



Universiteit Utrecht

Masteronderzoek Klinische Psychologie 2007-2008
Onder begeleiding van mw. dr. H.K. Hornsveld
Universiteit Utrecht
Faculteit Sociale Wetenschappen
Afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie
24 juni 2008

De rol van het *op afstand beleven* en het *herbeleven* in Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)

E.P.M. van Arkel (0322792)

BSc

Master-student aan de Universiteit van Utrecht

A.M. Baas (0319287)

BSc

Master-student aan de Universiteit van Utrecht

Samenvatting

This research is a replication of previous research by Lee, Taylor and Drummond (2006) which describes the mechanisms that underlie the therapeutic effectiveness of Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR). This replication tested whether the content of participants' responses during EMDR seems more effective when the responses are more consistent with distancing than reliving. The responses made by 15 participants were examined during their EMDR treatment session. Two raters coded these responses whether they were consistent with reliving, distancing, associated (responses which didn't refer to the trauma) or affect (responses which referred to an emotion). Although not significant, the results are pointing in the same direction as found by Lee, Taylor and Drummond (2006), namely the greatest improvement seemed to occur when participant showed distancing-responses. In addition to Lee, Taylor and Drummond (2006), this research made a distinction between the participants who experienced their trauma with guilt/shame or with a sense of powerlessness. These results showed that in the guilt/shame-condition the distancing-responses seemed to be more effective and in the powerlessness-condition reliving-responses were significantly better. For further research it is mainly necessary to have more participants.

Voorwoord

Dit onderzoek was voor ons zowel een eerste kennismaking met Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) als een eerste kennismaking met het klinische werkveld. Naast het leerzame traject van het onderzoek zelf, waren deze aspecten een speciale aanvulling op onze scriptie. Wij hebben dan ook met veel enthousiasme aan deze scriptie gewerkt en ons op verschillende gebieden breder ontwikkeld. Wij zijn voornamelijk blij dat wij ‘op de valreep van onze studie’ nog kennis hebben mogen maken met de behandelmethodede EMDR. Het is een behandelmethodede die wij in onze verdere loopbaan binnen de psychologie zeker mee zullen nemen.

Onze dank gaat uit naar de therapeuten en cliënten die mee wilden werken aan dit onderzoek. Zonder deze medewerking was dit onderzoek immers niet tot stand gekomen! Daarnaast willen wij graag onze begeleidster mw. dr. H.K. Hornsveld bedanken voor het overbrengen van haar enthousiasme voor EMDR en al haar op- en aanmerkingen op ons onderzoek. Mede dankzij haar is dit onderzoek goed afgerond en is ons enthousiasme gegroeid.

Inhoudsopgave

| | Blz. |
|--|-------------|
| 1. Inleiding | |
| 1.1 Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) | 4 |
| 1.2 Erkende PTSS behandelingen | 4 |
| 1.3 De EMDR-procedure | 6 |
| 1.4 De werkingsmechanismen van EMDR | 8 |
| 1.5 Het huidige onderzoek (gebaseerd op Lee, Taylor & Drummond, 2006) | 9 |
| 2. Methoden | |
| 2.1 Methodische karakterisering van het onderzoek | 12 |
| 2.2 Procedure van het onderzoek | 13 |
| 2.3 EMDR Procedure | 14 |
| 2.4 Participanten | 15 |
| 2.5 Meetinstrumenten | 15 |
| 2.6 Verwerking en preparatie van de gegevens | 18 |
| 2.7 Statistiek | 18 |
| 3. Resultaten | |
| 3.1 Reliving versus Distancing | 20 |
| 3.2 Affect en Associated | 21 |
| 3.3 Zelfwaardering versus machteloosheid | 21 |
| 3.4 Andere bevindingen | 23 |
| 4. Discussie | |
| 4.1 Belangrijkste beperkingen van het huidige onderzoek | 26 |
| 4.2 Interpretaties van de gestelde hypothesen | 26 |
| 4.3 Verdere beperkingen van het huidige onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek | 30 |
| Referenties | 34 |
| Bijlagen | 37 |

1. Inleiding

“De Amerikaanse psychologe Francine Shapiro bemerkte in 1987 tijdens het maken van een wandeling dat er een onprettige herinnering uit haar jeugd in haar gedachten naar boven kwam. De negatieve emotionele lading van deze herinnering verminderde plotseling drastisch nadat haar ogen spontaan enkele keren heen en weer bewogen. Geïntrigeerd door deze bevindingen probeerde zij vast te stellen of er een verband bestond tussen deze kennelijk min of meer spontane ‘verwerking’ en het maken van oogbewegingen.” (de Jongh & ten Broeke, 2003) Deze toevallige observatie was de eerste ontwikkeling binnen Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 1989). EMDR is – als psychotherapeutische behandelmethodede – ontwikkeld om symptomen van de Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) te verminderen. Onderzoekresultaten laten op een consistente manier zien dat stress na een eerste sessie EMDR daalt en dat de gevolgen van een eenmalig trauma in gemiddeld drie sessies kunnen verdwijnen (Shapiro & Forrest, 2005).

1.1 Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS)

Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) komt voor wanneer (a) een individu een traumatische gebeurtenis meemaakt, (b) reageert met intense angst, hopeloosheid of afschuw en (c) specifieke symptomen ontwikkelt die aanhouden voor minimaal een maand (American Psychiatric Association, 2000). De symptomen zijn het herhaaldelijk en ongewild opnieuw ervaren van de gebeurtenis, aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid en het vermijden van stimuli/gedachten die de herinneringen op kunnen wekken. Deze symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren (American Psychiatric Association, 2000). Om personen bij te staan bij de verwerking na het meemaken van een traumatische ervaring zijn er uiteenlopende methoden ontwikkeld.

1.2 Erkende PTSS-behandelingen

Taylor, Thordarson, Maxfield, Fedoroff, Lovell (2003) vergeleken in hun studie de werkzaamheid, snelheid en de nadelige effecten van drie PTSS behandelingen, namelijk exposure therapie, EMDR en relaxatie training. Zij kwamen tot de conclusie dat exposure therapie (in vergelijking met EMDR en relaxatie training) een grotere reductie teweegbracht met betrekking tot vermijding en de symptomen van herbeleven van het trauma. Ook bleek exposure therapie sneller te zijn in het reduceren van vermijding en bleken meer participanten geen symptomen meer van PTSS te vertonen na de exposure behandeling.

EMDR en de relaxatie training verschilden niet van elkaar met betrekking tot snelheid en werkzaamheid (Taylor et al., 2003). Seidler en Wagner (2006) daarentegen kwamen tot de conclusie dat er geen superioriteit verleend kon worden aan op trauma gerichte cognitieve gedragstherapie noch aan EMDR met betrekking tot de behandeling van PTSS. De behandelingen bleken even werkzaam te zijn (Seidler & Wagner, 2006). Bij (imaginaire) exposure wordt de cliënt voor langere tijd geconfronteerd met de (meest) angstoproepende stimuli van het trauma, waardoor het trauma opnieuw geactiveerd wordt (Gersons & Olf, 2005). Dit kan door de cliënt te instrueren zich te richten op en het in detail beschrijven van de traumatische gebeurtenis (Rothbaum & Schwartz, 2002). Ook kan het dat de therapeut een scène schetst op basis van informatie die de therapeut voorafgaand verzameld heeft (Rothbaum & Mellman, 2001). Door deze aanhoudende blootstelling kan corrigerende informatie geïntegreerd worden waardoor de pathologische elementen van de traumatische gebeurtenis verminderd zullen worden (Rothbaum & Mellman, 2001). Door de cliënt langdurig aan de herinnering bloot te stellen ervaart deze dat dit niet leidt tot een catastrofe en zo leert de cliënt deze niet meer te vermijden (Hendriks, 1999). In opvolging van imaginaire exposure is EMDR ontwikkeld. Deze methode heeft enkele gelijkenissen maar ook veel verschillen met imaginaire exposure. Zoals hierboven beschreven wordt gaat het bij imaginaire exposure om langdurige blootstelling waarbij in oplopende mate van angstwekkendheid de herinneringen aan het trauma opgeroepen worden. In tegenstelling tot imaginaire exposure is het bij EMDR uitdrukkelijk niet de bedoeling dat de cliënt voortdurend de oorspronkelijke traumatische beelden in gedachten houdt (Gersons & Olf, 2005). Bij EMDR wordt de cliënt gestimuleerd om in associaties en reflecties te denken. Dit gebeurt door de cliënt de vrijheid te geven te benoemen wat er in hem of haar opkomt. Bij imaginaire exposure echter is het van belang dat de cliënt bij zijn of haar traumatische gebeurtenis blijft en daar niet van afwijkt (Hendriks, 1999). Hoewel imaginaire exposure ook zijn werkzaamheid bewezen heeft, wordt het in de praktijk weinig toegepast bij PTSS-patienten (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004). Becker et al. (2004) toonden zelfs aan dat onder de psychologen die een sterke interesse tonen en training hebben gevolgd in de gedragstherapie voor PTSS, exposure therapie niet volledig geaccepteerd was en door hen ook niet veel toegepast werd. De redenen hiervoor waren gelimiteerde training (60%), voorkeur voor behandeling toegespitst op het individu (25%) en de zorg dat de cliënt terug zou vallen (24%). Deze zorg ontstaat uit het herbelevingelement van imaginaire exposure (Becker et al., 2004). Foa en Rothbaum (1998) geven aan dat de essentie van exposure ligt in het herbeleven van de traumatische gebeurtenis, iets wat de therapeut dus ervaart als een

reden om exposure niet toe te passen (Becker et al., 2004). Dit werd bevestigd in de studie van Van Etten & Taylor (1998 zoals geciteerd in Gersons & Olf, 2005) waarin zij aangaven dat een voordeel van de toepassing van EMDR de geringe emotionele belasting voor de cliënt is. Bij EMDR staat in plaats van het herbeleven, het op afstand (her)beleven en vrije associatie centraal (Lee, Taylor & Drummond, 2006). Shapiro (1995 zoals geciteerd in Lee et al., 2006) beschreef deze vrije associatie als ‘Let whatever happens happen’.

EMDR blijkt onder therapeuten ook veel te worden toegepast dankzij de snelheid waarmee het trauma behandeld kan worden, de blijvende effecten en generaliseerbaarheid van de effecten (Lohr, Tolin, Liliensfeld, 1998).

Daarnaast blijkt uit de literatuur dat EMDR, in vergelijking met imaginaire exposure, minder belastend is voor zowel cliënt als therapeut. De therapeuten blijken namelijk bij het toepassen van imaginaire exposure het soms als belastend te ervaren een juiste balans te vinden tussen empathisch reageren en afstand behouden. Deze balans wordt gezocht om als therapeut niet mee te gaan in de emoties van de cliënt (Foa & Rothbaum, 1998). Ook is aangetoond dat de cliënt imaginaire exposure ervaart als een intensieve behandeling, zowel qua tijd als qua inhoud (Gersons & Olf, 2005). Volgens Gersons en Olf (2005) blijkt het belangrijkste voordeel van het gebruik van EMDR de relatieve korte behandelduur te zijn.

Bij beide behandelingsvormen wordt verondersteld dat er cognitieve herstructurering plaatsvindt. In de EMDR procedure wordt de cliënt direct tot deze herstructurering geïnstrueerd, terwijl bij imaginaire exposure dit wordt gezien als een automatisch effect op het cognitief informatie verwerkingssysteem van de cliënt (Hendriks, 1999). Zowel van imaginaire exposure als van EMDR is de effectiviteit inmiddels wetenschappelijk vastgesteld (Hendriks, 1999).

1.3 De EMDR-procedure

EMDR is ontwikkeld als toepassing voor de behandeling van een psychologisch trauma (Shapiro, 1996). Het therapeutische doel van EMDR is niet simpelweg de reductie van angst, zoals het begrip ‘desensitisatie’ suggereert, maar betreft ook het teweegbrengen van positieve affecten, inzichten, verhoogd vertrouwen en gedragsveranderingen (Shapiro, 2002). EMDR is een therapie waarbij personen gevraagd worden terug te denken aan het trauma terwijl zij zich ondertussen dienen te richten op de vingerbewegingen van de therapeut dan wel ‘handtaps’ of klikjes in de oren (Shapiro, 2002). Deze bilaterale stimulatie wordt gezien als een van de hoofdelementen waardoor EMDR werkzaam blijkt (Shapiro, 2002).

De procedure die gevolgd wordt bij de behandeling van EMDR is opgesteld door de Jongh en ten Broeke (2008). Deze benadering bestaat uit tien fases. In de eerste fase staat de introductie centraal. In de tweede fase wordt de negatieve ervaring besproken en wordt het ‘target’ bepaald van de EMDR sessie. Onder ‘het target’ wordt datgene verstaan wat de cliënt op dit moment nog als het meest verontrustend ervaart van de gebeurtenis (De Jongh & ten Broeke, 2003). In de derde fase wordt de negatieve cognitie vastgesteld. Dit representeert een disfunctionele zelfperceptie gerelateerd aan de roltoekenning in de deelname van de gebeurtenis. Een voorbeeld van een negatieve cognitie kan zijn ‘ik ben stom’. In de vierde fase wordt de positieve cognitie bepaald. Bij een negatieve cognitie zoals ‘ik ben stom’ wordt dan als positieve cognitie ‘ik ben oké’ vastgesteld. De cliënt dient op de Validity of Cognition schaal (VoC) met een getal tussen de 1 t/m 7 aan te geven hoe ‘waar’ de positieve zelfperceptie op dat moment is. In fase vijf wordt de emotie, die samengaat met het kijken naar het beeld, benoemd om vast te kunnen stellen op de SUDS (Subjective Units of Disturbance Scale) – variërend van 0 tot 10 – hoe verontrustend dit beeld nu nog is. Daarna breekt de desensitiseringsfase aan. De cliënt dient zich op het target te richten terwijl er ondertussen vingerbewegingen dan wel tikjes plaatsvinden. De cliënt dient daarbij aan te geven wat er bij hem of haar naar boven komt. Hier wordt vervolgens met een nieuwe set oogbewegingen dan wel tikjes op verder gegaan. Deze procedure wordt herhaald tot de SUD score is afgenomen en – wanneer haalbaar – deze score te laten dalen tot 0 of 1. De zevende fase gaat om het benadrukken van de positieve cognitie. Door het positieve beeld met het originele target te verbinden zal de cliënt sterker tegenover de verontrustende herinnering staan. In de achtste fase wordt de lichaamsscan gedaan, om zo te controleren of alle spanning in het lijf is weggenomen. Fase negen is optioneel. Het idee hierachter is dat de cliënt een situatie in de toekomst verbeeldt die hij/zij eerst niet aankon en nu – na de eerste EMDR sessie – dat wel zou kunnen. Tijdens de laatste fase wordt de cliënt teruggebracht naar een rustige emotionele toestand. Dit gebeurt ook als de SUD score nog niet teruggebracht is naar 0. De Jongh en ten Broeke (2003) geven het belang aan van het feit dat deze fase goed uitgevoerd wordt, zodat de cliënt met een rustig en positief gevoel de sessie verlaat. Tegenwoordig wordt in plaats van oogbewegingen de EMDR-procedure ook toegepast met auditieve tonen of het tikken op de handen. Uit onderzoek van Schreiber, Schooler, Dew, Carter, Bartone (2006) blijkt dat bij het toepassen van auditieve tonen, evenals bij de vibraties op de hand, er een significante daling van de SUD score geconstateerd kan worden. Dit geldt voor de groep participanten waarbij het target voor de tweede maal werd behandeld. Deze studie wees ook uit dat wanneer de participanten de tonen afwisselend links en rechts te

horen kregen er de grootste vooruitgang werd geboekt op de SUD score (Schreiber et al. 2006).

Het doel van de EMDR-procedure is het bereiken van een eindtoestand waarbij de spanning ten opzichte van het targetbeeld is geminimaliseerd en de geloofwaardigheid van een positieve gedachtegang is gemaximaliseerd (de Jongh & ten Broeke, 2003).

1.4 De werkingsmechanismen van EMDR

Hoewel er nog geen precieze verklaring bestaat waarom EMDR werkt, beschrijven Shapiro & Forrest (2005) wel wat er *lijkt* te gebeuren tijdens EMDR. Volgens Shapiro (2001 zoals geciteerd in Shapiro & Forrest, 2005) liggen er namelijk bepaalde hypothesen ten grondslag aan de werking van EMDR. Hiervoor heeft zij het ‘accelerated information processing model’ ontwikkeld. Volgens dit model worden traumatiserende ervaringen als disfunctionele informatie opgeslagen in de neurale netwerken (Hendriks, 1999). Een trauma of stress blokkeert dit informatiesysteem waarmee normaal gesproken het trauma opgelost kan worden. Wanneer dit systeem geblokkeerd is, kan dit leiden tot pathologieën. Door – zoals tijdens EMDR gebeurt – de aandacht zowel intern te richten op de traumatiserende herinnering als extern op een afleidende stimulus zou het natuurlijk verwerkingssysteem worden gestimuleerd. EMDR zorgt er dus voor dat deze informatie versneld verwerkt kan worden tot een adaptieve herinnering (Edmond, Rubin, Warmbach, 1999; Hendriks, 1999). Greenwald (1994 zoals geciteerd in Edmond et al., 1999) bevestigde dit in zijn onderzoek. Edmond et al. (1999) toonden aan dat geblokkeerde neurale netwerken door EMDR doorbroken worden, hetgeen vergelijkbaar is met de REM slaap en reciprocal inhibition. Toch stellen Lee et al. (2006) dat de precieze manier waarop EMDR werkt nog steeds controversieel is. Want naast het ‘accelerated information processing model’ zijn er ook andere hypothesen ontwikkeld (Hendriks, 1999). Van belang is ook het onderscheid tussen het proces ‘afstand nemen’ en het proces ‘vrije associatie’ binnen EMDR (Lee et al., 2006). In de desensitisatiefase dient de cliënt met een afstand naar de traumatische gebeurtenis te kijken. Het tweede proces, vrije associatie, staat de cliënt toe om gedachten naar boven te laten komen en deze te rapporteren (Lee et al., 2006). De cliënt wordt op deze manier een observator van de traumatische gebeurtenis. Dit van een afstand (her)beleven in combinatie met de oogbewegingen/tikjes zorgt voor een ‘dual focus of attention’. De cliënt is zich bewust van het trauma, maar tegelijkertijd van zijn/haar aanwezigheid in het heden (Lee et al., 2006). Dit is niet het geval bij Imaginaire Exposure, waarbij de cliënt de instructie krijgt om de traumatische gebeurtenis weer in de tegenwoordige tijd naar boven halen en in de

eerste persoon te vertellen. Wel wordt bij Imaginaire Exposure, evenals bij EMDR, de nadruk gelegd op de meest verontrustende aspecten van het trauma (Harvey, Bryant, Tarrrier, 2003). Een belangrijk aspect van EMDR is dat deze behandelvorm haar kracht minder ontleent aan een dialoog tussen therapeut en cliënt, maar juist aan de non-verbale onderdelen van de therapie waarin de cliënt wordt afgeleid en geconcentreerd bezig is met zijn eigen interne processen (Gersons & Olf, 2005).

1.5 Het huidige onderzoek (gebaseerd op Lee et al., 2006)

Lee et al. (2006) onderzochten in hoeverre de cliënt tijdens een EMDR behandeling gebruik maakt van herbeleven, op afstand (her)beleven of op ander materiaal focussen. Met Shapiro's (2001 zoals geciteerd in Shapiro & Forrest, 2005) beschrijving van de 'dual focus of attention' in het achterhoofd, zou de grootste vooruitgang volgens Lee et al. (2006) geboekt moeten worden bij het op afstand (her)beleven. Om de vooruitgang te meten werd gebruik gemaakt van de Impact of Events Scale (IES). Het verschil tussen de IES-score voor de eerste EMDR behandeling en de IES-score bij de eerstvolgende behandeling van de cliënt stond centraal. Aan de hand van een door Lee et al. (2006) ontwikkelde Participant Response Classification werden de reacties van de cliënten uit hun onderzoek ingedeeld in vier categorieën; herbeleven, op afstand (her)beleven, op ander materiaal focussen of affect (een antwoord dat samenging met een negatieve emotie). Bij 44 cliënten werd de EMDR-sessie gefilmd en door onafhankelijke 'raters' geanalyseerd aan de hand van de Participant Response Classification. Na de responsen ingedeeld te hebben in de betreffende categorie bleek uit analyses dat het 'op afstand herbeleven' van de cliënten gerelateerd was aan vooruitgang. Dit op afstand herbeleven is noodzakelijk om de zogenaamde 'dual focus of attention' te behouden, welk proces in de desensitisatiefase een belangrijk deel van de behandeling is (Lee et al., 2006). Het creëert een evenwicht tussen het terugkijken naar de gebeurtenis en het bewustzijn veilig in het 'hier en nu' te zijn.

Hoewel deze studie aantoonde dat het op afstand (her)beleven tijdens EMDR gerelateerd is aan vooruitgang, werd de vraag niet beantwoord *hoe* het op afstand (her)beleven tot stand komt. Om hier inzicht in te krijgen, onderzochten Lee en Drummond (2007) of de instructies van de therapeut dan wel de oogbewegingen zorgden voor de grootste vooruitgang. Zij vonden dat de EMDR-condities mét oogbewegingen zorgden voor de grootste afname van negatieve gevoelens met betrekking tot de gebeurtenis, ongeacht de instructies van de therapeut. Ook toonden zij aan dat de levendigheid van de herinneringen duidelijk minder werd bij het aanbieden van oogbewegingen in combinatie met therapeutische instructies tot

het op afstand (her)beleven. Dit kon niet geconstateerd worden voor de combinatie tussen het aanbieden van oogbewegingen en de therapeutische instructies tot herbeleven (Lee & Drummond, 2007). Er werd dus aangetoond dat wanneer er oogbewegingen werden toegepast, de levendigheid van de nare herinnering verminderde als de cliënt aangespoord werd tot ‘distancing’. Hiermee werd naast het belang van de oogbewegingen ook het belang van het op afstand (her)beleven bij de EMDR-behandeling aangetoond.

Deze studies (Lee et al., 2006; Lee & Drummond, 2007) hebben betrekking op de vraag welk mechanisme ten grondslag ligt aan de bewezen werkzaamheid van de EMDR-behandeling. Omdat deze bevinding een grote invloed kan hebben op de EMDR therapeuten en de cliënten met een trauma is het van belang dit onderzoek te repliceren, zodat de bevinding sterker zal komen te staan of ontkracht zal worden. Als aanvulling op het onderzoek van Lee et al. (2006) – waarin voornamelijk gekeken wordt naar de procedurele verschillen – wordt er in het huidige onderzoek ook een onderscheid gemaakt tussen de manier waarop er teruggekeken wordt op het trauma.

De Jongh en ten Broeke (2003) onderscheiden binnen deze disfunctionele betekenisverlening vijf verschillende cognitieve domeinen, namelijk verantwoordelijkheid/schuld, controle, zelfwaardering, kwetsbaarheid en veiligheid. De manier waarop de cliënt terugkijkt naar het trauma (zijn/haar perspectief) ten aanzien van het beeld heeft invloed op de uiteindelijke oplossing (de Jongh & ten Broeke, 2003). Ehlers en Clark (2000) geven aan in hun onderzoek dat de negatieve betekenisverlening van een traumatische gebeurtenis voor de cliënt de oorzaak is van een algemene negatieve betekenisverlening van het trauma. Er is sprake van verschillende betekenisverleningen bij verschillende trauma's (Ehlers & Clark, 2000). Om een antwoord te krijgen op de vraag of het domein waarin de cliënt zich bevindt (met zijn/haar disfunctionele betekenisverlening) van invloed is op de werking van *distancing* en/of *reliving*, wordt er in het huidige onderzoek een onderscheid gemaakt tussen het domein ‘machteloosheid’ en het domein ‘zelfwaardering’. De invloed van een imaginaire exposure-behandeling bij iemand met een machteloos gevoel is onderzocht door Ehlers et al. (1998). In dit onderzoek werd er een onderscheid gemaakt tussen de slachtoffers van een verkrachting die trachtten de controle terug te winnen en slachtoffers bij wie sprake was van mentale verslagenheid. Deze laatste groep bleek minder vooruitgang te boeken bij de imaginaire exposure-behandeling dan de slachtoffers die de controle terug probeerden te winnen (Ehlers et al., 1998). Deze bevinding zou er dus op kunnen wijzen dat – gezien de verschillende cognitieve domeinen binnen EMDR – participanten met een machteloos gevoel

minder snel vooruitgang boeken dan participanten met een disfunctionele betekenisverlening op het gebied van de zelfwaardering.

Het huidige onderzoek zal een replicatie zijn van ‘The Active Ingredient in EMDR: Is It Traditional Exposure or Dual Focus of Attention?’ (Lee et al., 2006) met als aanvulling het onderscheid tussen de cognitieve disfunctionele betekenisverleningen van het trauma (het domein machteloosheid of het domein zelfwaardering).

Er zal allereerst onderzocht worden of de grootste vooruitgang – gemeten met de Schok Verwerkings Lijst (SVL) en de Subjective Units of Disturbance Scale (SUDS) – geboekt wordt wanneer de cliënt zich richt op het trauma met enige afstand. Dit betreft de hoofdhypothese van het huidige onderzoek. Verder zal ook gekeken worden of cliënten die meer responsen geven met betrekking tot de categorie *affect*, minder responsen zullen geven met betrekking tot de categorie *associated*. Tevens wordt onderzocht of een cliënt met een negatieve cognitie betreffende zelfwaardering die meer gebruik maakt van *distancing* meer zal dalen op de SUD dan wanneer gebruik gemaakt wordt van *reliving*. Ditzelfde zal onderzocht worden wanneer gekeken wordt naar de scores op de SVL. Als laatste hypothese wordt onderzocht of cliënten met een negatieve cognitie betreffende machteloosheid een eventuele daling op de SUD, dan wel SVL, veroorzaken onafhankelijk van *reliving* of *distancing*.

2. Methoden

2.1 Methodische karakterisering van het onderzoek

Het huidige onderzoek betreft een beschrijvend onderzoek ofwel een onderzoek waarin geen causale conclusies getrokken kunnen 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 (Goodwin, 2002). In het huidige onderzoek wordt op zoek gegaan naar de correlaties zoals deze verondersteld zijn door Lee et al. (2006). Volgens de bevindingen van Lee et al. (2006) zou een cliënt die meer gebruik maakt van *distancing* een betere vooruitgang in een EMDR behandeling laten zien. Binnen het huidige beschrijvende onderzoek wordt ook de werking van EMDR onderzocht (betreffende *distancing* of *reliving*) aan de hand van op video/DVD vastgelegde EMDR sessies. Deze sessies vinden plaats in een natuurlijke setting ofwel de ruimte waarin de behandeling van de cliënt gewoonlijk plaatsvindt. De participanten (ofwel cliënten) binnen dit onderzoek worden allen behandeld met EMDR voor uiteenlopende problematiek, waaronder voornamelijk Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS). 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. Onder target wordt een vaststaand beeld verstaan wat voor de cliënt nu nog het naaste is om aan terug te denken (de Jong & ten Broeke, 2003).

In het huidige onderzoek worden de variabelen niet gemanipuleerd, maar wordt er een structuur geboden. De structuur binnen dit onderzoek wordt getracht te bereiken door de therapeuten te instrueren zich te houden aan de laatste versie van het Nederlandse EMDR-protocol, zoals opgesteld door de Jong en ten Broeke (2008). Toch neemt de therapeut – op basis van zijn/haar ervaring en vakmanschap – de beslissingen met betrekking tot de behandeling van de cliënt. Hierdoor behoudt iedere therapeut zijn/haar unieke EMDR behandelvorm binnen dit onderzoek en kan om deze reden niet gesproken worden van volledige controle. Een ‘afhankelijke variabele’ – voor zover daarover gesproken kan worden in beschrijvend onderzoek – betreft de verandering in schaalcores tussen twee metingen van de Schok Verwerkings Lijst (SVL). Deze lijst meet de mate van herbeleving en vermijding van schokkende gebeurtenissen (Brom & Kleber, 1985). De eerste meting vindt plaats voor aanvang van de eerste EMDR sessie. De tweede meting vindt plaats voor aanvang van de eerstvolgende EMDR sessie. Door middel van de twee SVL-metingen kan er inzicht verkregen worden in de af- of toename van de mate van herbeleving en vermijding van

schokkende gebeurtenissen. Een tweede ‘afhankelijke variabele’ betreft het verschil in de score op de Subjective Units of Discomfort Scale. Deze schaal meet in welke mate de cliënt nog spanning in zijn/haar lijf ervaart terwijl gekeken wordt naar het meest nare beeld van de traumatische gebeurtenis (de Jongh & ten Broeke, 2003). Deze meting vindt plaats bij aanvang van de eerste EMDR sessie en na afloop hiervan. Ook bij deze twee metingen kan door een verandering tussen beide scores inzicht verkregen worden in de mate waarin de spanning bij de participant is af- of toeneemt. Als laatste ‘afhankelijke variabele’ kunnen de vijf categorieën – te weten op afstand herbeleven, herbeleven, associatie, affect, onbeslist – genoemd worden. De responsen worden aan de hand van de Participant Response Classification (zie *meetinstrumenten*) ondergebracht in bovengenoemde categorieën. De ‘onafhankelijke variabele’ – voor zover ook daarover gesproken kan worden in beschrijvend onderzoek – betreft het domein zelfwaardering en het domein machteloosheid. Deze begrippen verwijzen naar het onderscheid dat in het huidige onderzoek gemaakt wordt tussen de verschillende cognities die de participanten bij de traumatische gebeurtenis ervaren. Uiteindelijk wordt er gekeken naar de hoeveelheid responsen per categorie en domein en hoe deze ingedeelde responsen samenhangen met de toename/afname van de scores op de SVL en de SUDS.

2.2 Procedure van het onderzoek

Voor dit onderzoek zijn 50 GZ-psychologen en/of psychotherapeuten benaderd. De therapeuten zijn geselecteerd aan de hand van het adressenbestand van de Vereniging EMDR Nederland. Dit bestand is beschikbaar gesteld door de secretaris van deze vereniging, mevrouw dr. H.K. Hornsveld. Er zijn 50 brieven verstuurd naar een selecte groep van leden uit dit adressenbestand. Deze selecte groep is samengesteld omdat – volgens mevrouw dr. H.K. Hornsveld – de welwillendheid, vakkundigheid en motivatie van deze therapeuten bekend was. Tevens is 10 weken nadat deze brief verstuurd was, een e-mail aan deze groep therapeuten gezonden ter herinnering aan en ter motivatie van het huidige onderzoek. De therapeuten, met uitzondering van één therapeut, waren blind ten aanzien van de hypothesen en het doel van het onderzoek. De therapeuten werden gevraagd – nadat zij de uitleg in de brief gelezen hadden (zie bijlage) – de cliënten zo volledig mogelijk te informeren over de gang van zaken. Tevens dienden de therapeuten op het ‘invulformulier’ het geslacht, de leeftijd en de diagnose van de cliënt te noteren (zie bijlage). Op dit formulier werd ook genoteerd hoeveel sessies zonder dan wel met EMDR voorafgaand aan de gefilmde sessie hadden plaatsgevonden.

De taak die ten behoeve van dit onderzoek uitgevoerd moest worden door de cliënten, is het tweemaal invullen van de Schok Verwerkings Lijst (SVL, zie bijlage). Voordat zij deze taak uitvoerden was het de bedoeling dat zij algemene gegevens noteerden zoals de leeftijd, het geslacht en een korte omschrijving van de ingrijpende gebeurtenis. Daarnaast ondertekenden de cliënten, na de informatiebrief van de onderzoekers te hebben gelezen, een toestemmingsverklaring waarin zij akkoord gingen met het feit dat de onderzoekers het beeldmateriaal van de betreffende EMDR sessie zouden gebruiken voor het huidige onderzoek (zie bijlage). De therapeut heeft ervoor gezorgd dat de EMDR sessie gefilmd werd op VHS, DVD of VHS-C. Hij of zij heeft deze opname, de beide ingevulde SVL vragenlijsten, het invulformulier en het toestemmingsformulier aangetekend naar het postadres van de onderzoekers verstuurd. Toen deze documenten en opnames aangekomen waren bij de onderzoekers, is direct begonnen met het bekijken van de banden en classificeren van de uitspraken tijdens de sessies. Het bekijken van deze banden vond plaats in afgesloten ruimtes om zo de privacy – zowel van de cliënt als van de therapeut – te waarborgen. Iedere respons werd genoteerd en dit resulteerde in een per participant specifieke lijst van responsen. Aan de hand van deze lijst werd er per respons gekeken tot welke categorie deze respons behoorde (zie *meetinstrumenten*). Vervolgens is in SPSS (zie *statistiek*) voor iedere participant het aantal responsen per categorie ingevoerd. Tot slot zijn hier analyses op getoetst om de gevonden verbanden te bestuderen.

2.3 *EMDR Procedure*

Aangezien het huidige onderzoek plaatsvond in een natuurlijke setting is ervoor gekozen de therapeuten te vragen zich – voor zover mogelijk – aan het Nederlandse EMDR protocol te houden. Dit protocol is opgesteld door de Jongh & ten Broeke (2008), welke is opgenomen in de bijlage. Het was om verschillende redenen van belang dat de therapeuten zich aan dit protocol hielden. Ten eerste is het ‘back to target’ principe van dit protocol een belangrijk aspect. Hiermee wordt bedoeld dat de therapeut om de 5 à 7 minuten de cliënt laat terugkeren naar het oorspronkelijke beeld. Hierna wordt opnieuw de SUD score bepaald. Dit is belangrijk omdat in dit onderzoek – naast de verandering in scores van de SVL – het verschil tussen de beginscore en eindscore van de SUD dient als afhankelijke variabele.

Ten tweede was het van belang dat therapeuten op geprotocolleerde wijze met de cliënt communiceerden. Dit vereist een patroon van minimale interventies en weinig sturing van de kant van de therapeut. De therapeut moest ervoor waken dat hij/zij zich met betrekking tot de verbale communicatie beperkte tot het geven van procesinstructies, zoals ‘wat komt er op?’

en ‘ga daarmee door’ (de Jongh & ten Broeke, 2003). Dit is van belang omdat de spontane responsen van de cliënten onderwerp van studie zijn in dit onderzoek.

2.4 *Participanten (therapeuten en cliënten)*

De geselecteerde therapeuten zijn allen GZ-psycholoog of psychotherapeut, die een vervolgcursus EMDR hebben afgerond. Deze getrokken steekproef moet in principe representatief zijn voor alle EMDR-therapeuten. Van de 50 therapeuten die zijn benaderd, hebben er 35 niet gereageerd of hebben laten weten dat zij niet in staat waren een opname op te sturen. Er is één opname uitgesloten van het onderzoek om de reden dat het beeldmateriaal van aanzienlijk slechte kwaliteit was waardoor deze niet bruikbaar bleek te zijn. Daarnaast hebben twee therapeuten twee verschillende opnames opgestuurd. Van één van deze therapeuten konden beide banden gebruikt worden aangezien het twee verschillende cliënten betrof. Bij de andere therapeut is de tweede opname afgefallen omdat deze gekoppeld was aan de tweede SVL afname en dus niet relevant om mee te nemen in het huidige onderzoek. Ook is er door een therapeut een tweede SVL direct na de eerste EMDR sessie afgenomen, in plaats van voorafgaand aan de tweede sessie. Omdat deze score volledig afweek van de andere scores is er voor gekozen deze waarde als ‘missing value’ in te voeren. In totaal deden er aan dit onderzoek 15 cliënten ofwel participanten mee.

De participanten werden in deze EMDR sessie voor het eerst behandeld voor het betreffende target. Van deze participanten was bekend – met uitzondering van één participant – welke diagnose er gesteld was. Acht participanten waren gediagnosticeerd met PTSS, waarvan één in combinatie met een licht depressieve stoornis en één in combinatie met een dysthyme stoornis. Daarnaast was er bij de participanten een depressieve stoornis (2), a-typische hypochondrie (1), een kind-ouder probleem (1), een acute stress stoornis (1) en een dysthyme stoornis (1) gediagnosticeerd. Eén therapeut echter heeft niets ingevuld m.b.t. de diagnose.

De totale gemiddelde leeftijd van de participanten was 41,4 jaar met een standaarddeviatie van 13,4. Hieronder bevonden zich 7 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 40,3 jaar met een standaarddeviatie van 11,9 en 8 mannen met een gemiddelde leeftijd van 42,6 jaar met een standaarddeviatie van 14,7.

2.5 *Meetinstrumenten*

Schok Verwerkings Lijst

De Schok Verwerkings Lijst (SVL) (zie bijlage) is de Nederlandse versie van Impact of Event Scale (IES) van Horowitz, Wilner en Alvarez (1979 zoals geciteerd in Brom & Kleber,

1985). Deze vragenlijst wordt gebruikt als zelfrapportage voor het meten van typerende reacties op traumatische gebeurtenissen. Het meet de mate van herbeleving en ontkenning van schokkende gebeurtenissen (Brom & Kleber, 1985). De totaalscore geeft weer in hoeverre het dagelijks leven nog beïnvloed wordt door deze (negatieve) gebeurtenis. De SVL bevat 15 vragen, die ieder op een vierpunts-schaal kunnen worden beantwoord. De antwoordmogelijkheden zijn; “0 helemaal niet”, “1 bijna niet”, “3 soms”, “5 vaak”. De vragen representeren de gevoelens en gedachten van de cliënt in de afgelopen zeven dagen. In dit onderzoek hebben de vragen betrekking op het target dat gebruikt werd tijdens de EMDR sessie. Binnen deze scoring kan er een onderscheid gemaakt worden tussen twee schalen. Zeven items hebben betrekking op herbeleving van de traumatische gebeurtenis (herbelevingschaal) en acht items op vermijding van gedachten en gevoelens hierover (vermijdingschaal). 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). Uit onderzoek bleek de betrouwbaarheid van de SVL bij verscheidene stressvolle gebeurtenissen voldoende (van der Ploeg, Mooren, Kleber, van der Velden, Brom, 2004).

SUDS (Subjective Units of Disturbance Scale)

De Subjective Units of Disturbance Scale (SUDS) dient als indicatie voor de mate waarin iemand negatieve spanning ervaart met betrekking tot een specifieke herinnering. Dit wordt gemeten op een elfpuntsschaal, waarbij 0 ‘helemaal niet naar’ en 10 ‘zo naar als het maar zijn kan’ vertegenwoordigt (de Jongh & ten Broeke, 2003). De SUD score wordt in de desensitiseringsfase meerdere malen verkregen om een goed beeld te krijgen in welke mate de cliënt nog spanning voelt ten aanzien van de traumatische gebeurtenis. Uiteindelijk is het de bedoeling dat de therapie afgesloten wordt wanneer de SUD score is teruggebracht tot 0 of 1 (de Jongh & ten Broeke, 2003).

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

Dit classificatiesysteem is ontwikkeld door Lee, Taylor & Drummond (2006) ten behoeve van hun onderzoek naar de werkzaamheid van EMDR. Het is een systeem waarbij de responsen van de participanten ondergebracht kunnen worden in één van volgende vijf categorieën; herbeleven, afstand nemen, associaties, affect en onbeslist (Lee et al., 2006).

- ‘Herbeleven’ (ofwel *reliving*) wordt gedefinieerd als elke respons die suggereert dat de persoon het trauma opnieuw beleeft waarbij cognitieve ervaringen worden

waargenomen die ook optraden tijdens het beleven van het trauma (Lee et al., 2006). Een voorbeeld hierbij zou kunnen zijn ‘Angst dat ik haar niet kan helpen. Ik ben vergeten mijn naam te zeggen’.

- ‘Afstand nemen’ (ofwel *distancing*) verwijst naar de stimuli die aanwezig waren op het moment van het trauma, maar de persoon beschrijft de gebeurtenis op een manier dat het niet nu plaatsvindt. De essentie van deze reactie ligt in het feit dat de cliënt de gebeurtenis beschrijft alsof hij/zij van de heftige gebeurtenis is losgekomen (Lee et al., 2006). Het is hierbij vaak het geval dat de cliënt meer de situatie observeert dan dat hij/zij het weer opnieuw beleeft. Een voorbeeld bij deze categorie zou kunnen zijn ‘Dat ik helemaal alleen was en dat zie ik ook voor me’.
- ‘Associaties’ refereert naar stimuli die niet aanwezig waren gedurende de traumatische gebeurtenis. Dit kunnen andere gebeurtenissen in het leven van de persoon zijn geweest inclusief eerdere trauma’s. Ook kunnen het gebeurtenissen zijn die gerelateerd zijn aan de familie van de persoon of moeilijkheden die de persoon in zijn of haar leven heeft ervaren als gevolg van het trauma. Ook andere neutrale stimuli kunnen naar boven komen (Lee et al., 2006). Een voorbeeld bij deze categorie zou kunnen zijn ‘dat we bij het oude stekkie zaten, koppie koffie erbij, was een goede herinnering. Hebben we al lang niet meer gehad’.
- ‘Affect’ verwijst naar de responsen die duidelijk een emotionele lading dekken. Dit bevat responsen die gevoel beschrijven als doodsbang, boos, verdriet, blijdschap of beschrijvingen van fysieke sensaties als ziek gevoel in de buik en pijn in de rug.
- ‘Onbeslist’ is als laatste categorie opgesteld om de responsen te classificeren die bij geen enkele andere categorie ondergebracht konden worden. Responsen 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. Tevens werden responsen vaak in deze categorie ondergebracht wanneer het heftige lichamelijke sensaties betrof, waarbij deze responsen feitelijk los stonden van de traumatische gebeurtenis. Ook de responsen waarbij een moeilijk onderscheid te maken viel tussen ‘herbeleven’ en ‘met afstand beleven’ werden in deze categorie ondergebracht, bijvoorbeeld ‘mijn gedachten worden heen en weer geslingerd’.

Om de responsen zo betrouwbaar mogelijk in de bovenstaande categorieën te classificeren, waren de raters blind voor de verschilcores op de Schok Verwerkings Lijst. Wanneer een respons onder de categorie affect viel, werd deze respons tevens bij één van de andere vier categorieën ondergebracht.

2.6 Verwerking en preparatie van de gegevens

Allereerst werd er een onderscheid gemaakt tussen de participanten die een negatieve cognitie betreffende machteloosheid dan wel zelfwaardering koesterden. Dit onderscheid kwam naar voren in de uitspraak (ofwel negatieve cognitie) die de participant – op verzoek van de therapeut – formuleerde bij het beeld.

Vervolgens zijn de responsen van de participanten aan de hand van de opgestelde criteria zorgvuldig in de verschillende categorieën geclassificeerd. De responsen die niet duidelijk onder te brengen waren binnen één categorie zijn in overleg met drie EMDR-trainers geclassificeerd. Tevens zijn door de onderzoekers – in samenwerking met mevrouw dr. H.K. Hornsveld – enkele criteria vastgesteld om de data betrouwbaarder en objectiever te maken (zie bijlage).

Aangezien iedere therapeut enige vrijheid had binnen zijn eigen behandelvorm verschilden het aantal responsen per sessie aanzienlijk. Om zinnige uitspraken over de verzamelde data te kunnen doen, is er voor gekozen om de verkregen getallen om te zetten percentages. De percentages zijn berekend door het aantal gegeven antwoorden binnen een bepaalde categorie te delen door het totaal aantal gegeven antwoorden van de betreffende participant. Hierdoor ontstond een helder beeld van welke vorm (*reliving* dan wel *distancing*) een participant het meest gebruik heeft gemaakt.

2.7 Statistiek

Het software pakket SPSS 14.0 (Statistical Products and Service Solutions) werd gebruikt voor het uitvoeren van de analyses. Voor het huidige onderzoek kon gebruik gemaakt worden van ‘Pearson’s Product Moment Correlatie’ of de Non-Paramtrische toets ‘Spearman’s Rangcorrelatie’. Deze laatstgenoemde test zou geschikt zijn geweest omdat deze ervan uit gaat dat de verkregen data niet geheel normaal verdeeld zijn, waarvan in het huidige onderzoek deels sprake was. Maar als er gekozen werd voor de Spearman’s Rangcorrelatie zou het gevolg zijn dat er veel power verloren ging, omdat dit onderzoek slechts een kleine steekproef betreft. Om er voor te zorgen dat er zo min mogelijk power verloren ging is er voor gekozen om gebruik te maken van de Pearson’s productmoment-correlatie analyses. De SVL scores – die centraal staan in dit onderzoek – zijn namelijk wel normaal verdeeld, wat verondersteld wordt bij deze toets. In overleg met een hoogleraar statistiek – aan de Universiteit van Utrecht – is besloten dat het onderzoek de meeste kracht zou behouden

wanneer toch gebruik zou worden gemaakt van de Pearson's productmoment-correlatie analyses.

De Pearson's productmoment-correlatie analyses toetst de mate van correlatie tussen twee variabelen en kan toegepast worden op de zes gestelde hypothesen. In dit onderzoek wordt gekeken naar de correlatie tussen het aantal responsen (in percentages weergegeven) binnen een bepaalde categorie (Participant Response Classification, zie *meetinstrumenten*) en de verschilcores op de Schok Verwerkings Lijst (SVL) en de Subjective Units of Discomfort Scale (SUDS). Ook wordt er bij één gestelde hypothese gekeken naar de onderlinge correlatie tussen categorieën affect en associatie.

3. Resultaten

3.1 *Reliving versus Distancing*

Hypothese 1A, namelijk dat “de grootste vooruitgang – gemeten met de Schok Verwerkings Lijst – geboekt zal worden wanneer de cliënt zich richt op het trauma met enige afstand”, is getoetst met Pearson’s productmoment-correlatie. In tabel 1 is te zien dat er sprake is van een positieve correlatie tussen het percentage *distancing*-responsen (DistPerc) en het verschil tussen de SVL 1 en SVL 2 (SVLVERS) ($r = .28$, $n = 15$, $p > .005$). Deze correlatie houdt in dat er sprake leek te zijn van een daling in de score op de SVL wanneer iemand meer *distancing*-responsen vertoonde. Tevens is er in tabel 1 te zien dat er sprake is van een matige positieve correlatie tussen de daling van de SVL (het verschil tussen de eerste en de tweede afname van de SVL) en het percentage *reliving*-responsen (RelivPerc) ($r = .064$, $n = 15$, $p > .005$). Aangezien deze correlatie zeer zwak is, leek het weinig verschil te maken in welke mate iemand *reliving*-responsen vertoonde voor de verandering in de SVL scores.

Tabel 1.

De correlatie tussen ‘distancing’- en ‘reliving’-responsen (DistPerc en RelivPerc) en het verschil tussen SVL 1 en SVL 2 (SVLVERS) en SUD1 en SUD2 (SUDVERS).

| | Correlaties en Significanties | | | |
|-----------|-------------------------------|------------|------------|------------|
| | N | SVLVERS | SUDVERS | AssPerc |
| DistPerc | 15 | .28 (.16) | .38 (.08) | .06 (.42) |
| RelivPerc | 15 | .06 (.41) | -.26 (.17) | -.32 (.12) |
| AffPerc | 15 | -.10 (.37) | -.31 (.13) | -.38 (.16) |

Hypothese 1B, namelijk dat “de grootste vooruitgang – gemeten met de Subjective Unit of Discomfort Scale – geboekt zou worden wanneer de cliënt zich richt op het trauma met enige afstand”, is getoetst met Pearson’s productmoment-correlatie analyses. Hier werd een positieve correlatie gevonden tussen de daling op de SUDS (verschil tussen SUDS1 en SUDS2) en het percentage *distancing*-responsen ($r = .38$, $n = 15$, $p > .005$). Dit houdt in dat er sprake leek te zijn van een daling op de SUDS wanneer iemand meer *distancing*-responsen vertoonde. In tabel 1 is te zien dat er een negatieve correlatie gevonden werd tussen de daling van de SUDS en het percentage *reliving*-responsen ($r = -.26$, $n = 15$, $p > .005$). Dit betekent dat er sprake leek te zijn van een daling in de score op de SUD wanneer een persoon meer

reliving-responsen vertoonde. Aangezien er zowel bij het *distancing*-percentage als bij het *reliving*-percentage geen significante gegevens zijn gevonden, dienen hypothese 1A en 1B verworpen te worden. De gevonden correlaties, hoewel niet significant, wijzen wel in de richting van de gestelde hypothese.

3.2 *Affect en Associated*

De tweede hypothese, namelijk dat de “cliënt die meer responsen geeft met betrekking tot de categorie *affect*, minder responsen zal geven met betrekking tot de categorie *associated*” werd getoetst met Pearson’s productmoment-correlatie analyses. In tabel 1 is te de negatieve correlatie te zien die gevonden werd tussen het percentage *affect*-responsen (AffPerc) en het percentage *associated*-responsen (AssPerc) ($r = -.38$, $n = 15$, $p > .005$). Deze correlatie houdt in dat wanneer een persoon meer *affect*-responsen dan wel *associated*-responsen gaf, deze persoon respectievelijk minder *associated*-responsen dan wel *affect*-responsen leek te geven. Deze uitkomst is in lijn met de verwachtingen. De hypothese dient echter verworpen te worden aangezien de correlatie tussen de *affect*- en *associated*-responsen niet significant werd bevonden.

3.3 *Zelfwaardering versus machteloosheid*

In hypothese 3 werd voorspeld dat “de cliënt met een negatieve cognitie betreffende zelfwaardering die meer gebruik maakt van *distancing* meer zal dalen op de SUDS dan wanneer er gebruik gemaakt wordt van *reliving*”. Zoals blijkt uit tabel 2 is er sprake van een positieve correlatie tussen de daling op de SUDS en het percentage *distancing*-responsen ($r = .51$, $n = 9$, $p > .05$). Dit houdt in dat iemand met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering inderdaad sprake leek te zijn van een grotere daling op de SUDS (verschil tussen SUD1 en SUD2) wanneer de persoon meer *distancing*-responsen vertoont. Er werd een negatieve correlatie gevonden tussen de daling op de SUDS en het percentage *reliving*-responsen ($r = -.48$, $n = 9$, $p > .05$). Deze negatieve correlatie houdt in dat er sprake leek te zijn een minder grote daling op de SUDS wanneer iemand met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering meer *reliving*-responsen vertoonde. Aangezien beide correlaties wederom niet significant bevonden zijn met een alfa-waarde van .05, dient hypothese 3 verworpen te worden. Ook bij deze hypothese dient vermeld te worden dat de resultaten wel in lijn met de verwachtingen zijn, aangezien bij *distancing*-responsen een positieve correlatie – een grotere daling – en bij ‘*reliving*’ responsen een negatieve correlatie – een kleinere daling – is gevonden.

Tabel 2 De correlatie tussen ‘*distancing*’- en ‘*reliving*’-responsen (*DistPerc* en *RelivPerc*) en het verschil tussen SVL 1 en SVL 2 (*SVLVERS*) en *SUD1* en *SUD2* (*SUDVERS*) betreffende het domein zelfwaardering en machteloosheid.

| | N | Zelfwaardering | | N | Machteloosheid | |
|-----------|---|----------------|------------|---|----------------|-----------|
| | | SVLVERS | SUDVERS | | SVLVERS | SUDVERS |
| DistPerc | 9 | .42 (.13) | .51 (.08) | 6 | -.07 (.45) | .13 (.40) |
| RelivPerc | 9 | -.39 (.15) | -.49 (.09) | 6 | .86 (.03) | .04 (.47) |

Ook bij het toetsen van hypothese 4, namelijk dat “de cliënt met een negatieve cognitie betreffende zelfwaardering die meer gebruik maakt van *distancing* meer zal dalen op de SVL dan wanneer er gebruik gemaakt wordt van *reliving*”, werd er gebruik gemaakt van Pearson’s productmoment-correlatie analyses. In tabel 2 valt af te lezen dat er een positieve correlatie is gevonden tussen het percentage *distancing*-responsen en de daling op de SVL (verschil tussen SVL1 en SVL2) ($r = .42, n = 9, p > .05$). Deze correlatie houdt in dat het leek wanneer iemand met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering meer *distancing*-responsen vertoonde hij/zij een grotere daling op de Schok Verwerkings Lijst liet zien.

Er werd een negatieve correlatie gevonden tussen het percentage *reliving*-responsen en de daling op de SVL ($r = -.39, n = 9, p > .05$). Dit houdt in dat het leek als iemand meer gebruik maakte van *reliving* deze persoon een kleinere SVL daling vertoonde. Ook bij deze hypothese kan gesteld worden dat de voorspellingen in de juiste richting wijzen, aangezien er ook hier een positieve correlatie voor *distancing* – een grote SVL daling – en een negatieve correlatie voor *reliving* – een kleinere SVL daling – werd gevonden. Deze bevindingen zijn echter niet significant en om deze reden dient ook hypothese 4 verworpen te worden.

Hypothese 5, namelijk dat “de cliënt met een negatieve cognitie betreffende machteloosheid een daling op de SUDS zal veroorzaken onafhankelijk van *reliving* of *distancing*”, werd ook getoetst met Pearson’s productmoment-correlatie analyses. In tabel 2 is te zien dat er een matige positieve correlatie is gevonden tussen het percentage *distancing*-responsen en de daling op de SUDS (verschil tussen SUD1 score en SUD2 score) ($r = .13, n = 6, p > .05$). Dit houdt in dat het leek wanneer iemand gebruik maakte van *distancing* dit mogelijk slechts tot

een matig verschil tussen beide SUD scores heeft kunnen leiden. Ook is er in tabel 2 een zeer matige positieve correlatie te zien tussen het percentage *reliving*-responsen en het verschil van de SUD1 score en SUD2 score ($r = .04$, $n = 6$, $p > .05$). Dit lijkt te betekenen dat wanneer iemand meer gebruik maakte van *reliving* dit voor zeer weinig verschil tussen de SUD scores heeft kunnen leiden. Aangezien beide correlaties niet significant bevonden werden dient hypothese vijf verworpen te worden. Ook voor deze hypothese geldt echter dat de voorspellingen wel bekrachtigd worden. Het verschil tussen beide correlaties is verwaarloosbaar (.13 en .04), hetgeen lijkt te suggereren dat het dus inderdaad weinig verschil maakte of iemand gebruik maakte van *reliving* dan wel *distancing* (wanneer het een negatieve cognitie in het domein machteloosheid betrof).

De Pearson's productmoment-correlatie analyse werd ook getoetst bij hypothese 6; "De cliënt met een negatieve cognitie betreffende machteloosheid zal een eventuele daling op de SVL veroorzaken onafhankelijk van *reliving* of *distancing*".

In tabel 2 zijn de correlaties weergegeven. Allereerst is er een matige negatieve correlatie gevonden tussen het percentage *distancing*-responsen en de daling op de SVL ($r = -.072$, $n = 6$, $p > .05$). Deze correlatie leek uit te wijzen dat wanneer iemand meer gebruik maakte van *distancing* er een lichtelijk kleinere daling op de SVL ontstond.

Daarnaast is er sprake van een sterke positieve correlatie tussen het percentage *reliving*-responsen en het verschil tussen de SVL1 en SVL2 ($r = .86$, $n = 6$, $p < .05$; significant). Deze correlatie houdt in dat er sprake leek te zijn van een significante grotere daling op de SUDS wanneer iemand, met een negatieve cognitie in het domein machteloosheid, meer gebruik maakte van *reliving*. Deze correlatie wordt significant bevonden. Dit is niet in lijn der verwachtingen, aangezien verwacht werd dat er weinig verschil zou zijn tussen het gebruik maken van *reliving* dan wel *distancing* betreffende de personen met een negatieve cognitie binnen het domein 'machteloosheid'. Uit de correlaties bleek er wel degelijk verschil te zijn tussen het gebruik maken van *reliving* en *distancing*. Om deze reden dient hypothese 6 verworpen te worden.

3.4 Andere bevindingen

Naast de gestelde hypothesen kwam er uit het huidige onderzoek ook een andere bevinding naar voren. Deze bevinding staat los van de mate waarin de participant gebruik maakt van *distancing* dan wel *reliving*, waar aanvankelijk naar gekeken werd. Er werd gevonden dat er een verschil was op de scores van de tweede afname van de SVL tussen de domeinen

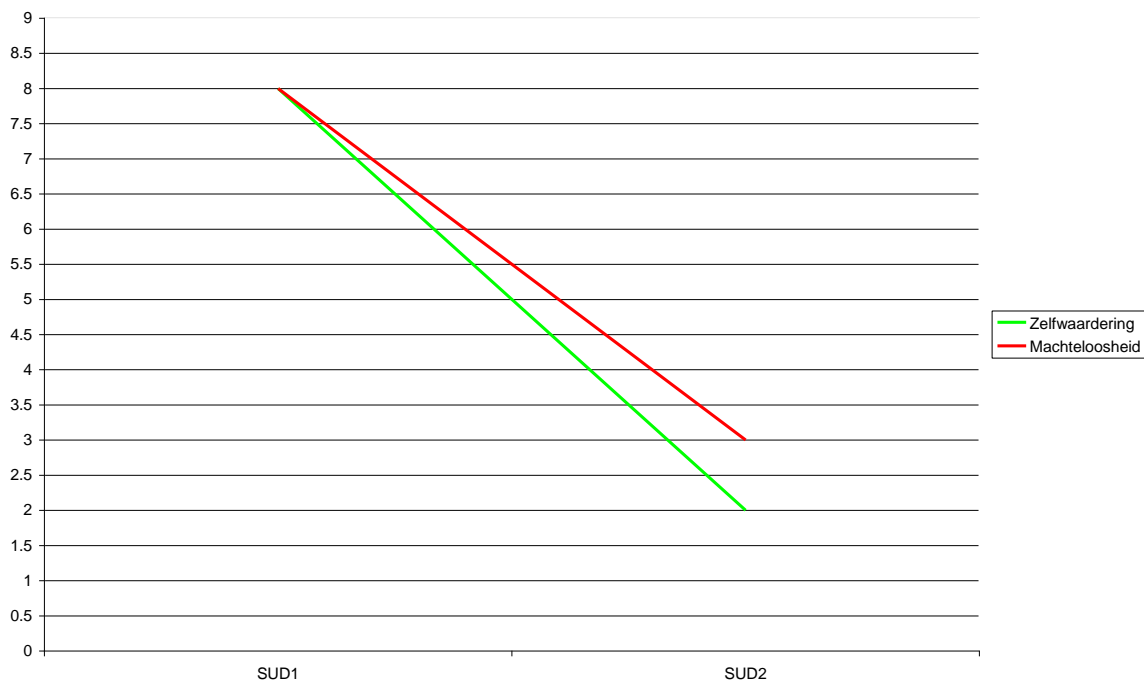
zelfwaardering en machteloosheid. Tevens werd er een matige verschil in de scores op de SUD gevonden tussen de twee domeinen. Hieronder is deze bevinding in figuur 1 grafisch weergegeven. Participanten met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering (Zelfw) scoorden gemiddeld 43.89. Participanten met een negatieve cognitie in het domein machteloosheid (Macht) scoorden gemiddeld 45.17. Deze scores zijn volgens de normtabel van de Schok Verwerkings Lijst een ‘ernstige reactie’, waarbij aangegeven wordt dat een score hoger dan 26 reede geeft voor hulpverlening (Horowitz, 1982 in Lee & Drummond, 2007). Aangezien de participanten voor dit onderzoek allen in behandeling voor een trauma waren lijkt dit niet uitzonderlijk te zijn. De scores op de eerste afname van de SVL bij beide domeinen verschilden niet significant veel van elkaar, te weten een verschil van 1.3. Echter, wanneer gekeken werd naar de scores op de SVL voorafgaand aan de eerstvolgende EMDR sessie, zijn er grotere verschillen te zien tussen beide groepen participanten, namelijk een verschil van 7.3. Participanten met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering scoorden 21.07 terwijl participanten met een negatieve cognitie in het domein machteloosheid 28.40 scoorden. Met andere woorden, participanten met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering leken een grotere daling op de SVL te vertonen in vergelijking met participanten met een negatieve cognitie in het domein machteloosheid (zie figuur 1).

Figuur 1 De gemiddelde SVL score voor aanvang van de EMDR sessie (SVL1) en de gemiddelde SVL score voor aanvang van de eerstvolgende EMDR sessie (SVL2) voor het domein zelfwaardering en machteloosheid.



In grafiek 2 valt af te lezen dat, in lijn met resultaten op de SVL, ook de SUDS een grotere daling liet zien bij de groep participanten met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering. Participanten met een negatieve cognitie in het domein machteloosheid rapporteerden een score van 8.0. Dit was vergelijkbaar met de score die de groep participanten met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering rapporteerden (7.78). Echter bij de laatste afname van de SUDS is de score van de groep participanten – met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering – meer gedaald (2.33) in vergelijking met de groep participanten met een negatieve cognitie in het domein machteloosheid (3.13). Uit deze resultaten blijkt dat participanten met een traumatische ervaring in het domein machteloosheid minder snel daalden op de SUD en SVL dan participanten met een traumatische ervaring in het domein zelfwaardering.

Figuur 2 De gemiddelde SUD score aan het begin van de EMDR sessie (SUD1) en de gemiddelde SUD score aan het einde van de EMDR sessie (SUD2) voor het domein machteloosheid en zelfwaardering.



4. Discussie

4.1 Belangrijkste beperkingen van het huidige onderzoek

Allereerst dienen enkele kritische noten geplaatst te worden bij het huidige onderzoek alvorens de resultaten met betrekking tot de gestelde hypothesen geïnterpreteerd mogen worden. In het huidige onderzoek is namelijk sprake geweest van een klein aantal participanten. Zoals in de methoden (paragraaf 2.4) te lezen was hebben van de 50 aangeschreven GZ-psychologen en/of psychotherapeuten er uiteindelijk 14 meegewerkt. Daarbij zond één therapeut twee banden toe van twee verschillende cliënten. In totaal hebben er dus 15 participanten, ofwel cliënten, geparticipeerd in dit onderzoek. Hoewel deze gefilmde sessies een goed beeld geven over de manier waarop een EMDR sessie verloopt en welke elementen daarin werkzaam lijken te zijn, is er duidelijk sprake van een te kleine steekproef om de gevonden resultaten te kunnen generaliseren naar de gehele doelgroep. Immers; 14 therapeuten en 15 cliënten kunnen niet alle EMDR therapeuten en hun cliënten vertegenwoordigen.

Daarnaast moet aangegeven worden dat er in het huidige onderzoek geen causale conclusies getrokken kunnen worden. Er wordt immers – door het uitvoeren van het onderzoek in de natuurlijke setting – geen enkele variabele gemanipuleerd. Hoewel dit gegeven als kracht heeft dat hierdoor de gevonden correlaties beter te generaliseren zijn naar de ‘normale situatie’, is het onderzoek nu gebaseerd op correlaties. Met deze correlaties kunnen enkel uitspraken worden gedaan over een samenhang tussen variabelen.

Deze twee beperkingen hebben als gevolg dat er weinig gezegd kan worden – noch in causaal verband noch generaliseerbaar – over de resultaten van het huidige onderzoek. De volgende interpretaties dienen dan ook met voorzichtigheid bekeken te worden.

4.2 Interpretaties van de gestelde hypothesen

In het huidige onderzoek zijn er zes hypothesen getoetst. Allereerst werd de hypothese gesteld dat de grootste vooruitgang – gemeten met de SVL (hypothese 1A) en met de SUDS (hypothese 1B) – geboekt zou worden wanneer de cliënt zich richt op het trauma met enige afstand. De correlaties die in het huidige onderzoek werden gevonden met betrekking tot *distancing* en de verschilscore op de SVL ($r = .28$) is in lijn met de significante correlatie welke Lee et al. (2006) heeft gevonden ($r = .46$). Ook bleek de correlatie tussen *reliving* en de verschilscore op de SVL in het huidige onderzoek ($r = .06$) aan te sluiten bij de gevonden

correlatie ($r = -.05$) van Lee et al. (2006). Uit het voorgaande blijkt dus wanneer iemand naar zijn of haar traumatische gebeurtenis met enige afstand (*distancing*) kan kijken er een grotere daling op de SVL lijkt plaats te vinden dan wanneer iemand gebruik maakt van herbeleven (*reliving*). Met andere woorden, wanneer iemand in staat is meer gebruik te maken van het op afstand herbeleven (*distancing*) lijkt een EMDR behandeling werkzamer. Deze uitspraak kan echter niet als algemene waarheid worden beschouwd, omdat het hier gaat om een correlatie en niet om een causaal verband. Het feit dat de gevonden correlaties in lijn zijn met de bevindingen van Lee et al. (2006) zet het huidige onderzoek wel kracht bij. De beperking van de kleine N blijft bestaan, maar aangezien de correlaties in dezelfde richting als Lee et al. (2006) wijzen kan dit voorzichtig beschouwd worden als een bevestiging van de voorspellingen.

Als tweede hypothese werd er getoetst of er een negatieve correlatie bestond tussen de categorie *affect* en de categorie *associated*. Deze hypothese werd gesteld naar aanleiding de bevindingen van Lee et al. (2006), waarin naar voren kwam dat van alle categorieën waarin de responsen van de participant geassocieerd konden worden enkel *associated* en *affect* significant negatief met elkaar correleerden. Uit de resultaten van het huidige onderzoek blijkt dat *affect* en *associated* inderdaad negatief met elkaar correleren ($r = -0,38$). Dat wil zeggen, als iemand veel *affect*-responsen geeft, vertoont hij/zij minder *associatie*-responsen en andersom. Deze negatieve correlatie valt te verklaren, want zodra een cliënt een associatie benoemt, ligt deze verder van het trauma af dan wanneer de cliënt een emotie – vaak in relatie met de traumatische gebeurtenis – benoemt. Om deze reden zal er bij deze respons minder affect aanwezig zijn dan wanneer iemand een respons geeft die duidelijk verbonden is met de traumatische gebeurtenis (*reliving* of *distancing*- responsen). Deze bevinding sluit aan op de verklaring van Stickgold (2002 zoals geciteerd in Lee et al., 2006), die het onderliggende mechanisme van EMDR beschreef. Stickgold (2002 zoals geciteerd in Lee et al., 2006) gaf aan dat PTSS ontstaat wanneer een gebeurtenis dusdanig veel *arousal* opwekt dat de overdracht van het opslaan in het episodisch geheugen naar het semantische geheugen voorkomen wordt. Als resultaat van de verhoogde *arousal* stagneert dan de ontwikkeling van de associaties tussen de traumatische gebeurtenis en andere gerelateerde gebeurtenissen. Volgens deze theorie zou er dus sneller herstel plaatsvinden als er gebruik gemaakt wordt van *associatie*-responsen. Dit zou aan kunnen sluiten bij de hierboven genoemde resultaten, aangezien *affect* en *associated* negatief met elkaar correleren en *associated* dus niet samen

lijkt te gaan met emotie (waarvan altijd sprake is bij *affect*). *Affect* lijkt zich immers negatief te verhouden tot vooruitgang op de SVL ($r = -.10$).

Bij de derde en vierde hypothese werd verondersteld dat de cliënt met een negatieve cognitie betreffende zelfwaardering die meer gebruik maakte van *distancing* meer zou dalen op ofwel de SUDS (hypothese 3) ofwel de SVL (hypothese 4) dan wanneer er gebruik werd gemaakt van *reliving*. Op basis van de resultaten kan voorzichtig geconstateerd worden dat wanneer iemand, met een negatieve cognitie betreffende zelfwaardering, meer gebruik maakt van *distancing* deze persoon sneller lijkt te dalen op de SUDS en de SVL. Met andere woorden; iemand – die een negatieve cognitie koestert betreffende zelfwaardering – lijkt door middel van het met afstand kijken naar de traumatische gebeurtenis meer kans te hebben op vooruitgang in de behandeling dan degene die de traumatische gebeurtenis weer gaat herbeleven. Ook dient hierbij vermeld te worden dat harde uitspraken niet gedaan kunnen worden aangezien de resultaten niet significant zijn en de benoemde correlaties enkel een samenhang tussen de twee variabelen betreffen.

Als vijfde hypothese werd gesteld dat de cliënt met een negatieve cognitie betreffende machteloosheid een eventuele daling op de SUDS zou veroorzaken onafhankelijk van *reliving* of *distancing*. Zoals deze hypothese veronderstelt, worden er geen grote verschillen verwacht tussen *reliving* en *distancing* wanneer iemand een negatieve cognitie heeft met betrekking tot het trauma dat zich in het domein machteloosheid bevindt. Dit komt inderdaad in de – niet significante – resultaten naar voren, aangezien zowel de correlatie met *reliving* als de correlatie met *distancing* niet sterk positief gecorreleerd zijn (respectievelijk; $r = .04$; $r = .13$). Met andere woorden, wanneer iemand zich machteloos voelt ten aanzien van het trauma lijkt het weinig verschil te maken of er tijdens de EMDR sessie gebruik wordt gemaakt van *reliving* of *distancing* met betrekking tot de vooruitgang die geboekt wordt, gemeten met de SUDS.

Als laatste hypothese werd gesteld dat de cliënt met een negatieve cognitie betreffende machteloosheid een eventuele daling op de SVL zal veroorzaken onafhankelijk van *reliving* of *distancing*. Ook bij deze hypothese wordt – net als bij hypothese 5 – verondersteld dat er weinig verschil in de daling van de SVL zal zijn wanneer iemand gebruik maakt van *reliving* dan wel *distancing*. De gevonden resultaten zijn echter niet in lijn met deze verwachting. Uit de correlaties blijkt dat personen met een negatieve cognitie in het domein machteloosheid

betere vooruitgang boeken wanneer gebruik wordt gemaakt van *reliving* dan wanneer gebruik wordt gemaakt van *distancing*. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het machteloze gevoel alleen te bestrijden is als je door het herbeleven (*reliving*) weer wat controle krijgt. *Distancing* zou ervoor zorgen dat de persoon alleen maar weerloos naar zijn/haar eigen machteloosheid kan kijken, terwijl *reliving* de persoon in die situatie zet en laat voelen in hoeverre hij/zij machteloos was.

Opvallend is dat de correlaties tussen de SUDS en *distancing/reliving* betreffende machteloosheid beide positief waren en de correlaties tussen de SVL en *distancing/reliving* betreffende machteloosheid een groot verschil laten zien. Een verklaring voor het feit dat dit verschil tussen de *distancing* en *reliving* correlaties wel gevonden wordt bij de meting van de SVL en niet bij de meting van de SUDS zou het meetmoment kunnen zijn. De SUDS wordt namelijk direct na de EMDR sessie gemeten, terwijl de SVL pas bij de eerstvolgende EMDR sessie afgenomen wordt. In de eerstvolgende EMDR sessie heeft de voorafgaande sessie waarschijnlijk al veel losgemaakt en heeft de participant de tijd gehad hierover na te denken. Terwijl bij de SUD score iemand aan het einde van de EMDR sessie vaak nog meer in de emotie zit.

Als toevoeging op het onderzoek van Lee et al. (2006) is in het huidige onderzoek het bovengenoemde onderscheid gemaakt tussen machteloosheid en zelfwaardering. Er zijn in de hypothesen voorspellingen gedaan over verschillen tussen machteloosheid en zelfwaardering m.b.t. *distancing* en *reliving*.

Er wordt als aanvulling echter gekeken naar het onderlinge verschil in snelheid van de daling op de SUDS en SVL – onafhankelijk van *distancing* of *reliving* – betreffende de domeinen machteloosheid en zelfwaardering (zie figuur 1 en 2). Uit deze figuren blijkt dat wanneer een persoon een traumatische ervaring heeft meegemaakt die gerelateerd is aan ‘het machteloze gevoel’ minder snel daalt op de SUDS en SVL dan wanneer een persoon een traumatische ervaring heeft meegemaakt die gerelateerd is aan ‘het gevoel van eigenwaarde’. De zichtbaar snellere daling van het domein zelfwaardering op de SUDS en SVL geeft aan dat iemand – met een negatieve cognitie betreffende zelfwaardering – hoogstwaarschijnlijk eerder vooruitgang zal boeken. Deze bevinding laat een duidelijk onderscheid zien tussen de manieren waarop een trauma beleefd kan worden en wat voor invloed dit zou kunnen hebben op een behandeling. Het lijkt dan ook van groot belang dit onderscheid in vervolgonderzoek naar EMDR, in de behandeling van een trauma, als categorieën mee te nemen. Hierdoor zou er een werkwijze ontwikkeld kunnen worden voor de verschillende domeinen waarin de

negatieve cognitie van de traumatische gebeurtenis zich bevindt. Dit zou baat kunnen hebben bij het slagen van een EMDR behandeling per individu.

4.3 Verdere beperkingen van het huidige onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In het begin van de discussie zijn er twee belangrijke beperkingen van het onderzoek besproken, namelijk het feit dat er geen causale conclusies getrokken kunnen worden en het kleine aantal participanten. Zoals aangegeven kunnen immers 14 therapeuten en 15 cliënten niet alle EMDR therapeuten en hun cliënten vertegenwoordigen. Wel is het noemenswaardig dat deze 14 therapeuten allen een eigen werkwijze beoefenden en daarmee in wezen van elkaar verschilden. Daarnaast werkten de therapeuten op verschillende locaties binnen Nederland en opereerden sommige vanuit een eigen praktijk en anderen vanuit een instelling. Deze verscheidenheid zet dit onderzoek kracht bij om de gegevens toch te kunnen generaliseren ondanks het kleine aantal therapeuten. Omdat er sprake was van dit kleine aantal therapeuten, werd één van de therapeuten – die op de hoogte was van het doel dat in dit onderzoek gesteld werd – niet uitgesloten van het onderzoek. Naast het feit dat het belangrijk was deze therapeut te betrekken in het onderzoek vanwege de kleine N, was een ander argument dat bij iedere therapeut het belang van de cliënt centraal stond. Dit belang oversteeg het onderzoeksdoel waarvan deze therapeut op de hoogte was. Voor vervolgonderzoek is het dus van belang een grotere groep participanten te hebben om de gevonden resultaten sterker te kunnen generaliseren naar alle EMDR therapeuten en diens cliënten.

Hier kan aan toegevoegd worden dat het in het vervolgonderzoek wellicht interessant is om ook te kijken naar intelligentie niveau en therapie ervaring. De veronderstelling is namelijk dat iemand met een hoger intelligentieniveau en/of meer therapie ervaring ook beter in staat zal zijn om met afstand naar zijn/haar trauma te kijken (EMDR congres te Ede, 2008). De therapie ervaring kan namelijk in het huidige onderzoek van invloed zijn geweest. Door het korte tijdsbestek waarin dit onderzoek plaatsvond bleek het onmogelijk te zijn om enkel cliënten te vinden die hun allereerste EMDR sessie ooit kregen. Er werd dus om deze reden niet gecontroleerd op de ervaring die cliënten wel of niet hadden met EMDR als behandeling. Dit zou een verschil kunnen maken, omdat sommige cliënten immers al bekend konden zijn met de gang van zaken. Om dit nog enigszins te kunnen controleren was er aan alle therapeuten gevraagd een cliënt te filmen voor wie de EMDR sessie de eerste sessie was met betrekking tot het gekozen target. Toch zou een advies zijn voor vervolgonderzoek om te

proberen enkel cliënten te werven voor wie het de allereerste EMDR sessie ooit is. Op deze wijze kan er gecontroleerd worden voor deze eventuele derde variabele die van invloed kan zijn op het gebruik van *herbeleven* dan wel *op afstand herbeleven*.

Een andere factor die van invloed kan zijn geweest op het huidige onderzoek is het feit dat er geen totale controle kon zijn over de omgeving waarin de SVL werd ingevuld en de EMDR-sessie plaatsvond. De locatie waarin de EMDR sessie plaatsvond werd uit handen gegeven alsmede de precieze invulling van de EMDR sessie door de therapeuten. Hier is bewust voor gekozen omdat wanneer de EMDR behandeling zo natuurlijk mogelijk plaatsvond, dit de generaliseerbaarheid zou bevorderen. Om toch enige controle te behouden werd er aan de therapeuten gevraagd het bestaande protocol, zoals opgesteld door Jongh en ten Broeke (2008), zoveel mogelijk te volgen. Dit protocol diende de therapeuten een richtlijn te geven, zodat de EMDR sessies in grote lijnen gelijkenissen zouden vertonen. Maar hoe streng de therapeut zich hieraan hield, was wederom niet te controleren. Dit niet opvolgen van het protocol kan als belemmerend worden beschouwd, maar het kan ook positief bekeken worden. De verscheidenheid tussen de therapeuten in de verschillende settings is namelijk wel de realiteit. Het streven zou niet moeten zijn om de therapievorm volledig gestructureerd uit te voeren. Dit hoeft namelijk niet ten goede te komen van de cliënt, aangezien ieder persoon uniek is en hier door de vakkundigheid van een therapeut mee om dient te worden gegaan.

Ook dient bij het uitvoeren van het protocol in ogenschouw genomen te worden dat de therapeut, bewust of onbewust, invloed kan hebben op de *distancing*-responsen dan wel de *reliving*-responsen. Dit kan ontstaan door de manier waarop de therapeut de cliënt motiveert bij een gedachte te blijven of het moment waarop de therapeut kiest om 'back to target' te gaan. Zoals ook in de methoden al is aangegeven, is het voor een gestructureerde EMDR sessie van belang dat de therapeut zo min mogelijk afwijkt van noodzakelijke communicatie, als 'blijf daarbij' of 'ga daarmee door' (de Jongh & ten Broeke, 2003). Deze veronderstellingen met betrekking tot de instructies van de therapeut blijken echter geen significante invloed te hebben op de reductie in levendigheid en onrust van de traumatische gebeurtenis (Lee & Drummond, 2007). Uit het onderzoek van Lee en Drummond (2007) blijkt wel dat *distancing* instructies leiden tot een – niet significante – vermindering van levendigheid en onrust bij de participant, gemeten over tijd. In het huidige onderzoek is het niet mogelijk om hiervoor te corrigeren, omdat het geen experimenteel onderzoek betreft. Het zou dan ook raadzaam zijn voor vervolgonderzoek om in een klinische setting gebruik te

maken van de vier condities welke Lee en Drummond (2007) in hun onderzoek hebben gebruikt te weten oogbewegingen-distancing instructies, oogbewegingen-reliving instructies, oog stationair-distancing instructies, oog stationair-reliving instructies. Hierbij is echter wel de ethische kwestie van belang waarbij het de vraag is of een persoon hiervoor als proefpersoon kan dienen. Echter pleitten de onderzoeksresultaten (Lee & Drummond, 2007) wel voor deze combinatie. Er wordt namelijk gesteld dat de instructies – in experimentele setting – weinig invloed zouden uitoefenen op de cliënt.

Om de responsen van cliënten tijdens de EMDR sessie te scoren, werd het Participant Response Classification (zie methoden, paragraaf 2.5) gebruikt. Dit classificatiesysteem is opgesteld door Lee et al. (2006). De onderzoekers hebben de protocollen die bij dit systeem behoren per post ontvangen van de heer dr. Lee. Dit zou een bijdrage hebben moeten leveren aan de juiste wijze van classificeren. Echter, de protocollen bleken niet voldoende inzicht te geven in de manier waarop de responsen van de cliënten geïnterpreteerd konden worden. Het werd duidelijk dat het – naar de mening van de huidige onderzoekers – ‘classificeren op gevoel’ betrof. Hierdoor bleef het voor de onderzoekers (ofwel raters) van het huidige onderzoek lastig om een juiste manier van classificeren te hanteren. Een uitspraak van een cliënt kon namelijk soms op verschillende manieren geïnterpreteerd worden. Dit werd duidelijk wanneer de indeling in de categorie van de twee raters verschilden. Een voorbeeld hiervan was ‘dat ik ontevreden ben’. Deze uitspraak werd door één rater als *reliving* beschouwd en door de andere rater als *distancing*. In welke categorie deze respons geïnterpreteerd zou worden was afhankelijk van de wijze waarop de rater een dergelijke uitspraak interpreteert. Om toch eenduidigheid te kunnen bereiken met betrekking tot het classificeren van dergelijke responsen van de participanten zijn er criteria toegevoegd aan het bestaande classificatiesysteem (zie bijlage). De onderzoekers volgden deze criteria om op deze wijze gegrond de responsen onder te kunnen brengen bij de één van de vijf categorieën. Een wetenschappelijke onderbouwing voor deze toegevoegde criteria aan het bestaande classificatiesysteem ontbrak echter. Toch is er wel enige objectiviteit bereikt doordat deze criteria opgesteld zijn in overleg met en met beoordeling van drie EMDR trainers. Een ander hekel punt met betrekking tot het classificeren in het huidige onderzoek was dat het niet mogelijk was om onafhankelijke raters aan te stellen voor de classificatie van de responsen. Wegens het korte tijdsbestek waarin het onderzoek uitgevoerd moest worden, beperkte financiële middelen en de privacy van de beelden zijn de onderzoekers zelf als raters aangesteld. Het nadeel hiervan is dat zij goed op de hoogte zijn van het doel van het

onderzoek. Hoewel zij het classificatieproces onafhankelijk van elkaar uitvoerden, bleven er toch responsen over die in overleg geclassificeerd moesten worden. De onderzoekers waren echter tijdens het classificeren niet op de hoogte van de SVL-scores van de cliënten, wat zou moeten zorgen voor een verhoogde betrouwbaarheid. Voor vervolgonderzoek is het dus belangrijk een classificatiesysteem te ontwikkelen dat gesteund wordt door wetenschappelijk onderzoek en om tijdig onafhankelijke raters aan te stellen.

Na het classificeren van de responsen, werden er verschillende analyses getoetst om te kijken naar de correlaties tussen verschillende variabelen. Wat echter een interessante toevoeging zou zijn, is om te kijken naar het feit of twee gevonden correlaties ook significant van elkaar verschillen. Er werden namelijk bij hypothese 3 en 4 – deze hypothesen hadden betrekking op de groep participanten met een negatieve cognitie in het domein zelfwaardering – grote verschillen gevonden tussen de verschillende correlaties. Zo bleek er een sterke negatieve correlatie met betrekking tot het percentage *reliving*-responsen te zijn, en een sterke positieve correlatie met betrekking tot het percentage *distancing*-responsen. Dit gold zowel voor de SUDS (respectievelijk; $r = -.48$, $r = .51$) als voor de SVL (respectievelijk; $r = -.39$, $r = .42$). Hieruit lijkt naar voren te komen dat wanneer iemand meer gebruik maakte van *distancing* dit tot betere resultaten zou leiden. Het is echter interessant om te onderzoeken of het gebruik maken van *distancing* ook werkelijk een verschil maakt met het gebruik van *reliving* op de uitkomst van de behandeling. Aangezien dit onderzoek slechts een steekproef van 15 participanten betrof, was het niet mogelijk om dit te testen. Om te kunnen kijken naar significantie in verschillen tussen twee correlaties wordt namelijk een steekproef van minimaal 20 participanten vereist (Pallant, 2007). Voor vervolgonderzoek – in de veronderstelling dat deze een grotere N zal hebben – wordt aanbevolen om deze significantie tussen twee correlaties wel te toetsen. Dit is van belang omdat er dan een helder beeld gevormd kan worden in welke mate de condities eventueel significant verschillen van elkaar.

Tot slot dient in acht genomen te worden dat – hoewel de gevonden resultaten wel degelijk van invloed kunnen zijn op toekomstig onderzoek naar EMDR – dit onderzoek (net als het onderzoek van Lee et al (2006) dat gerepliceerd wordt) plaatsvindt in een westerse cultuur. Iedere opname die bekeken is, is toegepast en geanalyseerd op westerse wijze. Het zou interessant kunnen zijn voor verder onderzoek om te kijken hoe mensen in een niet westerse cultuur reageren op de EMDR behandeling en op welke manier hun antwoorden geclassificeerd kunnen worden. Maar binnen de westerse cultuur bevestigen de gevonden

resultaten – hoewel niet significant – de resultaten van het gerepliceerde onderzoek van Lee et al. (2006).

Referenties

- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: APA.
- Becker, C.B., Zayfert, C. & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.
- Brom, D. & Kleber, R.J. (1985). De Schok Verwerkings Lijst. *Tijdschrift van de psychologie*, 40, 164-168.
- Edmond, T., Rubin, A., Warmbach, K.G. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research*, Vol. 23, Issue 2.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- 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*, Vol. 11, No. 3.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape. Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. New York, London: The Guilford press.
- Gersons, B.P.R., & Olf, M. (2005). *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stressstoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Goodwin, C.J. (2002). *Research in psychology. Methods and design*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Harvey, A.G., Bryant, R.A., Tarrier, N. (2003). Cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 501-522.

- Hendriks, G.J. (1999). *Een veilige plek voor angst. Evidence based behandeling voor angststoornissen*. Zeist: Cure & Care publishers.
- Jongh, A., de, & Broeke, E., ten. (2003). *Handboek EMDR, een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Jongh, A., de, & Broeke, E., ten. (2008). EMDR protocol.
- Lee, C.W. & Drummond, P.D. (2007). Effects of eye movement versus therapist instructions on the processing of distressing memories. *Journal of Anxiety Disorders, in press*.
- Lee, C.W., Taylor, G., & Drummond, P.D. (2006). The Active Ingredient in EMDR: Is It Traditional Exposure or Dual Focus of Attention? *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*, 97-107.
- Lohr, J.M., Tolin, D.F. & Lilienfeld, S.O. (1998). Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Implications for Behavior Therapy. *Behavior Therapy, 29*, 123-156.
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual*. New York: The MCGraw-Hill companies.
- 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, Vol. 16., No. 1*, 16-26.
- Rothbaum, B.O., Mellman, T.A. (2001). Dreams and Exposure Therapy in PTSD. *Journal of traumatic stress, Vol. 14*, 3.
- Rothbaum, B.O., Schwartz, A.C. (2002). Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychotherapy, Vol. 56*, 1.
- Schreiber, D.S., Schooler, J., Dew, M.A., Carter, C., Bartone, P., (2006). Eye Movement Desensitization and Reprocessing for Posttraumatic Stress Disorder: A Pilot Blinded,

- Randomized Study of Stimulation Type. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 290-297.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of traumatic stress*, 2, 199-223.
- Shapiro, F. (1996). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Evaluation of Controlled PTSD Research. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, No. 3, 209-218.
- Shapiro, F. (2002). EMDR 12 Years after Its Introduction: Past and Future Research. *Journal of clinical psychology*, Vol. 58(1), 1-22.
- Shapiro, F. & Forrest, M.S. (2005). *EMDR, Vernieuwende therapie tegen angst, stress en trauma*. Antwerpen – Apeldoorn: Garant-Uitgevers N.V.
- Seidler, G.H. & Wagner, F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioural therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36, 1515-1522.
- Taylor, S., Thordarson, D.S., Maxfield, L., Fedoroff, I.C., Lovell, K. (2003). Comparative Efficacy, Speed, and Adverse Effects of Three PTSD Treatments: Exposure Therapy, EMDR, and Relaxation Training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 71, No. 2, 330-338.

Bijlagen

Brief aan de therapeuten

Universiteit Utrecht
Mieke Baas/Eline van Arkel
Mw. Dr. H.K. Hornsveld
Heidelberglaan 1
3584 CS Utrecht
Kamer F220; tel:030-253.1632
A.M.Baas2@students.uu.nl
E.P.M.vanArkel1@students.uu.nl

Aan: 50 EMDR Therapeuten

Utrecht, 29 januari 2008

Betreft: Onderzoek Universiteit Utrecht naar EMDR

Geachte heer, mevrouw,

Wij zijn twee studenten in het laatste jaar van onze studie Klinische Psychologie en wij zijn bezig met ons masteronderzoek. Wij hebben uw naam en adres gekregen van onze begeleidster, Mw. Dr. Hellen Hornsveld, tevens secretaris van de Vereniging EMDR Nederland, en met instemming van het bestuur van de vereniging. In het onderzoek willen wij ons gaan verdiepen in hoe EMDR precies werkt, aangezien dit nog niet geheel duidelijk is. Graag willen wij voor dit aspect binnen het onderzoek uw medewerking vragen.

De reden waarom wij u benaderen is dat wij therapeuten – met een erkende EMDR vervolgopleiding – nodig hebben om de werking van EMDR in de praktijk te onderzoeken. Als u bereid bent mee te werken aan dit onderzoek wordt er van u verwacht dat u een sessie met een cliënt zal filmen waar u een EMDR behandeling bij toepast. U dient daarbij aan te geven hoeveel sessies (zonder EMDR) hieraan vooraf zijn gegaan bij de betreffende cliënt. Aan de hand van deze videobeelden zal voor ons het onderzoek starten en trachten wij een bijdrage te leveren aan het onderzoek hoe EMDR precies werkt. Onze hypothesen en de verwachte uitkomsten kunnen wij – uit belang voor het onderzoek – pas achteraf mededelen.

De resultaten zullen – uiteraard anoniem en zonder beeldmateriaal – gepresenteerd worden op het derde Nederlandse EMDR Congres op 29 maart te Arnhem. Tevens zullen de resultaten verschijnen in de EMDR nieuwsbrief.

Hoe gaat het in z'n werk?

- U heeft een cliënt waarbij u een indicatie heeft voor EMDR (elke door u gestelde indicatie is voldoende, dit hoeft niet perse in het kader van een PTSS te zijn). Het hoeft niet de eerste keer te zijn dat u EMDR toepast, maar wel de eerste keer dat u EMDR bij dit target toepast.
- U neemt de IES af (de vragenlijst is bijgevoegd bij deze brief).

- U vraagt schriftelijke toestemming voor het maken van video-opnames aan uw cliënt (ook dit toestemmingsformulier is bijgevoegd).
- 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.
- U neemt voor aanvang van de eerstvolgende EMDR behandeling nogmaals de IES af (de vragenlijst is een tweede keer bijgevoegd bij deze brief).
- Als u zich niet volledig aan het protocol heeft kunnen houden is dit geen reden om de band niet op te sturen.

Uiteraard wordt er met uw gegevens en de gegevens van uw cliënt zorgvuldig omgesprongen. Het zal niet in handen van derden terechtkomen en het filmmateriaal zal dan ook óf naar u teruggestuurd óf vernietigd worden. Daarnaast is ook de toestemmingsverklaring van de cliënt van groot belang; de cliënt dient er geheel achter te staan om mee te werken aan dit onderzoek. Tevens vragen wij u uw beeldmateriaal aangetekend op te sturen, zodat de privacy van de beelden gewaarborgd blijft.

U kunt de beelden vastleggen op een DVD, een grote videoband of een klein digitaal bandje. Uiteraard krijgt u de kosten hiervan vergoed. De bonnetjes hiervan kunt u, samen met uw videobeelden, opsturen naar bovenstaand adres.

Mocht u vragen hebben of mochten er dingen nog niet duidelijk zijn, kunt u ons altijd benaderen via de bovenstaande e-mailadressen en/of telefoonnummers.

Wij hopen dat u het belang van dit onderzoek in ziet en dat er zonder uw hulp geen stap voorwaarts gezet kan worden binnen het onderzoeken van de werking EMDR.

In afwachting van uw antwoord,
Met vriendelijke groet,

Eline van Arkel

Mieke Baas

Hellen Hornsveld

Brief aan de cliënten

Utrecht, 19 november 2007

Geachte heer, mevrouw,

Middels deze brief willen wij u informeren over het onderzoek waarvoor wij uw medewerking vragen. Wij zijn twee studenten aan de Universiteit Utrecht en verrichten een onderzoek ter afsluiting van onze studie. Wij voeren dit onderzoek uit onder begeleiding van dr. Hellen Hornsveld, secretaris van de Vereniging EMDR Nederland. Het onderzoek waar wij ons op richten heeft betrekking op EMDR therapie. Wij willen de werking van EMDR bestuderen aan de hand van video-opnames.

Hoe gaat het in zijn werk?

U zult tijdens een EMDR sessie gefilmd worden. Hierbij zal gebruik gemaakt worden van een videocamera. U hoeft zich dus niet 'anders' te gedragen dan in andere sessies, het fijnste zou zijn als u de camera in de kamer vergeet tijdens de sessie. Dit beeldmateriaal zullen wij gebruiken voor ons onderzoek.

Om u gerust te stellen wat betreft uw privacy kunnen wij u zeggen dat wij zeer zorgvuldig om zullen gaan met het beeldmateriaal. Ten eerste zal de videoband per aangetekende post verzonden worden. De band zal gestuurd worden naar het postadres van onze begeleidster dr. Hellen Hornsveld. Vervolgens zullen wij, nadat wij het beeldmateriaal bekeken hebben, de band aangetekend terugsturen of ter plekke vernietigen, afhankelijk van waar u de voorkeur aan geeft.

Wij hopen u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben. Mocht u nog vragen hebben kunt u uw vragen stellen aan uw therapeut(e).

Bijgevoegd het formulier dat u dient in te vullen om aan te geven dat u akkoord gaat dat wij dit onderzoek verrichten met behulp van een video-opname van een van uw therapie sessies.

Met vriendelijke groet,

Eline van Arkel

Mieke Baas

Hellen Hornsveld

Verklaring getekend door de cliënten



Universiteit Utrecht

Hierbij geef ik toestemming om video-opnames te maken van mijn therapie sessie. De opnames zullen uitsluitend gebruikt worden ten behoeve van het onderzoek “werking van EMDR”, begeleid door H.K. Hornsveld, Universiteit Utrecht, December 2007 – Maart 2008. Na afloop van het onderzoek zullen de opnames worden vernietigd of teruggestuurd naar mijn therapeut(e).

Naam:

Datum:

Handtekening:



Invulformulier voor de therapeut(e)

Uiteraard willen wij u nogmaals bedanken voor uw deelname aan ons onderzoek!

Voor een goed verloop van het onderzoek hebben wij nog een aantal gegevens van u nodig. Aan u het vriendelijke verzoek dit in te vullen.

Gegevens van de cliënt(e)

Geslacht:

Leeftijd:

Aantal sessies zonder EMDR (voorafgegaan aan deze opgenomen sessie):

Aantal sessies met EMDR (voorafgegaan aan deze opgenomen sessie):

Globale diagnose:

De gemaakte kosten (tevens het bonnetje(s) meezenden a.u.b.)

Bedrag:

Rekeningnummer:

Naam Rekeninghouder:

Plaats:

Gaarne **dit formulier**, het **toestemmingsformulier** van de cliënt(e), de **SVL** en uw **videoband/DVD** te retourneren aan onderstaand adres:

Universiteit Utrecht
Heidelberglaan 1
3584 CS Utrecht

T.a.v. KGP, mw. dr. H.K. Hornsveld

Schok Verwerkings Lijst

Schok Verwerkings Lijst (SVL)

Datum invullen: _____

Naam: _____ M/V Leeftijd: _____jaar

Op _____(datum) / op ____ -jarige leeftijd maakte ik de volgende ingrijpende gebeurtenis mee: _____ (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 herinnnerd. | 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 |

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 naarste 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.”

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: "Stuit 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.

Regels voor de Participant Response Classification

1. Als het gaat over “het beeld”, dan is er sprake van distancing.
2. Als er een gevoel bij komt kijken, is er sprake van affect (lichamelijk of emotioneel). Ook als dit om een kleinere emotie gaat.
3. Herbeleven mag alleen ingevuld als het gaat om herbeleven van een target-associatie.
4. Opmerkingen over de tikjes of over de procedure, vallen onder ‘onbeslist’ (soms met affect, als er sprake is van gevoel).
5. Affect gaat samen met onbeslist als het gaat om een lichamelijke sensatie als boosheid, kwaadheid.
6. Bij grote twijfel tussen herbeleven en distancing, onbeslist invullen.
7. Affect gaat altijd samen met één van de andere categorieën, behalve met ‘associated’.