

Controversie rondom EMDR
Een literatuuronderzoek naar de effectiviteit van EMDR

Sanne Heijmans

Bachelorthesis
Universiteit van Tilburg
Faculteit der Sociale Wetenschappen
Departement Psychologie en Gezondheid
Begeleider: S. Brouwers

Abstract

Over de effectiviteit van EMDR bestaat veel controverse. Deze thesis bevat een kritisch overzicht van de literatuur met betrekking tot de effectiviteit van EMDR. Er wordt gekeken naar de procedure die EMDR handhaaft en er worden mogelijke verklaringen gegeven voor de werking van EMDR. Vervolgens wordt de effectiviteit van EMDR onderzocht bij verschillende soorten aandoeningen en vergeleken met andere behandelingsvormen. Onderzoek laat zien dat EMDR effectief is bij de behandeling van PTSS. Ook bij fobieën is EMDR gedeeltelijk effectief. Hier wordt echter voornamelijk een afname geconstateerd op cognitief niveau en niet gedragsmatig. In vergelijking met cognitieve gedragstherapie lijkt EMDR evenredig effectief te zijn. Wanneer EMDR echter vergeleken wordt met exposure therapieën is het niet geheel duidelijk welke behandelingsvorm het meest effectief is. Exposure therapie is effectiever in de afname van herbeleving en vermijdingsgedrag, maar EMDR gaat efficiënter te werk. In de discussie worden vervolgens aanbevelingen gegeven voor toekomstig onderzoek.

Abstract

There is a lot of controversy about the effectiveness of EMDR. This thesis consists of a critical overview of the literature concerning the effectiveness of EMDR. First this thesis will look at the procedure that EMDR maintains and possible explanations for how EMDR works will be given. Next the effectiveness of EMDR will be researched to see if it differs between the different diseases. EMDR will also be compared to other treatments. Research shows that EMDR is an effective treatment when treating PTSD. When treating phobias, EMDR is partly effective. The effectiveness here is mainly a decrease on a cognitive level and not a behavioural one. In comparison to CBT EMDR seems to be equally effective. But when we compare EMDR to exposure treatment it is not fully clear which treatment is the most effective. Exposure therapy is more effective when it comes to a decrease in reliving and avoidance, but EMDR has a greater efficiency. At last there will be given recommendations for future research.

Controversie rondom EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing, afgekort EMDR, werd ontwikkeld in 1987 door Francine Shapiro. Het betreft een gestructureerde en geprotocolleerde vorm van psychotherapie, die tot doel heeft de verwerking van identificeerbare traumatische ervaringen te faciliteren. Hierdoor wordt beïnvloeding mogelijk van symptomen die zijn ontstaan als gevolg van deze traumatische herinneringen (Beer & De Roos, 2003). Er zijn nog veel vragen over de effectiviteit van EMDR bij volwassenen en kinderen. EMDR is een behandelingsprocedure die van begin af aan tot veel controversie leidden, vooral over de bijdrage van het 'eye movement' component aan de effectiviteit van de behandeling. Het in kaart brengen van wordt relevant geacht voor toekomstige behandelingen met EMDR.

De procedure van EMDR houdt in dat de cliënt zich concentreert op een herinnering aan een akelige ervaring uit het verleden. Dit leidt tot beelden, cognities, emoties en lichamelijke sensaties. Aan deze inwendig gerichte concentratie wordt vervolgens een externe afleidende stimulus of taak gekoppeld. De meest bekende variant is de cliënt te vragen om met de ogen de hand van de therapeut te volgen. In plaats van oogbewegingen kunnen ook andere stimuli of taken gebruikt worden, zoals geluidstonen via een koptelefoon of het 'tappen' op handen (Beer & De Roos, 2003). Mogelijke verklaringen voor de werking van deze therapie worden nog onderzocht.

Oorspronkelijk was EMDR gericht op de behandeling van trauma's, trauma gerelateerde klachten en Post Traumatische Stress Stoornis. PTSS is een stoornis die ontstaat in reactie op een psychologisch traumatische gebeurtenis. Symptomen zijn: a) herbeleving van de traumatische gebeurtenis: dromen, nachtmerries, flashbacks en herinneringen die met de gebeurtenis te maken hebben; b) aanhoudend vermijden van prikkels, zoals gedachten, gevoelens, activiteiten en plaatsen die bij het trauma hoorden; c) verminderde responsiviteit d) toegenomen angst en schaamte. Wanneer deze symptomen langer dan een maand stand houden spreekt men van PTSS (Comer, 2005). Uit de literatuur is gebleken dat kinderen verschillen van volwassenen in hun uitingsvormen van PTSS. Zo blijkt dat kinderen geen flashbacks ervaren maar het trauma eerder herbeleven in nachtmerries. Ook worden herinneringen aan het trauma eerder geuit in spel en het naspelen van het trauma. Het wordt dus relevant geacht om bij onderzoek naar de effectiviteit van EMDR een onderscheid te maken tussen kinderen en volwassenen.

Recent vind er een verschuiving plaats in het gebruik van EMDR. Was vroeger alleen trauma de focus, nu zijn fobieën en angst ook een onderdeel van EMDR. Men spreekt van een fobie wanneer er sprake is van: a) aanhoudende, onrealistische angst voor een specifiek(e)

object of situatie; b) onmiddellijke angst wanneer men blootgesteld wordt aan het object of situatie; c) erkenning dat de angst onrealistisch is d) vermijding van het gevreesde object of situatie. Wanneer deze symptomen langer dan 6 maanden stand houden spreekt men van een fobie (Comer, 2005).

Om de effectiviteit van een behandelingstherapie vast te stellen wordt deze altijd vergeleken met andere behandelingstherapieën. Zo is een veelgebruikte therapie bij de behandeling van PTSS en fobieën de cognitieve-gedrags therapie (CBT). Deze therapie leert mensen te begrijpen hoe ‘denken’ bijdraagt aan angstgevoelens en hoe ze deze gedachtes kunnen aanpassen om zo angst te verminderen (Mash & Wolfe, 2005). Een andere therapie, die ook veelvuldig wordt gebruikt, is ‘exposure’, wat inhoudt dat de cliënt wordt blootgesteld aan hetgeen wat hem angst aanjaagt. Tijdens dit gebeuren worden aan de cliënt manieren van coping aangeboden, anders dan vermijden en vluchten. Het blootstellen kan op twee manieren, namelijk ‘in vivo’ of via de computer (Mash & Wolfe, 2005). Andere mogelijke therapieën zijn hypnotherapie, relaxatie therapie en psychotherapie. De bewezen effectiviteit van deze therapieën is echter minimaal vergeleken bij cognitieve gedragstherapie en ‘exposure’ therapie (Seidler & Wagner, 2006).

De hoofdvraag van deze thesis luidt: ‘Wat is de effectiviteit van EMDR bij kinderen en volwassenen?’ Allereerst zal er gekeken worden naar de procedure die EMDR handhaaft en worden de mogelijke verklaringen voor de werking van EMDR gegeven. Vervolgens wordt er een onderscheid gemaakt tussen de verschillende type aandoeningen. Voor welke aandoening is EMDR een effectieve behandelingsmethode? Als laatste wordt de effectiviteit van EMDR vergeleken met andere therapieën zoals cognitieve gedragstherapie en ‘exposure’ therapie. In de discussie worden aanbevelingen gegeven voor toekomstig onderzoek.

Methode

Tabel 1 geeft een overzicht weer van de catalogi waarin literatuur is gezocht en de trefwoorden die daarbij gebruikt zijn. Gezocht werd op trefwoorden die betrekking hebben op het onderwerp van de thesis, namelijk Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

Resultaten

In deze resultatensectie zal worden gekeken naar de drie elementen van deze thesis. Ze komen één voor één aan bod. Ten eerste zal er gekeken worden naar de procedure van EMDR en zullen mogelijke verklaringen worden gegeven voor de werking. Ten tweede wordt er

Tabel 1: Resultaten literatuur zoeken

Soort Catalogus	Trefwoorden in titel	Aantal gevonden	Aantal gebruikt
Online Contents tijdschriftartikelen UvT	EMDR	32	6
Online Contents boekartikelen UvT	EMDR	0	n.v.t.
Tijdschriftencatalogus UvT	EMDR	0	n.v.t.
Boeken catalogus UvT	EMDR	0	n.v.t.
PsycInfo (WebSpirs interface)	EMDR	610	7
	EMDR <i>and</i> PTSD	272	10
	EMDR <i>and</i> phobia	24	3
	EMDR <i>and</i> effective	144	1
	EMDR <i>and</i> trauma	280	2
Totaal		1362	29

gekeken naar de effectiviteit van EMDR bij de behandeling van verschillende type aandoeningen. Als laatste wordt EMDR vergeleken met andere type behandelingen.

Procedure Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EMDR bestaat uit 8 fases, waarbij fases 3 tot en met 8 regelmatig worden herhaald. Fase 1 omvat een zorgvuldige anamnese, zoals dat in elke psychotherapeutische behandeling het geval is. Fase 2, de voorbereidingsfase, is bedoeld om een therapeutische relatie te doen ontstaan. Ook worden reële verwachtingen gesteld en wordt de cliënt onderwezen over zijn/haar symptomen. Het doornemen van de traumatische gebeurtenis begint gedurende de derde fase. Er wordt gekeken naar de sensorische, cognitieve en affectieve componenten van de traumatische herinnering. De cliënt beschrijft hier het visuele beeld dat het meest levendig en afstotend is. Daarna wordt gekeken naar welk irrationeel negatief beeld dit bij de cliënt oproept (zoals: 'Ik ben een mislukkeling') en hier tegenover een gewenst positief beeld te formuleren (zoals: 'Ik kan slagen'). De cliënt beoordeelt dan dit positieve beeld in combinatie met de traumatische herinnering aan de hand van de Validity of Cognition (VOC) schaal, waarbij 1 staat voor 'voelt helemaal onwaar' en 7 voor 'voelt helemaal waar'. De cliënt combineert dan het visuele beeld met het negatieve zelfbeeld; dit activeert de herinneringen en leidt vaak tot sterke emoties. Vervolgens beoordeelt de cliënt deze emoties op de

Subjective Unit of Disturbance (SUD) schaal, waarbij 0 ‘neutraal’ is en 10 ‘zeer verontrustend’. In fase 4 is er sprake van een afwisselende, bilaterale, aandachtsfocus, meestal met behulp van oogbewegingen. In het begin met een focus op het traumatisch gebeuren, daarna kan bij elke set van oogbewegingen, een ketting van vrije associaties kan ontstaan. Belangrijk is dat cliënten enkel “opmerken” wat ze ervaren. Dit reprocessing gaat door totdat het storend gevoel, zoals gemeten op “SUDS”-schaal, nog slechts 0 of 1 aangeeft. Op dit punt kan overgegaan worden tot fase 5. Fase 5, de installatiefase, heeft te maken met het versterken van het positieve beeld, dat in fase 3 was verkregen. In fase 6, is er een mentaal aftasten van het lichaam, waarbij de cliënt op zoek gaat naar eventuele overblijvende storende gevoelens. Deze fase wordt gevolgd door fase 7, de fase van het afsluiten, en fase 8, de reëvaluatiefase, waarbij men bijkomende doelen gaat bekijken en de evolutie gaat evalueren (Shapiro & Maxfield, 2002). Bij de behandeling van fobieën wordt het protocol wat uitgebreid. Dit bevat de traumatische herinnering een verleden, heden en toekomst aspect. Dit bevat de volgende drie stappen: a) verminderen van de stress van een of meer oude herinneringen b) het deconditioneren van de angst respons op het gevreesde object c) voorbereiden van de patiënt op toekomstige confrontaties met de geconditioneerde stimuli (Jongh et al, 2002).

Mogelijke verklaringen voor EMDR

Een eenduidige verklaring voor de werking van EMDR is tot nu toe nog niet gevonden. Aanvankelijk vermoedde Shapiro dat er sprake is van desensitisatie door exposure. De naam van de methode luidde oorspronkelijk dan ook EMD (Eye Movement Desensitization). Exposure maakt echter een klein onderdeel uit van de procedure en vindt voornamelijk plaats tijdens de activering van het geheugen-netwerk. Bovendien treden effecten veel sneller op dan bij exposure gebruikelijk is. Bij exposure wordt verondersteld dat vermindering van de angst plaatsvindt door habituatie. Bij EMDR echter wordt de herinnering beschouwd vanuit het hier en nu, dus met afstand. De procedure richt zich op de reacties die de herinnering nu oproept (Beer & De Roos, 2004). Ook het steeds kort bloot stellen aan de traumatische herinnering staat in scherp contrast met het minimum van 25 tot 100 minuten onafgebroken wat wordt aanbevolen voor exposure therapieën (Perkins & Rouanzoin, 2002). De exposure-hypothese werd dan ook spoedig vervangen door een theoretisch model van adaptieve informatieverwerking: ‘reprocessing’.

Een andere verklaring is het informatieverwerkingsmodel waar men uitgaat van de aanname dat ons zenuwstelsel beschikt over een fysiologisch systeem, waarin nieuwe informatie wordt verwerkt tot een adaptief niveau. Informatie wordt opgeslagen in

Tabel 2: De 8 fases van EMDR (Beer & De Roos, 2004)

1. Vaststellen van het actueel meest dramatische beeld van de te behandelen traumatische herinnering ('target').
2. Met dit beeld in gedachten formuleren van een negatieve, disfunctionele cognitie (NC).
3. Formuleren van een positieve, functionele cognitie (PC) en vaststellen van de geloofwaardigheid van deze PC op een zevenpuntsschaal, 'Validity Of Cognition' (VOC).
4. Vaststellen van de emotie die het beeld en de NC opwekken. Bepalen van de spanning die deze combinatie oproept op een tienpuntsschaal, 'Subjective Units of Disturbance' (SUD), en het lokaliseren van de plaats van de daarmee verbonden lichamelijke sensaties.
5. Richten van de aandacht op het herinneringsbeeld, de NC en de bijbehorende lichamelijke sensaties. Daarna het toevoegen van externe stimuli, bijvoorbeeld het met de ogen volgen van de vingers van de therapeut. Elke nieuwe associatie (beeld, geluid, gevoel) vormt de basis voor een volgende serie. Van tijd tot tijd wordt de mate van spanning die het beeld (nog) oproept geëvalueerd (desensitisatiefase).
6. Als de spanning voldoende is gedaald (0-1), associëren van het beeld met de PC door nieuwe oogbewegingen uit te voeren. Dit net zo lang herhalen totdat de VOC een waarde van 7 heeft bereikt (installatiefase).
7. Checken of ergens in het lichaam nog spanning aanwezig is. Zo nodig voortzetten van desensitatie ('body scan').
8. Afsluiting.

geheugennetwerken met gerelateerde gedachten, beelden, emoties en sensaties en er bestaan verbindingen tussen geassocieerde netwerken. Adaptieve verwerking vindt plaats wanneer verbindingen gelegd worden met eerder opgeslagen materiaal, waardoor de betrokkene kan leren van een ervaring en de bijbehorende emotionele stress vermindert. Bij een disfunctionele verwerking van binnenkomende informatie ontstaan die noodzakelijke verbindingen niet. Dit leidt ertoe dat de oorspronkelijke waarnemingen (beelden, gedachten, emoties en sensaties) opgeslagen blijven in toestandsspecifieke vorm, en als zodanig ook ervaren blijven worden. Men veronderstelt dat bij een traumatische ervaring de functionele capaciteit van het informatieverwerkingssysteem overweldigd wordt en uit balans raakt, en daardoor het totaal aan informatie niet geïntegreerd kan opslaan in het geheugen (Shapiro, 2001). Uit SPECT scan onderzoeken bij getraumatiseerde cliënten blijkt dat bij confrontatie met een traumatische herinnering voor behandeling vooral de rechterhemisfeer actief is, en bepaalde gedeeltes van de linkerhemisfeer niet, in het bijzonder het gebied van Broca en de cyngulus anterior. Na behandeling blijken deze beide gebieden van de linkerhemisfeer ook geactiveerd te zijn geraakt. Blijkbaar helpt de beschikking krijgen over woorden, vooral die

met een functionele betekenis, de ervaring te integreren, waardoor deze niet meer alleen lichamelijk en emotioneel wordt ervaren.

Een andere mogelijke verklaring door Shapiro zelf aangedragen is het idee dat de snelle oogbewegingen de REM slaap nabootsen. Stickgold (2002) heeft dit onderzocht en geeft als verklaring dat het herhaalde herrichten van de aandacht in EMDR leidt tot een neurobiologische staat die gelijk is aan de REM slaap. De REM slaap wordt gezien als een systeem dat helpt bij de corticale integratie van traumatische herinneringen. De oogbewegingen bootsen de REM slaap na en leiden daardoor tot een afname in de sterkte van de episodische herinneringen en in een afname van negatieve gevoelens.

Type aandoening

EMDR wordt gebruikt voor een diversiteit aan angststoornissen, zoals posttraumatische stress stoornis (PTSS), paniekstoornis, traumatische herinneringen en fobieën. In dit gedeelte wordt gekeken naar de effectiviteit van EMDR bij de behandeling van verschillende aandoeningen.

Posttraumatische stress stoornis. Sinds het ontstaan van EMDR is er veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van EMDR bij de behandeling van PTSS. De onderzoeksresultaten verschillen per studie.

Konuk et al (2006) onderzochten de effecten van EMDR op PTSS bij overlevenden van de aardbeving in Marmara, Turkije. Het betreft een field studie waarbij 41 participanten gemiddeld 5 sessies van 90 minuten EMDR ondergingen. PTSS werd gediagnosticeerd aan de hand van een zelfrapport versie van de PSS-SR, een gestructureerd interview voor PTSS. Deze vragenlijst werd gegeven tijdens het intake gesprek (prebehandeling meting), onmiddellijk na de laatste therapie sessie (postbehandeling meting) en bij de follow-up die 6 maanden na de laatste therapiesessie werd gegeven. De resultaten laten zien dat EMDR effectief is in de behandeling van PTSD in een groep van natuurramp overlevenden en dat deze effecten worden gehandhaafd. Dit ondanks er geen controle groep is en dus ook geen random toewijzing.

Een andere field studie heeft gekeken naar de effecten van EMDR op natuurramp gerelateerde PTSS bij basisschoolkinderen (Chemtob et al, 2002). Participanten waren 32 kinderen die voldeden aan de criteria van PTSS nadat ze 3 jaar eerder een aardbeving hadden overleefd. Ze ondergingen 3 sessies EMDR. De Children's Reaction Inventory (CRI) werd gebruikt om de effecten van de behandeling van PTSS te inventariseren. Vervolgens werd ook

nog gebruik gemaakt van de Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) en de Children's Depression Inventory (CDI) om symptomen die geassocieerd worden met PTSS te meten. Behandeling resulteerde in substantiële vermindering van de CRI scores en in significante vermindering in RCMAS en CDI scores. Zwakke punten van dit onderzoek zijn echter dat er niet gecontroleerd wordt voor eventuele placebo effecten en het dus niet zeker is of de effecten niet simpelweg behaald zijn doordat de kinderen aandacht kregen.

Vele studies naar de effectiviteit van EMDR zijn bekritiseerd aan de hand van een paar punten, namelijk; een kleine steekproef, beperkte of atypische populaties, zaken wat betreft behandelingsintegriteit. Het onderzoek van Wilson et al (1995) heeft echter met al deze zaken rekening gehouden. Het onderzoek richt zich op de effecten van EMDR op traumatische herinneringen en psychologische symptomen. Een traumatische herinnering werd gedefinieerd als een herinnering aan een stressvolle gebeurtenis die ervoor zorgt dat het individu last heeft van PTSS symptomen. Een grotere en meer heterogene steekproef werd gebruikt (N=80) en participanten werden random toegewezen aan de behandelingsconditie of de controle conditie. De trauma's varieerden van mishandeling, seksueel misbruik tot verlies van een geliefde en een relatiecrisis. Pre en postbehandeling evaluaties werden uitgevoerd door onafhankelijke beoordeelaars. En participanten ondergingen geen andere therapieën tijdens de EMDR behandeling. De resultaten laten zien dat EMDR effectief is in het verminderen van symptomen en angst behorende bij traumatische herinneringen en effectief is bij het vermeerderen van positieve cognities. De effecten hielden stand tot 90 dagen na de behandeling.

Maxfield en Hyer (2002) hebben onderzocht of verschillen in resultaten te maken hebben met methodische factoren door te kijken naar verschillen in design. Hierbij maakten ze gebruik van 12 gecontroleerde studies die de effectiviteit van EMDR hebben onderzocht. Berekend werd de effect grootte en de Gold Standard (GS) schaal. De resultaten indiceren een significante correlatie tussen methodiek en uitkomsten. In tabel 3 is te zien dat de studies over het algemeen een afname in de PTSS diagnose van 60-90% na 3 tot 8 sessies rapporteerden (Shapiro & Maxfield, 2002).

Fobie. Epidemiologische studies die de prevalentie van fobieën hebben onderzocht kwamen tot de conclusie dat fobieën opvallend veel voorkomen in de algehele bevolking. Het is zelfs zo dat specifieke fobieën meer voorkomen dan iedere andere groep psychiatrische stoornissen. Het is dus van belang dat er een goede behandeling voor is. Studies naar de

Tabel 3: Resultaten Maxfield & Hyer.

		Mean Pre-Post Effect Size (SD)		
	N	EMDR	Control	Reported Decrease in PTSD Diagnosis After EMDR
Studies with scores above the mean of the GS Scale	9	1.57 (.50)	0.70 (.47)	61–90%
Studies with scores below the mean of the GS Scale	3	0.21 (.64)	0.27 (1.43)	36%

effectiviteit van EMDR bij de behandeling van fobieën laten echter tegenstrijdige resultaten zien.

In een onderzoek van Jongh et al (2002) zijn er drie case studies uitgevoerd om te kijken naar de effectiviteit van EMDR bij behandeling van een specifieke fobie, namelijk tandartsfobie. Participanten waren vier patiënten met tandartsfobie. Alle drie kregen ter behandeling van hun fobie enkele sessies EMDR (het aantal verschilde per participant). Behandelingseffecten werden geëvalueerd aan de hand van SUD schalen, gestandaardiseerde metingen en gedragstesten, namelijk de DAS en IES. De DAS is een betrouwbare, gevalideerde 4 item schaal die bedoeld om tandartsfobie te meten. De IES is bedoeld om vermijdingsreacties te meten. Na behandeling was er voor alledrie de patiënten een duidelijk afname op de SUD schaal. De DAS en IES scores toonden hetzelfde effect. Na 6 weken bleek dat de effecten behouden waren. Een zwak punt van dit onderzoek is dat de specifieke fobie in dit onderzoek bij alledrie de patiënten ontstaan was door een traumatische ervaring. De resultaten kunnen dus niet gegeneraliseerd worden naar fobieën waar dit niet het geval is.

Muris et al (1996) onderzochte de effectiviteit van EMDR in vergelijking met exposure therapie bij de behandeling van een specifieke fobie. 26 kinderen die leden aan een spinnenfobie participeerden aan het onderzoek. Het onderzoek werd opgedeeld in twee behandelingsfasen. Gedurende de eerste fase werden de kinderen random toegewezen aan de verschillende onderzoekscondities. Deze bestonden uit a) een groep die EMDR ontving (n=9) b) een groep die exposure in vivo ontving (n=9) c) een groep die exposure per computer (n=8) ontving. Daarna volgde de tweede fase waarbij alle groepen nog een exposure in vivo

behandeling kregen. Metingen werden verricht voor de behandelingen, na behandeling 1 en na behandeling 2 en bestonden uit een zelf rapportage over angst en een meting over vermijdingsgedrag (BAT). EMDR zorgde voor een significante afname van scores op de zelfrapportage van angst. Ook exposure in vivo zorgde voor een significante afname van de zelfrapportage maar behaalde ook een significante afname van scores op de BAT. Exposure per computer zorgde voor geen significante verbeteringen. Geconcludeerd kan worden dat exposure in vivo de beste therapie is voor de behandeling van specifieke fobieën bij kinderen.

In een ander artikel van Muris & Merkelbach (1998) bekritisieren deze het feit dat in de huidige literatuur wordt aangenomen dat EMDR een effectieve behandeling zou kunnen zijn voor specifieke fobieën. Weliswaar wordt in de meeste studies naar de effectiviteit van EMDR bij de behandeling van specifieke fobieën een significante afname gevonden van zelfgerapporteerde angst, maar deze studies hebben echter geen significante afname op gedragsniveau kunnen bewerkstelligen. Exposure in vivo behaalt dit wel.

Type behandeling

De effectiviteit van een therapie wordt vaak beoordeeld aan de hand van vergelijkingen met andere therapieën. In dit gedeelte wordt gekeken naar de effectiviteit van EMDR in vergelijking met cognitieve gedragstherapie, exposure.

Cognitieve gedragstherapie. EMDR en cognitieve gedragstherapie worden beide gebruikt bij de behandeling van PTSD. Er wordt echter gediscussieerd over de voordelen van de ene behandeling over de andere. In een onderzoek van Jaberghaderi et al (2004) is de effectiviteit van EMDR vergeleken met de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij behandeling van seksueel misbruikte Iranese meisjes. De meisjes (n=14) werden random toegewezen aan een van de twee onderzoekscondities. In de ene conditie ontvingen de participanten 12 sessies EMDR, in de andere conditie 12 sessies cognitieve gedragstherapie. Metingen van post traumatische stress symptomen en gedragingen werden voor de behandeling afgenomen en twee weken na de laatste sessie. Beide behandelingen zorgden voor een significant groot effect op de post traumatische stress symptomen en een gemiddeld effect op gedragsniveau. Deze bevindingen suggereren dat de effectiviteit van EMDR en cognitieve gedragstherapie nagenoeg gelijk is. Deze studie heeft echter wel beperkingen door een kleine steekproef en de afwezigheid van een 'geen behandelingsconditie'.

Seidler & Wagner (2006) hebben EMDR en cognitieve gedragstherapie met elkaar vergeleken in een meta-analyse. 7 studies werden meta-analytisch onderzocht om te kijken of

de ene therapie superieur is aan de ander. Dit kon echter niet worden aangetoond. De beide therapieën blijken gelijk te zijn wat betreft effectiviteit.

Exposure. In het onderzoek van Taylor et al (2003) worden 3 therapieën met elkaar vergeleken namelijk; EMDR, exposure en relaxatie therapie. Aan het onderzoek deden 45 participanten mee die alle voldeden aan PTSS. Gekeken werd naar effectiviteit, efficiency, snelheid en de prevalentie van symptoom verergering. Alle drie de behandelingen zorgden voor een vermindering van de PTSS symptomen. Ook verschilden de drie behandelingen niet in de prevalentie van symptoom verergering. Exposure therapie bleek in vergelijking met EMDR en relaxatietherapie het meest effectief te zijn wat betreft het verminderen van herbeleven en vermijdingsgedrag.

Rothbaum et al (2005) hebben in hun onderzoek prolonged exposure en EMDR vergeleken met een controle groep die geen behandeling ontvingen. Participanten waren 74 vrouwen die leden aan PTSS nadat zij het slachtoffer waren geworden van verkrachting. Uit deze studie blijkt dat prolonged exposure en EMDR een klinische en statistisch significante verbetering teweeg brengen in de PTSS symptomen. Deze resultaten bleven behouden bij de nabehandeling 6 maanden later. Het onderzoek is methodisch sterk; duidelijk gedefinieerde symptomen, betrouwbare en valide metingen en een herhaalbaar, specifiek behandelingsprogramma.

Ironson et al (2002) vergeleken in een pilot studie EMDR met prolonged exposure bij de behandeling van PTSS. Data werden geanalyseerd voor 22 patiënten (voornamelijk verkrachting en misdaad slachtoffers) die op zijn minst een actieve sessie hadden afgerond na drie voorbereidende sessies. Resultaten laten zien dat beide behandelingen zorgden voor een afname in PTSS en depressie symptomen. Deze resultaten bleven gehandhaafd bij de follow-up drie maanden later. Een duidelijk verschil tussen de twee behandelingsvormen ligt echter bij de efficiëntie. Een succesvolle behandeling was sneller met EMDR; 7 van de 10 mensen die behandeld werden met EMDR hadden een 70% reductie na in PTSS symptomen na drie sessies in vergelijking tot 2 van de 12 mensen die behandeld werden met prolonged exposure.

Discussie

Het doel van deze bachelorthesis is om duidelijkheid te creëren omtrent de effectiviteit van EMDR. Over het algemeen komt uit de onderzoeken naar voren dat EMDR een effectieve behandelingsmethode is voor PTSS. De verschillen tussen resultaten zijn vaak gebaseerd op methodische factoren. Het onderzoek van Wilson et al (1995) is echter een goed opgezet

onderzoek waaruit de effectiviteit van EMDR bij de behandeling van PTSS blijkt. Ook het onderzoek van Maxfield & Hyer (2002) bevestigt dat de verschillen in resultaten te maken hebben met methodische factoren.

Verder lijkt het erop dat het voor de effectiviteit van EMDR niet uitmaakt om wat voor een trauma het gaat. Resultaten uit het onderzoek van Wilson et al (1995) laten zien dat EMDR even effectief is bij verschillende trauma's. Ook lijkt het niet uit te maken of het gaat om een langdurend of kortdurend trauma, een zwaar trauma of een minder zwaar trauma en het geslacht van de participant en therapeut lijkt ook niet uit te maken. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of dit werkelijk het geval is.

Wanneer het onderzoek zich verbreed en gaat kijken naar de effectiviteit van EMDR bij fobieën blijkt dat EMDR voornamelijk effectief is als het gaat om zelfgerapporteerde angst en niet altijd gedragsmatige veranderingen weet te bewerkstelligen. Dit in tegenstelling tot 'exposure in vivo' die dit wel vaak voor elkaar krijgt. Dit roept enigszins vraagtekens op omdat bij beide behandelingsvormen sprake is van het blootstellen aan het gevreesde object. Wat ontbreekt bij EMDR dat exposure therapie wel heeft? Dit dient nader onderzocht te worden om te zien of EMDR ook een effectieve behandelingsmethode kan worden voor fobieën. Een mogelijke verklaring voor het verschil tussen EMDR en exposure zou kunnen zijn dat fobieën waar een trauma aan ten grondslag ligt beter reageren op EMDR dan fobieën die geleidelijk zijn ontstaan. Tot hier meer duidelijkheid over is blijft exposure in vivo de eerste keuze bij de behandeling van fobieën.

Nog een belangrijk discussiepunt is of het 'eye movement' component een noodzakelijk onderdeel is van de behandelingsprocedure. Wanneer dit namelijk niet het geval is zou er geen sprake zijn van een nieuwe behandelingsmethode maar van een exposure therapie. Bij beide behandelingen wordt de patiënt namelijk bloot gesteld aan de gevreesde herinnering. Dit wordt net zo lang herhaald tot er weinig tot geen angst meer is bij de herinnering. De literatuur is niet eenduidig over de noodzakelijkheid van het 'eye movement' component. Uit deze thesis blijkt echter dat wanneer we EMDR gaan vergelijken met exposure therapieën er sprake is van een evenredige effectiviteit bij fobieën waar een trauma aan ten grondslag ligt maar dat EMDR zorgt voor een grotere efficiëntie. Dit dient nader onderzocht te worden.

Wat ook in de literatuur ontbreekt is onderzoek naar de effectiviteit van EMDR bij kinderen. Er zijn wel een aantal onderzoeken, die ook in deze bachelorthesis worden aangehaald, maar dit is te weinig om een volledig beeld te kunnen schetsen. Zoals ik ook in de inleiding heb laten zien is er een verschil te zien in de uitingsvormen van PTSS. Dit kan van invloed zijn op de effectiviteit van EMDR. Toekomstig onderzoek moet zich dus niet alleen

richten op de effectiviteit en efficiëntie van EMDR, cognitieve gedragstherapie en exposure maar moet ook proberen vast te stellen welk type patiënt baat heeft bij welke behandelingsmethode.

Vervolgens acht ik het van belang om het onderzoek van EMDR te gaan verbreden naar andere, soortgelijke aandoeningen zoals paniek stoornis, chronische hoofdpijn,, fantoompijn etc. Hier zijn al onderzoeken over in de literatuur te vinden maar dit is nog lang niet genoeg om een volledig beeld te kunnen schetsen. De resultaten zijn echter positief waardoor verder onderzoek noodzakelijk lijkt.

Tenslotte blijft het algehele onderzoek naar EMDR van belang. Wanneer er rekening wordt gehouden met methodologische factoren in de toekomst kan dit zorgen voor een uitbreiding van de wetenschappelijke kennis.

Literatuur

- Beer, R. & De Roos, C. (2003). EMDR bij kinderen en adolescenten; De klinische praktijk. *Kind en Adolescent*, 1, 12-18.
- Beer, R. & De Roos, C. (2004). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bij kinderen en adolescenten. *Kind en Adolescent*, 25, 38-53.
- Chemtob, C., Nakashima, J. & Carlson, J. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of clinical psychology*, 58, 99-112.
- Comer, R. (2005). *Abnormal psychology*. Worth publishers.
- De Jongh, A., van den Oord, H. & ten Broeke, E. (2002). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of specific phobia: Four single case studies on dental phobia. *Journal of clinical psychology*, 58, 1489-1503.
- Ironson, G., Freud, B., Strauss, J. & Williams, J. (2002). Comparison for two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of clinical psychology*, 58, 113-128.
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. & Dolatabadi, S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical psychology and psychotherapy*, 11, 358-368.
- Konuk, E., Knipe, J., Eke, I., Yuksuk, H., Yurtsever, A. & Ostep, S. (2006). The effect of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy on Posttraumatic Stress Disorder in survivors of the 1999 Marmara, Turkey, earthquake. *International journal of stress management*, 13, 291-308.
- Mash, E. & Wolfe, D. (2005). *Abnormal child psychology*. Wadsworth.
- Maxfield, L. & Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of clinical psychology*, 58, 23-41.
- Muris, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I. & Sijsenaar, M. (1998). Treating phobic children: Effects of EMDR versus exposure. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66, 193-19.
- Muris, P. & Merckelbach, H. (1998). Traumatic memories, eye movements, phobia and panic: A critical note on the proliferation of EMDR. *Journal of anxiety disorders*, 13, 209-223.
- Perkins, B. & Rouanzoin, C. (2002). A critical evaluation of current views regarding Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): clarifying points of confusion. *Journal of clinical psychology*, 58, 77-87.

- Rothbaum, B., Astin, M. & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of traumatic stress, 18*, 607-616.
- Seidler, G. & Wagner, F. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine, 36*, 1515-1522.
- Shapiro, F. & Maxfield, L. (2002). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of clinical psychology, 58*, 933-946.
- Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of clinical psychology, 58*, 61-75.
- Taylor, S., Thordarson, D., Maxfield, L., Fedoroff, I., Lovell, K. & Ogrodniczuk, 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.
- Wilson, S., Becker, L. & Tinker, R. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of consulting and clinical psychology, 63*, 928-937.