



[www.DirectieveTherapie.nl](http://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](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# EMDR bij de behandeling van PTSS na verkrachting

Ad de Jongh en Erik ten Broeke\*

---

## Samenvatting

*Dat verkrachting een ingrijpende gebeurtenis is, behoeft geen betoog. Niet zelden is een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) het gevolg. Behandeling is dan noodzakelijk. In dit artikel wordt beschreven hoe bij een dergelijke behandeling gebruik kan worden gemaakt van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Stapsgewijs wordt de EMDR-procedure beschreven, hetgeen wordt geïllustreerd aan de hand van een gevalbeschrijving. Mede op grond van vergelijkbare ervaringen in de therapeutische praktijk, maar vooral op grond van de onderzoeksliteratuur, wordt EMDR naar voren geschoven als voorkeursbehandeling bij PTSS in het algemeen en PTSS ten gevolge van verkrachting in het bijzonder.*

## Inleiding

Het is alom bekend dat verkrachting een langdurige en ingrijpende uitwerking kan hebben op het psychisch welbevinden van diegene die het overkomt. Niet zelden leidt een dergelijke gebeurtenis tot posttraumatische stress-stoornis (PTSS), een aandoening die wordt gekenmerkt door voortdurende herbelevingen van de schokkende gebeurtenis, vermijding van alles dat zou kunnen doen herinneren aan de verkrachting, extreme prikkelbaarheid en alertheid. Een PTSS gaat meestal niet vanzelf over en kan, indien adequate behandeling uitblijft, een chronisch karakter krijgen, wat bijvoorbeeld blijkt uit een negatief zelfbeeld, interpersoonlijke problemen en angst voor intimiteit.

Inmiddels is van meerdere interventiemethoden vastgesteld dat deze effectief zijn bij de behandeling van PTSS, op basis van de resultaten van gecontroleerd onderzoek (Ten Broeke, De Jongh, Wiersma, & Gimbrière, 1997). Zo rapporteerde een met dit doel ingestelde *task-force* van de American Psychological Association (APA) dat imaginaire exposure, Stress Inoculatie Training (SIT) en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) het meest geschikt zijn om PTSS te behandelen (Chambless et al., 1998). Onlangs gaf de International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) te kennen imaginaire exposure en EMDR te beschouwen als de te prefereren behandelingsmethoden voor PTSS (zie bijvoorbeeld Chemtob, Tolin, Van der Kolk, & Pitman, 2000). Ten aanzien van de effectiviteit van de behandelingen voor PTSS kan worden geconcludeerd dat imaginaire exposure en EMDR het uitvoerigst zijn onderzocht en de effectiviteit van beide benaderingen bij herhaling is aangetoond. Overigens dient in dit verband te worden aangetekend dat ook cognitieve therapie steeds meer als een

---

\* DR. A. DE JONGH, GZ-psycholoog, is als universitair hoofddocent verbonden aan het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam en is verder werkzaam bij het Centrum voor Psychotherapie en Psychotrauma te Bilthoven en het Instituut voor Psychotrauma (IvP) te Zaltbommel.  
DRS. E. TEN BROEKE, klinisch psycholoog (NIP), is als cognitieve-gedragstherapeut werkzaam bij Visie, praktijk voor eerstelijnspsychologie, psychotherapie en assessment te Deventer.  
Correspondentieadres: Veenweg 1, 7416 BA Deventer. E-mail: ebroeke@wxs.nl.

serieuze kandidaat moet worden beschouwd (Foa, Rothbaum, Riggs & Murdock, 1999; Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou, & Trasher, 1998; Tarrrier, Sommerfield, Pilgrim, & Humphreys, 1999).

Het doel van dit artikel is een indruk te geven van de toepassingsmogelijkheden van EMDR bij PTSS ten gevolge van verkrachting. De kenmerkende aanpak van deze behandelmethode wordt onder meer geïllustreerd aan de hand van een casusbeschrijving van een jonge vrouw, die door een groepje mannen is verkracht. Allereerst wordt kort uitgelegd wat EMDR is en wordt vervolgens de stand van zaken wat betreft het onderzoek naar werkzaamheid van deze methode geschetst.

## Methode

EMDR is een geprotocolleerde, gedeeltelijk non-verbale procedure, waarbij de cliënt gericht terugdenkt aan de traumatische ervaring, terwijl tegelijkertijd een afleidende stimulus wordt aangeboden (De Jongh & Ten Broeke, 1998; Shapiro, 1995). Een voorbeeld van een dergelijke stimulus is het horizontaal bewegen van de hand voor het gezicht van cliënt met de instructie de hand met de ogen te volgen. Dit gebeurt doorgaans in 'sets' van grofweg 25 oogbewegingen. Inmiddels is gebleken dat ook andere vormen van (bilaterale) stimuli, waaronder alternerende geluidstonen en zogenaamde *hand-taps*, effectief zijn in het op gang brengen van een verwerkingsproces. Dit is merkbaar aan een stroom van associaties, een diversiteit van gedachten, beelden, gevoelens, inzichten en lichamelijke sensaties. Verondersteld wordt dat hiermee het natuurlijke informatieverwerkingsproces wordt 'gedeblokkeerd', zodat emotionele verwerking kan plaatsvinden. Op de verwerkingsreacties die na een set opkomen en die de cliënt rapporteert, reageert de therapeut met een nieuwe set oogbewegingen. Dit zal er langzamerhand toe leiden dat de herinnering haar kracht en emotionele lading verliest.

EMDR onderscheidt zich conceptueel op belangrijke punten van andere traumabehandelingen. Het belangrijkste verschil is het perspectief van waaruit naar de traumatische gebeurtenis wordt gekeken. In tegenstelling tot imaginaire exposure, waarbij wordt getracht de cliënt te laten komen tot herbeleving van het trauma en de therapeut de cliënt helpt om terug te gaan in de tijd, is het perspectief vanuit het 'hier en nu', denkend aan (kijkend naar) de traumatische gebeurtenis. Het gaat er uitdrukkelijk niet om wat de cliënt destijds voelde, deed of dacht. De aandacht is gericht op wat de traumatische herinnering en de daarbij behorende disfunctionele betekenisverlening (bijvoorbeeld 'schuld') nú nog met de cliënt doet. EMDR kent een zogenaamd basisprotocol, waaraan de volgende vijf fasen zijn te onderscheiden:

- 1 voorbereiding;
- 2 'op scherp zetten';
- 3 desensitisatie;
- 4 installatie;
- 5 afsluiting.

## ***Empirische ondersteuning***

Over de werkzaamheid van EMDR is relatief veel onderzoek voorhanden. Dit is bijzonder, omdat de behandeling krap tien jaar oud is en weinig traditioneel aandoet. In de afgelopen jaren werd EMDR onder andere vergeleken met relaxatie (Vaughan et al., 1994), imaginaire exposure (Devilley & Spence, 1999; Vaughan et al., 1994), groepstherapie (Boudewyns, Stwertka, Hyer, Albrecht, & Sperr, 1993), relaxatie met biofeedback (Silver, Brooks, & Obenchain, 1995) en een verscheidenheid aan andere behandelingsvormen (Edmond, Rubin, & Wambach, 1999; Marcus, Marquis, & Sakai, 1997). Tussen 1989 en 2000 verschenen in totaal vijftien gecontroleerde effectstudies, die op enkele uitzonderingen na positief voor EMDR uitvielen (Boudewyns, Stwertka, Hyer, Albrecht, & Sperr, 1993; Boudewyns & Hyer, 1996; Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund, & Muraoka, 1998; Devilly & Spence, 1999; Edmond, Rubin, & Wambach, 1999; Jensen, 1994; Marcus et al., 1997; Pitman et al, 1996; Renfrey & Spates, 1994; Rothbaum, 1997; Scheck, Schaeffer, & Gillette, 1998; Shapiro, 1989; Vaughan et al., 1994; Wilson, Becker, & Tinker, 1995, 1997; Wilson, Covi, Foster, & Silver, 1996).

De studie van Rothbaum (1997) had betrekking op de behandeling van slachtoffers van verkrachting. Het bleek dat na drie sessies EMDR negentig procent van de cliënten niet langer aan de criteria voor PTSS voldeed. Dit in tegenstelling tot de wachtlijstcontrolegroep. Interessant is de vergelijking die Rothbaum maakt met de studie van Foa, Rothbaum, Riggs en Murdock (1991), een onderzoek waarbij zij overigens zelf als onderzoeker was betrokken. In het onderzoek van Foa werd gekeken naar de effecten van imaginaire exposure en zogenaamde *stress inoculation*-training bij vrouwen met PTSS na verkrachting. De resultaten van beide behandelmethoden waren vergelijkbaar met die van EMDR in de Rothbaumstudie, met het verschil dat de mensen die met EMDR werden behandeld duidelijk sneller herstelden. Ook uit ander onderzoek blijkt dat het voordeel van EMDR niet zozeer het eindresultaat (de effectiviteit) is, maar vooral de snelheid (de efficiëntie) waarmee de resultaten kunnen worden bereikt (Marcus et al., 1997). Deze vaststelling wordt verder ondersteund door de resultaten van een meta-analyse, waarin 59 studies over de behandeling van PTSS, zowel psychotherapieën als medicamenteuze behandeling, werden beoordeeld (Van Etten & Taylor, 1998). Opnieuw kwamen van de psychotherapeutische interventiemethoden imaginaire exposure en EMDR als de meest effectieve uit de bus. Wat betreft de efficiëntie bleek EMDR superieur.

Een ander mogelijk voordeel van EMDR is dat deze procedure door cliënten relatief gemakkelijk wordt geaccepteerd (Pitman et al., 1996). Voor EMDR geldt dat niet het gehele verhaal, inclusief alle gruwelijke details, hoeft te worden gereproduceerd. Bovendien wordt van de cliënt niet verwacht dat hij of zij zich thuis dagelijks blootstelt aan een audio-opname waarop het schokkende relaas in alle details is vastgelegd, een huiswerkopdracht die in het kader van exposure doorgaans wordt gepropageerd. Een ander voordeel van EMDR is dat op langere termijn de cliënten niet terugvallen, maar dat de positieve effecten verder toenemen naarmate de tijd verstrijkt (Edmond et al., 1999; Wilson et al., 1997): '(...) effectgroottes namen toe bij de follow-up, terwijl de effecten van gedragstherapie stabiel bleven en niet merkbaar toenamen' (Van Etten & Taylor, 1998, p.17).

## **Gevalsbeschrijving**

### ***Clïente en haar klachten***

Marion is 23 jaar. Zij is op haar achttiende na een bezoek aan een discotheek door drie jonge mannen met geweld van haar fiets getrokken en door een van hen op gewelddadige wijze verkracht. De andere twee hielden haar vast en voorzagen de gebeurtenis op uiterst vernederende wijze van commentaar. De eerste jaren na de verkrachting heeft ze gedaan alsof deze niet gebeurd was. Zij spreekt er met niemand over. Maar in toenemende mate krijgt Marion moeite met het seksueel contact met haar vriend, en uiteindelijk vertelt zij hem dan toch het verhaal. Na enig aandringen van haar vriend meldt Marion zich aan bij een RIAGG. Zij komt na een lange intakeprocedure in behandeling bij een maatschappelijk werkster. Deze hoort het verhaal van de verkrachting – dat overigens pas in een derde intakezitting aan de orde komt – aan, toont begrip en vertelt dat ze van mening is dat toch vooral sprake is van een relatieprobleem. Ten aanzien van de verkrachting krijgt Marion alleen het advies alsnog aangifte te doen. Na een jaar therapie van veel praten en weinig of geen vooruitgang leest Marion een artikel in een vrouwenblad over de behandeling van PTSS met EMDR. Ze herkent zich in het verhaal en neemt contact op met de in het artikel genoemde psychotherapeut. Enkele weken later vindt een eerste gesprek plaats. Uit deze intake komt onder andere naar voren dat Marion en haar vriend wel kunnen vrijen, maar dat zij volkomen verstijft wanneer zij zijn geslachtsdeel ziet of ‘moet’ aanraken. De gedachte aan orale bevrediging van haar vriend of een verzoek van hem daartoe brengt Marion vrijwel direct in een staat van ontreddeiding.

Voorts is duidelijk dat Marion gebukt gaat onder herbelevingen van de verkrachting, soms spontaan, maar vaker uitgelokt door bepaalde stimuli, incidentele nachtmerries, vermijdingsgedrag en een voortdurend aanwezige angst en onzekerheid. De diagnose die gesteld wordt is PTSS, hetgeen wordt ondersteund door de resultaten van de PTSS-zelfscoringlijst (PTSS-ZS; Carlier, Lamberts, Van Uchelen, & Gersons, 1998). Marions score op de Schokverwerkingslijst (SVL; Horowitz, Wilmer, & Alvarez, 1979; Kleber, Brom, & Defares, 1992) was 41 (ernstig).

Na uitleg over PTSS en EMDR kiest Marion ervoor – ondanks de schampere reactie van de maatschappelijk werkster over ‘die hocus-pocus’ – de behandeling bij de RIAGG te beëindigen en met EMDR aan te vangen. In de tweede zitting wordt voor het eerst EMDR toegepast. De behandeling beslaat uiteindelijk drie EMDR-zittingen van circa zestig minuten.

### **1 Voorbereiding**

In de voorbereiding op de feitelijke EMDR-procedure is adequate diagnostiek van eminent belang. Voorts zal de behandelaar de cliënt onder andere uitgebreide informatie geven over de therapie in het algemeen, de gang van zaken tijdens EMDR en over wat de cliënt kan verwachten.

### **2 ‘Op scherp zetten’**

EMDR komt over het algemeen alleen op gang wanneer voldoende lading is opgebouwd rond de traumatische herinnering. Dat gebeurt meestal pas als voldoende aspecten van de herinnering min of meer gelijktijdig worden geactiveerd. Iedere stap in het protocol is er dan ook op gericht een centraal aspect van de in het geheugen geactiveerde

herinnering te activeren: 1 een affectief geladen herinneringsbeeld, 2 een disfunctionele opvatting en 3 de daarbijbehorende lichamelijke sensaties. Het zijn deze drie kernaspecten van de herinnering die in het EMDR-protocol allereerst expliciet worden nagevraagd.

Om daar een begin mee te maken, wordt allereerst het verhaal van de verkrachting in (zeer) grote lijnen besproken, als ware het een film. Het is hier van wezenlijk belang het verhaal in zijn geheel te doorlopen. Dat wil zeggen dat pas wanneer de herinnering in de beleving van Marion helemaal is afgelopen (tot een rustpunt is gekomen), de volgende stap wordt gezet. Uiteindelijk wordt dat beeld gekozen dat bij Marion, in de actualiteit, de meeste spanning oproept. Vervolgens maakt zij daar een stilstaand beeld van (bijvoorbeeld een 'dia'). Bij EMDR heet dit *target* (doel). Hoe dit in zijn werk gaat wordt hieronder duidelijk gemaakt.

Th.: 'Wat is op dit moment, als je vanuit het heden op de gebeurtenis terugkijkt, het naaste moment om nu aan terug te denken?'

Marion: 'Dat weet ik niet goed.'

Th.: 'Als je eraan terugdenkt, welk beeld komt dan als eerste bij je op?'

Marion: 'Er zijn eigenlijk twee beelden die door m'n hoofd gaan.'

Th.: 'Wil je aangeven welke twee beelden dat zijn?'

Marion (met moeite en met ondersteuning van de therapeut): 'Toen die ene jongen klaarkwam in mijn gezicht en toen ik thuis kwam – ik zag er niet uit – en mijn vader zich half omdraaide en vroeg: "Was het lekker?'"

Th.: 'Welke van die twee beelden is op dit moment, als je er nu op terugkijkt, het onprettigst om aan terug te denken?'

Marion: 'Ik begrijp het eigenlijk zelf niet goed, maar ik heb op dit moment het meeste moeite met wat mijn vader zei.'

Th.: 'Goed, het gaat om wat jij nu het naast vindt, heb je een duidelijk stilstaand plaatje voor ogen?'

Marion: 'Ja, ik zie dat scherp voor me en hoor zijn stem weer.'

De volgende stap is het zoeken naar een disfunctionele uitspraak die past bij het beeld, ofwel de negatieve cognitie (NC). Het gaat daarbij om het vaststellen van de cognitieve beschadiging van het zelfbeeld door de traumatische ervaring. Deze NC moet:

- betrekking hebben op de cliënt als persoon;
- disfunctioneel zijn;
- actueel geldig zijn;
- affectief geladen zijn.

Om de juiste NC te kunnen vinden, kan de therapeut een beroep doen op vijf zogenaamde cognitieve domeinen, waarbinnen de beschadiging met betrekking tot het zelfbeeld kan worden gevonden:

- 1 verantwoordelijk en schuld (bijvoorbeeld 'Ik ben schuldig');
- 2 controle ('Ik ben machteloos');
- 3 zelfwaardering ('Ik ben slecht, waardeloos, stom, walgelijk, laf enz.');
- 4 kwetsbaarheid ('Ik ben zwak');
- 5 veiligheid (betreffende de situatie; bijvoorbeeld 'Ik ben in gevaar').

Het volgende verbatim is een illustratie van dit zoekproces.

Th.: 'Als je kijkt naar dat beeld, welke negatieve uitspraak over jezelf past daar dan nú het beste bij?'

Marion: 'Ik voel me zo waardeloos.'

Th.: 'Dat is heel goed voorstelbaar. Het lijkt erop dat dit iets is wat je toen hebt gevoeld en hebt gedacht. Waar we nu naar op zoek zijn, is een uitspraak over jezelf, met betrekking tot dat beeld, dat op dit moment het beste bij je past. Misschien wel iets waarvan je verstand wel weet dat het niet klopt, maar dat desondanks gevoelsmatig waar aanvoelt. Kijk nog eens goed naar het beeld.'

Marion: 'Er komt dan een schuldgevoel op, of ik het aan mezelf te danken heb. Maar dat heeft m'n vader natuurlijk nooit bedoeld, hij wist helemaal niet eens wat er was gebeurd.'

Th.: 'En toch komt dat schuldgevoel op als je kijkt naar dat beeld?'

Marion: 'Ja.'

Th.: 'Dus de woorden die het beste passen bij het beeld zijn "Ik ben schuldig?"'

Marion knikt en huilt.

Nadat de NC is vastgesteld, begint het zoeken naar de zogenaamde positieve cognitie (PC), een uitspraak die tegenover de NC staat en deze moet kunnen ondermijnen. De PC schetst het perspectief, het einddoel. De PC moet onder andere:

- betrekking hebben op de cliënt als persoon;
- op dezelfde dimensie liggen als de NC;
- de cliënt mentale kracht geven, anders gezegd: deze moet *empowering* zijn.

Bij de selectie van de PC kan men dezelfde vijf cognitieve domeinen gebruiken:

- 1 verantwoordelijk en schuld: 'Ik heb gedaan wat ik kon', of 'Ik ben onschuldig';
- 2 controle: 'Ik kan het aan', of 'Ik kan er mee omgaan';
- 3 zelfwaardering: 'Ik ben oké', 'Ik ben de moeite waard', of 'Ik ben competent';
- 4 kwetsbaarheid: 'Ik ben sterk', 'Ik ben weerbaar.';
- 5 veiligheid (betreffende de situatie): 'Ik ben (nu) veilig', of 'Het is voorbij'.

Om te kunnen vaststellen wat de gevoelsmatige geloofwaardigheid is van de PC, met betrekking tot het beeld, gebruikt men een zogenaamde *Validity of Cognitions* (VOC)-schaal, die loopt van 1 ('voelt als volledig onwaar aan') tot en met 7 ('voelt volledig als waar aan'). In het geval van Marion verliep het schatten van de geloofwaardigheid van de PC als volgt:

Th.: 'Als je dat beeld weer voor de geest haalt, wat zou je willen denken of geloven over jezelf, in plaats van "Ik ben schuldig"?'

Marion: 'Wat bedoel je?'

Th.: 'Wanneer je nu aan dat beeld van de verkrachting denkt, komt vooral die uitspraak "Ik ben schuldig" naar voren. Dat gebeurt ondanks het feit dat je met je verstand al weet dat dit feitelijk niet klopt. Wat we nu nodig hebben, is iets dat je met je verstand wellicht al weet, maar niet echt kunt geloven als je naar het beeld kijkt. Dus, als je kijkt naar het beeld, wat zou je willen geloven over jezelf, in plaats van "Ik ben schuldig"?'

Marion: 'Tja, dat ik niet schuldig ben.'

Th.: 'Hoe noem je zo iemand, die niet schuldig is?'

Marion: 'Onschuldig?'

Th.: 'Oké, en terwijl je kijkt naar het beeld, hoe geloofwaardig voelt de uitspraak: "Ik ben onschuldig" dan nu aan op een zevenpuntsschaal, waarbij één betekent "volledig onwaar" en zeven "volledig waar"?'

Marion: 'Helemaal schuldig voel ik me niet, ik zou zeggen een drie.'

Nu het meest belastende beeld, de daarbij passend NC en de PC zijn vastgesteld, wordt zo snel mogelijk de volgende stap gezet om het momentum van emotionele spanning dat in deze fase meestal is opgebouwd, niet te verliezen. De therapeut stelt de emotie(s) die het beeld in combinatie met de NC oproept, vast en bepaalt de mate van spanning die de cliënt voelt. Dit gebeurt op een elfpunts *Subjective Units of Disturbance* (SUD)-schaal. Tot slot wordt de plaats in het lichaam waar deze spanning het meest wordt gevoeld, gelokaliseerd.



Th.: 'Als je het beeld weer in gedachten neemt en tegelijkertijd tegen jezelf zegt: "Ik ben schuldig", welke emotie voel je dan?'

Marion: 'Verdriet.'

Th.: 'Terwijl je kijkt naar het beeld met daarbij de woorden "Ik ben schuldig", hoeveel spanning voel je dan, of hoe naar is het om naar dat beeld te kijken? Geschat op een schaal lopend van nul, helemaal ontspannen, tot tien, zo naar als maar kan?'

Marion: 'Acht.'

Th.: 'Waar voel je dat het sterkst in je lichaam?'

Marion: 'M'n borst.'

### 3 Desensitisatie

Alles is nu klaar om te beginnen met de zogenaamde desensitatiefase van de EMDR-procedure. Het doel is te bewerkstelligen dat het beeld uiteindelijk emotioneel geheel 'neutraal' aanvoelt. Met andere woorden, een SUD-score van nul. Deze procedure heeft de volgende stappen:

- 1 Instructie: 'Goed, kijk dan nu naar (de toppen van) mijn vingers... Neem het beeld in gedachten, zeg tegen jezelf "Ik ben schuldig"... Wees je bewust van dat gevoel in je borst... en volg mijn hand.'
- 2 Uitlokken van een serie ('set') horizontale oogbewegingen. Circa een halve minuut.
- 3 Vraag naar wat er opkomt: 'Wat komt er op?' (of: 'Wat merk je?') Het is hier uitdrukkelijk niet de bedoeling om een dialoog beginnen of op verheldering gerichte vragen te stellen.
- 4 Instructie: 'Blijf daarbij' (of: 'Concentreer je daarop').
- 5 Vanaf stap 2 wordt de procedure herhaald, net zolang totdat zich geen nieuwe veranderingen meer aandienen.

De therapeut doet in deze fase weinig anders dan de cliënt helpen de aandacht te richten op hetgeen zich aan de aandacht heeft opgedrongen en het uitlokken van oogbewegingen. Het materiaal dat in deze fase van het verwerkingsproces naar voren komt, kan bestaan uit beelden, gedachten, emoties of lichamelijke sensaties. Niet zelden is een deel van dit associatieve materiaal noch voor de cliënt, noch voor de therapeut op dat moment te begrijpen. Dat is geen probleem; de therapeut accepteert dit ook gewoon door een volgende set te introduceren. De inhoud van de verbale reacties van de cliënt tussen de series oogbewegingen in is in feite onbelangrijk. De therapeut moet deze ook zeker niet noteren, of erop reageren door een verhelderende vraag te stellen. Pas wanneer geen nieuwe informatie naar boven komt, gaat de therapeut terug naar het oorspronkelijke beeld en vraagt hij naar de mate van spanning, of lading (SUD) die dit herinneringsbeeld nu nog heeft.

Na ongeveer vijftien minuten waarin oogbewegingen worden uitgelokt, stelt de therapeut Marion opnieuw een vraag.

Th.: 'Wat komt er op?'

Marion: 'Eigenlijk niets.'

Th.: 'Oké, neem dan nu het oorspronkelijke beeld weer in gedachten. Wil je aangeven hoeveel spanning dat beeld nu nog oproept, op een schaal van nul tot tien, waarbij nul betekent "neutraal" en tien "zo naar als maar zijn kan"?'

Marion: 'Het doet me eigenlijk niets meer. Mijn vader kon het ook niet weten, en ik kon er echt niets aan doen!'

#### 4 Installatie

De volgende fase wordt de installatiefase genoemd, omdat het doel ervan is een cognitieve herinterpretatie te bewerkstelligen; dat wil zeggen, de 'gevoelsmatige' geloofwaardigheid van de PC in sterkte te laten toenemen en de geloofwaardigheid van de NC te elimineren, of ten minste fors te reduceren. De behandelaar vraagt de cliënt om het oorspronkelijk targetbeeld op te roepen en tegelijkertijd de krachtigste PC te formuleren. Daarna worden de oogbewegingen voortgezet, totdat de PC, met het targetbeeld in gedachten, een niveau van zes of zeven op de VOC-schaal ('voelt volledig geloofwaardig aan') heeft bereikt. Door het koppelen van de PC aan het targetbeeld komt waarschijnlijk een associatieve verbintenis tot stand tussen het geheugen netwerk, waar de traumatische gebeurtenis ligt opgeslagen, en (reeds aanwezige) functionele informatie. De installatiefase kan beginnen zodra het targetbeeld neutraal aanvoelt (SUD = 0). Als dit niet het geval is, moet stellig ontraden worden de installatiefase te starten. De gewenste cognitieve herinterpretatie loopt dan een groot risico vast te lopen.

Th.: 'Als je nu kijkt naar het beeld en je zegt tegen jezelf "Ik ben onschuldig", hoe geloofwaardig voelt deze uitspraak dan aan op een schaal van één tot zeven?'

Marion: 'Dat voelt al veel sterker, maar er is ook nog wat twijfel. Een zes.'

Th.: 'Goed, neem het beeld weer in gedachten en zeg tegen jezelf "Ik ben onschuldig" en volg mijn hand.'

De therapeut voert opnieuw een serie handbewegingen uit en checkt de geloofwaardigheid. Na de eerste serie komt Marion tot een VOC-score van zeven, maar helemaal zeker lijkt ze nog niet. Daarop herhaalt de therapeut de laatste stap. Dit ontlokte Marion de volgende reactie:

Marion: 'Natuurlijk ben ik niet schuldig, dat weet ik nu helemaal zeker!'

Th.: 'Dat klinkt als een dikke zeven. ... Neem het oorspronkelijke beeld toch nog een keer in gedachten en zeg tegen jezelf "Ik ben onschuldig."'

Daarna wordt een laatste set oogbewegingen gemaakt.

## 5 Afsluiting

De behandeling eindigt met een *bodyscan*. Het doel hiervan is om resterende, nog niet verwerkte disfunctionele informatie, die zich manifesteert als lichamelijke spanning, op te sporen en alsnog te desensitiseren. De cliënt roept nogmaals de traumatische ervaring en de PC in gedachten en speurt daarna het lichaam in gedachten af om na te gaan of er ergens nog een restje spanning aanwezig is. Hiermee wordt onderzocht of het lichaam nog protesteert tegen de volledige acceptatie van de nieuwe, positieve overtuiging.

Th.: 'Goed Marion, sluit nu je ogen en neem het oorspronkelijke beeld in gedachten. Zeg dan tegen jezelf "Ik ben onschuldig", en loop in gedachten je hele lichaam door, van top tot teen en kijk of er nog ergens een restje spanning zit.'

Marion: 'Het beeld van m'n vader roept geen spanning meer op, maar dat andere beeld komt wel steeds op. Dan voel ik m'n maag omdraaien.'

Th.: 'Daar zullen we dan zeker verder aan moeten werken. Het beeld van vader roept geen reactie meer op in je lichaam?'

Marion: 'Ik vind het moeilijk te weten welke spanning nu waar bijhoort, maar ik merk heel goed dat het beeld van vader nu bijna onbelangrijk is geworden. En vooral dat m'n schuldgevoel weg is.'

Al met al heeft deze sessie 45 minuten geduurd. Bij de afsluiting wordt als huiswerk afgesproken dat Marion dagelijks een kort dagboekje zal bijhouden.

Th.: 'Het is mogelijk dat waar we vandaag aan gewerkt hebben, nog even doorwerkt na deze zitting. Het kan zijn dat je nieuwe inzichten, gedachten, herinneringen of dromen krijgt. Als dat zo is, ga dan na wat je ziet, voelt of denkt en houd daar een dagboek van bij. In een volgende zitting kunnen we dat eventueel als nieuw materiaal gebruiken om mee verder te werken.'

Marion zal het dagboekje dagelijks aan de therapeut e-mailen. Voorts wordt Marion uitgenodigd het beeld de komende week regelmatig even te 'checken' om de beoordelen of het geheel neutraal blijft. Tot slot maken zij een nieuwe afspraak, waarin het andere beeld aan de orde zal moeten komen.

## *Tweede zitting*

Uit de dagboeken van Marion blijkt dat het beeld van vader neutraal is gebleven, maar dat het andere beeld zich in toenemende mate aan haar opdringt. Ze heeft het daar moeilijk mee.

Th.: 'Uit je e-mailtjes blijkt dat het beeld van je vader de afgelopen week neutraal is gebleven, klopt dat?'

Marion: 'Ja, dat wel, maar ik heb steeds het beeld van die jongen voor ogen en dan voel ik op mijn gezicht weer...'

Th.: 'Als je dat beeld in gedachten hebt en je concentreert je op dat gevoel op je gezicht, welke negatieve uitspraak over jezelf past daar dan nu het beste bij?'

Marion: 'Oh, ik voel me zo vies.'

Volgens het EMDR-protocol dient nu een PC te worden geformuleerd, waarvan vervolgens de geloofwaardigheid moet worden bepaald. Gelet op de emotionele druk waaronder Marion op dat moment staat en wetend dat het gaat om het cognitieve domein 'zelfwaardering', besluit de therapeut, zonder verdere navraag, dat het voldoende is om de PC 'Ik ben oké' te installeren. De SUD is zonder twijfel maximaal en het gevoel op haar gezicht is levensecht. De therapeut gaat dan ook direct door naar de desensitatiefase.

Th.: 'Marion, kijk naar dat beeld, zeg tegen jezelf "Ik ben vies", voel dat gevoel op je gezicht en volg mijn hand.'

Na ongeveer vijftien minuten geeft Marion aan dat er 'niets nieuws' meer naar voren komt. De therapeut gaat daarop terug naar de targetherinnering en checkt het SUD-niveau. De nu volgende procedure wordt 'terug naar target' genoemd.

Th.: 'Als je weer kijkt naar dat beeld, hoeveel spanning voel je dan nu, op een schaal van nul tot tien?'

Marion: 'Negen.'

Th.: 'Wat in het beeld veroorzaakt op dit moment vooral die negen?'

Marion: 'Het gevoel van die andere twee jongens.'

Th.: 'Concentreer je daar op en volg mijn hand.'

Na tien minuten wordt opnieuw teruggegaan naar het targetbeeld, wordt de SUD bepaald en wordt vastgesteld wat in het beeld de nog aanwezige spanning veroorzaakt. Aan het eind van de zitting, na ongeveer zestig minuten, is de spanning ten aanzien van de targetherinnering (SUD) vijf. Van installatie kan dan ook geen sprake zijn. De zitting wordt afgesloten.

Th.: 'Probeer je zo goed als het gaat los te maken van het beeld. ...Wanneer je terugkijkt op het afgelopen uur, wat is dan het meest positieve dat je over jezelf hebt geleerd?'

Marion (na enig nadenken): 'Dat ik het heb aangedurfd om het onder ogen te zien.'

Th.: 'Wat zegt dat over jou als persoon, dat je het onder ogen hebt durven zien?'

Marion: 'Wat bedoel je?'

Th. 'Hoe noem je zo iemand, die dat aandurft?'

Marion: 'Sterk.'

Th.: 'Prima, zeg tegen jezelf "Ik ben sterk" en volg mijn hand.'

Er volgen twee sets oogbewegingen, die de geloofwaardigheid van 'Ik ben sterk' verder doen toenemen. Daarna maken zij nieuwe afspraken over het te e-mailen dagboekje. Vanzelfsprekend vraagt de therapeut nu niet het beeld regelmatig op te roepen. Wel spreken ze af dat Marion tegen zichzelf zal zeggen 'Ik ben sterk', als het beeld zich opdringt. Zonodig kan ze de therapeut bellen.

### ***Derde zitting***

Uit de e-mailtjes die de therapeut ontvangt, blijkt dat Marion het moeilijk heeft. Maar tegelijkertijd merkt ze dat ze zich minder overweldigd voelt door herinneringen aan de verkrachting in het algemeen en door het beeld waarmee in de therapie wordt gewerkt in het bijzonder. De derde zitting start met hetzelfde beeld. De SUD is bij aanvang vier. Vooral het 'natte gevoel' op haar gezicht veroorzaakt spanning. Na circa 45 minuten EMDR, waarbij verscheidene keren naar het target wordt teruggegaan, is de SUD nul geworden en kan zonder moeite de PC 'Ik ben oké' worden geïnstalleerd.

### ***Verder verloop***

Uit de dagboeken van Marion die ze de week daarop e-mailt, blijkt dat het bijzonder goed met haar gaat. Het beeld is 'erg ver weg' en ze voelt zich meer ontspannen dan in jaren. Ook de seksuele relatie met haar man is beter dan ooit, al vindt ze sommige dingen (nog?) niet plezierig. Beiden hebben daar vrede mee. Na twee en acht weken vult Marion opnieuw de PTSS-ZS en de Schokverwerkingslijst in. Er is geen PTSS meer. De scores op de Schokverwerkingslijst zijn zeven en vijf (*sub-clinical*).

Alles wijst erop dat EMDR effectief is geweest bij de behandeling van Marion. Maar het resultaat had niet kunnen worden bereikt als zij niet de moed had gehad de behandeling bij de RIAGG 'tegen advies' te beëindigen en zich zo had ingezet voor de toch zeker niet gemakkelijke behandeling met EMDR.

Een spontane e-mail ongeveer een jaar na de laatste bijeenkomst bevestigt dat het prima met Marion is gesteld. Niet het minst is hierbij van belang dat de relatie met haar echtgenoot, ook seksueel, verder is verbeterd.

## Besluit

EMDR komt uit de onderzoeksliteratuur naar voren als een effectieve, kortdurende behandeling voor PTSS. De voorgeschiedenis van de hierboven beschreven cliënte maakt duidelijk dat niet altijd de juiste diagnose wordt gesteld. Niet iedere behandelaar of instelling beschikt over de benodigde kennis en kunde om deze belastende aandoening adequaat te behandelen. Dat is onfortuinlijk. Want PTSS brengt fors lijden met zich mee en gaat, wanneer adequate behandeling uitblijft, doorgaans niet vanzelf over. De clinicus die wel goed is voorbereid op de behandeling van PTSS-klachten, staan verscheidene interventiemethoden ten dienste. Immers, ook van imaginaire exposure, stress inoculation-training, cognitieve therapie en schrijfopdrachten is bekend dat ze effectief kunnen zijn. Zoals hiervoor betoogd zijn er een aantal goede redenen om EMDR als voorkeursbehandeling te beschouwen. Deze procedure is goed onderzocht, niet alleen effectief, maar ook efficiënt en relatief laagdrempelig. De behandeling van Marion is daar een representatief voorbeeld van.

---

### Abstract

*This paper describes the use of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for posttraumatic stress disorder (PTSD) in a rape victim. The unique steps of the basic EMDR-protocol are described and illustrated with a case-description. Based on the research literature EMDR is recognized as the treatment of choice for PTSD in general and PTSD after rape in particular.*

## Referenties

- Boudewyns, P.A., & Hyer, L.A. (1996). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 185-195.
- Boudewyns, P.A., Stwertka, S.A., Hyer, L.A., Albrecht, J.W., & Sperr (1993). Eye movement desensitization for PTSD of combat: A treatment outcome pilot study. *The Behavior Therapist*, 16, 30-33.
- Broeke, E ten, Jongh, A. de, Wiersma, K., & Gimbrère, F. (1997). Psychotherapie bij Posttraumatische stress stoornis (PTSS): de stand van zaken. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 23, 305-328.
- Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., Uchelen, A.J., van & Gersons, B.P.R. (1998). Clinical utility of a brief diagnostic test for posttraumatic stress disorder. *Psychosomatic Medicine*, 60, 42-47.
- Carlson, J.G., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Hedlund, N.L., & Muraoka, M.Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 3-24.
- Chambless, D.L., Baker, M., Baucom, D., Beutler, L., Calhoun, K., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D., Bennett Johnson, S., McCurry, S., Mueser, K., Pope, K., Sanderson, W., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D., & Woody, S. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chemtob, C.M., Tolin, D.F., Kolk, B.A. van der, & Pitman, R.K. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing. In T.M. Foa, T.M. Keane & M.J. Friedman (Eds.), *Effective*

- treatments for PTSD : Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (p.139-155, 333-335). New York: Guilford Press.
- Devilly, G.J., & Spence, S.H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-157.
- Edmond, T., Rubin, A., & Wambach, K.G. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research*, 23, 103-116.
- Etten M.L. van, & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs, D.S., & Murdock, T.B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Horowitz, M., Wilmer, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Jensen, J.A. (1994). An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 25, 311-326.
- Jongh, A. de, & Broeke, E. ten (1998). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. In B.P.R. Gersons & I.V.E. Carlier (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stress-stoornissen* (pp. 91-100). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kleber, R.J., Brom, D., & Defares, P.B. (1992). *Coping with trauma. Theory, prevention and treatment*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Marcus, S.V., Marquis, P., & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy*, 34, 307-315.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, H., & Trasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
- Pitman, R.K. Orr, S.P., Altman, B., Longpre, R.E., Poiré, R.E., & Macklin. M.L. (1996). Emotional processing therapy of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 419-429.
- Renfrey, G., & Spates, C.R. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing: A partial dismantling procedure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 231-239.
- Richards, D.A., Lovell, K., & Marks, I.M. (1994). Post-traumatic stress disorder: Evaluation of a behavioral treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 669-680.
- Rothbaum, B.O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 317-334.
- Scheck, M.M., Schaeffer, J.A., & Gillette, C.S. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 25-44.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.
- Silver, S.M., Brooks, A., & Obenchain, J. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing treatment of Vietnam war veterans with PTSD: Comparative effects with biofeedback and relaxatie training. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 337-342.
- Tarrier, N. Sommerfield, C., Pilgrim, H., & Humphreys, L. (1999). Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder. Twelve-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 175, 571-575.
- Vaughan, K, Armstrong, M.S., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W., & Tarrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 283-290.
- Wilson, D. Covi, W., Foster, S., & Silver, S.M. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 928-937.
- Wilson, S.A., Becker, L.A., & Tinker, R.H. (1997). Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for PTSD and psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1047-1056.

Wilson, S.A., Becker, R.H., & Tinker, R.H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928-937.