

De wetenschappelijke onderbouwing van EMDR

(artikel website Vereniging EMDR)

EMDR is een geprotocolleerde, *evidence based* behandelprocedure gericht op het 'desensitiseren' - ofwel verzwakken - van herinneringen aan beschadigende gebeurtenissen die aanleiding geven tot een psychische klacht of aandoening (De Jongh & Ten Broeke, 2003). De effectiviteit van EMDR voor posttraumatische stress-stoornis, ofwel PTSS, is in verscheidene gerandomiseerde, gecontroleerde studies vastgesteld. Hierbij werd EMDR vergeleken met zowel wachtlijstcontrolecondities als actieve behandelingen. Uit diverse zogenaamde meta-analyses blijkt dat EMDR een effectieve behandeling is voor acute en chronische PTSS, waarbij een eenmalig trauma in gemiddeld drie zittingen zodanig kan worden verwerkt dat patiënten niet meer aan de criteria van een PTSS voldoen (bijv. Van Etten & Taylor, 1998; Bisson et al., 2007; Seidler & Wagner, 2006;). Dit is de reden dat, volgens de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen van de GGZ:

"EMDR één van de meest in aanmerking komende psychologische interventies bij PTSS is. De methode is effectief en wordt door zijn aard door veel patiënten en therapeuten als relatief weinig emotioneel belastend ervaren" (de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen, 2003).

De strekking van deze richtlijn komt overeen met die van andere internationale expertpanels en adviescommissies op het gebied van psychotrauma. Zo wordt in de zogenaamde NICE-richtlijn, die internationaal in hoog aanzien staat, zelfs van therapeuten verwacht dat ze patiënten met een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) niets anders aanbieden dan de *evidence-based* behandelingen EMDR of (Trauma Focussed-Cognitive Behavioural Therapy; TF-CBT). De richtlijn stelt dat als cliënten expliciet om een andere behandelvorm vragen, zij geïnformeerd dienen te worden over het gebrek aan empirische evidentie voor deze methode (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005; klik voor het downloaden van deze richtlijn):

"When PTSD sufferers request other forms of psychological treatment (for example supportive therapy, non-directive therapy, hypnotherapy, psychodynamic therapy), they should be informed that there is as yet no

convincing evidence for a clinically important effect of these treatments on PTSD” (pag. 19).

Inmiddels zijn er zeven gerandomiseerde trials gepubliceerd waarin, de meest effectieve behandelingen voor PTSS met elkaar werden vergeleken. Uit de resultaten hiervan kan worden opgemaakt dat EMDR en TF-CBT qua effectiviteit vergelijkbaar zijn. Een aantal studies vonden EMDR effectiever dan TF-CBT (Ironson, Freund, Strauss, & Williams, 2002; Lee, Gavriel, Drummond, Richards, & Greenwald, 2002; Power et al., 2002; Vaughan et al., 1994;). Twee studies vonden TF-CBT echter meer effectief dan EMDR (Deville & Spence, 1999; Taylor et al., 2003) en één studie vond geen verschil in effectiviteit (: Rothbaum, Astin, & Marsteller, 2005).

De uitkomsten van een recente meta-analyse suggereert dat EMDR enigszins effectiever is dan andere therapieën, waaronder cognitieve gedragstherapie voor kinderen met posttraumatische stress reacties. (Rodenburg, Benjamin, de Roos, Meijer, Stams, 2009).

Uit onderzoek onder Nederlandse trauma-experts blijkt dat een behandeling met EMDR veruit de voorkeur geniet. (Van Minnen, Hendriks, Olff, 2010; zie onderstaande tabel).

Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat EMDR een aantal voordelen heeft ten opzichten van andere behandelmethoden. Zo lijkt EMDR tot snellere symptoomreductie te leiden (Ironson et al., 2002; Rogers & Silver, 1999), blijken er voor EMDR minder zittingen nodig te zijn (van Etten & Taylor, 1998) en kan EMDR ook bij mensen met een verstandelijke beperking goed worden toegepast (Meevissen, & De Jongh, 2010).

EMDR is ook effectiever dan het gebruik van medicatie. Door middel van een gerandomiseerde gecontroleerde studie werd de relatieve effectiviteit van EMDR onderzocht door deze te vergelijken met het antidepressivum fluoxetine (een zogenaamde SSRI) dan wel placebo (Van der Kolk et al., 2007). De patiëntengroep bestond uit 88 patiënten, waarvan 45 mensen een trauma op volwassen leeftijd hadden meegemaakt en 43 al voor hun 18^e levensjaar waren getraumatiseerd. De farmacologiegroep kreeg 8 weken lang een op de individuele patiënt toegesneden dosis fluoxetine (gemiddeld 30 mg, maximaal 60 mg per dag), de andere groep een EMDR behandeling (wekelijkse zittingen van 90 minuten elk). De effectiviteit van de behandeling werd beoordeeld op basis van een uitgebreid klinisch interview, zowel direct na afloop van de behandeling als na 6 maanden. Het

bleek dat na 6 maanden de groep die EMDR had gekregen significant minder PTSS symptomen rapporteerde dan de groep die fluoxetine of placebo had gekregen. Opmerkelijk was dat de werkzaamheid van de behandeling met fluoxetine en van placebo niet van elkaar verschilden. Na 6 maanden was van de mensen met een PTSS op basis van een trauma op volwassen leeftijd 75% geheel symptoomvrij. Van de mensen met een trauma in de jeugd was 33% geheel klachtenvrij en van de patiënten die fluoxetine hadden gekregen was dit percentage 0%. EMDR lijkt daarmee superieur aan een behandeling met een SSRI. De resultaten laten tevens zien dat behandeling van de gevolgen van vroege traumatisering met EMDR mogelijk is, maar ook dat de afname van klachten bij deze groep een stuk minder snel verloopt dan bij relatief gezonde mensen, die in de loop van hun volwassen leven een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt.

Literatuur

- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *Brit j Psychiat*, 190, 97-104.
- Christman, S.D., Garvey, K.J., Propper, R.E., & Phaneuf, K.A. (2003). Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology*, 17, 221-229.
- Christman, S.D., Brown, T.J., & Propper, R.E. (2006). Increased interhemispheric interaction is associated with earlier offset of childhood amnesia. *Neuropsychology*, 20, 336-345.
- De Jongh, A. & Ten Broeke, E. (2003). *Handboek EMDR: een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma*. Hartcourt publishers: Amsterdam.
- Deville, G. J., & Spence, S. H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of Posttraumatic Stress Disorder. *J Anxiety Disord*, 13, 131-157.
- Engelhard I.M., van den Hout, M.A., Janssen, W.C., van der Beek, J. (2010). Eye movements reduce vividness and emotionality of "flashforwards". *Beh Res Ther*, 48, 442-447
- Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working memory account. *Behav Res Ther*, 46, 913-931.
- Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2009). EMDR Works...But How? Recent Progress in the Search for Treatment Mechanisms. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 161-168.
- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *J Clin Psychol*, 58, 113-128.
- Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (2003). Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Trimbos-instituut. Beschikbaar op: www.ggzrichtlijnen.nl .

- Lee, C. W., Gavriel, H., Drummond, P. D., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *J Clin Psychol*, 58, 1071-1089.
- Maxfield, L. (2008). Considering mechanisms of action in EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 234-238.
- Maxfield, L. (2008). A Working Memory Explanation for the Effects of Eye Movements in EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 247-261.
- Meevissen, L., & De Jongh, A. (2010). PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities. A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 308-316.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2005). Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. Clinical Guideline 26. London, UK: National Institute for Clinical Excellence.
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., 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. *Clin Psychol Psychot*, 9, 299-318.
- Rogers, S., Silver, S., Goss, J., Obenchain, J., Willis, A., & Whitney, R. (1999). A single session, group study of exposure and eye movement desensitization and reprocessing in treating posttraumatic stress disorder among Vietnam War Veterans: Preliminary data. *J Anxiety Disord*, 13, 119-130.
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A.M., Stams, G.J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis *Clinical Psychology Review*, 29, 599-606.
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J Trauma Stress*, 18, 607-616.
- Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychol Med*, 36, 1515-1522.
- Shapiro, F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures. New York: Guilford Press.
- Solomon, R.M. & Shapiro, F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model. Potential Mechanisms of Change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 315-325.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Fedoroff, I. C., Maxfield, L., Lovell, K., & Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *J Consult Clin Psychol*, 71, 330-338.
- Van der Kolk B.A., Spinazzola, J., Blaustein, M.E., Hopper, J.W., Hopper, E.K., Korn, D.L., Simpson, W.B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *J Clin Psychiat*, 68, 37-46.
- Vaughan, K., Armstrong, M. S., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W., & Tarrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psy*, 25, 283-291.
- Van Etten, M.L., Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clin Psychol Psychot*, 5, 126-144.

Van Minnen, A. Hendriks L., Olff, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Beh Res Ther* 48, 312-20.