
Het werkzame mechanisme van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): is dit het *van een afstand bekijken* of het *herbeleven* van een traumatische gebeurtenis?

M.J. Verstraaten (3056740)

BSc

Master-student aan de Universiteit Utrecht

E. van Vliet (3056805)

BSc

Master-student aan de Universiteit Utrecht

This research is a replication of the study of Lee, Taylor and Drummond (2006) which describes the working mechanisms during an Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment. This study tested whether there is a relation between improvement in symptoms and the way the client sees the traumatic event; is this from a detached point of view (*distancing*) or when the trauma is re-experienced (*reliving*).

The responses of 30 clients during an EMDR session, are classified into four categories according to the classification of Lee et al. (2006) (*distancing, reliving, affect and associated*).

Added in this study is the category undecided.

The results show there is no difference in the responses given during an EMDR session and the reduction of PTSD-symptoms (measured with the Dutch version of the Impact of Event Scale) and of the distress (measured with the Subjective Units of Disturbance Scale). All the responses are related to an improvement, regardless of the category. These results are not in line with the findings of Lee et al. (2006) that show distancing-reactions are associated with a greater reduction in symptoms than reliving-reactions. In addition to Lee et al. (2006), the current study found that both the nature of the trauma (intentional or not intentional) as well as the negative cognition of a client (powerlessness or self-esteem) are not associated with an improvement in symptoms during EMDR treatment. Future research may contribute to knowledge about other factors that may be associated with the effectiveness of EMDR.

Inhoudsopgave	2
Inleiding	3
Effectieve behandelingen van PTSS	3
Onderzoek van Lee, Taylor en Drummond (2006)	6
Replicatieonderzoek van Lee et al. (2006) door Baas en van Arkel (2008)	7
Huidig onderzoek	7
Samenvatting hypothesen	10
Methoden	12
Inleiding	12
Onderzoekspopulatie	12
Design	12
Meetinstrumenten	13
Procedure	16
Resultaten	18
Algemene resultaten	18
Uitkomsten onderzoek	18
Observaties Classificatiesysteem Effecten EMDR	23
Discussie	25
Samenvatting resultaten	25
Interpretatie van de bevindingen	25
Beperkingen van het onderzoek	26
Toekomstig onderzoek	27
Referenties	30
Bijlage 1: Criteria posttraumatische stress-stoornis volgens de DSM-IV-TR	35
Bijlage 2: EMDR protocol	37
Bijlage 3: Onderzoekspakket	44
Bijlage 4: Waargenomen veranderingen tijdens EMDR-sessies, tabel 4, 5, 6	51
Bijlage 5: Regels voor de Participant Response Classification	53

Inleiding

“Tijdens de ramp was ik met mijn vrouw, ouders en broer thuis. Ons huis grensde met de tuin aan het fabrieksterrein. (...) We hoorden klappen (...) Het bleek de opslag te zijn. We dachten: ze zijn weer met het vuurwerk bezig. (...) Bij de volgende knallen stonden we met z'n allen voor de woning. Wij riepen nog “Ren weg” tegen de politie, maar zij bleven gewoon staan. Wij renden wel weg. Bij de derde knal werden we in de lucht geslingerd. Ik zag dat mijn broer viel en zijn hart vast hield. Mijn vader pakte hem op. Dat zag ik ook nog. Daarna werd alles pikdonker van het stof. (man, 33 jaar)” (Drogendijk, van der Velden, Boeije, Gersons & Kleber, 2005).

Bovenstaand fragment illustreert een traumatische gebeurtenis van een slachtoffer van de vuurwerkcramp in Enschede in 2000.

Veel mensen maken in hun leven een traumatische gebeurtenis mee, dit komt bij 61 procent van de mannen voor en bij 51 procent van de vrouwen (Kessler, Sonnega, Bromet, Huges & Nelson, 1995). Het ervaren van een traumatische gebeurtenis hoeft niet per definitie tot blijvende klachten te leiden. De meeste mensen kunnen de traumatische gebeurtenis verwerken en een plek geven. Echter bij een deel van de mensen lukt dit niet. Uit een studie onder de Amerikaanse bevolking komt naar voren dat 7,8 procent van de mensen die een traumatische gebeurtenis meemaakt, ooit in hun leven voldoet aan de criteria van posttraumatische stress-stoornis (PTSS) (Kessler et al., 1995). PTSS wordt geclassificeerd als een angststoornis en omvat de volgende kenmerken: (a) de betrokkene is blootgesteld aan een intens schokkende ervaring en vertoont emotionele reacties, zoals angst, hulpeloosheid of afschuw (b) de gebeurtenis wordt voortdurend *herbeleefd* (c) de betrokkene *vermijdt* prikkels die bij het trauma hoorden (d) de betrokkene kent symptomen van verhoogde *prikkelbaarheid* (e) de duur van de stoornis houdt langer dan een maand aan en (f) veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren (American Psychiatric Association, 2001). Voor de volledige DSM-IV-TR classificatie van PTSS, zie bijlage 1.

Effectieve behandelingen van PTSS

Imaginaire Exposure (IE) en Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) zijn de meest gebruikte en meest effectieve behandelingen bij PTSS (Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ, 2003). De werkgroep Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen, onderdeel van de landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ, heeft deze richtlijn opgesteld. De richtlijn is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en is bedoeld ter ondersteuning van de dagelijkse behandeling van cliënten met angststoornissen, waaronder PTSS (Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ, 2003). Een recente meta-analyse van Bisson et al. (2007) laat zien dat er geen verschil is in effectiviteit tussen Cognitieve Gedrags Therapie (CGT) en EMDR. Imaginaire Exposure is de meest effectieve methode van CGT welke

gebruikt wordt bij de behandeling van PTSS klachten (Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ, 2003).

Er zijn enige aanwijzingen gevonden voor een grotere efficiëntie van EMDR ten opzichte van CGT (van Etten & Taylor, 1998). Dat wil zeggen dat met EMDR dezelfde effecten in kortere tijd worden behaald dan met CGT. Uit gecontroleerde studies naar de effectiviteit van EMDR voor de behandeling van PTSS (type I psychotrauma) blijkt dat na gemiddeld 6 zittingen ongeveer driekwart van de cliënten niet meer aan de DSM-IV criteria voor PTSS voldoet (Rothbaum, 1997; Wilson, Becker & Tinker, 1997).

Imaginaire Exposure

Exposure therapie is een van de belangrijkste technieken van de gedragstherapie die gebruikt wordt bij diverse soorten angstklachten: sociale angst, agorafobische klachten, paniekstoornis, obsessief compulsieve stoornis en PTSS (Hermans, Eelen & Orlemans, 2007).

Vanwege de aard van de problematiek wordt bij PTSS en trauma gerelateerde klachten Imaginaire Exposure toegepast tijdens de behandeling (Foa, Keane & Friedman, 2000). Imaginaire Exposure is ontwikkeld door Edna B. Foa om vrees en angst te reduceren waarbij de cliënt wordt blootgesteld aan de angst (Foa & Riggs, 1993; Lee, Schragg & Turner, 2001).

Bij Imaginaire Exposure dient de cliënt zich de angstopwekkende herinnering aan het trauma *zo echt en levendig* mogelijk voor te stellen, waarin de situatie als herinnering wordt *herbeleefd* (Muris & Merckelbach, 1997). De blootstelling aan de angstopwekkende herinnering is een cruciaal principe van exposure therapie. In de behandeling wordt gebruik gemaakt van een angsthiërarchie, dit is een rangorde van herinneringen aan het trauma die steeds meer angst ontlokken (Sadock & Sadock, 2003; Hermans et al., 2007). De cliënt begint met het denkbeeldig voorstellen van de minst nare herinnering, waardoor de cliënt door herhaalde blootstelling hieraan gewend raakt. In de loop van de behandeling wordt steeds een stap verder gegaan, totdat ook de laatste en moeilijkste herinnering geen angst meer opwekt (van Minnen, Arntz & Keijsers, 2002). De blootstelling aan de angst kan, naast het denkbeeldig voorstellen van de nare herinnering, gecombineerd worden met het gebruik van voorwerpen, beelden (foto's, film) en geluiden die geassocieerd worden met de traumatische gebeurtenis (van Minnen & Foa, 2006; Paunovic & Öst, 1991). Ook kan ervoor gekozen worden om de plaats waar de traumatische gebeurtenis heeft plaatsgevonden te bezoeken (van Minnen & Foa, 2006).

Het is niet geheel duidelijk welke mechanismen precies werkzaam zijn bij Imaginaire Exposure. Er lijken meerdere mechanismen werkzaam te zijn, zoals habituatie, extinctie, 'reciprocal inhibition' en 'counterconditioning'. Onder habituatie wordt een afname verstaan van de subjectieve angst en de fysiologische reacties (Tryon, 2005). Op korte termijn leidt dit tot gewenning door herhaaldelijke blootstelling aan de nare herinnering. Wanneer er op lange termijn

geen nieuwe prikkels aan de nare herinnering zijn, blijft deze nare emotionele reactie uit, dit wordt extinctie genoemd (Tryon, 2005). Een andere mogelijkheid is dat juist het aanbieden van een rustgevende prikkel, die onverenigbaar is met angst, het werkzame mechanisme is. Dit principe is beschreven door Wolpe en wordt 'reciprocal inhibition' genoemd (Sadock & Sadock, 2003; Hermans et al., 2007). Counterconditioning is een vergelijkbaar principe (Tryon, 2005).

EMDR

De Amerikaanse psychologe Francine Shapiro is de grondlegger van EMDR. Tijdens het maken van een wandeling in 1987 ervaarde zij een onprettige herinnering uit haar jeugd. Zij merkte dat de herinnering minder naar werd, nadat zij haar ogen spontaan enkele keren heen en weer bewoog. Vanuit deze ervaring is EMDR verder ontwikkeld (Shapiro, 1989; de Jongh & ten Broeke, 2006).

EMDR wordt gebruikt om PTSS en andere trauma gerelateerde angsten en fobieën te verminderen. De auteurs ten Broeke, de Jongh en Oppenheim (2008) beschrijven de relatief nieuwe toepassing van EMDR bij de behandeling van complexe PTSS, dissociatieve stoornissen, eetstoornissen, chronische pijn en persoonlijkheidsstoornissen.

EMDR is een geprotocolleerde procedure en bestaat uit 10 fasen (Shapiro, 1995; de Jongh & ten Broeke, 1998a): 1. Introductie (afname eventuele meetinstrumenten en uitleg procedure), 2.

Traumatische herinnering (target/beeld bepalen), 3. Negatieve Cognitie (vaststellen NC), 4.

Gewenste positieve cognitie (vaststellen PC), 5. Emotie (vaststellen emotie en SUD) 6.

Desensitisatie (blootstellen aan beeld), 7. Installatie van de PC, 8. Bodyscan (spanning nalopen in het lichaam), 9. Future template indien nodig, 10. Positief afsluiten. De uitgebreidere beschrijving van de stappen is terug te vinden in de Nederlandse versie van het EMDR protocol uit 2008 (zie bijlage 2).

Een belangrijk aspect in EMDR is dat de cliënt bewust in het *hier en nu* is en tegelijkertijd *van een afstand* kijkt naar de traumatische ervaring. Dit wordt door Shapiro (1995) 'dual focus of attention' genoemd. De cliënt is zich ervan bewust dat het trauma niet opnieuw plaatsvindt en dus niet herbeleefd wordt. Naast het belangrijke kenmerk van het op afstand bekijken van het trauma, wat ook wel *distancing* wordt genoemd (Lee, Taylor en Drummond, 2006) kunnen ook vrije associaties optreden van stimuli die niet aanwezig waren of niet op de voorgrond stonden gedurende de traumatische gebeurtenis. Dit kunnen eerdere gebeurtenissen in het leven van de persoon zijn geweest. Ook andere neutrale stimuli tijdens de traumatische gebeurtenis kunnen naar boven komen. Associaties stimuleren de integratie van traumatische herinneringen (Lee et al., 2006). Hoe EMDR precies werkt is nog onduidelijk. Een verondersteld werkzaam aspect in EMDR is bilaterale stimulatie. De cliënt wordt gevraagd de vingers van de therapeut te volgen, die van links naar rechts bewegen, waardoor de linker- en de rechterhersenhelft worden gestimuleerd (Shapiro,

1989). Naast oogbewegingen kan de therapeut ook auditieve of kinesthetische bilaterale stimulatie toepassen. Solomon en Shapiro (2008) hebben een algemeen beschrijvend model ontwikkeld, namelijk het 'Adaptive Information Processing (AIP)'-model. Dit model is echter te weinig specifiek om wetenschappelijk te onderzoeken. Deze theorie gaat ervan uit dat EMDR de opgeslagen traumatische informatie niet alleen toegankelijk maakt, maar tegelijkertijd het natuurlijke verwerkingssysteem activeert en stimuleert, waardoor de informatie opgeslagen wordt in een meer functionele, geïntegreerde vorm (de Jongh & ten Broeke, 2006; Solomon & Shapiro, 2008). Er zijn meer specifieke theoretische verklaringen opgesteld: het eerder genoemde 'dual focus of attention'-model (Shapiro, 1995), de REM-slaaphypothese (Stickgold, 2002), de verhoogde communicatie tussen de hersenhelften (Christman, Garvey, Propper & Phaneuf, 2003), het werkgeheugenmodel (Gunter & Bodner, 2008), het 'orienting response'-model (Lipke, 2000; MacCulloch & Feldman, 1996). Toekomstig onderzoek zal verder moeten uitwijzen wat de werkingsmechanismen van EMDR zijn.

Onderzoek van Lee, Taylor en Drummond (2006)

Lee et al. (2006) hebben onderzoek gedaan naar het werkzame deel van EMDR in het artikel "The active ingredient in EMDR: Is it traditional exposure or dual focus of attention?". Er werd onderzocht of het herbeleven/*reliving*, (zoals kenmerkend bij Imaginaire Exposure) óf het van een afstand bekijken/*distancing* van het trauma, (afkomstig uit Shapiro's theorie over 'dual focus of attention') het meest werkzaam is bij een EMDR behandeling. Lee et al. (2006) verwachtten dat een meer afstandelijke (*distancing*) kijk naar het trauma samenhangt met een grotere daling in PTSS-klachten. Het onderzoek omvatte 44 cliënten met PTSS die onderzocht werden tijdens hun eerste EMDR sessie. Aan de hand van de Impact of Events Scale (IES) werd gemeten in welke mate de trauma gerelateerde klachten afnamen. Door onafhankelijke beoordelaars werden de reacties van de cliënten ingedeeld in vier categorieën, namelijk *reliving*, *distancing*, *affect* en *associated*. Deze methode wordt door Lee et al. (2006) de Participant Response Classification genoemd. De opgestelde hypothese werd aanvaard, wat betekent dat de grootste vooruitgang, op de meting van PTSS symptomen, plaatsvond als de cliënt het trauma van een afstand bekeek (*distancing*) ($r = .48$, $p < .001$). Dit onderzoek is een correlatieel onderzoek waardoor er geen causale verbanden vastgesteld konden worden.

Lee en Drummond (2008) hebben een experimenteel onderzoek uitgevoerd om te onderzoeken of er manipulatie mogelijk is door het geven van *reliving* of *distancing* instructies door therapeuten. Er werden 48 participanten toebedeeld aan vier condities, namelijk wel of geen oogbewegingen en therapeut instructies die gericht zijn op *reliving* danwel *distancing*. De data is op drie momenten in de tijd verzameld, waardoor er sprake is van een 2x2x3 design. Verwacht werd dat zowel de oogbewegingen als de instructies tot *distancing* zouden leiden tot de grootste afname in klachten.

Oogbewegingen zouden de integratie van traumatische herinneringen stimuleren en daardoor leiden tot minder klachten. Naar voren kwam dat er geen verschil is tussen de instructies die therapeuten gaven (*reliving vs distancing*). De oogbewegingen hadden wel een positief effect op de afname van de klachten (bij post treatment en follow-up), maar niet op de levendigheid van de traumatische herinnering. Post hoc analyses laten zien dat de levendigheid van een traumatische herinnering alleen afneemt bij de combinatie van oogbewegingen en instructies voor *distancing*. Op grond van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat er bij dit experimenteel onderzoek geen manipulatie mogelijk was in de instructies tot *reliving* of *distancing* die therapeuten geven.

Replicatieonderzoek van Lee et al. (2006) door Baas en van Arkel (2008)

Baas en van Arkel (2008) hebben het onderzoek van Lee et al. (2006) gerepliceerd. Voor hun onderzoek zijn 15 video-opnames van EMDR-sessies geanalyseerd met behulp van de Participant Response Classification (zie Methoden, meetinstrumenten). In navolging van Lee et al. (2006) werd er een positieve samenhang verwacht tussen reacties in de categorie *distancing* en de afname van PTSS klachten, dit werd niet gevonden ($r = .28, p = n.s$). Dat er geen significante resultaten gevonden werden hangt mogelijk samen met een kleine steekproef. Aanvullend op het onderzoek van Lee et al. (2006) is er een onderscheid gemaakt tussen de domeinen machteloosheid en zelfwaardering die afgeleid zijn van de Negatieve Cognitie. Er werd gevonden dat er een positieve samenhang is tussen de afname van PTSS-klachten en het gebruik maken van *reliving* reacties, wanneer de traumatische ervaring binnen het domein machteloosheid valt ($r = .86, N = 6, p < .05$).

Huidig onderzoek

Dit huidige onderzoek is ook een replicatie van het onderzoek van Lee et al. (2006). De resultaten die in het bovenstaande replicatieonderzoek van Baas en van Arkel (2008) niet gevonden zijn, kunnen mogelijk wel door een grotere steekproef gevonden worden.

Distancing vs reliving, affect, associated en onbeslist

In dit onderzoek wordt gekeken naar de samenhang van reacties in de categorieën *distancing, reliving, affect, associated* en *onbeslist* en de klachten. In overeenstemming met de uitkomsten van het onderzoek van Lee et al. (2006) wordt verwacht dat hoe meer de cliënt van een afstand kijkt naar het trauma (*distancing*) hoe groter de afname in PTSS-klachten en naarheid van de herinnering. Dit in tegenstelling tot reacties die in de overige categorieën worden gegeven.

Cognitieve domeinen

Het huidige onderzoek kent, net als het onderzoek van Baas en van Arkel (2008), de toevoeging van de twee cognitieve domeinen zelfwaardering en machteloosheid aan Lee et al. (2006). In beide

onderzoeken worden de vijf disfunctionele cognities samengevoegd. De Jongh en ten Broeke (2006) onderscheiden vijf verschillende cognitieve domeinen waarbinnen de negatieve cognitie valt. Deze cognitie is een negatieve uitspraak die de cliënt heeft over zichzelf wanneer deze naar het trauma kijkt:

- verantwoordelijkheid/schuld (de cliënt geeft zichzelf onterecht de schuld van de gebeurtenis en voelt zichzelf hiervoor verantwoordelijk: 'ik ben schuldig, had ik maar...')
- controle (verwijst naar machteloosheid en hulpeloosheid die gevoeld werd tijdens het trauma en het onvermogen hier nu mee om te gaan: 'ik ben hulpeloos')
- zelfwaardering (sterk diskwalificerende opvatting over het zelfbeeld: 'ik ben dom, ik ben niet de moeite waard')
- kwetsbaarheid (onderschatten van het eigen vermogen om te kunnen gaan met bedreigingen: 'ik ben zwak')
- veiligheid (de ernst van een bedreiging wordt overschat, de cliënt is voortdurend op zijn hoede: 'ik ben in gevaar')

Binnen dit onderzoek zijn de vijf cognitieve domeinen samengevoegd tot de twee meest voorkomende domeinen machteloosheid en zelfwaardering. Controle, kwetsbaarheid en veiligheid vallen in het domein 'machteloosheid' en verantwoordelijkheid/schuld en zelfwaardering in het domein 'zelfwaardering'. Grey, Young en Holmes (2002) benoemen dat herbeleven (zoals gebruikelijk bij exposure therapie) bij de negatieve cognities betreffende schuld, schaamte en woede niet volstaat, maar dat er cognitieve herstructering nodig is.

Amir, Foa & Cashman (1996), zoals geciteerd in Ehlers et al. (1998) benoemen dat wanneer er gevoelens van schuld en schaamte aanwezig zijn ten aanzien van het trauma de Imaginaire Exposure behandeling hiervan minder effectief is op lange termijn. Deze gevoelens komen voor wanneer de cliënt een negatieve cognitie heeft op het gebied van zelfwaardering. Verwacht wordt dat de afname van klachten en de afname van de naarheid van de herinnering binnen het domein zelfwaardering minder groot is dan bij het domein machteloosheid.

Overeenkomstig met de hypothesen van Baas en van Arkel (2008) wordt verwacht dat cliënten, die meer reacties binnen de categorieën *distancing* en/of *associated* geven, een grotere afname in PTSS-klachten en naarheid van de herinnering laten zien, wanneer de negatieve cognitie valt binnen het domein zelfwaardering. Dit in tegenstelling tot cliënten die meer reacties geven in de overige categorieën. Bij zelfwaardering is er naast angstreductie ook een cognitieve verwerking nodig, die alleen bereikt kan worden door gebruik te maken van de EMDR-elementen van een afstand bekijken (*distancing*) en vrije associaties (*associated*). Non-target associaties zouden volgens Lee et al., (2006) er toe leiden dat de traumatische herinnering beter geïntegreerd wordt opgeslagen met

andere herinneringen. De vrije associaties zouden tot een betere verwerking van de traumatische herinnering leiden (Lee et al., 2006). De combinatie van *distancing* en *associated* reacties leiden mogelijk tot een grotere daling van PTSS klachten en naarheid van de herinnering dan wanneer een van beide categorieën voorkomt.

Daarnaast wordt verwacht dat er geen verschil wordt gevonden op de afname in PTSS-klachten tussen *distancing* en *reliving*, wanneer de negatieve cognitie valt binnen het domein machteloosheid. Bij traumatische ervaringen binnen het domein machteloosheid wordt verondersteld dat zowel herbeleven als van een afstand bekijken voldoende leiden tot angstreductie. Door het herbeleven van de traumatische herinnering veranderen alleen negatieve cognities binnen het domein machteloosheid (Grey et al., 2002). *Distancing* reacties zijn daarom niet noodzakelijk (bij het domein machteloosheid), omdat er geen cognitieve herstructurering nodig is zoals binnen het domein zelfwaardering.

Aard van de traumatische gebeurtenis

De aard van het trauma (*intentioneel en niet-intentioneel*) wordt toegevoegd aan het huidige onderzoek.

Bij medische ongevallen wordt de onderverdeling intentioneel en niet-intentioneel veelal gehanteerd. Onder intentioneel wordt in het artikel van Mawson (2005) verstaan: "Injurious intent is usually assumed when apparently *deliberate* and *well-directed* behavior results in injury" (p. 379). Eenzelfde indeling is mogelijk bij traumatische gebeurtenissen. In dit onderzoek wordt aangehouden dat een intentionele traumatische gebeurtenis door anderen *bewust is aangedaan*, zoals beroving, gijzeling, verkrachting, oorlogshandelingen en pesterijen. Een niet-intentionele gebeurtenis daarentegen *overkomt* iemand en wordt *niet bewust aangedaan*, zoals natuurrampen, verkeersongevallen of arbeidsongevallen. Niet elke gebeurtenis valt in te delen in een van deze twee categorieën, bijvoorbeeld bij nalatigheid bij een brand. Dit is tevens het belangrijkste kritiekpunt dat gegeven wordt op deze indeling bij medische ongevallen (Mawson, 2005). Hoe bruikbaar deze indeling is bij PTSS, is nog niet voldoende wetenschappelijk onderzocht en vormt daarmee een onderzoeksvraag.

In het onderzoek van Mawson (2005) komt naar voren dat intentionele medische ongevallen tot meer problemen leiden dan niet-intentionele medische ongevallen, zoals problemen met alcohol- en drugsgebruik en werkloosheid. Op basis hiervan wordt verwacht dat intentionele traumatische gebeurtenissen ook tot meer problemen leiden dan niet-intentionele gebeurtenissen binnen dit onderzoek. Er wordt verwacht dat intentionele gebeurtenissen meer impact hebben op het slachtoffer en een diepere laag aantasten, namelijk de identiteit. De traumatische ervaring wordt mogelijk persoonlijk opgevat en niet willekeurig. Gebeurtenissen die iemand overkomen, zijn meestal niet op de persoon zelf gericht en kan ook iedereen overkomen. Mogelijk vormt dit minder

een bedreiging voor het zelfbeeld. De PTSS klachten zullen waarschijnlijk minder snel afnemen bij intentionele gebeurtenissen dan bij niet-intentionele gebeurtenissen.

Er wordt tussen het cognitieve domein en de aard van de traumatische gebeurtenis een positieve samenhang verwacht, namelijk tussen zelfwaardering en intentionele gebeurtenissen en ook tussen machteloosheid en niet-intentionele gebeurtenissen. Net als bij intentionele gebeurtenissen omvat het cognitieve domein zelfwaardering negatieve cognities die meer gericht zijn op de identiteit van de cliënt. Net als bij niet-intentionele gebeurtenissen omvat het cognitieve domein machteloosheid negatieve cognities die meer gericht zijn op het controle hebben over de gebeurtenis.

Effecten van EMDR

Oorspronkelijk veronderstelde Shapiro dat het EMDR-proces met name werkzaam was door de angstreductie (desensitisatie). Echter het desensitiserend effect lijkt niet het enige of meest opvallende aspect van deze methode te zijn (De Jongh & ten Broeke, 2006). Maxfield (2008) beschrijft bij EMDR naast het desensitiserend effect ook nog andere effecten, welke nog niet door empirisch onderzoek zijn ondersteund:

- explorerend effect: nieuwe associaties treden op in het episodisch geheugen
- cognitieve verandering: er wordt een nieuwe betekenis verleend aan het trauma
- rustgevend effect: de fysiologische verschijnselen nemen af

Er wordt een observatie gedaan naar het voorkomen van deze vier mogelijke effecten van EMDR. Dit om een basis te vormen voor toekomstig onderzoek. Dit onderdeel van het huidige onderzoek heeft een explorerend karakter.

Samenvatting hypothesen

Dit huidige onderzoek kan bijdragen aan de wetenschappelijke kennis op dit betrekkelijk nieuwe onderzoeksveld van EMDR en een praktische bijdrage leveren aan de ontdekking van de werkingsmechanismen van EMDR. Bij trauma's met een bepaalde aard (intentioneel en niet-intentioneel) of bij bepaalde negatieve cognities (machteloosheid en zelfwaardering) kan er mogelijk een handvat geboden om een meer effectieve behandeling te bewerkstelligen. De geprotocolleerde behandeling van EMDR kan op deze manier door therapeuten beter toegepast worden op het individu.

Distancing vs reliving, affect, associated en onbeslist

1. Er wordt een positieve samenhang verwacht tussen *distancing* en de afname in klachten en de aanwezigheid van de herinnering. Hoe meer reacties in de categorie *distancing*, hoe groter de afname in PTSS-klachten (SVL) en ervaren aanwezigheid (SUDS), dit in vergelijking met de categorieën *reliving*, *affect*, *associated* en *onbeslist*.

Cognitieve domeinen

2. Bij cliënten met een negatieve cognitie in het domein machteloosheid wordt een grotere daling verwacht op de SUDS en de SVL dan bij een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering.
3. Bij cliënten met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering wordt verwacht dat hoe meer er gebruik wordt gemaakt van *distancing* hoe groter de daling is op de SUDS en SVL dan bij *reliving*.
4. Bij cliënten met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering wordt verwacht dat hoe meer er gebruik wordt gemaakt van *associated* hoe groter de daling is op de SUDS en SVL dan bij *reliving*.
5. Bij cliënten met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering wordt verwacht dat hoe meer er gebruik wordt gemaakt van *distancing* en *associated* samen hoe groter de daling is op de SUDS en SVL dan alleen bij *distancing*.
6. Bij cliënten met een negatieve cognitie in het domein machteloosheid wordt verwacht dat er geen verschil gezien wordt van de daling op de SUDS en SVL tussen *distancing* en *reliving*.

Aard trauma

7. Er wordt een positieve samenhang verwacht, tussen het cognitieve domein zelfwaardering en intentionele gebeurtenissen en tussen het cognitieve domein machteloosheid en niet-intentionele gebeurtenissen.
8. Er wordt verwacht dat gebeurtenissen die je overkomen (*niet-intentioneel*) een grotere daling laten zien op de SVL en de SUDS dan gebeurtenissen die je bewust worden aangedaan (*intentioneel*).

Methoden

Inleiding

In dit onderzoek worden video-opnames van cliënten met PTSS of andere traumagerelateerde klachten geanalyseerd. De banden zijn verkregen door het aanschrijven van 160 Nederlandse EMDR-practitioner. Dit zijn GZ-psychologen of psychotherapeuten die de EMDR-opleiding hebben afgerond en daarmee een Europese registratie tot EMDR practitioner hebben verkregen. Er zijn in totaal 34 opnames toegezonden door 13 practitioners. Er waren uiteindelijk 30 banden bruikbaar voor dit onderzoek. Er zijn vier opnames uitgevallen: één vanwege de slechte verstaanbaarheid van de cliënt, één opname is verkeerd opgenomen en de andere twee banden zijn tijdens de verzending met de post waarschijnlijk gewist.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit 27 cliënten in de leeftijd van 17 tot 53 jaar. De gemiddelde leeftijd van de cliënten is 32.6 jaar (SD = 11.74).

Alle cliënten zijn gediagnosticeerd met (complexe) PTSS of andere traumagerelateerde klachten (bijvoorbeeld een angststoornis NAO). Elke gestelde indicatie door de EMDR-practitioner is voldoende voor behandeling met EMDR, dit hoeft niet per se in het kader van PTSS te zijn.

De behandeling met EMDR wordt uitgevoerd door zelfstandig gevestigde behandelaars of behandelaars binnen een GGZ-instelling. De bredere toepassing van EMDR wordt ook gezien binnen het huidige onderzoek en gaat altijd samen met angst/trauma gerelateerde klachten waarvoor de EMDR indicatie is gesteld. De volgende comorbide stoornissen kwamen voor: ADHD, seksuele stoornis, persoonlijkheidsstoornis NAO, zwakbegaafdheid, depressieve stoornis en een ouder-kind relatieprobleem.

Design

Het onderzoek betreft een correlatief onderzoek, waarbij gekeken wordt naar de samenhang tussen de mate waarin een cliënt gebruik maakt van *distancing*, *reliving*, *affect*, *associated* en *onbeslist* (in percentages gemeten) en de afname in klachten (gemeten met de SVL) en naarheid van de herinnering (gemeten met de SUDS). Binnen dit onderzoek kunnen geen causale conclusies getrokken worden, omdat er geen volledige controle is over de variabelen (Goodwin, 2002). Dit in tegenstelling tot een experimenteel onderzoek, waarin centraal staat dat de onafhankelijke variabelen gemanipuleerd worden.

Meetinstrumenten

Schok Verwerkings Lijst

De Schok Verwerkings Lijst (SVL) is een Nederlandstalige bewerking (Brom & Kleber, 1985) van de "Impact of Event Scale" (IES) van Horowitz, Wilner en Alvarez (1979). De SVL inventariseert de weerslag van een schokkende gebeurtenis. Deze zelfrapportage-vragenlijst bestaat uit 15 vragen en heeft betrekking op twee centrale dimensies in de psychologische reacties op een schok, enerzijds het herbeleven van de gebeurtenis en anderzijds het vermijden van onaangename gevoelens of herinneringen aan de gebeurtenis. De vragen van de SVL representeren de gevoelens en gedachten van de cliënt in de afgelopen zeven dagen. De vier antwoordcategorieën krijgen het volgende getal: helemaal niet = 0; zelden = 1; soms = 3; vaak = 5 (Brom & Kleber, 1985).

De uiteindelijke score kan in vier verschillende categorieën worden ingedeeld; 0-8 subklinisch, 9-25 milde reactie, 26-43 forse reactie, >43 ernstige reactie (Brom & Kleber, 1985). De betrouwbaarheid en de validiteit van de SVL zijn goed (van der Ploeg, Mooren, Kleber, van der Velden & Brom, 2004; Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ, 2003).

Als toevoeging op de SVL is een uitgebreide versie met 22 items beschikbaar, namelijk de SVL-22 (Kleber, 2009). Aan de SVL is een derde dimensie toegevoegd welke betrekking heeft op vragen omtrent waakzaamheid en alertheid; het derde PTSS criterium prikkelbaarheid. Deze derde dimensie wordt niet geheel ondersteund, daarom is gekozen om de SVL met 15 vragen voor dit onderzoek te gebruiken.

SUDS (Subjective Units of Disturbance Scale)

De Subjective Units of Disturbance Scale (SUDS) dient als indicatie voor de mate waarin iemand negatieve spanning/naarheid ervaart met betrekking tot een specifieke herinnering. Dit wordt gemeten op een elfpuntschaal, waarbij geldt: helemaal niet naar = 0, tot en met, zo naar als maar kan = 10 (de Jongh & ten Broeke, 2006). De SUDS score wordt meerdere malen gevraagd om een goed beeld te krijgen in welke mate de cliënt nog spanning voelt ten aanzien van de herinnering aan de traumatische gebeurtenis. Uiteindelijk is het de bedoeling dat de EMDR-sessie afgerond wordt wanneer de SUDS score is teruggebracht tot 0 of 1 (de Jongh & ten Broeke, 2006).

Participant Response Classification (Lee, Taylor & Drummond, 2006)

Dit classificatiesysteem is ontwikkeld door Lee et al. (2006) ten behoeve van hun onderzoek naar de werkzaamheid van EMDR. Het is een methode waarbij de reacties van de participanten ondergebracht kunnen worden in één van volgende vier categorieën; *reliving*, *distancing*, *associated*, *affect* (Lee et al., 2006). Bij dit onderzoek is een vijfde categorie *onbeslist* toegevoegd.

- *Reliving* ofwel herbeleven omvat de reacties die duiden op het opnieuw beleven van het trauma, vaak worden deze reacties gegeven in de tegenwoordige tijd en ik-vorm. (Lee et al., 2006).

Voorbeelden hiervan zijn: 'Waarom doe je dit?', 'Ik wil terugvechten, van me afslaan, ik wil hem stompen!', 'Dit is mijn huis, ga weg! ga weg!'.

- *Distancing* ofwel afstand nemen omvat de reacties die verwijzen naar het trauma waarin de cliënt deze op een afstandelijke beschrijft. Het trauma wordt gezien als een gebeurtenis in het verleden die vanuit het hier en nu geobserveerd wordt. Het trauma wordt niet opnieuw herbeleefd.

Voorbeelden: 'Niemand hoorde me, niemand zag me', 'Zo klein was ik nog', 'Hier ben ik, niet meer daar'.

- *Associated* ofwel associaties refereert naar stimuli die niet aanwezig waren of niet op de voorgrond stonden gedurende de traumatische gebeurtenis. Dit kunnen andere gebeurtenissen in het leven van de persoon zijn geweest. Ook andere neutrale stimuli tijdens de traumatische gebeurtenis kunnen naar boven komen (Lee et al., 2006). Voorbeelden: 'Ik kijk om me heen en zie ineens de bomen en de huizen', 'De ruimte krijgt een andere kleur', 'Ik begin ook aan andere dingen te denken'.

- *Affect* verwijst naar de reacties die duidelijk een emotionele lading dekken. Dit bevat reacties die gevoelens en fysieke sensaties beschrijven. Voorbeelden: 'Minder gespannen', 'Woede', 'Een soort verdoofd gevoel'.

- *Onbeslist* is als laatste categorie toegevoegd om de reacties te classificeren die bij geen enkele andere categorie ondergebracht konden worden. Reacties behoorden tot deze categorie wanneer het antwoorden betrof die betrekking hadden op de procedure, zoals het uitspreken van irritaties ten aanzien van de piepjes in de oren. Voorbeelden: 'Ik zat steeds met mijn gedachten bij de klikjes', 'Niks', 'Er komt niet veel meer op'.

De twee beoordelaars M. Verstraaten en E. van Vliet hebben onafhankelijk van elkaar alle reacties geclassificeerd. Wanneer opvallende verschillen gevonden werden in het totaal aantal reacties per categorie, is op itemniveau gekeken waar het verschil door veroorzaakt werd. Bij twijfel over de scoring van een reactie, is dit besproken en is indien mogelijk tot overeenstemming gekomen. Bij aanhoudende twijfel over de reactie is ervoor gekozen de reactie bij beide beoordelaars in de categorie onbeslist te plaatsen. Voorbeeld: 'Ik probeer om dat moment van die angst, die paniek, maar het ebt weg, het is net of ik er niet bij kan komen'.

Classificatiesysteem Effecten EMDR (Verstraaten & van Vliet, 2009, gebaseerd op Maxfield, 2008)

Naast het Participant Response Classification systeem van Lee et al. (2006) wordt ook een ander classificatiesysteem gehanteerd, waarbij de reacties van de cliënt worden ondergebracht in algemene veranderingen tijdens het EMDR proces. Dit wordt binnen het huidige onderzoek het Classificatiesysteem Effecten EMDR (CEE) genoemd. In tegenstelling tot de Participant Response

Classification wordt niet elke reactie genoteerd, alleen wanneer die één van onderstaande veranderingen weerspiegelt:

- desensitiserend effect: de naarheid/levendigheid van de herinnering neemt af.

Voorbeelden: 'het beeld wordt minder', 'het vervaagt', 'dat het een beetje wegzakt'.

- explorerend effect: nieuwe associaties treden op.

Voorbeelden: 'krijg associaties van andere sterfgevallen', 'ik begin ook aan andere dingen te denken', 'dat het zonnetje scheen'.

- cognitieve verandering: er wordt een nieuwe betekenis verleend aan het trauma.

Voorbeelden: 'ik ben bang om afgewezen te worden', 'het is ook gedeeltelijk omdat ik erbij wil horen', 'het is iets dat daar ook gewoon heel veel gebeurt'.

- rustgevend effect: de fysiologische verschijnselen nemen af.

Voorbeelden: 'ik word rustiger', 'dat ik iets rustiger adem', misschien dat ik me iets lichter, rustiger voel'.

Dit classificatiesysteem is toegevoegd om door middel van observatie te onderzoeken of bovenstaande veranderingen samenhangen met de daling van de SUDS en de PTSS-klachten, gemeten met de SVL.

De reacties worden door de twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar beoordeeld. Hiermee wordt een voldoende betrouwbaarheid nagestreefd.

Van elke cliënt wordt genoteerd welke veranderingen (opgesteld door Maxfield, 2008) er worden waargenomen tijdens een opname en welke verandering er voornamelijk bij de cliënt voorkomt (meer dan de helft van alle gescoorde veranderingen). Op basis hiervan worden de cliënten ingedeeld in zes groepen; voornamelijk desensitiserend, voornamelijk explorerend, voornamelijk cognitieve verandering, voornamelijk rustgevend, een mengvorm van verschillende veranderingen en geen waargenomen verandering.

Cognitieve domeinen

In het onderzoek van Baas en van Arkel (2008) en het huidige onderzoek worden de vijf disfunctionele cognities samengevoegd tot de twee domeinen machteloosheid en zelfwaardering die het meest voorkomend zijn. Binnen het domein machteloosheid vallen: controle ($N = 17$), kwetsbaarheid ($N = 0$) en veiligheid ($N = 1$) (voorbeelden: 'ik ben machteloos', 'ik ben in gevaar', 'ik ben hulpeloos') en binnen het meer cognitieve domein zelfwaardering vallen: verantwoordelijkheid/schuld ($N = 5$) en zelfwaardering ($N = 7$) (voorbeelden: 'ik ben een stuk vuilnis', 'het is mijn schuld', 'ik ben gemeen'). Voor een uitgebreidere omschrijving van de verschillende domeinen wordt verwezen naar de Jongh en ten Broeke (2006).

De therapeut heeft de cliënt gevraagd om de negatieve uitspraak te formuleren over zichzelf wanneer de cliënt kijkt naar het traumatische beeld. Op basis van de negatieve cognitie worden de cliënten in twee groepen ingedeeld, het domein machteloosheid of het domein zelfwaardering. Er werd verwacht dat deze indeling in twee groepen weinig problemen op zal leveren. Indien dit wel het geval zou zijn, werd een derde observator (mw. H.K. Hornsveld) hiervoor benaderd. Deze indeling is gedaan aan de hand van de uitgebreide voorbeelden van de Jongh en ten Broeke (2006) en heeft geen problemen opgeleverd.

Aard van de traumatische gebeurtenis

Traumatische gebeurtenissen worden onderverdeeld in intentioneel en niet-intentioneel. De volgende beslisregels worden gehanteerd, waarbij ook twijfelgevallen (zoals nalatigheid) worden ondervangen:

- 1) Is het de persoon bewust aangedaan of overkomen? Bewust aangedaan = intentioneel, Overkomen = niet-intentioneel, Geen van beiden = beslisregel 2.
- 2) Is het op de persoon gericht of willekeurig? Op persoon gericht = intentioneel, Willekeurig = niet-intentioneel.

De cliënten worden ingedeeld op basis van de aard van het trauma. Hierbij zijn de twee groepen intentioneel en niet-intentioneel ontstaan.

Deze indeling is lastiger te maken dan de indeling in cognitieve domeinen. Enkele voorbeelden van twijfelgevallen:

- Vader die schreeuwt naar zijn dochter terwijl zij afzwemt voor haar diploma: op basis van beslisregel 2 ingedeeld bij intentioneel, omdat het commentaar op haar persoonlijk gericht is.
- Meisje heeft een trauma na het zien van een verkrachtingsfilm: op basis van beslisregel 1 ingedeeld bij niet-intentioneel, omdat niemand haar gedwongen heeft naar de film te kijken.

Procedure

Voor dit onderzoek zijn 160 GZ-psychologen en/of psychotherapeuten benaderd. Via mw. dr. H.K. Hornsveld zijn de postadressen en e-mailadressen ontvangen van alle EMDR-practitioners aangesloten bij de Vereniging EMDR Nederland. Zij zijn (in oktober 2008) per post aangeschreven met de vraag om deel te nemen aan het huidige onderzoek. Het onderzoekspakket bestaat uit: informatiebrief voor therapeuten, informatiebrief voor cliënten, toestemmingsverklaring, formulier met cliëntgegevens en twee Schok Verwerkings Lijsten (zie bijlage 3).

In januari 2009 is een e-mail gestuurd, aan de therapeuten die nog geen reactie hadden gegeven, ter herinnering aan en ter motivatie van het huidige onderzoek. Ook is de sluitingsdatum voor het toezenden van opnames van het huidige onderzoek hierin vermeld (31 maart 2009). De overige

therapeuten hebben een e-mail ontvangen waarin zij bedankt werden en een nieuw onderzoekspakket als bijlage aantreffen.

De therapeuten, met uitzondering van één therapeut, waren blind ten aanzien van de hypothesen en het doel van het onderzoek. De therapeuten werden gevraagd het formulier met cliëntgegevens in te vullen en de cliënt zo volledig mogelijk te informeren over deelname aan het onderzoek.

Naast de cliëntgegevens werden ook de gestelde diagnose en het aantal EMDR-sessies genoteerd.

De cliënten werd gevraagd een toestemmingsverklaring en tweemaal de Schok Verwerkings Lijst in te vullen, eenmaal voorafgaand aan de eerste EMDR-sessie en de tweede als nameting bij het begin van de volgende sessie.

De therapeut heeft de EMDR sessie opgenomen op VHS, DVD of VHS-C. De participant kan eerdere EMDR sessies gevolgd hebben voor zijn of haar beelden van de traumatische gebeurtenis, maar de opgenomen sessie betreft altijd de eerste EMDR sessie voor dit specifieke target. De therapeut is gevraagd het EMDR-protocol (de Jong & ten Broeke, 2008) zo goed als mogelijk te volgen.

Na de sluitingsdatum (31 maart 2009) zijn de opnames bekeken en de reacties uitgeschreven en geclassificeerd door twee beoordelaars, onafhankelijk van elkaar, aan de hand van de Participant Response Classification en het CEE. De verkregen reacties zijn omgezet in percentages, ingevoerd en verwerkt met Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versie 16.0).

Resultaten

Per variabele is bepaald met behulp van de 'Kolmogorov-Smirnov test' of er sprake was van een normale verdeling. Niet alle variabelen waren normaal verdeeld, echter de variabelen die in de hypothesen geanalyseerd werden, zoals de SVL-verschilscore, SUDS-verschilscore, *distancing*, *reliving*, *affect*, *associated* en *onbeslist*, wel. Hierdoor is gebruik gemaakt van 'Pearson's Product Moment Correlatie Coëfficiënt' voor het berekenen van de correlaties.

Algemene resultaten

In het onderzoek is de gemiddelde score van de SVL op de voormeting 41.60 (SD = 16.92) en op de nameting 21.80 (SD = 17.87). De gemiddelde score van de SUDS op de voormeting is 8.43 (SD = 1.31) en op de nameting is 1.77 (SD = 2.10). De gemiddelde daling op de SVL is 19.80 (SD = 12.03) en de gemiddelde daling op de SUDS is 6.67 (SD = 2.51).

Uitkomsten onderzoek

Distancing vs reliving, affect, associated en onbeslist (1)

Er wordt een positieve samenhang verwacht tussen *distancing* en de afname in klachten en de naarheid van de herinnering. Hoe groter het percentage reacties in de categorie *distancing*, hoe groter de afname in PTSS-klachten (SVL) en ervaren naarheid (SUDS), dit in vergelijking met de categorieën *reliving*, *affect*, *associated* en *onbeslist*.

Deze hypothese is getoetst door het berekenen van correlaties. Uit de resultaten komt naar voren dat er geen significante samenhang is tussen *distancing* en de afname op de SVL ($r = .00$, $N = 30$, $p = n.s.$, tweezijdig) en de SUDS ($r = -.06$, $N = 30$, $p = n.s.$, tweezijdig). Dit betekent dat een groter percentage reacties in de categorie *distancing* niet samenhangen met een grotere afname in PTSS-klachten (SVL) en de ervaren naarheid (SUDS). Ook wordt er geen significante samenhang gevonden tussen reacties in één van de andere categorieën *reliving*, *affect*, *associated* en *onbeslist* en de afname op de SVL en de SUDS, zie Tabel 1. Samenvattend komt naar voren dat geen van de categorieën samenhangt met een grotere afname in PTSS-klachten (SVL) en ervaren naarheid (SUDS). De hoofdhypothese wordt verworpen: er is geen positieve samenhang tussen *distancing* en de afname in klachten en de naarheid van herinnering.

Tabel 1. Correlaties en significantieniveaus tussen de reacties in percentages van de categorieën *Distancing*, *Reliving*, *Affect*, *Associated* en *Onbeslist* en de SVL en SUDS verschillscores.

	SVLVershil	SUDSVershil
Distancing	-.00 (n.s.)	.06 (n.s.)
Reliving	.08 (n.s.)	-.21 (n.s.)
Affect	.03 (n.s.)	-.07 (n.s.)
Associated	-.09 (n.s.)	.09 (n.s.)
Onbeslist	-.08 (n.s.)	.12 (n.s.)

Cognitieve domeinen

Om te onderzoeken of de cliënten binnen de twee groepen machteloosheid ($N = 18$) en zelfwaardering ($N = 12$) van elkaar verschillen, is er een randomisatiecheck uitgevoerd op de variabelen geslacht, leeftijd, SUD1, SVL1, EMDR-ervaring, aard trauma, diagnose, bilaterale stimulatie en de score op de categorieën. Hiervoor is gebruik gemaakt van een ongepaarde t-test, met $\alpha = .05$. De cognitieve domeinen machteloosheid en zelfwaardering verschillen niet significant van elkaar op deze variabelen.

- Hypothese 2

Bij cliënten met een negatieve cognitie in het domein machteloosheid wordt een grotere daling verwacht op de SUDS en de SVL dan bij een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering.

De hypothese is getoetst met het 'General Linear Model', met herhaalde meting. Er is een significant verschil gevonden tussen de voor- en nameting van de ervaren naarheid (SUDS), $F(1,28) = 204.195$, $p < .0005$, partial $\eta^2 = .88$ en de PTSS-klachten (SVL), $F(1,28) = 74.188$, $p < .0005$, partial $\eta^2 = .73$. Dit betekent dat er gemiddeld een sterke daling plaats heeft gevonden tussen de voor- en de nameting van de EMDR-sessies.

Er is geen significante samenhang gevonden tussen het cognitieve domein en de afname van de ervaren naarheid (SUDS), $F(1,28) = 0.039$, $p = n.s.$ en de PTSS-klachten (SVL), $F(1,28) = .412$, $p = n.s.$ Dit betekent dat de negatieve cognitie geen invloed heeft op de afname van de naarheid van de herinnering en de PTSS-klachten.

Er is geen interactie gevonden tussen het domein en de daling op de SUDS, $F(1,28) = 0.543$, $p = n.s.$ en de SVL, $F(1,28) = .526$, $p = n.s.$ Dit houdt in dat er geen verschil is gevonden tussen cliënten die binnen het cognitieve domein zelfwaardering of machteloosheid vallen op de afname van de PTSS-klachten en de ervaren naarheid. Hypothese 2 wordt hiermee verworpen.

In Tabel 2 zijn de gemiddelde scores en de standaarddeviaties opgenomen op de voor- en nameting van de SUDS en SVL onderverdeeld in de twee cognitieve domeinen zelfwaardering en machteloosheid.

Tabel 2. Gemiddelden (*M*) en standaarddeviaties (*SD*) van de score op SUDS en SVL voor- en nameting op de cognitieve domeinen zelfwaardering en machteloosheid.

	SUDS voormeting			SUDS nameting		SVL voormeting		SVL nameting	
	N	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Zelfwaardering	12	8.58	1.17	1.50	2.20	38.25	19.05	20.42	18.01
Machteloosheid	18	8.33	1.41	1.94	2.24	43.83	15.50	22.72	18.23

- Hypothese 3

Bij cliënten met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering wordt verwacht dat hoe groter het percentage *distancing* is, hoe groter de daling is op de SUDS en SVL dan bij *reliving*.

Er is gebruik gemaakt van Pearson's Product Moment Correlatie Coëfficiënt voor het berekenen van de correlaties. Wanneer de negatieve cognitie in het domein zelfwaardering valt, wordt er geen significante samenhang gevonden tussen *distancing* en de daling op de SUDS ($r = .16$, $N = 12$, $p = n.s.$) en ook niet tussen *distancing* en de daling op de SVL ($r = .13$, $N = 12$, $p = n.s.$).

Ook is er geen significante samenhang gevonden tussen *reliving* en de daling op de SUDS ($r = -.43$, $N = 12$, $p = n.s.$) en ook niet tussen *reliving* en de daling op de SVL ($r = -.33$, $N = 12$, $p = n.s.$) bij cliënten met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering.

Dit betekent dat er geen verschil wordt gevonden in de daling van PTSS-klachten en ervaren naarheid tussen het op afstand kijken naar het trauma en het herbeleven van het trauma in het domein zelfwaardering. Hypothese 3 wordt hiermee verworpen.

- Hypothese 4

Bij cliënten met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering wordt verwacht dat hoe groter het percentage *associated* hoe groter de daling is op de SUDS en SVL dan bij *reliving*.

Vergelijkbaar met de bevindingen van hypothese 3 wordt ook hier geen significante samenhang gevonden tussen *associated* en de daling op de SUDS ($r = .02$, $N = 12$, $p = n.s.$) en ook niet op de daling op de SVL ($r = .26$, $N = 12$, $p = n.s.$) in het domein zelfwaardering. Ook is er geen significante samenhang gevonden tussen *reliving* en de daling op de SUDS ($r = -.43$, $N = 12$, $p = n.s.$) en tussen *reliving* en de daling op de SVL ($r = -.33$, $N = 12$, $p = n.s.$) bij cliënten met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering.

Hieruit komt naar voren dat cliënten die associaties hebben tijdens de EMDR-sessie geen grotere daling laten zien in PTSS-klachten en ervaren naarheid van de herinnering dan cliënten die het trauma herbeleven. Dit geldt voor cliënten met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering. Hypothese 4 wordt verworpen.

- Hypothese 5

Bij cliënten met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering wordt verwacht dat hoe groter het percentage van *distancing* en *associated* samen hoe groter de daling is op de SUDS en SVL dan alleen bij *distancing*.

De resultaten laten zien dat er geen significante samenhang is tussen *distancing* en de daling op de SUDS ($r = .16$, $N = 12$, $p = n.s.$) en ook niet tussen *distancing* en de daling op de SVL ($r = .13$, $N = 12$, $p = n.s.$) in het domein zelfwaardering.

Daarnaast wordt gezien dat er ook geen significante samenhang is tussen *distancing* en *associated* samen en de daling op de SUDS ($r = .17$, $N = 12$, $p = n.s.$) en ook niet tussen *distancing* en *associated* en de daling op de SVL ($r = .29$, $N = 12$, $p = n.s.$) in het domein zelfwaardering. Wanneer cliënten zowel associëren tijdens een EMDR-sessie én van een afstand kijken naar het trauma lijkt dit niet samen te hangen met een grotere daling op de PTSS-klachten de ervaren naarheid, dan wanneer iemand alleen van een afstand kijkt naar het trauma. Omdat de resultaten niet overeenkomen met de verwachting wordt hypothese 5 verworpen.

- Hypothese 6

Bij cliënten met een negatieve cognitie in het domein machteloosheid wordt verwacht dat er geen verschil gezien wordt van de daling op de SUDS en SVL tussen *distancing* en *reliving*.

In overeenstemming met de verwachting wordt er geen verschil gevonden tussen het van een afstand naar het trauma kijken en het herbeleven van het trauma in het domein machteloosheid. Er wordt namelijk geen significante samenhang gevonden tussen *distancing* en de daling op de SUDS ($r = -.11$, $N = 18$, $p = n.s.$) en ook niet tussen *distancing* en de daling op de SVL ($r = .17$, $N = 18$, $p = n.s.$) in het domein machteloosheid. Deze samenhang wordt ook niet gevonden tussen *reliving* en de daling op de SUDS ($r = -.19$, $N = 18$, $p = n.s.$) en tussen *reliving* en de daling op de SVL ($r = -.07$, $N = 18$, $p = n.s.$) in het domein machteloosheid. Wanneer cliënten een negatieve cognitie hebben in het domein machteloosheid lijkt het niet uit te maken welke reacties de cliënt geeft (*distancing* of *reliving*). De resultaten komen overeen met de verwachting en daarom wordt hypothese 6 aanvaard.

Aard van de traumatische gebeurtenis

Om te onderzoeken of de cliënten binnen de twee groepen intentioneel en niet-intentioneel van elkaar verschillen, is er een randomisatiecheck uitgevoerd op de variabelen geslacht, leeftijd, SUD1, SVL1, EMDR-ervaring, cognitief domein, diagnose, bilaterale stimulatie en de score op de categorieën. Hiervoor is gebruik gemaakt van een ongepaarde t-test, met $\alpha = .05$. De groepen intentioneel en niet-intentioneel verschillen niet significant van elkaar op deze variabelen. Dit betekent dat er geen verschil vooraf is tussen de groepen intentioneel en niet-intentioneel. Als er een verschil wordt gevonden tussen de groepen op de daling van de SVL en SUDS dan is dit waarschijnlijk toe te schrijven aan de aard van de traumatische gebeurtenis.

- Hypothese 7

Er wordt een positieve samenhang verwacht, tussen het cognitieve domein zelfwaardering en intentionele gebeurtenissen en tussen het cognitieve domein machteloosheid en niet-intentionele gebeurtenissen.

Om de hypothese te toetsen is gebruik gemaakt van een chi-square toets, omdat beide variabelen nominaal zijn. Er is geen significante relatie tussen het cognitieve domein en de aard van het trauma ($\chi^2(1, N = 30) = .36, p = \text{n.s.}$). Dit betekent dat wanneer de aard van het trauma intentioneel is, deze niet samenhangt met de negatieve cognitie in het domein zelfwaardering. Ook is er geen samenhang tussen een niet-intentioneel trauma en de negatieve cognitie in het domein machteloosheid. Hypothese 8 wordt verworpen.

- Hypothese 8

Er wordt verwacht dat gebeurtenissen die je overkomen (*niet-intentioneel*) een grotere daling laten zien op de SVL en de SUDS dan gebeurtenissen die je bewust worden aangedaan (*intentioneel*).

De hypothese is getoetst met het 'General Linear Model', met herhaalde metingen. Conform hypothese 1 is er een significant verschil gevonden tussen de voor- en nameting van de ervaren naarheid (SUDS), $F(1,28) = 20.252, p < .0005$, en de PTSS-klachten (SVL), $F(1,28) = 76.881, p < .0005$. Dit betekent dat er een sterke daling op de SVL en de SUDS heeft plaatsgevonden tussen de voor- en de nameting van een EMDR-sessie.

Er is geen significant verschil gevonden in de aard van het trauma op de afname van de ervaren naarheid (SUDS), $F(1,28) = 1.922, p = \text{n.s.}$ en de PTSS-klachten (SVL), $F(1,28) = .326, p = \text{n.s.}$ Dit betekent dat de aard van het trauma geen invloed heeft op de afname van de naarheid van de herinnering en de PTSS-klachten.

Er is geen interactie gevonden tussen de aard van het trauma en de daling op de SUDS, $F(1,28) = 0.058$, $p = n.s.$ en de SVL, $F(1,28) = .005$, $p = n.s.$ Er is geen verschil gevonden op de afname van de PTSS-klachten en de ervaren naarheid tussen cliënten met een intentioneel of niet-intentioneel trauma. Het maakt niet uit wat de aard van het trauma is, in beide groepen is de daling gelijk aan elkaar. Hypothese 7 wordt daarom verworpen.

In Tabel 3 zijn de gemiddelde scores en de standaarddeviaties opgenomen op de voor- en nameting van de SUDS en SVL onderverdeeld in de aard van het trauma, namelijk intentioneel en niet-intentioneel.

Tabel 3. Gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD) van de score op SUDS en SVL voor- en nameting op de aard van het trauma: intentioneel en niet-intentioneel.

	SUDS voormeting		SUDS nameting		SVL voormeting		SVL nameting		
	N	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Intentioneel	17	8.76	1.09	2.00	2.53	43.18	19.63	23.24	20.29
Niet-intentioneel	13	8.00	1.47	1.46	1.71	39.54	13.04	19.92	14.70

Observaties Classificatiesysteem Effecten EMDR

Tijdens het bekijken van de opgenomen EMDR-sessies van de cliënten zijn er observaties gedaan naar de waargenomen veranderingen. Opvallend is dat de cognitieve verandering in deze onderzoekspopulatie ($N=30$) verreweg het meest voorkomt, namelijk bij 43,3 procent van de 30 cliënten.

Zowel de desensitiserende- als ook de rustgevende verandering worden weinig waargenomen bij de cliënten tijdens een EMDR-sessie, respectievelijk 10 en 3,3 procent. Voor de overige frequenties en percentages wordt verwezen naar bijlage 4, tabel 4.

Naast de algemene observaties is ook besloten om wat specifiek naar de populatie te kijken om te bepalen welke veranderingen worden waargenomen in de verschillende groepen. De groepen zijn met elkaar vergeleken op basis van het cognitieve domein en de aard van het trauma. In het cognitieve domein machteloosheid wordt de desensitiserend verandering weinig waargenomen, namelijk 5,6 procent. Bij het domein zelfwaardering is dit 16,7 procent.

Bij een niet-intentioneel trauma komt de groep voornamelijk explorerende verandering bij 38,5 procent voor. Dit is opvallend aangezien bij een intentioneel trauma deze groep niet voorkwam.

Omdat de cognitieve verandering het meest voorkomt, is het interessant om te onderzoeken of deze groep samenhangt met de andere variabelen.

Hieruit komt naar voren dat er een significante positieve samenhang is tussen *distancing* en de groep cliënten waarin de cognitieve verandering het meest voorkomt, $r_s = .38$, $N = 30$, $p = .04$. Dit

betekent dat een cognitieve verandering het meest samenhangt met het op een afstand kijken naar het trauma.

Ook werd een significante positieve samenhang gevonden tussen *associated* en een explorerende verandering $r_s = .52$, $N = 30$, $p = .00$. Dit houdt in dat een explorerende verandering het meest voorkomt wanneer er tijdens de EMDR-sessie associaties optreden wat ook verwacht kon worden, omdat associaties veel al nodig zijn voor een explorerende verandering.

Discussie

Samenvatting resultaten

In het onderzoek van Lee et al. (2006) is gekeken welk mechanisme van een EMDR-sessie effectief is in de behandeling van een trauma en traumagerelateerde klachten. Hierbij is onderzocht wat de samenhang is tussen de manier van kijken naar het trauma en de afname van klachten: Is de blootstelling aan de traumatische herinnering een essentieel onderdeel of is het juist belangrijk om vanuit het hier en nu van een afstand te kijken naar het trauma. Lee et al. (2006) hebben deze vraag onderzocht en het huidige onderzoek is hiervan een replicatie.

Uit de resultaten komt naar voren dat er geen verschil is gevonden in de manier waarop iemand kijkt naar het trauma en de afname in de PTSS-klachten en naarheid van de herinnering. Geen van de categorieën van het Participant Response Classification systeem van Lee et al. (2006) hangen samen met een verbetering in PTSS-klachten en met een vermindering van de naarheid van de herinnering. Dit is in tegenstelling tot de verwachting dat *distancing* samenhangt met een verbetering in klachten, zoals in het onderzoek van Lee et al. (2006) naar voren is gekomen. Het veronderstelde verschil in het van een afstand kijken naar het trauma (*distancing*) en het herbeleven (*reliving*) van het trauma wordt niet gezien binnen dit onderzoek. In dit onderzoek blijkt het niet uit te maken welke reacties de cliënt geeft; alle reacties, ook *affect*, *associated* en *onbeslist*, hangen samen met een grote daling in PTSS-klachten en ervaren naarheid. Daarnaast komt naar voren dat zowel de aard van het trauma (intentioneel of niet-intentioneel) als de negatieve cognitie (zelfwaardering of machteloosheid) van een cliënt, geen rol lijken te spelen in de afname van PTSS-klachten en de naarheid van de herinnering. Ook is er geen duidelijke samenhang gevonden tussen de reacties die de cliënt geeft en de aard van het trauma noch met de negatieve cognitie. Verder valt op dat er geen verschil gevonden is in de reacties die de cliënt geeft met een negatieve cognitie in het domein machteloosheid en die de cliënt geeft met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering.

Interpretatie van de bevindingen

Klinische indruk

De gevonden resultaten komen niet overeen met de verwachtingen van het onderzoek. De uitkomsten worden echter wel ondersteund door de klinische indruk. Naast het scoren van de reacties is namelijk ook de klinische indruk van de beoordelaars meegenomen in het onderzoek. Een belangrijke observatie hierbij is dat beide beoordelaars geen duidelijk patroon hebben gevonden in de gegeven reacties en de daling van de SUDS en SVL. Hoewel van te voren is verwacht dat de indeling van de categorieën samen zou hangen met de daling van de SVL en SUDS, werd dit niet waargenomen. Zowel cliënten die veel reacties gaven in de categorie

distancing als in *herbeleven* als de andere categorieën lieten over het algemeen een behoorlijke daling zien in vooral de SUDS, maar ook de SVL. Deze observaties zijn overeenkomstig met de gevonden resultaten en lijken erop te wijzen dat er geen verband is tussen de manier van kijken naar het trauma en de daling in PTSS-klachten en ervaren naarheid van de herinnering. Dit beeld wordt ondersteund door de observatiegegevens bij één cliënt met vier verschillende targets. Deze cliënt liet bij alle vier de targets een grote daling zien in zowel de SVL als de SUDS, maar ze maakte bij elk target gebruik van andere reacties. Bij één EMDR-sessie liet de cliënt voornamelijk reacties zien in de categorie *distancing*, terwijl deze bij een andere sessie voornamelijk reacties in de categorie *affect* gaf en bij een derde sessie juist reacties in meerdere categorieën gaf. Ook kwamen beide vormen van de aard van het trauma en de negatieve cognitie bij deze cliënt voor. Deze observatie lijkt erop te wijzen dat alle reacties samenhangen met een verbetering in klachten, ongeacht de aard van het trauma en de negatieve cognitie .

Onderzoek van Lee en Drummond (2008)

De resultaten van dit onderzoek en de klinische indruk, die erop wijzen dat *distancing* niet samenhangt met een grotere verbetering in klachten dan *reliving* en de andere categorieën, zijn in lijn met het onderzoek van Lee en Drummond (2008). In dit experimentele onderzoek komt naar voren dat er geen verschil gevonden is in de daling van de klachten en ervaren naarheid, wanneer de instructies aansturen tot *distancing* of *reliving*. Uit het huidige onderzoek blijkt dat het niet nodig is om deze instructies te manipuleren, omdat er geen verschil werd gevonden tussen *distancing* en *reliving* op de afname van de SVL en de SUDS.

Beperkingen van het onderzoek

Onderzoekspopulatie

Een belangrijke beperking van het onderzoek is de selectieve onderzoekspopulatie. Bij de meeste cliënten is er sprake van een grote daling op de SVL en de SUDS, dit betekent dat er veel verbetering is in klachten tijdens de EMDR-sessie. Wat hierbij opvalt is dat er weinig opnames zijn ingezonden met een beperkte verbetering in klachten en geen opnames waarbij de klachten gelijk blijven of zelfs verergeren. Deze selectie van 'success-cases' heeft tot gevolg dat dit mogelijk een vertekening geeft van de werkelijkheid; niet duidelijk is of deze resultaten generaliseerbaar zijn naar de gehele populatie. Juist de opnames waarin geen verbetering wordt gevonden zijn relevante opnames waar verder onderzoek naar gedaan kan worden. Naar voren komt dat het bij succesvolle EMDR-sessies niet uitmaakt welke reacties de cliënt geeft; alle reacties geven een grote daling in PTSS-klachten en ervaren naarheid. Of deze resultaten ook gevonden worden bij niet-succesvolle EMDR-sessies is een belangrijke onderzoeksvraag. Aanbevolen wordt om in vervolgonderzoek zowel succesvolle als niet-succesvolle EMDR-sessies te betrekken.

Participant Response Classification (Lee et al., 2006)

De reacties van cliënten zijn gescoord aan de hand van de Participant Response Classification opgesteld door Lee et al. (2006). Deze manier van scoren bleek echter ruimte te laten voor eigen interpretatie en is teveel afhankelijk van de beoordelaar. Dit is de objectiviteit van het systeem niet ten goede gekomen. De beoordelaars hebben de manier van classificeren voorbesproken met mw. H.K. Hornsveld en onderling was er overeenstemming over de classificatie. Er waren weinig verschillen in de indeling van de reacties in de categorieën. Echter wanneer er onduidelijkheid was in de indeling in de categorieën kwam naar voren dat met name de interpretatie van de reactie door de beoordelaar de doorslag gaf voor het indelen in de categorie. Getracht is om een objectiever classificatiesysteem te ontwikkelen. Dit bleek echter niet eenvoudig binnen dit onderzoek te verwezenlijken, waardoor hier van is afgezien. Wel is ervoor gekozen om een aantal regels op te stellen die gehanteerd zijn bij de classificatie, zie bijlage 5.

Binnen dit onderzoek is ervoor gekozen om de vier categorieën *distancing*, *reliving*, *affect* en *associated* als gelijkwaardige categorieën te beschouwen. Mogelijk hebben de beoordelaars bij het onderzoek van Lee et al. (2006) ervoor gekozen om *distancing* en *reliving* als hoofdcategorieën te beschouwen en daarmee de reacties in eerste instantie in te delen in deze twee categorieën. Dit zou de resultaten kunnen beïnvloeden.

Een ander punt van kritiek was dat het niet mogelijk was om onafhankelijke beoordelaars aan te stellen voor de classificatie van de reacties. In dit onderzoek zijn de onderzoekers zelf tevens beoordelaar geweest, waardoor zij op de hoogte waren van de verwachtingen betreffende het onderzoek. Met de huidige beschrijving van het classificatiesysteem is het echter niet mogelijk om de reacties te laten classificeren door een onafhankelijke beoordelaar die geen aardinformatie over de categorieën heeft. Voor de betrouwbaarheid van de scoring zou dit wel objectiever zijn, echter de verwachtingen die de beoordelaars van te voren hadden, zijn niet in overeenstemming met de gevonden resultaten.

Toekomstig onderzoek

Classificatiesysteem Effecten EMDR (Verstraaten & van Vliet, 2009, gebaseerd op Maxfield, 2008)

Dit onderzoek omvat een observatie met behulp van het Classificatiesysteem Effecten EMDR naar veranderingen die plaatsvinden tijdens een EMDR-sessie. Er is voor gekozen om hier geen hypothesen over op te nemen, maar de observatie wel te noteren. Naar voren komt dat de geobserveerde veranderingen niet samenhangen met de daling op de SVL en de SUDS. Echter dit classificatiesysteem kan een interessante toevoeging zijn aan toekomstig onderzoek. Geconstateerd is dat er een grote spreiding is in het aantal veranderingen die waargenomen zijn tijdens de EMDR-sessie. Er is niet gecorrigeerd voor het aantal veranderingen van een cliënt. Dit kan in

toekomstig onderzoek ondervangen worden door het aantal veranderingen in percentages om te zetten en de samenhang van deze veranderingen met de verschilscore van de SVL en de SUDS te berekenen. Verwacht wordt echter dat deze omzetting van een nominale variabele in een ratio variabele niet zal leiden tot andere bevindingen. Wel is mogelijk dat het totaal aantal geobserveerde veranderingen, onafhankelijk van de categorie, samenhangt met een verbetering van de klachten en een vermindering van de naarheid van de herinnering. Dit naar aanleiding van de observatie dat sommige cliënten bijvoorbeeld veel cognitieve veranderingen laten zien en anderen weinig, terwijl deze cliënten beiden gescoord worden als 'overwegend cognitieve verandering' (zie methoden).

Wanneer uit toekomstig onderzoek blijkt de behandeling effectiever is als er meer veranderingen optreden tijdens een EMDR-sessie, dan is het mogelijk om cliënten te stimuleren tot veranderingen. Dit kan mogelijk bewerkstelligd worden door instructies aan te bieden tijdens de EMDR-sessie die zich richten op het uitlokken van bepaalde veranderingen. Dit kan bijvoorbeeld bereikt worden door cognitieve herstructurering toe te passen voor een cognitieve verandering. Wanneer deze manipulatie mogelijk is, dan is dit klinisch relevant.

Ook viel op dat het onderscheid tussen de rustgevende verandering en de desensitiserende verandering niet altijd helder is. Tussen deze categorieën is soms overlap. Voorgesteld wordt om in toekomstig onderzoek deze categorieën samen te voegen.

Intelligentieniveau

In vervolgonderzoek is het wellicht interessant om te onderzoeken wat de invloed van het intelligentieniveau is. De veronderstelling is namelijk dat iemand met een hoger e intelligentie ook beter in staat zal zijn om met afstand naar het trauma te kijken.

Dit komt overeen met wat gezien is tijdens een EMDR-sessie bij een cliënt die zwakbegaafd is. Zij gaf alle reacties in de categorie *affect* met uitzondering van één reactie. Hierbij daalde de SUDS van 8 naar 0 en de SVL van 16 naar 0. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat cliënten met een laag intelligentieniveau en mogelijk ook kinderen meer basaal reageren met het aangeven van emoties. Bij cliënten met een hoger intelligentieniveau wordt verondersteld dat zij beter in staat zijn om te verwoorden wat er in hun omgaat, waardoor de reactie vaker beschouwend kan zijn (*distancing*). Deze cliënten kunnen mogelijk beter reflecteren op de traumatische herinnering. Bij beide groepen cliënten wordt mogelijk dezelfde mentale verwerking in gang gezet, maar deze wordt slechts anders verwoord en geuit.

Concluderend worden de bevindingen van Lee et al. (2006) in dit onderzoek niet gevonden. In dit onderzoek blijkt het niet uit te maken welke reacties de cliënt geeft; alle reacties zowel *reliving*, *distancing*, *affect*, *associated* als *onbeslist*, hangen samen met een grote daling in PTSS-

klachten en ervaren naarheid. De effectiviteit van de EMDR-sessie komt sterk naar voren binnen dit onderzoek, bij het grootste deel van de cliënten is een aanzienlijke daling op de SUDS en de SVL geconstateerd. Echter, dit lijkt niet samen te hangen met de gegeven reacties van een cliënt, niet met de aard van het trauma en niet met de negatieve cognitie van een cliënt. Bovenstaande leidt tot de volgende uitspraak van Shapiro (1989): *'Just let whatever happens, happen'*.

Referenties

American Psychiatric Association. (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. Bureau-editie*. 1st ed. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.

Amir, N., Foa, E. B., & Cashman, L. (1996). A predictive model of posttraumatic stress disorder. Paper in preparation.

Arkel, E.P.M. van & Baas, A.M. (2008). De rol van het op afstand beleven en het herbeleven in Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR). Niet-gepubliceerd manuscript.

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.

Broeke, E. ten, Jongh, A. de, & Oppenheim, H. (2008). *Praktijkboek EMDR: Casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam: Harcourt publishers.

Brom, D., & Kleber, R.J. (1985). De Schok Verwerkings Lijst. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 40, 164-168.

Christman, S.D., Garvey, K.J., Propper, R.E., & Phaneuf, K.A. (2003). Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology*, 17, 221-229.

Drogendijk, A.N., Velden, P.G. van der, Boeije, H.R., Gersons, B.P.R., & Kleber, R.J. (2005). De ramp heeft ons leven verwoest: De psychosociale weerslag van de vuurwerkramp Enschede op Turkse getroffen. *Medische Antropologie*, 2, 217.

Eftekhari, A. Stines, L., & Zoellner, L. (2006). Do you need to talk about it? Prolonged exposure for the treatment of chronic PTSD. *The Behavior Analyst Today*, 7, 70-83.

Ehlers, A., Clark, D.M., Dunmore, E., Jaycox, L., Meadows, E., & Foa, E.B. (1998). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 457-471.

- Etten, N.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., Keane, T.M., & Friedman, M.J. (2000). *Effective Treatments for PTSD: Practice guidelines from the international society of traumatic stress studies*. New York: Guilford.
- Foa, E. B., & Riggs, D. S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M. B. Riba, & A. Tasman, *Annual review of psychiatry V12*, (pp. 273-303). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Goodwin, C.J. (2002). *Research in psychology: Methods and design*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Grey, N., Young, K., & Holmes, E. (2002). Cognitive restructuring within reliving: A treatment for emotional 'hotspots' in Posttraumatic Stress Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 37-56.
- 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.
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie*. 6th ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Horowitz, M., Wilmer, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosocial Medicine*, 41, 209-218.
- Jongh, A. de, & Broeke, E. ten (1998a). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. In: B.P.R. Gersons & I.V.E. Carlier (Eds.). *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stressstoornissen* (pp. 91-100). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jongh, A. de & Broeke, E. ten (2006). *Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelingsmethode voor de gevolgen van psychotrauma*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Jongh, A. de, & Broeke, E. ten (2008). EMDR protocol.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Huges, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic

- stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kleber, R.J. (2009, april). Schokverwerkingslijst informatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 4. Gevonden op 23 april 2009, op <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/meetinstrumenten/download.php?id=118>.
- Klink, J.J.L. van der, Klink, J.J.C. van der, & Terluin, B. (2005). *Psychische problemen en werk: Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ (2003). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen*. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Trimbos-insitutuut. (Beschikbaar op: www.ggzrichtlijnen.nl).
- Lee, C.W., & Drummond P.D. (2008). Effects of eye movement vs therapist instructions on the process of distressing memories. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 801-808.
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1071-1089.
- Lee, D.A., Schragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 451-466.
- Lee, C.W., Taylor, G., & Drummond, P. (2006). The active ingredient in EMDR; is it traditional exposure or dual focus of attention? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 97-107.
- Lipke, H. (2000). *EMDR and psychotherapy integration*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- MacCulloch, M.J., & Feldman, P. (1996). Eye movement desensitization treatment utilizes the positive visceral element of the investigatory reflects to inhibit the memories of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 169, 571-579.
- Marcus, S.V., Marquis, P., & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR

in an HMO setting. *Psychotherapy*, 34, 307-315.

Mawson, A.R. (2005). Intentional injury and the behavioral syndrome. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 375-405.

Maxfield, L. (2008). Considering mechanisms of action in EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 234-238.

Minnen, A. van, & Arntz A. (1998). Cognitief-gedragstherapeutische behandeling van patiënten met een posttraumatische stressstoornis: Langdurige imaginaire exposure. In: Gersons, B.P.R., & Carlier, I.V.E., (Eds.) *Behandelingsstrategieën bij Posttraumatische Stressstoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Minnen, A. van, Arntz, A., & Keijsers, G. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 439-457.

Muris, P., & Merckelbach, H. (1997). Treating spider phobics with eye movement desensitization and reprocessing: A controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 39-50.

Paunovic, N., & Öst, L.G. (1991). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1183-1197.

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.

Ploeg, E. van der, Mooren, T.T.M., Kleber, R.J., Velden, P.G. van der, & Brom, D. (2004). Construct validation of the Dutch version of the Impact of Event Scale. *Psychological Assessment*, 16, 16-26.

Rothbaum, B.O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of Menninger Clinic*, 61, 317-334.

- Rothbaum, B.O., Astin, M.C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 607–616.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (1998). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry*. 9th ed. Lippincott: Williams & Wilkins.
- Shapiro, F., (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies, 2*, 199–223.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing, basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford.
- Solomon, R.M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model. *Journal of EMDR Practice and Research, 2*, 315-325.
- Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 61-75.
- Tryon, W.W. (2000). Behavior therapy as applied learning theory. *The Behavior Therapist, 23*, 131–134.
- Tryon, W.W. (2005). Possible mechanisms for why desensitization and exposure therapy work. *Clinical Psychology Review, 25*, 67-95.
- Wilson, S.A., Becker, L.A., & Tinker, R.H. (1997). 15-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 1047-1056.

Bijlage 1: Criteria posttraumatische stress-stoornis volgens de DSM-IV-TR.

A. De betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende van toepassing zijn:

- betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen
- tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw. NB: bij kinderen kan dit zich in plaats hiervan uiten in chaotisch of geagiteerd gedrag

B. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op één (of meer) van de volgende manieren:

- recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen. NB: bij jonge kinderen kan dit zich uiten in de vorm van terugkerende spelletjes waarin de thema's of aspecten van het trauma worden uitgedrukt
- recidiverend akelig dromen over de gebeurtenis. NB: bij kinderen kunnen angstdromen zonder herkenbare inhoud voorkomen
- handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (hiertoe behoren ook het gevoel van het opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties en dissociatieve episodes met flashback, met inbegrip van die welke voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie). NB: bij jonge kinderen kunnen trauma-specifieke heropvoeringen voorkomen
- intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken
- fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken

C. Aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende:

- pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma te vermijden
- pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden
- onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren
- duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten
- gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen
- beperkt spectrum van gevoelens (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben)

- gevoel een beperkte toekomst te hebben (bijvoorbeeld verwacht geen carrière te zullen maken, geen huwelijk, geen kinderen of geen normale levensverwachting)

D. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende:

- moeite met inslapen of doorslapen
- prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen
- moeite met concentreren
- overmatige waakzaamheid
- overdreven schrikreacties

E. Duur van de stoornis (symptomen B, C en D) langer dan één maand

F. De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen

Overzicht E.M.D.R.-procedure¹

1. Introductie

- a. Rapport
- b. Eventueel metingen:
 - SVL-score:
 - SCL-90-Score (psyneur):
 - PTSS-ZS-score:
- c. Zo nodig beantwoording van vragen n.a.v. de EMDR-brochure
- d. Specifieke instructies:

“Ik ga straks een aantal vragen stellen over jouw herinneringen aan de gebeurtenis waaraan we gaan werken. Op een gegeven moment zal ik je vragen je te concentreren op bepaalde aspecten van de herinnering. Met name zal ik je vragen naar het plaatje in je hoofd dat nu nog het naaste is om aan te denken”.

- e. Opstelling van de stoelen, afstand en snelheid (bij gebruik van oogbewegingen)
- f. Demonstratie gebruik van de CD (bij gebruik auditieve stimuli). Koptelefoon op laten zetten voordat de gebeurtenis wordt besproken/Afspraken over en demonstratie van ‘hand-taps’

“Ik wil je vragen vanaf het moment dat je mijn hand volgt/je de klikjes hoort je min of meer op te stellen als een toeschouwer, die waarneemt wat er door je heen gaat. Het kunnen gedachten, gevoelens, beelden, emoties, lichamelijke reacties of mogelijk nog wel andere dingen zijn....het kan gaan over de gebeurtenis zelf, maar het kan ook over heel andere dingen gaan, die er niets mee te maken lijken te hebben. Volg maar gewoon wat er opkomt, zonder te sturen en zonder jezelf af te vragen of het wel goed gaat. In ieder geval is het belangrijk dat je niet probeert om het beeld waarmee we straks beginnen telkens in gedachten te houden. Het beeld is slechts het vertrekpunt van waaruit alles kan en mag opkomen. Af en toe gaan we wel terug naar het beeld om te controleren hoe naar het dan nog is om naar te kijken. Onthoud dat het onmogelijk is het fout te doen zolang je maar gewoon volgt wat er is en wat er opkomt.”

¹ Erik ten Broeke & Ad de Jongh, versie februari 2008

2. Traumatische herinnering

a. Bespreek in grote lijnen de negatieve ervaring.

“Vertel me dan nu in grote lijnen hoe jij je de nare gebeurtenis momenteel nog herinnert, vanaf het punt waar het naar jouw gevoel begint tot het punt waar het naar jouw gevoel echt eindigt. Beschrijf de gehele gebeurtenis in grote lijnen. Het gaat er om hoe jij je de gebeurtenis herinnert en niet zo zeer om wat er precies is gebeurd”.

b. Target:

“Je hebt net verteld hoe je je de gebeurtenis van toen nog herinnert. Nu vraag ik je: wat is op dit moment, als je er vanuit het hier en nu op terug kijkt, het naaste plaatje van die gebeurtenis? Zet als het ware de film in je hoofd stil op dat beeldje, zodat het een stilstaand beeld wordt. We zoeken naar een plaatje waarin jij zelf te zien bent. Het gaat er dus niet om wat je destijds het naaste vond, maar wat je nu, op dit moment, het naaste vindt om naar te kijken”..... “Hoe ziet dit beeld er uit”? “Waar zie jij je zelf in het plaatje”? (Dus: beschrijving van een stilstaand beeld met daarin de cliënt zelf).

Of:

“Stel dat er een fotoboek bestaat in je hoofd, waarin foto's staan van hoe jij je deze gebeurtenis momenteel nog herinnert. Het zijn allemaal foto's waarop jijzelf te zien bent.....Welke foto is dan op dit moment het naaste om naar te kijken?.....“Wat zie jij op die foto?.....“Waar zie jij jezelf in het plaatje?”

Check: *“Even voor de zekerheid, is dit het plaatje wat je echt nu het naaste vindt om aan te denken, of is het vooral het plaatje waarop te zien is wat je toen het naaste vond?”*

Eventueel een tekening laten maken: *“Maak een tekening van het meest nare plaatje van deze gebeurtenis. Een plaatje waar je zelf ook in staat en dat een goede afspiegeling vormt van wat maakt dat deze gebeurtenis nog steeds zo naar is als je er nu aan terugdenkt.”*

Vraag je af - luisterend naar het verhaal en kijkend naar het gekozen targetbeeld - in welk domein (vermoedelijk) de negatieve cognitie is te vinden, dwz:

- Verantwoordelijk & schuld (bv "Ik ben schuldig")
- Controle (bijv. "Ik ben machteloos/hulpeloos")
- Zelfwaardering (bijv. "Ik ben waardeloos, stom, slecht, walgelijk, laf")
- Kwetsbaarheid (bijv. "Ik ben zwak")
- Veiligheid (betreft de situatie) (bijv. "Ik ben – (gevoelsmatig) nog steeds - in gevaar")

3. Negatieve cognitie (NC)

"Wat we nu moeten uitzoeken is hoe het komt dat juist dit plaatje nu nog zo naar voor je is als je er in je hoofd naar kijkt.

[Gebruik één van de volgende formuleringen (a, b of c) om de juiste NC te identificeren]

a. "Wat maakt dat dit beeld nu nog zo naar voor je is?".....

"Hoe noem je zo iemand?".....

b. "Waarschijnlijk heeft het feit dat het plaatje nu nog zo naar voor je is te maken met een negatieve conclusie die je trekt over jezelf met betrekking tot deze gebeurtenis".....

Welke conclusie is dat?"....."Hoe noem je zo iemand?".....

c. "Als je kijkt naar dit beeld, welke uitspraak over jezelf past daar dan het best bij?"

Behulpzame vragen:

"Wat zegt dat over jou als persoon?"

"Hoe wordt zo iemand vaak genoemd?"

Check: *"Even voor de zekerheid: dus als je kijkt naar dat beeld en je zegt: 'Ik ben....', dan raakt dat je nu het meest?"*

NC:

Alvorens verder te gaan, check:

- Disfunctioneel?
- Heeft betrekking op P. als persoon?
- Actueel geldig? (formuleer in tegenwoordige tijd)
- Affect geladen? (dus geen compromis als resultaat van 'onderhandeling'!)

Indien er meerder mogelijke NCs zijn waaruit het voor de cliënt maar moeilijk kiezen is gebruik dan onderstaande formulering:

"Kijk naar dat beeld en zeg tegen jezelf 'Ik ben.....(NC1).' blijf naar het beeld kijken en zeg tegen jezelf 'Ik ben....(NC2).'welke van die twee combinaties raakt je op dit moment dan het meest? "

4. a. Gewenste (positieve) cognitie (PC)

"Als je dat beeld weer voor de geest haalt, wat zou je willen geloven over jezelf, in plaats van[NC].....?":

- Verantwoordelijk & schuld: "Ik heb gedaan wat ik kon" of "ik ben onschuldig"
- Controle: "Ik kan het (herinneringsbeeld) aan"
- Zelfwaardering: "Ik ben OK, de moeite waard, competent" of "Ik deug"
- Kwetsbaarheid: "Ik ben sterk, weerbaar"
- Veiligheid (betreft de situatie): "Ik ben (nu) veilig"

Behulpzame vragen:

Hoe noem je zo iemand?

Ken je iemand die geen(NC) is? Hoe noem je zo iemand?

PC:

Alvorens je verder gaat: check

- Ligt op dezelfde dimensie als de NC (maakt NC 'onhoudbaar')? Zoek de PC altijd in hetzelfde cognitieve domein als waarin de NC is gevonden.
- Functioneel ('Empowering')?
- Heeft betrekking op P. als persoon?
- Bereikbaar/realistisch/passend?
- Is geen 'poging de geschiedenis te herschrijven'?
- Bevat geen ontkenning (niet of geen) en ook geen 'wel'?

b. Geloofwaardigheid (VOC 1-7):

"Terwijl je kijkt naar het beeld in je hoofd, hoe geloofwaardig voelt de uitspraak – Positieve cognitie – dan nu aan op een 7-puntsschaal, waarbij 1 betekent 'volledig ongeloofwaardig' en 7 'volledig geloofwaardig'?"

VoC =

Bij gebruik van de CD: "Sluit dan nu je ogen"

5. a. Emotie

"Als je het beeld weer in gedachten neemt en tegelijkertijd tegen jezelf zegt.....[NC], welke emotie, bijvoorbeeld bang, boos, bedroefd, voel je dan op dit moment?":

b. Spanning (SUD 0-10)

"Terwijl je kijkt naar het beeld en je zegt tegen jezelf.....[NC] hoe naar is het dan om naar het beeld te kijken (of hoe hoeveel spanning geeft dat?), geschat op een schaal lopend van 0, helemaal niet naar, tot en met 10, zo naar als maar kan?"

SUD=

c. Plaats van gevoel

"Waar in je lichaam voel je dat ('die naarheid') het sterkst?"

6. a. Desensitisatie (m.b.v. 'sets' oogbewegingen; pas aan wanneer je auditieve of tactiele stimuli gebruikt)

Bij gebruik van handbewegingen:

Houd je hand klaar voor de ogen van de patiënt

"Kijk naar (de toppen van) mijn vingers"

"Neem het beeld in gedachten, zeg tegen jezelf[NC]"

"Wees je bewust van dat gevoel in je.....[locatie van het gevoel]"

Geef even de tijd zich te concentreren

"Volg mijn hand"

Serie oogbewegingen (circa een halve minuut)

"Wat komt er op"/"Wat gaat er door je heen"/"Wat merk je?" (geen dialoog beginnen!)

"Concentreer je daar op"/"Ga daar mee door"

Serie oogbewegingen

Enz.

Bij gebruik van de koptelefoon:

"Houd je ogen gesloten en neem het beeld in gedachten.....zeg tegen jezelf(NC)..... en wees je bewust van dat gevoel in je(noem de locatie van het gevoel)....."

Geef even de tijd zich te concentreren

"Concentreer je op de tikjes en wacht af wat er op komt"

Klikjes gedurende ca. 60 seconden

"Wat komt er op"/"Wat gaat er door je heen"/"Wat merk je?" (geen dialoog beginnen!)

"Concentreer je daar op"/"Ga daar mee door"

Klikjes gedurende ca. 60 seconden

Enz.

Doorgaan totdat er zich geen nieuwe veranderingen meer aandienen ('einde van een associatieketen') of in ieder geval iedere 5 – 10 minuten.

Back to target

a). Test SUD. *"Ga terug naar het oorspronkelijke beeld, zoals het nu in je hoofd ligt opgeslagen. Op een schaal van 0-10, waarbij 0 betekent helemaal niet naar of helemaal neutraal, en 10 betekent zo naar als maar kan (zo gespannen als je maar kan zijn), hoe naar is het dan nu om naar het beeld te kijken?" (NU DUS ZONDER DAT DE NC WORDT GEBRUIKT!). Indien SUD > 0:*

b). *"Welk aspect van dat beeld veroorzaakt die naarheid of spanning (eventueel het cijfer noemen, bijvoorbeeld 'Wat in het beeld veroorzaakt nog die 4?'). "Wat zie je?....."*

c). *"Concentreer je op dat aspect.....Ja, heb je dat?"*

Series oogbewegingen en associaties totdat er geen verandering meer is, en in ieder geval binnen 10 minuten associëren [dan terug naar a.]

'Back to target'-procedure herhalen totdat SUD = 0. Indien SUD = 0: *"Weet je absoluut zeker dat er niet ergens nog een heel klein restje naarheid zit?..... Span je in om je te laten raken....."*

Zo nodig desensitisatie vervolgen. Als het oorspronkelijke beeld helemaal neutraal aanvoelt

Installatie (stap 7)

7. Installatie van de PC

a). Test VOC (met PC + beeld)

"Neem het oorspronkelijke beeld, zoals het nu in je hoofd ligt opgeslagen, in gedachten en zeg tegen jezelf.....[PC]". Op een schaal van 1 (volledig onwaar) tot en met 7 (volledig waar), hoe waar voelt die uitspraak dan aan?

b). Instructies: *"Kijk naar het beeld en zeg tegen jezelf[PC]..... "Ja, heb je dat?"*

c). Nieuwe set oogbewegingen of serie klikjes starten

Niet vragen naar associaties!

Nu weer verder met a. Blijf doorgaan (a, b & c) net zo lang totdat de VoC 7 is geworden

8. Body scan (Alleen als je nog voldoende tijd over hebt in de zitting)

- a). *“Sluit je ogen, neem het beeld in gedachten, zeg tegen jezelf.....[PC] en loop in gedachten je hele lichaam door, van top tot teen en kijk of er nog ergens spanning opkomt”*
- b). In geval van spanning: set(s) oogbewegingen en vraag *“Wat komt er op”?*
Doorgaan tot de spanning weg en/of er geen nieuwe associaties meer zijn.

* Check nog eenmaal het hele ‘filmpje’ of ‘fotoboek’ om te controleren of er echt geen ‘beeldjes’ meer zijn die naar zijn om naar te kijken. Als dit wel het geval is: identificeer dit herinneringsbeeld, maak dit tot een nieuw target (nieuwe NC/PC) en start een nieuwe EMDR-procedure, indien daar tijd voor is.

9. Future template (Alleen indien dit zinvol is)

- a). Laat de cliënt een beeld in gedachten nemen van een toekomstige situatie die tot nu wordt vermeden (of met veel angst wordt doorstaan) en/of angstig wordt geanticipeerd.
- b). *“Neem dat beeld in gedachten, en zeg tegen jezelf: “Ik kan dit aan”, Ja heb je dat?”*
- c). Serie oogbewegingen
- d). *“Neem dat beeld opnieuw in gedachten, op een schaal van 1 tot en met 7, in welke mate kan je dat nu aan of het ook echt te doen?”*
- e). Installeren (b, c & d) met afleidende stimulus totdat VoC niet verder meer stijgt (analoog aan installatie van de PC)

NB: niet vragen naar spanning/SUDs; Niet vragen naar associaties!

10. Positief afsluiten (aan het eind van iedere sessie; staat los van targetbeeld).

- a). *“Wat is het meest positieve dat je het afgelopen uur over jezelf hebt geleerd met betrekking tot dit thema (of met betrekking tot deze gebeurtenis)?”*
- b). Zo nodig: *“Wat zegt dat over jou zelf (als persoon)? Of “Hoe noem je zo iemand?”*
- c). Set oogbewegingen (extra lange set)
- d). *“Is er nog iets anders positiefs wat opkomt?”*
- e). Doorgaan als er nog iets positiefs opkomt; dwz. installeren met oogbewegingen of andere afleidende stimulus totdat er geen verdere (positieve) veranderingen meer optreden.

Uitleg over komende (drie) dagen, afspraken: dagboek, bereikbaarheid etc.



Universiteit Utrecht
Mw. Dr H.K.Hornsveld
Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie
Heidelberglaan 1
3584 CS Utrecht
Kamer F220 / tel 030-253.1632
H.K.Hornsveld@uu.nl

Aan: alle EMDR practitioners

Utrecht, oktober 2008

Betreft: Onderzoek naar EMDR

Beste Collega,

Graag wil ik uw medewerking vragen voor een wetenschappelijk onderzoek naar EMDR. Mijn naam is u wellicht bekend als EMDR supervisor en secretaris van de Vereniging EMDR Nederland. Tevens ben ik werkzaam als docent aan de Universiteit Utrecht. Ik heb van het bestuur toestemming gekregen om de adressenlijst van alle Nederlandse practitioners te gebruiken om hun medewerking te vragen voor dit onderzoek.

Ik zal dit onderzoek uitvoeren met twee studentes klinische psychologie, Mariska Verstraaten en Elleke van Vliet, die op dit onderwerp in het voorjaar van 2009 hopen af te studeren. Vorig jaar is reeds een pilot verricht, waarvan de resultaten zijn gepresenteerd op het derde EMDR congres in Ede in maart 2008. De resultaten waren zodanig interessant dat wij nu een herhaling doen met meer observaties, zodat de resultaten ook (internationaal?) gepubliceerd kunnen worden.

Doel van het onderzoek

Zoals gebruikelijk bij wetenschappelijk onderzoek, willen wij vooraf niet expliciet ingaan op de vraagstelling. De resultaten zullen u achteraf worden toegestuurd en – uiteraard anoniem en zonder beeldmateriaal – worden gepresenteerd binnen de vereniging EMDR Nederland. Globaal gezegd komt het er op neer dat wij een samenhang vermoeden tussen a) bepaalde reacties van cliënten b) SUD niveaus en c) de negatieve cognities (NC's).

Gevraagde inspanning (zie bijlagen)

1. Schriftelijke toestemming van uw cliënt.
2. Afname Schok Verwerkings Lijst.
3. Filmopname. Wij vragen u een EMDR- sessie met een cliënt te filmen. Elke door u gestelde indicatie is voldoende, dit hoeft niet per se in het kader van een PTSS te zijn. Het hoeft ook niet de eerste keer te zijn dat u EMDR toepast, maar wél de eerste keer dat u EMDR bij *dit* target toepast. U houdt zich bij de EMDR behandeling zoveel mogelijk aan het protocol,

daarbij vragen wij u extra te letten op: elke vijf a zeven minuten back to target. Als u zich *niet* volledig aan het protocol heeft kunnen houden is dit overigens *geen* bezwaar.

4. Schok Verwerkings Lijst aan het begin van de volgende sessie (zie bijlage).
5. Noteren van enkele patiëntgegevens

Praktische informatie

U kunt de beelden vastleggen op een DVD, VHS band of een klein digitaal bandje. U krijgt de kosten hiervan, evenals de verzendkosten - vergoed. Graag betalingsbewijzen, samen met het beeldmateriaal - en bij voorkeur aangetekend - opsturen naar:

Mw. Dr. H.K.Hornsveld
FSW - Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie
Postbus 80.140
3508 TC Utrecht

Mocht u vragen hebben, dan kunt u mij bereiken via bovenstaand e-mailadres en/of telefoonnummer.

Met vriendelijke groet,

Hellen Hornsveld



Utrecht, nov 2008- febr 2009

Geachte heer, mevrouw,

Graag vragen wij uw medewerking aan een onderzoek naar EMDR therapie. EMDR is een gebleken effectieve behandelvorm, maar er is nog te weinig bekend hoe het komt dat EMDR zo effectief is. In dit onderzoek willen we de werking van EMDR bestuderen aan de hand van "live" video-opnames.

Hoe gaat het in zijn werk?

U zult tijdens een EMDR sessie gefilmd worden. Dit gebeurt met gebruik van een videocamera. U hoeft zich dus niet "anders" te gedragen dan in andere sessies. Het liefst "vergeet" u de camera tijdens de sessie. Dit beeldmateriaal zullen wij gebruiken voor ons onderzoek. Ook vragen wij u een vragenlijst in te vullen met betrekking tot de klachten.

Privacy

Wij zullen zorgvuldig omgaan met het beeldmateriaal. Ten eerste zal de videoband alleen per aangetekende post verstuurd worden. Vervolgens zullen wij, nadat wij het beeldmateriaal bekeken hebben, de band aangetekend terugsturen naar uw behandelaar, of ter plekke vernietigen - afhankelijk van uw voorkeur.

Wij hopen u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben. Eventuele vragen kunt u stellen aan uw therapeut(e). Bijgevoegd formulier moet u ondertekenen als u wilt meewerken aan dit onderzoek

Met vriendelijke groet,

Mw. dr. Hellen Hornsveld, docent Klinische psychologie

Mariska Verstraaten en Elleke van Vliet, studenten Klinische Psychologie



Hierbij geef ik toestemming om video-opnames te maken van mijn therapiesessie. De opnames zullen uitsluitend gebruikt worden ten behoeve van het onderzoek "werking van EMDR", begeleid door H.K. Hornsveld, Universiteit Utrecht, november 2008 - februari 2009.

Na afloop van het onderzoek moeten de opnames worden vernietigd / teruggestuurd naar mijn behandelaar.

Naam:

Datum:

Handtekening:

Invullen door de behandelaar

Cliëntgegevens.

Geslacht: man / vrouw Leeftijd: . . . jaar

Aantal sessies zonder EMDR voorafgegaan aan deze opgenomen sessie: . . . sessies
NB. Het gaat hier ook om therapie bij eerdere behandelaren. Het gaat om een ruwe schatting van de hoeveelheid "therapie-ervaring".

Aantal sessies met EMDR voorafgegaan aan deze opgenomen sessie: : . . . sessies
NB. Globale inschatting van de hoeveelheid "EMDR-ervaring"

Globale klachten / diagnose:

Eventuele bijzonderheden:

Overige gegevens

Naam therapeut:

Gemaakte kosten (graag bonnen meezenden):

Bedrag: Euro. Rekeningnummer:

Naam Rekeninghouder:

Dit formulier, samen met het toestemmingsformulier van de cliënt, twee ingevulde Schok Verwerkings Lijsten (SVL) en het beeldmateriaal opsturen naar:

Mw. dr. H.K. Hornsveld
FSW - Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie
Postbus 80.140
3508 TC Utrecht

Mogen wij u nogmaals een setje vragenlijsten sturen voor een evt. volgende cliënt?

Zo ja, op welk adres wilt u dit ontvangen?

Naam:

Adres:

Woonplaats:

Schok Verwerkings Lijst

t.b.v. Onderzoek Hellen Hornsveld, Universiteit Utrecht, 2008 / 2009

Betreft voormeting / nameting, datum:

De te filmen / gefilmde EMDR sessie heeft betrekking op de volgende gebeurtenis:

_____ (steekwoord).

Hieronder vindt u een lijst van uitspraken van mensen nadat zij een ingrijpende gebeurtenis hadden meegemaakt. Wilt u elk van onderstaande uitspraken aandachtig doorlezen en vervolgens aangeven hoe vaak deze uitspraak de afgelopen zeven dagen op u van toepassing was. Doet u dat alstublieft door een kringetje om het juiste antwoord te geven.

	helemaal niet	bijna niet	soms	vaak
1. Ik dacht er aan zonder dat ik het wilde.	0	1	3	5
2. Ik deed moeite om niet geëmotioneerd te raken toen ik er aan dacht of eraan herinnerd werd.	0	1	3	5
3. Ik probeerde het uit mijn herinnering te verdringen.	0	1	3	5
4. Ik had moeite met slapen of met het in slaap komen omdat beelden of gedachten er over bij mij naar boven kwamen.	0	1	3	5
5. Sterke gevoelens overspoelden me.	0	1	3	5
6. Ik heb erover gedroomd.	0	1	3	5
7. Ik deed moeite om zaken die mij eraan herinnerden uit de weg te gaan.	0	1	3	5
8. Ik had het gevoel dat het niet gebeurd was of dat het niet echt was.	0	1	3	5
9. Ik probeerde er niet over te praten.	0	1	3	5
10. Beelden ervan kwamen plotseling naar boven.	0	1	3	5
11. Andere zaken maakte dat ik er steeds aan werd herinnerd.	0	1	3	5
12. Ik was me ervan bewust dat het me nog steeds veel deed maar ik heb niets met deze gevoelens gedaan.	0	1	3	5
13. Ik probeerde er niet aan terug te denken.	0	1	3	5
14. Alles wat mij eraan herinnerde deed gevoelens erover terugkeren.	0	1	3	5
15. Mijn gevoelens erover waren als het ware verdoofd.	0	1	3	5

Schok Verwerkings Lijst

t.b.v. Onderzoek Hellen Hornsveld, Universiteit Utrecht, 2008 / 2009

Betreft voormeting / nameting, datum:

De te filmen / gefilmde EMDR sessie heeft betrekking op de volgende gebeurtenis:

_____ (steekwoord).

Hieronder vindt u een lijst van uitspraken van mensen nadat zij een ingrijpende gebeurtenis hadden meegemaakt. Wilt u elk van onderstaande uitspraken aandachtig doorlezen en vervolgens aangeven hoe vaak deze uitspraak de afgelopen zeven dagen op u van toepassing was. Doet u dat alstublieft door een kringetje om het juiste antwoord te geven.

	helemaal niet	bijna niet	soms	vaak
1. Ik dacht er aan zonder dat ik het wilde.	0	1	3	5
2. Ik deed moeite om niet geëmotioneerd te raken toen ik er aan dacht of eraan herinnerd werd.	0	1	3	5
3. Ik probeerde het uit mijn herinnering te verdringen.	0	1	3	5
4. Ik had moeite met slapen of met het in slaap komen omdat beelden of gedachten er over bij mij naar boven kwamen.	0	1	3	5
5. Sterke gevoelens overspoelden me.	0	1	3	5
6. Ik heb erover gedroomd.	0	1	3	5
7. Ik deed moeite om zaken die mij eraan herinnerden uit de weg te gaan.	0	1	3	5
8. Ik had het gevoel dat het niet gebeurd was of dat het niet echt was.	0	1	3	5
9. Ik probeerde er niet over te praten.	0	1	3	5
10. Beelden ervan kwamen plotseling naar boven.	0	1	3	5
11. Andere zaken maakte dat ik er steeds aan werd herinnerd.	0	1	3	5
12. Ik was me ervan bewust dat het me nog steeds veel deed maar ik heb niets met deze gevoelens gedaan.	0	1	3	5
13. Ik probeerde er niet aan terug te denken.	0	1	3	5
14. Alles wat mij eraan herinnerde deed gevoelens erover terugkeren.	0	1	3	5
15. Mijn gevoelens erover waren als het ware verdoofd.	0	1	3	5

Bijlage 4: Waargenomen veranderingen tijdens EMDR-sessies, tabel 4, 5, 6

Tabel 4. Waargenomen veranderingen tijdens de EMDR-sessie gemeten in aantallen en percentages.

Waargenomen verandering	N	Percentage
desensitiserend	3	10.0
cognitief	13	43.3
explorerend	5	16.7
rustgevend	1	3.3
mengvorm	6	20.0
geen effect	2	6.7
Totaal	30	100.0

Tabel 5. Waargenomen veranderingen tijdens de EMDR-sessie gemeten in aantallen en percentages. Onderverdeeld in de cognitieve domeinen zelfwaardering en machteloosheid.

Domein negatieve cognitie		N	Percentage
zelfwaardering	desensitiserend	2	16.7
	cognitief	5	41.7
	explorerend	2	16.7
	mengvorm	3	25.0
	Totaal	12	100.0
machteloosheid	desensitiserend	1	5.6
	cognitief	8	44.4
	explorerend	3	16.7
	rustgevend	1	5.6
	mengvorm	3	16.7
	geen effect	2	11.1
Totaal	18	100.0	

Tabel 6. Waargenomen veranderingen tijdens de EMDR-sessie gemeten in aantallen en percentages. Onderverdeeld in de aard van het trauma, intentioneel en niet-intentioneel.

Aard trauma		N	Percentage
niet-intentioneel	desensitiserend	1	7.7
	cognitief	5	38.5
	explorerend	5	38.5
	mengvorm	2	15.4
	Totaal	13	100.0

intentioneel	desensitiserend	2	11.8
	cognitief	8	47.1
	rustgevend	1	5.9
	mengvorm	4	23.5
	geen effect	2	11.8
	Totaal	17	100.0

Bijlage 5: Regels voor de Participant Response Classification

1. Als de reactie gaat over "het beeld" en een beschouwend karakter heeft, dan is er sprake van distancing.
 2. Als er een gevoel bij komt kijken of er is sprake van lichamelijke sensaties dan valt de reactie in de categorie affect.
 3. Herbeleven mag alleen ingevuld als het gaat om herbeleven van een target-associatie.
 4. Opmerkingen over de tikjes of over de procedure of andere niet relevante reacties, vallen onder onbeslist.
 5. Onbeslist gaat nooit samen met van de één van de andere categorieën.
 6. Bij grote twijfel over een reactie valt deze in de categorie onbeslist.
 7. Affect kan zowel alleen als samen met de categorieën reliving of distancing voorkomen.
- Wanneer er in een enkel woord een emotie genoemd wordt (zoals verdriet, boosheid) valt de reactie alleen onder affect. Wanneer de emotie benoemd wordt in een volledige zin en informatie bevat over herbeleven of van een afstand bekijken, wordt deze gescoord onder affect en reliving of distancing.