

HANDBOEK

EMDR bij kinderen en jongeren

Redactie:

Renée Beer en
Carlijn de Roos

D/2014/45/58 – 978 94 014 1490 6 – nur 770/848

Vormgeving omslag: Nanja Toebak, 's-Hertogenbosch

Vormgeving binnenwerk: Studio Lannoo, Tiel

Foto's deeltitelpagina's: Frederique Favreau (www.frederiquefavreau.com)

Insteekkaart en illustraties: Suus van den Akker (www.suusvandenakker.com)

© Uitgeverij Lannoo nv, Tiel, 2017

Dit boek is een uitgave van Uitgeverij LannooCampus (Houten).

LannooCampus maakt deel uit van Uitgeverij Lannoo nv.

De foto's in en op dit boek worden alleen gebruikt voor illustratieve doeleinden en hebben geen relatie met de werkelijkheid. Ieder persoon die afgebeeld wordt, is een model.

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de uitdrukkelijk bij de wet bepaalde uitzonderingen mag niets van deze uitgave worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Uitgeverij LannooCampus

p/a Papiermolen 14-24

3994 DK Houten (Nederland)

Postbus 97

3990 DB Houten (Nederland)

INHOUD

REDACTEURS EN AUTEURS	13
VOORWOORD	19
DEEL I TOEPASSING BIJ KINDEREN ALGEMEEN	27
1 UITGANGSPUNTEN	28
<i>Renée Beer en Carlijn de Roos</i>	
2 DE IMPACT VAN TRAUMA	32
<i>Renée Beer en Carlijn de Roos</i>	
2.1 Inleiding	32
2.2 Gebeurtenissen	32
2.3 Gevolgen	34
2.4 Risicofactoren en beschermende factoren	45
2.5 Prevalentie	50
2.6 Conclusie	51
3 EMPIRISCH ONDERZOEK	52
<i>Renée Beer en Carlijn de Roos</i>	
3.1 Inleiding	52
3.2 Criteria	52
3.3 Gepubliceerde onderzoeken en resultaten	54
3.4 Meta-analyse	66
3.5 Richtlijnen	67
3.6 Conclusie	68
4 INDICATIESTELLING	69
<i>Renée Beer en Carlijn de Roos</i>	
4.1 Inleiding	69
4.2 Globale indicatiegebieden	69

4.3	Specifieke stoornissen	73
4.4	Relatieve contra-indicaties	82
4.5	Timing	87
4.6	Conclusie	87
5	OUDEERS EN GEZINNEN	89
	<i>Renée Beer en Carlijn de Roos</i>	
5.1	Inleiding	89
5.2	Casusconceptualisatie	90
5.3	Rollen voor ouders	91
5.4	Behandeling van ouders	95
5.5	Het gezin	99
5.6	Keuzes	99
5.7	Conclusie	100
6	AANPASSINGEN VOOR KINDEREN VAN 4-18 JAAR	101
	<i>Renée Beer en Carlijn de Roos</i>	
6.1	Inleiding	101
6.2	Rationale voor aanpassingen	101
6.3	Aandachtsgebieden	106
6.4	Protocolaanpassingen	108
6.5	Inzet ouders	122
6.6	Conclusie	124
7	EMDR-VERHALENMETHODE: TRAUMAVERWERKING BIJ PREVERBAAL TRAUMA	125
	<i>Carlijn de Roos en Renée Beer</i>	
7.1	Inleiding	125
7.2	Empirische status	125
7.3	Indicatiestelling	126
7.4	Procedure	126
7.5	Effecten	137
7.6	Combinatie EMDR-verhalenmethode en standaardprotocol	138
7.7	Conclusie	140
8	INTERWEAVES	141
	<i>Renée Beer en Carlijn de Roos</i>	
8.1	Inleiding	141
8.2	Stagnatie van het verwerkingsproces	141

8.3	Doel	146
8.4	Thema	147
8.5	Aangrijpingspunt	150
8.6	Vraagtype	153
8.7	Ontwerpen of selecteren van een interweave	155
8.8	Conclusie	156
9 STRESSREGULATIE		157
<i>Renée Beer en Carlijn de Roos</i>		
9.1	Inleiding	157
9.2	Stabilisatiedebat	157
9.3	Stress	160
9.4	Interventies en technieken	166
9.5	Empowerment	177
9.6	Conclusie	177
DEEL II TOEPASSING BIJ SPECIFIEKE PSYCHOPATHOLOGIE		179
10 EMDR BIJ KINDEREN MET ADHD		180
<i>Ariane Tjeenk-Kalff, Tirtsa Ehrlich en Anneke Eenhoorn</i>		
10.1	Inleiding	180
10.2	Klinisch beeld	180
10.3	Prevalentie en comorbiditeit	181
10.4	Oorzaken	181
10.5	Gevolgen	183
10.6	Rationale voor EMDR	184
10.7	Empirische evidentie	185
10.8	Aandachtspunten bij toepassing van EMDR	186
10.9	Casuïstiek	194
10.10	Conclusies	198
	Bijlage 10.1 Voorbeelden van beloningskaarten	199
11 EMDR: BEHANDELING VAN FAALANGST IN GECONCENTREERDE VORM		201
<i>Marjolein Wansink-Lokerman en Nathalie Schlattmann</i>		
11.1	Inleiding	201
11.2	Klinisch beeld	202
11.3	Theoretische modellen	203
11.4	Classificatie	204
11.5	Reguliere behandeling	205

11.6	Rationale voor EMDR	206
11.7	Empirische evidentie	206
11.8	Routes naar het standaardprotocol	207
11.9	Resource development and installation (RDI)	215
11.10	EMDR en de therapeutische relatie	216
11.11	Conclusie	219
12 EMDR BIJ DOVE EN SLECHTHORENDE KINDEREN OF KINDEREN MET TOS		221
<i>Lieke Doornkate en Jeantine Janse</i>		
12.1	Inleiding	221
12.2	De doelgroep	221
12.3	Empirische evidentie	227
12.4	Diagnostiek	227
12.5	Aandachtspunten bij EMDR	229
12.6	Conclusie	244
13 EMDR BIJ KINDEREN MET AUTISME		245
<i>Esther Leuning en Petra Spuijbroek</i>		
13.1	Inleiding	245
13.2	De doelgroep	245
13.3	Empirisch onderzoek	250
13.4	Rationale voor EMDR	251
13.5	Indicatiecriteria	251
13.6	Aandachtspunten voor de EMDR-behandeling	252
13.7	Overzicht	268
14 EMDR BIJ KINDEREN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING		272
<i>Liesbeth Mevissen</i>		
14.1	Inleiding	272
14.2	Doelgroep	273
14.3	Diagnostiek	274
14.4	Rationale voor EMDR	275
14.5	Empirische evidentie	278
14.6	Aandachtspunten bij de toepassing van EMDR	279
14.7	Conclusies	288

15 EMDR BIJ ADOLESCENTEN MET EEN BORDERLINE PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS 289

Agaath Koudstaal, Steven Meijer en Rosanne de Bruin

15.1	Inleiding	289
15.2	Klinisch beeld	289
15.3	Diagnostiek	290
15.4	Reguliere behandelingen	291
15.5	Empirische evidentie	292
15.6	Rationale voor EMDR	292
15.7	Indicatiestelling	293
15.8	Timing van EMDR	295
15.9	Stappen voor EMDR	296
15.10	Conclusie	310
	Bijlage 15.1 Dagboekkaart	310

15B RECHTSOM BIJ ADOLESCENTEN MET EEN BORDERLINE PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS 311

Steven Meijer en Agaath Koudstaal

15b.1	Inleiding	311
15b.2	De borderline persoonlijkheidsstoornis uitgelicht	311
15b.3	Selectie van opvattingen	312
15b.4	Conclusie	317

16 EMDR BIJ ADOLESCENTEN MET EEN DISSOCIATIEVE STOORNIS 318

Kirsten Hauber

16.1	Inleiding	318
16.2	Kenmerken van een dissociatieve stoornis	318
16.3	Theorie van structurele dissociatie van de persoonlijkheid	319
16.4	Dissociatieve stoornis in de adolescentie	321
16.5	Empirisch onderzoek	323
16.6	Gefaseerde behandeling	324
16.7	Conclusie	339

17 EMDR BIJ KINDEREN MET EEN DISSOCIATIEVE STOORNIS OF DISSOCIATIEVE SYMPTOMEN 340

Arianne Struik

17.1	Inleiding	340
17.2	Klinisch beeld	340
17.3	Diagnostiek	341

17.4	Empirisch onderzoek en richtlijnen	343
17.5	Aandachtspunten in een gefaseerde behandeling	343
17.6	Aandachtspunten en interventies per behandelfase	345
17.7	Conclusie	357
18	EMDR BIJ JONGEREN MET GEDRAGSPROBLEMEN	358
	<i>Caroline Ploeg, Femy Wanders en Renée Beer</i>	
18.1	Inleiding	358
18.2	Het sprookje	359
18.3	Het MASTR-protocol	362
18.4	Valkuilen	373
18.5	Empirische onderbouwing	374
18.6	Conclusie	375
DEEL III	TOEPASSING BIJ JEUGDIGEN IN SPECIFIEKE SETTINGEN	377
19	EMDR MET EEN DYADISCHE FOCUS EN SPEELSE INTERVENTIES	378
	<i>Barbara Wizansky en Estie Bar-Sadeh</i>	
19.1	Inleiding	378
19.2	De hechtingsrelatie	378
19.3	EMDR bij een hechtingstrauma	379
19.4	De dyadische focus en speelse interventies bij casusconceptualisatie	383
19.5	De dyadische focus en speelse interventies tijdens het hele standaardprotocol	385
19.6	Dyadische speelse benadering per fase van het standaardprotocol	385
19.7	Conclusie	398
20	EMDR VOOR KINDEREN MET EEN HECHTINGSTRAUMA IN PLEEG- EN ADOPTIEGEZINNEN	399
	<i>Debra Wesselmann, Stefanie Armstrong en Cathy Schweitzer</i>	
20.1	Inleiding	399
20.2	Potentiële belemmeringen	400
20.3	Empirische evidentie	400
20.4	Procedurele aanpassingen	401
20.5	Interventies en interweaves	403
20.6	Voorbeelden van interweaves	407
20.7	Conclusie	413

21 EMDR MET GEZINSTHERAPIE IN GEZINNEN NA KINDER- MISHANDELING	414
<i>Joanne Morris-Smith en Michel Silvestre</i>	
21.1 Inleiding	414
21.2 Relevantie van EMDR voor mishandelde kinderen	415
21.3 Empirische ondersteuning	415
21.4 Rationale voor de combinatie EMDR-gezinstherapie (EMDR-GT)	416
21.5 Contra-indicaties voor EMDR-GT	416
21.6 Diagnostiek	417
21.7 Behandeling	419
21.8 Aandachtspunten bij het EMDR-standaardprotocol	426
21.9 Conclusie	431
22 EMDR IN VLUCHTELINGEGEZINNEN: MAATWERK	433
<i>Trudy Mooren en Jelly van Essen</i>	
22.1 Inleiding	433
22.2 Gevolgen van traumatisering	434
22.3 Kenmerken van vluchtelinggezinnen	435
22.4 Empirisch onderzoek naar effecten van EMDR en gezinsinterventies	437
22.5 Indicatiestelling voor EMDR en gezinstherapie	439
22.6 Aandachtspunten bij EMDR	444
22.7 Aandachtspunten bij gezinsbehandeling	446
22.8 Conclusie	448
23 EMDR BIJ JONGEREN IN DE FORENSISCHE GGZ	449
<i>Mirjam Heinemans, Jacqueline van Baar en Agnes Scholing</i>	
23.1 Inleiding	449
23.2 De doelgroep	449
23.3 Reguliere behandelingen	453
23.4 Rationale voor EMDR	455
23.5 Voorbereiding op EMDR	455
23.6 Aandachtspunten bij toepassing van het standaardprotocol	459
23.7 Conclusie	467

24 EMDR IN EEN KLINISCHE SETTING. KINGS: KIND IN GEZOND SYSTEEM 469

Femy Wanders en Caroline Ploeg

24.1	Inleiding	469
24.2	Behandelmodel	471
24.3	Empirische evidentie voor de onderdelen	480
24.4	Aandachtspunten voor EMDR	482
24.5	Aandachtspunten voor de behandelsetting	485
24.6	Conclusie	486
NAWOORD		487
LITERATUUR		491
REGISTER		517

VOORWOORD

Het boek dat voor u ligt markeert een mijlpaal in de ontwikkeling van EMDR in Nederland. Het is het eerste Nederlandstalige boek dat gewijd is aan de behandeling van kinderen en jongeren met EMDR en biedt relevante informatie over traumaverwerking in dit kader. De opleiding van Nederlandse kinder- en jeugdtherapeuten in EMDR, die in 2000 van gestart is gegaan, begint steeds meer vruchten af te werpen: EMDR vindt zijn weg naar kinderen en jongeren (k&j) en therapeuten slagen er steeds beter in om EMDR succesvol toe te passen bij kinderen met uiteenlopende problematiek. De tijd leek dan ook rijp voor een *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren*.

Dit boek schetst een beeld van de 'state of the art' en biedt een bundeling van informatie die wij relevant achten voor kinder- en jeugdtherapeuten in opleiding tot EMDR-Europe Practitioner. We verwachten dat het lezen van dit boek – naast het *Handboek EMDR* (De Jongh & Ten Broeke, 2016) en het *Praktijkboek EMDR* (Ten Broeke, De Jongh & Oppenheim, 2012) – de integratie zal vergemakkelijken van de behandelde stof tijdens de EMDR k&j trainingen. Daarnaast hopen we dat deze gebundelde kennis opgeleide EMDR-Europe Practitioners inspireert en handreikingen biedt voor de dagelijkse klinische praktijk. Uit de inhoud van dit boek zal blijken dat er nog veel vragen zijn die empirisch of experimenteel onderzoek behoeven. Voor onderzoekers kan het boek wellicht een bron zijn om onderzoeksvragen uit te destilleren.

INSPIRATIE UIT HET BUITENLAND

Twee gebeurtenissen hebben een sterke impuls gegeven aan de ontwikkeling van EMDR bij jeugdigen in Europa. Allereerst was dat de verschijning van drie boeken vlak na elkaar in 1999 van Amerikaanse EMDR k&j specialisten:

- *Through the eyes of a child* (Tinker & Wilson, 1999);
- *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in child and adolescent psychotherapy* (Greenwald, 1999);
- *Small Wonders* (Lovett, 1999).

Voor die tijd was er nauwelijks aandacht voor noodzakelijke of wenselijke aanpassingen om EMDR toegankelijk te maken voor deze groep. Deze boeken stimuleerden k&j-therapeuten in Europa tot toepassing van EMDR bij kinderen en jeugdigen. De tweede impuls kwam van de conferentie in 2000 over EMDR bij deze doelgroep, georganiseerd door de 'Association of Child

and Adolescent Mental Health' in Londen op een historisch bijzondere plek, namelijk in het gebouw waar ooit voorbereidende besprekingen plaatsvonden voor de oprichting van de Verenigde Naties. Tijdens deze conferentie werd de basis gelegd voor de 'EMDR-Europe – Child & Adolescent Committee', dat een aantal doelstellingen voor de daaropvolgende jaren formuleerde. De belangrijkste daarvan was het vaststellen van 'golden standards' voor de inhoud van de EMDR k&j-trainingen en het uitwerken van een Europees model voor trainingen met daarin ruimte voor ontwikkelingspsychologische en systemische aspecten. Het realiseren van een consistent model voor k&j-trainingen had tot doel om de beschikbaarheid van EMDR voor getraumatiseerde kinderen in alle Europese landen te vergroten en collega's uit andere landen te ondersteunen bij de implementatie van deze behandeling voor kinderen in hun land. Daarnaast werd als doel gesteld om internationaal onderzoek naar de effectiviteit van EMDR bij deze populatie mogelijk te maken. Op deze wijze zouden grote(re) onderzoeksgroepen met elkaar vergeleken kunnen worden. De afgelopen jaren is tevens gewerkt aan het opstellen van kwaliteitscriteria voor EMDR-Europe k&j practitioners en supervisors.

K&J-TRAININGEN IN NEDERLAND

In Nederland hebben de k&j-trainingen vorm gekregen in nauwe samenwerking met Ad de Jongh en Erik ten Broeke. Wij hebben grote waardering voor hun enorme kennis, inspirerende toewijding, gedrevenheid en collegialiteit, en beschouwen onze samenwerking met hen als een groot voorrecht. In de Nederlandse geïntegreerde k&j-training wordt eerst aandacht besteed aan het standaardprotocol, opdat k&j-therapeuten de doelen en uitgangspunten van de EMDR-procedure en de toepassing bij volwassenen begrijpen. In aansluiting daarop worden de nodige aanpassingen centraal gesteld voor de verschillende ontwikkelingsfasen bij kinderen en jongeren. Het voordeel van een geïntegreerde training is dat de k&j-therapeuten na het volgen van de basistraining direct de nodige kennis tot hun beschikking hebben om kinderen en jongeren te behandelen. De praktijk laat zien dat deze opbouw een stimulerend effect heeft gehad op de implementatie van EMDR in het k&j-veld. Met specifieke kennis over de toepassing bij kinderen en jongeren komen de therapeuten meteen beslagen ten ijs. In vergelijking met andere landen gaat in Nederland na de basistraining k&j een groter percentage daadwerkelijk aan de slag met EMDR en vervolgen de therapeuten het opleidingstraject met supervisie en vervolgtraining tot het practitionerschap. Ons land heeft in vergelijking met de andere Europese landen dan ook een hoger aantal opgeleide EMDR-Europe k&j practitioners en supervisors.

Voor de inhoud van de k&j-trainingen blijven we voortdurend streven naar internationale afstemming. De inhoud van de k&j-basistraining is binnen Europa identiek. Voor de vervolgtraining blijkt dit lastiger te realiseren vanwege internationale verschillen in cultuur, kennis over traumaverwerking en uiteenlopende opleidingsstructuren of -eisen per land. Om die reden hebben de Europese k&j-trainers consensus bereikt over de thema's die in ieder geval aan bod moeten komen in de vervolgtraining k&j. Zo blijft de inhoud van de trainingen redelijk parallel en is het niveau van de opgeleide EMDR-Europe Practitioners per land zo vergelijkbaar mogelijk.

ONTWIKKELING VAN HET BOEK

De eerste stappen voor de totstandkoming van dit boek zijn gezet in 2012. Wij nodigden auteurs uit die werkzaam zijn met een van de doelgroepen waarover wij graag een hoofdstuk wilden opnemen of die observaties hadden gemeld op basis van hun klinische ervaringen met een van deze doelgroepen. In dit boek is aandacht besteed aan die groepen waar k&j-therapeuten veel mee te maken krijgen en komt een breed scala aan psychopathologie aan bod. Tijdens een intensief ontwikkelingsproces hebben wij als redacteuren zorgvuldig met de auteurs meegedacht over inhoud en vorm van de hoofdstukken om een coherent geheel te smeden. Voor de toekomst zijn nog veel meer onderwerpen mogelijk over toepassingen van EMDR bij k&j. Voor nu biedt het boek een kleurrijk palet van de stand van zaken in het klinische veld.

INHOUD VAN HET BOEK

Het boek is opgebouwd uit drie delen.

Deel I bevat hoofdstukken over toepassing van EMDR bij k&j in het algemeen. Na het voorwoord over doel en totstandkoming van dit boek en de inleiding met enkele uitgangspunten die ten grondslag liggen aan EMDR, volgt hoofdstuk 2 met informatie over trauma en de mogelijke impact ervan bij k&j. In hoofdstuk 3 geven we een overzicht van gepubliceerd empirisch onderzoek naar de effectiviteit van EMDR bij k&j en laten we zien wat de status is van EMDR in verschillende richtlijnen voor de behandeling van k&j met PTSS. Hoofdstuk 4 gaat over indicatiestelling en schetst bij welke klachten EMDR bij k&j kan worden ingezet. Hoofdstuk 5 beschrijft wanneer het aanbeveling verdient om ouders of het hele gezin bij de behandeling te betrekken en hoe men hen kan inzetten. Hoofdstuk 6 maakt inzichtelijk waarom aanpassingen ten opzichte van het standaardprotocol nodig zijn voor kinderen in verschillende ontwikkelingsfasen en belicht welke aanpas-

singen wanneer relevant zijn. Hoofdstuk 7 beschrijft de EMDR- verhalenmethode voor zeer jonge kinderen (0-4 jaar) en oudere kinderen (> 4 jaar). Hoofdstuk 8 geeft een overzicht van *interweaves*. Hoofdstuk 9 tot slot rondt het eerste deel af met informatie over stressregulatie en EMDR-gerelateerde interventies om stressregulatie te verbeteren in het kader van traumabehandeling.

In deel II en III komen gastschrijvers aan het woord, waarbij in deel II de toepassing bij k&j met specifieke psychopathologie centraal staat. Achtereenvolgens is er aandacht voor jeugdigen met ADHD (hoofdstuk 10), de meest gestelde diagnose in de k&j-psychiatrie, en daarna voor jeugdigen met faalangst (hoofdstuk 11), een bij de jeugd zeer veel voorkomende angst. Dit hoofdstuk is een bewerking van een artikel dat Janine Rutten heeft geschreven voor *Kinder- en Jeugdpsychotherapie* (2006). Zij is in 2012 overleden en als erbetoon aan Janine – een van de eerste EMDR k&j-supervisors – hebben wij de auteurs, die beiden Janine goed kenden, gevraagd om haar artikel te bewerken tot een hoofdstuk, met toevoeging van actuele inzichten met betrekking tot de behandeling van faalangst.

Dan volgen drie hoofdstukken over verschillende doelgroepen die allemaal aanpassing vergen op het gebied van communicatie, namelijk kinderen met een gehoor- of taalontwikkelingsstoornis (hoofdstuk 12), kinderen met autisme (hoofdstuk 13) en jeugdigen met een verstandelijke beperking (hoofdstuk 14). De auteurs van deze drie hoofdstukken houden een pleidooi om informatie voor ‘hun’ respectievelijke doelgroepen zo veel mogelijk te concretiseren en te visualiseren. Ze reiken creatieve oplossingen aan voor kenmerkende problemen die therapeuten tegenkomen bij het werken met deze doelgroepen.

Vervolgens wordt ingezoomd op adolescenten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (hoofdstuk 15A) en hoe de therapeut met deze doelgroep het beste ‘rechtsom’ kan gaan (hoofdstuk 15b). De volgende twee hoofdstukken gaan over de behandeling van dissociatieve stoornissen en symptomen bij respectievelijk jongeren (hoofdstuk 16) en kinderen (hoofdstuk 17). Wij hopen dat therapeuten hierdoor aangemoedigd worden om EMDR toe te passen bij deze zeer beschadigde jeugdigen en dat de aandachtspunten die in deze hoofdstukken aan bod komen, daarbij zullen helpen. In hoofdstuk 18 wordt het door Ricky Greenwald ontwikkelde MASTR-protocol toegelicht. Wij wijden hier een apart hoofdstuk aan, omdat wij dit werk waardevol vinden voor EMDR k&j-therapeuten. Zij worstelen in hun werk soms met jeugdigen met ernstige (gedrags)problemen, die absoluut niets willen weten van behandeling voor hun problemen.

DEEL 1

TOEPASSING BIJ KINDEREN ALGEMEEN



1 UITGANGSPUNTEN

Renée Beer en Carlijn de Roos

In dit inleidende hoofdstuk zetten wij een aantal uitgangspunten op een rij, die ten grondslag liggen aan EMDR. De reden om deze hier te vermelden is dat ze thuishoren in een boek over EMDR en bespreking ervan niet past in een van de hoofdstukken. Die gaan immers allemaal specifiek over toepassing bij kinderen en jeugdigen.

Adaptive Information Processing-model

Aan EMDR ligt het theoretisch model ten grondslag van *Adaptive Information Processing* (AIP). Het AIP-model veronderstelt dat uiteenlopende vormen van psychopathologie het gevolg zijn van de manier waarop herinneringen in het geheugen liggen opgeslagen (Shapiro, 2001). Vertrekpunt hierbij is dat het informatieverwerkingsysteem gestagneerd raakt bij overweldigende gebeurtenissen, waardoor de informatie die gekoppeld is aan de betreffende gebeurtenis(sen) niet adaptief wordt opgeslagen; de informatie kan niet worden geassimileerd. In plaats daarvan wordt, aldus het model, de informatie in toestand-specifieke vorm opgeslagen in het langetermijngeheugen als disfunctionele informatie, onverwerkt, als het ware ‘bevroren’ in angstwekkende beelden, met disfunctionele betekenisgeving, negatieve emoties en lichamelijke sensaties.

De aanname is dat de EMDR-procedure het gestagneerde verwerkingsproces vlot trekt, zodat de informatie alsnog getransformeerd wordt tot functionele informatie en daarna in adaptieve vorm in het langetermijngeheugen wordt opgeslagen (geassimileerd). Niemand weet hoe ‘het’ geheugen er werkelijk uitziet en te beïnvloeden is. We hebben alleen diverse beschrijvende theorieën en werkhypothesen hierover. ‘Over ons geheugen denken we in metaforen – we kunnen niet anders’, aldus Draaisma (2010). Shapiro (2001) suggereert als werkhypothese dat er ‘geheugennetwerken’ zijn met onderling geassocieerde informatie. Ze gebruikt hiervoor de metafoer van een knooppunt – ‘target’ – waarmee diverse kanalen verbonden zijn. In die kanalen liggen met elkaar verwante herinneringen, gedachten, emoties en lichamelijke sensaties opgeslagen. Bij EMDR focust de patiënt op het ‘target’ (knooppunt) en loopt vervolgens via associaties het geheugennetwerk door, waarbij alle kanalen ‘opgeschoond’ worden. Dit associatieproces wordt gestimuleerd door duale aandacht van de patiënt voor enerzijds interne reacties die opkomen en anderzijds de afleidende taak. Het doel is om met dit proces verbinding te bewerkstelligen tussen neurale netwerken, waardoor functionele informatie geleidelijk de disfunctionele vervangt (Shapiro, 2001).

Werkgeheugentheorie

In Nederland baseren we ons op de ‘werkgeheugentheorie’ als verklaring voor het werkingsmechanisme van EMDR. Dit is de theorie die op dit moment de meeste empirische steun geniet (Gunter & Bodner, 2008; Van den Hout & Engelhard, 2012). Het uitgangspunt van deze theorie is dat het kortetermijn- of werkgeheugen verschillende taken tegelijkertijd kan uitvoeren, zoals het plannen van taken, het oplossen van problemen en ook het ophalen en het opnieuw vastleggen van herinneringen.

Wat is de functie van het werkgeheugen? Het werkgeheugen wordt gedefinieerd als een cognitief systeem dat verantwoordelijk is voor het selecteren, organiseren, onthouden en integreren van informatie (Baddeley, 1998). Het zorgt voor een goed werkende cognitieve en affectieve executieve controle, dat wil zeggen voor het vermogen om overheersende reacties te controleren en om irrelevante informatie te inhiberen. Deze vermogens zijn gerelateerd aan verschillende controleprocessen, zoals inhibitie, switching en updating (De Lissnyder et al., 2012). De hoeveelheid informatie die het werkgeheugen gelijktijdig kan selecteren, organiseren, onthouden en integreren, wordt bepaald door de werkgeheugencapaciteit. Deze is beperkt. Bij EMDR komen daardoor de prestaties bij de ene taak, zoals het focussen op geheugenbeelden, onder druk te staan door het uitvoeren van een andere taak, zoals het uitvoeren van oogbewegingen. Ook wordt door de oogbewegingen de aandacht afgeleid, die gericht is op het beoordelen van een herinneringsbeeld, en creëren de instructies die tijdens de EMDR worden gegeven tegelijkertijd een soort van afstand tot het herinneringsbeeld. Hierdoor vindt er ‘verval’ (*desensitisatie*) van de herinneringsbeelden plaats en verliest de herinnering steeds meer emotionele lading als deze naar het langetermijngeheugen wordt weggeschreven. Kortom, de werkgeheugentheorie voorspelt dat concentratie op een afleidende taak, zoals het zo snel mogelijk maken van oogbewegingen, leidt tot een vermindering van helderheid en emotionaliteit van een geheugenrepresentatie. Zie voor bovenstaande en meer informatie over de werkgeheugentheorie www.emdr.nl.

Evident is dat na afloop van een EMDR-behandeling herinneringen anders in het hoofd zitten dan ervoor. Maar welke processen of factoren verantwoordelijk zijn voor de veranderingen die optreden op psychologisch en neurofysiologisch niveau, is nog niet helemaal duidelijk. Hopelijk zullen bevindingen van experimenteel onderzoek hier de komende jaren meer licht op werpen.

Concrete herinneringsbeelden

Een volgend uitgangspunt dat ten grondslag ligt aan EMDR, is dat de patiënt concrete herinneringsbeelden kan oproepen aan een specifieke gebeurtenis. Bij het ontbreken van beelden is het lastig om een herinnering scherp te stellen; uitzonderingen daargelaten, bijvoorbeeld bij kinderen die congenitaal blind zijn of ziende kinderen die niet zozeer last hebben van intrusieve beelden, maar wel van andere zintuiglijke prikkels. Als er geen herinneringsbeelden zijn, kunnen soms andere intrusieve zintuiglijke prikkels als stimulus fungeren om geheugenrepresentaties verder te activeren, zoals een geur (alcohol, sperma, zweet) of een geluid, bijvoorbeeld van een sirene, remmende auto of bepaalde muziek. Voorwaarde om EMDR te kunnen toepassen is dat er stimuli te identificeren zijn op basis waarvan men de herinnering kan activeren en scherpstellen, zodat de therapeut met behulp van het standaardprotocol verwerking van de herinnering kan faciliteren. Als een kind geen enkele zintuiglijke waarneming kan benoemen, maar er met behulp van de ouders wel klachtgerelateerde gebeurtenissen te identificeren zijn, is inzet van de EMDR-verhalenmethode geïndiceerd om zo alsnog de herinnering van het kind te activeren.

Hier-en-nu-perspectief

Net als bij volwassenen staat ook bij kinderen het hier-en-nu-perspectief voortdurend centraal. In dit opzicht is er geen verschil met volwassenen. Kinderen jonger dan 6 jaar hebben nog onvoldoende tijdsbesef om een verschil tussen heden en verleden aan te merken. Daarom is voor kinderen in die ontwikkelingsfase op dat punt het standaardprotocol aangepast.

Betrouwbaarheid en validiteit van het geheugen

Evident is dat geheugenrepresentaties, inclusief alle daaruit afgeleide conclusies, subjectieve waarnemingen zijn. Deze subjectieve waarnemingen hebben geleid tot klachten. Het doel van behandeling met EMDR is om deze subjectieve waarnemingen, interpretaties en conclusies te veranderen, zodat de herinneringen opnieuw worden opgeslagen in het langetermijngeheugen (*reconsolidatie*), nadat ze adaptief zijn geworden door gewijzigde betekenisverlening. Hierdoor zullen de klachten, die samenhangen met deze herinneringen, verdwijnen. Soms is het relevant om hierover expliciet uitleg te geven. Te denken valt aan situaties waarin iemand vraagt om behandeling met EMDR niet (alleen) om klachten kwijt te raken, maar (ook) om met behulp hiervan te achterhalen wat er precies gebeurd is. Die vraag kan prangend zijn als er klachten zijn ontstaan na een bepaalde (reeks van) gebeurtenis(sen) en de betrokkene niet meer precies weet wat er gebeurd is,

eventueel omdat er alcohol of drugs ‘in het spel’ waren. In dergelijke situaties kan men de volgende uitleg geven:

‘Het gegeven dat bepaalde herinneringen tot klachten hebben geleid, zegt niets over de feitelijkheid van deze herinneringen. Niet gebeurtenissen leiden tot klachten, maar de waarneming en interpretatie van die gebeurtenissen. Herinneringen die we in ons hoofd hebben, zijn slechts weergaven van ervaringen, zoals we ze in ons geheugen hebben opgeslagen en ze zijn onderhevig aan veranderingen in de loop van de tijd. Dit betekent enerzijds dat het hebben van klachten nooit een bewijs kan zijn dat gebeurtenissen feitelijk als zodanig hebben plaatsgevonden. Anderzijds is het feit dat klachten na behandeling met EMDR verdwenen zijn evenmin als bewijs op te vatten dat de gebeurtenissen ooit daadwerkelijk plaatsgevonden moeten hebben, precies zoals ze in het hoofd lagen opgeslagen.’

Shapiro (2001, blz. 298-301) zegt over validiteit van herinneringen het volgende: *“the very attempt at memory retrieval as a therapeutic goal may establish the belief in the client that a memory of abuse exists, that it should be revealed, and that there was indeed a perpetrator. Thus this scenario could provide the perfect condition for eliciting ‘false’ or mistaken memories. When a memory is reported during EMDR, there is a possibility that (1) the image is a symbolic representation, (2) the event was only vicariously experienced, (3) the image is a result of trickery (e.g. perpetrator in disguise), (4) the image is valid.”*

Om deze reden is het van belang dat de therapeut de patiënt slechts volgt in zijn associatieproces en zich onthoudt van vragen naar details of interpretaties van gebeurtenissen die de patiënt rapporteert tijdens het verwerkingsproces. De therapeut dient patiënten te informeren over de onbetrouwbaarheid van het geheugen zonder diskwalificatie van hun ervaringen. Patiënten dienen hun eigen conclusies te trekken naar aanleiding van hun (naar boven gekomen) herinneringen en hierbij niet gestuurd te worden door hun therapeut (Shapiro, 2001). Het is van belang dat de therapeut zich bovenstaande realiseert en zo nodig uitleg hierover geeft. Zij kan uitleggen dat de inzet van EMDR altijd gericht is op klachtreductie en niet op waarheidsvinding. Alles wat tijdens het desensitisatieproces opkomt, is relevant in het kader van begrip voor de klacht(en) en reductie van klachten, maar voor waarheidsvinding is het niet van waarde. EMDR richt zich immers altijd op ‘wat in het hoofd zit’ en niet op ‘wat zich in de werkelijkheid heeft voorgedaan’.