

Lichaamsbeleving bij eetstoornissen beter na EMDR

In Groningen hebben dertien poliklinische eetstoornispatiënten deelgenomen aan een verkennende studie naar de effecten van EMDR op negatieve lichaamsbeleving. Na afloop was deze minder negatief.

De patiënten hadden na hun EMDR-behandeling van gemiddeld 5,4 sessies meer waardering voor hun lichaamsomvang, ze voelden zich vertrouwd met hun lijf en ze waren in het algemeen meer tevreden met hun lichamelijk voorkomen. De waardering voor specifieke lichaamsdelen verbeterde niet.

Een negatieve lichaamsbeleving is een notoir moeilijk te beïnvloeden, maar belangrijke instandhoudende factor bij eetstoornissen. In eerder gecontroleerd onderzoek naar de effecten van EMDR bij eetstoornissen bleek de behandeling effectief in de vermindering van de last van specifieke negatieve lichaamservaringen, maar er trad geen generalisatie op naar algemene lichaamsbelevingsmaten. In deze studie richtte de EMDR zich direct op belastende ervaringen die volgens de inschatting van de therapeuten geleid hadden tot de eetstoornis. Patiënten bij wie zulke ervaringen ontbraken, kregen een rechtsom-behandeling, gericht op het negatief zelfbeeld. Dit zelfbeeld komt veel voor bij eetstoornissen en zou vaak zowel tot de overwaardering voor controle over eten, gewicht en uiterlijk leiden, als deze in stand houden. In deze studie kregen elf van de dertien patiënten een dergelijke rechtsom-behandeling gericht op het zelfbeeld. Bij acht van de dertien was EMDR de enige behandeling. Vijf van dertien volgden parallel aan de EMDR een dieetmanagementgroep.

Veelbelovend is de bevinding dat met EMDR al na enkele sessies een verbetering in de doorgaans hardnekkige, negatieve lichaamsbeleving kon worden vastgesteld. De studieresultaten suggereren dat het zinvol is om EMDR al direct bij de start van de behandeling aan te bieden, in plaats van, of parallel aan, het gewone behandelprogramma. Eerst stabiliseren lijkt niet nodig. Uiteraard is gecontroleerd onderzoek nodig om definitieve uitspraken te kunnen doen.

Pepers, A. en Swart, M. (2014). Welke bijdrage kan EMDR leveren aan de behandeling van eetstoornissen? Eerste behandelresultaten van een exploratief onderzoek naar de behandelresultaten op lichaamsbeleving. *GGZet Wetenschappelijk*, 18 (2), 79- 91.



EMDR bij dissociatieve stoornissen: maatwerk

EMDR zou, volgens een groep ervaren klinici, aan de behandeling van patiënten met dissociatieve stoornissen een belangrijke bijdrage kunnen leveren in de fase van traumaverwerking (fase 2) en in de fase van integratie van de persoonlijkheid en hervatting van het dagelijks leven (fase 3). In de conceptualisatie en uitvoering van EMDR bij deze doelgroep is echter zorgvuldig maatwerk vereist. Zij hebben voor dit individuele maatwerk een artikel geschreven met handreikingen vanuit de structurele dissociatietheorie.

De auteurs noemen een aantal voorwaarden waaraan voldaan moet zijn, voordat traumaverwerking kan starten. Ook geven zij een opsomming van veel genoemde contra-indicaties voor traumaverwerking. Als alternatief voor langdurige stabilisatie kan bij patiënten die niet voldoen aan de voorwaarden, of bij wie contra-indicaties bestaan, toch al gestart worden met EMDR via de 'progressive approach'. De EMDR-therapie richt zich dan niet op de verwerking (synthese en realisatie) van een traumatische ervaring met alle betrokken ANP's en EP's, maar bijvoorbeeld slechts op desensitisatie van één afgebakende emotie of sensatie van één bepaalde EP. Volgens de structurele dissociatietheorie treedt er, afhankelijk van de aard, herhaling en leeftijd van traumatisering, een meer of minder ernstige splitsing op in het zelf, in een traumadeel (EP of emotional part) en een deel dat zich bezighoudt met continuering van het dagelijks leven (ANP of apparently normal part).

Allerlei tips en oplossingen voor dilemma's in fase 2 passen de revue in het artikel: Hoe om te gaan met heftige tegenstrijdige gevoelens van EP's ten opzichte van de dader? Met welk trauma moet je beginnen? Welke delen (ANP en EP) laat je meedoen en welke niet? Hoe zorg je dat de patiënt binnen de *window of tolerance* blijft tijdens je sessie? Welke *cognitive interweaves* sluiten aan, en hoe zorg je dat de patiënt het tussen de sessies thuis redt?

In fase 3 levert integratie door fusie van delen regelmatig veel angst op bij de patiënt. Die angst kan verschillende oorzaken hebben, met elk net een andere behandelaanpak met EMDR om de angst hanteerbaar te houden. Aansturen op volledige integratie is volgens de auteurs belangrijk, omdat de volledige integratie van de persoonlijkheid, iemand beter bestand zou maken tegen toekomstige stressvolle omstandigheden. In fase 3 kan iemand vaak voor het eerst zijn hele leven overzien, en dat geeft vaak heftige rouwreacties om wat verloren is of nooit is geweest. Daarbij kan EMDR helpen.

De handreikingen zijn gebaseerd op expertise uit de klinische praktijk. Er is nog nauwelijks onderzoek gedaan naar effectieve behandeling van dissociatieve stoornissen.

Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzales, A., Mosquera, D. & Solomon, R. (2014). Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex trauma-related disorders: applications in phases 2 and 3 treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8 (1), 33-48.

Dit artikel sluit aan bij een artikel dat in EM5 is samengevat over stabilisatie (fase 1) bij dissociatieve stoornissen.

Combinatie van EMDR en CGT via internet lijkt te helpen bij PTSS

Australische onderzoekers onderwierpen vijftien PTSS-patiënten aan een gecombineerde EMDR/CGT-interventie via het internet. Elf van hen maakten het hele programma af, en van die groep voldeed 55 procent na afloop, en bij *follow-up* na drie maanden, niet meer aan de criteria voor PTSS. Bovendien was er een forse reductie in comorbide stoornissen opgetreden.

De onderzochte interventie bestond uit zes lessen. De eerste les bevatte psycho-educatie over PTSS. De tweede bestond uit een uitleg over de rationale van EMDR en de zelfgestuurde EMDR-procedure met een *webtool* voor de oogbewegingen. In les drie leerden de deelnemers de principes van cognitief herstructureren en in les vier kwam cognitief herstructureren bij veel voorkomende disfunctionele traumagerelateerde cognities aan de orde. Vervolgens besteedde de vijfde les aandacht aan vermijdings- en veiligheidsgedrag en de principes van graduele *exposure*. Les zes ging over terugvalpreventie. Een volledig in EMDR opgeleide therapeut coachte de deelnemers telefonisch de eerste keer door de EMDR-procedure heen. Deelnemers die halverwege nog niet zelfstandig EMDR hadden toegepast (33 procent), kregen een tweede telefonisch ondersteunde sessie aangeboden. De therapeut belde de deelnemers wekelijks over de voortgang en was per email bereikbaar.

De onderzochte groep had voornamelijk PTSS als gevolg van herhaaldelijke traumatisering in de kindertijd. Een opvallend groot gedeelte was als kind slachtoffer van seksueel misbruik (zestig procent). Hoewel meer dan de helft na de webinterventie niet meer aan de criteria voor PTSS voldeed, was er bij twintig procent van de deelnemers sprake van klachtentoeename gedurende de behandeling. Dit betrof een persoon die na de derde les was afgehaakt en twee anderen die, ondanks de klachtentoeename, toch het hele programma volhielden. Bij de *follow-up* -metingen waren ze alle drie weer opgeknapt en ze hadden minder klachten dan bij aanvang van de interventie. In het algemeen waren deelnemers gematigd tevreden over de interventie.

De interventie heeft potentie, maar de onderzoekers vinden dat de therapietrouw en -tevredenheid bij de gebruikers aandachtspunten zijn voor verbetering. Vervolgens is uiteraard gedegen onderzoek naar de effectiviteit nodig.

J. Spence, N. Titov, L. Johnston, B.F. Dear, B. Wootton, M. Terides, J. Zou (2013). Internet-delivered eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): an open trial [v2;ref status, <http://1000r.es/zr>] *F1000Research* 2013, 2:79 (doi:10.12688/f1000research.2-79.v2)



Hardlopende muizen vergeten hun trauma's

Onderzoekers uit Toronto vonden dat muizen die eerst bang gemaakt worden voor bepaalde stimuli met elektrische schokken, hun geconditioneerde angst voor die stimuli verliezen als ze gaan hardlopen.

In de hippocampus worden gedurende het hele leven nieuwe hersencellen aangemaakt. Neurogenese is het sterkst in de kindertijd en neemt af met de leeftijd. Aangehouden is dat neurogenese in de hippocampus ervoor zorgt dat nieuwe ervaringen opgeslagen worden in het geheugen. Op basis van het feit dat kleine kinderen vaak wel weten wat ze bijvoorbeeld een dag geleden hebben meegemaakt, maar ervaringen van bijvoorbeeld drie maanden daarvoor vergeten zijn (infantiele amnesie), vormden de onderzoekers de hypothese dat neurogenese in de hippocampus niet alleen leidt tot betere opslag van nieuwe leerervaringen, maar ook tot verloren gaan van leerervaringen van voor de neurogenese. Als dit het geval is, zou het bevorderen van neurogenese bij volwassenen moeten leiden tot meer vergeten. Hardlopen is een bekende *booster* van neurogenese bij muizen. Ook bepaalde psychotrope stoffen kunnen neurogenese bij volwassen muizen induceren.

Om deze hypothese te onderzoeken, kregen muizen een nieuwe stimulus aangeboden die vergezeld ging met een

schok. Nadien reageerden de muizen met een *freeze*-reactie op de stimulus. De ene helft van de muizen mocht vervolgens in hun kooi naar hartenlust rennen in een loopwiel en de andere helft zat stil. Na twee weken vertoonden de muizen die stil hadden gezeten nog steeds een *freeze*-reactie op de stimulus, maar de hardlopende muizen niet meer. Het experiment is herhaald met toediening van de neurogenese bevorderende psychotrope stoffen, in plaats van het hardlopen, als experimentele variabele. Daarbij werden dezelfde uitkomsten gevonden. Het effect van het hardlopen kan niet verklaard worden doordat hardlopen in het algemeen minder angstig maakt. Wanneer de muizen eerst gaan hardlopen en pas daarna bang gemaakt worden voor een stimulus, vertonen ze namelijk na twee weken precies dezelfde *freeze*-reactie als muizen die niet hardlopen.

Op basis van dit onderzoek zou hardlopen een zinvolle aanvulling kunnen zijn op een traumabehandeling met EMDR. Het valt buiten dit onderzoek, maar hardlopen geeft natuurlijk een mooie werkgeheugenbelasting. Therapeuten krijgen in ieder geval het advies de loopschoenen aan te trekken als ze bijvoorbeeld een mislukte behandeling willen vergeten.

Akers, K.A., Martinez-Canabal, A., Restivo, L. et al (2014). Hippocampal neurogenesis regulates forgetting during adulthood and infancy. *Science*, 344: 598-602, 2014. DOI:10.1126/science.1248903



Hulpverleners bij rampen minder PTSS met EMDR-PROPORA

Mexicaanse onderzoekers vonden dat PTSS bij hulpverleners die actief zijn bij rampen, zowel voorkomen als verminderd kan worden door een vereenvoudigde EMDR-interventie genaamd EMDR-PROPORA. Zij voerden een gecontroleerde studie uit waarin ze EMDR-PROPORA vergeleken met ondersteunende gesprekken.

Professionals die voortdurend worden blootgesteld aan trauma, zoals brandweerlieden, ambulancepersoneel of reddingswerkers bij een ramp, hebben een verhoogd risico op de ontwikkeling van traumagerelateerde psychische klachten. EMDR-PROPORA is een individueel EMDR-protocol dat speciaal ontwikkeld is als vroege interventie of PTSS-behandeling voor deze professionals. Dit protocol kan worden uitgevoerd door daartoe getrainde paraprofessionals, zoals collega-brandweerlieden of collega-verpleegkundigen. Dit is laagdrempelig, maar ook nuttig omdat het vooral in derdewereldlanden vaak ontbreekt aan financiële middelen om psychologen in te zetten bij traumabehandeling. Voor diegenen die na de relatief goedkope interventie alsnog klachten hebben, kan een psycholoog een duurdere PTSS-behandeling volgens de richtlijnen aanbieden.

De onderzoekers randomiseerden 39 Mexicaanse hulpverleners over twee condities. Beide condities kregen twee keer negentig minuten individuele behandeling. In de EMDR-PROPORA -conditie werd de naaste werker-ervaring in de laatste drie maanden uitgevraagd en vervolgens met de *butterfly-hug* gedesensitiseerd. In EMDR opgeleide psychologen voerden de EMDR-PROPORA uit. In de controleconditie kregen de deelnemers psycho-educatie over trauma en training in algemene probleemoplossing. De EMDR-PROPORA- groep had direct na afloop minder PTSS-klachten dan de controlegroep. Bij *follow-up* na drie maanden waren hun klachten nog verder afgenomen. De controlegroep had direct na afloop een niet-significante afname in klachten. Deze klachten waren bij *follow-up* na drie maanden weer toegenomen. De onderzoekers concluderen dat de resultaten uitnodigen om paraprofessionals in rampgebieden te trainen in EMDR-PROPORA en te onderzoeken of de interventie dan net zo effectief is. In dat toekomstige onderzoek is een wachtlijst-controlegroep aan te bevelen, omdat de hulpverleners worden behandeld in een periode waarin natuurlijk herstel kan optreden.

Jarero, I., Amaya, C., Givaudan, M., & Miranda, A. (2013). EMDR individual protocol for paraprofessional use: a randomized controlled trial with first responders. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7, 55-64.



Beter onderzoek nodig naar effectiviteit van EMDR bij kinderen en jeugd

Drie Amerikaanse onderzoekers hebben de wetenschappelijke literatuur doorgespit op zoek naar *Randomized Controlled Trials* (RCT's) op het gebied van EMDR bij kinderen en jeugdigen met PTSS. Zij vonden er slechts vijf, deze vertoonden echter allemaal belangrijke methodologische tekortkomingen. Meer en beter onderzoek is daarom dringend gewenst.

In vier van de vijf studies deed EMDR het beter dan de controleconditie. Slechts één studie, waarin EMDR vergeleken werd met *treatment as usual* (speltherapie, groepsbehandeling en gezinsinterventies), vond geen verschil. Alle studies hadden een te kleine steekproef en daardoor onvoldoende onderscheidend vermogen (*power*) om eventuele verschillen met zekerheid vast te kunnen stellen. In sommige studies waren er voorafgaand aan de behandeling relevante verschillen tussen de behandel- en controleconditie, waardoor onduidelijk is of het gevonden effect aan de behandeling kan worden toegeschreven. Sommige onderzoeken excludeerden kinderen met ernstigere problemen of herhaalde traumatisering, en gingen niet na of *dropout* samenhang met ernstigere problematiek. Hierdoor kan geen conclusie worden getrokken of EMDR ook effectief en veilig is bij meervoudig trauma en 'complexe PTSS'. De voorlopige conclusie op basis van de review is dat EMDR een veelbelovende behandeling is voor kinderen en jeugdigen met PTSS. Meer en beter opgezet onderzoek is belangrijk om definitieve uitspraken te kunnen doen over de werkzaamheid van EMDR bij kinderen en jeugd met PTSS, en om EMDR ook voor deze leeftijdsgroep als eerstekeus-behandeling in de richtlijnen voor PTSS opgenomen te krijgen.

Overigens is onlangs een nieuwe studie naar de effectiviteit van EMDR bij kinderen gepubliceerd; deze was in het AMC en is uitgevoerd door Julia Diehle en haar collega's (zie: www.nji.nl/nl/Actueel/Nieuws-over-de-jeugdsector/2014/Cognitieve-therapie-en-EMDR-even-goed-bij-PTSS). Daarnaast is er een grote, methodologisch goed opgezette Nederlandse trial van Carlijn de Roos en haar collega's waarvan de resultaten op dit moment worden geanalyseerd.

Greyber, L.R., Dulmus, C.N., Cristalli, M.E. (2012). Eye movement desensitization reprocessing, posttraumatic stress disorder, and trauma: a review of randomised controlled trials with children and adolescents. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 29, 409-425.

