



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelmethodede voor de gevolgen van psychotrauma

de Jongh, A.; ten Broeke, E.

Publication date

2019

Document Version

Final published version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

de Jongh, A., & ten Broeke, E. (2019). *Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelmethodede voor de gevolgen van psychotrauma*. (7 ed.) Pearson Assessment and Information.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

1

Inleiding

1.1 Achtergronden van EMDR

De eerste ontwikkeling van EMDR is gebaseerd op toevallige observatie. De Amerikaanse psychologe Francine Shapiro bemerkte in 1987 tijdens het maken van een wandeling dat er een onprettige herinnering uit haar jeugd naar boven kwam. Nadat haar ogen vanzelf enkele keren snel heen en weer hadden bewogen, verminderde de negatieve emotionele lading van deze herinnering plotseling drastisch. Geïntrigeerd door deze bevindingen probeerde Shapiro vast te stellen of er een verband bestond tussen deze kennelijk min of meer spontane 'verwerking' en het maken van oogbewegingen. Bovendien wilde ze nagaan of het waargenomen effect dat de snelle oogbewegingen hadden ook bij anderen kon worden bereikt. Onder haar eerste proefpersonen bevond zich een aantal Vietnamveteranen die reeds langdurig waren behandeld voor een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Het bleek dat als ze hen vroeg tegelijkertijd in gedachten een herinnering aan een aversieve gebeurtenis op te roepen en de ogen heen en weer te bewegen, het daarna prettiger was aan deze herinnering terug te denken. Uiteindelijk bleek het gemakkelijker de patiënt te vragen zich de schokkende gebeurtenis, en de daarbij behorende gevoelens en gedachten, voor te stellen en tegelijkertijd met de ogen de vingers van de behandelaar te volgen. Vervolgens leidde Shapiro de patiënt af door met snelle horizontale bewegingen van haar hand voor de ogen van de patiënt heen en weer te bewegen.

Het experimenteren met patiënten leidde uiteindelijk tot de ontwikkeling van een geprotocolleerde procedure: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, afgekort tot EMDR. De eerste beschrijving ervan verscheen in 1989 onder de naam *Eye Movement Desensitization (EMD)*. In hetzelfde jaar werden ook de resultaten gepubliceerd van Shapiro's eerste gecontroleerde studie van de effec-

ten van haar methode bij patiënten met uiteenlopende soorten traumatische ervaringen. Het was op dat moment een van de eerste gecontroleerde studies naar de behandeling van PTSS.¹ De resultaten waren opmerkelijk: 22 gewondslachtoffers met een PTSS ondergingen één zitting EMDR, die voldoende bleek om ten minste één traumatische herinnering vrijwel geheel te desensitiseren. De veranderingen bleken ook na drie en na zes maanden nog te bestaan; *flashbacks* en intrusieve gedachten waren sterk afgenomen. Omdat deze publicatie verscheen in een door onderzoekers op het gebied van psychotrauma gerespecteerd internationaal tijdschrift, was er vanaf het begin veel belangstelling voor EMDR. Dit werd nog versterkt door het feit dat Joseph Wolpe, een internationaal gerespecteerd gedragstherapeut van het eerste uur, zich zeer positief uitliet over EMDR en een opmerkelijk succesvolle casus publiceerde. Er kwam langzamerhand steeds meer vraag naar opleidingen in EMDR. In de jaren na de eerste publicaties werd de procedure verder verfijnd en evolueerde ze tot een volwaardige therapeutische methode met protocollen voor verschillende vormen van traumage-relateerde aandoeningen, waaronder gecompliceerde rouw, fantoompijn en specifieke fobieën (zie bijvoorbeeld De Jongh e.a., 1999; Shapiro, 2001; Ten Broeke, De Jongh & Oppenheim, 2012; Oppenheim, Hornsveld, Ten Broeke & De Jongh, 2015; Valiente-Gómez e.a., 2017). Ook in Nederland was er al vroeg belangstelling voor EMDR; vanaf 1993 worden er in ons land opleidingen in EMDR gegeven.

1.2 Oogbewegingen of niet?

De EMDR-procedure bevat veel elementen die ook in andere vormen van psychotherapie zijn terug te vinden. Het opvallendste verschil is echter dat bij EMDR de patiënt wordt verzocht met de ogen de vingers van de therapeut te volgen. Dit aspect staat ook centraal in de naamgeving van EMDR. Francine Shapiro was er aanvankelijk namelijk van overtuigd dat het de oogbewegingen waren die het verwerkingsproces bij de patiënt in gang zetten. Zij ging ervan uit dat zeer ingrijpende gebeurtenissen de emotionele balans van de hersenen zodanig verstoorden, dat tijdens zo'n gebeurtenis herinneringen, en de daarbij behorende cognities, emoties en fysiologische reacties, als het ware in 'bevroren' toestand in de hersenen werden opgeslagen. Onder invloed van de oogbewegingen zouden, door middel van een proces dat overeenkomsten vertoont met de

¹ Men moet zich daarbij realiseren dat PTSS in die tijd bekendstond als een stoornis die niet eenvoudig te behandelen was. Er was tot dat moment namelijk nog maar één effectstudie naar de behandeling van PTSS gepubliceerd en de resultaten waren bepaald niet opzienbarend. Zo werd ontdekt dat 45 zittingen relaxatie en biofeedback-desensitisatie effectiever was dan helemaal geen behandeling (Peniston, 1986).

REM-slaap, deze opgeslagen traumatische belevingen vrijkomen en alsnog kunnen worden verwerkt. Deze werkhypothese is duidelijk gebaseerd op Shapiro's observaties op basis van de eerste praktijkresultaten van haar methode. Pas veel later zouden wetenschappers op het terrein van de neurobiologie en de experimentele psychopathologie met verfijndere theorieën komen om de EMDR-effecten te helpen verklaren (bijvoorbeeld Stickgold, 2002; Günter & Bodner, 2008; Lee & Cuijpers, 2013).

Tegen deze achtergrond is het niet verwonderlijk dat in eerste instantie veel nadruk werd gelegd op het induceren van oogbewegingen. Om oogbewegingen uit te lokken, gebruikt de therapeut zijn eigen hand en vraagt hij de patiënt de aandacht hierop te vestigen. Vervolgens beweegt de therapeut zijn hand op ongeveer dertig centimeter afstand van het gezicht van de patiënt heen en weer. Op deze manier maakt de therapeut series van ongeveer 25 oogbewegingen. Deze EMDR-variant is nog steeds het bekendst en de werkzaamheid ervan is het best onderzocht (Lee & Cuijpers, 2013). Het effect dat teweeggebracht wordt door de ogen te bewegen kan ook worden geïnduceerd door technische middelen die de therapeut van nut kunnen zijn, waaronder de door Nederlandse therapeuten veelgebruikte 'EMDR Kit'. Dit is een horizontale balk die op een standaard wordt opgesteld en een reeks felgekleurde ledlampjes bevat, waarvan de therapeut de snelheid van het bewegende lichtspoor kan instellen.

Er is een periode geweest waarin vaak gebruik werd gemaakt van andere EMDR-varianten. Een in Nederland veel toegepaste vorm van externe stimulatie of 'werkgeheugenbelastende taak' is de auditieve variant. Hierbij wordt in veel gevallen gebruikgemaakt van een audiospeler waarop speciale geluiden ('klikjes') te horen zijn. Deze modaliteit maakt overigens ook onderdeel uit van de EMDR Kit, meestal als extra werkgeheugenbelastende taak bovenop de snel bewegende ledlampjes. Het geluid wordt daarbij door middel van een koptelefoon, afwisselend rechts en links, aan de patiënt aangeboden. Dat ook het luisteren naar klikjes effect heeft op een traumatische herinnering (Servan-Schreiber e.a., 2006; Van den Hout e.a., 2011), maakt duidelijk dat een verklaring voor de geheugeneffecten van EMDR niet alleen en volledig in de oogbewegingen moet worden gezocht (Maxfield e.a., 2008; Van den Hout e.a., 2001, 2011). Inmiddels is vastgesteld dat een variëteit aan andere geheugenbelastende taken (bijvoorbeeld het gebruik van 'trillers' in de handen, handbewegingen met ingewikkelde patronen, 'bilateraal' tikken op beide schouders of benen, hardop tellen en hoofdrekenen) een desensitiserend effect op herinneringen en andere mentale representaties kan hebben. Hierbij is het dan wel van belang dat de aandacht tegelijkertijd op de mentale representatie en op de werkgeheugenbelastende taak wordt gericht. Tot nu toe is de vingers van de therapeut met de ogen volgen de effectiefste taak gebleken (bijv. De Jongh e.a., 2013).

Onderzoek laat zien dat het ophalen van herinneringen (*recall*) in combinatie met het volgen van de vingers van de therapeut of met andere werkgeheugen-belastende taken, al dan niet bilateraal, in feite leidt tot ten minste drie typen effecten: een toename van het vermogen zich gebeurtenissen te herinneren, een vermindering van de helderheid en emotionaliteit van herinneringsbeelden, en een verlaging van het *arousal*niveau. Onderzoek naar het effect van oogbewegingen op fysiologische processen geeft aan dat het lichaam geleidelijk in een ontspannen toestand wordt gebracht, waarbij onder andere huidgeleiding, hartslagfrequentie en bloeddruk afnemen (Barrowcliff e.a., 2003; Elofsson e.a., 2008; Sack e.a., 2007).

1.3 Desensitisatie of niet?

Er is nog een ander punt waarop de inzichten over EMDR de afgelopen twintig jaar zijn veranderd. Shapiro's eerste observaties van het EMDR-proces bij patiënten gaven haar het idee dat de EMDR-procedure vooral angstreductie (*desensitization*) bewerkstelligde. Ze conceptualiseerde daarom de waargenomen effecten in een gedragstherapeutisch kader, een *desensitiseringsmodel*. Daarom gaf ze haar methode in eerste instantie de naam EMD (*Eye Movement Desensitization*):

'It must be emphasized that the EMD procedure, as presented here, serves to desensitize the anxiety related to traumatic memories, not to eliminate all PTSD-related symptomatology, and complications, nor to provide coping strategies to victims' (Shapiro, 1989).

Later werd steeds duidelijker dat desensitisatie niet het enige of het opvallendste aspect van deze methode is; er blijkt een verscheidenheid aan reacties op te treden, waaronder cognitieve fenomenen, zoals spontane veranderingen in betekenisverlening aan de traumatische gebeurtenis. Shapiro stelde dat deze effecten het beste kunnen worden begrepen in termen van een *informatieverwerking* (*reprocessing*). Dat is de reden dat er in 1990, een jaar na de introductie van EMD in de literatuur, een R achter de naam van de procedure werd toegevoegd: EMD-R. Gezien de ontwikkelingen en de theorievorming rondom het werkingsmechanisme van EMDR, is duidelijk dat de term 'oogbewegingen' eigenlijk ten onrechte in de naam is achtergebleven. Omdat de afkorting EMDR echter al redelijk bekend was geworden en verbonden was geraakt aan de resultaten van een groot aantal effectstudies, werd afgezien van een verdere naamsverandering. Shapiro schrijft daar het volgende over:

‘Eye movement is only one form of stimulation used and only one component of the complex approach. Further, the goal of therapy is not simply anxiety reduction, as indicated by the word ‘desensitization’. In fact, as noted in the Preface, if I had to do it over again, I would rename the approach Reprocessing Therapy’ (Shapiro, 2001, p. 1).

1.4 Kritiek

Sinds de introductie van EMDR in 1989 is het regelmatig onderwerp van controverse en mikpunt van kritiek geweest. Deze kritiek had in het begin vooral betrekking op de snelle verspreiding van het gedachtegoed van EMDR onder psychologen en psychiaters, die een korte EMDR-opleiding volgden zonder dat de werkzaamheid van de behandeling voldoende zou zijn aangetoond (zie bijvoorbeeld Lohr e.a., 1992; Herbert & Mueser, 1992). Deze situatie heeft zich de afgelopen jaren langzamerhand gewijzigd ten gunste van EMDR. Dit gebeurde mede onder invloed van het toenemend enthousiasme van behandelaars, de opmerkelijke praktijkresultaten bij patiënten, maar vooral door publicatie van een groot aantal gecontroleerde effectstudies. Ook belangrijk waren de positieve beoordelingen van EMDR door de adviescommissies van de American Psychological Association (Chambless e.a., 1998), van de International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS; Chemtob, e.a., 2000) en – in eigen land – van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen in de GGZ (2003).

Er worden echter af en toe nog steeds kritische geluiden gehoord. Een punt van kritiek is de bewering dat EMDR zou worden gepromoot als een *one-session cure*. Voorbeelden hiervan, en van andere kritiekpunten, zijn te vinden in de artikelen van Herbert e.a. (2000), Lohr, Tolin en Lilienfeld (1998) en McNally (1999). Anderen zijn het niet eens met deze kritiek en wijzen op het grote aantal misverstanden dat en de desinformatie die de afgelopen jaren juist door deze criticasters van EMDR in de wetenschappelijke literatuur is verspreid (zie bijvoorbeeld De Jongh & Ten Broeke, 2002a; Perkins & Rouanzoin, 2002; Poole e.a., 1999). Vooral de scherpe analyse van Perkins en Rouanzoin (2002) en van Russell (2008) over de opmerkelijk felle weerstand tegen de introductie van EMDR is verhelderend.

Een ander, relevanter, kritiekpunt heeft te maken met de oogbewegingen. Diverse auteurs hebben gesuggereerd dat er weinig wetenschappelijk ondersteuning is voor het idee dat het maken van oogbewegingen (bilaterale stimulatie) een toegevoegd effect heeft boven een aantal andere actieve componenten van de EMDR-procedure. Diverse onderdelen van het EMDR-standaardprotocol

zijn namelijk ook binnen andere therapeutische methoden terug te vinden, waaronder diagnostiek, het opbouwen van een therapeutische relatie, het identificeren van disfunctionele en functionele cognities en blootstelling aan de herinnering van de traumatische gebeurtenis. Er is daarom wel geponereerd dat de gevonden resultaten voldoende kunnen worden verklaard door de andere specifiek werkzame elementen (*exposure*) van de procedure (Muris, 2002; maar zie ook De Jongh & Ten Broeke, 2002a/b). We komen hier later in dit hoofdstuk nog op terug (zie paragraaf 1.10, Empirische ondersteuning).

1.5 Procedurele aspecten van EMDR

EMDR is een *geprotocolleerde* procedure voor de behandeling van PTSS en andere 'aan trauma gerelateerde' stoornissen (De Jongh & Ten Broeke, 1998a). Het zogenaamde EMDR-standaardprotocol gaat uit van een concrete traumatische herinnering en bestaat uit een aantal fasen met een vaststaande volgorde (zie Box II).

Box II De verschillende fasen van de EMDR-procedure

Diagnostiek

- 1 Algemene diagnostiek, indicatiestelling en het identificeren van geschikte *targets*.

Vorbereiden

- 2 De patiënt voorbereiden op de behandeling, onder meer door gerichte informatie te verschaffen en, indien nodig, het aanleren van bepaalde copingvaardigheden.

'Op scherp zetten'

- 3 Identificatie van het actueel meest emotioneel beladen beeld (*target*) van de traumatische herinnering.
- 4 Met dit beeld in gedachten een negatieve, disfunctionele cognitie (nc) formuleren.
- 5 Een positieve, functionele, cognitie (pc) identificeren. Daarna de geloofwaardigheid van deze cognitie beoordelen op een *validity of cognition* (voc-)schaal (lopend van 1 tot 7).
- 6 De belangrijkste emotie laten benoemen die door het beeld en de nc wordt opgeroepen, de emotionele spanning laten beoordelen (op een *subjective units of disturbance* (sud-)schaal van 0 tot 10) en de plaats van de daarmee verbonden lichamelijke sensaties laten aangeven.

Desensitisatie

7 De patiënt zich laten concentreren op het herinneringsbeeld, de *nc* en de bijbehorende lichamelijke sensaties. Daarna externe stimuli aanbieden, bijvoorbeeld in de vorm van het met de ogen volgen van de vingers van de therapeut. Elke nieuwe associatie (beeld, geluid, gevoel) vormt de basis voor de volgende *set*. Op gezette tijden de mate van spanning vaststellen die het beeld oproept.

Installatie

8 Als de spanning ten opzichte van het *target*beeld volledig is gedaald ($SUD = 0$), het beeld koppelen aan de *pc* door nieuwe oogbewegingen uit te voeren. Dit net zo lang herhalen totdat de *voc* een waarde van 6 of 7 heeft bereikt.

Bodyscan

9 Nagaan of er ergens in het lichaam nog spanning aanwezig is, terwijl het *target*beeld en de *pc* in gedachten worden vastgehouden. Zo nodig dit verder bewerken.

Future template (indien nodig)

10 Installeren van een *future template* door een toekomstig beeld (van een situatie die wordt vermeden) te koppelen aan een standaard *pc* ('Ik kan het aan'). Dit net zo lang herhalen totdat de hoogst mogelijk bereikbare waarde van een aangepaste vorm van de *voc*-schaal (lopend van 1 tot 7; 'In welke mate voel je je in staat om dit te hanteren?') is behaald.

Afsluiting

- 11 De resultaten van de zitting worden in een positief kader geplaatst, om ervoor te zorgen dat wat bereikt is wordt geconsolideerd.
- 12 Er volgt instructie over het bijhouden van een dagboek en er wordt informatie gegeven over de bereikbaarheid van de therapeut.

Herevaluatie

13 In de vervolgzittingen wordt het bereikte resultaat opnieuw beoordeeld.

Het doel van de EMDR-procedure (zie Box III) kan worden omschreven in termen van het bereiken van een eindtoestand, waarbij in ieder geval aan de volgende twee criteria moet zijn voldaan:

- de spanning ten opzichte van het *target*beeld moet zijn geminimaliseerd;
- de geloofwaardigheid van een positieve gedachtegang moet zijn gemaximaliseerd.

Box III Toetsbare doelen van de EMDR-behandeling

- 1 Aan het eind van de behandeling is de patiënt in staat terug te denken aan de traumatische gebeurtenis zonder dat dit spanning oplevert. Of dit resultaat is behaald kan worden vastgesteld door de patiënt te verzoeken de oorspronkelijke herinnering op te roepen en aan te geven in welke mate deze herinnering spanning oproept. De subjectief ervaren spanning wordt gemeten met behulp van een spanningsthermometer waarvan de waarde varieert van 0 ('geen spanning') tot en met 10 ('extreme spanning'). Dit is de zogenoemde *SUD* (*subjective units of disturbance*) schaal.
- 2 De nieuw geformuleerde, positieve cognitie doet hoogst geloofwaardig aan. De patiënt wordt gevraagd het herinneringsbeeld op te roepen en tegelijkertijd (in gedachten) de positieve cognitie te herhalen. Vervolgens wordt gevraagd de geloofwaardigheid van deze positieve uitspraak te beoordelen. Dit gebeurt met behulp van een zogenaamde *VOC* (*validity of cognitions*) schaal, lopend van 1 ('voelt als volledig onwaar aan') tot en met 7 ('voelt als volledig waar aan').

Gedurende het uitvoeren van het EMDR-standaardprotocol wordt er relatief weinig gesproken. Allereerst is het de bedoeling om door middel van een combinatie van aandacht voor het herinneringsbeeld, het formuleren van een centrale disfunctionele cognitie en de aandacht richten op emoties – maar ook op de plaats waar deze in het lichaam worden gevoeld – de herinnering 'op scherp' te zetten. Als dat gelukt is, worden er afleidende stimuli geïntroduceerd: de hand van de therapeut die voor het gezicht van de patiënt heen en weer gaat (soms in combinatie met een andere taak, zoals alternerende geluiden die aan het linker- en rechteroor worden aangeboden). Na elke serie stimuli (dit wordt een *set* genoemd) wordt er even rust genomen. De rol van de therapeut is vooral begeleidend, en zijn taak bestaat er voornamelijk uit de patiënt te helpen de aandacht gericht te houden op diens eigen interne belevingen en gedachtesporen die onder invloed van de aangeboden afleidende taak geneigd zijn te ontstaan. Vervolgens wordt opnieuw een aantal *sets* oogbewegingen uitgevoerd. Deze werkwijze wordt net zo lang herhaald tot de emotionele lading van het herinneringsbeeld voldoende is gedaald en een nieuw geselecteerde positieve cognitie als waar 'aanvoelt'. Omdat EMDR meestal nog een paar dagen doorwerkt, wordt de patiënt gevraagd een dagboek bij te houden over emotionerende gebeurtenissen of herinneringen die na afloop van de zitting aan de oppervlakte komen. Dergelijke *upsets* kunnen, indien noodzakelijk, in een van de volgende sessies op vergelijkbare wijze worden gedesensitiseerd. Het is belangrijk om te benadrukken dat de patiënt na verwerking van de oorspronkelijke gebeurtenis onvermijdelijk weer zal worden geconfronteerd met nieuwe, op de oorspronkelijke gebeurtenis gelijkende situaties (bijvoorbeeld autorijden of een

medische behandeling). Daarom zal de behandeling ook gericht moeten zijn op het zich voorbereiden op dergelijke specifieke, toekomstige situaties.

Om EMDR succesvol te laten verlopen is een strikte toepassing van het standaardprotocol van doorslaggevend belang. Zo moet de patiënt bijvoorbeeld de gelegenheid krijgen zijn eigen lijn van associaties te volgen, zonder sturing van de kant van de therapeut. Uit onderzoek blijkt overigens dat er een relatie bestaat tussen het correct uitvoeren van het EMDR-standaardprotocol en een positief eindresultaat (Maxfield & Hyer, 2002). EMDR is geen *one-shot therapy*; het is een interactieve methode die beslist ingewikkelder is dan hij op het eerste gezicht lijkt.

1.6 EMDR als concept

In conceptueel opzicht onderscheidt EMDR zich op essentiële punten van andere benaderingen, zoals cognitieve gedragstherapie. Een belangrijk verschil is het perspectief van waaruit naar de traumatische gebeurtenissen wordt gekeken. Zo wordt bij imaginaire exposure uitdrukkelijk geprobeerd de patiënt als het ware het trauma te laten herbeleven. De therapeut helpt de patiënt terug te gaan in de tijd en de gebeurtenis als een film – in de tegenwoordige tijd en in de ik-vorm – gedetailleerd te beschrijven en vervolgens opnieuw te beleven. Dit wordt net zo lang herhaald totdat de daaraan gerelateerde spanning helemaal is verdwenen.

Bij EMDR daarentegen ligt het perspectief bij aanvang van de procedure in het 'hier-en-nu'. De patiënt wordt in eerste instantie gevraagd de gebeurtenis als een film te beschrijven en deze stil te zetten op het moment dat hij nog steeds als het 'naarst' ervaart. Hem wordt gevraagd er als het ware een foto van te maken. De emotionele lading wordt wat dit betreft gedicteerd door de *huidige* disfunctionele betekenisverlening van het stilstaande beeld, bijvoorbeeld 'schuld': 'ik ben schuldig'. Het gaat er bij EMDR dus niet om wat de patiënt destijds voelde, deed of dacht, maar om wat hij *nu* denkt over de gebeurtenis van toen. De patiënt denkt aan (of beter: kijkt als het ware naar) dit stilstaande herinneringsbeeld vanuit het nu: hij kiest het plaatje dat momenteel – cognitief of emotioneel – nog het meest met hem doet.

Het hier beschreven tijdsperspectief stelt, zeker in de eerste fase van de behandeling, aanzienlijke eisen aan de communicatie met de patiënt. Die heeft nu eenmaal een natuurlijke neiging om in zijn verhaal de gebeurtenis te beschrijven zoals hij deze toen ervoer. Voor de therapeut is het belangrijk de patiënt voortdurend in het perspectief van het 'hier-en-nu' te houden: 'Je kijkt vanuit hier naar de herinnering', of 'Je kijkt naar een plaatje waarop te zien is

dat ...' Het is daarom belangrijk dat de therapeut niet de verleden tijd in zijn zinnen gebruikt. Daarmee wordt voorkomen dat de patiënt met zijn gedachten direct weer midden in de gebeurtenis zit, zoals hij die toen – tijdens de akelige gebeurtenis – ervoer. In het kader van EMDR dient daarom, wat het taalgebruik in de beginfase van de behandeling betreft, de verleden tijd vermeden te worden: dus geen 'deed', 'dacht', 'voelde', 'was' gebruiken. Evenzeer moet de therapeut alert zijn op de grammaticale tijd die de patiënt gebruikt. Als hij in de tegenwoordige tijd spreekt over wat er destijds gebeurde, verplaatst de patiënt zich als het ware terug in de tijd; alsof hij daar weer is. De formulering 'Ik lig op het bed' doet de patiënt direct opnieuw ervaren hoe het destijds voelde daar op dat bed te liggen. Beter is de formulering: 'Ik zie mijzelf op bed liggen.' Dan kan optimaal worden vastgesteld wat nu – in het heden – dat beeld nog zo naar maakt, in plaats van een – in feite overbodige – beschrijving van hoe naar het was. In de praktijk blijkt deze precisie in taalgebruik veel minder eenvoudig dan het lijkt. Daarom is het verstandig om, zeker in het begin, de formulering van de vragen van het standaardprotocol vrijwel letterlijk paraat te hebben en te gebruiken, omdat daarin een strikte scheiding tussen 'toen' en 'nu' is doorgevoerd.

In essentie lijkt het erop neer te komen dat de patiënt tijdens het uitvoeren van de EMDR-procedure met één been in het verleden wordt gehouden en met het andere in het 'hier-en-nu'. Hetzelfde gebeurt in de daaropvolgende fase, als de oogbewegingen aan bod komen. Doordat de therapeut met zijn handbewegingen afleiding (lees: werkgeheugenbelasting) induceert, is het voor de patiënt per definitie onmogelijk zijn volledige aandacht te besteden aan zijn traumatische belevingen. Mogelijk verklaart deze voor EMDR kenmerkende scheiding tussen 'hier-en-nu' en 'toen' (*dual attention*) mede de successen van EMDR.

Figuur 1.1 illustreert de conceptuele basis van de taxatiefase van het EMDR-standaardprotocol. In deze figuur wordt aangegeven wat er tijdens een EMDR-behandeling gebeurt. De patiënt denkt aan de akelige gebeurtenis. De emotionele lading die hij hierbij voelt is het gevolg van de negatieve betekenis die dit herinneringsbeeld in de hersenen van de patiënt activeert, bijvoorbeeld 'ik ben in gevaar'. De therapeut vraagt de patiënt op een beoordelingsschaal aan te geven in welke mate het herinneringsbeeld van *toen* hem *nu* nog 'raakt'; dat wil zeggen, nu nog emotionele spanning oproept. Gedurende de eerste fase van het EMDR-proces – de desensitatiefase – wordt de verwerking in eerste instantie beoordeeld aan de hand van de (afnemende) emotionele lading (SUD) ten opzichte van het gekozen herinneringsbeeld. Als het herinneringsbeeld volledig is gedesensitiseerd (SUD = 0) wordt de installatiefase gestart. In deze fase