



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

Weten we nu hoe EMDR werkt?

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

Hellen Hornsveld

Lange tijd heeft EMDR in de fase verkeerd van een 'wonderbaarlijke therapie op zoek naar een verklaring'. Deze verklaring lijkt nu gevonden. De werkgeheugenhypothese heeft het met glans 'gewonnen' van andere hypothesen om de effectiviteit van EMDR te verklaren. In *Hoe het komt dat EMDR werkt* wordt door Marcel van den Hout en Iris Engelhard verslag gedaan van een reeks experimenten die ondubbelzinnig wijzen richting werkgeheugen. Als collega van deze auteurs ben ik nauw betrokken geweest bij dit onderzoek en als behandelaar en supervisor EMDR heb ik telkens geprobeerd de resultaten te rijmen met wat ik zie en hoor tijdens EMDR-sessies. Op grond hiervan kom ik tot enkele kanttekeningen en aanvullingen.

Een voorbeeld

Eerst nog even de praktijk van EMDR en de theorie van het werkgeheugen (WG) aan de hand van een voorbeeld. Karin, 26 jaar, heeft last van sociale angst. Ze voelt zich ongemakkelijk in groepen: bij elk gezelschap van meer dan drie mensen is ze bang dat de 'groep' zich tegen haar keert. Ze weet ook waar deze angst vandaan komt: ze is in groep 5 op de basisschool gepest en sindsdien heeft ze deze angst. De therapeut stelt voor deze pestervaringen te desensitiseren met EMDR. Dit blijkt succesvol: de naarheid gaat al snel van de herinnering af en wanneer Karin in contact komt met kleine gezelschappen is haar angst een stuk minder. De behandeling wordt voortgezet met gedragsexperimenten en socialevaardigheidstraining.

Wat is er nu met haar herinnering gebeurd tijdens de EMDR sessie?
Hoe moeten we ons dat voorstellen in termen van de WG-theorie?
Allereerst wordt er een stilstaand beeld van het naaste moment

DR. H.K. HORNSVELD is GZ-psycholoog en werkt als docent en onderzoeker bij de Universiteit Utrecht, afdeling Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie (KPG). Daarnaast werkt zij als behandelaar bij het Ambulatorium, het hulpverleningsinstituut van de Faculteit der Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht. E-mail: H.K.Hornsveld@uu.nl.

gemaakt. Voor Karin is dat het beeld dat een van die pestkoppen, Klaas, een opmerking maakte over haar uiterlijk en dat de hele klas moest lachen. Dit beeld staat als het ware nog op haar netvlies geschreven. Tijdens het ophalen van deze herinnering wordt dit beeld in het werkgeheugen van Karin vastgehouden. En niet alleen het visuele beeld, maar ook de bijbehorende emoties. Bij Karin zijn dat een gevoel van schaamte en de gedachte 'wat ben ik een loser'. De herinnering wordt door specifieke instructies zo volledig mogelijk geactiveerd. In deze geactiveerde toestand is een herinnering *labiel en veranderbaar* en door gelijktijdige afleiding (bijvoorbeeld door oogbewegingen) gaat een deel van de oorspronkelijke informatie verloren en beweegt die verandering zich richting *minder levendig* en *minder onaangenaam*. Uiteindelijk wordt de nare herinnering in deze afgezwakte vorm *heropgeslagen*. Het beeld van Klaas en het lachen van de klas zijn vager geworden en minder naar om aan terug te denken. Een volgende keer dat Karin in gezelschap – bewust of onbewust – aan vroeger wordt herinnerd, zal dit haar minder raken.

EMDR en oogbewegingen

Weten we nu hoe EMDR werkt? We weten in ieder geval veel beter hoe oogbewegingen werken en dat is veel minder geheimzinnig dan we dachten: niet bilateraal, niet specifiek visueel-spatieel of een bijzondere fysiologische remslaapachtige toestand genererend. Het lijkt zelfs erg op wat we vanzelf al doen in het dagelijks leven: als een herinnering ons stoort, op de sterfdag van je moeder of na een vervelend incident op het werk, zoek je afleiding, je bakt een taart en speelt wat piano. Niet te veel en niet te weinig afleiding. Net EMDR.

Hier zal het telkens om gaan: het vinden en vasthouden van de juiste balans tussen activering van de (negatief beladen) geheugenrepresentaties en de juiste dosering afleiding. In zoverre levert de WG-theorie inderdaad een prima heuristiek voor EMDR-therapeuten die het veel beter doet dan het 'bilaterale' denken. Dat betekent dat EMDR-therapeuten hun werkwijze moeten veranderen en *stoppen met het gebruik van klikjes* als standaardvorm van afleiding. Klikjes belasten het geheugen waarschijnlijk onnodig weinig en bovendien kan de therapeut niet controleren of er überhaupt wel werkgeheugen-capaciteit naar de klikjes toegaat. Bij oogbewegingen is die controle veel directer en kan de therapeut de belasting enigszins sturen door de bewegingen sneller of langzamer te laten verlopen. Maar oogbewegingen zijn ook belastend voor de therapeut (hier zijn overigens technische oplossingen voor) en niet iedere patiënt verdraagt de oogbewegingen. Het bilaterale (links-rechts afwisseling) voegt hoogst-

waarschijnlijk nauwelijks wat toe. Misschien dat we in de toekomst kunnen overgaan op een taak die het werkgeheugen evenzeer belast, zoals het laten natekenen van complexe Rey-figuren. Het kopiëren van Rey-figuren wordt gebruikt als neuropsychologische test om de verwerkingscapaciteit van complex visueel materiaal in te schatten (Visser, 1992). Deze taak deed het in het experimenteel onderzoek (bij gezonde personen) zelfs nog beter dan oogbewegingen (Gunter & Bodner, 2008, exp. 3). Maar of dit ook een reële optie kan zijn voor langdurige en complexe EMDR behandelingen zal nog moeten worden gezien.

EMDR is meer dan oogbewegingen. Het experimentele onderzoek betreft steeds gezonde personen gedurende de eerste paar minuten van het desensitisatieproces. Karin heeft twee dubbele sessies nodig gehad om haar 'pestverleden te verwerken'. Dat is ongeveer 100 minuten 'pure EMDR'. In deze 100 minuten is er heel wat gebeurd: Karin schaamde zich, ook naar de therapeut; ze moest afwisselend huilen, ze werd boos, ze baalde dat ze destijds niemand in vertrouwen had genomen en in gedachten zei ze Klaas alsnog de waarheid. Tenslotte deed het haar pijn dat dit zo veel invloed op haar leven had gehad. Bij afsluiting was het beeld minder levendig en minder naar, maar het beeld was ook anders: ze was zelf groter geworden en ze voelde meer afstand. Maar vooral kon ze naar dit beeld kijken met meer eigenwaarde.

'Echte EMDR-sessies' – zoals bij Karin – gaan over meer dan het desensitiseren van een naar beeld; er wordt een heel *verwerkings*proces in gang gezet. Mogelijk wordt de herinnering aanvankelijk vager en minder naar (door de WG-belasting) en geeft dit vervolgens ruimte tot andere, meer gezonde interpretaties van de oorspronkelijke gebeurtenis. Hier is nog nauwelijks onderzoek naar gedaan. Het is wel in overeenstemming met de zienswijze dat er bij een trauma iets mis is gegaan in de *betekenisverlening* van de gebeurtenis en de eigen reacties op de gebeurtenis (Ehlers & Clark, 2000). Binnen de EMDR-procedure wordt dit verwerken (proces van associëren en interpreteren ten behoeve van een verandering in betekenisverlening) gestimuleerd door de patiënt een toeschouwerrol aan te laten nemen ten aanzien van de eigen belevingswereld en na elke 20-30 seconden oogbewegingen aan de patiënt te vragen wat er aan nieuwe gedachten of gevoelens opkomt (De Jongh & Ten Broeke, 2003; Shapiro, 2001). Elke verandering – bij Karin bijvoorbeeld 'ik voel boosheid opkomen' – vormt het vertrekpunt voor een volgende set oogbewegingen. Door mee te gaan met de associaties van de patiënt wordt het natuurlijk verwerkingsproces gestimuleerd, zo is de gedachte. De herinnering wordt anders geordend en 'krijgt een plek'.

De feitelijke blootstelling aan het te desensitiseren beeld (daar waar de WG-hypothese over gaat) is daarmee heel kort. De meeste 'EMDR-tijd' wordt besteed aan het volgen van deze associaties en het bevorderen van het verwerkingsproces (reprocessing). Naar dit deel van het proces is nog vrijwel geen onderzoek gedaan. Het is niet bekend of dit een noodzakelijk onderdeel is van de procedure en of WG-belasting in deze fase iets toevoegt. Het onderzoek heeft zich tot nu toe geconcentreerd op de aanvankelijke afname van naarheid en levendigheid in de eerste minuten en niet op de noodzakelijk geachte verandering in betekenisverlening.

Het nut van klikjes

Karin luisterde tijdens de EMDR-sessies naar klikjes. Was het proces sneller verlopen als er oogbewegingen waren gebruikt? Vermoedelijk wel, vooral in de eerste minuten. Nu ik weer vaker met oogbewegingen werk heb ik de indruk dat dit – zeker bij ernstig getraumatiseerde patiënten – meer effect heeft. Dit hoor ik ook van collega's, die door deze onderzoeksresultaten weer vaker oogbewegingen toepassen. Maar *bij patiënten* is de werkzaamheid van klikjes versus oogbewegingen nog niet onderzocht. Mijn indruk is dat oogbewegingen vaak te veel van het goede zijn. De omgekeerde U-hypothese (Engelhard, Van den Hout, & Smeets, 2011) lijkt dan te gaan gelden. De patiënt raakt uit het 'proces', de herinnering raakt 'weg', wordt te weinig geactiveerd en er gebeurt niets. Vaak kan het dan helpen om van oogbewegingen over te schakelen op klikjes. Het proces komt meer in evenwicht: de herinnering is geactiveerd en tegelijkertijd is er ruimte om te beschouwen en om er met de kennis van nu op terug te kijken. Ook voor deze beschouwende activiteiten is WG-capaciteit nodig.

Kortom, het is denkbaar dat in de eerste fase (waarin de nadruk ligt op *desensitisatie*) een grotere WG-belasting profijtelijk is, en in latere fases (met de nadruk op *reprocessing*) een kleinere belasting (of wellicht helemaal geen belasting). Het is ook denkbaar dat bij afschuwelijke beelden en 'echte machteloosheid' (herbelevingen en intrusies) oogbewegingen het beter doen dan bij herinneringen waarbij een disfunctionele betekenisverlening voorop lijkt te staan, zoals bij Karin voor wie het herinneringsbeeld de betekenis had van 'ik ben een loser'. In het laatste geval moet er in het WG-geheugen ook ruimte zijn om functionelere 'kennisbestanden' aan te roepen. Hoe dan ook is denken vanuit de WG-belasting een betere strategie (heuristiek) dan denken vanuit bilateraliteit.

Overigens is dit voor EMDR-therapeuten niet onbekend: het idee van 'dual attention' en 'dual processing' heeft altijd een belangrijke plaats ingenomen in de theorievorming en de praktijk van EMDR (Shapiro, 2001). Uitgangspunt is steeds dat de aandacht verdeeld moet blijven tussen enerzijds het verleden (het 'traumageheugen') en anderzijds het veilige hier-en-nu, concreet gemaakt door de opdracht de ogen heen en weer te bewegen en te kijken wat er aan nieuwe associaties opkomt.

Ontspanning

Er is nog een hypothese ten aanzien van het werkingsmechanisme die Van den Hout en Engelhard niet bespreken: de rol van fysiologische veranderingen tijdens EMDR. Het ophalen van een nare herinnering leidt tot een verhoogde fysiologische activatie: de lichamelijke component is van de ervaren naarheid. Soms is deze arousal zelfs zo hoog dat het boven het window of tolerance zit (Ogden & Minton, 2000) en de informatieverwerking stagneert. Meerdere studies bij patiënten en gezonde personen hebben aangetoond dat oogbewegingen of een andere duale taak leiden tot een arousaldaling (ontspanningsreactie met verhoogde parasympathische activiteit) tijdens EMDR-sessies; voor een overzicht zie Söndergaard & Elofsson, 2008. Omdat niet duidelijk is of deze ontspanningsreactie een gevolg is van succesvolle desensitisatie van de herinnering of daar actief toe bijdraagt, is het belangrijk hier wel rekening mee te houden. Niet elke vorm van WG-belasting (oogbewegingen of computerspelletjes) zal dezelfde fysiologische responsen hebben. In ieder geval is het opvallend hoeveel patiënten slaperig worden en gaan gapen tijdens een EMDR-sessie, hoe naar de herinnering soms nog is.

Positieve herinneringen en positieve cognities

Geheel eens ben ik het met het advies van Van den Hout en Engelhard om te stoppen met oogbewegingen en andere afleidende taken om positieve herinneringen te versterken. Deze procedure staat onder EMDR-therapeuten bekend als Resource Development and Installation (RDI; Ten Broeke & De Jongh, 2008a en 2008b). Een herinnering aan doorzettingsvermogen wordt bijvoorbeeld opgeroepen en met korte sets oogbewegingen 'versterkt' om het doorzettingsvermogen meer beschikbaar te maken in moeilijke tijden, bijvoorbeeld in de aanloop naar een traumabehandeling met EMDR. De gedachte hierachter is dat oogbewegingen ook de verwerking van positieve

geheugeninformatie kan versnellen. RDI is een procedure die in onderzoek effectief blijkt en waar patiënten en therapeuten tevreden over zijn (Korn & Leeds, 2003). Toch is deze effectiviteit waarschijnlijk *ondanks* de oogbewegingen en niet *dankzij*. We hebben ons als therapeuten sterk vergist in onze klinische indruk dat de oogbewegingen iets toevoegen aan deze procedure. In een zeer recent eigen onderzoek vonden wij dat zowel horizontale als verticale oogbewegingen gevoelens van trots, doorzettingsvermogen en eigenwaarde deden verzwakken in plaats van versterken (Hornsveld et al., 2011). Deze bevinding is geheel in overeenstemming met de werkgeheugenhypothese en geheel tegengesteld aan de praktijk: onmiddellijk stoppen dus met afleidende taken tijdens RDI. Mogelijk dat de klikjes met hun ritmisch tikken zorgen voor meer innerlijke rust en concentratie, maar dat is niet de oorspronkelijke bedoeling en het is niet onderzocht.

Overigens is het versterken van positieve herinneringen zoals bij RDI wat anders dan het installeren van een positieve cognitie binnen een normale EMDR-procedure. Van den Hout en Engelhard halen dit door elkaar als zij schrijven:

‘onderdeel van het EMDR-ritueel is dat er positieve cognities worden ‘geïnstalleerd’: terwijl patiënten proberen zich te concentreren op zo’n positieve gedachte, leidt de behandelaar hen af door te vragen de ogen heen en weer te bewegen of naar piepjes te luisteren.’

Dit is niet helemaal correct. Het gaat nog steeds om het oorspronkelijk *negatieve* beeld, maar nu in combinatie met een positieve, meer functionele uitspraak. Karin werd gevraagd zich te concentreren op de pestervaring en tegen zichzelf te zeggen ‘ik ben oké’ (als functionele tegenhanger van ‘ik ben een loser’). De oogbewegingen worden toegepast omdat het nog steeds de bedoeling is om de *negatieve geheugenrepresentatie te verzwakken*. Hierdoor krijgt de betekenis die de patiënt verstandelijk al geloofde (ik ben oké), steeds meer ruimte. De geloofwaardigheid neemt toe naarmate de negatieve lading afneemt, en dat laatste wordt bewerkstelligd in zowel de desensitatie- als de installatiefase. Dit is dus anders dan het versterken van een positieve herinnering en er is vooralsnog geen reden om hier de afleiding te staken.

De mogelijkheden met *flash forwards*

Van den Hout en Engelhard doen op grond van de werkgeheugen-theorie enkele voorspellingen die in experimenteel onderzoek goed blijken uit te komen. Een van deze 'voorspellingen' betreft de flash forwards: nare geheugenrepresentaties die niet gebaseerd zijn op daadwerkelijke gebeurtenissen, maar wel op eenzelfde manier liggen opgeslagen in het brein. Dergelijke visioenen en rampscenario's waren al wel een punt van discussie onder EMDR-therapeuten: kun je nu wel of niet het beeld van een neerstortend vliegtuig als 'target voor EMDR' nemen als je cliënt dit beeld telkens voor zich ziet?

De cliënt bij wie ik dit heb geprobeerd (na de publicatie van Engelhard et al. 2010) was er goed mee geholpen; het beeld van het neerstortende vliegtuig werd vager en zelfs het neerstorten zelf werd minder bedreigend. Het is vooral de geloofwaardigheid van het beeld dat afnam: 'ik kan mezelf wel weer voor gaan stellen dat ik neerstort, maar het wordt zo onecht, alsof ik zeker weet dat het niet zal gebeuren'. Het inzetten van EMDR bij dit soort rampscenario's zou wel eens heel zinvol kunnen blijken in al die gevallen waarbij de patiënt na meerdere gedachteschema's en socratische dialoog verzucht: 'Ik weet wel dat het vliegtuig niet neerstort, maar het voelt niet zo.'

Of bij Karin ook net zo goed begonnen had kunnen worden met een flash forward (bijvoorbeeld het scenario dat een heel gezelschap zich tegen haar keert) in plaats van met de oude herinneringen, betwijfel ik. Een onderzoek dat beide strategieën met elkaar vergelijkt zou welkom zijn. Vermoedelijk zul je in beide gevallen hetzelfde geheugen-netwerk activeren. Het lijkt alleen systematischer en meer volledig te gebeuren als je eerst oude herinneringen 'opruimt'. Zeker bij complexere gevallen, waarbij een flash forward aangestuurd wordt door meerdere traumatische gebeurtenissen.

Kan de werkgeheugentheorie alles verklaren?

EMDR blijft verbazen en dat is ook de reden dat zoveel therapeuten enthousiast zijn over deze methode. Het opvallendst zijn de snelle veranderingen: een nieuw gezichtspunt, 'vergeten' informatie die bovenkomt, een plotselinge toename in de heftigheid van de herinnering, allerlei lichamelijke reacties en veranderingen in de herinnering (zie bijvoorbeeld Hornsveld & Berendsen, 2009). Ook bij kinderen en mensen met een verstandelijke beperking blijkt EMDR snel en effectief te werken (Beer & De Roos, 2006; Mevissen, Lievegoed, & De

Jongh, 2011). Dat EMDR helpt voor heel andere klachten dan PTSS krijgt ook steeds meer ondersteuning. Met het voorbeeld van Karin is aannemelijk gemaakt dat EMDR ook zinvol ingezet kan worden bij sociale fobie en andere angstgerelateerde stoornissen. Ook zijn er goede resultaten geboekt bij het verminderen van craving bij verslavingsgedrag (Hase, Schallmayer, & Sack, 2009; Hornsveld & Ten Broeke, 2009). Het meest bijzondere is wellicht dat door middel van EMDR jarenlang bestaande fantoompijn succesvol behandeld kan worden (De Roos et al., 2010). In welke mate de effectiviteit van EMDR in deze gevallen teruggebracht kan worden tot een slim gebruik van de WG-belasting zal in de toekomst moeten blijken. Het is te hopen dat onderzoek hiernaar goed op gang komt. Heel lang zijn het vooral therapeuten geweest die gepioneerd hebben, waarbij systematisch onderzoek ver achterbleef.

Imaginaire exposure

De cognitief-gedragstherapeutische (CGT-)aanpak voor PTSS is tot nu toe imaginaire exposure (Van Minnen, 2009). Deze procedure lijkt het te moeten afleggen tegen EMDR. Uit het experimentele onderzoek naar de invloed van WG-belasting komt systematisch naar voren dat in de controleconditie (bestaande uit imaginaire exposure) de naarheid van een herinnering eerder toeneemt dan afneemt – in ieder geval in de eerste minuten. Bij imaginaire exposure moet de blootstelling langdurig zijn, met dagelijks huiswerk tussen de sessies. De behandeling is effectief, maar EMDR is wellicht effectiever en minder belastend voor de therapeut en cliënt (Trimbos Instituut, 2003).

Ook therapeuten blijken de voorkeur te geven aan EMDR boven imaginaire exposure, zoals bleek uit een enquête onder trauma-behandelaars op het congres van de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (Van Minnen, Hendriks, & Olf, 2010). Bovendien is imaginaire exposure in leertheoretische termen lastig te begrijpen. Exposure is doorgaans exposure aan de geconditioneerde stimulus (CS): blootstelling aan een prikkel die onterecht geassocieerd is geraakt met narigheid, de ongeconditioneerde stimulus (UCS). Bij Karin zou een CS-exposure-behandeling kunnen bestaan uit oefeningen die haar leren dat gezelschappen (CS-en) niet noodzakelijk leiden tot uitsluiting (UCS-en). Imaginaire exposure bij PTSS stelt bloot aan de narigheid zelf, de UCS-representatie. In het geval van Karin zou dit het imaginair herbeleven van uitsluiting betekenen. Het is nog onduidelijk wat er dan wordt geleerd. Het idee dat er habituatie plaatsvindt aan de nare prikkel (UCS) is inmiddels achterhaald.

Waarschijnlijk is er sprake van een extinctieproces waarbij Karin leert dat de *herinnering* aan uitsluiting (CS) niet zo bedreigend is als ze dacht (ze wordt niet gek van angst (UCS)), en wordt niet opnieuw uitgesloten (UCS). Ze kan er tegen.

Niet voor niets is imaginaire exposure vooral effectief met betrekking tot angst: de angstige verwachting dat confrontatie met de nare herinnering leidt tot allerlei nieuwe narigheid, wordt ontzenuwd. Imaginaire exposure is echter niet gericht op de betekenisverlening van de problematische herinnering zelf. En die betekenisverlening is wel nodig bij thema's als schuld en schaamte, zoals bij Karin. Zowel binnen als buiten de CGT is een hernieuwde belangstelling voor technieken, gericht op herevaluatie van beschadigende ervaringen, zoals experiëntiële oefeningen in schematherapie, mindfulness en COMET (voor een overzicht zie: Korrelboom & Ten Broeke, 2004). Ook binnen de imaginaire exposure zien we deze ontwikkeling. Het toevoegen van cognitieve elementen tijdens hotspots en *imagery rescripting* is geheel in lijn met deze ontwikkeling. Ook EMDR past in dit rijtje.

EMDR als 'gewone' cognitief-gedragstherapeutische techniek

Van den Hout en Engelhard eindigen hun betoog met de opmerking dat EMDR een gewone CGT-techniek kan worden, net als exposure en ontspanningsoefeningen. Dat zou mooi zijn. Tot nu toe was EMDR geen gewone CGT-techniek; de theoretische basis verschilt en er wordt een ander begrippenkader gebruikt. Onder cognitief-gedragstherapeuten bestond grote weerstand tegen EMDR, vooral bij onze Amerikaanse collega's. EMDR werd niet serieus genomen en artikelen over EMDR werden systematisch geweigerd. (Zie voor een onthutsend overzicht van deze geschiedenis Russel, 2008.) Hopelijk verandert dit nu.

Het is de verdienste van Van den Hout en Engelhard dat ze door hun onderzoek de afstand tussen CGT en EMDR weten te overbruggen. Dat is voorheen niet gelukt, zeker niet in de Verenigde Staten. In Nederland zijn inmiddels vele cognitieve gedragstherapeuten geschoold in EMDR en de methode wordt in Nederlandse handboeken in de casusconceptualisatie steeds geplaatst in een cognitief-gedragstherapeutische context (Ten Broeke, De Jongh, & Oppenheim, 2008; De Jongh & Ten Broeke, 2003).

Of dit ook het einde zal betekenen van de Vereniging EMDR Nederland valt moeilijk te voorspellen. Voorlopig niet. De vereniging telt inmiddels 1500 leden en is daarmee in een paar jaar tijd de grootste

specialistische vereniging na de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie geworden. De belangrijkste doelstelling is kwaliteitsbewaking. Dat zal voorlopig nog nodig blijven, want het gevaar is – ook met de nieuwe kennis over het werkgeheugen – dat EMDR als iets simpels wordt gezien dat iedereen kritiekloos kan toepassen, ook bij de meest wankele patiënten. De verworvenheden van de vereniging EMDR liggen vooral in de uitgebreide kennis die er is ontstaan over de toepassing van deze methode in allerlei situaties, van enkelvoudige PTSS tot complexe vroegkinderlijke traumatisering, en van de behandeling van fantoompijn tot EMDR bij psychose.

Referenties

- Beer, R. & Roos, C. de (2006). EMDR, 't is een bijzondere methode, dat is het. *Kinder- & jeugdpsychotherapie*, 33(3), 15-24.
- Beer, R. & Hornsveld, H.K. (2008). EMDR in de behandeling van eetstoornissen. In: E. ten Broeke, A. de Jongh, & H. Oppenheim (red.), *Praktijkboek EMDR: casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam: Harcourt Press.
- Broeke, E. ten, Jongh, A. de, & Oppenheim, H.J. (2008). *Handboek EMDR: casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam: Harcourt Press.
- Broeke, E. ten & Jongh, A. de (2008a). Rechtsom met EMDR. In: E. ten Broeke, A. de Jongh, & H. Oppenheim (red.), *Praktijkboek EMDR: casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam: Harcourt Press.
- Broeke, E. ten & Jongh, A. de (2008b). Resource Development and Installation (RD/I). In: E. ten Broeke, A. de Jongh, & H. Oppenheim (red.), *Praktijkboek EMDR: casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam: Harcourt Press.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Engelhard, I.M., Hout, M.A. van den, Janssen, W.C., & Beek, J. van der (2010). Eye movements reduce vividness and emotionality of images about 'flashforwards'. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 442-447.
- Engelhard, I.M., Hout, M.A. van den, & Smeets, M.A.M. (2011). Taxing working memory reduces vividness and emotionality of images about the Queen's Day tragedy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 32-37.
- Gunter, R.W. & Bodner, G.E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 913-931.
- Hase, M., Schallmayer, S., & Sack, M. (2008). EMDR reprocessing of the Addiction Memory, Pretreatment, Posttreatment, and 1-month follow-up. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 170-179.

- Hornsveld, H.K. & Berendsen, S. (eds.) (2009). *Casusboek EMDR: 25 voorbeelden uit de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hornsveld, H.K. & Broeke, E. ten (2009). Binge Eating Disorder. In: E. ten Broeke, K. Korrelboom, & M. Verbraak (red.), *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie, protocollaire behandelingen op maat*. Bussum: Coutinho.
- Hornsveld, H.K., Houtveen, J.H., Vroomen, M., Kapteijn, I., Aalbers, D., & Hout, M.A. van den (2011). Negative effects of eye movements in Resource Development and Installation (RDI). In revision.
- Korrelboom, C.W. & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie, handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Couthino.
- Jongh, A. de & Broeke, E. ten (2003). *Handboek EMDR: een geprotocolleerde behandelingsmethode voor de gevolgen van psychotrauma*. Amsterdam: Harcourt publishers.
- Korn, D.L. & Leeds, A.M. (2002). Preliminary Evidence of Efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the Stabilization Phase of Treatment of Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 1465-1487.
- Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ (2003). *Multi-disciplinaire richtlijn angststoornissen*. Utrecht: Trimbos Instituut. Beschikbaar op: www.ggzrichtlijnen.nl.
- Mevisen, L., Lievegoed, R., & Jongh, J.A. de (2011). EMDR Treatment in People with Mild ID and PTSD: 4 Cases. *Psychiatric Quarterly*, DOI 10.1007/s11126-010-9147-x.
- Minnen, A. van (2008). *Wie durft? Tien misverstanden over exposure bij de behandeling van PTSS-patiënten*. Nijmegen: Thieme MediaCenter.
- Minnen, A. van, Hendriks, L., & Olf, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy, 48*(4), 312-320.
- Ogden, P. & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: one method for processing traumatic memory. *Traumatology, 6*, 149-173.
- Roos, C. de, Veenstra, A.C., Jongh, A. de, Hollander-Gijsman, M. den, Wee, N.J. van der, Zitman, F.G., & Rood, Y.R. (2010). Treatment of chronic phantom limb pain using a trauma-focused psychological approach. *Pain Research & Management, 15*(2), 65-71.
- Russel, M. (2008). Scientific resistance to research, training and utilization of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in treating post-war disorders. *Social Science and Medicine, 67*, 1737-1746.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: The Guilford Press.
- Søndergaard, H.P. & Eloffson, U. (2008). Psychophysiological studies of EMDR. *Journal of EMDR Practice and research, 2*(4), 282-288.
- Visser, R.S.H. (1992). *Manual of the Complex Figure Test CFT, (3e druk)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.