



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Een nieuwe behandelingsmethode voor angst en trauma's: 'Eye movement desensitization and reprocessing'

Ad de Jongh en Erik ten Broeke*

Samenvatting

In deze bijdrage wordt een beschrijving gegeven van de achtergronden en principes van 'Eye movement desensitization and reprocessing' (EMDR), een recente ontwikkeling op het gebied van de psychotherapie. Deze procedure wordt gepresenteerd als een snelle en effectieve behandelingsmethode voor aan angst gerelateerde klachten, waaronder posttraumatische stress-stoornissen. Een belangrijk onderdeel van EMDR is dat de therapeut bij de cliënt een aantal snelle en ritmische oogbewegingen uitlokt door hem te vragen zijn vinger te volgen, terwijl de cliënt een beeld van de traumatische herinnering in gedachten houdt. Dit zou resulteren in cognitieve veranderingen en een langdurige vermindering van angst, alsmede een verdwijnen van terugkerende herinneringen en indringende gedachten. Zoals naar voren komt uit onderzoek en twee gepresenteerde gevalbeschrijvingen (een geval van extreme angst voor de tandheelkundige behandeling en een geval van seksueel misbruik), kan EMDR reeds effectief zijn in slechts één zitting. Het artikel sluit af met evaluatieve opmerkingen en aanbevelingen met betrekking tot het gebruik van deze behandelingsmethode in de praktijk.

Inleiding

'Eye movement desensitization and reprocessing', kortweg EMDR, is een recente ontwikkeling op het gebied van de psychotherapie (Shapiro, 1989a). EMDR zou bijzonder geschikt zijn voor het op snelle wijze desensitiseren en herstructureren van traumatische herinneringen en met name zijn geïndiceerd bij posttraumatische stress-stoornis (PTSS). De gangbare technieken voor het behandelen van PTSS, waaronder gedragstherapie en hypnose, zijn er vooral op gericht via herbeleving van het trauma (exposure in vitro) de negatieve emoties uit te doven (Emmelkamp et al., 1989). EMDR bestaat daarentegen uit een desensitatieprocedure en een cognitieve 'installatieprocedure', die in gang wordt gezet door een vrij technisch aandoende handeling, die bedoeld is om de ogen van de cliënt snel heen en weer te laten bewegen (Shapiro, 1989b). De samenhang tussen oogbewegingen en traumaverwerking is door de Amerikaanse psychologe Francine Shapiro bij toeval ontdekt. Zij bemerkte tijdens een wandeling dat er ineens onprettige gedachten naar boven kwamen. Omdat zij liever aan iets prettigers wilde denken probeerde zij de nare gedachten kwijt te raken, waarbij ze er zich van bewust werd dat haar ogen snel heen en weer bewogen. De gedachten verdwenen en kwamen niet terug. Gefascineerd door dit fenomeen probeerde ze

* A. DE JONGH (1956), tandarts en psycholoog, is als onderzoeker verbonden aan de Vakgroep Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam, Louwesweg I, 1066 EA Amsterdam. Daarnaast is hij als 'angststandarts' werkzaam in Gezondheids-centrum Tanthof te Delft en Gezondheidscentrum Nellestein te Amsterdam. E. TEN BROEKE (1962), psycholoog, is als gedragstherapeut werkzaam bij RIAGG IJsselland, Pikeursbaan 3, 7411 GT Deventer.

hetzelfde resultaat te bereiken bij getraumatiseerde cliënten. Ze vroeg hun te denken aan de traumatische gebeurtenis en tegelijkertijd de ogen van links naar rechts te bewegen. Het bleek dat de gebeurtenis daarna minder onprettig was om aan terug te denken. Later ontdekte Shapiro dat het voor een cliënt gemakkelijker is de ogen te bewegen als deze de vingers van de therapeut volgt. De eerste ervaringen met EMDR zijn verbazingwekkend (Shapiro, 1989b; Puk, 1991; Wolpe & Abrams, 1991). Ook onderzoek van Shapiro (1989a) onder Vietnamveteranen en slachtoffers van (seksueel) geweld doet vermoeden dat het hierbij om een belangrijke ontwikkeling gaat. Alle 22 cliënten in deze studie kregen reeds eerder psychotherapie (gemiddelde therapieduur zes jaar). De klachten bestonden uit terugkerende, verontrustende herinneringen en dromen, slaapproblemen, gebrek aan zelfvertrouwen en relationele moeilijkheden. Het bleek dat een enkele EMDR-zitting voldoende was om de traumatische herinneringen geheel te desensibiliseren. Voorts werden bij alle cliënten cognitieve veranderingen gevonden; in de controlegroep was dit weinig of niet het geval. Na drie maanden bleken de effecten onveranderd en waren ook de klachten vrijwel geheel verdwenen. Onderzoek van Marquis (1991) onder 78 cliënten bevestigde deze resultaten. Opvallend aan deze studie is vooral de verscheidenheid aan problemen die met EMDR op overeenkomstige wijze blijken te kunnen worden aangepakt; variërend van posttraumatische stress-stoornissen en fobieën tot 'dysfunctionele emoties', zoals woede, schaamte en verdriet. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de principes van EMDR en wordt de procedure in het kort beschreven. Bovendien wordt ingegaan op het werkingsmechanisme dat aan deze methode ten grondslag zou kunnen liggen en worden twee gevalsbeschrijvingen gegeven.

De procedure

Uitgangspunt en focus van EMDR zijn bestaande negatieve of traumatische herinneringen. Het kan hierbij gaan om gedachten aan gebeurtenissen die als onprettig werden ervaren, bijvoorbeeld ruzie met de partner, maar ook om terugkerende, beangstigende beelden van traumatische gebeurtenissen, zoals verkrachtingen, mishandelingen of oorlogsgeweld. Om het effect van EMDR te kunnen nagaan wordt voorafgaande aan de behandeling het angstniveau gemeten met een elfpunts SUD (Subjective Units of Distress) schaal (0 = geen angst; 10 = grootst mogelijke angst) (Wolpe, 1990). Daar irrationele overtuigingen een belangrijk onderdeel van posttraumatische stress-stoornissen vormen (DeFazio, Rustin & Diamond, 1975), worden bovendien de cognities met betrekking tot de gebeurtenis geïnventariseerd. Hiervoor wordt een zevenpuntsschaal (1 = absoluut onwaar; 7 = helemaal waar) gebruikt, de door Shapiro ontwikkelde Validity of Cognition Scale (Shapiro, 1989a). Doel van het uitvoeren van een EMDR-procedure is de angst die het oorspronkelijke beeld oproept te verminderen (een SUD-score van 0) en een voor de cliënt positieve, meer adequate cognitie te installeren (een score van 6 of 7 op de Validity of Cognitions Scale). Voorafgaande aan de desensibiliseringsprocedure wordt samen met de cliënt naar deze positieve cognitie gezocht. De desensibiliseringsprocedure bestaat eruit dat de therapeut de cliënt vraagt aan de traumatische ervaring terug te denken. De cliënt wordt geacht een beeld te maken van de herinnering en zich tegelijkertijd op de bijbehorende cognitie en gevoelens te richten. Daarna wordt hij verzocht met de ogen de vingers van de therapeut te volgen, waarbij de therapeut zijn hand op zo'n twintig cm. horizontaal voor de ogen van de cliënt langs beweegt. Een set van oogbewegingen

bestaat uit 24 bewegingen van links naar rechts en terug. De bewegingen dienen zo snel te worden uitgevoerd dat de cliënt ze nog kan volgen.

Ervaringen met EMDR geven aan dat na één of meerdere sets van oogbewegingen er bij de cliënt vaak vanzelf een nieuwe gedachtengang opgang komt, waardoor de gebeurtenis wordt geheeretiketteerd. Daarnaast komt het voor dat door de oogbewegingen nieuwe, gelijksoortige ervaringen naar boven komen. Kernmerkend voor EMDR is dat dit niet wordt besproken. De rol van de therapeut is begeleidend en bestaat uit het richten van de aandacht van de cliënt op deze nieuwe herinneringen. De therapeut zegt steeds: 'Houd dit vast', waarna opnieuw een set oogbewegingen op gang wordt gebracht. Nieuwe herinneringen worden vervolgens gedesensitiseerd. Dit wordt net zo lang herhaald tot het SUD -niveau voldoende is gedaald en de nieuwe cognitie als waar 'aanvoelt'. Na een eerste sessie wordt de cliënt gevraagd een dagboek bij te houden over angstprovocerende gebeurtenissen of herinneringen die de dagen daarna aan de oppervlakte kunnen komen. Indien noodzakelijk worden deze 'upsets' in een van de volgende sessies gedesensitiseerd. Voor een vollediger beschrijving van de EMDR procedure zij verwezen naar Shapiro (1989b) .

Mogelijk werkingsmechanisme

Het werkingsmechanisme van EMDR is nog vrijwel onbegrepen. Ofschoon er inmiddels verschillende hypothesen naar voren zijn gebracht (Hedstrom, 1991; Shapiro, 1991) is er op dit moment onvoldoende bewijs om definitieve conclusies te trekken. Aangenomen wordt dat fysiologische processen, die worden opgewekt door het snel bewegen van de ogen, verantwoordelijk zijn voor het succes van deze methode. Volgens Shapiro kunnen, wanneer een voor het individu traumatische gebeurtenis plaatsvindt, bepaalde processen in de hersenen die verantwoordelijk zijn voor de verwerking van deze informatie worden ontwricht. Dit is een stelling die eerder door Pavlov naar voren werd gebracht (Pavlov, 1927). Doordat de ervaring niet op adequate wijze wordt verwerkt zou deze 'bevroren' raken in de hersenen, waarbij het mentale plaatje in zijn originele vorm, inclusief de negatieve beoordeling en het bijbehorend affect, op een zijspoor wordt gezet (Shapiro, 1992). Shapiro stelt dat deze onverwerkte informatie op de achtergrond een rol blijft spelen, wat kan ontaarden in psychopathologie zoals een posttraumatische stress-stoornis. Als deze redenering juist is, dan is het niet ondenkbaar dat met EMDR dit proces wordt gekeerd. Daarmee zou EMDR veel gelijkenis vertonen met de REM-slaap, waarvan wordt aangenomen dat de snelle oogbewegingen een belangrijke rol vervullen bij het op natuurlijke wijze verwerken van dagelijkse gebeurtenissen. Mogelijk zorgen de oogbewegingen voor het herstellen van de neurologische balans, door de hersenen zodanig te activeren dat 'bevroren' informatie opnieuw beschikbaar komt, waarna deze op overeenkomstige wijze wordt gedesensitiseerd. Deze verklaring wordt gesteund door de bevinding dat repeterende spanningen de synaptische potentiaal van hersencellen beïnvloeden, waardoor het geheugen wordt gestimuleerd (Barrioneuvo et al., 1980).

Een geval van extreme angst voor de tandheelkundige behandeling

Ferdy is een 35-jarige man met een extreme angst voor de tandheelkundige behandeling. Na lang aarzelen bezoekt hij een speciaal angstspreekuur voor tandartspatiënten. Tijdens het eerste bezoek vertelt Ferdy over een voor hem traumatisch verlopen tandartsbehandeling tijdens een verblijf in het buitenland. Naar aanleiding van een pijnklacht bezocht hij een tandarts, die daarop de hiervoor verantwoordelijke kies heeft getrokken. De behandeling was echter lang en pijnlijk en uiteindelijk moest de kies in gedeelten worden verwijderd. Deze ervaring zou er toe geleid hebben dat hij meer dan twaalf jaar lang tandheelkundige behandeling heeft vermeden. Ferdy vindt het moeilijk om over deze gebeurtenis te praten, vertoont sterke fysiologische reacties en geeft aan dat hij in het algemeen veel moeite doet niet aan deze gebeurtenis terug te denken. Het gebit is er slecht aan toe en er zal een groot aantal behandelingen moeten plaatsvinden voordat het is gesaneerd. Er wordt met Ferdy afgesproken de tandheelkundige behandeling uit te voeren volgens het protocol dat in het centrum wordt gebruikt bij mensen met extreme angst. Dit betekent dat zowel voorafgaande aan als tijdens de behandeling ontspannings- en afleidingstechnieken worden gebruikt. De zittingen zelf duren 45 minuten, ze zijn sterk gestructureerd en ze zijn er op gericht om de behandeling voor de patiënt zo voorspelbaar en controleerbaar mogelijk te laten verlopen. Telkens wordt niet meer dan één tand of kies gevuld. Ofschoon de ervaringen met deze strategie over het algemeen bijzonder goed zijn blijft Ferdy zeer gespannen en moeilijk behandelbaar. Na afloop van elke zitting geeft hij aan dat de behandeling is meegevallen, maar ten tijde van de volgende afspraak is de angst weer op het zelfde hoge niveau. Ook na vijf behandelingen is deze situatie onveranderd.

In de zesde zitting wordt besloten een EMDR-procedure uit te voeren, waarbij de angstopwekkende tandheelkundige herinnering als uitgangspunt wordt genomen. Omdat het Ferdy moeite kost mentale beelden te maken wordt hem gevraagd zich op de bij deze herinnering behorende gevoelens te concentreren. De cognitie van de patiënt over deze gebeurtenis is: 'Ik ben slachtoffer en wordt geslacht'. De gewenste cognitie is: 'Ik ben iemand die met toekomstige behandelingen om kan gaan'. Het SUD aanvangsniveau is 10. Na een set oogbewegingen wordt het beeld van de gebeurtenis voor de patiënt duidelijk; hij zegt: 'Dit is vreselijk, ik ben voor hem een totaal mislukt geval. Hij gaat me vast dumpen ergens in een schuurtje'. Een tweede set oogbewegingen heeft tot gevolg dat de tandarts zelf wordt beoordeeld: 'Hij is iemand die er niets van kan'. Na de derde set geeft de patiënt aan dat het feit dat de behandeling zo dramatisch verliep ook het gevolg zou kunnen zijn van het feit dat hij alleen op reis was en er niemand was om op terug te vallen. De patiënt doet nu ook moeite om zich het gezicht van de tandarts duidelijk voor de geest te halen. Een vierde set oogbewegingen lijkt tot een soort inzicht te leiden: 'Misschien is het ook wel zo dat de kies helemaal rot was en toch niet meer te redden'. Hij constateert tegelijkertijd dat het feit dat de kies geheel door cariës was aangetast er in belangrijke mate toe hebben bijgedragen dat de behandeling zo dramatisch verliep. Het SUD niveau is nu 1. Vervolgens wordt Ferdy gevraagd het beeld weer opnieuw voor de geest te halen en de woorden van de positieve cognitie voor zichzelf te herhalen. Daarna wordt een nieuwe set oogbewegingen uitgevoerd. De positieve cognitie scoort nu een 6 op de Validity of Cognitionschaal. Tijdens de daaropvolgende behandeling twee weken later geeft de patiënt te kennen dat 'er iets is verschoven', maar vindt het moeilijk om onder woorden te brengen wat. Hij blijkt goed te behandelen en ook de angst is tot op een aanvaardbaar niveau gedaald. Dit blijft ook de daaropvolgende behandelingen zo.

Een geval van herhaaldelijk seksueel misbruik

Marjan is een 24-jarige vrouw die door het algemeen maatschappelijk werk wordt aangemeld bij een RIAGG in verband met indringende flashbacks, angstdromen en chronische spanningsklachten. De flashbacks zijn zo intens en veelvuldig dat zij in toenemende mate sociaal geïsoleerd raakt en achterdochtig wordt. De flashbacks en de dromen hebben betrekking op herhaaldelijk seksueel misbruik door verschillende mannen en op verschillende leeftijden. Met name herinneringen aan een tweetal gebeurtenissen dringen zich voortdurend op, waarna ze er dan lange(re) tijd niet van los kan komen. In termen van DSM- III- R wordt de diagnose gesteld op posttraumatische stress-stoornis (APA, 1987).

Tijdens de eerste bijeenkomst maakt Marjan een gespannen en schichtige indruk. De ogen schieten heen en weer en oogcontact durft ze nagenoeg niet te maken. Ze vertelt aarzelend over 'de beelden' zonder dat diep wordt ingegaan op de inhoud ervan. Op voorstel van de therapeut worden deze ervaringen onderverdeeld in vijf groepen, op grond van de leeftijd waarop het misbruik plaatsvond. Elke groep omvat de ervaringen met een man, de uniteenlopen van 'betasten' tot verkrachting. Met name de verkrachting speelt een centrale rol in de flashbacks. Marjan acht zichzelf ertoe in staat voor elke categorie een 'kenwoord' te zoeken en dit op te schrijven. Ter ondersteuning wordt de eerste bijeenkomst afgesloten met een hypnose-inductie gericht op relaxatie en het creëren van een 'veilige plek' (Van der Hart, 1991). Marjan blijkt hoog-hypnotiseerbaar. Tijdens de tweede bijeenkomst blijkt zij inderdaad vijf kenwoorden te hebben opgeschreven. Hoewel deze opdracht heeft geleid tot een toename van het aantal flashbacks toont ze zich vastbesloten en gemotiveerd de therapie te vervolgen. De plezierige ervaringen met de hypnose spelen daarbij een belangrijke rol. Ook stelt Marjan zelf voor de gekozen vijf situaties te gaan uitschrijven. Ofschoon de therapeut aanvankelijk twijfelt aan haar draagkracht gaat hij akkoord. De schrijfpdracht krijgt een sterk gestructureerd karakter om de kans op decompensatie te verminderen (Van der Hart & Boon, 1988). Alvorens de bijeenkomst af te sluiten met een bezoek aan de 'veilige plaats' wordt uitvoerig uitleg gegeven over de EMDR-procedure. Met name wordt veel aandacht besteed aan de schijnbare tegenstelling tussen de eenvoud van de techniek en de ernst van de klachten. Zij gaat akkoord met het toepassen van EMDR tijdens de volgende sessie.

Tijdens de derde sessie blijkt Marjan de schrijfpdracht goed te hebben doorstaan. Enerzijds zegt zij opgelucht te zijn, anderzijds voelt zij zich angstiger en heeft zij meer last van flashbacks dan ooit. Marjan maakt een keuze uit de vijf kenwoorden en kiest 'Het pakhuis'. Van deze gebeurtenis heeft zij de meeste flashbacks en angstdromen. In het pakhuis vond de verkrachting plaats. Zij was toen 18. De derde zitting wordt verder geheel besteed aan EMDR. De bij de herinnering behorende negatieve cognitie is: 'Ik ben machteloos' en de te installeren positieve cognitie is: 'Ik kan het aan'. Visualisatie van de traumatische gebeurtenis en concentratie op zowel de negatieve cognitie als de daarbij behorende lichamelijke gevoelens (angst en walging) leiden tot een heftige emotionele reactie. Marjans gezicht is verwrongen, ze ademt snel en diep en de knokkels zijn wit van het knijpen. Het SUD aanvangsniveau wordt als 10 benoemd. Na het aanbieden van de eerste set oogbewegingen wordt het SUD-niveau opnieuw getest; de score is nu 8. Na elke nieuwe set oogbewegingen blijkt het SUD-niveau verder af te nemen. Na de vierde set fluistert zij: 'Ik word steeds machtiger' (SUD = 5) en na de zesde set wordt een SUD van 1 gescoord. Bij de zevende set wordt de negatieve gedachte vervangen door de positieve gewenste gedachte. Tijdens deze set breekt een volle glimlach door. Marjan scoort de geloofwaardigheid van de positieve gedachte op 6. Na afloop maakt ze een buitengewoon opgeluchte en ontspannen indruk. Ze vertelt dat het steeds meer moeite kostte het beeld nog voor ogen te houden en zegt: 'Het werd steeds onbelangrijker'.

Bij aanvang van de vierde sessie geeft Marjan aan zich beter te hebben gevoeld dan lange tijd daarvoor. Bovendien blijken de flashbacks, die betrekking hadden op 'het pakhuis', nagenoeg verdwenen. Ze vertelt een aantal malen emdr op zichzelf te hebben toegepast door afwisselend naar twee punten op een muur te kijken. De vierde zitting wordt verder benut voor een nieuwe

emdr-procedure die gericht is op een nieuwe situatie met als kenwoord 'oom'. De daling van het sud-niveau komt overeen met de daling tijdens de eerste emdr-procedure.

De vijfde sessie komt Marjan stralend binnen. Ze zegt vrijwel geen last te hebben gehad van flashbacks of angstdromen, ook niet wat betreft de drie niet gedesensitiseerde gebeurtenissen. Ze zegt zich ontspannen te voelen, er weer op uit te durven gaan en geeft te kennen weer zin in haar leven te hebben. Marjan stelt voor, nu de typische ptss-symptomatologie voldoende is afgenomen, het verdere 'puinruimen' aan haar maatschappelijk werkster over te laten. Omdat dit reeds bij aanvang van de therapie is afgesproken kan de therapeut hier mee akkoord gaan. Er wordt een afspraak gemaakt voor een vervolgspraak drie maanden later. Tijdens dit follow-up gesprek blijkt dat de resultaten zijn gehandhaafd. Ze heeft nog 'zware gesprekken', maar geeft te kennen deze wel aan te kunnen. Marjan denkt zelf dat het goed met haar zal aflopen.

Beschouwing

Uit bovenstaande casuïstiek komt naar voren dat EMDR kan worden gebruikt voor zowel het herstructureren van negatieve cognities als voor het verminderen van angst als gevolg van een traumatische gebeurtenis. De gevalsbeschrijvingen zijn vergelijkbaar met de door anderen gerapporteerde behandelingen (Marquis, 1991; Shapiro, 1989a, 1989b; Puk, 1991; Wolp & Abrams, 1991). De oogbewegingen lijken op een vooralsnog onbegrepen wijze een herkadering van de gebeurtenis uit te lokken, van waaruit nieuwe overtuigingen ontstaan met een breder perspectief. Bovendien, zo blijkt uit de laatste casus, kunnen de verkregen cognitieve veranderingen een generaliserend effect hebben op andere, gelijksoortige traumatische herinneringen bij dezelfde persoon, zoals overigens ook door Shapiro (1991a) wordt beschreven. De snelheid van de procedure is opmerkelijk. Ervaringen met EMDR geven aan dat één zitting van anderhalf uur voldoende kan zijn om een trauma te herstructureren, ofschoon in andere gevallen, afhankelijk van de complexiteit van het probleem, meerdere zittingen noodzakelijk kunnen zijn. In het laatste geval kan EMDR worden gecombineerd met andere therapeutische benaderingen, zoals gedragstherapie en hypnose. Interessant is het feit dat tijdens de desensitatieprocedure weinig over de inhoud van het probleem wordt gecommuniceerd. Dit kan een voordeel betekenen voor mensen die er moeite mee hebben om over hun ervaringen te praten, maar ook als de communicatie door taalproblemen moeizaam verloopt, bijvoorbeeld bij getraumatiseerde buitenlandse vluchtelingen. Hoewel de resultaten met EMDR bijzonder hoopgevend zijn, moeten we ons realiseren dat het een zeer recente ontwikkeling betreft en meer gecontroleerde studies noodzakelijk zijn om deze procedure op haar waarde voor de psychotherapiepraktijk te kunnen beoordelen (Lohr et al., 1992; Herbert & Mueser, 1992).

Een kanttekening van Shapiro dient hier niet onvermeld te blijven. Zij waarschuwt krachtig tegen het toepassen van EMDR door behandelaars die er vaag iets over gehoord of gelezen hebben. Volgens Shapiro zijn er als gevolg van behandelingen door ongetrainde personen zowel 'oogproblemen' als suïcidale reacties geconstateerd (Shapiro, 1991b). Voorts is gebleken dat, omdat de oogbewegingen snelle en krachtige emotionele ontladingen kunnen initiëren, indien deze niet goed worden opgevangen, cliënten een groot risico lopen. Shapiro waarschuwt er dan ook voor deze techniek niet te gebruiken, als er nog maar weinig therapietijd over is, of erger nog, op feestjes en partijen. Het is vooral de ogenschijnlijke eenvoud van de procedure die volgens Shapiro

bijdraagt tot dit gevaar, want wat is er nu gemakkelijker dan iemand van een jarenlang bestaand trauma afhelpen wanneer een paar oogbewegingen hiervoor voldoende zijn? Toch is de techniek veel ingewikkelder dan ze op het eerste gezicht lijkt en eist de toepassing van EMDR, naast een adequate training, ruime ervaring met de problematiek waarvoor deze methode wordt gebruikt.

Abstract

'Eye movement desensitization': A new treatment for post traumatic stress disorder. *In this contribution a brief description of backgrounds and principles of EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) is presented. This recently developed procedure promises rapid and effective treatment for people suffering from anxiety related complaints including post traumatic stress disorder. In essence, the therapist induces rapid and rhythmic eye movements by asking the client to follow the repeated bilateral movements of the therapist's finger, while holding in mind an image of an anxiety-evoking situation. The EMDR procedure claims to result in restructuring of cognitions and lasting reduction of anxiety, flashbacks and intrusive thoughts. As indicated by research and two case histories presented here (a case of dental phobia and a case of sexual abuse), EMDR can be effective in only one session. The article closes with some evaluative remarks and cautionary notes with respect to the use of this method.*

Referenties

- APA (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third edition-Revised. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Barrionuevo, G., Schottler, F. & Lynch, G. (1980). The effects of repetitive low frequency stimulation on control and 'potentiated' synaptic responses in the hippocampus. *Life Sciences*, 27, 2385-2391.
- DeFazio, V., Rustin, S., & Diamond, A. (1975). Symptom development in Vietnam veterans. *American Journal of Orthopsychiatry*, 43, 640-653.
- Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T., & Scholing, H. A. (red.) (1989). *Angst, fobieën en dwang: diagnostiek en behandeling*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hedstrom, J. (1991). A note on eye movements and relaxation. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 37-38.
- Herbert, J. D. & Mueser, K. T. (1992). Eye movement desensitization: A critique of the evidence. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 169-174.
- Lohr, J. M., Kleinknecht, R., Conley, A. T., Dal Cerro, S., Schmidt, J. & Sonntag, M. E. (1992). A methodological critique of the current status of eye movement desensitization (EMD). *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 159-167.
- Marquis, J. N. (1991). A report on seventy-eight cases treated by eye movement desensitization. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 187-192.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. New York: Liveright.
- Puk, G. (1991). Treating traumatic memories: a case report on the eye movement desensitization procedure. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 149-151.
- Shapiro, F. (1989a). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.
- Shapiro, F. (1989b). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Shapiro, F. (1991a). Eye movement desensitization & reprocessing procedure: From EMD to EMD/R. A new treatment model for anxiety and related trauma. *The Behavior Therapist*, 14, 133-135.
- Shapiro, F. (1991b). Eye movement desensitization & reprocessing: A cautionary note. *The Behavior Therapist*, 14, 188.

- Shapiro, F. (1992). *EMDR workshop 29-31 juli*. Palo Alto: Stanford University.
- Van der Hart, O. (1991). *Trauma, dissociatie en hypnose*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Van der Hart, O. & Boon, S. (1988). Schrijfopdrachten en hypnose voor de verwerking van traumatische herinneringen. *Dth*, 8, 4-44.
- Wolpe, J. (1990). *Practice of behavior therapy (4th ed.)*. New York: Pergamon Press.
- Wolpe J. (1991). Post-traumatic stress disorder overcome by eye movement desensitization: A case report. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 39-43.