



MARTIJN STÖFSEL

# EMDR-behandeling in

*Drie jaar ervaring*



*'Where Science and Practitioners Meet' (Anneke van Hoecke)*

*De quilt werd gemaakt als logo voor het gelijknamig 6de Internationaal EMDR-congres, dat in juni door het Belgisch Instituut voor Psychotraumatologie en EMDR georganiseerd wordt.*

EMDR (Eye Movement Desensitization & Reprocessing) is een behandelmethode die in het algemeen slechts wordt toegepast na kortdurende, eenmalige trauma's (type 1). In het Sinai Centrum, joods psychiatrisch centrum gespecialiseerd in de behandeling van oorlogsgetroffenen en slachtoffers van structureel geweld en hun naasten, passen wij EMDR ook toe na trauma's die zich herhaaldelijk of gedurende langere tijd hebben voorgedaan (type 2). In dit artikel beschrijf ik de bevindingen daarmee.

# het Sinai Centrum

Alle verwerkingsmethoden voor trauma's maken op de een of andere manier gebruik van exposure: doordat de cliënt wordt blootgesteld aan de emoties die de traumatische ervaring nog steeds oproept, komt het verwerkingsproces op gang. Dat geldt voor analytisch georiënteerde technieken, voor de Respicon-desensitiseringsmethode (Defares 1994), voor de getuigenismethode (Mooren en Van Dijk 2004) en voor de traditionele gedragstherapeutisch gefundeerde technieken (o.a. Minnen en Hage-naars 2002). Het geldt ook voor de EMDR-methode, die sinds begin jaren negentig bekend is. Eveneens gemeenschappelijk aan al deze methoden is dat in de behandeling de eigenlijke verwerkingsfase voorafgegaan wordt door een stabilisatiefase. De cliënt moet eerst voldoende stabiel zijn en voldoende greep op zijn leven hebben om de spanning van de exposure te kunnen verdragen. De stabilisatiefase bestaat vooral uit het vestigen van een therapeutische relatie, symptoomreductie en psycho-educatie.

Bij type-2-trauma is de stabilisatiefase de moeilijkste en langdurigste fase. Veel behandelingen komen niet verder dan deze fase.

## De methode

Zoals gezegd gaat alle traumaverwerking via exposure. Het trauma wordt geactiveerd en de maximale angst die daarbij hoorde wordt opgeroepen. De cliënt kan die maximale angst maar een beperkte tijd volhouden, waarna de angst vanzelf minder wordt (Korrelboom en Ten Broeke 2004). Het onderscheidende kenmerk van EMDR is nu, dat terwijl de maximale angst wordt opgeroepen, er tegelijk een afleidende stimulus wordt aangeboden, waardoor de angst beter te verdragen is. Daardoor is er minder kans dat het verwerkingsproces blijft steken in heftige emoties. Het associatieve verwerkingsproces komt sneller op gang en blijft gemakkelijker doorlopen. Een behandeling met EMDR neemt dan ook vaak maar een derde of minder in beslag van het aantal sessies

van andere, traditionele exposure-behandelingen. Dat is voor de cliënt een forse afname van de belasting.

Een tweede voordeel voor de cliënt is dat hij bij EMDR het trauma niet tot in detail hoeft te verwoorden. Het is voldoende als hij een duidelijk beeld van het trauma *in zijn hoofd* heeft.

Tegelijk is dat ook wel een voorwaarde: de techniek is alleen bruikbaar bij mensen die (al dan niet geconstrueerde) beelden van een traumatische ervaring hebben.

De klantvriendelijkheid en laagdrempeligheid van EMDR maakt dat er minder hoge eisen hoeven te worden gesteld aan de stabiliteit van de cliënt dan bij de andere exposure-behandelingen. Mijn ervaring is dan ook dat we nu veel eerder aan traumaverwerking toekomen dan voordat we beschikten over de EMDR-methode.

De behandeling begint met een duidelijke uitleg van wat de cliënt te wachten staat, zodat de

ze daar in ieder geval een gevoel van controle over heeft. Een gevoel van controleverlies is immers vaak een belangrijk onderdeel van traumaproblematiek.

Dan volgt het essentiële onderdeel van de EMDR-methodiek: het vaststellen van het beeld waarmee gewerkt gaat worden. Indien mogelijk is dit het allerergste moment van de ergste gebeurtenis. Dit moment wordt door de cliënt beschreven als

een stilstaand beeld, als een foto. Vervolgens wordt onderzocht welke cognities de cliënt over zichzelf heeft en welke emoties hij hierbij ervaart in het hier en nu als hij naar dat beeld kijkt. Ten slotte geeft de cliënt op een elfpuntschaal aan hoe hoog de spanning bij hem is op dat moment.

Na deze inventarisatie wordt de cliënt gevraagd zich op het beeld met de daarbij behorende emotie en cognitie te concentreren. De spanning is dan meestal maximaal. Tegelijkertijd krijgt hij de instructie zich ook te concentreren op de afleidende prikkel, bestaande uit een aantal 'sets' handbewegingen, dan wel tikjes afwisselend links en rechts via een koptelefoon. Na elke set wordt de cliënt gevraagd wat er in zijn hoofd is opgekomen. Hij hoeft hier slechts kort op te antwoorden. De therapeut vraagt vervolgens de cliënt zich te concentreren op wat er is opgekomen ('hou dat vast'), en de procedure wordt herhaald. Deze onderbrekingen geven de therapeut de gelegenheid omgeveer te volgen hoe het verwerkingsproces verloopt en de cliënt, indien nodig, weer even 'scherp te zetten' door terug te gaan naar het

afgesproken beginbeeld. Na ongeveer elke tien sets vraagt de therapeut de cliënt het beginbeeld weer voor ogen te nemen en zijn spanning op dat moment aan te geven op de elfpuntschaal.

De behandeling wordt voortgezet totdat de spanning gedaald is tot nul. Dit doel wordt bijna altijd gehaald, bij sommige enkelvoudige trau-

### effectieve en snelle exposure-techniek

mata al in één sessie, bij complexere trauma's meestal in minder dan vijf sessies. De negatieve cognitie over zichzelf blijkt dan vaak omgebo- gen te zijn naar een constructievere gedachte.

#### Onderzoek naar EMDR

EMDR heeft in relatief korte tijd een goede naam verworven, vooral door de overstelpende hoeveelheid onderzoek naar de effectiviteit van de methode (zie voor een overzicht Ten Broeke en De Jongh 2003a). Dat onderzoek betreft vooral de werking van EMDR bij enkelvoudige trauma's. Voortdurend blijkt dat EMDR net zo effectief is als andere exposure-technieken of cognitieve therapie. Het gaat alleen sneller. In de *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen* (Van der Velde 2003) worden EMDR en imaginaire exposure aanbevolen. Ook een aantal vermaarde traumawetenschappers beveelt in *Effective treatments for PTSD. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, na bestudering van vergelijkend onderzoek, EMDR aan als behandelingsmethode voor PTSS (Chemtob e.a. 2000).

Er zijn ook kritische artikelen over EMDR ver-

schenen, die variëren van kritiek op de opzet van sommige onderzoeken tot de opmerking dat de afleidende stimulus weggelaten kan worden (Davidson en Parker 2001, McNally 1999). Naar het effect van EMDR bij complexe trauma's is nog geen systematisch onderzoek gedaan. Er zijn wel verschillende ervaringen beschreven. Ten Broeke en De Jongh (2003b) concluderen dat EMDR beloftevol is bij type-2-trauma.

#### EMDR in het Sinai Centrum

De cliënten van het Sinai Centrum zijn joden, getroffen van de Tweede Wereldoorlog, slachtoffers van structureel geweld (veteranen, vluchtelingen en asielzoekers), en partners of kinderen van voornoemde groepen. Het gaat vooral om mensen met type-2-trauma's, die zoals eerder beschreven tot een scala aan diagnostische beelden kunnen leiden. Meestal is sprake van een volledige of partiële PTSS, veelal in combinatie met persoonlijkheidsproblematiek van diverse aard. Mijn collega Eelke Haan, die inmiddels elders werkzaam is, en ik zijn in 2002 begonnen EMDR toe te passen in het Sinai Centrum.

Nadat onze eerste positieve ervaringen met EMDR bekendheid hadden gekregen bij onze collega's, namen de aanmeldingen voor een behandeling flink toe. Om aan de vraag te kunnen voldoen, zijn wij ertoe overgegaan EMDR toe te passen in een soort modulesysteem, waarbij zowel de voorbereiding (de stabilisatie) als de follow-up bij de verwijzende collega blijft. Wij kunnen daardoor meer EMDR-behandelingen doen, maar het grote nadeel is dat

wij niet tevoren een goede therapeutische relatie met de cliënt kunnen opbouwen. Het heeft dan ook onze grote voorkeur dat de oorspronkelijke behandelaar bij de EMDR-sessies aanwezig is. Wij kunnen zo 'meeliften' op de therapeutische relatie die er al is, en de oorspronkelijke behandelaar ziet wat er gebeurt in de EMDR-sessie en kan de cliënt daarna, indien nodig, beter opvangen. Veel collega's vinden dit een aangename optie, maar het vergt wel een behoorlijke tijdsinvestering van hen.

Een variant die ook goed gewerkt heeft, vooral bij seksueel misbruikte vrouwen, is dat de echtgenoot bij de sessies aanwezig is. Hij kan zo als veilig anker functioneren en bovendien wordt hij betrokken bij wat er gebeurt en kan hij de cliënt thuis beter opvangen.

Vanzelfsprekend moet in al deze gevallen van tevoren worden ingeschat of de aanwezigheid van de 'bijzitter' niet juist een remmend effect op de behandeling zal hebben.

Een voorwaarde voor EMDR is dat er een traumatisch geladen beeld moet zijn. Het is niet belangrijk of het beeld de realiteit weergeeft, als het door de cliënt maar als levensecht beleefd wordt.

*Een man zag in nachtmerries steeds de onthoofding van zijn vader door de Jappen. Hij had die onthoofding niet zelf gezien, maar hij had er wel een scherp, helder en emotioneel geladen beeld van. Met succes hebben we deze beelden door middel van EMDR behandeld.*

De EMDR-methode is ontwikkeld voor enkelvoudige trauma's. Om deze methode nu toe te passen bij type-2-trauma's, behandelen wij de verschillende traumatische ervaringen apart, als afzonderlijke type-1-trauma's. Van tevoren moet dan ook worden vastgesteld of de cliënt de geïsoleerde behandeling van de diverse trauma's aankan. Indien de verwachting is dat de beelden daarvan te veel door elkaar gaan lopen, is EMDR niet mogelijk.

Van die verschillende traumatische ervaringen stellen we in het eerste gesprek een topdrie of topvijf, soms een toptien samen. We beginnen dan meestal niet met het ergste, maar met nummer twee of drie of nog lager, afhankelijk van de spanning die de cliënt aankan, en werken dan systematisch de verschillende ervaringen langs. Daarbij kunnen zich overigens ook generalisatie-effecten voordoen, zodat veelal niet alle ervaringen uit een toptien behandeld hoeven te worden.

*Een joodse man heeft al jaren last van sombere gevoelens. Als dit hem in toenemende mate belemmert in zijn functioneren, gaat hij hulp zoeken. Hij wordt ingesteld op antidepressieve medicatie en dit helpt hem goed. Zijn stemming knapt op en zijn functioneren verbetert. Echter, hij blijft last houden van opvallend sombere reacties op lawaai, met name van kinderen op straat. Dit blijkt uiteindelijk een herbeleving te zijn.*

*Toen hij zes jaar was, in 1942, werd zijn vader door de Duitsers weggehaald in een overvalwa-*

*gen. Cliënt heeft zijn vader nooit meer gezien: hij werd vermoord in Auschwitz. Cliënt bleef achter met zijn wanhopige moeder en oudere zuster, die hem, door hun eigen verdriet en angst, geen steun konden geven. Ze luisterden met grote angst naar de geluiden op straat, in afwachting van een volgende overvalwagen. Elk onduidelijk geluid gaf aanleiding tot grote schrik.*

*Cliënt wordt aangemeld voor EMDR. In de eerste sessie wordt gewerkt aan het traumatische beeld van het jongetje dat in grote spanning luistert naar geluiden op straat. De spanning daalt in de eerste sessie van 9 naar 0. Bij het follow-up-gesprek blijkt de schrikreactie op onduidelijk geluid op straat verdwenen. Wel blijkt de sombere reactie weer wat terug te komen. We doen nog een sessie EMDR. Bij de follow-up blijkt nu ook de depressieve reactie verdwenen.*

## Resultaten

In de afgelopen twee jaar hebben we ongeveer vijftig mensen behandeld met EMDR. Van dertig van deze behandelingen hebben we enige gegevens verzameld. Deze dertig vormen niet een representatieve steekproef, maar kunnen

## Levensecht beleefd, traumatisch geladen beeld

wel gezien worden als een globale doorsnede van verschillende type-2-traumata zoals die voorkomen bij de cliënten van het Sinai Centrum in Amersfoort.

Bij alle cliënten is de diagnose PTSS gesteld, meestal chronisch met een verlaat begin. Bij

een aantal zijn ook DESNOS, depressies of angststoornissen vastgesteld, en bij bijna allen persoonlijkheidsstoornissen. Het gaat dus om cliënten met ernstige en langdurige problematiek, die vaak ook al meerdere hulpverleningservaringen achter de rug hadden. De groep telt 22 mannen en acht vrouwen, variërend in leeftijd van 35 tot 75 jaar.

Zeven cliënten waren opgenomen in de kliniek, vijf zaten in een een- of tweedaags deeltijdprogramma en 18 waren ambulante cliënten.

Bij vier van hen ging het om traumatische ervaringen als kind in het Jappenkamp, bij één iemand ging het om een traumatische ervaring tijdens de onderduik, zes van hen waren veteranen, waarvan één uit de tijd van de politiole acties en de rest van uitzendingen in het kader van de VN (Libanon, Bosnië), acht van hen hadden traumatische ervaringen in hun opvoeding bij oorlogsgetroffen ouders (in drie gevallen ging het om seksueel geweld), acht van hen waren vluchtelingen met traumatische ervaringen tijdens gevangenschap en marteling, bij twee was sprake van seksueel misbruik als kind en één had meerdere traumatische ervaringen als civiel hulpverlener in een oorlogsgedebied.

Van deze dertig behandelingen waren er 27 succesvol, dat wil zeggen dat alle relevante traumatische ervaringen bewerkt waren en dat de spanning bij iedere traumatische ervaring gedaald was van hoog (8, 9 of 10) naar nul. Per traumatische ervaring was er een wisselend

aantal sessies (van één tot acht), afhankelijk van de impact van het trauma, maar ook van het aantal trauma's.

Bij drie cliënten was de behandeling niet succesvol. De cliënten kregen te kampen met een

## voorzichtige indicatiestelling vluchtelingen

niet goed te hanteren toename van nachtmerries, of gingen meer middelen gebruik om hun stress te reduceren. Twee van hen waren in de kliniek opgenomen vluchtelingen die goed gestabiliseerd leken maar die de spanning van de EMDR-behandeling toch niet konden hantieren. Onze indruk is dat dat vooral kwam door het ontbreken van een sociaal steunsysteem. Op basis van deze overigens beperkte informatie hebben we wel geconcludeerd dat we vooral bij de indicatiestelling van vluchtelingen voorzichtig moeten zijn.

In het derde niet succesvolle geval nam de spanning, na een aanvankelijke afname, weer heel sterk toe doordat er andere beelden doorheen schoven. De cliënt kon deze spanning niet hanteren en de behandeling moest worden afgebroken.

### Bijzonderheden

Het is bij iedere cliënt weer bijzonder om van heel dichtbij getuige te zijn van een innerlijk verwerkingsproces. Je ziet het gebeuren, bij iedere cliënt op een andere manier. De ene cliënt rapporteert heel rustig wat er in hem omgaat, bij de ander is er veel lichamelijke onrust zichtbaar, soms wordt er gehuild. Vaak zie je een afwisseling van emoties: heftige innerlijke

onrust, afgewisseld met in zichzelf gekeerd raken, waarbij er veelal een verwerkingsstap wordt genomen. Ook zijn er soms heftige reacties: geregeld komen er braakneigingen voor, waarbij ik mijn prullenbak paraat houd. Ook stroomt er soms allerlei lichaamsvocht uit het hoofd vrijelijk naar beneden.

In het begin hebben cliënten veelal een verkerde blik op het allerergste van de traumatische situatie. Als het verwerkingsproces op gang is gekomen, worden vaak andere zintuiglijke observaties gemeld. De ervaring lijkt breder te worden. De cliënt begint letterlijk om zich heen te kijken in de traumatische ervaring en ziet daarbij tot zijn verrassing soms nieuwe informatie.

*Een veteraan met een heel traumatische ervaring in de jungle van Nieuw Guinea beleefde die jungle als een beangstigende groene muur. Na de behandeling rapporteerde hij: 'Ik zie ineens kleuren, bloemen en mooie planten om me heen. Het is net zo rustig en mooi alsof ik op een bospad over de Veluwe loop.'*

Vaak zie je aan het einde de beelden vervagen en wordt er afstand van genomen.

*Een cliënt rapporteerde tijdens de behandeling dat hij blij was dat de herinneringen, die tot dan toe onduidelijk waren geweest, weer scherpe beelden begonnen te worden. Na de behandeling was hij een beetje aangeslagen omdat de herinneringen hun scherpte weer begonnen te verliezen. In de nabespreking constateerden we dat de herin-*

*neringen de vaagheid weer terugkregen die nu eenmaal passen bij herinneringen van 25 jaar geleden.*

De essentie van de EMDR-behandeling is dat het natuurlijke verwerkingsproces weer op gang komt, doordat de cliënt zo ongehinderd mogelijk kan kijken naar het traumatische beeld en de daaruit voortvloeiende associaties, gevoelens, gedachten en andere beelden. Hulpverleners zijn er sterk op gericht om dit proces verbaal te ondersteunen, waardoor ze ongemerkt richting geven aan het associatieproces en daarmee de cliënt van zijn eigen verwerkingsproces af kunnen brengen. Het is voor de behandeling daarom van groot belang dat de therapeut zich beperkt tot het bewaken van de procedure en zich geheel onthoudt van commentaar, samenvattingen, parafraseren, aanmoedigingen et cetera.

Mijn ervaring is dat dit een van de moeilijkste aspecten van de EMDR-methode is. Het voelt soms kil aan om niets te doen met de beladen informatie die vrijkomt, alleen maar te zeggen 'hou dat vast' en de afleidende stimulus weer aan te bieden. Maar cliënten ervaren dit als steun en veiligheid: de therapeut houdt de situatie controleerbaar, voorspelbaar en daardoor veilig door de procedure strak te handhaven. De strakke procedure heeft daardoor zeker ook een faciliterend effect op de verwerking.

Soms loopt de procedure toch vast. Dan moet de therapeut creatief omgaan met het protocol. Als een cliënt bijvoorbeeld maar blijft herhalen

en er niets verandert, kan men hem socratische vragen stellen zodat hij tot een ander inzicht kan komen. Zo kan het bij iemand die seksueel misbruikt is en die zich daar maar schuldig over blijft voelen, helpen om te vragen wie ook al weer de dader was. Onze indruk is dat dit herhaalfenomeen zich meer voordoet bij type-2- dan bij type-1-trauma's. Ook vereisen type-2-trauma's soms een wat uitgebreidere interventie of enige psycho-educatie gedurende de EMDR-procedure. Soms kan het zelfs nodig zijn de EMDR tijdelijk te onderbreken.

Een traumatische ervaring brengt meestal emoties met zich mee van verschillende aard. Allereerst zijn er de emoties die bij de slachtofferkant van de traumasituatie behoren: pijn, machteloosheid, verlies van controle en vooral angst. Afhankelijk van de traumatische ervaring zijn er soms ook nog 'verborgen' emoties: emoties die schaamtevol zijn en niet makkelijk verteld worden. Denk aan schaamte bij seksueel misbruik of aan schuldgevoel over daderge-

### *de ene emotie lokt de andere uit*

drag. Die verborgen schaamtevolle emoties vinden we ook bij mensen die bedacht hebben dat een vreselijk voorval niet zou zijn gebeurd als zij anders gehandeld hadden.

In de EMDR-sessies zie je vaak heel mooi de verschillende emoties 'afrollen'. De ene emotie lokt als het ware een andere uit. Mensen beginnen meestal bij angst, pijn en verdriet. Later komt eventueel bestaande schaamte en

schuldgevoel; dit is meestal de moeilijkste en heftigste fase, die de meeste tijd vergt. Heel voorzichtig komt er dan een sprankje boosheid om de hoek kijken. Dat is meestal het begin van een zich sneller afrollend proces, waarbij vanuit een realistischer perspectief de situatie beoordeeld kan worden. De boosheid leidt tot een toename van zelfgevoel en zelfvertrouwen en laat de 'slachtoffergevoelens' verglijden.

Dit zijn autonoom optredende processen, die de therapeut slechts volgt en observeert. Op geen enkele manier intervenueert hij om het proces te faciliteren, hij brengt alleen de cliënt telkens terug naar de traumatische situatie om de exposure aan de traumatische beelden zijn werk te laten doen.

Onze ervaring is dat EMDR bij vluchtelingen een geschikte methode is. De taal hoeft geen probleem te zijn, want de cliënt focust op het traumatische beeld en daar zijn geen woorden bij nodig. We hebben ervaring met de tolkentelefoon. Het kost wat meer tijd, maar vormt geen belemmering voor de methode.

Bij asielzoekers is de leefsituatie vaak zo heftig of instabiel dat zij de spanning die de EMDR-behandeling in het begin met zich meebrengt er niet bij kunnen hebben.

*Een Zuid-Amerikaanse joodse man heeft nachtmerries waarin hij, als jongetje van elf jaar, weer meemaakt hoe de politie met veel geweld een inval doet en vader hardhandig verhoort. Vader is meegenomen en hij heeft hem nooit meer gezien. Cliënt blijkt zich vooral schuldig te voelen dat hij vader niet duidelijker gewaarschuwd heeft. In*

*de EMDR-behandeling kan hij dit schuldgevoel in een rationeler perspectief zetten ('ik heb vader gewaarschuwd, maar hij heeft er niets mee gedaan en hij was toch niet gevluht, zo was hij niet'). Hierdoor kan hij later in de behandeling eindelijk echt afscheid nemen van zijn vader.*

### **Knelpunten**

Soms verwijzen onze collega-behandelaren te enthousiast en te snel. Bij cliënten bijvoorbeeld die nog helemaal niet hebben gesproken over hun traumatische ervaringen, duurt de EMDR-behandeling veel langer. Het beste is dat de cliënt de traumatische ervaringen in grote lijnen al uitgesproken heeft bij zijn behandelaar.

Soms is er ook nog een te hoog basaal angstniveau. EMDR is dan niet geïndiceerd, omdat de

## **EMDR werkt alleen bij cliënten die erkennen dat zij een trauma hebben**

angsttoename en mogelijke ontregeling die met elke verwerking, dus ook met EMDR gepaard gaan, de draagkracht kunnen overtreffen.

Bij EMDR kan maar aan één beeld tegelijk worden gewerkt. In de praktijk zullen er nogal eens andere beelden door het te behandelen beeld heen gaan. Dat is geen probleem als het andere beeld direct gerelateerd is aan het te behandelen beeld en dus ook behandeld moet worden, of als de cliënt teruggebracht kan worden naar het te behandelen beeld. Bij cliënten

echter die voortdurend switchen tussen verschillende beelden, is EMDR niet mogelijk.

EMDR werkt alleen bij cliënten die erkennen dat zij een trauma hebben. Wij hadden een cliënt bij wie EMDR tot onze verbazing niets uithaalde. Na verder diagnostisch onderzoek bleek de cliënt het trauma op gevoelsniveau te ontkennen. Verwerking kon beginnen nadat hij zich erbij had kunnen neerleggen dat het trauma gebeurd was en hem getroffen had.

Type-2-trauma leidt vaak tot complexe ziektebeelden. De behandeling van de daaraan ten grondslag liggende traumatische beelden kent vaak ook een grote complexiteit. Er zijn diverse situaties waaraan gewerkt moet worden. Soms kost een situatie erg veel tijd. De spanning daalt bijvoorbeeld wel, maar erg langzaam.

Het is dan zaak dat de therapeut geduld betracht, doorzet en genoeg neemt met kleine stapjes.

Met name bij type-2-trauma komt soms dissociatie voor, dat wil zeggen dat de persoon zich het trauma niet of slechts gedeeltelijk kan herinneren. Bij volledige dissociatie kan er logischerwijs geen sprake zijn van verwerking en dus ook niet van EMDR-behandeling.

Mensen die de situatie wel feitelijk kunnen verwoorden, maar het niet kunnen voelen (gedeeltelijke dissociatie), zullen maar beperkt geholpen kunnen worden door EMDR. Eerst zal er dan aan de dissociatie gewerkt moeten worden.

*Een veteraan die vreselijke dingen heeft gezien tijdens een drietal missies in oorlogsgebieden, lijkt met succes behandeld te zijn met EMDR. Tijdens een follow-up-gesprek na drie maanden blijkt cliënt echter doodmoe en deelt hij mee eigenlijk geen gevoelens meer te ervaren ten opzichte van zijn vrouw en dochters. Vervolgens blijkt dat hij de meest traumatische ervaring uitstekend kan verwoorden, maar dat hij er niets bij voelt. Daardoor had de spanning tijdens de EMDR-procedure snel kunnen zakken. De behandeling richt zich nu op het herkennen van gevoelens.*

Zoals gezegd moest in drie van de dertig gevallen de behandeling worden afgebroken wegens een te hoog angstniveau. Een goede indicatiestelling is dus van groot belang. We verwachten echter dat de uitval bij type-2-trauma altijd wat groter zal zijn dan bij type 1, door de grotere angst en ontregeling in de voorgeschiedenis.

In het modulesysteem zoals wij dat hanteren wordt de EMDR-therapeut geconfronteerd met veel cliënten met ernstige trauma's die hij maar korte tijd ziet. Dit kan een zware belasting zijn. Belangrijk is dan ook dat er binnen de instelling een sfeer is waarin de psychohygiëne van de hulpverlener ook aandacht krijgt, al dan niet in gestructureerde protocollen.

## Conclusies

EMDR is een nieuwe behandelingstechniek waarmee veel ervaring is opgedaan en waar ook veel onderzoek naar is gedaan. De techniek is minder belastend voor cliënten dan andere op verwerking gerichte technieken. De resultaten zijn over het algemeen goed, vooral doordat het natuurlijke verwerkingsproces zo zuiver mogelijk geactiveerd wordt. Ook binnen het Sinai Centrum, waar de cliënten vooral type-2-trauma's hebben, blijkt EMDR een zeer vruchtbare en bruikbare techniek.

De EMDR-techniek moet wel ingebed zijn in een bredere behandeling, waarin aandacht besteed wordt aan symptoomhantering. Van belang is een goede indicatiestelling: weinig dissociatie, een afgeperkt beeld, enige stabiliteit in het hier en nu, een geordend leven waarin de basale voorzieningen geregeld zijn, een vermogen tot relaxatie (de cliënt moet de hoge spanning aan het einde van een sessie terug kunnen brengen naar een hanteerbaar niveau), en enige mate van sociaal netwerk.

## Literatuur

- Broeke, E. ten & A. de Jongh, *Handboek EMDR*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2003a.
- Broeke, E. ten & A. de Jongh, 'Eye Movement Desensitization and Reprocessing: EMDR na seksueel trauma', in: N. Nicolai (ed.), *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik* (pp. 179-199). Utrecht: De Tijdstroom, 2003b.
- Chemtob, C.M., D.F. Tolin, B.A. van der Kolk & R.K. Pitman, 'Eye Movement Desensitization and Reprocessing', in: E.A. Foa, T.M. Keane & M.J. Friedman (eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 139-155/333-335). New York: Guilford Press, 2000.
- Davidson, P.R. & K.C.H. Parker, 'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): A Meta-Analysis', in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* vol. 69 (2001) 2, pp. 305-316.
- Defares, P.B., 'De Respicon-desensitisatietherapie bij oorlogsgetroffenen in voormalig Joegoslavië, in het bijzonder bij kinderen', in: *ICODO-info* vol. 11 (1994) 2, pp. 31-41.
- Korrelboom, K. & E. ten Broeke, *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*. Bussum: Coutinho, 2004.
- McNally, R.J., 'EMDR and Mesmerism: A Comparative Historical Analysis', in: *Journal of Anxiety Disorders* vol 13 (1999) 1-2, pp. 225-236.
- Minnen, A. van & M. Hagenaars, 'Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: Predictions of treatment outcome and dropout', in: *Behaviour Research and Therapy* vol. 40 (2002) pp. 239-457.
- Mooren, T. & J. van Dijk, 'Getuigenistherapie bij vluchtelingen. Een integratief protocol', in: *Tijdschrift voor Psychotherapie* vol. 30 (2004) pp. 359-367.
- Velde, V. van der, *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

### MARTIJN STÖFSEL

Martijn Stöfse is psycholoog/ psychotherapeut bij het Sinai Centrum.