

EMDR bij de behandeling van Type II psychotrauma: een casus

door E. ten Broeke en A. de Jongh

Samenvatting

In deze gevalsbeschrijving wordt de behandeling van een cliënte met een verleden van gewelddadig en langdurig seksueel misbruik gepresenteerd. Hierbij werd gebruikgemaakt van Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR). De zelfrapportage van de cliënte alsmede de resultaten van een aantal gestandaardiseerde vragenlijsten laten zien dat EMDR kan leiden tot een forse reductie in PTSS-symptomatologie en overige klachten. De resultaten bleken stabiel bij een follow-up van negen maanden. Mogelijk kan casuïstiek als deze een stimulans betekenen voor gecontroleerd onderzoek naar de effecten van EMDR bij complexe (Type II) vormen van psychotrauma.

Inleiding

Een psychotrauma is het gevolg van een zeer ingrijpende gebeurtenis. Indien de herinnering aan deze gebeurtenis zich herhaaldelijk aan het bewustzijn opdringt en dit onder andere gepaard gaat met angst, gejaagdheid, gestoorde slaap en vervelende lichamelijke klachten, spreekt men van een posttraumatische stressstoornis (PTSS; American Psychiatric Association 1994).

Voor de behandeling van PTSS zijn verschillende benaderingen beschreven. Het meest bekend en waarschijnlijk ook het meest toegepast is 'imaginaire exposure'. Hierbij wordt getracht door herhaalde en langdurige blootstelling aan de (vermeden) herinnering te bewerkstelligen dat de nare emoties uitdoven (bijv. Vaughan en Tarrier 1992). Ook wordt wel verondersteld dat cognitieve therapie van nut kan zijn bij de behandeling van PTSS (Resick en Schnicke 1992). In de praktijk zal overigens veelal gebruik worden gemaakt van een combinatie van gedragstherapeutische en cognitieve interventies (zie Scott en Stradling 1992). Gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van imaginaire exposure (Solomon, Gerrity en Muff 1992) en cognitieve therapie (Resick en Schnicke 1994) is schaars. Het gaat hierbij overwegend om de behandeling van zogenaamd Type I trauma of Vietnam-veteranen.

In hoeverre de resultaten van dergelijk onderzoek generaliseerbaar zijn naar andere vormen van PTSS is onduidelijk. Hierbij kan gedacht worden aan herhaald en langdurig trauma (Type II; Terr 1991). Kennis over de behandeling van deze categorie slachtoffers van geweld is überhaupt beperkt tot enkele gevalbeschrijvingen.

Een betrekkelijk recente ontwikkeling op het gebied van de behandeling van traumagerelateerde angststoornissen is Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro 1989). Voor een uitvoerige beschrijving van het EMDR-protocol voor PTSS wordt de lezer verwezen naar Shapiro (1995) en De Jongh en Ten Broeke (1996). Kortweg komt EMDR erop neer dat de cliënt de herinnering aan de traumatisch ervaren gebeurtenis als een film in gedachten laat afspelen en deze stopzet op het meest aversieve moment. Bij dit beeld wordt een passende 'negatieve cognitie' over zichzelf in die situatie gezocht. Het gaat daarbij om een disfunctionele overtuiging die voor de cliënt nog immer geldig is (bijv.: 'Ik ben waardeloos'). Dan wordt gevraagd een gewenste positieve cognitie over zichzelf te formuleren (bijv.: 'Ik ben O.K.'). Van deze bewering wordt de geloofwaardigheid bepaald door middel van de Validity of Cognition schaal (VoC), die loopt van 1 ('voelt geheel niet geloofwaardig aan') tot 7 ('voelt geheel geloofwaardig aan'). Vervolgens wordt de spanning die het beeld oproept aangegeven op een Subjective Units of Distress schaal (SUD) van 0 (neutraal) tot 10 (extreme spanning). Daarna wordt de cliënt gevraagd (1) het beeld in gedachten te nemen, (2) de negatieve cognitie in gedachten uit te spreken en (3) zich te concentreren op de (lichamelijke) gevoelens die dit oproept. Ten slotte worden series van snelle (meestal) horizontale oogbewegingen uitgelokt, doordat de cliënt de opdracht krijgt met de ogen de hand van de therapeut te volgen. In de regel worden hierdoor spontaan nieuwe associaties en belevingen (beelden, cognities, emoties, lichamelijke sensaties) gegenereerd, die daarna als een nieuwe focus voor EMDR kunnen dienen. Benadrukt zij hier nogmaals dat hierbij *niet*, zoals soms ten onrechte wordt beweerd (bijv. Arntz 1995), het oorspronkelijke traumatische beeld steeds opnieuw in gedachten wordt genomen (zie Ten Broeke en De Jongh 1995). Indien de cliënt aangeeft dat er naar aanleiding van de sets oogbewegingen niets nieuws meer bij hem of haar naar boven komt, wordt gevraagd het oorspronkelijke beeld van het trauma weer in gedachten te nemen. Doel hiervan is de met het beeld verbonden spanning, en in een later stadium de geloofwaardigheid van de gewenste overtuiging, te testen. Pas wanneer de spanning 0 of 1 en de geloofwaardigheid van de gewenste cognitie 6 of 7 is, kan de zitting worden afgesloten. In geval van Type II trauma zal, als gevolg van het feit dat er meerdere concrete gebeurtenissen aan de orde zullen komen, de hierboven beschreven aanpak een aantal malen moeten worden herhaald.

Van EMDR wordt beweerd dat het om een effectieve en wezenlijk

andere benadering voor PTSS gaat (Shapiro 1995; Ten Broeke en De Jongh 1995). Behalve een opvallende hoeveelheid enthousiast gebrachte casuïstiek (bijv. McCann 1992; Young 1995) wordt de effectiviteit van EMDR bij de behandeling van eenvoudige vormen van PTSS langzamerhand ook door gecontroleerd onderzoek aannemelijk gemaakt (o.a. Wilson, Becker en Tinker 1995; Shapiro 1996; zie De Jongh en Ten Broeke 1996 voor een recent overzicht). Onderhavig artikel beschrijft de behandeling van een cliënt met Type II psychotrauma met gebruikmaking van EMDR.

De cliënt

Anna (29 jaar) gaat gebukt onder persisterende, intrusieve herinneringen aan gewelddadig seksueel misbruik. Naast nachtmerries heeft ze frequent last van flashbacks. Op de afdeling psychiatrie waar ze wordt opgenomen, wordt de diagnose PTSS gesteld. Anna is van haar achtste tot haar tiende door vader herhaaldelijk seksueel misbruikt. Van haar dertiende tot haar vijftiende vond wekelijks pervers en gewelddadig misbruik door een oom plaats. De flashbacks en nachtmerries hebben vooral betrekking op het misbruik door vader. Behalve de angst en walging die de herinneringen oproepen, heeft ze sterke schuldgedachten ('Ik had wat moeten doen') en schaamte ('Ik ben vies en slecht'). Naast de typische PTSS-klachten kampt Anna met sterke depressieve gevoelens. Ook durft ze zich niet buiten het ziekenhuis te begeven uit angst vader of oom tegen te komen. De psychoneuroticismescore van de klachtenlijst SCL-90 (Arrindell en Ettema 1986) is 'zeer hoog' (normgroep normale populatie).

Gelet op Anna's voorgeschiedenis kan worden geconcludeerd dat er sprake is van complexe PTSS. Besloten wordt dat zij hiervoor gedurende haar opname op de PAAZ zal worden behandeld. De therapeut kiest voor EMDR. Een rol hierbij speelt dat Anna eerder een aantal jaren ambulante werd behandeld door middel van steunende gesprekken en medicatie, uiteindelijk zonder veel resultaat. Een bijkomende reden voor de keuze voor EMDR is dat Anna tot dusver niet in staat is geweest haar traumatische ervaringen daadwerkelijk onder woorden te brengen. Dit heeft enerzijds te maken met intense schaamte en anderzijds met haar eerdere ervaring dat erover proberen te praten leidde tot heftige herbelevingen. Een niet onbelangrijk voordeel van EMDR boven andere behandelingen voor PTSS is dat de traumatische ervaringen niet uitvoerig besproken behoeven te worden (zie Ten Broeke en De Jongh 1995).

Behandeling

Na een globale inventarisatie van de traumatische ervaringen worden

met betrekking tot het misbruik door vader en oom de meest schokkende herinneringen geselecteerd (SUD-score 'vader' = 9, SUD-score 'oom' = 10). Verteld wordt dat het niet nodig is de herinnering of het beeld uitvoerig te beschrijven; van belang is slechts dat duidelijk is welke ervaring als uitgangspunt wordt genomen. De scores op de Impact of Event Scale (IES; Horowitz, Wilmer en Alvarez 1979) vallen ten aanzien van deze herinneringen beide in de categorie ernstig (IES-score 'vader' = 52, IES-score 'oom' = 60). Met de inventarisatie van het meest aversieve beeld en de cognities met betrekking tot 'oom' (NC = 'Ik ben smerig', PC = 'Ik ben goed zoals ik ben'; VOC = 1) wordt overigens pas gestart op het moment dat de herinnering van het misbruik door vader (NC = 'Ik ben een waardeloos gebruiksvoorwerp'; 'Ik ben een waardevol mens'; VOC = 2) afdoende is behandeld.

Gedurende de opname op de PAAZ vinden over een periode van vier maanden twaalf zittingen EMDR plaats. Daarnaast wordt een tiental steunende gesprekken gevoerd en krijgt Anna non-verbale therapie en medicatie (diazepam). Een belangrijke rol is er voor de verpleegkundige die Anna gedurende de opname begeleidt. Deze biedt steun en zorgt voor opvang na de EMDR-sessies. De steunende gesprekken met de psychotherapeut zijn gericht op de problemen die Anna in het 'hier en nu' tegenkomt. Met name haar relatie met haar zussen (die nog wel contact hebben met haar ouders) vergt de nodige aandacht. De opvangsgesprekken met de verpleegkundigen blijven, conform de gemaakte behandelafspraken, beperkt tot de dagelijkse gang van zaken op de afdeling. Alleen tijdens de EMDR-sessies wordt expliciet aandacht besteed aan het seksueel misbruik. In vier sessies wordt het trauma 'vader' gedesensitiseerd (SUD = 1) en de gewenste overtuiging geïnstalleerd (VOC = 7). Voor 'oom' blijken zeven sessies noodzakelijk (SUD = 1 en VOC = 6). De behandeling gaat gepaard met het naar voren komen van 'nieuwe' herinneringen die zeer heftige herbelevingen en emotionele ontladingen veroorzaken. Nieuwe herinneringen die zich tussen de zittingen aan Anna opdringen, worden telkens als focus voor de volgende EMDR-zitting genomen. Met regelmaat wordt het SUD-niveau van eerder behandelde beelden gecontroleerd en de geloofwaardigheid van de geïnstalleerde positieve cognities gecheckt. In die gevallen dat de SUD-score tussentijds blijkt te zijn toegenomen, wordt EMDR herhaald. Wanneer Anna wordt ontslagen, is zij volgens eigen zeggen 'een ander mens'. Haar echtgenoot bevestigt dit. Van angst om naar buiten te gaan is geen sprake meer, en incidentele gevoelens van somberheid verdwijnen meestal snel (IES-scores: 'vader' = 26 'mild', 'oom' = 25 'mild'; psychoneuroticismescore SCL-90 = 'zeer laag').

Een maand na ontslag is er een korte terugval. Anna heeft haar moeder gezien in de stad. Het idee door moeder in de steek te zijn gelaten kan ze niet van zich afschudden. Dit leidt tot boosheid en veel verdriet. Na een EMDR-zitting (NC: 'Ik ben onbelangrijk', PC: 'Ik tel mee')

kan ook dit probleem worden 'losgelaten'. Na negen maanden is de situatie ongewijzigd. De herinneringen roepen nauwelijks angstgevoelens meer op (IES-scores: 'vader' = 23 'mild', 'oom' = 25 'mild') en ook wat de psychische klachten betreft is er nog immer sprake van een bevredigende situatie (psychoneuroticismescore SCL-90 = 'laag').

Beschouwing

Bovenstaande gevalsbeschrijving laat zien dat ook in het geval van Type II psychotrauma in de praktijk goede resultaten kunnen worden bereikt. De positieve resultaten bleven ook na negen maanden gehandhaafd. In onderhavig geval werd gebruikgemaakt van een betrekkelijk nieuwe methode voor de behandeling van traumagerelateerde angststoornissen: EMDR. Ofschoon EMDR inmiddels meer onderzoek naar de behandeling van PTSS heeft gegenereerd dan elke andere vorm van psychotherapie, is er ook twijfel over de huidige empirische status van EMDR (Van der Velden en Kleber 1996; Lohr, Kleinknecht e.a. 1995). Hoe het ook zij, de behandeling van Anna ondersteunt de conclusie dat onderzoek naar de effectiviteit van EMDR bij complexe vormen van psychotrauma de moeite waard is. Immers, hoewel casuïstische mededelingen weinig of niets bewijzen, kunnen ze wel een stimulans betekenen voor verder onderzoek.

EMDR is geen 'one-shot therapy'. Zeker bij complexe gevallen als die van Anna of wanneer er sprake is van een dissociatieve stoornis (Paulsen 1995), zal een groter aantal zittingen noodzakelijk zijn. Hoewel natuurlijk niet kan worden nagegaan hoe een en ander zou zijn gelopen wanneer gebruik zou zijn gemaakt van 'reguliere' vormen van (cognitieve) gedragstherapie, is een van de meest opvallende kenmerken de snelheid waarmee extreem belastende ervaringen kunnen worden verwerkt. Illustratief hiervoor is dat bijvoorbeeld Brom, Kleber en Defares (1989) een behandeling van gemiddeld meer dan veertien sessies met imaginaire exposure noodzakelijk achten voor de behandeling van eenmalig trauma. In dit kader is van belang op te merken dat Anna naast de behandeling met EMDR ook aanvullende behandeling kreeg. Naast de diazepam kreeg zij ondersteuning van een verpleegkundige en vonden wekelijks gesprekken plaats met de psychotherapeut. De vraag kan worden gesteld wat de relatieve bijdrage aan het behandelresultaat is geweest. Aannemelijk is dat de bijdrage wezenlijk maar niet causaal bij het behandelresultaat is geweest. Er was immers sprake van een PTSS, waarbij bekend is dat een specifieke op het trauma gerichte behandeling, in deze casus EMDR, noodzakelijk is (Foa en Kozak 1986).

Tijdens de evaluatie van de behandeling vertelt Anna dat het feit dat zij niet werd 'gedwongen' het hele verhaal te vertellen, haar motivatie voor de behandeling in positieve zin heeft beïnvloed. Bij een eerdere ervaring met psychotherapie werd het toepassen van imaginaire expo-

sure al eens gesuggereerd. Dit voorstel riep toen zoveel angst op dat hiervan werd afgezien. Onze indruk en die van andere clinici is dat EMDR laagdrempeliger is dan bijvoorbeeld imaginaire exposure (Ten Broeke en De Jongh 1995).

Tot slot een ander opvallend aspect. Anna had, naast angst en afschuw, last van hevige schaamtegevoelens en schuldgedachten. Er wordt wel verondersteld dat met name bij dergelijke emoties imaginaire exposure tekortschiet en dat cognitieve therapie moet worden ingezet (Calhoun en Schnicke 1992). In het geval van Anna bleken zowel de angst als de schaamte en het zelfverwijt na de behandeling met EMDR sterk te zijn verminderd. Dit sluit aan bij de klinische observatie dat EMDR veelal een desensitiserend effect heeft en tegelijkertijd leidt tot positievere zelfevaluatie (De Jongh en Ten Broeke 1996). Dit was ook het geval bij Anna: 'Ik ben een waardeloos gebruiksvoorwerp' wordt 'Ik ben een waardevol mens'. Het bewerkstelligen van een dergelijk effect zou, gecombineerd met de relatieve snelheid van de positieve effecten, wel eens een van de belangrijkste innovatieve aspecten van EMDR kunnen zijn.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Author, Washington DC.
- Arntz, A. (1995), Psychologische behandelingen van posttraumatische stress-stoornis. *De Psycholoog*, 30, 177-180.
- Arrindell, W.A., en J.H.M. Ettema (1986), *SCL-90, Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Broeke, E. ten, en A. de Jongh (1995), Eye movement desensitization & reprocessing: 'gewoon' imaginaire exposure? *De Psycholoog*, 30, 459-464.
- Brom, D., R.J. Kleber en P.B. Defares (1989), Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.
- Calhoun, K.S., en P.A. Resick (1993), Post-traumatic stress disorder. In: D.H. Barlow (red.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. Guilford Press, New York.
- Foa, E.B., en M.J. Kozak (1986), Emotional processing of fear. Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Horowitz, M., N. Wilmer en W. Alvarez (1979), Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Jongh, A. de, en E. ten Broeke (1996), Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): procedure voor traumagerelateerde klachten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 22, 93-114.
- Lohr, J.M., R.A. Kleinknecht, D.F. Tolin e.a. (1995), The empirical status of the clinical application of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 285-302.
- McCann, D.L. (1992), Post-traumatic stress disorder due to devastating burns overcome by a single session of eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 319-323.
- Paulsen, S. (1995), Eye movement desensitization and reprocessing: Its cautious use in the dissociative disorders. *Dissociation*, 8, 32-44.

- Resick, P.A., en M.K. Schnicke (1992), Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Scott, M.J., en S.G. Stradling (1992), *Counselling for post traumatic stress disorder*. Sage, Londen.
- Shapiro, F. (1989), Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Shapiro, F. (1995), *Eye movement desensitization & reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press, New York.
- Shapiro, F. (1996), Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Evaluation of controlled PTSD research. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 27, 1-10.
- Solomon, S.D., E.T. Gerrity en A.M. Muff (1992), Efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Medical Association*, 268, 633-638.
- Terr, L. (1991), Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Vaughan, K., en N. Tarrier (1992), The use of image habituation with post-traumatic stress disorders. *British Journal of Psychiatry*, 161, 658-664.
- Velden, P.G. van der, en R.J. Kleber (1996), Met het oog op morgen: Een overzicht van EMDR-studies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38, 30-39.
- Wilson, S.A., L.A. Becker en R.H. Tinker (1995), Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928-937.
- Young, W.C. (1995), Eye movement desensitization/reprocessing: Is use in resolving the trauma caused by the loss of a war buddy. *American Journal of Psychotherapy*, 49, 282-291.

Summary: EMDR in the treatment of Type II psychotrauma: A case-study

This case history describes the application of EMDR in the treatment of severe and repeated sexual abuse. During an in-patient psychiatric treatment EMDR was used to desensitize and 'reprocess' the traumatic memories. As is evident from the client's self-report and standardized psychological questionnaires, EMDR was successful in alleviating various PTSD symptoms and associated complaints. The results were maintained at nine months follow-up. Case-reports like these may stimulate controlled outcome-research on the applications of EMDR with complex (Type II) forms of PTSD.

E. ten Broeke is als klinisch psycholoog en psychotherapeut werkzaam bij de afdeling klinische psychologie van het Twenteborg ziekenhuis, Zilvermeeuw 1, 7600 SZ Almelo. A. de Jongh, psycholoog, is verbonden aan de vakgroep Sociale Tandheelkunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde, Amsterdam.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-11-1996.