

EMDR en hypnose: suggestieve elementen in een populaire techniek

Peter Baldé 

Directieve therapie, 25 (2005), p. 69-82

Samenvatting

Over de werkzame bestanddelen van Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) is veel gespeculeerd, maar er is nog weinig duidelijkheid over. Hoewel vaak wordt beweerd dat EMDR voornamelijk op suggestie berust, ontbreken serieuze analyses in die richting. De auteur stelt dat EMDR overeenkomt met de gefractioneerde inductietechniek van Langen. Hij bespreekt de suggestibiliteit-verhogende factoren van EMDR en de overeenkomsten met hypnose, zoals het toepassen van impliciete suggesties. Conclusie: EMDR werkt. Niet uitsluitend vanwege de suggestieve technieken, maar wel door daar optimaal gebruik van te maken.

Inhoud

- [Inleiding](#)
- [EMDR](#)
- [Hypnose](#)
- [Verschillen tussen hypnose en EMDR volgens Shapiro](#)
- [Overeenkomsten tussen hypnose en EMDR](#)
- [EMDR-elementen in het licht van hun suggestiviteit](#)
- [Nabeschouwing](#)
- [Referenties](#)

Inleiding

Enkele jaren geleden vertelde een collega me dat zij een cliënt van posttraumatische stress-symptomen (PTSS) had verlost met het Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)-protocol zonder oogbewegingen of enige andere vorm van bilaterale stimulatie. In plaats van haar cliënt oogbewegingen te laten doen, vroeg zij de vrouw 'even rustig te zitten'. Aan de hand van de Subjective Units of Disturbance (SUD) stelde ze vast dat de spanning van de cliënt daalde zoals we die van EMDR gewend zijn. Ook haar klachten namen af.

Naderhand hoorde ik van andere collega's dat zij dezelfde ervaring hadden gehad. Daarom begon ik ook zelf deze variant toe te passen, en met succes. EMDR is een effectieve behandelvorm van PTSS, maar blijkbaar niet alleen vanwege de oogbewegingen. De meeste onderzoekers en therapeuten vermoeden dat meerdere factoren bijdragen aan de effectiviteit van EMDR. Die factoren werden onder andere beschreven in het themanummer over EMDR in dit tijdschrift (*Dth* 21(3), 2001). Collega's vertellen vaak over de suggestieve werking van EMDR, maar een uitgebreidere analyse van de suggestieve componenten ontbreekt. Ook is er weinig gepubliceerd over de overeenkomsten tussen EMDR en hypnose. Over de redenen hiervan kan men speculeren. Mogelijk wordt een vergelijking bemoeilijkt omdat nog steeds niet geheel duidelijk is wat hypnose nu eigenlijk is (Udolf, 1987) en misschien ook omdat Shapiro (2001) geen bondige definitie van EMDR geeft. Een andere reden is wellicht dat voor- en tegenstanders elkaar op soms heftige wijze benaderen, waarbij EMDR-deskundigen de zintuiglijke stimulatie (de oogbewegingen) een centrale rol toekennen, hetgeen door tegenstanders als belachelijk wordt ervaren (McNally, 2001). Een dergelijk klimaat nodigt niet uit tot nuchtere beschouwingen, maar eerder tot het zich terugtrekken in de stellingen.

Wat mogelijk ook een rol speelt, is de verwachting dat EMDR voor de Amerikaanse rechter straks vergelijkbaar is met hypnose, waardoor getuigenissen verkregen met behulp van EMDR niet langer een juridische status hebben en slachtoffers die met EMDR behandeld zijn, hun dader niet juridisch mogen vervolgen (Shapiro, 2001, p. 99). Een dergelijk perspectief is niet bepaald motiverend om overeenkomsten tussen EMDR en hypnose over het voetlicht te brengen.

In dit artikel geef ik daar niettemin een aanzet toe. Want er zijn nogal wat overeenkomsten tussen EMDR en hypnose, zowel in procedures als in woordpatronen.

EMDR

EMDR is ontwikkeld door de psycholoog Francine Shapiro, die bij zichzelf ontdekte dat spontane oogbewegingen tijdens het overdenken van onplezierige zaken leidden tot desensitisering. Zij onderzocht de methode bij 22 mensen met PTSS-symptomen en vond positieve effecten (Shapiro, 1989). Aanvankelijk heette de methode EMD, zonder de R van reprocessing. Die voegde ze later toe, nadat ze tot de conclusie was gekomen dat er geen 'eenvoudige' desensitatie plaatsvond maar informatieverwerking. De werking van EMDR wordt verklaard door dit proces van informatieverwerking, Adaptive Information Processing (AIP) genoemd (Shapiro, 2001). Dit veronderstelde fysiologische proces verandert storende, niet-functionele input in een adaptievere vorm van informatie. Traumatische ervaringen kunnen de werking van het AIP-systeem verstoren.

Shapiro (2001) stelt dat EMDR het AIP-systeem op verschillende manieren kan activeren:

1. door deconditionering die het gevolg is van de ontspanning tijdens EMDR;
2. door het activeren en versterken van zwakke adaptieve associaties;
3. door andere, nog onbekende functies van de duale aandacht tijdens EMDR.

De cliënt geeft bij EMDR namelijk gelijktijdig aandacht aan de traumatische stimuli en aan neutrale sensorische stimuli. Deze neutrale stimulatie betreft meestal het maken van oogbewegingen, maar ook wel auditieve of tactiele stimuli. Deze stimulatie heet bilateraal, omdat ze afwisselend links en rechts van het lichaam wordt toegediend.

Het basisprotocol van EMDR bestaat uit acht fasen, elk met exact voorgeschreven procedures. In de eerste fase bepaalt de therapeut of de cliënt geschikt is voor EMDR-behandeling. Tevens stelt de therapeut het behandelplan op. In de tweede fase bereidt hij de cliënt voor op heftige emoties en wekt hij de juiste verwachtingen. In de derde fase selecteert de therapeut een beeld om te desensitiseren. Hij stelt vast welke negatieve cognitie de cliënt heeft bij dit beeld (bijvoorbeeld 'Ik ben slecht' of 'Ik ben schuldig') en hoe hevig de emotie is, als de cliënt het beeld en de negatieve cognitie tegelijk in gedachten neemt. Hiertoe gebruikt de therapeut de Subjective Units of Disturbance-schaal (SUD) van Wolpe, die gaat van 0 (geen emotie) tot 10 (zeer heftige emotie). De cliënt kiest een positieve, adaptieve cognitie die de plaats gaat innemen van de negatieve cognitie. De mate waarin de cliënt de positieve cognitie bij het traumatische beeld als 'waar' aanvoelt, noemt men bij EMDR de Validity of Control (VOC), aangegeven op een zevenpuntsschaal van 'helemaal niet waar' tot 'helemaal waar'. De vierde fase is de verwerkings- of desensitatiefase, waarin de therapeut de sensorische stimulatie toedient, terwijl de cliënt aan het traumatisch materiaal denkt. In de vijfde fase automatiseert, ofwel 'installeert', de therapeut de positieve cognitie. De cliënt denkt hierbij aan het traumatische beeld en aan de positieve cognitie, terwijl de therapeut de sensorische stimulatie toedient. In de zesde fase kan de cliënt, indien nodig, de resterende emotionele reacties verwerken en in de zevende fase bereidt de therapeut de cliënt voor op de periode tot de volgende sessie. In de afsluitende achtste fase evalueren de therapeut en cliënt de sessie en bespreken welke stappen verder worden genomen.

Een duidelijke definitie van EMDR heb ik in Shapiro (2001) niet gevonden. Zij beschrijft wel de te volgen procedures en mogelijke werkingsmechanismen. Ik kom zelf tot de volgende definitie: EMDR is een set van procedures waarbij bestaande (en disfunctionele) informatie wordt opgeroepen, nieuwe (en functionele) informatie wordt geïntroduceerd en verwerking daarvan wordt bevorderd door duale aandacht aan interne stimuli en externe bilaterale stimuli, waardoor de helderheid en duidelijkheid van traumatische beelden evenals het begeleidend affect afnemen en adaptieve informatie toegankelijker wordt.

Hypnose

Hoewel hypnose de afgelopen eeuw veel is onderzocht, is nog steeds niet duidelijk wat het is. Ook over het opwekken van hypnose, de inductie, bestaat geen eenduidigheid. De inductie bestaat uit instructies om de aandacht te fixeren (bijvoorbeeld het kijken naar een vast punt) en vaak ook om het lichaam te ontspannen, waarna suggesties volgen om 'dieper in trance te gaan'. Hoewel suggesties vaak gericht zijn op ontspanning, is dat niet strikt noodzakelijk. Mensen kunnen bijvoorbeeld ook in hypnose raken, terwijl ze inspannende lichamelijke handelingen verrichten (Banyai & Hilgard, 1976).

Hypnose wordt meestal opgevat als een staat van veranderd bewustzijn. Maar hoe die staat eruit ziet is onduidelijk, omdat indicatoren van deze staat ontbreken (Kirsch & Lynn, 1995). Daarom beschouwen anderen (Banyai & Hilgard, 1976) hypnose als een vorm van sociale interactie, waarin de hypnotiseur suggesties geeft aan de gehypnotiseerde (het subject), als gevolg waarvan deze

verschillende ervaringen en waarnemingen krijgt. In deze visie speelt de positieve verwachting van het subject een centrale rol.

Beide visies op hypnose delen één gegeven: gedurende de inductie raakt het subject vatbaarder voor suggesties (Udolf, 1987). Er bestaan individuele verschillen in suggestibiliteit, dat wil zeggen in de mate waarin mensen hypnotiseerbaar zijn (Bowers, 1983; Hilgard, 1965). Deze suggestibiliteit is een stabiele eigenschap, die niet verandert gedurende het verstrijken van de tijd en onafhankelijk is van de meeste andere persoonlijkheidskenmerken. Suggestibiliteit correleert laag (.30) met 'imaginative involvement', de mate waarin iemand betrokken raakt in fantasieën (Kirsch & Council, 1992). In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, zullen ook hoog-suggestibele mensen onder hypnose niets doen of geloven wat indruist tegen hun ethische principes (Orne & Evans, 1965).

Een ander kenmerk van hypnose is de ervaring dat de veranderingen in gedrag, gevoel en waarneming plaatsvinden zonder dat het subject daar bewust invloed op uitoefent (Hilgard, 1965; Weizenhoffer, 1980). Hypnose kan invloed hebben op de 'reality monitoring', onze realiteitstoetsing. Zo kan men als gevolg van suggesties onder hypnose de indruk hebben dat men naar echte muziek luistert, terwijl men zich in werkelijkheid alleen muziek voorstelt (Udolf, 1987) en men kan gefantaseerde gebeurtenissen beoordelen als waar gebeurd (McNally, 2003).

Voor de definitie van hypnose ga ik uit van de 'state' opvatting (Udolf, 1987). Trance is volgens Udolf synoniem met twee andere benamingen, namelijk 'an altered state of consciousness' en 'a state of heightened suggestibility'. Hij stelt verder dat trancediepte kan worden gedefinieerd als 'the probability that a subject will respond as requested to a suggestion'. Hypnose definieer ik hierbij dus als 'een staat van verhoogde suggestibiliteit'.

Verschillen tussen hypnose en EMDR volgens Shapiro

In haar vergelijking van EMDR met hypnose gaat Shapiro (2001) niet in op de gelijkenissen van EMDR met hypnose. Ze benadrukt vooral de verschillen tussen beide methoden ('EMDR and hypnosis are very dissimilar', p. 326).

EMDR-cliënten hebben geen sequentiële tijdsbeleving

Shapiro (2001) stelt dat in hypnose de herbeleving van een herinnering sequentieel verloopt, dus van begin tot eind. In EMDR verloopt de verwerking van een traumatische gebeurtenis daarentegen door ervaring van sleutelmomenten, die zich in de oorspronkelijke ervaring niet noodzakelijk in die volgorde hebben voorgedaan.

Dat is inderdaad vaak het geval, maar of dit komt doordat EMDR geen hypnose is, is nog maar de vraag. Aannemelijker is dat het een gevolg is van verschillende suggesties en procedures. Bij hypnose vraagt de therapeut de cliënt bij een herbeleving wat hij ervaart en geeft hij hem de tijd om erover te vertellen. De min of meer impliciete suggestie is daarbij om het gebeurde sequentieel te (her)beleven en weer te geven. Bij EMDR ontmoedigt de therapeut juist een sequentiële weergave van de herinnering. De therapeut vraagt de cliënt om na elke set oogbewegingen (waarbij niet wordt gesproken) kort aan te geven wat er op dat moment in hem omgaat. Het is logisch dat de cliënt dan een sleutelmoment of emotie aangeeft.

Alertheid van de EMDR-cliënt

Volgens Shapiro (2001) lijken EMDR-cliënten alerter en bewuster dan gehypnotiseerden. Alert en bewust zijn is echter geen indicatie van het afwezig zijn van hypnose (Banyai & Hilgard, 1976).

EMDR-cliënten zijn minder gevoelig voor ongepaste suggesties

Een ongepaste ('inappropriate') suggestie vindt Shapiro het wegnemen van ware ideeën. Waarschijnlijk doelt ze op het gegeven dat bij hypnose als gevolg van suggesties veranderingen in 'reality monitoring' kunnen optreden. Een voorbeeld is de amnesie voor een cijfer, nadat is gesuggereerd om dat cijfer te vergeten. Bij het hardop tellen van één tot tien noemt de cliënt het bedoelde cijfer dan niet.

Dergelijke zaken gebeuren bij EMDR inderdaad nooit, maar ze worden daar ook nooit gesuggereerd. Wel suggereert de therapeut bij EMDR dat het subject adaptieve cognities zal gaan voelen als meer waar. Dat is dan ook precies wat er vervolgens gebeurt. Bij hypnose geldt overigens evenals bij EMDR dat de cliënt gedachten en opvattingen die voor hem onethisch zijn, niet zal accepteren (Orne & Evans, 1965).

EEG-verschil

Een ander verschil betreft volgens Shapiro (2001) hersenactiviteit. Nicosia (1994) vond slechts 'waak-hersenactiviteit' in de dominante cortex van een cliënt tijdens een EMDR-behandeling, in plaats van de alfa-activiteit die kenmerkend zou zijn voor hypnose.

Hypnose is echter lastig te definiëren door hersenactiviteit en zeker niet vast te stellen op basis van een elektro-encefalogram (EEG) alleen (Bauer & McCanne, 1980; McCranie, Crasilneck, & Tetter, 1955; Schwartz, Bickford, & Rasmussen, 1955; Woody, 1998).

Vershil in visualisatie

Bij EMDR visualiseert de cliënt op een imaginair televisiescherm en bij hypnose zou dit volgens Shapiro gebeuren op een filmdoek, op afstand (Shapiro, 2001, p. 226). De grotere afstand die de cliënt ervaart tussen zichzelf en het geprojecteerde beeld zou volgens haar indicatief zijn voor hypnose.

Waarom dit zo is, ontgaat mij. Ook onder hypnose kan een cliënt namelijk goed naar een imaginair televisiescherm kijken, zowel dichtbij als veraf. Dit mogelijke kenmerk van hypnose heb ik ook niet in de literatuur teruggevonden. Wel kunnen therapeuten verschillende projectietechnieken gebruiken om hun cliënt, die al dan niet onder hypnose is, naar een beeld te laten kijken. Hoe verder af en kleiner het beeld, des te minder emotioneel het bijbehorende affect over het algemeen is.

Overeenkomsten tussen hypnose en EMDR

Bij de door Langen (1972) beschreven gefractioneerde inductiemethode brengt de therapeut de cliënt gedurende korte tijd afwisselend in en gedeeltelijk weer uit trance. Dit resulteert in een snel toenemende verdieping van hypnose. Cladder & Lens (1986) stellen dan ook dat deze methode nuttig is 'voor zeer kritische patiënten, zeer onervaren hypnotherapeuten, of voor het bereiken van een diepe trance'. Dat bepaalde mensen tijdens de EMDR-verwerkingsfase gemakkelijk in hypnose gaan, is niet alleen Shapiro (2001, p. 246) opgevallen, maar ook mij en vele andere therapeuten. Wat zijn nu de overeenkomsten tussen EMDR en hypnose?

Aandachtsfixatie

Zowel bij hypnose als bij EMDR richt de cliënt de aandacht op één punt. Bij EMDR zijn dit de bewegende vingers van de therapeut.

Passieve mentale instelling

Zowel bij EMDR als hypnose wordt een passieve mentale instelling aangemoedigd. Bij EMDR door instructies om 'op te laten komen wat er opkomt' en 'het te laten gebeuren'.

Gefractioneerde inductie

De EMDR-therapeut laat de aandacht fixeren, activeert het passieve primaire proces ('Wat gaat er door je heen?') en hervat daarna de oogfixatie. Deze cyclus herhaalt hij tijdens de verwerkingsfase vele malen. Mijn stelling is dat EMDR door het afwisselen van de aandachtsfixatie en de oriëntatie op het primaire proces sterk verwant is aan de gefractioneerde inductietechniek van Langen.

EMDR-elementen in het licht van hun suggestiviteit

In EMDR-opleidingen is de letterlijke verwoording van de interventies en de volgorde ervan een belangrijke factor en daar wordt ook op getraind. Zou dat bijdragen aan de effectiviteit? Analyse van de EMDR-interventies leidt tot andere bevindingen met betrekking tot de strekking van dit artikel, namelijk dat woordgebruik en procedures van EMDR leiden tot een hogere suggestibiliteit, lees tot hypnose.

Sinds Erickson en Rossi (1983) is elke behandelaar bekend met het verschil in effectiviteit van expliciete of directe suggesties en impliciete of indirecte suggesties. Erickson was van mening dat impliciete suggesties effectiever zijn, doordat deze zich gemakkelijker onttrekken aan kritische vermogens. Ze kunnen zelfs leiden tot een (tijdelijke) vermindering ervan. Erickson gaf tal van voorbeelden. Ik noem hier alleen het stellen van een vraag waarin een keuze wordt aangeboden. De cliënt richt de aandacht op het kiezen tussen twee alternatieven, waarbij de kans stijgt dat hij de erin verpakte vooronderstelling accepteert. Een bekend voorbeeld van Erickson is: 'Zou je liever nu in trance gaan of straks?' De impliciete suggestie is: 'Ik ga nu in trance' (Erickson & Rossi, 1983, p. 48).

EMDR kent een groot belang toe aan cognitieve factoren, aan de heroriëntatie of herinterpretatie van het traumatisch materiaal. Een aantal van de EMDR-suggesties die ik noem betreft dan ook de

herstructurering van het traumamateriaal. Andere therapeutische suggesties betreffen de aard van verwerking, het waarom van een ervaring of gevoel en het beschikken over bepaalde vermogens. Ik vermeld wat er gebeurt bij EMDR en geef telkens aan welke suggestie daarvan uitgaat. Vaak geef ik aan of een suggestie impliciet is of expliciet. Ik heb de suggesties gerangschikt naar de acht fasen van het EMDR-protocol. De voorbeelden zijn ontleend aan het boek van Shapiro (2001). Of de therapeutische suggesties op waarheid berusten of niet, valt buiten bereik van dit artikel. Het gaat hier slechts om het stipuleren ervan.

De voorbereidende fase in het EMDR-protocol

'Je kunt de oogbewegingen vergelijken met het gaspedaal van een auto waarmee je in een tunnel rijdt: als je gas geeft ben je er sneller doorheen.'

'Oogbewegingen versnellen informatieverwerking van de hersenen.'

'De hersenen verwerken de informatie onder invloed van oogbewegingen altijd op een adaptieve manier.'

'Je laten behandelen met EMDR helpt. Enkele sessies (één sessie) zijn (is) voldoende.'

Dit zijn voorbeelden van directe suggesties.

'Mensen die een zeer heftige ervaring meemaken, kunnen PTSS-symptomen ontwikkelen.' De indirecte suggestie is: 'Het is logisch dat ik PTSS heb.' De suggestie vermindert het schaamtegevoel. Deze suggestie mag overbodig lijken, maar veel mensen schamen zich voor hun symptomen. Ook is de diagnose PTSS lange tijd omstreden geweest en er zijn deskundigen die het bestaan ervan in twijfel trekken (McNally, 2003).

'Het komt, omdat je iets nog niet "verwerkt" hebt.' De indirecte suggestie is: 'Mensen kunnen een gebeurtenis wel of niet verwerken. Ik heb hem nog niet verwerkt. Nog niet verwerkt, betekent dat ik hem in de toekomst kan verwerken.'

'Vertelt u het hele verhaal, alles wat is gebeurd.' De indirecte suggestie: 'Het vertellen van het hele verhaal aan de therapeut helpt.'

De fase van activering van de te verwerken herinnering

'Als u de film afdraait van de gebeurtenis en u zet de film stop op het naaste moment zoals u dat nu ervaart, welk beeld is dat dan?' De indirecte suggesties is: 'Ik kan een film bekijken van het trauma. Ik kan die film stilzetten. Er is een meest traumatisch moment en ik kan bepalen welk moment dat is. Ik kan dat beeld bekijken.'

'Welke negatieve opvatting (over uzelf of de wereld) heeft u bij dat beeld?' De indirecte suggesties is: 'Bij dat moment heb ik een negatieve opvatting. Ik kan dat beeld bekijken en tegelijkertijd nadenken over de vraag welke negatieve opvatting ik erbij heb. Ik ben voldoende rustig om dat te kunnen.'

'Welke positieve opvatting zou u bij dat beeld willen hebben?' De indirecte suggestie is: 'Ik kan een positieve opvatting bij dat beeld hebben. Ik kan kiezen welke.'

'Als u de positieve opvatting bij het beeld denkt, hoe waar voelt dan de positieve opvatting aan op een schaal van één tot zeven?' De indirecte suggesties zijn: 'Een opvatting over mijzelf kan meer of minder waar aanvoelen. Dit is afhankelijk van het beeld waaraan ik denk. Er is een verschil tussen een ware of onware opvatting en een opvatting die als waar of onwaar "wordt aanvoeld".'

'Als je het beeld in gedachten neemt en de negatieve opvatting, welke emotie ervaar je dan nu?' De impliciete suggestie is: 'Als ik een beeld en een negatieve opvatting tegelijk in gedachten neem, dan ervaar ik een emotie.'

'Waar voel je die emotie in het lichaam?' De impliciete suggesties zijn: 'Die emotie voel ik ergens in mijn lichaam. Die emotie voel ik ergens anders in mijn lichaam niet.'

'Hoe heftig is dat gevoel op een schaal van nul tot tien?' De impliciete suggestie is: 'Ik kan aangeven hoe hevig dat gevoel is. Als de heftigheid geen tien is, dan heb ik het zeker al een beetje in de hand.'

'Neem het beeld voor u en de negatieve opvatting en het gevoel, en merk op waar in uw lichaam u het voelt.' De indirecte suggestie is: 'Ik kan bewust kiezen om op een bepaalde manier aan het trauma te denken.'

De verwerkingsfase

Exposure vindt binnen EMDR plaats volgens een strak format. De cliënt denkt aan het traumatische materiaal en beweegt tegelijkertijd zijn ogen. Na ongeveer een halve minuut stopt hij op instigatie van de therapeut de oogbewegingen, hoort de vraag naar wat er in hem omgaat, geeft daar antwoord op, denkt daaraan terwijl hij weer beweegt met de ogen, enzovoort. Binnen deze duidelijke structuur kan de cliënt ervaren, voelen en zeggen wat hij wil. De impliciete suggesties van deze methodiek zijn:

'Binnen deze strakke kaders is het veilig. Ik ervaar nu wel heftige emoties, maar ik zit hier bij de therapeut naar bewegende vingers te kijken en kan ermee stoppen wanneer hij dat vraagt, en luisteren naar een vraag om die dan te beantwoorden. Dus zo erg kan het allemaal niet zijn.'

'Neem het beeld voor ogen, denk aan de negatieve uitspraak over jezelf, voel de emotie in je lichaam en volg met je ogen mijn vingers.' De indirecte suggestie is: 'Ik kan tegelijkertijd het stilstaande beeld bekijken, de negatieve opvatting denken, mijn aandacht op het gevoel in mijn lichaam richten en naar bewegende vingers kijken.'

Bij EMDR assisteert de therapeut de cliënt om zich te ontspannen en prettiger te voelen. Dit doet hij door regelmatige onderbreking van de exposure ('Zet het even van je af') en hem een volle ademteug te laten nemen. Deze onderbreking zorgt ervoor dat de cliënt zich steeds met meer aandacht en ontspanning kan richten op het trauma.

Wanneer bij de cliënt geen veranderingen meer optreden checkt de therapeut de SUD. Hij vraagt de cliënt weer te denken aan het traumatische aanvangsbeeld en nu, in tegenstelling tot de keer waarop hij voor de eerste keer de SUD bepaalde, zonder negatieve cognitie: *'Als je nu denkt aan het aanvangsbeeld, hoeveel nare emoties ervaar je dan op een schaal van één tot tien?'* Dat de SUD zonder negatieve cognitie lager is dan met de negatieve cognitie is logisch en niet noodzakelijk het gevolg van de oogbewegingen. De cliënt is zich hiervan meestal niet bewust en merkt alleen dat zijn SUD is gedaald. De impliciete suggestie is: 'Oogbewegingen helpen.'

Na het stoppen van de oogbewegingen vraagt de therapeut: *'Wat gaat er (nu) in je om?'* De indirecte suggesties zijn: 'Er gaat iets in me om. Er gaat iets anders in me om dan daarstraks. Het is belangrijk want er wordt naar gevraagd.'

Regelmatig laat de therapeut de cliënt weer aan het aanvangsbeeld denken en vraagt dan: *'Hoeveel nare gevoelens op een schaal van nul tot tien ervaar je nu als je weer aan het aanvangsbeeld denkt?'* De indirecte suggesties zijn: 'De heftigheid van het gevoel is veranderd als gevolg van oogbewegingen. Op den duur zal het verminderen als gevolg van oogbewegingen. Het nare gevoel kan nul worden.'

Als de emoties van de cliënt heftig worden, zegt de therapeut: *'Stel je voor dat je naar de beelden kijkt, zoals naar het voorbijtrekkende landschap vanuit een trein.'* De indirecte suggestie is: 'Ik kan beelden die bij me opkomen rustig bekijken als het landschap vanuit een trein. De beelden trekken voorbij en zullen verdwijnen. Ik kan afstand nemen. Er is een glaswand tussen mij en mijn herinnering.' Andere instructies die het automatische aspect van de beleving bevorderen, een element van de hypnotische trance, zijn: *'Just notice', 'It is just the scenery', 'Let happen what happens'.*

Een andere interventie bij intense emoties is: *'Het zijn oude emoties, het ligt in het verleden.'* De directe suggestie is: 'De gevoelens die ik ervaar, zijn "oud".' Andere EMDR-interventies bij heftige emoties betreffen manipulatie van visuele aspecten van de ervaring: *'Verander de film in een stilstaand beeld', 'Verander de kleuren in zwart-wit', 'Stel je voor dat het kind-slachtoffer de hand van haar volwassen zelf vasthoudt', 'Plaats een beschermende glaswand tussen jezelf en de dader, en plaats de dader ver weg'.* In dit laatste voorbeeld wordt de cliënt gevraagd om de dader steeds dichterbij te plaatsen naarmate de verwerking vordert. De indirecte suggesties zijn: 'Ik beschik over de vermogens om dit te doen en kan daardoor de emoties beter hanteren.'

Na elke set oogbewegingen zegt de therapeut: *'Zet het beeld even van je af of wis het even uit en neem een volle ademteug in en uit.'* De indirecte suggesties zijn: 'Ik beschik over het vermogen om het beeld te wissen of van me af te zetten. Het is goed om dat te doen na een set oogbewegingen. Het is goed om een volle ademteug te nemen.'

Bij een incomplete sessie zegt de therapeut: *'We kunnen het nu opbergen', 'Het kan in een doos gedaan worden tot de volgende keer'* of *'We kunnen het nu laten gaan'.* De indirecte suggestie is: 'Ik kan herinneringen in een doos opbergen. Ik kan ze er ook weer uithalen.'

De fase van het automatiseren en eigen maken van de positieve opvatting

De therapeut dient oogbewegingen toe, terwijl de cliënt aan het traumatische beeld denkt met de positieve opvatting in gedachten. Vervolgens stopt hij en vraagt: *'Neem het beeld weer voor je en denk aan de positieve opvatting. Hoe hoog op een schaal van één tot zeven is gevoelsmatig het waarheidsgehalte van de opvatting bij dat beeld?'* De indirecte suggesties zijn: 'Het gevoelsmatige waarheidsgehalte kan hoger worden. Dat kan als gevolg van oogbewegingen.'

De therapeut gaat door met het toedienen van de sets oogbewegingen zolang de geloofwaardigheid stijgt en nog geen 100% is. De indirecte suggesties zijn: 'De geloofwaardigheid kan 100% worden. Dat is wenselijk.' Wanneer hij 100% is geworden, dient de therapeut nogmaals een set oogbewegingen toe en vraagt dan: *'Is de geloofwaardigheid gelijk gebleven of nog hoger geworden?'*

De indirecte suggesties zijn: 'Hij kan nÃ³g hoger worden dan 100%. Hij kan hoger worden of hetzelfde blijven, maar hij kan nÃ©t zakken.'

De fase van de afsluiting

'De verwerking van het trauma gaat na de sessie door. Schrijf eventuele nare, maar ook fijne emoties op in je dagboekje.' De indirecte suggesties zijn: 'Het opschrijven is goed. Dat geldt voor nare emoties en ook voor prettige. Het is belangrijk om ze te noteren.'

Nabeschuwing

Mijn mening over de rol van hypnose bij EMDR is de laatste jaren veranderd. In tegenstelling tot wat ik eerst meende (Baldé, 2001), denk ik dat de EMDR-verwerkingsfase een potentieel krachtige, trance-inducerende procedure is. Dit baseer ik op basis van de in dit artikel gepresenteerde analyse. Door het gepolitiseerde klimaat dat is ontstaan rond EMDR, kunnen betrokkenen niet meer neutraal oordelen over de methode. Shapiro lijkt de suggestieve en hypnotische elementen te bagatelliseren en anderen beweren juist dat EMDR voornamelijk op suggestie berust. Geen van beide partijen maakt daarbij haar standpunt aannemelijk.

Bij nadere beschouwing lijkt de verwerkingsfase van EMDR duidelijk verwant aan inductietechnieken die gebruikt worden bij hypnose. Vooral de aandachtsfixatie gekoppeld aan de passiviteitssuggestie is een centraal element in veel inductietechnieken. De cyclische herhaling ervan versterkt het effect en hiermee vertoont EMDR een opvallende gelijkenis met de inductietechniek van Langen.

Daarnaast bevat EMDR vele suggestieve woordpatronen. Ik beweer niet dat EMDR zich in het gebruik van suggestieve componenten principieel onderscheidt van andere therapietechnieken; wel dat er bij EMDR over het gebruik van suggestieve technieken goed is nagedacht. Dit leidde tot een voor therapieland ongekend strak protocol dat bij ondoordachte afwijking afbreuk kan doen aan effectiviteit.

Het moge zo zijn dat er niet veel nieuw is aan EMDR. De grote verdienste van Shapiro is naar mijn mening wel dat zij diverse werkzame elementen, waaronder hypnotische, op een unieke wijze heeft geprotocolleerd tot een effectieve methode.

Het zou overigens interessant zijn om de hypothese te onderzoeken of de EMDR-verwerkingsfase inderdaad een inductiemethode is en leidt tot een toename van suggestibiliteit. Bij mijn weten is dat onderzoek nog niet gedaan.

Abstract

Much has been speculated about the components that make Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) effective, but not much is clear. The much heard opinion that the effectiveness of EMDR is mainly caused by suggestion was never seriously analysed. The author claims that EMDR bears a close resemblance with hypnosis, especially with the fractional induction technique of Langen. The article discusses the EMDR components that enhance suggestibility and the other similarities between EMDR and hypnosis. Furthermore, he analyses the linguistic patterns and implicit suggestions of the EMDR protocol. The author does not hold that EMDR is ineffective, nor that it is merely a suggestive technique. He does argue that EMDR optimally incorporates suggestive techniques.

Referenties

1. Baldé, P.D. (2001). *Met andere ogen bekeken. EMDR bij het oplossen van emotionele problemen*. Uitgeverij Elmar, Delft.
2. Banyai, E.I., & Hilgard, E.R. (1976). A comparison of active-alert hypnotic induction with traditional relaxation induction. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 218-224.
3. Bauer, K.E., & McCanne, T.R. (1980). Autonomic and central nervous system responding: During hypnosis and simulation of hypnosis. In: R. Udolf (1987) *Handbook of Hypnosis for Professionals (2nd ed.)*. New York: Van Nostrand Reinhold.
4. Bowers, K.S. (1983). *Hypnosis for the seriously curious*. New York: Norton.
5. Erickson, M.H., & Rossi, E.L. (1983). *Exploraties in hypnotherapie*. Van Loghum Slaterus.
6. Cladder, J.M., & Lens, J.W.M. (1986). *Moderne Hypnotherapie*. Swets en Zeitlinger, Lisse.

7. Hilgard, E.R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. Harcourt, New York.
8. Kirsch, I., & Council, J.R. (1992). Situational and personality correlates of hypnotic responsiveness. In: E. Fromm & M.R. Nash. *Contemporary hypnosis research*. The Guilford Press, New York.
9. Kirsch, I., & Lynn, S.J. (1995). The altered state of hypnosis: Changes in the theoretical landscape. *American Psychologist* 50, 846-858.
10. Langen, D. (1972). Kompendium der medizinischen Hypnose. Karger. In: J.M. Cladder & J.W.M. Lens (1986). *Moderne Hypnotherapie*. Swets en Zeitlinger, Lisse.
11. McCranie, E.J., Crasilneck, H.B., & Tetter, H.R. (1955). In: R. Udolf (1987). *Handbook of Hypnosis for Professionals (2nd ed.)*. New York: Van Nostrand Rheinhold.
12. McNally, R.J. (2001). EMDR en mesmerisme: een vergelijkend historisch onderzoek. *Dth* 21(3), 270-285.
13. McNally, R.J. (2003). *Remembering Trauma*. Harvard University Press.
14. Nicosia, G. (1994, March). *A mechanism for dissociation suggested by the quantitative analysis of electroencephalography*. Paper Presented at the International EMDR Annual Conference, Sunnyvale, CA.
15. Orne, M.T., & Evans, F. (1965). Social control in the psychological experiment: Antisocial behavior and hypnosis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 189-200.
16. Shapiro, F. (1989). Efficacy on the eye movement desensitisation procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies*, 2, 199-223.
17. Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing*. The Guilford Press, New York.
18. Schwartz, B.E., Bickford, R.G., & Rasmussen, W.C. (1955). Hypnotic phenomena, including hypnotically activated seizures, studied with the electroencephalogram. In: H.B. Crasilneck & J.A. Hall (1985). *Clinical Hypnosis: Principles and Applications (2nd ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.
19. Udolf, R. (1987). *Handbook of Hypnosis for Professionals (2nd ed.)*. New York: Van Nostrand Rheinhold.
20. Weizenhoffer, A.M. (1980). Hypnotic susceptibility revisited. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 22, 130-146.
21. Woody, E.Z. (1998, December). *Introduction: Neural Bases of Hypnosis*. Invited symposium presentation at the 5th Internet World Congress on Biomedical Sciences, McMaster University, Canada (available from URL: <http://www.mcmaster.ca/inabis98/woody/woody0785/index.html>).

Copyright 2005, Bohn Stafleu van Loghum, Houten