

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als behandeling bij posttraumatische stress-stoornis

Een gevalsbeschrijving

J. VAN TRIER

SAMENVATTING Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is een succesvolle vorm van behandeling bij posttraumatische stress-stoornissen. Dit wordt geïllustreerd door een gevalsbeschrijving van een man die in zijn auto onder water bekneld heeft gezeten. De negatieve cognitie: ik ben verloren, wordt omgezet in: ik kom er wel uit. Na één sessie zijn alle klachten verdwenen. Bij navraag een jaar later is hij nog steeds klachtenvrij.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 8, 613-617]

TREFWOORDEN EMDR, posttraumatische stress-stoornis, psychotherapie

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is een behandelmethode voor slachtoffers van een trauma (Shapiro 1995). Sinds de introductie in 1989 zijn er vele publicaties over verschenen. Voor een Nederlandstalig overzicht verwijs ik naar Ten Broeke en De Jongh (1993, 1997 a, b). Meer recent onderzochten Spector & Read (1999) vijftien gecontroleerde onderzoeken. Zij concluderen dat EMDR een effectieve vorm van psychotherapie is, met name bij eenmalige trauma's. Ook al zijn ze onder de indruk van de hoeveelheid onderzoeken, de meerwaarde ten opzichte van cognitieve therapie en exposure is nog niet bewezen. De rol van de oogbewegingen en lateralisatie blijft controversieel, en een directe band tussen de theoretische basis en de psychologische en neurobiologische veranderingen moet nog worden aangetoond. Omdat EMDR onder psychiaters nog weinig bekendheid geniet en posttraumatische stress-stoornis wel een veelvoorkomende aandoening is, zal hier een uitge-

breide gevalsbeschrijving volgen met follow-up na een jaar.

METHODE

De behandelprocedure staat uitgebreid beschreven in Shapiro's boek en bestaat uit acht fases, die tezamen, afhankelijk van de patiënt, één tot meerdere sessies kunnen bestrijken.

Fase 1 betreft psychiatrische anamnese en diagnostiek, waarbij vooral aandacht aan eerdere traumatische ervaringen zal worden besteed. De patiënt moet stabiel genoeg zijn om het oproepen van traumatische ervaringen te kunnen verdragen. Eventuele opvang moet besproken worden.

Fase 2 bestaat uit voorbereiding van de behandeling, waarin uitleg gegeven wordt over de procedure. Hierbij kan gebruikgemaakt worden van schriftelijke informatie. Ook kan worden nagegaan of secundaire ziekte winst een blokkade

vormt voor herstel. Ontspanningsoefeningen worden besproken en zo nodig geoefend.

In fase 3 wordt de traumatische herinnering gekozen waar de patiënt aan wil werken. Als uitgangspunt vragen we de meest heftige herinnering in een beeld te vatten. De bijbehorende negatieve gedachten zoals: ik ben waardeloos/slecht, worden opgespoord en een gewenste positieve gedachte wordt hiervoor in de plaats bedacht. Op een zevenpuntsschaal (Validity of Cognition Scale (VOC)) geeft de patiënt aan in welke mate deze positieve uitspraak als waar aanvoelt (1 = volledig onwaar, 7 = volledig waar). De spanning die ervaren wordt bij het oproepen van het traumatische beeld, wordt uitgedrukt op een SUD (Subjective Units of Disturbance)-schaal van 0 (helemaal ontspannen) tot 10 (maximaal gespannen). De patiënt geeft aan waar hij die spanning in zijn lichaam voelt.

Na het vastleggen van deze uitgangspunten volgt fase 4 (desensitisatie), waarin de patiënt zich concentreert op het beeld met bijbehorende cognitie en emotie. Tegelijk volgt hij/zij met de ogen de vingers van de therapeut, die op ongeveer 25 centimeter afstand met twee vingers van links naar rechts beweegt in het horizontale vlak. De duur en snelheid van een set oogbewegingen variëren per patiënt, maar bedragen ongeveer 24 keer heen en weer in een halve minuut. Na een set met oogbewegingen wordt gevraagd om het beeld los te laten en wordt de patiënt uitgenodigd te vertellen wat er in hem/haar opkomt. Zonder commentaar en met zo min mogelijk vragen om toelichting worden deze oogbewegingen herhaald tot het SUD-niveau op 0-1 is.

In fase 5 (installatie) moet de patiënt de positieve gedachte voor zichzelf uitspreken, terwijl hij/zij het traumatische beeld oproept. Deze cognitieve herstructurering vindt plaats met weer een aantal sets oogbewegingen tot het VOC-niveau gestegen is tot 7 (volledig waar).

In fase 6 (Body Scan) wordt de patiënt gevraagd wederom de gebeurtenis, nu met positieve gedachten, op te roepen en in het lichaam van boven naar beneden na te gaan of er nog

ergens spanning is. Indien er nog spanningen zijn, kan met behulp van oogbewegingen hierop geconcentreerd worden.

Fase 7 bestaat uit een afsluiting, waarbij de patiënt verzocht wordt een dagboek bij te houden en de ontspanningsoefeningen nog worden doorgenomen.

Fase 8 (herevaluatie) is het begin van elke volgende sessie: pas als de posttraumatische klachten verdwenen zijn, kan de behandeling succesvol beëindigd worden.

WAARSCHUWINGEN

Shapiro is teruggekomen van haar eerdere aanmoediging om zonder veel training patiënten te behandelen. Tegenwoordig is men van mening dat een goede kennis van cognitieve technieken aan een psychotherapeutische basis gekoppeld dient te zijn. Vooral bij ernstig getraumatiseerde patiënten kunnen dissociatieve reacties optreden. Bij herhaald en langdurig trauma (type II) dient EMDR extra zorgvuldig door ervaren therapeuten te worden toegepast (Ten Broecke en De Jongh 1997). Tijdens fase 1, 2 en 7 is er ook nadrukkelijk aandacht voor de veiligheid van de gehele procedure.

GEVALSBESCHRIJVING

De heer P., 41 jaar, raakte begin 1998 vroeg op een vrijdagochtend na een onhandige manoeuvre met zijn auto vanaf een stille weg te water. Hij zag niets meer en was ervan overtuigd dat hij zou sterven. Door een reeks van toevalligheden – iemand had het ongeval gezien en de politie gealarmeerd; toevallig bleek de brandweer met een duikersteam in de buurt – werd hij na een half uur uit zijn beknelde positie bevrijd. Na het weekend ging patiënt aanvankelijk weer gewoon naar zijn werk. Hij kreeg echter klachten van concentratieverlies, piekeren en nachtelijke herbelevingen, waarna hij doodmoe wakker werd. Ondanks wekelijkse gesprekken bij de bedrijfs-geneeskundige dienst en tijdelijk verlof bleef hij

klachten houden en meldde hij zich via de huisarts acht maanden later bij onze polikliniek. Patiënt voelt zich niet depressief. Er is nooit eerdere sprake geweest van psychische problemen. Hij is verder lichamelijk gezond, rookt niet, gebruikt twee tot drie alcoholische consumpties per dag, geen drugs. Patiënt is achttien jaar getrouwd; huwelijk en jeugd worden als zeer goed beschreven zonder eerdere traumatische ervaringen. Hij heeft een zoon van 8 en een dochter van 6 jaar. Hij werkt met plezier twintig jaar als logistiek manager. Na het ongeval durft hij niet meer in de buitendienst en heeft hij tijdelijk een kantoorfunctie.

Een psychiater stelt poliklinisch de diagnose posttraumatische stress-stoornis volgens de DSM-IV-classificatie. Na uitleg over EMDR en instructie over ontspanningsoefeningen beginnen we in de volgende sessie met het beeld dat hij gevangen zit in een luchtbel van 20 centimeter met de gedachte: ik ga dood. We vertalen dit naar de negatieve cognitie: ik ben verloren, ik kom hier nooit meer uit. Als positieve cognitie formuleren we: ik kom er wel uit.

Bij voormeting geeft hij aan deze positieve formulering als volledig onwaar ($VOC = 1$) te beschouwen; het spanningsniveau bij het oproepen van dit beeld is maximaal ($SUD = 10$), waarbij hij naast paniek ook last heeft van gespannen schouders en het gespannen gevoel doortrekt langs de nek naar zijn hoofd.

We doen negen sets oogbewegingen (SOB), waarbij hij tussendoor rapporteert:

Na SOB 1: 'Spullen bovenop me'.

Na SOB 2: 'Ik hoor mannenstem'.

Na SOB 3: 'Ik denk aan mijn gezin, voel me moedeloos'.

Na SOB 4: 'Ik hoor plons, auto beweegt, er is hoop'.

Na SOB 5: 'Kloppen op auto, ik voel me rustiger'.

Na SOB 6: 'Ik ga rustig liggen, concentreer me op buikademhaling'.

Na SOB 7: 'Ik ben aan de kant, rustig, voel me zeer helder'.

Na SOB 8: 'Ik lig in ziekenhuis, voelt goed'.

Na SOB 9: 'Lekker warme kop koffie'.

Bij navraag blijkt het spanningsniveau gedaald te zijn tot minimaal ($SUD = 1$). Hierna volgen twee sets oogbewegingen waarbij hij het beeld oproept en denkt: ik kom er wel uit. Na twee sets voelt deze bewering als volledig waar ($VOC = 7$) en vervaagt het traumatische beeld. Bij een body check meldt hij nog spanning in de schouders te voelen. Na een set oogbewegingen verschuift deze spanning naar de polsen. Via de vingertoppen verdwijnt na nog twee sets alle spanning. Patiënt haalt opgelucht adem en besluit met: 'ik ben eruit, het is voorbij!' De duur van de therapiezitting bedraagt 45 minuten.

Een week later meldt hij zeer veel gedroomd te hebben over plezierige voorvallen uit het recente, maar ook verre verleden (kinderen, doelpunten). Hij slaapt goed en kan zich weer goed concentreren. Ook het autorijden gaat soepel en ontspannen. Beelden van het trauma zijn weg. Na een jaar is hij nog steeds klachtenvrij en weer volledig arbeidsgeschikt. Ook op de Symptom Checklist (SCL-90) en Impact of Event Scale (IES) zijn de scores minimaal (Horowitz 1979). Bij navraag geeft hij aan zich eerder gerijpt te voelen: terwijl hij voor het ongeluk wat nerveus en oppervlakkig aangelegd was, stelt hij zich nu meer ontspannen op en staat hij open voor mensen met problemen.

BESCHOUWING

De totale behandeling bedroeg drie keer 45 minuten (intake, uitleg en instructie, desensitatie met herstructurering) en een korte herevaluatie. Patiënt had vóór behandeling al acht maanden klachten en blijkt een jaar later, bij de herevaluatie, nog steeds klachtenvrij.

Het is aannemelijk dat het herstel verband houdt met de ingestelde behandeling, gezien de stabiliteit van het klachtenpatroon tot de voormeting en de spectaculaire verbetering onmiddellijk volgend op de zesde fase na de behandeling. Het effect blijkt ook langer aan te houden. Gezien de relatief nieuwe procedure is het opval-

lend dat er sinds 1989 vijftien gecontroleerde onderzoeken naar EMDR zijn gedaan en tussen 1980 en 1992 slechts zes naar andere psychologische behandelingen (Spector & Read). De resultaten zijn gunstig, terwijl EMDR mogelijk minder inspanning vereist voor de patiënt, vergeleken met de huiswerkopdrachten bij gedragstherapie. Het werkingsmechanisme is onbekend. Een mooie vergelijking met REM-slaap tijdens dromen is vaak aardig te gebruiken als rationale in de voorlichting van patiënten, maar lijkt niet wetenschappelijk houdbaar (Merkelbach 1993). Andere hypothesen (omgekeerd leren, werkgeheugen, resynchronisatie van hemisfeeractiviteit) zijn boeiend, maar onbewezen en worden door Merkelbach (1993) afgedaan als cryptoneurologie. Sommigen beweren dat de oogbewegingen niet speciaal noodzakelijk zijn en dat waarschijnlijk vooral de imaginaire exposure effectief is (Arntz 1996). Bij onze patiënt duurde de imaginatie totaal niet langer dan tien minuten. Dit is weer onwaarschijnlijk kort om het effect alleen hieraan toe te kunnen schrijven. Hyer & Brandsma (1997) stellen dat EMDR werkt, doordat het alle werkzame factoren bevat van andere erkende behandelmethodes. Interessant zijn de bevindingen van Van der Kolk e.a. (1997) met PET-scan, waarin ze een normalisering van de asymmetrie in lateralisatie van getraumatiseerde hersenen aantonen na drie sessies EMDR.

EMDR lijkt een plaats te verdienen in de behandeling bij posttraumatische stress-stoornissen, maar er is behoefte aan meer onderzoeken, die nauwkeuriger het verschil met exposure in kaart brengen en de werkzaamheid en noodzaak van de behandeling met oogbewegingen verhelderen.

LITERATUUR

- Arntz, A. (1995). Psychologische behandelingen van de posttraumatische stress-stoornis. *De psycholoog*, 30, 177-180.
- Broeke, E. ten, & de Jongh, A. (1993). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): theoretische overwegingen en therapeutische toepassing. *Gedragstherapie*, 26, 233-254.
- Broeke, E. ten, de Jongh, A., Wiersma, K., e.a. (1997a). Psychotherapie bij posttraumatische stress-stoornis. De stand van zaken. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 23, 305-328.
- Broeke, E. ten, & de Jongh, A. (1997b). Eye movement desensitization and reprocessing bij de behandeling van type II-trauma: een casus. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 249-255.
- Horowitz, M., Wilmer, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Hyer, L., & Brandsma, J.M. (1997). EMDR minus eye movements equals good psychotherapy. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 515-522.
- Kolk, B. van der, Burbridge, J., & Susuki, J. (1997). The psychobiology of traumatic memory; clinical implications of neuroimaging studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 99-113.
- Merkelbach, H. (1993). 'Eye movement desensitization': kanttekeningen bij De Jongh en Ten Broeke. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 13, 172-176.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.
- Spector, J., & Read, J. (1999). The current status of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 165-174.

AUTEUR

J. VAN TRIER is werkzaam als psychiater bij het Mesos Medisch Centrum, locatie Overvecht, afdeling Psychiatrie. Correspondentieadres: J. van Trier, psychiater, Mesos Medisch Centrum locatie Overvecht, afdeling Psychiatrie, Paranadreef 2, 3563 AZ Utrecht.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-1-2000.

SUMMARY

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as a treatment for post-traumatic stress disorder. A case report – J. van Trier –

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is an effective treatment for post-traumatic stress disorder. A case study presents a man who had been trapped in his car under water. The negative cognition: *I'm lost*, is transformed in: *I'll come out of it*. After one session all symptoms disappeared. Follow-up after one year showed no relapse.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 8, 613-617]

KEYWORDS EMDR, posttraumatic stress disorder, psychotherapy