

Opmerkelijke veranderingen na één zitting met Eye Movement Desensitization and Reprocessing: een geval van angst voor misselijkheid en braken

Ad de Jongh en Erik ten Broeke 

Directieve therapie, 14 (1994), p. 90-102

Samenvatting

In deze bijdrage worden enkele principes van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) beschreven. Met name het 'reprocessing' gedeelte van deze procedure wordt nader toegelicht, waaronder de selectie van negatieve en positieve cognities voorafgaande aan de therapie. Aan de hand van een gevalsbeschrijving van een cliënt met angst voor misselijkheid en braken worden de vaak optredende spontane cognitieve veranderingen tijdens EMDR gedemonstreerd. Ingegaan wordt op de vraag hoe de geconstateerde veranderingen kunnen worden verklaard.

Inhoud

- Inleiding
- Selectie van negatieve en positieve cognities
- Een geval van angst voor misselijkheid
- De EMDR-procedure
- Beschouwing
- Referenties

Inleiding

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is een psychotherapeutische procedure die volgens de ontdekker ervan, de Amerikaanse psychologe Francine Shapiro, bijzonder geschikt is voor het verminderen van na traumatische gebeurtenissen ontstane angst (Shapiro, 1989a). Deze claim wordt ondersteund door een snel in omvang toenemende hoeveelheid EMDR-literatuur, met name op het gebied van de behandeling van posttraumatische stress-stoornissen. De stijgende populariteit van EMDR komt ondermeer tot uiting in een enquête onder Amerikaanse, in EMDR getrainde, psychotherapeuten. Uit de resultaten van dit onderzoek bleek dat 75 procent van de 400 respondenten EMDR als werkzamer beschouwde dan andere procedures voor hetzelfde type stoornissen. Van de overige 25 procent vonden de meesten EMDR net zo effectief als andere benaderingen (Boore, 1993).

EMDR wijkt in een groot aantal opzichten af van de gangbare therapeutische technieken. In het kort komt de procedure erop neer dat de cliënt zich de traumatische gebeurtenis, en de

daarbij behorende gevoelens en cognities, voorstelt. De cliënt krijgt de instructie met de ogen de vingers van de therapeut te volgen, waarna deze zijn hand met een horizontale beweging snel voor de ogen van de cliënt heen en weer beweegt. Ervaringen met EMDR geven aan dat in veel gevallen reeds na enkele van deze 'sets' het oorspronkelijke beeld als minder angstaanjagend wordt ervaren. Een EMDR-therapie wordt afgesloten wanneer het oorspronkelijke beeld geen angst meer opwekt en een aan het begin van de procedure geformuleerde positieve cognitie als gevoelsmatig 'waar' wordt ervaren. In het geval van een geïsoleerde klacht blijkt deze doelstelling in veel gevallen binnen één zitting te kunnen worden gehaald (bijv. Shapiro, 1989a ; De Jongh & Ten Broeke, 1993). Wat het klachtengebied betreft worden naast seksueel misbruik en (oorlogs)geweld (bijv. Shapiro, 1989a ; Puk, 1991 ; Wolpe & Abrams, 1991) onder meer positieve resultaten gerapporteerd bij de behandeling van fobieën (De Jongh & Ten Broeke, 1993 ; Marquis, 1991), seksuele dysfuncties (Wernik, 1993), en zelfs As-II-stoornissen (Marquis, 1991).

Tegenover de successen in de praktijk staat dat experimenteel onderzoek met normale proefpersonen de door de casuïstiek gesuggereerde opmerkelijke effecten onvoldoende ondersteunt (Merckelbach et al., 1994). Ook gecontroleerde studies onder mensen met angstklachten laten wisselende resultaten zien (Shapiro, 1989b ; Boudewyns et al., 1993). Een mogelijke verklaring voor de gevonden verschillen tussen onderzoek en praktijk is dat een experimentele procedure niet goed vergelijkbaar is met de behandeling van een (gemotiveerd) getraumatiseerd persoon in de psychotherapeutische praktijk. Dit laatste geldt met name voor het zorgvuldig selecteren van negatieve en positieve cognities over de traumatische gebeurtenis. Een dergelijke op de persoon toegesneden cognitieve interventie is volgens EMDR-therapeuten essentieel voor het welslagen van de therapie (Leeds, 1992 ; Shapiro, 1993).

In deze bijdrage wordt ingegaan op de selectie van negatieve en positieve cognities voorafgaande aan de EMDR-procedure. Vervolgens worden, aan de hand van de behandeling van een cliënt met angst om over te geven, de cognitieve veranderingen tijdens EMDR beschreven en besproken.

Selectie van negatieve en positieve cognities

Wanneer cliënten een duidelijke gebeurtenis kunnen aanwijzen die naar hun vermoeden verantwoordelijk is voor hun angsten, wordt de herinnering aan deze gebeurtenis als uitgangspunt van de EMDR-procedure genomen. De cliënt wordt allereerst gevraagd zich de situatie opnieuw voor te stellen. Met dit (negatief geladen) beeld in gedachten wordt de cliënt vervolgens verzocht een cognitie te formuleren, die met deze voorstelling verband houdt. Een manier om dit te vragen is: 'Als je dit beeld weer voor je ziet, welke woorden passen daar dan bij?'. Samen met de cliënt wordt gezocht naar een negatieve cognitie die het zelfbeeld in de angstwekkende situatie weergeeft. Het gaat hierbij uitdrukkelijk niet over gevoelens ('Ik ben verdrietig'), of de gebeurtenis ('Ik werd in elkaar geslagen'), maar om een (irrationele) overtuiging over zichzelf. Voorbeelden hiervan zijn: 'Ik ben hulpeloos' of 'Ik ben het niet waard'. Het formuleren van een negatieve, onaangename cognitie vergemakkelijkt het zoeken naar een cognitie die positief moet zijn. Deze positieve cognitie kan worden gevonden door de cliënt te vragen: 'Wat zou je liever willen geloven over jezelf in deze situatie?'. Voorbeelden hiervan zijn: 'Ik heb mezelf onder controle' of 'Ik ben de moeite waard'. Het is belangrijk dat deze cognitie zodanig is geformuleerd dat zij geen negatie (woorden zoals 'niet' of 'geen') bevat. Alvorens er oogbewegingen worden uitgevoerd, wordt de cliënt naar de geloofwaardigheid van deze positieve cognitie gevraagd. Dit gebeurt door op een 7-punts

schaal (Validity of Cognitions; VOC 1 = absoluut onwaar; 7 = helemaal waar) aan te laten geven in welke mate de positieve cognitie als 'waar' aanvoelt. Aan het begin van de EMDR-procedure wordt de geloofwaardigheid doorgaans op 0 of 1 geschat. Er worden sets oogbewegingen uitgevoerd totdat de geloofwaardigheid 6 of 7 is geworden. Voor een beschrijving van de overige stappen van de procedure zij verwezen naar een eerdere publikatie (Ten Broeke & De Jongh, 1993).

Een geval van angst voor misselijkheid

Marja Brink is een dertigjarige vrouw met een sinds haar jeugd bestaande angst om misselijk te worden of te moeten overgeven. Ze is nog niet eerder behandeld voor haar angstklachten, maar is verwezen door een psycholoog die haar geval geschikt achtte voor behandeling met EMDR.

Uit een eerste probleeminventarisatie blijkt dat de angst en misselijkheid sterk gekoppeld zijn aan gevoelens van machteloosheid. Dit gebeurt op momenten dat ze zich realiseert dat de situatie waarin ze zich bevindt het moeilijk maakt om te ontsnappen of 'iets anders te gaan doen'. Als voorbeelden geeft ze: een boottocht maken, het 'ja-woord' op het stadhuis, het feit dat je zwanger bent, met iemand dansen of met iemand uit eten gaan. Ze typeert haar klachten als angst om 'zich over te geven'. Als ze zich eenmaal misselijk voelt, wordt dit gevoel verder versterkt door het feit dat misselijkheid op zich weer een gevoel van machteloosheid oproept, hetgeen de angst en de misselijkheid verder doet toenemen. Ze zegt hierover: 'Als je misselijk bent dan heb je ook dat gevoel, nou moet het eruit, ik kan er niks aan doen'. Ook maakt Marja zich vaak zorgen over een grote verscheidenheid aan zaken en situaties: 'dat er iets ergs gebeurt', 'dat het oorlog wordt' of 'dat het niet goed gaat met de wereld'. Angst voor misselijkheid is haar leven sterk gaan beheersen en ze is meerdere keren per week misselijk.

Het blijkt dat Marja in situaties waarin zij vreest controle te verliezen vaak moet denken aan een gebeurtenis toen zij vier of vijf jaar oud was. Ze kan zich herinneren dat ze toen midden in de nacht wakker is geworden. Ze voelde zich erg misselijk en heeft toen enkele uren in haar kinderstoeltje voor de toiletput gezeten. Ze zegt hierover: 'Als ik misselijk ben dan zie ik dat beeld weer voor me dan voel ik zo'n misselijk gevoel, dan proef ik het in mijn mond en dan hoor ik dat overgeefsel in de WC vallen'. Aan deze situatie terugdenken bezorgt haar een extreem gevoel van alleen zijn. Als haar wordt gevraagd op een 11-punts SUD (Subjective Units of Disturbance) schaal van 0 (= geen angst) tot 10 (= grootst mogelijke angst) aan te geven hoeveel spanning dit beeld oproept, antwoordt ze 10.

Een tweede herinnering aan misselijkheid betreft die van een vakantie in het buitenland. Ook van deze gebeurtenis weet ze zich te herinneren dat ze 's nachts misselijk is geworden en lang heeft gewacht totdat ze had overgegeven. Een derde duidelijke herinnering heeft ze van de situatie waarin ze als zestienjarige aan een missverkiezing van een mannequincursus moest meedoen. Ze voelde zich heel zenuwachtig en is uiteindelijk niet gegaan uit angst om misselijk te worden. Marja geeft aan dat de huidige situatie, waarin ze zich meerdere keren per week bang en misselijk voelt, is ontstaan nadat ze omstreeks haar twintigste jaar, tijdens een zogenaamde regressietherapie, opnieuw heel bang en misselijk was geworden en het gevoel kreeg dood te willen.

Besloten wordt om een EMDR-procedure uit te voeren. Om het effect hiervan te kunnen vaststellen worden de cliënt vooraf twee vragenlijsten voorgelegd: de klachtenlijst SCL-90 (Arrindell & Ettema, 1986) en de Zelf Beoordelings Vragenlijst (ZBV ; Van der Ploeg,

Defares & Spielberger, 1980), die algemene angstdispositie meet. Op de SCL-90 (normgroep II: normale populatie) wordt door de cliënt 'hoog' gescoord op de schalen angst, agorafobie en depressie. De psychoneuroticisme score, de somscore over alle 90 items, is 144 ('boven gemiddeld'). De ZBV-totaalscore bedraagt 46.

De EMDR-procedure

De negatieve cognitie, die past bij het meest negatieve beeld dat ze heeft (als kind van vier of vijf boven de toiletput), wordt door de cliënt geformuleerd als: 'Ik ben iemand die mij niet durft over te geven.' Zij voegt daar zelf nog aan toe 'en dat mag niemand weten.' De gewenste (positieve) cognitie wordt geformuleerd als: 'Ik ben iemand die bang durft te zijn om zich over te geven'. De VOC (geloofwaardigheid) score is 4. Ze zegt hierover: 'Ik kan me ook voorstellen dat ik iemand zou kunnen zijn die bang durft te zijn ..., alleen ik durf het nog niet.' Om een indruk te geven van de reactie van de cliënt op de oogbewegingen wordt hieronder het verbatim verslag van de eerste negen minuten weergegeven. Dit begint met een uitleg van de procedure.

Therapeut: Laat ik je nog even uitleggen wat er gebeurt. Ik vraag je straks je aandacht te richten op de onprettige gebeurtenissen en tegelijk tegen jezelf de negatieve gedachte te uiten: 'Ik ben iemand die zich niet durft over te geven'. Je bent als het ware weer helemaal terug in die situatie en je zegt dat tegen jezelf. Dus je bent echt in de situatie, inclusief de negatieve gedachte. Ik maak straks een aantal bewegingen met mijn hand en geef je daarna rust. Het is de bedoeling dat je met jouw ogen mijn vingers volgt. Tijdens de rust doe je je ogen dicht, haal je diep adem en maak je het beeld blank.

Cliënt: Hoe lang duurt dat ongeveer?

Th: Dat doe ik, om te beginnen, 24 keer. Let op wat er verandert. Heel vaak is het een gevoel dat ineens naar boven komt. Dat kan een gevoel in je hoofd zijn of in je benen, het maakt niet uit. Of een ander beeld, of hetzelfde beeld. Het maakt niet uit, maar let goed op wát er naar boven komt.

Cl: En als het ondertussen gebeurt, moet ik het dan meteen zeggen, of wacht ik gewoon af?

Th: Nee, wacht even tot het eind. Oké?

Cl: Moet ik proberen dat beeld voor mij te zien?

Th: Ja, stap maar weer even terug in dat beeld op die tijd en plaats met daarbij wat je tegen jezelf zou zeggen. Oké?

Cl: Ja.

[Set I]

Cl: (Lacht) Oh, dat is moeilijk.

Th: Wat komt er op?

Cl: Ik krijg het vreselijk warm. En ik moet vreselijk lachen en ik weet niet waarom. En ik krijg zo'n stemmetje in mijn hoofd: 'Ik ben helemaal niet bang, hoe kom je erbij?'. En ik zie allemaal beelden van verjaardagen en slingers en Sinterklaas.

Th: Concentreer je daar maar op en op het gevoel van warm zijn.

[Set II]

Cl: (Lacht) Ik heb zoiets van: 'Dit mislukt, dit werkt niet'. Ik kan mijn gedachten er niet bijhouden.

Th: Geeft niet. Waar kan je je gedachten wèl bijhouden?

Cl: Het zweet breekt me uit!

Th: Concentreer je maar even op dat zweterige gevoel.

[Set III]

Cl: Ja, ik weet niet. Het gevoel dat er onder zit misschien. Het gevoel van, èh, eigenlijk ben ik gewoon bang om er te zijn. Het leven is gewoon eng.

Th: Hou dat vast.

[Set IV]

Cl: (Haalt schouders op). Niks.

Th: Leeg?

Cl: Ja.

Th: Geen beelden, een gevoel?

Cl: Het enige dat er bij mij opkomt is: 'Je kan zelf kiezen, altijd.'

Th: Hou dat vast.

[Set V]

Cl: Ja, ik zit te denken aan vroeger, hoe ik mij altijd voelde toen ik heel klein was. Ik zit te bedenken van, ja, eigenlijk ben ik helemaal niet iemand die bang is. Ik typeer me altijd wel als iemand die gauw bang is, maar ik was altijd heel zorgeloos. Eigenlijk ben ik dat: zorgeloos! En dan denk ik: 'Ik zie wel wat er gebeurt.'

Th: Hou dat vast.

[Set VI]

Cl: Ja, hetzelfde.

Th: Oké, wat ik je nu wil vragen is nu even terug te gaan naar het allereerste beeld dat je net had. Zie je het voor je?

Cl: (Lacht) Ja, ik moet er eigenlijk om lachen. Ik heb zo'n idee, ja, je zou het ook als een soort lachfilm kunnen zien, zo'n zielig pietje. Ja, je kan er ook om lachen.

Th: Als je het nu weer op een schaal zou moeten aangeven van 0 tot 10, hoeveel angst roept dat dan op.

Cl: Nou 1 of zo, nog niet eens, een beetje neutraal. Meer zo'n gevoel van, als ik dat beeld zie: 'Ach God, ik zal er wel even bij gaan zitten'. Zo iets.

Th: Dat is een hele verandering.

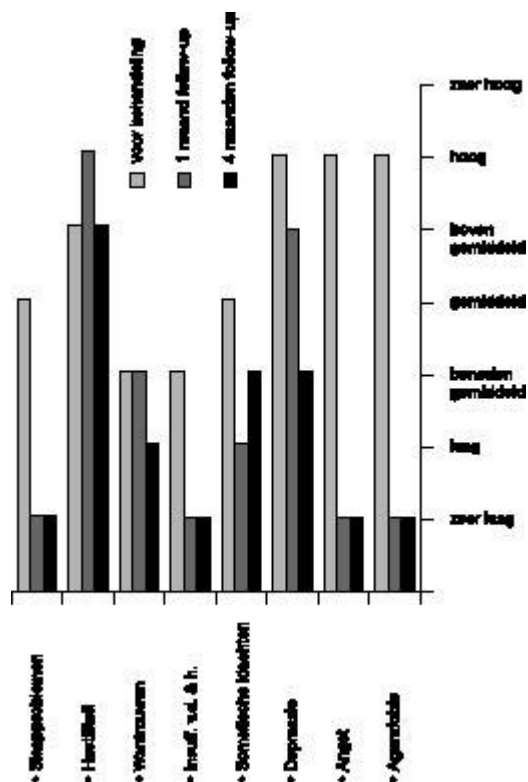
Cl: Ja, ik zit nu weer te denken als ik dat beeld zie: 'Oh ja, dat is dat blauwe stoeltje, daar had ik altijd mijn lippestift op liggen'. En dan kan ik niet meer bij dat gevoel. Nee, dat lukt niet goed. Maar dat had ik de eerste keer al, nadat je dat (maakt beweging met de hand) deed.

Th: Als je nu weer even terug gaat naar je uitdrukking: 'Ik ben iemand die bang durft te zijn om zich over te geven', hoe geloofwaardig zou je dat scoren op een schaal van 1 tot 7?

Cl: Ik kan geen 7 zeggen, want zo gemakkelijk kan het niet zijn. Maar ik denk toch dat het 7 is. En er schieten mij allemaal dingen te binnen van: 'En daar durfde ik het eigenlijk al en daar doe ik het eigenlijk al, geloof ik dat al.' Ja, toch een 7.

Hierna wordt de zitting verder vervolgd met nog enkele resterende stappen van de EMDR-procedure. In totaal worden nog een tiental sets oogbewegingen uitgevoerd. De cliënt is zeer tevreden als de zitting wordt afgesloten. Zij vindt een vervolg niet nodig. Wel wordt afgesproken dat ze opnieuw contact opneemt als daartoe aanleiding bestaat. Dit zou bijvoorbeeld het geval kunnen zijn als er nieuwe, zich aan de cliënt opdringende, beelden naar boven komen of wanneer het gevoel van misselijkheid zich opnieuw voordoet. Bovendien wordt overeengekomen dat in de toekomst opnieuw een aantal vragenlijsten worden ingevuld.

Een maand na behandeling blijken de scores op de SCL-90 van de schalen angst en agorafobie te zijn afgenomen tot de laagste klasse ('zeer laag'). De psychoneuroticisme score (Psneur) is gedaald tot 106 ('laag'). Ook de ZBV-score is zes punten lager dan voor aanvang van de behandeling (40). Een follow-up van vier maanden laat een gelijksoortig beeld zien (Psneur = 103). De cliënt schrijft een maand na de behandeling een brief waarin ze aangeeft de nacht na de therapie heel onrustig te hebben geslapen. Er zouden veel beelden door haar hoofd zijn gegaan. Ze schrijft na de therapie niet meer misselijk te zijn geweest en gaat verder met: 'Ik heb nu een nuchter gevoel over overgeven, oké als het nodig is: prima'. Figuur 1



Figuur 1 Effecten van één zitting EMDR op de SCL-90 scores (normgroep 2) van een vrouw met angst om over te geven.

geeft een overzicht van de veranderingen op het gebied van de klachten (SCL-90) vóór en na de behandeling.

Beschouwing

Bovenstaande gevalsbeschrijving is er één uit een reeks van gepubliceerde casuïstiek, waarbij een enkele zitting met EMDR voldoende was om de angstklachten van de cliënt sterk te verminderen. Ofschoon het werkingsmechanisme van EMDR nog verre van duidelijk is, vallen met name de buitengewoon snelle desensitiserende kwaliteiten van deze methode op. Deze effecten kunnen zich al direct in het begin van de procedure manifesteren. Zo bleek in dit geval het angstaanjagende van de negatieve beelden na een zestal sets tot op een zeer laag niveau te zijn gedaald. Hieruit komt naar voren dat EMDR niet per definitie leidt tot een verminderd visueel geheugen, zoals eerder door anderen werd gesuggereerd (Merckelbach, Hogervorst & Kampman, 1993). In het onderhavige geval werd het oorspronkelijk beeld nadien zelfs duidelijker, zodat ook andere aspecten van dezelfde situatie (blauwe stoeltje, lippenstift) werden opgemerkt. Het is de vraag in hoeverre deze resultaten uit het effect van in gedachten herhaalde confrontatie met angstopwekkende stimuli ('exposure in vitro') moeten worden verklaard. Over het algemeen wordt voor volledige habituatie een langere blootstelling noodzakelijk geacht (zie bijv. Chaplin & Levine, 1980). Het relatief geringe aantal keren dat de cliënt gevraagd werd zich een beeld van de oorspronkelijke angstopwekkende situatie te vormen maakt deze hypothese, ook al wordt exposure gecombineerd met afleidende stimuli (zie Merckelbach, 1993), dan ook weinig aannemelijk.

Eerder (Ten Broeke & De Jongh, 1993) werd een poging gedaan de EMDR-effecten te begrijpen in termen van een cognitieve herinterpretatie van klassieke conditionering, de UCS-reëvaluatie theorie van Davey (Davey, 1992). Ofschoon deze verklaring in een aantal opzichten lijkt te voldoen, blijft onduidelijk hoe de reëvaluatie van de UCS door EMDR

wordt gestimuleerd. Wellicht biedt het door Foa en Kozak gepropageerde informatieverwerkingsmodel voor posttraumatische stress–stoornissen meer aanknopingspunten (Foa & Kozak, 1986 ; Foa, Steketee & Rothbaum, 1989). Volgens deze theorie moet voor het verminderen van angst aan twee voorwaarden worden voldaan: (1)

‘the fear memory must be activated’ en (2) ‘new information must be provided to include elements that are incompatible with some of those that exist in the fear structure, so that new memory can be formed’

(Foa, Steketee & Rothbaum, 1989, p. 167). Foa en Kozak stellen dat door systematische blootstelling aan de traumatische herinnering, indien dit gebeurt in een veilige omgeving, ook de betekenis van de herinnering verandert. Ook al biedt dit model enig houvast wat betreft de geconstateerde cognitieve veranderingen na EMDR, de vraag blijft hoe deze veranderingen zo snel kunnen plaatsvinden. Al na het maken van één set oogbewegingen ging de negatieve cognitie ‘Ik ben bang om over te geven’ over in de positieve zelfspraak ‘Ik ben helemaal niet bang, hoe kom je er bij?’

Cognitieve therapeuten, onder wie Meichenbaum, gaan ervan uit dat de angst van cliënten wordt veroorzaakt door negatieve of catastrofale zelfspraak (‘self–statements’). Technieken zoals zelfinstructietraining zijn er daarom op gericht deze negatieve zelfspraak te veranderen en te vervangen door positieve zelfspraak, waarna de angst afneemt (Meichenbaum, 1975). De veranderingen na EMDR zijn enigszins vergelijkbaar met die van succesvolle cognitieve therapie, zij het dat in het eerste geval de positieve zelfspraak zich min of meer spontaan aan het bewustzijn van de cliënt lijkt op te dringen.

Shapiro (1992) gaat uit van een psycho–fysiologisch werkingsmechanisme. De verklaring voor de snelle veranderingen moet volgens haar gezocht worden in een herstel van de balans in de hersenen, die het direct gevolg is van de ritmische (‘saccadische’) oogbewegingen. Er wordt aangenomen dat de combinatie van oogbewegingen, de vooraf gekozen cognities en het intern gefocust zijn op de traumatische gebeurtenis:

‘(1) restore the balance, (2) reverse the neural pathology, and (3) allow the information processing to proceed to resolution with a consequent cessation of intrusive symptomatology’

(Shapiro, 1992, p. 220). Ofschoon voor deze verklaring nochtans weinig evidentie bestaat, en deze gedachtegang volgens sommige onderzoekers als ‘crypto–neurologisch’ moet worden afgedaan (Merckelbach, 1993), blijft het feit dat er maar weinig therapeutische technieken zijn die zulke robuuste cognitieve veranderingen laten zien.

Er zij opgemerkt dat het voor cliënten uiterst moeilijk is om twee opdrachten tegelijkertijd uit te voeren: het beeld in gedachten te houden en het volgen van de vingerbewegingen. De moeilijkheid er met de gedachten bij te blijven is inherent aan de procedure en werd ook door de cliënt naar voren gebracht. Het belang van deze paradoxale opdracht voor het welslagen van de behandeling is echter tot op heden niet expliciet onderzocht. Meer in het algemeen dringt zich de vraag op in hoeverre non–specifieke factoren (Frank, 1973) verantwoordelijk zijn voor het bereikte therapieresultaat. Er is immers sprake van een emotionele, afhankelijke relatie tussen therapeut en cliënt, van een als therapeutisch herkenbare context en van een procedure die verwachtingen wekt (zie Van Dijck, 1985). Niet specifieke factoren spelen echter ook bij andere vormen van therapie en het is niet duidelijk waarom deze speciaal bij EMDR een bijzonder grote invloed zouden kunnen uitoefenen.

Hoe het ook zij, de resultaten met EMDR zijn intrigerend. Ook in het hier beschreven geval ging het, net als in andere gevallen (bijv. Kleinknecht & Morgan, 1992 ; De Jongh & Ten Broeke, 1993), om een jarenlang bestaande klacht. De resultaten zijn des te opmerkelijker als men bedenkt dat met EMDR slechts in beperkte mate wordt voldaan aan de op grond van de literatuur noodzakelijk geachte kenmerken van effectieve therapie: een goede heldere rationale, structuur in de behandeling, huiswerkopdrachten en het trainen van copingvaardigheden (zie bijv. Zeiss, Lewinson & Munoz, 1979; Emmelkamp, 1986). Het is dan ook uiterst onbevredigend dat er nog immer onvoldoende onderzoeksresultaten voorhanden zijn om de succesvolle gevalsbeschrijvingen met EMDR de zo noodzakelijke empirische ondersteuning te verschaffen.

Abstract

The current paper presents some principles of EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). The reprocessing part, particularly the selection of negative and positive cognitions concerning the traumatic event, is described. A case history of a client with fear of nausea and vomiting demonstrates the spontaneously occurring cognitive changes, and subsequent improvements in complaints, that are often associated with the EMDR procedure. Some plausible explanations for these rapid effects are discussed.

Referenties

1. Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90, Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
2. Boore, J. (1993). EMDR: A new procedure. *The California Therapist*, may/june, 40–42.
3. Boudewyns, P.A., Stwertka, S.A., Hyer, S.A., Albrecht, J.W. & Sperr, E.V. (1993). Eye movement desensitization for PTSD of combat: A pilot study. *The Behavior Therapist*, 16, 2–7.
4. Chaplin, E.W. & Lavine, B.A. (1980). The effects of total exposure duration and interrupted versus continuous exposure of flooding. *Behavior Therapy*, 12, 360–368.
5. Davey, G.C.L. (1992). Classical conditioning and the acquisition of human fears and phobias: A review and synthesis of the literature. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 14, 29–66.
6. De Jongh, A. & Ten Broeke, E. (1993). Een nieuwe behandelingsmethode voor angst en trauma's: 'Eye movement desensitization and reprocessing'. *Directieve Therapie*, 13, 161–170.
7. Dyck, R. van (1985). Is psychotherapie een placebo? *Directieve Therapie*, 5, 104–144.
8. Foa, E.B. & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
9. Emmelkamp, P.M.G. (1986). Cognitieve en gedragstherapeutische interventies bij depressie: een overzicht. *Directieve Therapie*, 6, 116–133.
10. Foa, E.B., Steketee, G. & Rothbaum, B.O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of Post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155–176.
11. Frank, J.D. (1973). *Persuasion and healing*. Baltimore: John Hopkins University Press.
12. Hedstrom, J. (1991). A note on eye movements and relaxation. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 37–38.

13. Kleinknecht, R.A. & Morgan, M.P. (1992). Treatment of posttraumatic stress disorder with eye movement desensitization. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 43–49.
14. Leeds, A. (1992). Selection criteria for negative and positive cognitions in EMDR. *Network Newsletter*, 2, 12–15.
15. Marquis, J.N. (1991). A report on seventy–eight cases treated by eye movement desensitization. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 187–192.
16. Meichenbaum, D.H. (1975). Self–instructional methods. In: F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (red.). *Helping people change*. New York: Pergamon.
17. Merckelbach, H. (1993). ‘Eye movement desensitization and reprocessing’: kanttekeningen bij De Jongh en Ten Broeke. *Directieve Therapie*, 13, 172–176.
18. Merckelbach, H., Hoogervorst, E. & Kampman, M. (1993). Geen ondermijnend effect van ‘Eye movement desensitization’ op het visueel geheugen. *Directieve Therapie*, 13, 313–321.
19. Merckelbach, H., Hoogervorst, E., Kampman, M. & De Jongh, A. (1994). ‘Eye movement desensitization’ heeft geen effect op emotionele reactiviteit van normale proefpersonen. *Gedragstherapie*, 27, 33–50.
20. Ploeg, J.W.P. van der, Defares, P.B. & Spielberger, C.D. (1980). *Handleiding bij de Zelfbeoordelings Vragenlijst*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
21. Puk, G. (1991). Treating traumatic memories: A case report on the eye movement desensitization procedure. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 149–151.
22. Shapiro, F. (1989a). Eye movement desensitization: A new treatment for post–traumatic stress disorder. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211–217.
23. Shapiro, F. (1989b). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199–223.
24. Shapiro, F. (1993). *EMDRLEVELIWORKSHOP 10–11 JULI*. CHICAGO.
25. Ten Broeke, E., De Jongh, A. (1993). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): praktische toepassing en theoretische overwegingen. *Gedragstherapie*, 26, 233–254.
26. Wernik, U. (1993). The role of the traumatic component in the etiology of sexual dysfunctions and its treatment with eye movement desensitization procedure. *Journal of Sex Education and Therapy*, 19, 212–222.
27. Wolpe, J. & Abrams, J. (1991). Post–traumatic stress disorder overcome by eye movement desensitization: A case report. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 39–43.
28. Zeiss, A.M., Lewinsohn, P.M., Munoz, R.F. (1977). Non–specific improvement effects in depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, or cognitive training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 427–439.