon in linker- en rechteroor of het 'trommelen' op handen. Er worden nu series (sets) aangeboden van 30 seconden met externe, afleidende stimuli. Daarna vraagt de behandelaar naar opkomende associaties. Elke nieuwe associatie -dit kan een beeld, geluid, gedachte, conclusie, gevoel, of lichamelijke sensatie zijn- vormt de basis voor een volgende serie bilaterale stimuli. Dit proces wordt voortgezet totdat het gekozen plaatje neutraal aanvoelt, dus geen spanning meer oproept (SUD=0). Op gezette tijden vindt evaluatie plaats van de mate van spanning, die het beeld nog oproept.

Installatie: Zodra het plaatje geen spanning meer oproept, wordt gecheckt hoe geloofwaardig de PC op dat moment aanvoelt. Hierop volgen wederom series

(sets) totdat de PC in combinatie met het plaatje maximaal geloofwaardig aanvoelt en niet meer verder stijgt (VOC=7).

Een casus

Hansje, 7 jaar, wordt aangemeld nadat binnen korte tijd verschillende sterfgevallen in zijn familie hebben plaats gevonden. Eerst zijn opa, daarna een tante en vervolgens kreeg zijn vader enkele weken later een herseninfarct, terwijl Hans met hem samen onder de douche stond. Hij heeft samen met zijn zusje adequaat alarm geslagen en per ambulance kon vader snel naar het ziekenhuis worden vervoerd. Vader is inmiddels redelijk hersteld. Tot een half jaar geleden ontwikkelde Hans zich voorspoedig. Sinds vader het herseninfarct kreeg zijn echter de volgende symptomen aanwezig: herbelevingen (denkt minstens twee keer per dag aan deze gebeurtenissen, droomt erover, slaapproblemen, 's nachts angstig); lichamelijke klachten (hoofdpijn, buikpijn, misselijkheid); achteruitgang in schoolprestaties (vorderingen stagneren); praten, denken en reageren zijn vertraagd, hij maakt een afwezige indruk. De werkhypothese is, dat het informatieverwerkingsproces geblokkeerd is geraakt doordat er teveel te snel na elkaar is gebeurd. Er lijkt sprake te zijn van een gestagneerd rouwproces. De telkens terugkerende angstwekkende beelden, gekoppeld aan zijn herinneringen, houden zijn klachten in stand en verhinderen hem te verwerken wat er gebeurd is. De herinneringen aan de drie gebeurtenissen worden achtereenvolgens door middel van EMDR verwerkt in vijf therapiezittingen.

Illustratie assessment en desensitisatie

Gebeurtenis 1: overlijden opa.

Assessmentfase

Plaatje: Een tekening, die hij gemaakt heeft van opa op zijn sterfbed, alle familieleden staan om hem heen; NC= ik kan er niet tegen; PC= ik kan er tegen; Emotie: verdriet; SUD=*; De spanning voelt hij vooral in zijn hart.

Desensitisatiefase

Tijdens de desensitisatie reageert de therapeut niet op de inhoud van opgekomen reacties. Het is de bedoeling dat het proces blijft lopen en dat de cliënt niet uit het proces gehaald wordt: Oogbewegingen (OB)

T: Wat merk je?

H: *Dat het een beetje minder geklopt wordt en dan weer wat meer. En dan voel ik dat het weggaat.*

T: Concentreer je er maar op--OB

H: *Dat het weer een beetje meer weggaat.*

T: Ga maar door.--OB

H: *Nou voel ik me koud.*

T: Let daar maar op --OB

H: *Dat ik er niet veel meer van voel*

T: OK, ga verder--OB

H: *Dat het nog maar een beetje is*

T: Concentreer je maar op wat er nog is--OB

H: *Hetzelfde*

T: Haal in gedachten weer eens de tekening tevoorschijn, zoals die nu in je hoofd zit. Hoe naar is het om naar de tekening te kijken?

H: 2

T: Wat maakt dat het nog 2 is?

H: *Het gezicht van opa*

T: OK, kijk er maar naar en let op wat er met je gebeurt.--OB

H: *Dat het nog een beetje naar is, dat ie er niet meer is en dat ik hem niet meer zie.*

T: Wat merk je nu?

H: *Ik denk nu opeens aan hoe hij was toe ie nog levend was*

T: Blijf daarbij--OB

H: *Hij was zo'n lieve opa.. Ik denk aan ..we speelden een keer stratego. Ken je dat?*

T: Je doet het hartstikke goed, ga maar door--OB

H: Het nare gevoel is weg.. Het is nou ...het voelt nou.. gewoon zoals het voor iedereen is. Wat gek

T: Weet je het zeker, echt niks naars meer? Kijk en voel nog eens goed.

H: Ja, helemaal zeker.

Het resultaat van de behandeling is dat alle aanmeldingsklachten verdwijnen en zijn schoolresultaten met sprongen vooruit gaan. Hij maakt een inhaalslag en functioneert weer zoals voorafgaand aan deze gebeurtenissen; de stagnatie is opgeheven. Bij follow up een jaar later blijkt dat het nog steeds goed met hem gaat. Hij heeft inmiddels ook met zijn vader kunnen praten over het herseninfarct en hoe eng hij dat had gevonden.

Conclusie

Wij hopen dat dit themanummer een stimulans zal bieden tot toepassing van EMDR bij meer groepen kinderen of adolescenten, waar een verband is vastgesteld of wordt vermoed tussen actuele klachten en identificeerbare onverwerkte gebeurtenissen. Verder is het voor de ontwikkeling van EMDR van groot belang dat effectiviteitonderzoek met kinderen en adolescenten op korte termijn verder gestalte gaat krijgen. Met volwassenen zijn al meer dan 20 gecontroleerde studies uitgevoerd, waarmee de effectiviteit is aangetoond. Door middel van experimenteel onderzoek wordt gezocht naar verklaringen voor het werkingsmechanisme (zie: www.emdr.nl). Bij kinderen en adolescenten begint empirisch onderzoek nu pas van de grond te komen (Chemtob, 2002; Jaberghaderi e.a. 2004; de Roos e.a. in voorbereiding). Als behandelaars hebben we vastgesteld dat EMDR een bijzondere methode is. De komende tijd zal empirisch onderzoek ons helpen subgroepen te identificeren, die meer of minder kunnen profiteren van EMDR, en zal experimenteel onderzoek duidelijkheid verschaffen wat deze methode zo bijzonder maakt.

Mw. drs. R. Beer is psycholoog/psychotherapeut en gedragstherapeut. Zij is werkzaam bij De Bascule te Amsterdam als coördinator van het Centrum voor traumagerelateerde stoornissen bij kinderen en adolescenten.

Mw. drs. C. de Roos is psychotherapeut en coördinator van het Psychotraumacentrum Kinderen en Jeugd, GGZ Rivierduinen

Literatuur

- Beer, R. & de Roos, C. (2004). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bij kinderen en adolescenten. *Kind en Adolescent*, 20, 38-53.
- Chemtob, C.M., Nakashima, J., & Carlson, J.G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: a field study. *Journal of clinical psychology*, 58, 1, 99-112.
- Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy*. New York: Norton.
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Dolatabadim, S., & Zand, S. (2004). A Comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11,5, 358-368.
- Jongh, A. de & Broeke, E. ten (2003). *Handboek EMDR*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Korrelboom, K. en Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*. Bussum: Coutinho
- Mol, S. S., Arntz, A., Metsemakers, J.F., Dinant, G.J., Viltens-van Montfort, P., Knottnerus, J. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: evidence from an open population study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 494-499.
- Roos, C. de & Beer, R. (2003). EMDR bij kinderen en adolescenten. De klinische praktijk. *Kind en adolescent Praktijk*, 1, 12-18.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers*. New York: Norton.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: The Guilford Press.