



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

EMDR bij psychose

Een opvallende casus

De werkzaamheid van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in de behandeling van PTSS is inmiddels overtuigend aangetoond (Bisson et al., 2007; van Etten & Taylor, 1998; zie kader hierna voor een beknopte uitleg van de EMDR-procedure). Onderzoek naar werkzaamheid bij andere stoornissen dan PTSS is niettemin nog schaars. Toch zijn er aanwijzingen dat EMDR ook bij andere stoornissen van waarde kan zijn (zie bijvoorbeeld de Jongh & de Roos, 2013 voor een bespreking). Ook bij ernstige psychische aandoeningen blijken er goede resultaten bereikbaar te zijn met EMDR. Zo bleek uit een pilotonderzoek bij patiënten met een psychotische stoornis met comorbide PTSS dat ook bij deze doelgroep EMDR effectief is in het reduceren van de PTSS-klachten (van den Berg & van der Gaag, 2012). Opvallend is daarbij dat niet alleen de PTSS-symptomatologie sterk afnam, maar dat de behandeling eveneens leidde tot een afname van wanen en hallucinaties. Tevens kwam uit deze studie naar voren dat EMDR bij deze doelgroep – in tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht – een veilige behandelmethode was. Het bleek goed mogelijk om psychotische patiënten met het EMDR basisprotocol voor hun PTSS te behandelen, zonder dat er een noodzaak was voor voorafgaande stabilisatie. Hoewel deze patiënten tot de meest kwetsbaren worden gerekend, blijkt voor het optreden van de gevreesde ‘decompensatie’ vooralsnog geen bewijs te kunnen worden gevonden (van den Berg & van der Gaag, 2012). In aansluiting op dit pilotonderzoek loopt er momenteel een omvangrijke RCT naar EMDR versus imaginaire *exposure* bij patiënten met een psychotische stoornis met een comorbide PTSS (van der Gaag et al., 2011).

Evenals bij andere stoornissen het geval is, blijken ook bij psychotische stoornissen traumatische ervaringen vaak vooraf te gaan aan het ontstaan van de klachten (Heins et al., 2011; Larkin & Morrison, 2006). Het is waarschijnlijk dat dergelijke ervaringen een bijdrage leveren aan verstoorde kernopvattingen over het zelf, anderen en de wereld, en de manier waarop dagelijkse, ambigue gebeurtenissen geïnterpreteerd worden (Morrison, 2001). Het horen van stemmen lijkt bij de meeste patiënten ofwel begonnen na een traumatische gebeurtenis ofwel na een gebeurtenis die een eerder trauma activeerde (Honig et al., 1998).

Er is veel overlap tussen verschillende psychische stoornissen. Intrusieve belevingen zoals hallucinaties bij psychose en herbelevingen bij PTSS blijken in de praktijk moeilijk te scheiden. Er is sprake van een continuüm tussen PTSS en psychotische stoornissen (Auxemery, 2012). Wanen kunnen ontstaan wanneer iemand traumagerelateerde intrusieve ervaringen heeft en hieraan een cultureel onacceptabele en/of bizarre verklaring geeft. Een angstaanjagende verklaring wint vaak geleidelijk aan geloofwaardigheid door selectieve aandacht voor gevaar en inadequaate gedrag om het vermeende gevaar af te wenden (Morrison, 2001).

TOELICHTING PROCEDURE EN BEGRIPPEN EMDR

Voorafgaand aan de EMDR is in een casusconceptualisatie vastgesteld welke geheugenrepresentaties de huidige klachten lijken aan te sturen. Tijdens een EMDR-sessie wordt het actueel meest beladen beeld van de geheugenrepresentatie (*target*) volgens een geprotocolleerde stapsgewijze aanpak van zijn emotionele lading ontdaan. Bij de *target* selecteren therapeut en patiënt een zogenoemde 'negatieve cognitie' (NC) en een 'positieve cognitie' (PC). Vervolgens stellen therapeut en patiënt achtereenvolgens vast: de geloofwaardigheid van de PC (uitgedrukt in een score op de VoCs: Validity of Cognition schaal 1-7), de huidige emotie(s), de spanning of naarheid van het beeld (uitgedrukt in een score op de SUDs: Subjective Units of Distress schaal 0-10) en de locatie in het lichaam waar de patiënt de SUD voelt. Hierna volgen series oogbewegingen waarbij regelmatig wordt teruggegaan naar de oorspronkelijke *target* (*back to target*). De therapeut vraagt dan naar de actuele SUD bij de *target*. Deze procedure gaat door tot de SUD = 0. Dan vraagt de therapeut naar de actuele VoC-score van de PC bij de *target*. De series oogbewegingen gaan weer door totdat de PC bij de *target* volledig geloofwaardig aanvoelt voor de patiënt (VoC = 7).

OVERWEGING

Nu het er alle schijn van heeft dat EMDR ook effectief kan zijn bij andere stoornissen dan PTSS, is de vraag naar de werkzame elementen nog interessanter. Er zijn dan ook in de afgelopen jaren verschillende verklaringen geopperd voor de werkzaamheid van EMDR. Verreweg de meeste evidentie bestaat inmiddels voor de zogenaamde 'werkgeheugenhypothese' (Gunter & Bodler, 2008; van den Hout et al., 2011). Volgens deze hypothese moet worden bewerkstel-

ligd dat er in het zogenaamde 'werkgeheugen' een competitie ontstaat tussen de emotionele aspecten van een geheugenrepresentatie en de aandacht die een mentaal belastende taak vraagt. Een voorbeeld van een dergelijke taak is het met de ogen volgen van de hand van de therapeut. Door deze competitie daalt de emotionele lading van een geheugenrepresentatie wanneer het werkgeheugen met zijn beperkte capaciteit de 'aandacht moet verdelen' tussen de externe taak en de zich opdringende geheugenrepresentatie. De externe taak belast het werkgeheugen dusdanig dat de geheugenrepresentatie vanuit het langetermijngeheugen als minder levendig doorkomt in het werkgeheugen en van daaruit ook weer minder levendig wordt opgeslagen in het langetermijngeheugen. Hiermee verandert de representatie in het langetermijngeheugen. EMDR (b)lijkt een optimale manier te zijn om gebruik te maken van dit verschijnsel. Dat EMDR van oudsher met name werd gezien als een behandeling voor PTSS is in dit kader dan ook niet vreemd. Bij PTSS is evident sprake van een directe negatieve invloed van een emotioneel beladen geheugenrepresentatie: de herinnering aan de traumatische gebeurtenis. Met EMDR kan zo'n herinnering vaak opvallend snel van haar emotionele lading worden ontdaan. Andere stoornissen waarbij de casusconceptualisatie de hypothese opwerpt dat emotioneel beladen geheugenrepresentaties een wezenlijke rol spelen, kunnen, uitgaande van de 'werkgeheugenhypothese', eveneens zinvol worden behandeld met EMDR. Het zou bij een patiënt met een hondenfobie een kennisbestand kunnen zijn van een nare ervaring met honden of bijvoorbeeld van een nare film op YouTube over pitbulls. Bij een sociaal angstige patiënt kan er sprake zijn van een of meerdere sociale vernederingen die in het geheugen liggen opgeslagen. Bij een paniekpatiënt kan er sprake zijn van bij de minste fysieke arousal moeten terugdenken aan die eerste, alles ontwrichtende paniekaanval vijf jaar geleden en daardoor overspoeld worden door de machteloosheid en angst van toen. Dergelijke patiënten zouden in principe mede met EMDR behandeld kunnen worden. Een zeer interessante ontwikkeling daarbij is dat inmiddels duidelijk is geworden dat niet alleen geheugenrepresentaties die betrekking hebben op eerdere gebeurtenissen maar ook die zijn ontstaan door (angstige) fantasieën over wat er zou kunnen gebeuren in de toekomst kunnen worden ontdaan van hun lading (Engelhard, van den Hout, Janssen & van der Beek, 2010). Dit wordt sinds enige tijd een *flash-forward* genoemd (de Jongh & ten Broeke, 2012). De patiënt roept daarbij een beeld op van de meest afschuwelijke rampfantasie die hij heeft en waarvan hij rationeel vaak wel beseft dat de kans van optreden ervan extreem klein is. Dit beeld wordt daarna van zijn emotionele lading ontdaan door – in dit geval – het met de ogen moeten volgen van de hand van de therapeut. Bij een

dwangpatiënt die telkens de gaskraan controleert zou het een fantasie kunnen zijn van een gevreesde ontploffing van zijn huis, bij de sociaal angstige patiënt een voorstelling dicht te klappen en uitgelachen te worden bij een voordracht of bij de paniekpatiënt het krijgen van een hartinfarct in een winkel. Een mogelijke (mede)verklaring voor het werkingsmechanisme van de flash-forward is dat de angst en arousal die worden opgeroepen door een dergelijke nare mentale representatie maken dat de persoon aanneemt dat er op dat moment ook daadwerkelijk sprake moet zijn van gevaar en de kans op de ramp dan fors overschat. Dit fenomeen staat wel bekend als *ex-consequentia-redeneren* (Arntz, Rauner & van den Hout, 1995). Wanneer de flash-forward techniek wordt gebruikt, zal de persoon – zodra de emotionele lading van de representatie van die zo gevreesde ramp is verdwenen ($SUD = 0$) – onder andere een veel reëlere inschatting maken van de kans dat er sprake is van een werkelijke dreiging.

Volgens de werkgeheugenhypothese zou dus niet alleen bij patiënten met PTSS verwacht worden dat de klachten door EMDR kunnen afnemen, maar ook bij de patiënt met een sociale fobie, een dwang, een hondenfobie, enzovoort.

Hiervoor werd al benoemd dat EMDR tevens kansrijk kan zijn bij psychotische patiënten met comorbide PTSS. Redenerend vanuit de werkgeheugenhypothese zou EMDR niettemin ook toegepast kunnen worden bij chronische psychotische klachten. Het moet dan wel aannemelijk zijn dat bepaalde geheugenrepresentaties met een hoge emotionele lading een rol spelen bij het voortduren van de klachten, ook al is er geen sprake van PTSS. De volgende gevalbeschrijving wil dit illustreren. Het gaat daarbij om Kees, een 45-jarige man met schizofrenie bij wie EMDR is toegepast.

KEES

Kees wordt door zijn sociaalpsychiatrisch verpleegkundige van het wijkteam aangemeld, omdat hij ondanks trouw gebruik van zijn antipsychotica toch last blijft houden van onregelende psychotische klachten. Kees is vijf jaar geleden bij de ggz gekomen, omdat hij op verschillende levensgebieden vastliep. Met behulp van de ggz heeft hij inmiddels weer werk gevonden als taxichauffeur, er is een afbetalingsregeling gekomen voor zijn schulden en hij heeft een bewindvoerder die hem behoedt voor nieuwe schulden. Een casemanager helpt hem zijn huishouden op orde te houden. Alcoholgebruik en blowen is inmiddels redelijk binnen de perken en hij is goed ingesteld op antipsychotica (quetiapine 600 mg per dag en flupentixol 2 mg per dag). Dergelijke antipsychotica ontlenen hun werkzaamheid aan het blokkeren van do-

paminereceptoren in de hersenen waardoor interne en externe prikkels minder intrusief van karakter worden.

Kees vertelt tijdens de intake dat zijn problemen twintig jaar geleden zijn begonnen met een bijzondere ervaring in een discotheek. Hij stond aan de bar. Tegenover hem stond een man van allochtone herkomst die een mooie jongedame probeerde te zoenen. Zij stribelde tegen, waarop Kees haar te hulp schoot. Op dat moment had hij de ervaring dat er iets uit zijn borstkas sprong waarmee hij de man tegenover hem 'neerschoot', waarbij diens gezicht in een duivel veranderde. Dat gezicht van de duivel schoot vervolgens naar hem terug. Bij het ophalen van de jassen, vlak voor hij de discotheek verliet, liep hij de onbekende allochtone man weer tegen het lijf. Kees herinnert zich dat de man daarbij nog een wijzend gebaar maakte naar zijn keel. In de weken en jaren na deze gebeurtenis in de discotheek zag Kees telkens – bijvoorbeeld bij ontmoetingen op straat met allochtonen of jonge vrouwen – weer dat duivelsgezicht. Het duivelsgezicht was voor hem een signaal dat hij moest uitkijken en dat de man overal handlangers had. Hij kwam geleidelijk tot de conclusie dat de duivelsgezichten die hij altijd en overal steeds maar zag, wel moesten komen doordat de man wraak wilde nemen op Kees voor wat er was gebeurd. De bedoeling van die man zou zijn dat deze hem het leven zo zuur zou gaan maken dat Kees zelfmoord zou gaan plegen. Die dreiging werd bevestigd doordat hij, als psychotische hallucinatoire ervaring, 'letterlijk' een zwaard van Damocles in zijn nek voelde snijden. Kees vertelt zich al die jaren kranig te hebben gehouden te midden van alle bedreigingen. Om zijn familie te beschermen tegen zijn belager en diens handlangers heeft hij helaas wel de keuze moeten maken het contact met zijn familieleden te verbreken. Wat hem op de been hield, was de angstaanjagende voorstelling die hij had van wat er zou gebeuren als hij opgaf. Hij zag dan voor zich hoe hij terug zou gaan naar de bewuste discotheek en zichzelf daar zou ophangen aan de bar, terwijl iedereen hem negeerde en gewoon zou doorgaan met dansen.

Sinds ongeveer vijf jaar zijn de bedreigingen in ernst en frequentie afgenomen. De sensatie van een snijdend zwaard van Damocles in zijn nek is verdwenen. Kees heeft zelf twee verschillende verklaringen voor de afname van de bedreigingen. De eerste en voor hem gevoelsmatig de meest overtuigende, is dat hij vijf jaar geleden zijn belagers bang heeft gemaakt door heel vaak heel hard te rijden in mooie, snelle auto's. Zijn tweede verklaring is dat het komt door de antipsychotica waar hij vijf jaar geleden mee is begonnen. Hij vertelt ergens wel te weten dat zijn klachten passen bij de gestelde diagnose van schizofrenie. Als Kees

echter die duivel weer levensecht voor zich ziet en als hij nadenkt over hoe 'ze' zijn leven geruïneerd hebben, dan kan het niet zo zijn dat het allemaal alleen maar 'tussen zijn oren' zit, ook al beweert iedereen van wel. Hij voelt zich erg geïsoleerd doordat niemand hem gelooft, terwijl hij het wel echt meemaakt.

Kees ziet nog wel regelmatig het beeld van het duivelsgezicht voor zich. Als dat gebeurt, dan is hij bang dat het allemaal weer van voor afaan gaat beginnen. Hij beseft verstandelijk min of meer dat de angst in zijn hoofd zit en dat 'ze' het niet (meer) op hem gemunt hebben maar gevoelsmatig ligt dat anders; zeker als het beeld opkomt. Kees tracht het opdringen van het beeld te voorkomen door bepaalde situaties – zoals het tegenkomen van 'moslimmannen' – te vermijden. Hij doet bijvoorbeeld geen boodschappen bij de Lidl, maar gaat altijd naar de AH omdat daar minder allochtone mensen komen. Hij wil graag zijn bewegingsvrijheid terug en niet meer zo van streek raken door het beeld. Het beperkt hem nogal in zijn leven. Hij hoopt dat de behandeling bij de psycholoog hem daarbij kan helpen.

DE BEHANDELING

Het leek op basis van de anamnese aannemelijk dat wanneer de emotionele lading van de representatie van de ervaring in de discotheek zou verdwijnen, de klachten zouden kunnen verminderen. Een tweede, in het kader van de klachten relevante emotioneel beladen geheugenrepresentatie leek de gefantaseerde voorstelling te zijn van wat er zou kunnen gebeuren als hij zijn strijd zou opgeven (de zelfmoord aan de bar). In de casusconceptualisatie werd verondersteld dat de heftige emotionele reacties die Kees ervaart als hij beelden voor zich ziet van de zelfmoord aan bar het realiteitsgehalte van deze gevreesde gebeurtenis fors versterken: 'Ik ben zo bang, het moet wel een reëel gevaar zijn.' Op basis van deze aannames werd door de behandelaar verondersteld dat ten minste de 'oude' gebeurtenis in de discotheek twintig jaar geleden en waarschijnlijk ook de flash-forward van de zelfmoord aan de bar moeten worden 'opgeruimd'.

De rationale van de EMDR-behandeling bleek betrekkelijk eenvoudig aan Kees uit te leggen te zijn. Hij was zeker bereid een procedure te ondergaan die ertoe zou leiden dat het beeld van die duivel hem geen angst meer zou aanjagen en hij was het ermee eens dat zijn probleem dan waarschijnlijk opgelost zou zijn. Hij vond het op zichzelf al erg prettig om het hele verhaal van wat hij meegemaakt had eens uitgebreid te kunnen vertellen zonder te worden tegenge-

sproken. Als er dan ook nog iets aan te doen zou zijn, dan was het nog mooier, aldus Kees. Hij gaf toestemming de behandeling op video op te nemen.

Conform het behandelplan werden in het kader van EMDR twee zogenaamde 'targets' geselecteerd. De eerste had betrekking op de ervaring in de discotheek en de tweede was de flash-forward van de gevreesde suïcide in de bar. Er vonden uiteindelijk twee EMDR-sessies plaats. Beide sessies duurden minder dan een half uur. Bij beide sessies was Kees niet op het afgesproken tijdstip aanwezig. Beide keren is hij direct gebeld, waarbij bleek dat hij de afspraak was vergeten. Hij was beide keren bereid om alsnog onmiddellijk te komen, waardoor er nog net genoeg tijd overbleef voor de behandeling. De eerste sessie verliep als volgt (zie het kader aan het begin het artikel en de Jongh & ten Broeke, 2012 voor een beschrijving van de stappen van het protocol):

Target: Kees ziet zichzelf aan de grond genageld staan tegenover de man wiens gezicht zojuist veranderd is in een duivelsgezicht. Hij ziet het meisje erbij staan.

NC: 'Ik ben machteloos' (hij voelt bij het kijken naar het plaatje opnieuw de machteloosheid van destijds)

PC: 'Ik kan het aan' (om naar het plaatje te kijken)

VoC (1-7): 2

Emotie(s): boosheid

SUD (0-10): 7

Locatie van de SUD in het lichaam: torso

Beloop van SUD bij 'back to target': 3-0

Beloop van de VoC: 5-7

Na de eerste sessie is Kees direct de dag erna naar de Lidl geweest. Hij ervaart geen dreiging meer van zijn belagers. Het voelt alsof ze hem nu echt met rust laten. Wel is hij na de eerste sessie nog wat huiverig om de strijd echt te laten varen. Hij wil niet degene zijn die opgeeft en ergens heeft hij het idee dat het loslaten van zijn strijd zou betekenen dat hij zijn belagers laat winnen. Daarom wordt ook de flash-forward nog aangepakt:

Target: Kees ziet zichzelf met een touw om zijn nek aan de bar van de discotheek hangen terwijl op de achtergrond iedereen vrolijk verdergaat met dansen alsof er niks aan de hand is.

NC: 'Ik ben machteloos' (het is een angstaanjagend plaatje dat machteloos maakt als hij ernaar kijkt)

PC: 'Ik kan het aan' (om naar het plaatje te kijken)

VoC (1-7): 2

Emotie(s): angst

SUD (0-10):10

Locatie van de SUD in het lichaam: hoofd

Beloop van SUD bij 'back to target': 5-3-0

Beloop van de VoC: 7-7

Na deze sessie is de huiver om 'het ook echt los te laten' verdwenen.

Kees kan nog niet goed geloven dat hij van zijn klachten af is. Hij twijfelt er zelf aan of het wel door de EMDR komt. Hij denkt dat het ook wel puur zou kunnen komen doordat er iemand was die zijn ervaringen serieus nam. De totale behandeling inclusief intake en evaluatie heeft vijf sessies in beslag genomen.

Het duivelsbeeld waar Kees vanaf wilde en waar hij psychologische hulp voor zocht, blijkt ruim een half jaar later nog steeds weg. Kees is erg tevreden. Hij denkt aanvankelijk zelfs dat al zijn problemen opgelost zijn. Hij ziet zijn toekomst zonnig tegemoet. Te zonnig, want enige tijd na afsluiten van de behandeling wordt hij op staande voet ontslagen omdat hij zonder bericht niet is verschenen op zijn werk. Ook komen er signalen dat zijn huis aan het vervuilen is. Dergelijke problemen heeft Kees in het verleden eerder gehad. Patiënten met schizofrenie zoals Kees kunnen ook last hebben van apathie en gedesorganiseerdheid waarvan de ernst vaak wisselend is in de tijd. Actieve bemoeienis vanuit het wijkteam lijkt voor patiënten zoals hij nodig om staande te blijven in de maatschappij. Dit staat in feite los van de resultaten van de EMDR-behandeling.

DISCUSSIE

Redenerend vanuit de werkgeuegenhypothese kunnen verschillende soorten klachten waarbij geheugenrepresentaties een rol spelen in het blijven bestaan van de klachten met EMDR behandeld worden. Wat de casus Kees laat zien is dat dit ook voor sommige psychotische klachten op lijkt te gaan. Kees kon met EMDR snel van het zich telkens aan hem opdringende beeld van het duivelsgezicht af geholpen worden, waarbij zijn waanovertuiging die in de loop der jaren als verklaring voor het zich opdringende beeld was ontstaan, ongemoeid werd gelaten. Kees kwam zelf spontaan tot een herevaluatie van die overtuiging toen het beeld hem na de EMDR geen angst meer aanjoeg.

In de richtlijnen schizofrenie wordt cognitieve gedragstherapie aanbevolen als psychologische behandelmethodede bij persisterende wanen of hallucinaties (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2012). In het geval van Kees zou men in cognitieve gedragstherapie trachten de geloofwaardigheid van zijn waanovertuiging te verminderen door samen met Kees minder vreeswekkende verklaringen te

verzamelen voor het beeld van het duivelsgezicht dat hij telkens zag. Dit zou onder andere kunnen door normaliserende psycho-educatie te geven over hallucinatoire ervaringen (zie bijvoorbeeld Kingdon & Turkington, 2008). Getracht zou worden om door verbale cognitieve technieken en gedragsexperimenten te komen tot een minder vreeswekkende interpretatie van de zich aan hem opdringende duivelsgezichten en tot afname van de geloofwaardigheid van de daaraan gekoppelde overtuigingen (Morrison, 2001). De cognitieve gedragstherapie zou dan niet zozeer tot doel hebben dat het beeld zou weggaan, maar dat Kees zich er minder van zou aantrekken. Kees zou waarschijnlijk geen gemakkelijke patiënt zijn geweest voor cognitieve gedragstherapie, omdat hij een nogal beperkt ziekte-inzicht heeft en erg gevoelig is om voor gek versleten te worden doordat hij al zo vaak niet werd geloofd. Het alleen al bespreken van alternatieve verklaringen voor zijn ervaring zou hem waarschijnlijk al gemakkelijk het idee geven weer niet geloofd te worden. Ook de duur van een traject cognitieve gedragstherapie en het huiswerk dat doorgaans bij cognitieve gedragstherapie hoort, zou een struikelblok geweest kunnen zijn, doordat Kees nogal gedesorganiseerd is. Vijf keer naar de therapie komen was voor hem al een hele klus.

De casus Kees doet vermoeden dat EMDR een waardevolle interventie kan zijn binnen het bestaande psychologische behandelaanbod bij psychotische klachten. Ook vanuit de theorie lijkt EMDR een zinvolle interventie wanneer emotionele reacties zoals angst of problematische gedragingen voortkomen uit ofwel mentale representaties van gebeurtenissen in het verleden ofwel uit intrusieve voorstellingen van toekomstige rampen. Andere interventies zoals normaliserende psycho-educatie, verbale uitdaging door socratische dialoog en gedragsexperimenten zullen in veel gevallen daarnaast vanzelfsprekend nodig zijn om andere onderdelen van de problematiek te veranderen.

Het lijkt zinvol om ervaringen met EMDR bij deze doelgroep te verzamelen om uiteindelijk wetenschappelijk onderzoek te doen naar de effectiviteit van EMDR gericht op mentale representaties die een rol spelen in psychotische klachten.

DRS. MATTY GEURINK is gz-psycholoog, cognitief gedragstherapeut en EMDR-practitioner en werkt voor de FACT-teams van GGZ Leiden.

DRS. ERIK TEN BROEKE is klinisch psycholoog en werkzaam als vrijgevestigd cognitief gedragstherapeut te Deventer. Daarnaast is hij door de Vereniging EMDR Nederland en door EMDR-Europe erkend als trainer.

Referenties

- Arntz, A., Rauner, M. & van den Hout, M. (1995). 'If I feel anxious, there must be danger': Ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 917-925.
- Auxemery, Y. (2012). Etiopathogenic perspectives on chronic psycho-traumatic and chronisch psychotic symptoms: The hypothesis of a hyperdopaminergic endophenotype of PTSD. *Medical Hypotheses*, 79, 667-672.
- Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling S., Richards, D. & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- de Jongh, A. & de Roos, C. (2013). EMDR: Als herinneringen in de weg zitten. *Modern Medicine*, 3, 85-88.
- de Jongh, A. & ten Broeke, E. (2012). *Handboek EMDR*. Amsterdam: Pearson.
- Engelhard, E.A., van den Hout, M.A., Janssen, W.C. & van der Beek, J. (2010). Eye movements reduce vividness and emotionality of 'flash-forwards'. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 442-447.
- Gunter, R.W. & Bodler, G.E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 913-931.
- Heins, M., Simons, C., Lataster, T., Pfeifer, S., Versmissen, D., Lardinois, M., Marcelis, M., Delespaul, P., Krabbendam, L., van Os, J. & Myin-Germeys, I. (2011). Childhood trauma and psychosis: A case-control and case-sibling comparison across different levels of genetic liability, psychopathology, and type of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 168, 1-9.
- Honig, A., Romme, M.A., Ensink, B.J., Pennings, M.H., Escher, S.D. & de Vries, M.W. (1998). Auditory hallucinations: A comparison between patients and non-patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 646-651.
- Kingdon, D.G. & Turkington, D. (2008). *Cognitive therapy for schizophrenia*. Londn/New York: The Guilford Press.
- Larkin W. & Morrison, A.P. (Ed.). (2006). *Trauma and psychosis: New directions for theory and therapy*. London: Routledge.
- Morrison, A.P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2012). *Multidisciplinaire richtlijnen schizofrenie*. Utrecht: De Tijdstroom. www.ggzrichtlijnen.nl.
- van den Berg, D.P.G. & van der Gaag, M. (2012). Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 664-671.
- van den Hout, M.A., Engelhart, I.M., Rijkeboer, M., Koekebakker, J., Hornsveld, H., Leer, A., Toffolo, M.B.J. & Akse, N. (2011). EMDR: Eye movements superior tot beeps in taxing working memory en reducing vividness of recollections. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 92-98.
- van der Gaag, M., van der Vleugel, B., van den Berg, D., de Bont, P., de Jongh, A. & van Minnen, A.A. (2011) Randomised multicentered trial of trauma focused treatment of psychotic patients with PTSD in the Netherlands: Design and research questions. 41st EABCT Annual Congress Abstracts, 98.
- van Etten, M.L. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.