



[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)

## Hoe het werkt met EMDR

Een reactie op 'Hoe het komt dat EMDR werkt' door  
Marcel van den Hout en Iris Engelhard (blz. 5 e.v.)<sup>1</sup>

Willem van der Does

### Inleiding

Van den Hout en Engelhard (2011) hebben aangetoond dat belasting van het werkgeheugen het mechanisme is waardoor oogbewegingen de levendigheid van imaginaties verminderen. Hun suggestie dat dit ook het mechanisme is waardoor EMDR effect heeft op symptomen van PTSS, is veel minder overtuigend onderbouwd. Het is zelfs niet uitgesloten dat het maken van oogbewegingen tijdens de blootstelling aan traumatische herinneringen op langere termijn contraproductief is. Hoe het ook zij, het bestaan van aparte opleidingsprogramma's en professionele verenigingen voor EMDR is ongewenst en heeft de vooruitgang eerder belemmerd dan bevorderd. Richtlijnen voor behandeling bevatten nooit merknamen van medicaties en zouden ook geen merknamen van psychotherapie moeten bevatten.

### Hoe het werkt met EMDR

Onder de titel *Hoe het komt dat EMDR werkt* proberen Marcel van den Hout en Iris Engelhard (2011) het werkingsmechanisme te verklaren van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). EMDR is een therapie voor psychotrauma (PTSS), die in 1989 uit het niets werd gelanceerd en die daarna een zeer snelle opmars heeft gemaakt. De auteurs constateren dat meta-analyses de effectiviteit van EMDR hebben aangetoond en dat EMDR in veel landen is opgenomen in de richtlijnen voor de behandeling van PTSS. Daarna bespreken zij een reeks experimenten naar het effect van oogbewegingen en andere manipulaties op de levendigheid van herinneringen en imaginaties. Een groot deel van die experimenten is afkom-

<sup>1</sup> Met dank aan Maartje Schoorl, Harald Merckelbach en Philip Spinhoven voor hun commentaar op een eerdere versie van deze reactie.

PROF. DR. A.J.W. VAN DER DOES is als psycholoog verbonden aan de Universiteit Leiden en het Leids Universitair Medisch Centrum. E-mail: vanderdoes@fsw.leidenuniv.nl.

stig uit hun eigen laboratorium en is experimentele psychopathologie op zijn best.

Op grond van deze lijn van onderzoek komen Van den Hout en Engelhard tot de volgende conclusies:

1. Belasting van het werkgeheugen is het mechanisme waarlangs oogbewegingen de levendigheid van imaginaties verminderen.
2. Een verklaring van de effecten van EMDR in termen van 'exposure' is onhoudbaar.
3. EMDR-therapeuten hebben ten onrechte het laten maken van oogbewegingen ingeruild voor het bilateraal aanbieden van geluiden.
4. Het 'installeren' van positieve beelden middels oogbewegingen is contraproductief.

De werkgeheugenverklaring maakt de effecten van EMDR begrijpelijk en maakt van deze buitenissige therapie een gewone gedragstherapeutische techniek, aldus de auteurs.

Naar mijn mening is een deel van de conclusies van Van den Hout en Engelhard en de titel van hun artikel voorbarig. Ik ben het eens met de conclusie dat belasting van het werkgeheugen het mechanisme is waardoor oogbewegingen leiden tot een afname van de levendigheid van herinneringen en imaginaties. De experimenten die tot deze conclusie leiden zijn elegant van opzet en overtuigend. Het valt echter nog te bezien of dit ook het mechanisme is waarlangs de behandeling EMDR effect sorteert op de symptomen van PTSS.

#### Effect op levendigheid van imaginaties versus effect op symptomen

De besproken studies gaan over het effect van oogbewegingen op de kwaliteit van negatieve herinneringen, meestal bij gezonde proefpersonen. Van den Hout en Engelhard melden echter dat ook 'patiënten die tijdens het ophalen van de herinneringen hun ogen bewegen, er beter aan toe zijn dan patiënten uit de controlecondities die hun ogen niet heen en weer bewegen.' Zij citeren daarbij een meta-analyse (Lee & Cuijpers, 2010). Uit dit citaat zou de indruk kunnen ontstaan dat in de klinische praktijk EMDR met oogbewegingen beter werkt dan EMDR zonder oogbewegingen, maar dat is niet aangetoond. De geciteerde meta-analyse gaat over de effecten van EMDR – met versus zonder oogbewegingen – op veelal dezelfde uitkomstmaten als in de experimentele studies: levendigheid van imaginaties of subjectieve gespannenheid tijdens imaginaties. De ratings van de levendigheid van imaginaties aan het eind van EMDR-sessies met oog-

bewegingen zijn weliswaar lager dan ratings na EMDR-sessies zonder oogbewegingen, maar ik kon geen studie vinden waaruit blijkt dat ook het klinische effect groter was. Slechts in enkele studies in deze meta-analyse was de uitkomstmaat de algehele ernst van PTSS, en in elk geval in een van deze studies (Devilley, Spence, & Rapee, 1998) was het effect van EMDR niet groter dan dat van EMDR zonder oogbewegingen. In een eerder overzichtartikel van 'ontmantelingsstudies' werd geconcludeerd dat er geen aanwijzingen zijn dat oogbewegingen iets toevoegen aan het effect van EMDR op klinische uitkomstmaten (Cahill, Carrigan, & Frueh, 1999).

Meta-analyses met een bredere opzet, namelijk over de effecten van verschillende vormen van psychotherapie op PTSS, laten zien dat cognitieve therapie, gedragstherapie en EMDR ongeveer even effectief zijn (Bisson et al., 2007; Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005). Ook in dit opzicht zijn patiënten die oogbewegingen hebben gemaakt, er dus niet 'beter aan toe'. Sterker nog, in sommige trials waarin EMDR en (cognitieve) gedragstherapie (CGT) direct met elkaar werden vergeleken, blijkt het effect van EMDR minder goed dan dat van CGT. EMDR bleek ook niet beter te worden verdragen of sneller effect te bereiken (Devilley & Spence, 1999; Taylor et al., 2003).

In meta-analyses worden ook studies opgenomen waarin therapieën niet direct met elkaar worden vergeleken, bijvoorbeeld studies naar CGT versus placebo of EMDR versus wachtlijst. Het meest informatief is echter een directe, gerandomiseerde vergelijking. Andere studies zijn namelijk kwetsbaarder voor *experimenter bias*. Bij trials in de farmacotherapie is al vaak aangetoond dat het resultaat van de trial beïnvloed wordt door de vraag wie de trial sponsort. Psychotherapie-trials, of het nu EMDR of CGT betreft, zijn daarvoor geenszins immuun en ik vermoed zelfs kwetsbaarder (het zogeheten *allegiance effect*). Wat bijvoorbeeld te denken van de trial waarin EMDR gelanceerd werd: 22 patiënten met posttraumatische stress kregen één sessie EMDR of placebo. Alle patiënten verbeterden spectaculair met EMDR. In de controleconditie gebeurde hoegenaamd niets, maar toen deze patiënten alsnog EMDR kregen genazen ook zij (Shapiro, 1989). Een enkele sessie gaf dus minimaal drie maanden genezing en het vermaledijde placebo-effect dat elke trial bemoeilijkt was zomaar afwezig: een wel erg onwaarschijnlijke uitkomst.

Exposure is een techniek, geen mechanisme

Ik ben het niet eens met de conclusie dat exposure als verklaring voor EMDR kan worden afgeschreven. Dit verschil van inzicht heeft te

maken met een terminologische onduidelijkheid. 'Exposure' is geen mechanisme, maar een techniek. Van den Hout en Engelhard laten zien dat het kortdurend ophalen van herinneringen zonder oogbewegingen de kwaliteit van deze herinneringen onveranderd laat; er treedt dus geen *habituaie* op. Ik denk dat Van den Hout en Engelhard dat bedoelen als zij stellen dat exposure geen houdbare verklaring is voor effecten van EMDR. In die betekenis ben ik het met deze conclusie eens. Het is onwaarschijnlijk dat angst ten gevolge van dit soort kortdurende exposures *uitdooft*. Dat neemt niet weg dat kortdurende exposures wel een ander effect kunnen hebben, bijvoorbeeld cognitieve herstructurering, dat zich niet direct uit in afgenomen levendigheid of gespannenheid tijdens deze exposures. Het niveau van angst of spanning tijdens of aan het einde van een exposure-sessie is overigens niet gerelateerd aan het uiteindelijke therapeutische effect (Craske et al., 2008).

Vergelijk het met de behandeling van agorafobie door middel van exposure-in-vivo. De effectiviteit van deze behandeling werd vastgesteld in de jaren 80 van de vorige eeuw. In die tijd bestond het idee dat habituaie het mechanisme was. Dat leidde tot langdurige exposure-sessies, waarbij patiënten de instructie kregen om net zo lang in een angstaanjagende situatie te verblijven tot de angst 'vanzelf' was gedaald, waarna een volgende stap gezet kon worden. En dat anderhalf uur per dag. De therapie was effectief, maar toch was habituaie niet de beste verklaring. Tegenwoordig presenteren we een exposure-sessie bij agorafobie op een andere manier: als een gelegenheid om catastrofale cognities te testen. Als een patiënt leeft met het idee dat hartkloppingen zullen leiden tot een hartinfarct, bieden we hem de gelegenheid om deze hypothese via exposure aan toetsing te onderwerpen. Zo wordt de sessie ook ingekleed: het gaat er niet meer om om zo lang op straat te blijven tot de angst gedaald is, maar zo lang als nodig is om de hypothese te toetsen. Die hypothese moet dus van tevoren geëxpliciteerd worden: wie denkt dat een hartslag van 140 slagen gedurende vijf minuten fataal zal zijn, moet de exposure langer dan vijf minuten laten duren. Deze andere kijk op het werkingsmechanisme heeft geleid tot snellere en effectievere toepassing van exposure bij agorafobie (McMillan & Leeb, 2010; Salkovskis, Hackmann, Wells, Gelder, & Clark, 2006).

Op dezelfde manier zouden kortdurende maar herhaalde imaginaire exposures een cognitief effect kunnen hebben. Als deze werken, zou dat het gevolg kunnen zijn van het feit dat de patiënt op een gegeven moment de conclusie trekt dat zijn catastrofale verwachtingen (bijvoorbeeld: 'Ik ga hieraan onderdoor' of 'Die beelden maken me gek') niet kloppen. Een impliciete cognitieve herstructurering dus. Als dit klopt, kan het maken van oogbewegingen hetzelfde gevolg hebben als

het gebruik van 'safety signals'. Dan werken ze op lange termijn averechts, al lijkt het effect op korte termijn positief. Om de vergelijking door te trekken: omdat oogbewegingen leiden tot een snelle afname van de levendigheid van een imaginatie, kunnen ze tot een gevoel van opluchting leiden vergelijkbaar met het slikken van een benzodiazepine tijdens een exposure-sessie voor agorafobie. Het slikken van een benzodiazepine (of andere gedragingen die angst verminderen) kunnen exposure-sessies gemakkelijker of langer tolereerbaar maken en in die zin op korte termijn een positief effect sorteren. Het nadeel is echter dat de geboekte vooruitgang (deels) toegeschreven zal worden aan het hulpmiddel, zodat er grotere kans is op terugval wanneer zich in de toekomst risicovolle omstandigheden voordoen, bijvoorbeeld een periode van tegenslag, vermoeidheid of stress.

Dit zou het patroon van bevindingen kunnen verklaren in de studie van Devilly en Spence (1999), een van de studies waarbij CGT en EMDR met elkaar werden vergeleken en waarbij de effecten ook op wat langere termijn werden gemeten. Meteen na afloop van de therapie was EMDR minder effectief dan CGT, en het verschil in effect werd in de loop van drie maanden follow-up groter doordat het effect van EMDR terugliep, terwijl het effect van CGT behouden bleef. In een andere studie waarbij EMDR en CGT direct werden vergeleken was dit overigens niet het patroon: hier was EMDR iets minder effectief dan CGT, maar beide behandelingen waren wel duurzaam over drie maanden follow-up (Taylor et al., 2003).

#### Hoe EMDR-therapeuten werken

EMDR werd in 1989 gelanceerd – uit het niets, via een artikel met een aantal ongeloofwaardige claims. Het is opmerkelijk dat deze studie voldoende was om een wereldwijde beweging te starten waarin inmiddels tienduizenden therapeuten zijn opgeleid. Er zijn opleidingsprogramma's, accreditatieprocedures en een netwerk van verenigingen. Twintig jaar later laten Van den Hout en Engelhard, zelf geen EMDR-therapeuten, in een elegante serie experimenten zien wat het effect is van oogbewegingen. Het onderzoek is overtuigend en de implicatie is mijns inziens dat EMDR-credities en -verenigingen overbodig zijn. Deze laatste conclusie had wel wat duidelijker getrokken mogen worden, en had het verdiend om bijvoorbeeld in de titel en abstract te worden verwerkt.

Gezien de geschiedenis valt te vrezen dat de EMDR-vereniging met een titel als 'Hoe het komt dat EMDR werkt' op de loop zal gaan. Vanaf het eerste begin is EMDR een beweging geweest met een groot

commercieel belang. Dit heeft geleid tot het geleidelijk opschroeven van opleidingseisen waardoor EMDR aanvankelijk een 'moving target' was. In de VS leidde dit tot dreiging met rechtszaken tegen auteurs die tegenvallende resultaten wilden publiceren (Devilly, 2005) en in Nederland tot een smadelijke ingezonden brief (De Jongh & Ten Broeke, 2007) op een kritisch artikel (Van der Does, 2006; zie ook Van der Does, 2007; McNally, 2007).

### Conclusie

Wat heeft de EMDR-onderneming ons opgeleverd? Geen *single-session miracle cure*, zoals in 1989 werd geclaimd. Wel een therapie die net iets minder effectief lijkt dan CGT, ongeveer even lang duurt en ongeveer even goed wordt verdragen. Verder heeft het academici gestimuleerd tot fundamenteel onderzoek naar het effect van oogbewegingen op geheugen. Oogbewegingen waarvan dus nog moet worden aangetoond of ze patiënten op langere termijn helpen of juist averechts werken.

De organisatie in EMDR-verenigingen heeft vooruitgang eerder belemmerd dan bevorderd. Men is veel te snel overgegaan tot het uitvoeren van *clinical trials* en het uitventen van de therapie in plaats van het verrichten van fundamenteel onderzoek. Hierdoor is een merksnaam terechtgekomen in officiële richtlijnen voor behandeling, wat eigenlijk sowieso ongewenst is (Van der Does, 2006; Rosen & Davidson, 2003). Deze situatie is vergelijkbaar met wanneer in de richtlijnen voor de behandeling van depressie niet zou staan 'Selectieve serotonine-heropnameremmer' of 'fluoxetine', maar 'Prozac®'.

We moeten hierbij de hand in eigen boezem steken en constateren dat het onvoldoende lukt om gz-psychologen en psychotherapeuten op te leiden als kritisch denkende *scientist-practitioners*. Maar misschien zie ik het te somber. Als binnenkort blijkt dat naar aanleiding van de analyse van Van den Hout en Engelhard en dit commentaar het ledental van de Vereniging EMDR Nederland is gedecimeerd, ben ik weer enigszins gerustgesteld. Het zou een eerste stap in de ontzui-ling van de psychotherapie kunnen worden.

### Referenties

- Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multid-

- dimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Cahill, S.P., Carrigan, M.H., & Frueh, B.C. (1999). Does EMDR Work? And if so, Why?: A Critical Review of Controlled Outcome and Dismantling Research. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 5-33.
- Craske, M.G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 5-27.
- Does, A.J.W. van der (2006). Has everyone won, and must all have prizes? Hedendaags mesmerisme. *De Psycholoog*, 41, 650-657.
- Does, A.J.W. van der (2007). Reactie op 'Een cursus in pseudowetenschap'. *De Psycholoog*, 42, 89-91.
- 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.
- Devilly, G.J., Spence, S.H., & Rapee, R.M. (1998). Statistical and reliable change with eye movement desensitization and reprocessing. *Behavior Therapist*, 29, 435-455.
- Devilly, G.J. (2005). Power therapies and possible threats to the science of psychology and psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 437-445.
- Hout, M. van den & Engelhard, I. (2011). Hoe het komt dat EMDR werkt. *Directieve therapie*, 31(1).
- Jongh, A. de & Broeke, E. ten (2007). Een cursus in pseudowetenschap. *De Psycholoog*, 42, 87-89.
- Lee, C.W. & Cuijpers, P. (2010). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. Aangeboden ter publicatie.
- McMillan, D. & Leeb, R. (2010). A systematic review of behavioral experiments vs. exposure alone in the treatment of anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 467-478.
- McNally, R.J. (2007). Reactie op 'Een cursus in pseudowetenschap' (2). *De Psycholoog*, 42, 217.
- Rosen, G.M. & Davidson, G.C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPSS) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, 27, 300-312.
- Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Wells, A., Gelder, M.G., & Clark, D.M. (2006). Belief disconfirmation versus habituation approaches to situational exposure in panic disorder with agoraphobia: A pilot study. *Behavior Research and Therapy*, 45, 877-885.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.
- Taylor, S., Thordarson, D.S., Maxfield, L., Fedoroff, I.C., Lovell, K., & Ogrodniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed and adverse effects of



three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training.  
*Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, 330-338.*