

# HET PERRON

België-Belgique  
P.B. - P.P.  
8000 BRUGGE 1 - 2  
3/5298

Afgiftekantoor 8000 Brugge 1 - 2e afdeling  
Tweemaandelijks tijdschrift  
21e jaargang nr. 5, september-oktober 2005  
Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge (Afzendadres)  
Erkenningsnummer: P509268

**tijdschrift van het**

**PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS  
ONZE-LIEVE-VROUW BRUGGE**

**en het**

**PSYCHOTHERAPEUTISCH CENTRUM  
RUSTENBURG BRUGGE**

# Colofon

---

**HET PERRON** is het tweemaandelijks tijdschrift van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw en het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg. Het is bestemd voor de West-Vlaamse huisartsen en de psychiaters en GGZ-voorzieningen in Vlaanderen.

## Oplage

Het Perron wordt verspreid op 2200 exemplaren

## Redactieraad

Dr. Marc Franchoo, psychiater (hoofdredacteur)

Dr. Chris Bervoets, psychiater

Jacques Dutrie, psycholoog-psychotherapeut

Ludo Goderis, stafmedewerker patiëntenzorg

Marc Simoens, diensthoofd sociale dienst

Ingrid Vandaele, stafmedewerker patiëntenzorg

## Verantwoordelijk uitgever

Zr. M. Kemel, Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

## Vormgeving en druk

Geert Daelman

## Gedrukt in PZ Onze-Lieve-Vrouw

## Ontwerp omslag

Ludo Goderis

## Technische afwerking

Creatief Werkcentrum PZ Onze-Lieve-Vrouw

## Correspondentie



## PZ Onze-Lieve-Vrouw

Koning Albert I-laan 8

8200 Brugge

info@olv.gzjbj.be

www.pzol.v.be

tel. 050-30 18 00

fax 050-30 18 01



## PTC Rustenburg

Oude Oostendesteenweg 43

8000 Brugge

rustenburg@rb.gzjbj.be

www.ptcrustenburg.be

tel. 050-31 81 65

fax 050-31 08 99

# DEPRESSIE REVISITED (DEEL 1)

*Marc Calmeyn*  
*psychiater psychoanalyticus*  
*PZ ONZE-LIEVE-VROUW BRUGGE*

□ Omwille van diverse redenen blijft het fenomeen depressie de nodige aandacht van de hulpverlener verdienen. Depressie manifesteert zich wereldwijd én het is één van de meest basale psychopathologieën. Hieruit vloeit voort dat depressie zowel het individu als de maatschappij sterk treft: de invaliditeit als gevolg ervan is zeer hoog. In een artikel in de *British Journal of Psychiatry* uit 2004 wordt deze als de vierde belangrijkste oorzaak van ‘disease burden’ (‘ziektelast’ als het niet al te correcte Nederlandse equivalent) in de wereld genoemd (Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterji et al.).

□ Daarom is elke publicatie die zowel wetenschappelijk als klinisch een nieuwe bijdrage tot deze aandoening vormt het waard om bij de hulpverleners bekend gemaakt te worden. Dit is het geval met het recent verschenen ‘*The Theory and Treatment of Depression. Towards a Dynamic Interactionism Model*’ onder redactie van Jozef Corveleyn, Patrick Luyten en Sidney J. Blatt (Leuven University Press, 2005). De eerste twee auteurs zijn werkzaam aan de faculteit psychologie van de KULeuven terwijl de derde auteur verbonden is aan het departement psychiatrie en psychologie van de Yale University in New Haven, Connecticut (USA).

Zonder volledigheid na te streven zullen in dit eerste deel een aantal ‘highlights’ aan bod komen die zowel een theoretisch als klinisch belang hebben.

## □ **A fact is a fact is a fact...**

- Depressie heeft een lifetimeprevalentie van ongeveer 15 %.
- Tegen 2020 wordt verwacht dat depressie de tweede belangrijkste oorzaak van ziekte zal zijn.
- Vroeger werd depressie als een relatief ‘benigne’ aandoening beoordeeld. Nieuwe research toont aan dat het natuurlijke verloop recurrent is en voor velen een chronisch verloop kent.

- Recente ramingen suggereren een hervalcijfer van 20 tot 30 % binnen de 3 jaar na een eerste episode en 70 tot 80 % in dezelfde periodes bij personen die drie of meer episodes hebben meegemaakt.
- Het risico voor op zijn minst één nieuwe episode na een eerste episode is bijna 90 %.
- de ‘gemiddelde’ depressieve patiënt maakt in zijn leven 4 episodes door met een duurtijd van ongeveer 20 weken.
- research heeft eveneens aangetoond dat met elke nieuwe episode de tijd tussen de twee volgende episodes verkleint. In 10 tot 30 % van de gevallen wordt de depressie chronisch.
- na het meemaken in één jaar tijd van 3 of meer ernstige negatieve life events wordt bijna iedere persoon depressief.

Duizelingwekkende cijfers dus...

### **De clash van de titanen: verzoening ?**

□ Het theoretisch en klinisch uitgangspunt van dit boek is de integratie van psychodynamische en cognitief gedragstherapeutische inzichten met behoud van elkaars eigenheid.. Hiervoor baseren ze zich op het werk van Aaron Beck, grondlegger van de cognitieve gedragstherapie, en van Sidney Blatt, psychoanalytisch clinicus, onderzoeker en coauteur van dit boek.

Dit leidt tot de uitwerking van een ontwikkelingspsychologisch perspectief op depressie. Vanuit de normale ontwikkeling van de persoonlijkheid wordt de weg naar de pathologie van de depressie in kaart gebracht. Daardoor wordt klinische depressie niet als een *ziekte (disease)* gezien – wat wel in een classificatie als de DSM het geval is - maar als een *stoornis (disorder)* van de normale ontwikkeling.

Een cruciale rol in het ontstaan van depressie ligt bij kwetsbaarheidfactoren van de persoon. Deze zijn te situeren op een continuüm tussen twee uitersten. Aan de ene pool is er de kwetsbaarheidfactor van de afhankelijkheid of sociotropie (Dependency/Sociotropy). Deze laatste term is van Beck afkomstig. Dit verwijst naar mensen die afhankelijk zijn van liefde, zorg en aanvaarding van anderen. De andere pool omvat de kwetsbaarheidfactor van zelfkritisch perfectionisme en autonomie (Self-Critical Perfectionism/Autonomy). Deze personen zijn zeer kritisch naar zichzelf, presteren zeer sterk naar het perfectionisme, presenteren zich zeer zelfstandig maar zijn uiterst gevoelig voor kritiek die ze vlug op zich betrekken (mechanisme van de introjectie).

In feite zijn dit twee normale ontwikkelingslijnen: indien ze dialectisch met elkaar interfereren is een gezond functioneren mogelijk. Bij pathologische ontsporing kan dit leiden tot, in het eerste geval de anaclitische of sociotropische depressie (Anaclitic/Sociotropic Depression) (anaclitisch verwijst naar ‘aanleunen’). In het tweede geval ontstaat een introjectieve of autonome depressie (Introjective/Autonomous Depression).

Deze theoretische uitwerking berust op twee basisassumpties. De eerste is al aangegeven: de persoonlijkheidsfactoren situeren zich op een continuüm, dus ook de twee vormen van de klinische depressie. Vandaar bestaat de mogelijkheid van mengvormen.

Ten tweede is er ook een continuüm in de gradatie van depressie: deze kan ‘normaal’, mild of ernstig zijn.

Zijn deze twee titanen uit de psychotherapeutische theorie en kliniek op deze wijze volledig met elkaar geïntegreerd? De auteurs wijzen erop dat beide op een ander niveau wel hun eigenheid behouden. De cognitieve gedragstherapie van Beck blijft de theoretische premisse huldigen dat er een duidelijk onderscheid is tussen normaliteit en pathologie. Er is tevens een sterk geloof in rede en rationaliteit. Dit alles houdt de belofte in dat pathologie kan verdwijnen en normaliteit weer tevoorschijn kan treden.

Freud daarentegen heeft de revolutionaire gedachte geïntroduceerd dat het onderscheid tussen normaliteit en pathologie gradueel is. Dit betekent dat de mens steeds gekenmerkt zal blijven door conflicten en frustraties – het is een essentieel onderdeel van de ‘condition humaine’.

### **Dynamische interactie: point of no return?**

□ De nadruk die de auteurs op het ontwikkelingsperspectief leggen, maakt hen niet blind voor de ruimere context. Het begrip ‘dynamische interactie’ opent ook nieuwe perspectieven op het nature-nurture debat. Een mooi citaat van Rose (2001) illustreert dit:

*“Organismen zijn in constante interactie met hun omgeving: dit betekent dat organismen omgevingen selecteren zoals omgevingen organismen selecteren. Net zoals organismen evolueren omgevingen en zijn deze homeodynamisch in plaats van homeostatisch; zowel ‘genome’ als ‘envirome’ zijn abstracties van deze continue dialectiek”* (eigen vertaling)

De auteurs stellen dat de nature-nurture discussie onproductief is. Er is dynamische interactie tussen psychosociale en neurobiologische processen. Concreter uitgedrukt: volgens hen zijn de persoonlijkheidsfactoren mediators in de relatie tussen genetische factoren en sociale ondersteuning. Op klinisch gebied leidt dit tot een belangrijke consequentie, namelijk dat de ‘psychische realiteit’ van het

individu het terrein bij uitstek is voor psychotherapeutisch handelen (of dit nu individueel, in het gezin of de groep is).

Het is duidelijk dat de dichotomie tussen exogeen en endogeen afgedaan heeft (in deel twee van dit artikel kom ik er uitvoeriger op terug). Als een 'point of no return' heeft het dynamisch interactionistisch model op het veld van de depressie zijn plaats verworven.

### **Everything you wanted to know about therapy but were afraid to ask for**

□ Hoewel dit het onderwerp van een apart artikel kan uitmaken, beperk ik me tot twee intrigerende vaststellingen.

De eerste is deze waaruit blijkt dat psychofarmaca voornamelijk inwerken op de depressieve stemming en niet zozeer op de persoonlijkheid die dus de kwetsbaarheidfactor voor depressie vormt. Tevens blijkt dat medicatie geen protectief effect heeft: onderhoudsbehandeling verminderd wel herval, maar éénmaal de medicatie gestopt zijn de hervalcijfers dezelfde onafhankelijk van de duur van de medicatiebehandeling (P. Luyten, persoonlijke mededeling). Dit betekent dat er dus meer nodig is dan medicatie alleen: psychotherapie maakt integraal deel uit van de behandeling. Het is dus een kwestie van pillen én praten!

Het tweede luik sluit hierbij aan. Wat blijkt nu?

Meta-analyses hebben uitgemaakt dat gemiddeld tweederde van de patiënten na een kortdurende symptoomgerichte therapie hervallen. De symptomen verminderen wel, maar de onderliggende kwetsbaarheidfactoren van de persoon persisteren.

Dit is duidelijk een pleidooi voor langdurige intensieve psychotherapie bij personen met een depressieve pathologie. Gezien het dynamisch interactionisme moet per individu bekeken worden welke psychotherapievorm op zijn plaats is: individueel, echtpaar, gezin, groep of een combinatie; ambulante of (semi)-residentieel.

### **Envoi**

□ Zoals de Middeleeuwse ballade afsluit met een korte eindstrofe, het 'envoi', bedoeld als opdracht voor een autoriteit, ook hier een *opdracht*.

Nieuwe research en nieuwe klinische vaststellingen in verband met depressie dienen in eerste instantie *opgedragen* te worden aan de personen die met een depressie te kampen hebben. In de inleiding verwees ik naar het feit dat het depressief-zijn een basale pathologie is. In het tweede deel wil ik dit uitwerken aan

de hand van het concept ‘essentieel depressief-zijn’. Deze berust op het antropopsychiatrische principe dat psychopathologie ons informeert over de menselijke existentie en het problematische ervan.

Dus, voor twee belangrijke redenen blijven de patiënten onze eerste *opdrachtgevers*...

Rose S. Moving on from old dichotomies: Beyond nature-nurture towards lifeline perspective *British Journal of Psychiatry*, 2001, 178 (Suppl 40), s3-s7

Üstün T.B., Ayuso-Mateos J.L., Chatterji S. Global burden of depressive disorders in the year 2000 *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184, 386-392



# EEN OGENBLIK EMDR

*Jan Dumery*  
*Klinisch psycholoog*  
*PTC RUSTENBURG*

□ “New York 9-11-01; Djerba 04-11-02; Bali 10-12-02; Riyadh 05-12-03; Casablanca 05-16-03; Istanbul 11-15-03; Istbanbul 11-20-0-; Madrid 3-5-04; Khobar 05-29-04; London 7-7-05. Terrorist World Tour - Comming to you next summer.” Een T-shirt met deze tekst geeft cynisch aan hoe bang we zijn voor aanslagen, voor trauma’s, en hoe we pogen ermee om te gaan. Cynisme is een onaangename manier om de waarheid te zeggen; misschien is *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)* een meer gepast antwoord bij de verwerking van psychische trauma’s?

□ Begin 2005 volgde ik de opleiding EMDR bij het Belgisch Instituut voor Psychotraumatologie en EMDR (BIPE). Met enige voorzichtigheid stapte ik de *EMDR-wereld* binnen, die bij nader toezien goed gestructureerd in elkaar zit. BIPE is lid van de EMDR-Europe die als overkoepelende organisatie een kwaliteitsgarantie voor EMDR probeert in te stellen in Europa. Natuurlijk is er het EMDR Institute van Francine Shapiro (ontdekte EMDR) en verder is er een internationale organisatie (EMDRIA) en EMDR-HAP. HAP staat voor Humanitarian Assistance Programs en is een non-profit organisatie die kan omschreven worden als het equivalent binnen de geestelijke gezondheidszorg van Artsen Zonder Grenzen; een wereldwijd netwerk van hulpverleners om overal te helpen bij het lijden en het voorkomen van na-effecten van trauma, natuurrampen en geweld. Hun hoofddoel is het trainen van locale therapeuten in het gebruik van EMDR: op hun website maken ze melding van tsunami-hulp in Azië, hulp na terroristische aanslagen... Met enig associëren op EMDR-thema vonden we op het internet ook een EMDR-shop: de Neurolateral EMDR Technology Shop...voor liefhebbers van technische gadgets.

□ EMDR is een in 1987 door Shapiro ontwikkelde methodiek bij de behandeling van psychotrauma. Het betreft een *gestandaardiseerde procedure* (8 fazen) die kan leiden tot een snelle desensitisatie van traumatische herinneringen, gepaard gaand met een cognitieve herstructurering en een significante afname

van symptomen (BIPE). EMDR kan als behandelmethode vlot geïntegreerd worden in een ander psychotherapeutisch kader (systemisch, gedrags-therapeutisch, psychodynamisch...). Het meest spraakmakend is fase 4: de desensitisering en verwerking via oogbewegingen (bilaterale stimulatie). Als patiënt maak je een aantal sets van oogbewegingen door de heen en weer bewegende hand te volgen van de psychotherapeut. De precieze functie van de oogbewegingen is (nog) niet bekend. Als gevolg van een trauma gaan bepaalde delen van de hersenen minder effectief functioneren (o.a. limbisch systeem), en blijft het trauma onverwerkt opgeslagen, inclusief de bijhorende beelden, geluiden, gedachten en gevoelens. De hypothese is dat de oogbewegingen een hersenactiviteit veroorzaken die de werking van deze delen van de hersenen gunstig beïnvloedt. Tevens is het mogelijk dat de oogbewegingen een zelfde hersenactiviteit veroorzaken als tijdens de REM-slaap, waardoor we belevenissen verwerken. Eigenlijk dekt de term EMDR niet volledig de methode, want naast het gebruik van oogbewegingen, wordt hetzelfde effect bereikt met alternerend links-rechts aanbieden van geluiden of lichamelijke prikkels (tikken op rechter- en linkerhandpalm).

EMDR is *geen trucje* en dient geïntegreerd te worden binnen een psychotherapeutisch kader. Ga niet even EMDR-en zonder grondige training. Grondige kennis van persoonlijkheidsstructuur en persoonlijkheidsdiagnostiek is noodzakelijk (psychische stabiliteit, neiging tot dissociatie). De training van het BIPE is voorbehouden voor psychiaters, psychologen en psychotherapeuten met een erkende opleiding...

EMDR heeft mijn aandacht te pakken, zeker door de *persoonlijke ervaring* binnen de gevolgde training. Als trainee onderga je een EMDR-procedure die toegepast wordt op een persoonlijke moeilijke oude herinnering, in het bijzonder het moeilijkste momentbeeld ervan. Het was mijn keuze een black-out op een examen psychometrie te nemen. Het blijft me verwonderen wat de bilaterale stimulatie via oogbewegingen te weeg brengt, zonder dat de psychotherapeut iets induceert, suggereert of paraphraseert. Na elke set van oogbewegingen komt er een nieuw "iets" (beeld, gevoel, gedachte,...). Ik probeer "een ogenblik EMDR" weer te geven:... het moeilijke beeld van het auditorium – oogbewegingen – buiten het auditorium staan – oogbewegingen – angstig en geëmotioneerd zijn – oogbewegingen – helderblauwe Leuven's aprillicht zien – oogbewegingen – weer blauwe kleur die niet mooi aanvoelt - oogbewegingen – groene mooie kleuren zien van een weide op vakantie - oogbewegingen –

terug in Leuven – oogbewegingen – “ik kan hier niet aan doen” – oogbewegingen – “ik voel me iets beter”- oogbewegingen – “dit is raar hé” – oogbewegingen - “ik voel me rustiger”-... Nadien fascineert me nog steeds dat de trainer niets induceerde en dat de lading van het beeld weg is...het moeilijke beeld “weet je nog ergens”, maar het dringt zich niet op... en dit alles binnen 1,5 uur (trainingssituatie). De volgende dagen laat EMDR me niet los...ik denk na over het verband tussen bilaterale stimulatie en lange afstandlopen ... collega's spreken me aan omtrent EMDR...Tenslotte blijft mijn verwondering omtrent de sterke conditionering van de kleuren bij mijn “traumatisch” herinneringsbeeld....Ook in de behandeling met patiënten valt op hoe snel (na een aantal EMDR-sessies) een traumatische gebeurtenis verwerking vindt en hoe de mate van belasting (subjective units of disturbance) verbonden met de herinnering zakt en wegblijft.

*Systeemtherapie en EMDR*, bij de behandeling van psychotrauma, wordt genoemd in de website van Rino Noord-Holland. Hierin wordt gemeld dat “systeembehandeling een ervaring beleeft, maar EMDR binnen dit vakgebied ten onrechte nog niet wordt toegepast. Niettemin zijn gezinnen heel vaak traumatisch belast door een trauma of traumageschiedenis van één of meer van de gezinsleden. Gezinsleden kunnen hierdoor belemmerd of zelfs secundair getraumatiseerd worden. In systeemtherapie kan EMDR zodanig worden ingezet dat alle gezinsleden ervan profiteren.” Als systeemtherapeut wilde ik u dit niet onthouden...

□ Is EMDR integreerbaar in het *Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg*? Of beter: hoe kan een “dyeed-in-the-wool-psychoanalyst” EMDR als nieuwe benadering integreren? (Söderlund, 2000). Shapiro geeft antwoord dat EMDR gebruikt wordt in de Menninger’s Clinic, die voornamelijk psychoanalytisch georiënteerd is. Bij een afgelijnd probleemgebied is het integreren van een gestandaardiseerde EMDR-procedure mogelijk binnen een psychoanalyse...

□ Het *kritische forum omtrent EMDR* op het internet is op zijn minst aanzienlijk te noemen. Met wat afstand ten aanzien van mijn persoonlijk enthousiasme voor EMDR zijn een aantal artikelen leerrijk om reden van historische parallellen... McNally (1999) beschrijft op een cynische wijze de opvallende gelijkenissen tussen de geschiedenis van het mesmerisme en de geschiedenis van EMDR. Een leuk fait divers in het artikel van McNally is dat zowel Mesmerisme als EMDR het voorwerp geweest zijn van satire. Er was een succesvolle muzikale komedie in 1784 op de Parijse scène als parodie op het mesmerisme, en ook EMDR heeft zijn satire gevonden. Dit is, volgens een Amerikaans journalist, terug te vinden op de website van Dr. Shekel, onder de naam “Sudotherapy” of SOT, een website met bewegende ogen... wat bij Amerikaanse EMDR-therapeuten heel wat kwaad bloed zette.... In elk geval sluit satire niets uit (cfr. Freudposter in menig studentenkamer).

□ Een interessant kritisch artikel draagt de originele titel “een doorn in het oog, het omstreden succes van EMDR” (Nanninga, 2004). Hierin blijkt dat de marketings- en wervingsmethoden die in de VS gebruikt werden om EMDR te verbreiden op zijn minst als storend onthaald werden. Een golf van kritiek bleef niet uit. Nanninga merkt verder terecht op dat “de critici van EMDR hun wenkbrauwen zullen blijven fronsen zolang het ‘mysterie’ van de bilaterale stimulatie onopgehelderd blijft. EMDR-therapeuten breken zich daar liever niet het hoofd over”.

## □ Bibliografie

Baldé, P. (2001). Met andere ogen bekeken. EMDR, een nieuwe doeltreffende therapie voor het genezen van emotionele problemen. Rijswijk: Elmar.

De Jongh, A. & Ten Broeke, E. Verwerking van schokkende gebeurtenissen met Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Psychopraxis, jaargang 4 (1), februari 2002.

McNally, R.J. EMDR and Mesmerism: A comparative historical analysis. Journal of Anxiety Disorders, 1999, 13, 225-236

Naninga, R. Een doorn in het oog: het omstreden succes van EMDR. Skepter 17 (1), maart 2004.

Shapiro, F. (1995). Eye Movement Desensitisation and Reprocessing. New York: Guilford.

Shapiro, F. (2002). EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach: Experts of Diverse Orientations Explore the Paradigm Prism. Hardcover.

Shapiro, F. & Silk Forrest, M. (2005). EMDR. Vernieuwende therapie tegen angst, stress en trauma. Apeldoorn: Garant Uitgevers nv.

Söderlund, J. Integral EMDR. An exclusive interview with Francine Shapiro, the originator of Eye Movement Desensitisation and Reprocessing, on why it's prototypically integrative approach. New Therapist 9, sept/oct 2000.

<http://www.newtherapist.com/shapiro9.html>

<http://www.psychologenpraktijk.nl/site/emdr.shtml>

<http://www.skepsis.nl/emdr.html>

<http://sudotherapay.tripod.com/sudo.html>

[www.bipe.be](http://www.bipe.be)

[www.emdr.com](http://www.emdr.com)

[www.edmria.org](http://www.edmria.org)

[www.emdrhap.org](http://www.emdrhap.org)

[www.neurolateral.com](http://www.neurolateral.com)

