

EPSI

KINDERCARDIOLOGIE

CT-ANGIOGRAFIE

BARIATRISCHE CHIRURGIE

VACUÛM THERAPIE

TELEMEDECINE

OSTEOPOROSE

EMDR



DIT TIJDSCHRIFT  
VERSCIJNT TWEEemaal PER JAAR  
EN WIL EEN OVERZICHT GEVEN VAN  
DE MEDISCHE, ZORGVERSTREKKENDE  
EN ORGANISATORISCHE ACTIVITEITEN  
BINNEN a|z GROENINGE.

## REDACTIE

Dhr. Ludwig Cornil  
*ludwig.cornil@azgroeninge.be*  
Dr. Kathleen Croes  
*kathleen.croes@azgroeninge.be*  
Dhr. Guido Demaiter  
*guido.demaiter@azgroeninge.be*  
Mevr. Veerle De Wispelaere  
*veerle.dewispelaere@azgroeninge.be*  
Dr. Johan Mattelaer  
*johan.mattelaer@skynet.be*  
Dr. Guy Putzeys  
*guy.putzeys@azgroeninge.be*

### Redactieadres

Dr. Johan Mattelaer  
Albijn van den Abeelelaan 12  
8500 Kortrijk  
T 056 21 17 92 - F 056 21 68 22  
*johan.mattelaer@skynet.be*

### Verantwoordelijke uitgever

Dhr. Jan Deleu  
Directie a|z GROENINGE  
Reepkaai 4 - 8500 Kortrijk

Uitgegeven in opdracht van  
het wetenschappelijk comité a|z GROENINGE  
door uitgeverij Groeninghe Kortrijk  
*groeninghe@belgacom.net*  
isbn 90-77723-39-0

Dit tijdschrift is ook te raadplegen via  
[www.azgroeninge.be](http://www.azgroeninge.be)

## INHOUD

---

### 03 EDITORIAAL

*Jan Taveirne*

---

### VOORSTELLING MEDISCHE DIENSTEN BINNEN a|z GROENINGE

### 04 Eenheid voor psychiatrische spoedinterventie (EPSI)

*Koen Titeca*

### 05 Recente evoluties in de kindercardiologie

*Luc Mertens, Marc Gewillig*

---

### NIEUWE TECHNIEKEN BINNEN a|z GROENINGE

### 08 64-slice coronaire CT-angiografie

*Olivier Vanovermeire*

### 10 Bariatrische chirurgie

*Frank Van Rooy, Dirk Devriendt, Gerd Vanhaverbeke, Christophe George, Ann Helewaut, Philippe Compennolle, Gerda Vandendriessche, Greet Vervenne, Sofie Decock, Jorien Fieuw*

### 13 Vacuümtherapie: een aanwinst in de behandeling van gecompliceerde wonden

*Guy Putzeys, Gunther De Smul, Pierre D'Hooghe, Jeroen Vanhaecke, Franky Vansteenkiste, Paul Wallaert, Guido Demaiter*

### 16 Telemedecine: een fata morgana of een praktisch iets

*Edward DeSutter*

### 18 Osteoporose: een wijdverspreide ziekte

*Philippe Compennolle*

### 21 EMDR: een evidence based behandeling van posttraumatische stress-stoornissen

*Ludwig Cornil*

---

### VAN HOSPITAAL TOT a|z GROENINGE

### 24 Geneeskunde en ziekenverpleging in Kortrijk

Deel 5: Na de Tweede Wereldoorlog

*Johan Mattelaer*

---

### NIEUWE ARTSEN BINNEN a|z GROENINGE

### 27 RECENTE WETENSCHAPPELIJKE PUBLICATIES

### 27 DATA MANAGEMENT IN a|z GROENINGE

*Anne Demeulemeester, Marijke Ghekiere, Kim Tanghe, Inge Meyer, Nancy Mullie*

### 28 WETENSCHAPPELIJKE ACTIVITEITEN

*Un résumé des articles en français est disponible sur simple demande*

## EMDR:

### *een evidence based behandeling van posttraumatische stress-stoornis*

EMDR of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Shapiro, 1989a, 1989b, 1991, 1995, 2001) is een therapeutische methode voor de behandeling van de gevolgen van een trauma. Na een traumatische gebeurtenis ontwikkelt een groot aantal mensen de acute symptomen van een posttraumatische stress-stoornis (PTSS), die meestal na een tijdje spontaan verdwijnen. Bij een minderheid evolueren deze symptomen naar een chronische vorm van PTSS. Patiënten hebben dan last van steeds terugkerende beelden of flashbacks, gaan actief alles vermijden wat hen aan het trauma herinnert en bevinden zich constant in een hyperalerte toestand, waardoor ze slaapstoornissen hebben of overdreven schrikreacties vertonen.

PTSS werd pas in 1980 als diagnostische categorie in de DSM-III (APA 1980) opgenomen, waardoor het wetenschappelijk onderzoek naar de gevolgen van een trauma relatief laat op gang is gekomen. Niettegenstaande de symptomen van PTSS al duidelijk beschreven werden naar aanleiding van de twee wereldoorlogen (Kardiner 1941), werd PTSS pas eind de jaren zeventig onder druk van de Vietnamveteranen en de feministische beweging een diagnostische realiteit. Na het debacle van de oorlog en na te zijn onthaald als misdadigers, weigerden de Vietnamveteranen de gevolgen van hun traumatische ervaringen in stilte te dragen. Ze verenigden zich in zelfhulpgroepen, die na verloop van tijd uitgroeiden tot politieke drukkinggroepen. In diezelfde periode groeide onder invloed van het feminisme eveneens het besef van de omvang en de gevolgen van kindermishandeling en kindermisbruik.

In de wetenschap bestaat iets pas wanneer het kan worden gemeten. De duidelijk afgelijnde criteria voor PTSS (zie tabel 1) zorgden ervoor dat wetenschappelijk onderzoek naar de gevolgen van traumatische gebeurtenissen en levenservaringen mogelijk werd. Dit onderzoek werd ook gevoerd op vlak van de behandeling van PTSS en leidde tot het erkennen van de zogenaamde *evidence based therapies*.

Sinds Freud het belang van de psyche in het disfunctioneren van de mens populariseerde, zijn talloze vormen van psychotherapie ontstaan, de ene methode wat wetenschappelijker onderbouwd dan de andere. De EMDR-methode werd eind de jaren tachtig door Francine Shapiro ontdekt naar aanleiding van een toevallige observatie. Ze wandelde in een park terwijl ze dacht aan gebeurtenissen in haar leven waarover ze zich zorgen maakte. Enige momenten later realiseerde ze zich dat ze niet meer aan het piekeren was en dat ze minder emotioneel reageerde wanneer ze aan die zorgen terugdacht. Hoe kon haar emotionele toestand van het ene moment op het andere zo sterk wijzigen?

Het enige wat ze kon bedenken, was dat ze tijdens het wandelen haar ogen spontaan van links naar rechts had bewogen. Experimenteel onderzoek heeft inmiddels aangetoond dat de levendigheid van de verbeelding en de emotionaliteit inderdaad vermindert wanneer mensen hun ogen heen en weer bewegen (van den Hout et al 2001, Barrowcliff et al. in press). Shapiro publiceerde in 1989 (Shapiro, 1989a) een studie die aantoonde dat bij traumaslachtoffers na slechts één EMDR-sessie het angstniveau significant daalde, de nachtmerries verminderden en de cognitieve assessment van het trauma significant positiever werd. Bovendien bleven

deze resultaten behouden bij follow-up. Bij de controlegroep echter leidde een gewone luistersessie tot een toename van het angstniveau en een nog negatievere assessment van het trauma. De studie van Shapiro werd gepubliceerd in het gezaghebbende Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry (Shapiro 1989b). De wetenschappelijke wereld reageerde heel terughoudend ten aanzien van de spectaculaire resultaten omdat Francine Shapiro geen enkel coherent verklaringsmodel kon bieden. Het heen en weer bewegen van de ogen raakte theoretisch kant noch wal. Nochtans blijkt al in jaren zestig onderzoek te zijn gevoerd naar de impact van oogbewegingen op het onderdrukken van gedachten (Antrobus & Singer 1964). Tussen 1989 en 1998 werd veel wetenschappelijk onderzoek gevoerd naar EMDR, zowel door tegenstanders die wilden aantonen dat EMDR niet effectief kon zijn, als door voorstanders die vanuit hun eigen klinische ervaring de effectiviteit en efficiëntie konden waarnemen. Deze strijd heeft ervoor gezorgd dat EMDR intussen de best onderzochte methode is voor de behandeling van PTSS. Rond 1998 concludeerde de wetenschappelijke wereld dat EMDR effectief is. Hoe wetenschappelijker de gebruikte studies, d.w.z. hoe meer de studies aan de strikte onderzoekscriteria voldeden, hoe positiever de resultaten voor EMDR bleken te zijn. (Sack et al. 2001, Maxfield & Hyer, 2002). Sinds 1998 richt het onderzoek zich meer op vergelijkende studies, waarbij EMDR vergeleken wordt met cognitief-gedragstherapeutische benaderingen die eveneens vallen onder de *evidence based therapies* voor PTSS (Lee et al, 2002; Ironson et al, 2002, Power et al. 2002). Onderzoek laat zien dat beide benaderingen zeer effectief zijn, met een lichte voorkeur voor EMDR dat dezelfde resultaten sneller bereikt en een lagere drop-out score vertoont. De EMDR-methode lijkt door de patiënt gemakkelijker te worden verdragen dan de blootstellingstechnieken uit de gedragstherapie. Inmiddels is EMDR wereldwijd opgenomen in de richtlijnen voor de behandeling van PTSS als *treatment of choice*.

#### EMDR OP DE GRENS TUSSEN PSYCHOLOGIE EN BIOLOGIE.

Niettegenstaande de werking van EMDR aangetoond is, is het werkingsmechanisme dat allerm minst. Het is niet helemaal duidelijk hoe de oogbewegingen het verwerkingsproces precies beïnvloeden. Wel is duidelijk dat het limbische systeem één van de biologische structuren is die beïnvloed worden door traumatische gebeurtenissen. Wanneer mensen met PTSS geconfronteerd worden met zaken die hen herinneren

Tabel 1. Definitie van PTSS (DSM-IV)

#### Voorwaarden

- **De persoon is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende van toepassing zijn:**
  - Betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen.
  - Tot de reacties van de betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw.

#### Kernsymptomen van PTSS

- **Herbeleving**
  - Intrusieve beelden
  - Nachtmerries
  - Flashbacks
  - Psychische en fysiologische reacties bij blootstelling aan triggers
- **Vermijding**
  - Gedachten, gesprekken, gevoelens rond trauma vermijden
  - Triggers vermijden
  - Amnesie
  - Weinig affect uiten
  - Geringe toekomstverwachting
  - Vervreemding van anderen
  - Verminderde belangstelling
- **Verhoogde prikkelbaarheid**
  - Moeite met in- of doorslapen
  - Prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen
  - Moeite met concentreren
  - Overmatige waakzaamheid
  - Overdreven schrikreacties

#### Bijkomende voorwaarden

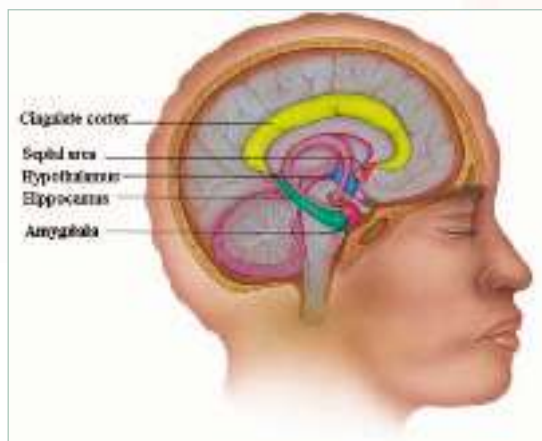
- **De diagnose PTSS kan pas gesteld worden als het probleem langer dan één maand duurt.**
- **De stoornis veroorzaakt een significant lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.**

aan het trauma, ontstaat er een kettingreactie van psychofysiologische en neuro-endocriene reacties. Hierdoor reageren ze alsof ze opnieuw blootgesteld worden aan het trauma (van der Kolk, 2002). Het is meer in het bijzonder de amygdala, een deel van het limbische systeem (zie figuur 1), dat na traumatische ervaringen overactief blijft. De amygdala geeft binnenkomende sensorische prikkels een emotionele betekenis en signaleert of er gevaar dreigt of niet. Het probleem is dat na een trauma onschuldige prikkels geïnterpreteerd worden als een teken van gevaar. De aanrakingen van de liefdevolle partner bijvoorbeeld worden plots de aanrakingen van de vroegere verkrachter. De amygdala creëert emotionele herinneringen die geassocieerd worden met gevaar. Deze herinneringen worden beschouwd als zeer resistent en zeer moeilijk te veranderen (LeDoux, 1996). Praten alleen is onvoldoende om deze subcorticale structuren te wijzigen. Patiënten kunnen wel meer inzicht krijgen in wat met hen gebeurt. Ze kunnen begrijpen dat de emotionele en lichamelijke reacties tot het verleden behoren en niets te maken hebben met het heden, maar meestal zal praten alleen de alarmknop in de hersenen niet uitschakelen.

In een studie met PET-scan waarin door middel van een trauma-script patiënten het trauma herbelevden (Rauch et al 1996), is te zien dat het gebied van Broca gedesactiveerd is en het limbische systeem in de rechterhersenhalft overactief wordt. De patiënt herbeleeft het trauma en vindt geen woorden meer om het gevoel tot uitdrukking te brengen. In het Engels spreken we over *speechless terror*. Ook de prefrontale cortex is minder actief. De prefrontale cortex is verantwoordelijk voor het ik-besef en het afstand kunnen nemen van de dingen.

Van der Kolk (2002) toont in een interessant onderzoek aan dat na amper drie sessies EMDR de significante verbetering die we terugvinden in de PTSS-scores van de patiënten, correleert met een verhoogde activatie van de prefrontale cortex. Het onderzoek naar het precieze werkingsmechanisme van EMDR wordt verdergezet.

Figuur 1. Limbisch systeem met amygdala



## OVERZICHT VAN EEN EMDR-BEHANDELING

Het verloop van een EMDR-behandeling kan best worden geschetst aan de hand van een casus. Bart, een brandweerman van 34 jaar, hielp bij het opensnijden van een autowrak waarin een zwaargewonde jongeman gekneld zat. De jongeman had pijn en dreigde het bewustzijn te verliezen. De brandweerman probeerde hem bij bewustzijn te houden door zijn hand vast te houden en hem moed in te spreken, maar de ogen van de jongen braken en hij stierf. De brandweerman brak ook, zij het vanbinnen. Enige maanden later verwees de huisarts hem door omwille van een posttraumatische stress-stoornis. Niet alleen de onophoudelijke nachtmerries en het onrustige slapen, maar ook de verhoogde irriteerbaarheid en de neerslachtigheid van de man waren een probleem geworden, ook voor zijn echtgenote. De man functioneerde niet meer op het werk en na enkele werkonderbrekingen raadde zijn baas hem aan eens goed uit te rusten om dan volledig gezond terug te komen werken.

EMDR is een therapie benadering in acht fasen (zie tabel 2). In een eerste fase, **de anamnese-fase**, probeert de therapeut een grondig overzicht te krijgen van de problematiek en het leven van de patiënt. Hij zoekt naar mogelijke oorzaken in het verleden voor de symptomen van de patiënt. Soms zijn de verbanden zeer duidelijk - zoals in het geval van Bart - soms vraagt het wat meer werk om traumatische ervaringen te vinden die de huidige problematiek kunnen verklaren. In geval van incest of lichamelijke mishandeling gaan de gevolgen van de traumatische ervaringen verder dan de symptomen van de posttraumatische stress-stoornis en zal ook de EMDR therapie langer duren, dan wanneer het gaat om een eenmalig trauma. Wanneer we spreken over emotionele verwaarlozing kunnen de traumatische ervaringen zelfs zo subtiel zijn dat de impact vooral ligt in de herhaling van de verwaarlozing die heeft geleid tot een gevoel van minderwaardigheid bij de patiënt. Bij deze patiënt zal men niet onmiddellijk denken aan het toepassen van EMDR, maar toch gaat het ook hier om onverwerkte ervaringen die nog altijd meespelen in het dagelijkse leven van de patiënt. Een patiënt die zijn hele leven van zijn autoritaire vader heeft gehoord dat hij een grote nul is, zal deze overtuiging in zich opnemen en ernaar gaan leven. Bij elk nieuw obstakel in het

dagelijks leven, zal hij dan snel denken dat het zijn schuld is of dat hij toch niet in staat is een oplossing te vinden. EMDR kan worden gebruikt om onverwerkte ervaringen in het verleden alsnog te verwerken, waardoor de patiënt de mogelijkheid krijgt zijn gevoelens, zijn gedachten en zijn gedragingen te wijzigen.

Eens een behandelplan is opgesteld, worden in de tweede fase de voorbereidingen getroffen voor de verwerking van de negatieve ervaring. In deze **voorbereidende fase** wordt de therapeutische relatie versterkt, want het is duidelijk dat de patiënt - zeker wanneer het gaat om moeilijke en persoonlijke ervaringen - vertrouwen moet hebben in de therapeut. Bij ervaringen die beladen zijn met schuld en schaamte, zoals bij verkrachtingen of incestsituaties, kan het opbouwen van die vertrouwensrelatie meer tijd vragen. Bij Bart was dit vertrouwen snel opgebouwd, omdat de therapeut met de wereld van brandweermannen vertrouwd was. In deze fase wordt ook nagegaan of de patiënt over voldoende hulpbronnen beschikt om de moeilijke confrontatie met het trauma aan te kunnen. Is er voldoende sociale ondersteuning? Is er geen lichamelijk risico? Kan de patiënt zijn emoties beheersen of wordt hij constant overspoeld? Er worden ontspanningsoefeningen aangeleerd en de patiënt leert om in gedachten naar een veilige plek te gaan, die altijd als uitweg kan worden ingeschakeld als de patiënt dreigt overspoeld te raken tijdens de verwerkingsfase.

In de derde fase, **de assessment fase**, wordt de concrete traumatische herinnering scherp gesteld. Dit wil zeggen dat gezocht wordt naar het moeilijkste moment in de herinnering. Het doel is om het traumanetwerk te activeren om het in de volgende fase te verwerken. Het moeilijkste moment voor Bart was het sterven van de jonge man. Vooral de aanblik van de dode ogen wekte veel emoties bij hem op. De negatieve gedachten die constant in zijn geest ronddoelden waren: ik ben zwak; ik had meer moeten doen om hem te redden. Hij wilde graag geloven dat hij gedaan had wat hij kon, maar hij kon deze gedachte niet aannemen. Niettegenstaande iedereen hem bewonderde voor de moed die hij had gehad om contact te leggen met het slachtoffer in het wrak, had hij geen genade voor zichzelf. Bij de verwerking van traumatische ervaringen komen irrationele gedachten heel vaak voor. Tijdens de verwerkingsfase treedt meestal spontaan een verandering op in de cognitieve assessment van het trauma en gaat de patiënt vanzelf positiever over zichzelf denken. Bart voelde angst en boosheid en kende de belasting die de herinnering hem gaf, een 8 toe op een subjectieve schaal van 0 tot 10. Op deze schaal betekent 0 dat de herinnering emotioneel geen impact meer heeft en 10 dat ze te belastend is om zelfs maar aan te denken. Bart ervoer een sterke druk op zijn borstkas bij het denken aan de ogen van het slachtoffer.

Op het moment dat hij zich bewust was van het moeilijkste beeld, de irrationele gedachte en de gewaarwording in de borststreek, begon de vierde fase, **de desensitatiefase**. Bart bewoog zijn ogen van links naar rechts door de hand van de therapeut te volgen, die telkens gedurende

Tabel 2. EMDR, een proces in 8 fasen

1. Anamnese
2. Voorbereiding
3. Assessment
4. Desensitatie
5. Installatie
6. Body Scan
7. Afsluiten
8. Herevaluatie

Tabel 3. Type 1 versus Type 2 trauma

Type 1	Type 2
Kortdurende traumatische gebeurtenissen, meestal gekenmerkt door acuut gevaar en een plots en onverwacht optreden.	Traumatische gebeurtenissen die langer duren en herhaaldelijk kunnen voorkomen.
Natuurrampen	Incest
Ongevallen	Lichamelijke en emotionele mishandeling
Technische Katastrofen	Gijzelingen
Criminele gewelddaden (overval, verkrachting)	Krijgsgevangenschap en foltering

ongeveer een halve minuut heen en weer ging. In die periode, een SOB (een set oogbewegingen) genoemd, hoefde hij niets te zeggen, enkel waar te nemen welke associaties er kwamen. Aanvankelijk zag hij heel het gebeuren zich opnieuw afspelen: het aankomen op de plaats van het ongeluk, het opvolgen van de bevelen van de commandant, het vruchteloos proberen te bevrijden van de jongeman. Set na set doorliep hij de herinnering en hoorde plots in gedachten het kermen van de man. Op dat ogenblik kwam Bart in contact met de machteloosheid die hij had ervaren. Hij begon te huilen en herhaalde met kwaadheid in de stem dat hij de jonge man had moeten kunnen redden. De therapeut ging door met de handbewegingen, erop vertrouwend dat het proces verder zou gaan en de negatieve gevoelens zouden verdwijnen. Na enkele minuten werd het wenen wat minder en plots kwam een positief beeld in Bart op, de herinnering van de dankbaarheid die op een bepaald moment zichtbaar was in de ogen van de jongeman. Bart zei door zijn tranen heen: "Hij wist dat ik hem wou helpen. Hij wist het". Deze gedachte betekende een kentering in het verwerkingsproces. Niet de therapeut had de gedachte gesuggereerd, ze was spontaan opgekomen in de loop van het verwerkingsproces. Had de therapeut de gedachte geopperd, dan had deze geen impact gehad, omdat de negatieve emoties het aanvaarden van de gedachte in de weg stonden. Dit is de reden waarom patiënten zo vaak tegen hun goed bedoelende, troostende partner of vrienden zeggen: "Ik begrijp wel wat je zegt en ik weet ook wel dat het waar is, maar ik voel het zo niet!". Wanneer de negatieve emoties verdwenen zijn, is de patiënt vaak voor het eerst in lange tijd in staat aan het trauma te denken zonder er emotioneel door gegrepen te worden. Dit is de essentie van het begrip 'verwerking': de herinnering (het herinneren) leidt niet langer tot een herbeleving en heeft de negatieve emotionaliteit verloren. De herinnering is gedesensitiseerd en dit is dan ook het moment om de realistische, positieve gedachten te versterken. Dat gebeurt in de vijfde fase, de **installatiefase**. Bart kon nu liefelijk voelen dat de zin "Ik heb gedaan wat ik kon" volledig klopte. De spanning in zijn borstkas was verdwenen en had plaats gemaakt voor een gevoel van opluchting. Gedurende de oogbewegingen werd nu de link tussen de herinnering en de positieve gedachte versterkt, tot Bart de positieve gedachte het cijfer 7 kon geven op een schaal van 1 tot 7, waarbij

1 "voelt volledig onwaar aan" en 7 "voelt volledig waar aan" betekent.

Om zeker te zijn dat de negatieve herinnering volledig uit het systeem van de patiënt is verdwenen, wordt in fase zes, de **fase van de body scan**, nog even gecheckt of het lichaam neutraal of rustig blijft wanneer de patiënt de ogen sluit, aan de herinnering denkt en bij zichzelf de positieve gedachte herhaalt. Dit was het geval bij Bart. Hij voelde een rustige, warme gloed in de borststreek. Op dat moment was de traumatische herinnering verwerkt.

In fase zeven, de **fase van het afsluiten**, krijgt de patiënt de opdracht te observeren wat in de komende tijd gebeurt. Hij houdt bij wat de veranderingen zijn en krijgt de boodschap dat het verwerkingsproces soms nog doorgaat na de sessie. Nieuwe herinneringen, gedachten of gewaarwordingen kunnen plots opduiken, soms zelfs 's nachts in dromen.

In de achtste fase, de **her-evaluatiefase**, werd duidelijk dat de sessie Bart goed geholpen had. Bij het herevalueren van de herinnering zei Bart het gevoel te hebben dat de beelden veel verder van hem af stonden en geen impact meer op hem hadden. Hij voelde totaal geen belasting meer. De herinnering was geen fait divers geworden en zou dat ook nooit worden. EMDR doet de herinnering niet verdwijnen, maar verwijst ze naar het verleden. We moeten uit onze ervaringen leren en het geleerde met ons meenemen om het toe te passen in de toekomst. Bart had geen nachtmerries meer gehad. Hij had slechts éénmaal over het gebeurde gedroomd, maar zonder angst te voelen. Hij zei zich lichter te voelen, alsof er een last van zijn schouders was gevallen. Ook zijn prikkelbaarheid was verdwenen, tot grote vreugde van zijn huisgenoten ... en van hemzelf. Het is duidelijk dat niet alle EMDR-behandelingen een dergelijk vlot verloop kennen. Bij geval van complexere traumatiseringen die meer invloed hebben gehad op de vorming van de persoonlijkheid, kan de EMDR-therapie maanden duren. In dat geval spreken we over een type 2-trauma dat in tegenstelling tot het éénmalige type 1-trauma, in de dagelijkse praktijk veel meer voorkomt (zie tabel 3).

LUDWIG CORNIL

KLINISCH PSYCHOLOOG – PSYCHOTRAUMATOLOOG  
DIENST KLINISCHE PSYCHOLOGIE – a|z GROENINGE -  
CAMPUS SINT-MAARTEN  
ludwig.cornil@azgroeninge.be

## REFERENTIES

- American Psychological Association (APA) (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition, DSM-III. Washington, DC: APA.
- Antrobus, J. S., Antrobus, J. S., & Singer, J. L. (1964). Eye movements accompanying daydreaming, visual imagery, and thought suppression. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 244-252.
- Barrowcliff, A. L., Gray, N.S., MacCulloch, S., Freeman, T.C.A., & MacCulloch, M.J. (in press). Horizontal rhythmical eye-movements consistently diminish the arousal provoked by auditory stimuli. *British Journal of Clinical Psychology*.
- Ironson, G.I., Freund, B., Strauss, J.L., & Williams, J. (2002). A comparison of two treatments for traumatic stress: A community based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 113-128.
- Kardiner, A. (1941). *The traumatic Neuroses of War*. New York: Paul B. Hoeber
- Ledoux, J. E. (1996). *The Emotional Brain*. New York: Simon & Schuster
- Lee, C. & Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J. & Greenwald, R. (2002). Treatment of post-traumatic stress disorder: A comparison of stress inoculation training with prolonged exposure and eye movement desensitisation and reprocessing. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1071-1089.
- Maxfield, L., & Hyer, L. A. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23-41.
- Power, K. G., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V., & Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitisation and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring, versus waiting list in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299-318.
- Sack, M., Lempa, W. & Lamprecht, F. (2001). Metaanalyse der Studien zur EMDR-Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen. Der Einfluss der Studienqualität auf die Effektstärken. *Psychother Psych Med* 51: 350-355
- Shapiro, F. (1989a). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.
- Shapiro, F. (1989b). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Shapiro, F. (1991). Eye movement desensitization & reprocessing procedure: From EMD to EMDR/R-a new treatment model for anxiety and related traumata. *Behavior Therapist*, 14, 133-135.
- Shapiro, F. (1995a). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. (1st edition) New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press
- Shapiro, F. (2002). EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism. Wash., D.C.: American Psychological Association Press.
- van den Hout, M., Muris, P., Salemink, E., & Kindt, M. (2001). Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 121-130.
- van der Kolk, B. A. (2002). Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington, DC: American Psychological Association Books