

Boekenrubriek

In kortgeding

De Jongh, A., & Ten Broeke, E. (2003).

Handboek EMDR. Een geprotocolleerde behandeling voor de gevolgen van psychotrauma.

Lisse: Swets & Zeitlinger publishers, 174 pp.

EMDR: een integreerbare therapiemethode voor trauma

Ludwig Cornil

EMDR of Eye Movement Desensitization and Reprocessing is een relatief nieuwe benadering voor de behandeling van psychisch trauma. In een tijdsspanne van 15 jaar heeft deze methode de status bereikt van één van de voorkeursbehandelingen voor psychotrauma (Foa, Keane & Friedman, 2000). Nochtans is EMDR nog een controversiële therapiemethode omdat het werkingsmechanisme niet is gekend. De methode claimt dat het doorlopen van het behandelprotocol en het afwisselend links-rechts prikkelen van het lichaam, trauma's helpt verwerken. Gedurende deze prikkeling denkt de cliënt aan het probleem en beweegt tegelijkertijd de ogen horizontaal heen en weer door de hand van de therapeut te volgen. Het afwisselend links-rechts tikken op het lichaam van de cliënt of het aanbieden van alternerende tonen via een koptelefoon zou eveneens een hypothetisch aangeboren, maar door trauma geblokkeerd werkingsmechanisme, opnieuw in gang zetten. Eindsultaat van de EMDR-behandeling is niet alleen een vermindering van het negatieve affect rond de traumatische herinnering (desensitisatie), er is ook sprake van een herwerking van het trauma (reproces-

sing). De cliënt gaat vanuit het heden de traumatische ervaring en zichzelf herevalueren. Dit leidt er meestal toe dat de cliënt spontaan positiever over zichzelf gaat denken en nieuwe gedragsmogelijkheden kan zien naar de toekomst toe.

Het boek over EMDR van De Jongh en Ten Broeke is een welgekomen boek, dat logischerwijs geschreven werd door twee therapeuten die reeds een tiental jaar rond EMDR publiceren en nu eindelijk een handleiding hebben geschreven.

De grote sterkte van het boek is dat het precies doet wat het belooft te doen: het aanleren van de EMDR-methode. De Jongh en Ten Broeke gaan hierbij bijzonder gestructureerd te werk, in een duidelijke taal en met behulp van talrijke verhelderende voorbeelden. Het is een uitermate praktisch referentiewerk voor therapeuten die aan de slag willen gaan met EMDR, al blijft het natuurlijk altijd te verkiezen een methode "in vivo" aan te leren en daarbij het verwerkingsproces met EMDR aan den lijve te ondervinden. Naast het gedetailleerd beschrijven van de methodiek wijden de auteurs ook uit over het belang van case-conceptualisatie. EMDR toepassen betekent niet zomaar met de arm zwaaien wanneer de cliënt iets moeilijks heeft meegemaakt. Een goede EMDR-therapie vraagt een therapeut die luistert naar het verhaal van de cliënt en hypothesen formuleert. Hij zoekt naar verbanden tussen de actuele klachten en gebeurtenissen in het leven van de cliënt alvorens met EMDR te interveniëren. Soms wordt daarbij vertrokken van het huidig probleem, maar meestal dient het hypothetische beginpunt om aan te vangen met EMDR in het verleden van de cliënt gezocht te worden. EMDR vindt altijd plaats binnen een behandelplan en niet als afzonderlijke, magische interventie.

Rapportering van het magische effect van EMDR, zonder wetenschappelijke ondersteuning, zorgde vooral in het begin van de jaren negentig voor geprikkelde reacties (Herbert & Mueser, 1992). Toch was mijn persoonlijke eerste ervaring met een cliënt er ook één met een hoog "Potter-gehalte". Verbazing over de werkzaamheid van EMDR is eveneens de reactie van de nieuwkomers in de EMDR-therapie. Meestal gaat het hier om hulpverleners die na een training EMDR gaan toepassen bij gekende cliënten waarmee reeds een sterke therapeutische relatie bestond. Bovendien werd hun aangeraden in de eerste periode het basis EMDR-protocol enkel toe te passen bij cliënten met enkelvoudige, geïsoleerde trauma's. Dit om vertrouwen te kunnen opbouwen in het therapieproces. In deze omstandigheden kan EMDR inderdaad verrassend snelle veranderingen teweegbrengen.

Zelfs indien de beginnende EMDR-therapeut met nieuwe cliënten aan de slag gaat, kunnen soms zeer bezwarende, maar enkelvoudige trauma's, heel snel worden verwerkt, zonder een langdurige relatieopbouw. Bij enkelvoudige, geïsoleerde trauma's (auto-ongeval, bankoverval, verkrachting in het park) is het inderdaad niet de therapeutische relatie die mensen geneest van PTSD, maar de methode die wordt gebruikt.

Vanuit formeel, didactisch oogpunt niets dan lof over dit boek. De auteurs hebben zich over de methode in al haar details gebogen en voegen op basis van hun jarenlange ervaring nieuwe informatie en tips toe, die niet in de oorspronkelijke publicaties van Shapiro vervat zaten. Ik heb echter een duidelijk kader gemist voor het gebruik van EMDR bij complex trauma, waar door de auteurs bitter weinig wordt op ingegaan. Het boek loopt daardoor het gevaar de indruk te geven dat EMDR eenvoudig en magisch snel succesvol is. Het bevat bijna enkel voorbeelden van het gebruik van EMDR bij type-1 trauma. Hoewel het niet het opzet van het boek was, creëert deze publicatie hierdoor een onvolledig beeld van het gebruik van EMDR bij trauma. Op dit punt bewijst men de methode geen dienst omdat de critici zich juist op dit "poneren van het magische" hebben gefocust. En bij complex trauma werkt EMDR helemaal niet zo magisch! In het licht van de fases van de trauma-arbeid, zoals beschreven door Janet (Janet, 1925), hebben de auteurs zich geconcentreerd op het gebruik van EMDR in de fase van de traumaconfrontatie. Bij slachtoffers

van langdurig en ernstig seksueel, fysisch of emotioneel misbruik besteedt de EMDR-therapeut veel meer aandacht aan de voorafgaande fase van de stabilisatie. De cliënt dient degelijk te worden voorbereid op de traumaconfrontatie. Traumaconfrontatie met een niet stabiele patiënt is om problemen vragen. Hier wordt het onderscheid gemaakt tussen iemand die EMDR toepast als techniek versus een traumatherapeut die EMDR aanwendt in de verschillende fases van de trauma-arbeid. Lezers moeten na het lezen van dit EMDR-hoe-doe-je-het-boek dit onderscheid goed beseffen. Het werken met complex trauma is niet eenvoudig. Ernstig seksueel misbruik, mishandeling of verwaarlozing in de kindertijd vragen een totaal andere benadering dan een man van 37 die na een auto-ongeval geplaagd wordt door intrusieve beelden en niet meer durft te rijden. Over de EMDR-technieken of werkwijzen bij complexe trauma's maken De Jongh en Ten Broeke in dit boek geen melding.

Het boek bevat een mooi overzicht en een bespreking van de stand van het wetenschappelijk onderzoek naar EMDR. De auteurs doen dit op een zeer nuchtere, beknopte en duidelijke manier. De resultaten spreken voor zich: EMDR werkt en werkt beter en sneller dan andere therapieën. Na jaren van kritiek moet de verleiding nochtans groot zijn geweest om gewapend met het wetenschappelijk onderzoek de EMDR-critici een veeg uit de pan te geven. Het siert de auteurs dat zij dat niet hebben gedaan en een puur wetenschappelijke positie hebben ingenomen.

Nochtans is wetenschap niet altijd zo mooi. Aan de universiteiten wordt ons de liefde voor het wetenschappelijke model bijgebracht. Het klinkt allemaal heel mooi: onze kennis is voortdurend in beweging door het vormen en toetsen van hypothesen, die we uitgaande van onze theorievorming ontwikkelen. Als we dat wetenschappelijk onderzoek maar op de juiste manier voeren en daarbij rekening houden met alle regels qua statistiek en degelijk onderzoeksopzet, kunnen significantieniveaus ons aangeven of onze hypothesen "meer dan toevallig waarschijnlijk" juist zijn.

In de praktijk gaat het ietwat anders. Daar worden onderzoeksopzetten die gevoerd zijn volgens de regels van de kunst, maar ongewenste resultaten opleveren, van publicatie geweerd. Het sleutelconcept hierbij is "wiens belangen worden er gediend?" In de VS is *evidence-based* therapie vandaag de dag het toverwoord

bij uitstek bij de verdeling van de fondsen binnen de gezondheidszorg. Hier spelen uiteraard niet enkel wetenschappelijke belangen, maar vooral financiële motivaties.

Het therapieconcept dat Shapiro introduceerde, leek aanvankelijk te gek om los te lopen. Onderzoek bevestigde echter snel de positieve klinische resultaten. Uiteraard waren er mensen die dit liever niet zagen gebeuren. Toen de effectiviteit van de methode niet meer kon worden betwijfeld, haalde men andere dingen uit de truckendoos om EMDR een negatief aura te bezorgen. Sommige artikelen leken meer op persoonlijke smearcampagnes tegen de grondlegster, dan dat ze wetenschappelijke waarde hadden (McNally, 1999). Of men citeert onderzoek dat slechte resultaten geeft voor EMDR, maar niet voldoet aan criteria voor degelijk wetenschappelijk onderzoek (Devilley & Spence, 1999). Of men vergelijkt EMDR met exposure en “vergeet” bijvoorbeeld te vermelden dat naast 8 uur therapie in beide condities, de exposure-groep bijkomend nog 56 uur exposure kreeg in de vorm van huiswerkopdrachten (Taylor, Thordarson, Maxfield, Fedoroff, Lovell & Ogrodniczuk, 2003). Natuurlijk zijn niet alle studies in het voordeel van EMDR, zeker niet waar het gaat om het werkzame bestanddeel van de therapie. Er zijn nog onvoldoende componentanalyses om de waarde van de oogbewegingen of de overige bilaterale stimulatie te bevestigen of te ontkennen.

Ondertussen is duidelijk gebleken is dat EMDR effectief is (Van Etten and Taylor, 1998). De laatste jaren wordt EMDR in een aantal studies vergeleken met gedragstherapeutische technieken voor traumabehandeling (Ironson, Freund, Strauss & Williams, 2002; Lee, Gavriel, Drummond, Richards & Greenwald, 2002; Power, McGoldrick, Brown, Buchanan, Sharp, Swanson & Karatzias, 2002). De tendens die zich duidelijk aftekent, is dat EMDR en gedragstherapie beide even effectief zijn, maar dat EMDR efficiënter is. De behandelingsduur is korter, de drop-out is lager. Dit laat vermoeden dat EMDR door de cliënt beter wordt verdragen dan exposure. In een recente meta-analyse (Maxfield & Hyer, 2002) bleken de resultaten voor EMDR bovendien positiever naarmate het onderzoeksopzet meer voldeed aan de criteria voor degelijk wetenschappelijk onderzoek.

De auteurs van dit boek hebben het voordeel dat zij sterke affiniteiten hebben met het gedragstherapeutisch model. Daar waar het gevecht in het kader van *evidence-based* therapie vaak tussen EMDR en ge-

dragstherapie werd geleverd, zijn beide auteurs goed geplaatst om de overlap tussen beide aan te duiden. In het boek blijkt dan ook op verschillende momenten de bevruchting van het gedragstherapeutisch denken met EMDR. Daarnaast benadrukken de auteurs ook de eigenheid van EMDR die naast exposure nog een ander werkzaam en origineel element bevat. Misschien is het inderdaad de bilaterale stimulatie, misschien het samenbrengen van verschillende werkzame elementen uit diverse therapieën of misschien gaat het louter om de protocollaire aanpak. Verder onderzoek zal moeten aantonen wat precies het werkzame element in de EMDR-methode uitmaakt.

Shapiro, de grondlegster van de EMDR-methode, heeft het niet gemakkelijk gehad om toegang te krijgen tot het gevestigd therapeutisch establishment. Daarvoor was en is haar therapie methode te “raar”. Jammer dat het zo moest gaan, terwijl men meer en meer de therapiestromingen probeert te integreren en de verzuiling probeert af te bouwen. EMDR lijkt perfect integreerbaar te zijn binnen de verschillende stromingen. Het protocol bevat elementen van exposure, vrije associatie, cognitieve therapie, hypnotherapie, lichaamsgerichte therapie en is sterk *cliënt-centered* gericht. Therapeuten uit verschillende richtingen herkennen elementen uit hun eigen referentiekader. Dit geeft hun voldoende “excuses” om EMDR aan te leren en toe te passen in hun eigen praktijk. Shapiro noemt haar model dan ook synclectisch (afgeleid van het Griekse *syn* = samen). Dit is het gevoel dat je krijgt bij het toepassen van EMDR: vele werkzame elementen uit verschillende therapieën komen samen in één protocol.

In het laatste hoofdstuk van het boek beschrijven De Jongh en Ten Broeke de specifieke indicatiegebieden voor EMDR. Ze gaan daarbij verder dan het gebruik van EMDR bij Acute Stressstoornis of Posttraumatische Stressstoornis. Alle problematieken waarin een onverwerkt trauma een rol kan spelen, komen in aanmerking voor een behandeling met EMDR. Voorwaarde is evenwel dat er een samenhang kan worden gepostuleerd tussen de symptomen van de cliënt en een onverwerkt trauma. Dit is vaak het geval bij de zogenaamde comorbide stoornissen, zoals depressie, sociale angst, eetstoornissen, fobieën. Ook een problematiek die samenhangt met disfunctionele kernovertuigingen (vaak het gevolg van complex trauma) kan met EMDR behandeld worden.

Hiermee beschrijven de auteurs reeds de mogelijke toekomstige ontwikkelingen op het gebied van de traumabehandeling. Met het verschijnen van nieuwe en efficiënte behandeltechnieken voor psychotrauma, waarvan EMDR er slechts één is, zal in de psychotherapiewereld meer en meer worden gefocust op het traumaconcept. Dit traumaconcept was door Freud en Breuer reeds meer dan 100 jaar geleden naar voren geschoven als de etiologie van hysterie (Breuer & Freud, 1895). Vermoedelijk zal PTSD niet de enige DSM-diagnose blijven waarbij een etiologische factor wordt aangeduid.

De auteurs hadden hun boek misschien een enigszins andere titel kunnen meegeven: *Handboek EMDR: een geprotocolleerde behandeling voor de gevolgen van psychotrauma. Deel 1: Geïsoleerd, ongecompliceerd trauma*. Het werken met EMDR bij complex trauma, DESNOS en DIS-patiënten vraagt om een apart boek. De auteurs worden uitgenodigd een vervolg te schrijven voor hulpverleners die vooral in contact komen met complex getraumatiseerde cliënten.

L Literatuur

Breuer, J., & Freud, S. (1895). *Studien über Hysterie*. Vienna.

Devilley, G.J., & Spence, S.H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive behavioral trauma treatment protocol in the amelioration of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(1-2), 131-157.

Foa, E.B., Keane, T.M., & Friedman, M.J. (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.

Herbert, J., & Mueser, K. (1992). Eye movement desensitization: A critique of the evidence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23(3), 169-174.

Ironson, G.I., Freund, B., Strauss, J.L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 113-128.

Janet, P. (1925). *Psychological Healing*. Vols. 1, 2. New York: Macmillan.

Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of post-traumatic stress disorder: A comparison of stress inoculation training with prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1071-1089.

Maxfield, L., & Hyer, L.A. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23-41.

McNally, R. (1999). EMDR and Mesmerism: A comparative historical analysis. *Journal of anxiety disorders*, 13, 225-236.

Power, K., McGoldrick, T., Brown, K.W., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V., & Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring, versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299-318.

Taylor, S., Thordarson, D.S., Maxfield, L., Fedoroff, I.C., Lovell, K., & Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-338.

Van Etten, M., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.

P Personalia

Ludwig Cornil is als klinisch psycholoog-traumatheapeut werkzaam op de psychologische dienst van het AZ-Groeninge in Kortrijk en heeft een zelfstandige praktijk in Eeklo.

Correspondentieadres: Zuidmoerstraat 188, 9900 Eeklo, tel. 09/377 84 33, e-mail: ludwig.cornil@pandora.be

Medicalisering van de geestelijke gezondheidszorg

Prijsvraag van het Tijdschrift voor Klinische Psychologie

Voor de zesde maal organiseert de kernredactie van het *Tijdschrift Klinische Psychologie* een prijsvraag voor Vlaamse en Nederlandse klinisch psychologen (en ook studenten). Deze prijsvraag wordt georganiseerd met de steun van de Vlaamse Vereniging voor Klinische Psychologie en de faculteiten Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Leuven, de Vrije Universiteit Brussel en de Universiteit Gent.

Het thema voor deze prijsvraag is: *Medicalisering van de geestelijke gezondheidszorg*.

In de Westerse maatschappij worden persoonlijkheidsproblemen, (ab)normale gevoelens of moeilijkheden zoals angst, depressie, distress, hyperactiviteit, ... – terecht of onterecht? – als ziekte of als stoornissen beschouwd. De behandeling is in eerste instantie en soms exclusief medisch. Gedrag, cognities, emoties en percepties die ongewoon zijn of vreemd horen blijkbaar niet thuis in een mensvisie waarin gestreefd wordt naar gezondheid en geluk. Dit kan een illusie zijn. Veel menselijke problemen worden “gebiologiseerd”. Ook psychologen nemen in hun diagnostiek en behandelingen de terminologie en de routines van een eng medisch denken over. Welke positie neemt u als klinisch psycholoog in? Welke reactie roepen deze beweringen bij u op?

Inhoudelijk kunnen inzendingen handelen over ervaringen, eigen inzichten vanuit praktijk en onderzoek, de samenwerking met andere disciplines, opleidingsvereisten, beleidskwesties, reflecties over mogelijkheden en moeilijkheden in praktijk, opinies over nieuwe ontwikkelingen, ...

De ingezonden teksten hebben een omvang van minimum 2.500 en maximum 3.500 woorden. De vorm is vrij: het kan gaan om een essay, een genuanceerde opiniebijdrage, een wetenschappelijk artikel, de weergave van een praktijkonderzoek, een casusbespreking, ...

Aan de prijsvraag worden twee geldprijzen verbonden. De eerste prijs bedraagt 750 euro en de tweede prijs 250 euro. Daarnaast kunnen inzendingen een eervolle vermelding krijgen. De winnende bijdragen worden gepubliceerd in het *Tijdschrift Klinische Psychologie*. De kernredactie van het *Tijdschrift Klinische Psychologie* fungeert als jury.

Manuscripten worden in Word-formaat voor 1 juni 2005 per e-mail verzonden naar de hoofdredacteur van het Tijdschrift op het adres: johan.vereycken@mil.be en tevens naar het redactiesecretariaat: vicky.heyvaert@skynet.be. U ontvangt een bevestiging van ontvangst.

