

Aangepaste EMDR- methode door Dr. Serdar Guner

Afstudeerscriptie

Emel Dogan | 313890 | Toegepaste Psychologie | Hogeschool Saxion | Laurens Ekkel | Karin Ploegh

Toegepast Psychologie
Hogeschool Saxion
Handelskade 75
7417 DH Deventer

Onderzoek bij Praktijk voor Psychiatrie S. Güner
Dorpstraat 102b
6931 BM Westervoort

Auteur
Emel Dogan (313890)

Afstudeerbegeleiders
Laurens Ekkel (Eerste begeleider)
Karin Ploegh (Tweede begeleider)

Plaats & Datum
Deventer- Augustus 2015 tot en met februari 2016

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie ‘Onderzoek naar aangepaste EMDR-methode van dr. Guner’. Hierin is een effectmeting gedaan naar de EMDR- therapie die door de psychiater/psychotherapeut Serdar Guner is aangepast. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Toegepaste Psychologie aan Hogeschool Deventer. In de periode augustus 2015 tot en met januari 2016 ben ik bezig geweest met het onderzoek en het schrijven van deze scriptie.

Deze scriptie is geschreven in opdracht van mijn stage- en afstudeerbegeleider, Serdar Guner. Het was een lastig onderzoek waar veel tijd in gestoken moest worden. Dankzij de goede medewerking van de behandelaar en de patiënten is het gelukt om de scriptie op tijd af te krijgen. Gelukkig kon ik met mijn vragen altijd terecht bij mijn begeleiders Laurens Ekkel en Karin Ploegh.

Graag wil ik een bijzonder woord van dank richten aan Laurens Ekkel voor zijn begeleiding en enthousiasme. Ook wil ik mijn tweede begeleider Karin Ploegh en mijn opdrachtgever dr. Guner bedanken voor de fijne begeleiding en ondersteuning tijdens dit onderzoeksproces. Daarnaast gaat mijn dank uit naar alle respondenten voor hun deelname aan het onderzoek.

Ik wens u veel leesplezier.

Emel Dogan

Deventer, 4 januari 2016

Samenvatting

In opdracht van dr. Guner is onderzoek gedaan naar zijn behandeling. Dr. Guner heeft de EMDR-therapie aangepast, hij laat zijn patiënten tijdens de EMDR-sessie hun trauma herbeleven, zodat zij in de toekomst de emoties die gerelateerd zijn aan het trauma makkelijker kunnen loslaten. In de klassieke EMDR-therapie is het terugroepen in beelden van de akelige gebeurtenis slechts een klein onderdeel van de therapie, terwijl bij dr. Guner in de therapie meer sprake is van herbeleving. Het is in onderzoeken bewezen dat klassieke EMDR-therapie relatief gering emotioneel belastend is voor de patiënten. Dit lijkt niet het geval te zijn bij de patiënten van dr. Guner. Zij hebben de klassieke EMDR-therapie belastend ervaren.

In dit onderzoek is gekeken naar het effect van aangepaste EMDR-therapie van dr. Guner. Dit houdt in dat het onderzoek zich beperkt tot het analyseren van het effect van de aangepaste EMDR-therapie en er niet zal worden onderzocht in hoeverre deze therapieën, qua effectiviteit, van elkaar verschillen. Er is een experimenteel onderzoek gedaan waarin de twee onderzoeksgroepen, experimentele en controlegroep, onderzocht werden. Beide groepen bevatten 25 respondenten die allemaal staan ingeschreven bij de praktijk van dr. Guner. Voor de experimentele groep geldt dat zij de aangepaste EMDR-therapie hebben ondergaan. Op basis hiervan is deze groep vergeleken met de controlegroep die (nog) geen behandeling kreeg. Buiten het al dan niet hebben ondergaan van de aangepaste EMDR-behandeling, waren de groepen qua kenmerken aan elkaar gelijk. Bij beide groepen werd een voor- en nameting uitgevoerd aan de hand van de vragenlijst die betrekking heeft op klachten die nauwgezet de symptomen volgen van de diagnose PTSS uit de DSM-IV.

Op basis van de resultaten en conclusies kan worden gesteld dat bij de experimentele groep, na het toepassen van de aangepaste EMDR-therapie van dr. Guner, er sprake is van een significante afname van de klachten op de PTSS-schalen: vermijden, herbeleven en hyperarousal. Hoewel er nog ruimte is voor een verdere afname van de klachten bij de patiënten, is het naar aanleiding van dit onderzoek evident dat deze behandeling effect heeft.

Een mogelijke kanttekening bij dit onderzoek is dat bij de nameting geldt voor zowel de experimentele groep als de controlegroep dat er niet in alle gevallen strikt een maand tussen de metingen is aangehouden. Dit kan van invloed zijn op de resultaten met name bij de experimentele groep, zij hadden hierdoor meer tijd voor verwerking wat inhoudt dat het effect niet exact na een maand is gemeten. De aanbeveling voor dr. Guner is om dit onderzoek na drie maanden te herhalen, om te bepalen over welke periode deze behandeling het grootste effect bereikt. Omdat dit een effectonderzoek is, kan er geen uitspraak gedaan worden op macro niveau.

Inhoudsopgave

Verklarende woordenlijst . . . 5
Hoofdstuk 1: Inleiding van het onderzoek . . . 6
1.1 Aanleiding . . . 6
1.1.1. EMDR-therapie . . . 6
1.2 Onderzoekvraag . . . 8
1.3 Doelstelling van het onderzoek . . . 8
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader . . . 9
2.1 Posttraumatische stressstressstoonis . . . 9
2.1.1. Herbeleving . . . 9
2.1.2. Vermijden . . . 9
2.1.3. Hyperarousal . . . 10
2.1.4. Soorten trauma's . . . 10
2.1.5. Prevalentie . . . 10
2.1.6. Behandeling . . . 11
2.2. EMDR-therapie . . . 12
2.2.1. EMDR-procedure . . . 12
2.2.2. Werkingsmechanisme van EMDR-therapie . . . 15
2.3. Exposure therapie (imaginair exposure) . . . 15
2.4. Conceptueel model . . . 16
2.5. Hypothesen . . . 17
Hoofdstuk 3: Onderzoeksmethoden . . . 18
3.1 Onderzoeksmethode . . . 18
3.2 Onderzoeksgroep . . . 18
3.3 Onderzoeksinstrument . . . 19
3.4 Procedure . . . 19
3.5 Uitgevoerde analyses . . . 20
Hoofdstuk 4: Onderzoeksresultaten . . . 21
4.1 Uitvoering Onderzoek . . . 21
4.1.1 Experimentele groep . . . 21
4.1.2 Controlegroep . . . 21
4.2 Betrouwbaarheid van het meetinstrument . . . 21
4.3 Respondenten . . . 22
4.4 Resultaten controlegroep . . . 23
4.5 Resultaten experimentele groep . . . 23
4.6 Deelvragen . . . 24
4.6.1 Deelvraag 1 . . . 24
4.6.2 Deelvraag 2 . . . 25
4.6.3 Deelvraag 3 . . . 25
4.6.4 Hoofdvraag . . . 25
Hoofdstuk 5: Conclusie, discussie en aanbevelingen . . . 26
5.1 Conclusies . . . 26
5.1.1 Deelvraag 1 . . . 26
5.1.2 Deelvraag 2 . . . 26
5.1.3 Deelvraag 3 . . . 26
5.1.4 Hoofdvraag . . . 27
5.2 Discussie . . . 27
5.3 Aanbeveling . . . 28
Literatuurlijst . . . 30
BIJLAGE: . . . 33
BIJLAGE 1: Eigen werk verklaring . . . 33
BIJLAGE 2: Criteria PTSS (DSM-IV-TR) . . . 34
BIJLAGE 2: Vragenlijst in het Turks . . . 35
BIJLAGE 3: Vragenlijst Nederlands . . . 38

Verklarende woordenlijst

Cognitieve gedragstherapie (CGT)	Is een psychotherapie waarbij de denkgewoonten van de patiënt onderzocht worden. De patiënten leren in deze therapie de gedachten die niet helpen en hem of haar slecht laten voelen om te buigen naar 'helpende' gedachten.
Conceptueel model	Visuele weergave van het onderzoek.
Criteriumvaliditeit	Beschouwt in welke mate een test voorspellende waarde heeft.
Cronbach's Alpha	Is een maat voor de betrouwbaarheid van psychometrische vragenlijst.
Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)	Het internationale classificatiesysteem van de Geestelijke Gezondheidszorg.
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	Is een behandelmethode voor PTSS die berust op het in gedachten oproepen van de traumatische herinnering en de bijbehorende gevoelens door betrokkene, terwijl er een afleidende stimulus wordt aangeboden (oogbewegingen).
Exposure	Is een behandelmethode waarbij de patiënt geconfronteerd wordt met zijn angst.
Hawnthorne effect	Uitwerking van een interventie op een onderzocht persoon, die uitsluitend te wijten is aan het feit dat deze aan een onderzoek meedoet.
Herbeleven	De getraumatiseerde mensen beleven opnieuw het trauma in het heden terwijl het gevaar is verdwenen.
Hyperarousal	Hierbij kunnen PTSS patiënten last hebben van de klachten van hyperactivatie of prikkelbaarheid.
Mean *(M)*	Gemiddelde.
Paired-samples T-test.	Is een statistische toets vergelijkt gemiddelde(s) en wordt gebruikt om hypotheses te toetsen.
Posttraumatische stressstoornis (PTSS)	Een psychische aandoening die ontstaat als gevolg van ernstige stress gevende situaties, waarbij sprake is van levensbedreiging, ernstig lichamelijk letsel of een bedreiging van de fysieke integriteit.
Statistical Package for the Social Sciences （SPSS)	Een statistisch computerprogramma voor de sociale wetenschappen.
Standaarddeviatie *(SD)*	Is een maat voor de spreiding van een variabele of van een verdeling.
Stepped care model	Stepped care houdt in dat zorg bestaat uit een aantal stappen, waarbij de minst intensieve behandeling als eerste wordt gekozen. Als deze niet tot verbetering leidt, wordt verder gegaan met de volgende, intensievere behandeling.
Vermijdingsgedrag	Hierbij gaan de PTSS patiënten de prikkels uit de weg die de traumatische gebeurtenis symboliseren of ze laten afgestompte reacties zien.

Hoofdstuk 1: Inleiding van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt in de eerste paragraaf beschreven wat de aanleiding is om dit onderzoek uit te voeren. In de tweede paragraaf wordt een onderzoeksvraag geformuleerd die leidend zal zijn tijdens het onderzoek. Om deze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, zijn drie deelvragen opgesteld. Tot slot wordt in de laatste paragraaf een korte beschrijving van de organisatie weergegeven en wordt het doel van het onderzoek duidelijk gemaakt.

1.1 Aanleiding

Vier op de vijf Nederlanders hebben in hun leven één of meer ingrijpende en schokkende gebeurtenissen meegemaakt. Voorbeelden van traumatische ervaringen zijn verkrachtingen, ernstige ongelukken, natuurrampen of oorlog. Bij ongeveer 10 procent van de mensen die een dergelijke ervaring hebben gehad, is de impact ervan dermate groot dat deze leidt tot de ontwikkeling van een posttraumatische stressstoornis (PTSS; De Vries & Olff, 2009). De vele klachten van PTSS kunnen in drie hoofdcategorieën worden onderverdeeld (Olff, 2013):

1*. Vermijdingsgedrag*

Ze vermijden alles wat aan het trauma herinnert, zoals het niet willen praten over de akelige gebeurtenis of niet meer terug gaan naar de plek waar het trauma plaatsvond. Ook kan er emotionele vervlakking ontstaan.

2. Herbeleven

De getraumatiseerde mensen beleven opnieuw het trauma in het heden terwijl het gevaar is verdwenen. Ze kunnen dit herbeleven door opdringende gedachten of flashbacks. Ook kunnen zij nachtmerries hebben.

3. Hyperarousal

Hierbij kunnen zij last hebben van de klachten van hyperactivatie of prikkelbaarheid waaronder slaapproblemen, woede-uitbarstingen, hypervigilantie en schrikachtig zijn.

Als deze klachten één maand na de traumatische ervaring nog steeds voorkomen en deze het dagelijks functioneren verstoren, dan is er sprake van PTSS (Olff, 2013). In hoofdstuk 2 wordt hier dieper op ingegaan. Een effectieve behandeling van PTSS kan de algehele gezondheid beïnvloeden (Van der Molen, Perreijn & van den Hout, 2010). Er bestaat een groot aantal behandelmethoden voor PTSS. In de Multidisciplinaire richtlijn voor Angststoornissen (ggzrijchtlijnen.nl, 2009) wordt aangeraden om PTSS met cognitieve gedragstherapie (CGT) of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) te behandelen. Deze laatste behandelmethode vormt de basis voor het onderhavige onderzoek.

1.1.1. EMDR-therapie

EMDR werd door Francine Shapiro (1988) ontwikkeld. Bij EMDR wordt na het confronteren met de traumatische herinneringen een visuele of een auditieve prikkel als afleidende stimulus toegediend. Bij visuele afleiding richt de patiënt zijn aandacht op de hand van de therapeut die op 30 centimeter afstand voor het gezicht van de patiënt staat. Therapeut beweegt zijn hand heen en weer en vraagt de patiënt wat er in de gedachten naar boven komt. Tijdens de EMDR kunnen stromen van gedachten, beelden, gevoelens en lichamelijke sensaties op gang gebracht worden, die gerelateerd zijn aan het

trauma. Op het moment dat er emoties opkomen wordt de patiënt maximaal afgeleid, het nare beeld wordt hierdoor uiteindelijk steeds vager. De herinnering is niet weg, maar de nare emotionele lading is wel ervan af (De Jongh & Arts, 2004). Het aantal effectstudies naar EMDR neemt toe. De universiteit van Miami heeft middels een pilotstudie de effectiviteit van EMDR en exposure therapie op 22 patiënten onderzocht. 10 patiënten werden behandeld met EMDR en 12 patiënten met exposure therapie. Na drie sessies was er bij zeven patiënten die met EMDR behandeld zijn een verlaging van 70% van de PTSS symptomen. Deze verlaging werd bij slechts twee deelnemers van de exposure therapie terug gevonden. Hieruit kan geconcludeerd worden dat EMDR een succesvolle en snelle behandeling is (Ironson, Freund, Strauss, & Williams, 2002). In een gerandomiseerde gecontroleerde studie werd EMDR vergeleken met een antidepressivum. In het onderzoek werden 88 patiënten onderzocht. De EMDR-groep kreeg wekelijks een EMDR-sessie van 90 minuten. De farmacologiegroep kreeg 8 weken lang antidepressiva. Na 6 maanden bleek bij de EMDR-groep een grotere vermindering van PTSS klachten dan bij farmacologiegroep. Bij de EMDR-groep was bij de patiënten met een PTSS op basis van een trauma op volwassen leeftijd, sprake van 75% geheel symptoomvrij en van de mensen met een trauma in de jeugd was 33% geheel klachtenvrij. Bij de farmacologiegroep was 0% geheel klachtenvrij (Van der Kolk et al., 2007). Uit het onderzoek van Nijdam, Gersons, Reitsma, de Jongh en Olff (2012) blijkt ook dat EMDR sneller resulteert in een herstel dan psychotherapie.

Ondanks de positieve resultaten van EMDR zijn er ook nadelen. Een nadeel van EMDR is dat na de afloop van een EMDR-therapie de effecten nog even kunnen doorwerken. Nieuwe beelden of gevoelens kunnen naar boven komen en dit kan de patiënt in sommige gevallen het idee geven de regie kwijt te zijn (De Jongh & ten Broeke, 2012). Serdar Guner is een psychiater/psychotherapeut die in zijn eigen praktijk gebruik maakt van een door hem aangepaste EMDR-methode. Dit heeft hij gedaan naar aanleiding van zijn patiënten die in hun psychiatrische voorgeschiedenis te maken hebben gehad met de klassieke EMDR-therapie. Zij hebben hier negatieve ervaringen mee gehad doordat zij na de klassieke EMDR-therapie thuis overvallen waren door de emoties die aan het trauma gerelateerd waren. Dr. Guner denkt dat dit komt doordat EMDR-patiënten, conform de procedure van EMDR, worden afgeleid als de trauma-gerelateerde emoties naar boven komen. Hij ziet dit als een tijdelijke onderdrukking van de emoties die op een later moment de patiënten kunnen overvallen. Hij vindt juist dat de patiënten tijdens de EMDR-therapie de bijbehorende emoties moeten uiten zodat zij ze in de toekomst makkelijk kunnen loslaten. Dit legt hij uit door middel van een metafoor. “Als iemand de neiging heeft om te braken, dan moet het braken niet vermeden worden of terug geslikt worden. Het menselijk lichaam weet namelijk zelf al wat nodig is.” Als een patiënt tijdens de EMDR-therapie moet huilen, dan geeft hij deze de ruimte om zijn emoties te uiten. Dit vormt de basis van dr. Guner’s kritiek op de EMDR-therapie en is de reden waardoor hij de EMDR-therapie heeft aangepast. De aangepaste EMDR-methode door dr. Guner sluit behalve bij EMDR ook aan bij imaginaire exposure. Bij de aangepaste behandeling is er sprake van een combinatie tussen klassieke EMDR behandeling en exposure. In zijn aangepaste EMDR-procedure wordt de patiënt verzocht om aan de traumatische gebeurtenis te denken en tegelijk de vinger van de therapeut te volgen met zijn ogen. Door het bewegen van de vinger wordt een gecontroleerde oogbeweging gestimuleerd die het

verwerkingsproces in gang zet. Net als bij imaginaire exposure therapie wordt nadrukkelijk geprobeerd om de patiënt het trauma te laten herbeleven. De patiënt beschrijft gedetailleerd de gebeurtenis om deze opnieuw te beleven. Dit proces wordt net zo lang herhaald totdat de spanning die bij het trauma hoort helemaal is afgenomen. Bij klassieke EMDR-therapie is het niet noodzakelijk dat patiënten hun trauma uitvoerig beschrijven. Het terugroepen in beelden van de akelige gebeurtenis maakt slechts een klein onderdeel uit van de EMDR-therapie. De patiënt wordt gestimuleerd om de gebeurtenis als een film te beschrijven en deze stil te zetten op het moment dat deze door de patiënt het naarst wordt ervaren. De emotionele lading wordt gedicteerd door de huidige disfunctionele betekenisverlening aan het stilstaande beeld. De patiënt denkt aan dit stilstaande herinneringsbeeld vanuit het nu. Dus bij EMDR gaat het er niet om wat de patiënt destijds voelde, deed of dacht, maar wat hij nu denkt over de akelige gebeurtenis (De Jongh & ten Broeke, 2012).

1.2 Onderzoekvraag

Om de effecten van de aangepaste EMDR-methode van dr. Guner te onderzoeken, wordt de aanpaste EMDR-methode vergeleken met de patiënten die geen behandelingen krijgen. Hieruit vloeit de volgende onderzoeksvraag: **''In hoeverre is er na een maand een verschil tussen de vermindering van de PTSS klachten bij de patiënten van dr. Guner die deelnemen aan een aangepaste EMDR-sessie en patiënten die nog geen behandeling krijgen?''**
Om deze vraag te beantwoorden, zijn de volgende drie deelvragen geformuleerd die gebaseerd zijn op de drie hoofdcategorieën waarin de PTSS klachten zijn onderverdeeld.

Deelvraag 1: ''In hoeverre is er een verschil tussen de vermindering van vermijdingsgedrag bij de patiënten van dr. Guner die deelnemen aan een aangepaste EMDR-sessie en patiënten die nog geen trauma behandeling krijgen?''
Deelvraag 2: ''In hoeverre is er een verschil tussen de vermindering van herbeleven bij de patiënten van dr. Guner die deelnemen aan een aangepaste EMDR-sessie en patiënten die nog geen trauma behandeling krijgen?''
Deelvraag 3: ''In hoeverre is er een verschil tussen de vermindering van hyperarousal bij de patiënten van dr. Guner die deelnemen aan een aangepaste EMDR-sessie en patiënten die nog geen trauma behandeling krijgen?''

1.3 Doelstelling van het onderzoek

De opdrachtgever is Serdar Guner. Hij is de eigenaar van de Praktijk voor Psychiatrie te Westervoort die hij al ruim 15 jaar heeft. De heer Guner is een psychiater en een psychotherapeut. De praktijk richt zich op transculturalisatie. De doelgroepen zijn Turkse jongeren en volwassenen met psychiatrische problematiek. Dr. Guner biedt verschillende therapieën aan zijn patiënten, waaronder partnerrelatietherapie, hypnose therapie, EMDR en paniekbehandeling. Door dit onderzoek krijgt dr. Guner inzicht in het verschil tussen niet behandelen en wel behandelen met de aangepaste EMDR-methode. Dit is concreet de vraag van de opdrachtgever.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de theorie achter het onderzoek beschreven. Allereerst wordt een definitie van posttraumatische stressstoornis (PTSS) gegeven met de bijbehorende symptomen. Ook wordt kort ingegaan op soorten trauma's. Vervolgens wordt de prevalentie en de behandeling van PTSS weergegeven. Hierna wordt er verdiept in EMDR-therapie en exposure therapie. De effecten van deze therapieën worden beschreven. Daarna volgt het conceptueel model van dit onderzoek waarin het onderzoek in een figuur wordt weergegeven. Tot slot wordt het hoofdstuk afgesloten met een aantal hypothesen.

2.1 Posttraumatische stressstressstoonis

Van het begrip posttraumatische stressstoornis (PTSS) zijn meerdere definities. Een eerste definitie komt van Wikipedia. Deze spreekt van ''*een psychische aandoening die ontstaat als gevolg van ernstige stress gevende situaties, waarbij sprake is van levensbedreiging, ernstig lichamelijk letsel of een bedreiging van de fysieke integriteit.*'' Oorlog en andere gewapende situaties zijn een van de voorbeelden van ernstige stress gevende situaties. Daarnaast zijn gewelddadige aanvallen, agressie, bedreigingen, getuige zijn van extreem geweld, verkrachting/seksueel misbruik, kindermishandeling en zware verwondingen voorbeelden van trauma veroorzakende situaties (Wikipedia, 2015). In de DSM-IV (APA, 2000) wordt van PTSS gesproken als de betrokkene wordt blootgesteld aan een traumatische ervaring. De volgende kenmerken dienen aanwezig te zijn. De betrokkene zou allereerst geconfronteerd, betrokken of getuige moeten zijn geweest van een of meer gebeurtenissen waarbij sprake is van dreigende dood of een bedreiging vormde voor anderen. Ten tweede zou er sprake moeten zijn van intense angst, hulpeloosheid of afschuw. De drie verschijnselen die bij PTSS horen zijn: herbeleving, vermijden en hyperactiviteit. De PTSS diagnose kan gesteld worden als er wordt voldaan aan de DSM-IV criteria en als de klachten zich langer dan een maand voordoen en hieraan geleden wordt (APA, 2000). In bijlage 2 zijn de DSM-IV criteria voor PTSS uitvoerig te vinden.

2.1.1. Herbeleving

Bij een herbeleving wordt de traumatische gebeurtenis door patiënten voortdurend beleefd alsof het op datzelfde moment gebeurt. Ze handelen of voelen alsof ze de traumatische gebeurtenis opnieuw ervaren. Ze kunnen terugkerende gedachten aan of nachtmerries over de gebeurtenis hebben. Het handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt. Ze lijden er psychisch aan als ze blootgesteld worden aan iets wat herinnert aan de traumatische gebeurtenis. Ook geeft het lichaam hier reacties op, zoals trillende handen, zweten en hartkloppingen (APA, 2000).

2.1.2. Vermijden

Hierbij gaan de PTSS patiënten de prikkels uit de weg die de traumatische gebeurtenis symboliseren of ze laten afgestompte reacties zien. Ze vermijden dan gedachten, gevoelens of gesprekken die aan het trauma doen denken. Het kunnen ook mensen, plaatsen of activiteiten zijn die herinneren aan het trauma. Hierdoor hebben zij verminderde belangstelling voor de belangrijke activiteiten. Er is ook sprake van verdringing, de belangrijke aspecten van het trauma kunnen zij zich niet meer herinneren. De PTSS patiënten zijn somber over hun toekomst, ze verwachten bijvoorbeeld dat ze geen carrière kunnen maken of geen normale levensverwachting hebben. Ze hebben ook het gevoel niet meer bij

anderen te horen, er is een gevoel van onthechting of vervreemding van anderen. Ook zijn zij gevoelloos, ze kunnen hun affect beperkt uiten (APA, 2000).

2.1.3. Hyperarousal

Na de traumatische gebeurtenis zijn PTSS patiënten verhoogd prikkelbaar. Ze kunnen constant op scherp staan (waakzaamheid) waardoor ze overdreven schrikreacties kunnen vertonen op onverwachte geluiden. Ze kunnen ook snel geïrriteerd zijn waardoor ze last van woede-uitbarstingen hebben. Het kost hen ook moeite om hun aandacht bij activiteiten te houden. Er vindt ook verandering in hun slaappatroon plaats, zij hebben moeite met inslapen of doorslapen (APA, 2000).

2.1.4. Soorten trauma's

Volgens Terr (1991) zijn er twee soorten trauma's. Hij maakt onderscheid tussen type 1 en type 2 trauma. Type 1 trauma heeft betrekking op een eenmalige, enkelvoudige schokkende gebeurtenis die PTSS of chronische PTSS kan veroorzaken. Bij type 2 gaat het om herhaaldelijke of aanhoudende traumatisering met complexere gevolgen dan PTSS alleen. Symptomen die het meest naast PTSS kunnen voorkomen zijn: walging, woede, wraakgevoelens, schuldgevoel, schaamte, dissociatieve symptomen, psychosomatische klachten, wantrouwen, problemen met het hanteren van emoties en affecten, en gebrek aan veerkracht. De patiënten hebben doorgaans ook verminderde lichamelijke gezondheid (Jongedijk, 2007)

2.1.5. Prevalentie

Het is niet precies bekend hoeveel mensen in Nederland aan een posttraumatische-stressstoornis lijden en hoe de stoornis over de bevolking is verdeeld naar leeftijd, geslacht of andere kenmerken. De schaarse cijfers hebben vooral betrekking op mensen die een beroep hebben gedaan op de hulpverlening (Van der Molen, Perreijn & van den Hout, 2010). Uit het onderzoek van De Vries en Olff blijkt dat 80% van de Nederlanders gedurende hun leven een of meer schokkende dingen heeft meegemaakt, bij 10% is er sprake van PTSS. In het onderzoek hebben de onderzoekers 1087 volwassenen van 18 tot 80 jaar telefonisch geïnterviewd. Ze hebben bij het interview de vragenlijst Composite International Diagnostic Interview (CIDI) gebruikt om de prevalentie van het trauma en de DSM-IV PTSS te bepalen. Hieruit kwam naar voren dat vrouwen en jongere personen een hoger risico hebben op het ontwikkelen van PTSS. Het trauma dat het meest werd ervaren door de patiënten, was de dood van een familielid (De Vries & Olff, 2009). In het onderzoek van Bakker et al. (2009) werd de seksuele gezondheid in Nederland in kaart gebracht. Hierin werd ook aandacht besteed aan seksueel grensoverschrijdend gedrag dat als trauma ervaren kan worden. Er blijkt dat seksueel geweld bij vrouwen vaker voorkomt dan bij mannen. Een derde van de vrouwen van 15 tot 70 jaar geeft aan ooit in haar leven seksueel geweld te hebben meegemaakt. Ook mannen zijn slachtoffer van seksueel geweld. Een op de twintig mannen geeft aan ooit seksueel geweld meegemaakt te hebben. 12% van de vrouwen en bijna 3% van de mannen is ooit verkracht. Uit de studie waarbij een meta-analyse werd gedaan over 22 landen, toonde de analyse dat 7,9% van de mannen en 19,7% van de vrouwen voor hun achttiende leeftijd enige vorm van seksueel misbruik heeft meegemaakt (Pereda, Guilera, Forns & Gomez-Benito, 2009). Smid (2011) deed een onderzoek naar uitgestelde PTSS. Bij uitgestelde posttraumatische stressstoornis (PTSS) kunnen mensen maanden of jaren na een traumatische gebeurtenis een toename van psychische klachten ervaren. In zijn onderzoek onderzocht hij de

bewoners die blootgesteld waren aan een grootschalige ramp, alleenstaande minderjarige asielzoekers en militairen die uitgezonden waren naar Afghanistan. Ook bundelde hij resultaten van de eerdere onderzoeken. Smid (2011) geeft aan dat uitgestelde PTSS voorkomt bij ongeveer een kwart van de mensen met PTSS. Ook benoemt hij dat personen die getroffen zijn door een ernstig trauma tijdelijk extra gevoelig zijn voor nieuwe stressoren. Het voorkomen van stressoren na traumatische gebeurtenissen is aangewezen op preventie en behandeling van PTSS.

2.1.6. Behandeling

Bij de mensen die na een ingrijpende gebeurtenis klachten zijn ontstaan, kunnen de klachten van grote invloed zijn op hun functioneren. Bij ongeveer 30% van de mensen bij wie psychotraumaklachten zijn ontwikkeld en geen behandeling heeft gekregen, blijken de klachten na zes jaar voort te duren. Ook was er bij deze mensen geen sprake van spontaan herstel (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). PTSS wordt behandeld met psychotherapie en medicatie kan dienen als aanvulling als de PTSS-symptomen te heftig zijn. Bij complexe PTSS kan trauma gerichte therapie verricht worden. Hierbij kan gekozen worden uit een aantal evidence-behandelvormen, zoals exposuretherapie/cognitieve gedragstherapie (CGT) en EMDR (Van der Molen, Perreijn & van den Hout, 2010). Ook in de Multidisciplinaire richtlijn voor Angststoornissen (ggzrijchtlijnen.nl, 2009) gaat bij behandelen van PTSS de voorkeur uit naar psychologische behandeling. Deze behandeling kan bestaan uit CGT en EMDR. Onder CGT wordt trauma gerichte CGT verstaan en die bestaat uit exposure in vivo. De richtlijnwerkgroep heeft de behandelingen voor PTSS in een voorkeursvolgorde geplaatst, zie tabel 2.1. Stepped care model gaat ervan uit een behandeling te starten met de minst intensieve behandeling. Als deze niet tot significante verbetering leidt, wordt er verder gegaan met de volgende intensievere stap. In de volgende paragrafen worden de effecten van de behandelingen, EMDR en CGT, uitvoerig beschreven.

Tabel 2.1 *Stepped-care model PTSS (ggzrijchtlijnen.nl, 2009)*

1. Altijd wordt gestart met psycho-educatie en worden individuele adviezen gegeven teneinde de patiënt te activeren en vermijding tegen te gaan.
2. Bij een ernstige co-morbide depressie wordt hiernaast de voorkeur gegeven aan een behandeling met antidepressiva.
3. Wanneer er geen sprake is van een ernstige co-morbide depressie wordt naast 1 gekozen uit een behandeling met traumagerichte CGT of EMDR. Deze keuze wordt door de behandelaar gemaakt op basis van behandelwensen van de patiënt. Na 8-12 weken wordt de behandeling geëvalueerd.
4. Bij herstel na stap 3 wordt terugvalpreventie gegeven en de cognitieve gedragstherapie of EMDR afgesloten.
5. Indien geen of onvoldoende herstel optreedt, wordt een keuze gemaakt uit de niet gegeven psychologische behandelingen (dat wil zeggen: na traumagerichte CGT wordt voor EMDR gekozen en vice-versa) of uit medicatie.
6. Bij partieel herstel na 5 wordt een combinatiebehandeling gestart: aan CGT wordt medicatie toegevoegd en aan medicatie CGT.
7. Wanneer na 6 geen herstel optreedt, wordt een second opinion aangevraagd aan een specialist (psychotherapeut, psychiater of klinisch psycholoog).
8. Wanneer er toch sprake blijkt te zijn van een PTSS wordt de behandeling geïntensiveerd (dagbehandeling of klinische behandeling).
9. Bij onvoldoende effect wordt het handicapmodel toegepast.

2.2. EMDR-therapie

Francine Shapiro (1988) ontdekte tijdens een wandeling dat het snel bewegen van haar ogen de stress ten gevolge van onprettige herinnering uit de jeugd, die op dat moment naar boven kwam, leek te verminderen. Op basis hiervan deed ze verder onderzoek, ze wilde nagaan of het waargenomen effect bij anderen ook kon worden bereikt. In haar eerste studie (Shapiro, 1988) heeft ze 22 patiënten die slachtoffers waren van traumatische gebeurtenissen met betrekking tot de oorlog in Vietnam, seksuele mishandeling of fysiek geweld en emotioneel misbruik in haar experiment onderzocht. Tijdens dit experiment bleek dat als ze aan het trauma denken en tegelijkertijd de ogen heen en weer bewegen, de emoties die op dat gebeuren betrekking hadden verminderden. Er waren veranderingen in de cognitieve beoordeling van de situatie te zien. Door dit therapeutisch effect waren de klachten verlicht. Dit experiment leidde tot het ontwikkelen van de EMDR-therapie. Sindsdien werden verschillende onderzoeken gedaan. In de meta-analyse van Van Etten en Taylor (1998) werden de effecten van behandelingen voor posttraumatische stressstoornis gemeten. EMDR heeft hier ook plaatsgevonden en werd vergeleken met: hypnotherapie, psychodynamische therapie, farmacotherapie, gedragstherapie (exposure en cognitieve technieken) en wachtlijscontrole. Uit de resultaten kwam naar voren dat EMDR-therapie en gedragstherapie veel betere effecten hebben dan de andere vormen van psychotherapie. Ook zijn de effecten van deze twee behandelvormen gelijk aan het geneesmiddel: selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's). De effectmaten voor de EMDR-therapie en gedragstherapieën zijn in deze studie gelijk, maar bij EMDR zijn snellere resultaten te bereiken. De pilot studie van Van den Berg en van der Graag (2012) heeft aangetoond dat EMDR-therapie effectief en veilig is bij de behandeling van PTSS met co-morbiditeit van psychotische stoornis. Hieruit kan geconcludeerd worden dat behandeling van PTSS met EMDR-therapie een positief effect heeft op auditieve hallucinaties, wanen, symptomen van angst, depressie symptomen en het gevoel van eigenwaarde. Muris, Merckelbach, van Haaften en Mayer (1997) vergeleken de werkzaamheid van EMDR met die van exposure in vivo bij de behandeling van een specifieke fobie. Tweeëntwintig kinderen met spin fobie werden behandeld met een sessie van exposure in vivo en een sessie van EMDR. De conclusie is dat EMDR en exposure in vivo even effectief zijn. Op gedragsniveau (verminderen van vermijdingsgedrag) bleek exposure in vivo effectiever dan EMDR. Hieruit blijkt dat EMDR geen toegevoegde waarde heeft bij de behandeling van dit soort dierfobie. Een voordeel van de EMDR is de relatief geringe emotionele belasting voor de cliënt. Het is niet noodzakelijk dat patiënten hun trauma uitvoerig beschrijven. Het terugroepen in beelden van de akelige gebeurtenis maakt slechts een klein onderdeel uit van de EMDR-therapie (De Jongh & Arts, 2004).

2.2.1. EMDR-procedure

Bij het toepassen van de EMDR- therapie wordt weinig gesproken. Allereerst is het belangrijk de negatieve cognitie van de patiënt op te sporen, die gerelateerd is aan de traumatische gebeurtenis en een positieve cognitie te formuleren. Een voorbeeld is 'het is mijn schuld', een positieve cognitie daartegen is 'ik heb gedaan wat ik kon'. De therapeut vraagt de patiënt zich te concentreren op het meest dramatische moment van het trauma. Deze mentale representatie van het trauma omvat beelden, cognities, gevoelens en lichamelijke reacties. Vervolgens wordt een afleidende stimulans aangeboden: de hand van de therapeut die voor het gezicht van de patiënt heen en weer beweegt. De

patiënt volgt met zijn ogen de hand van de therapeut, na een reeks handbeweging wordt even rust genomen. De therapeut vraagt aan de patiënt wat er bij haar opkomt. Dit kunnen beelden, gedachten, en gevoelens zijn. De patiënt richt zijn aandacht hierop en wordt weer een nieuwe reeks handbewegingen aangeboden. Deze werkwijze wordt net zo lang herhaald totdat de patiënt zijn emotionele lading ten opzichte van het herinneringsbeeld is gedaald en de positieve cognitie geloofwaardig is geworden voor de patiënt en hij geen lichamelijke spanning voelt. De EMDR leidt tot cognitieve herinterpretatie en de patiënt kan aan het trauma terug denken zonder dat deze herinneringen klachten kunnen teweegbrengen (Van Trier, 2000). Tabel 2.2 geeft een beschrijving van het EMDR-basisprotocol en in tabel 2.3 wordt de aangepaste EMDR-methode van dr. Guner weergegeven zodat inzichtelijk wordt hoe deze therapieën, qua opzet, van elkaar verschillen.

Tabel 2.2 *De EMDR- basisprotocol (overgenomen uit De Jongh & ten Broeke , 2012).*

De verschillende fasen van de EMDR-procedure
Diagnostiek 1. Algemene diagnostiek, indicatiestelling en het identificeren van geschikte 'targets'.
Voorbereiden 2. De patiënt voorbereiden op de behandeling, onder meer met behulp van het verschaffen van gerichte informatie en, indien nodig, het aanleren van bepaalde coping vaardigheden.
'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 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 targetbeeld 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 ergens in het lichaam nog spanning aanwezig is, terwijl het targetbeeld 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 gezet, om ervoor te zorgen dat wat bereikt is wordt geconsolideerd.
Dagboek 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.

Tabel 2.3 *Aangepaste EMDR-methode door dr. Guner*

De stappen van de behandeling
1. Voorbereiden Voor de EMDR-therapie wordt de patiënt voorbereid op de behandeling. Patiënt krijgt informatie over de werking van de EMDR-therapie.
2. Concentreren De patiënt laten concentreren op het trauma waarvan ze het meest last heeft.
3. Sets oogbewegingen Patiënt richt haar aandacht op de vinger van de therapeut die op ongeveer 30 centimeter afstand is, voor het gezicht langs, heen en weer beweegt. Het werkgeheugen van de patiënt wordt belast wanneer ze aan het trauma gaat denken en de vinger van de therapeut gaat volgen. Er wordt een stroom van gedachten en beelden op gang gezet, maar soms ook van gevoelens en lichamelijke sensaties.
4. Herbeleven (imaginaire exposure) Patiënt beschrijft nauwkeurig het trauma met alle beelden, gevoelens en ervaringen die daarbij horen. Door de confrontatie aan te gaan met het trauma worden de emoties afgezwakt en de ervaring kan verwerkt worden.
5. Negatieve gedachten omzetten in positieve gedachten Er kunnen spontaan nieuwe gedachten of inzichten ontstaan die een andere, minder bedreigende, betekenis aan de gebeurtenis geven. Of de therapeut kan de patiënt helpen met het formuleren van positieve gedachten voor de gebeurtenis.
6. Sets oogbewegingen Dit net zo lang herhalen totdat de spanning volledig gedaald is.
7. Bodyscan Nagaan of ergens in het lichaam nog spanning aanwezig is, terwijl de patiënt het trauma in gedachten heeft. Zo nodig sets oogbewegingen aanbieden.
8. Afsluiting De resultaten van de zitting worden in een positief kader gezet, om ervoor te zorgen dat wat bereikt is wordt geconsolideerd.

2.2.2. Werkingsmechanisme van EMDR-therapie

Het meest opvallende verschil tussen EMDR en andere vormen psychotherapie is de oogbeweging. De Jongh & ten Broeke (2012) en Shapiro (1989) zijn ervan overtuigd dat de oogbewegingen bij de patiënt het verwerkingsproces op gang zetten. Volgens haar verstoren de traumatische gebeurtenissen de emotionele balans van de hersenen en deze worden met bijbehorende cognities, emoties en fysiologische reacties in de hersenen onverwerkt opgeslagen. De oogbewegingen leiden er toe dat de opgeslagen ingrijpende gebeurtenis vrijkomt en verwerkt kan worden. Deze theorie wordt Adaptive Infomationn Processing (AIP) genoemd (Solomon & Shapiro, 2008). Er is veel onderzoek gedaan naar de oogbewegingen. De werkgeheugen-theorie (Baddely,1998) die de omstreden verklaring van Francine Shapiro weerlegt, heeft een andere verklaring. Uitgangspunt van deze theorie is dat het werkgeheugen van de mensen verschillende taken tegelijkertijd kan uitvoeren, zoals plannen van taken, ophalen van herinneringen en deze opnieuw vastleggen enz. Doordat het werkgeheugen een gelimiteerde aandachtcapaciteit heeft, komen bij het uitvoeren van de ene taak de prestaties op de andere taak onder druk te staan en wordt de taak onderbroken. Het werkgeheugen wordt belast wanneer de patiënt aan een traumatische gebeurtenis denkt en tegelijkertijd een afleidende stimulus (oogbeweging) wordt aangeboden. Hierdoor is er minder capaciteit voor de herinnering waardoor de herinnering minder levendig wordt dan voorheen. De herinnering verliest steeds meer emotionele componenten als deze wordt opgeslagen in het lange termijn geheugen. Als de herinnering opnieuw wordt opgehaald, wordt deze minder levendig en minder emotioneel. Deze theorie wordt het meest empirisch ondersteund. In de studie van Engelhard, van den Hout, Janssen en van der Beek (2010) kwamen de onderzoekers tot de conclusie dat de oogbewegingen de levendigheid en emotionaliteit van de traumatische gebeurtenis verminderden. Ze ondersteunen de werkgeheugentheorie. Ook het onderzoek van Maxfield, Melnyk en Hayman (2008) heeft aangetoond dat de prestaties van het werkgeheugen afnemen wanneer men zich bezig houdt met twee gelijktijdige taken. De bevindingen van hun experiment ondersteunen de theorie over werkgeheugen.

2.3. Exposure therapie (imaginair exposure)

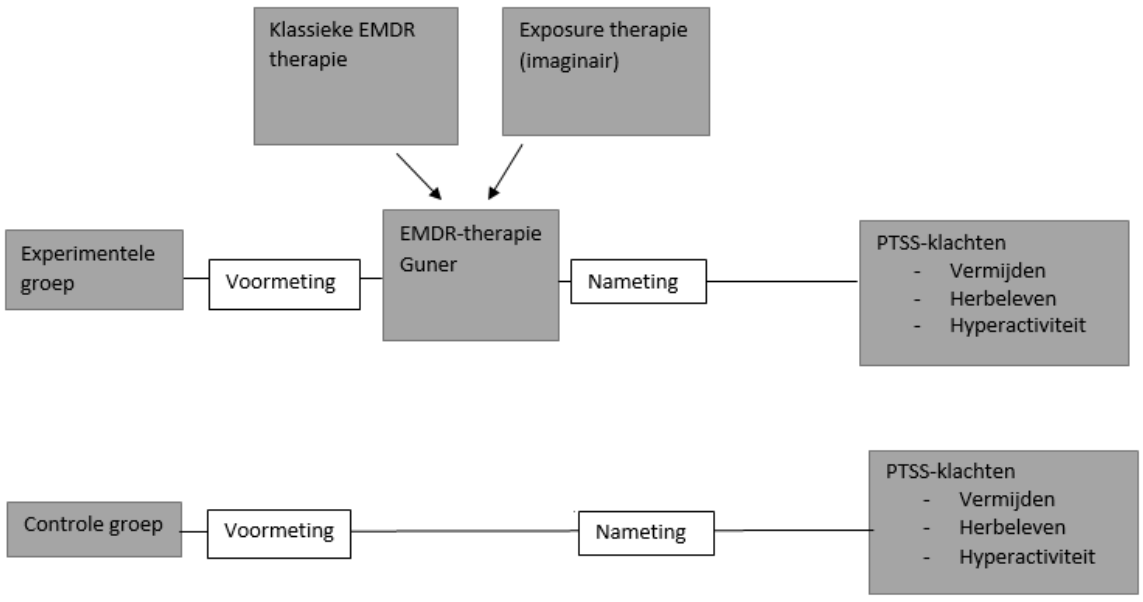
Exposure therapie wordt ook aanbevolen bij het behandelen van PTSS (ggzrijchtlijnen.nl, 2009). Bij deze behandeling wordt uitgegaan van een leer-theoretisch model waarbij de geconditioneerde stimulus die angst oproept uitgedoofd moet worden. De patiënt wordt tijdens de behandeling geleidelijk geconfronteerd met de akelige gebeurtenis of de situaties. Ze gaan ervan uit dat wanneer de patiënt langdurig wordt blootgesteld aan het trauma, de angst vanzelf gaat dalen. En hierdoor wordt de vermijding van herinneringen en situaties doorbroken. Wanneer de patiënt daadwerkelijk aan de gevreesde situatie wordt blootgesteld, wordt dit exposure in vivo genoemd. Wanneer de confrontatie in gedachten plaatsvindt, wordt dit imaginair exposure genoemd (Van der Molen, Perreijn & van den Hout, 2010). In verschillende studies hebben zij de Exposure therapie onderzocht. Taylor et. al (2003) onderzocht de werkzaamheid van de drie behandelingen Exposure, EMDR en relaxatietherapie bij de posttraumatische stoornis. 60 mensen namen deel aan dit onderzoek. In vergelijking tot EMDR-therapie en relaxatietherapie, was bij exposure therapie een significant grotere vermindering van de vermijding en herbeleving van symptomen te zien. De gecontroleerde studie van Rothbaum, Astin en Marsteller (2005) evalueerde effecten van de therapieën EMDR en exposure therapie in vergelijking tot wachtlijst patiënten. De behandeling is uitgevoerd bij 74 volwassen vrouwen

die slachtoffer waren van verkrachting en gediagnosticeerd zijn met PTSS. Zowel bij exposure als bij EMDR was sprake van een vermindering van PTSS- symptomen. Na een follow-up meting van zes maanden was er geen significant verschil voor verandering tussen deze twee behandeling te zien. In de studie van Tuerk et al. (2011) onderzochten zij de exposure behandeling bij 112 veteranen van de oorlog in Vietnam, de eerste Golfoorlogen de oorlogen in Afghanistan en Irak. Alle patiënten werden gediagnosticeerd met PTSS. De veteranen vertoonden vermindering van PTSS symptomen waardoor ze tot de conclusie kwamen dat exposure therapie een effectieve behandeling is voor veteranen met PTSS. De Nederlandse multidisciplinaire richtlijn voor angststoornissen (ggzrichtlijnen.nl, 2009) heeft exposuretherapie als eerste keus aangeraden bij de behandeling van PTSS. Ondanks de bewezen werkzaamheid van exposuretherapie, wordt het door Nederlandse traumatherapeuten het minst gebruikt. Ook de Amerikaanse psychologen maken hier weinig gebruik van. Ze zijn terughoudend vanwege de angst voor verslechtering van de patiënten. De co-morbiditeit als suïcidaliteit, psychotische stoornissen, dissociatie stoornissen zal erger worden bij het toepassen van exposure therapie. Het is emotioneel belastend voor de patiënten (Minnen, Harned, Zoellner & Mills, 2013).

2.4. Conceptueel model

Uit het literatuuronderzoek komt naar voren dat er een positief verband is tussen de klassieke EMDR-therapie en het verminderen van de PTSS klachten. Dit geldt ook voor de exposure therapie. Er wordt verwacht dat de aangepaste EMDR-methode van dr. Guner ook een positief effect zal hebben op de afname van de PTSS klachten, omdat beide componenten in de aangepaste EMDR-methode zitten. Daarom is gekozen om twee groepen te onderzoeken waarbij de experimentele groep de aangepaste EMDR-methode van dr. Guner zal ondergaan, de controlegroep krijgt, op het moment van het onderzoek, nog geen behandeling. In vergelijking tot de controlegroep zullen de respondenten in de experimentele groep bij de nameting een afname ondervinden van de symptomen: vermijdingsgedrag, herbeleven en hyperarousal. In de controlegroep wordt verwacht geen verschil te zien tussen de voor- en nameting. In het figuur hieronder wordt dit visueel weergegeven.

Figuur 2.2. *Het conceptueel model*



2.5. Hypothesen

De volgende (H0) hypothesen zijn geformuleerd op basis van het literatuuronderzoek:

1. De patiënten die deelnemen aan de aangepaste EMDR-therapie van dr. Guner laten een afname zien qua vermijdingsgedrag in vergelijking tot patiënten die geen trauma behandeling hebben gekregen.
2. De patiënten die deelnemen aan de aangepaste EMDR-therapie van dr. Guner laten een afname zien qua herbeleven in vergelijking tot patiënten die geen trauma behandeling hebben gekregen.
3. De patiënten die deelnemen aan de aangepaste EMDR-therapie van dr. Guner laten een afname zien qua hyperarousal in vergelijking tot patiënten die geen trauma behandeling hebben gekregen.

Hoofdstuk 3: Onderzoeksmethoden

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke manier de gegevens worden verzameld om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag en de deelvragen. In de eerste paragraaf wordt de onderzoeksmethode benoemd. De onderzoeksdoelgroep is in de tweede paragraaf beschreven en het onderzoeksinstrument is in de derde paragraaf te vinden. Tot slot wordt ook ingegaan op de onderzoeksprocedure en de analyses die in de een na laatste en laatste paragraaf te lezen zijn.

3.1 Onderzoeksmethode

Om de vragen van dr. Guner te kunnen beantwoorden wordt voor een experimenteel effectonderzoek gekozen. Het kenmerk van experimenteel onderzoek is dat de behandeling waar het onderzoek over gaat wordt vergeleken met een andere behandeling of met een groep waarbij geen behandeling wordt toegepast (Verhoeven, 2010). De groep wordt verdeeld in een experimentele- en een controlegroep. De experimentele groep wordt blootgesteld aan de aangepaste EMDR-methode en deze wordt vergeleken met de controlegroep die geen behandeling krijgt. De controlegroep is op zoveel mogelijk kenmerken gelijk aan de blootgestelde groepen. Bij beide groepen wordt een voor- en nameting gedaan. Voor de behandeling wordt door middel van een vragenlijst een voormeting gedaan. Vervolgens wordt de vragenlijst over een maand nogmaals afgenomen. Dit geldt ook voor de controlegroep.

3.2 Onderzoeksgroep

Voor dit onderzoek worden de patiënten van dr. Guner gebruikt als proefpersonen. In totaal doen 50 Turkse patiënten mee aan het experiment dat bestaat uit 33 vrouwen (*M*= 43,94 jaar, *SD*=8,22) en 17 mannen (*M*= 46,18 jaar, *SD*=12,45) variërend in de leeftijd van 20 tot 74 jaar. Deze patiënten hebben allemaal te maken met PTSS klachten en ze voldoen aan de PTSS criteria van DSM-IV (APA, 2000). De diagnose van de PTSS is in het intakegesprek door dr. Guner gesteld. De respondenten hebben gemiddeld 2.45 trauma's meegemaakt. Zij hebben geen traumabehandeling gehad en volgens het behandelprotocol van de psychiater horen zij nu een EMDR-therapie te krijgen en hierdoor stemmen zij makkelijk in met het onderzoek. De respondenten worden door de behandelaar gemotiveerd om deel te nemen aan het onderzoek. De onderzoeksgroep bestaat uit een experimentele groep (n=25) en een controlegroep (n=25). In tabel 3.2 wordt dit weergegeven. In de experimentele groep worden de respondenten verdeeld die akkoord zijn gegaan met het krijgen van de aangepaste EMDR-therapie. In de controlegroep worden respondenten geselecteerd die geen trauma behandelingen hebben gehad.

Tabel 3.2

Gegevens onderzoeksgroep

Geslacht	***Experimentele groep***	***Controle groep***
Man	8 (32%)	9 (36%)
Vrouw	17 (68%)	16 (64%)
Totaal	25	25

3.3 Onderzoeksinstrument

In overleg met de opdrachtgever wordt gebruik gemaakt van de vragenlijst Travma Sonrasi Stres Belirtisi Olcegi (TSSBO) voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen en de deelvragen. TSSBO is een Turkse zelfbeoordelingsvragenlijst waarmee vastgesteld kan worden of er sprake is van een posttraumatische stressstoornis. Dr. Guner heeft veelal Turkse patiënten in behandeling die de Nederlandse taal slechts in beperkte mate beheersen. Om deze reden is gekozen voor een vragenlijst in het Turks. De vragenlijst is gebruikt in een Turks onderzoek (Dinvar, 2011). De vragenlijst is ontwikkeld door Sahin, Batigun en Yilmaz (2007). De items van de huidige vragenlijst zijn afkomstig uit de drie Engelse vragenlijsten. De Engelse vragenlijsten zijn: Posttrauma Stres Disorder Checklist (PCL) (Weathers et al., 1993), Impact of Events (Horowitz, Wilner & Alvares, 1979) en Dissociatieve Experinces Survey (Carlson & Putnam, 1993). De vragenlijst bestaat uit 36 items die betrekking hebben op klachten die nauwgezet de symptomen volgen van de diagnose PTSS uit de DSM-IV. De vragen zijn gericht op Herbeleven (n=9), Vermijden (n=16) en Hyperarousal (n=11). De items worden beoordeeld op een 4-punts Likertschaal die oplopen van ‘niet’ tot ‘vaak’. Hierbij hebben Sahin, Batigun en Yilmaz (2007) de volgende verdeling beschreven.

Tabel 3.3
Scoringtabel voor PTSS-klachten schalen

Niet	1.0 - 1.49
Nauwelijks	1.5 - 2.49
Enigszins	2.5 - 3.49
Vaak	3.50 >

De Cronbach’s Alpha voor de totale vragenlijst varieerde tussen 0.89 en 0.91 (N=265) bij verschillende metingen. Ze hebben de analyse uitgevoerd om informatie te verkrijgen over de omvang van de criteriumvaliditeit van de vragenlijst. De correlaties van de Turkse vragenlijst verschillen tussen 0,49 en 0,69 ($n = 232$, $p < 0,001$) . Over de normgroepen en de validiteit is in het originele document weinig bekend.

De vragenlijst wordt voor beide onderzoeksgroepen voor een effectmeting op de praktijk twee keer afgenomen. Voorafgaand aan de EMDR- therapie neemt de onderzoeker de vragenlijst af bij de patiënten. Dit duurt ongeveer vijftien minuten. Een maand na de EMDR- therapie wordt de vragenlijst nogmaals door de onderzoeker afgenomen. Dit geldt ook voor de controlegroep. In bijlage 3 is de vragenlijst te vinden.

3.4 Procedure

Samen met de behandelaar wordt gekeken welke patiënten last hebben van PTSS klachten en of deze voldoen aan de PTSS criteria van DSM-IV. Het belangrijkste kenmerk is dat deze patiënten nog geen traumabehandelingen hebben gehad. De patiënten die EMDR-therapie krijgen, waren al voor augustus bekend. Met de patiënten is afgesproken dat zij in de periode van september tot oktober EMDR-therapie krijgen. De onderzoeker neemt telefonisch contact met ze op en maakt een afspraak

met hen. Vooraf aan de EMDR-therapie neemt de onderzoeker de vragenlijst af bij de patiënt. Hierna worden zij behandeld door de psychiater/psychotherapeut dr. Guner. Na de behandeling wordt een afspraak gemaakt voor een maand later. Na een maand vullen zij samen met de onderzoeker de vragenlijst weer in. De deelnemers van de controlegroep die ook voor augustus bekend waren, worden gebeld en gevraagd of zij deelnemen aan het onderzoek. Bij deelname wordt met de respondenten een afspraak gemaakt waarin de vragenlijst wordt afgenomen. Over een maand wordt dit eveneens herhaald voor een nameting.

3.5 Uitgevoerde analyses

Om de resultaten te kunnen analyseren wordt gebruik gemaakt van het statistische software programma SPSS. De verkregen gegevens van de voor- en nameting zijn in SPSS ingevoerd. Hieronder wordt per hypothese beschreven welke statistische toetsen worden gebruikt.

Hypothese 1: ‘’De patiënten die deelnemen aan de aangepaste EMDR-sessie van dr. Guner laten een afname zien qua vermijdingsgedrag in vergelijking tot patiënten die geen trauma behandeling hebben gekregen”.

Bij deze hypothese gaat het om een verschilvraag. Bij de keuze van een adequate statistische toets moet goed gelet worden op de splitsingsvariabele en testvariabele. De splitsing variabele van deze onderzoekvraag bestaat uit twee groepen, deze zijn: patiënten die EMDR behandeling krijgen en patiënten die geen behandeling krijgen, het is dus nominaal. De testvariabele is: de vermindering van vermijdingsgedrag, dit is op scale meetniveau. De statistische toets die wordt gebruikt is Paired-samples T-test. Dit wordt gedaan in het kader van de effectmeting. Met deze test kun je meetbaar maken of de experimentele groep en de controle groep in die tijd zijn verbeterd, verslechterd of gelijk gebleven. Als blijkt dat beide groepen na behandeling zijn verbeterd, zal er ook een post-hoc analyse worden uitgevoerd om te kunnen bepalen of er onderling significante verschillen zijn in de groei of afname.

Hypothese 2: ‘’De patiënten die deelnemen aan de aangepaste EMDR-sessie van dr. Guner laten een afname zien qua herbeleven in vergelijking tot patiënten die geen trauma behandeling hebben gekregen”.

Deze hypothese wordt met behulp van de statistische toets Paired-samples T-test beantwoord. De splitsing variabele van deze onderzoekvraag bestaat uit twee groepen, deze zijn: patiënten die EMDR behandeling krijgen en patiënten die geen behandeling krijgen, het is dus nominaal. De testvariabele is: de vermindering van herbeleven, dit is op scale meetniveau.

Hypothese 3: ‘’De patiënten die deelnemen aan de aangepaste EMDR-sessie van dr. Guner laten een afname zien qua hyperarousal in vergelijking tot patiënten die geen trauma behandeling hebben gekregen”.

Ook bij deze hypothese gaat het om een verschilvraag. De splitsing variabele van deze onderzoekvraag bestaat uit twee groepen, deze zijn: patiënten die EMDR behandeling krijgen en patiënten die geen behandeling krijgen, het is dus nominaal. De testvariabele is: de vermindering van hyperarousal, dit is op scale meetniveau. Ook hier wordt voor Paired-samples T-test gekozen.

Hoofdstuk 4: Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Allereerst wordt beschreven op welke manier het onderzoek is uitgevoerd. Daarna wordt de betrouwbaarheid van het meetinstrument weergegeven. Vervolgens wordt ingegaan op de respondenten van het onderzoek, hierbij worden de demografische gegevens benoemd. Als laatst worden de resultaten van het onderzoek geanalyseerd op grond van de drie deelvragen.

4.1 Uitvoering Onderzoek

De uitvoering van het onderzoek is onderverdeeld in een experimentele groep en controlegroep. Er was geen non respons, de respondenten deden allemaal mee aan het onderzoek. Hieronder wordt dit kort toegelicht.

4.1.1 Experimentele groep

Voordat de behandeling plaatsvond, werd de vragenlijst in een aparte ruimte afgenomen en dit duurde ongeveer 15 minuten. Vervolgens werden de respondenten naar de kamer van dr. Guner gestuurd waarbij ze EMDR-therapie aangeboden kregen. Na de behandeling werd een afspraak gemaakt voor een maand later. Sommige respondenten kwamen wederom zonder van zich te laten horen, niet naar de tweede afspraak. Hierdoor moest de nameting uitgesteld worden wat invloed kan hebben op de resultaten.

4.1.2 Controlegroep

Bij deze groep werd de afspraak een dag van tevoren herinnerd, want sommige respondenten vergaten hun afspraak. Met deze respondenten werd ook een maand later een afspraak gemaakt voor een nameting. Ook een aantal van deze respondenten kwam niet naar de afspraak en werd een nieuwe afspraak gemaakt. Hierdoor is de nameting uitgesteld.

4.2 Betrouwbaarheid van het meetinstrument

Voor de totale vragenlijst en voor de drie schalen is een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd om te bepalen of de items per construct daadwerkelijk hetzelfde meten. De resultaten hiervan staan beschreven in tabel 4.2. De standaard norm is dat de waarde hoger moet zijn dan 0.7 om de verschillende items samen te nemen en er een schaal van te maken (Verhoeven, 2010). Uit de resultaten is te zien dat op één na de schalen hoge waarden hebben. Deze wijzen op een hoge betrouwbaarheid of hoge interne consistentie. De schaal herbeleven heeft een Cronbach's Alfa van 0.6 wat minder betrouwbaar kan zijn. Bij de nameting is dit hoger, namelijk 0.81 en dat is een hoge interne consistentie. Dit betekent dat bij de voormeting van de schaal 'herbeleven' een spreiding is bij de respondenten. Ze hebben dus niet op dat meetmoment dezelfde mate van herbeleven ervaren.

Tabel 4.2
Weergave betrouwbaarheidscijfers meetinstrument (n=Items)

	Voormeting	**Nameting**
Totale vragenlijst	.90 (n=36)	.95 (n=36)
Vermijding	.81 (n=16)	.90 (n=16)
Herbeleven	.60 (n=9)	.81 (n=9)
Hyperarousal	.75 (n=11)	.87 (n=11)

4.3 Respondenten

De controlegroep bestond uit 9 mannen en 16 vrouwen (*M*= 42.92, *SD*=10.87) de leeftijd varieerde tussen de 20 en 57 jaar. In de experimentele groep namen 8 mannen en 17 vrouwen (M=46.48, SD=8.43) deel aan het onderzoek. De minimum leeftijd in deze groep was 29 jaar en de maximum 74 jaar. In tabel 4.2.2 is de leeftijd van de twee groepen overzichtelijk weergegeven, hierbij is het in leeftijdsklassen ingedeeld. Het opleidingsniveau van de respondenten varieerde van basisonderwijs tot hoger onderwijs. De meeste respondenten in beide groepen hebben het basisonderwijs afgerond en het voortgezet algemeen vormend onderwijs gevolgd. In totaal zijn er zes respondenten die een hoger onderwijs diploma hebben behaald (zie tabel 4.2.3). Ook is in de vragenlijst gevraagd naar de burgerlijke staat van de respondenten. De meeste respondenten van zowel de controlegroep als de experimentele groep zijn gehuwd. Ook zijn veel respondenten gescheiden. In de experimentele groep zijn in totaal 9 respondenten geschieden en in de controlegroep zijn dat er 11. In tabel 4.2.4 zijn deze gegevens weergegeven.

Tabel 4.3.1

Aantal trauma's onderzoeksgroepen

Aantal trauma's	**Controlegroep((n=25)**		**Experimentele groep (n=25)**		**Totaal (n=50)**
Een	6	24%	3	12%	9
Twee	9	36%	13	52%	22
Drie	8	32%	5	20%	13
Vier	1	4%	2	8%	3
Vijf	1	4%	1	4%	2
Zes	0	0%	0	0%	0
Zeven	0	0%	1	4%	1

Tabel 4.3.2

Leeftijd onderzoeksgroepen

Leeftijd	**Controlegroep (n=25)**		**Experimentele groep (n=25)**		**Totaal (n=50)**
<20	1	4%	0	0%	1
21-30	4	16%	1	4%	5
31-40	2	8%	4	16%	6
41-50	11	44%	13	52%	24
51-60	7	28%	6	24%	13
61>	0	0%	1	4%	1

Tabel 4.3.3

Opleidingsniveau onderzoeksgroepen

Opleidingsniveau	**Controlegroep (n=25)**		**Experimentele groep (n=25)**		**Totaal (n=50)**
Basisonderwijs	9	36%	10	40%	19
Lager alg. voortgezet onderwijs	4	16%	2	8%	6
Voortgezet alg. vormend onderwijs	8	32%	9	36%	17
Hoger onderwijs	3	12%	3	12%	6
Geen onderwijs gevolgd	1	4%	1	4%	2

Tabel 4.3.4

Burgerlijke staat onderzoeksgroepen

Burgerlijke staat	Controlegroep (n=25)		Experimentele groep (n=25)		Totaal (n=50)
Ongehuwd	4	16%	1	4%	5
Gehuwd	11	44%	12	48%	23
Gescheiden	9	36%	11	44%	20
verweduwd	1	4%	1	4%	2

4.4 Resultaten controlegroep

De samengestelde scores van de drie schalen van PTSS laten wat betreft het gemiddelde bij voor- en nameting weinig verschillen zien. Zie tabel 4.4.1.

Tabel 4.4.1

Weergave gemiddelde en Std.Deviatie van PTSS- klachten schalen van de controlegroep (N=25).

	Voormeting	Nameting
	Gem(SD)	Gem(SD)
Vermijdingsgedrag	3.37 (.41)	3.37(.43)
Herbeleving	3.32 (.42)	3.55(.42)
Hyperarousal	3.14 (.46)	3.4 (.41)

Uit de frequentieanalyse van de voormeting (zie tabel 4.4.2) voor de schalen vermijdingsgedrag, herbeleven en hyperarousal blijkt in de voormeting dat alle respondenten ten minste enigszins deze klachten ervaren. Deze scores verschillen nauwelijks met de scores op de nameting (zie tabel 4.4.3)

Tabel 4.4.2

Frequentieverdeling controlegroep voormeting

	Vermijdingsgedrag	Herbeleving	Hyperarousal
Niet (1.0-1.49	0%	0%	0%
Nauwelijks (1.5-2.49)	0%	4%	0%
Enigszins (2.5-3.49)	56%	60%	44%
Vaak (3.5>)	44%	36%	56%

Tabel 4.4.3

Frequentieverdeling controlegroep nameting

	Vermijdingsgedrag	Herbeleving	Hyperarousal
Niet (1.0-1.49	0%	0%	0
Nauwelijks (1.5-2.49)	0%	0%	0
Enigszins (2.5-3.49)	52%	60%	44
Vaak (3.5>)	48%	40%	56

4.5 Resultaten experimentele groep

PTSS-klachten schalen zijn tijdens de voor- en nameting opgenomen in een vragenlijst. Bij dit onderdeel komen de antwoorden van de respondenten op een vier puntenschaal (zie bijlage 3 de vragenlijst). De analyses voor de experimentele groep leverden de volgende resultaten op. Zie tabel 4.5.1.

Tabel 4.5.1
Weergave gemiddelde en Std.Deviatie van PTSS-klachten schalen van de experimentele groep (N=25).

	Voormeting	**Nameting**
	Gem(SD)	Gem(SD)
Vermijdingsgedrag	3.46 (.38)	2.98(.51)
Herbeleving	3.42 (.31)	2.94(.56)
Hyperarousal	3.59 (.27)	3.14(.46)

Uit de analyse komt naar voren dat er bij de nameting een daling te zien is bij alle PTSS-klachten schalen ten opzichte van de voormeting.

Uit de frequentieanalyse van de voormeting (zie tabel 4.5.2) voor de schalen vermijdingsgedrag, herbeleven en hyperarousal blijkt in de voormeting, net als bij de controlegroep, dat alle respondenten ten minste enigszins deze klachten ervaren. Daarentegen is bij de resultaten van de nameting te zien dat bij alle schalen in verhouding een afname zichtbaar is. Zie tabel 4.5.3.

Tabel 4.5.2
Frequentieverdeling experimentele groep voormeting

	Vermijdingsgedrag	**Herbeleving**	**Hyperarousal**
Niet (1.0-1.49	0%	0%	0%
Nauwelijks (1.5-2.49)	0%	0%	0%
Enigszins (2.5-3.49)	52%	56%	40%
Vaak (3.5>)	48%	44%	60%

Tabel 4.5.3
Frequentieverdeling experimentele groep nameting

	Vermijdingsgedrag	**Herbeleving**	**Hyperarousal**
Niet (1.0-1.49	0%	4%	0%
Nauwelijks (1.5-2.49)	16%	12%	8%
Enigszins (2.5-3.49)	60%	68%	64%
Vaak (3.5>)	34%	16%	28%

4.6 Deelvragen

In deze paragraaf worden de resultaten van de PTSS-klachten schalen beschreven.
In 4.6.1 wordt allereerst de schaal ‘vermijden’ beschreven, in 4.6.2 de schaal ‘herbeleven’ en tot slot de schaal ‘hyperarousal’ in 4.6.3. De gemiddelde scores voor de controlegroep per schaal zijn af te lezen in tabel 4.4.1 en voor de experimentele groep in tabel 4.5.1.

4.6.1 Deelvraag 1

Deelvraag 1: “In hoeverre is er sprake van een vermindering in het ervaren ‘vermijdingsgedrag’ bij de patiënten van dr. Guner die deelnemen aan een aangepaste EMDR-sessie t.o.v. de patiënten die nog geen behandeling krijgen?”

Uit de analyse van de schaal vermijdingsgedrag voor de controlegroep blijkt nauwelijks een verschil te zijn in de twee meetmomenten (t= -1.4; df= 24; p= .17). Dit ligt in lijn met wat vooraf werd verwacht. Op basis van de resultaten van de experimentele groep is er wel een significante afname gevonden wat betreft de schaal vermijdingsgedrag (t= 7.52; df= 24; p <.001).

4.6.2 Deelvraag 2

Deelvraag 2: "In hoeverre is er sprake van een vermindering in het ervaren 'herbeleven' bij de patiënten van dr. Guner die deelnemen aan een aangepaste EMD-sessie t.o.v. de patiënten die nog geen behandeling krijgen?''

Uit de resultaten van de T-test komt naar voren dat ook bij *de* schaal herbeleven, voor de controle groep, er nauwelijks verschil blijkt te zijn tussen de twee meetmomenten (t= -1.24; df= 24; p= .23). Ook dit ligt in lijn met wat vooraf werd verwacht. Uit de analyse voor de experimentele groep is er wel een significante afname gevonden wat betreft de schaal herbeleven (t= 5.53; df= 24; p <.001).

4.6.3 Deelvraag 3

Deelvraag 3: "In hoeverre is er sprake van een vermindering in de ervaren 'hyperarousal' bij de patiënten van dr. Guner die deelnemen aan een aangepaste EMD- sessie t.o.v. de patiënten die nog geen behandeling krijgen?''

Opvallend is dat wat betreft de cijfers van de controlegroep bij de schaal hyperaousal, sprake is van een toename van de klachten. Deze toename berust daarnaast niet op toeval (t= -2.79; df= 24; p < .05). Uit de analyse voor de experimentele groep is ook hier wel een significante afname gevonden wat betreft de schaal hyperarousal (t= 7.11; df= 24; p <.001).

4.6.4 Hoofdvraag

De hoofdvraag: ''In hoeverre is er na een maand een verschil tussen de vermindering van de PTSS klachten bij de patiënten van dr. Guner die deelnemen aan een aangepaste EMDR-sessie en patiënten die nog geen behandeling krijgen?''

In deze laatste paragraaf van het resultaten hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten nog helemaal samenvattend weergegeven in de onderstaande tabel.

Tabel 4.6.1

Weergave van de resultaten per PTSS-schaal per groep en meetmoment

Schalen	**Controlegroep (n=25)**		**Experimentele groep (n=25)**	
	Voor	Na	Voor	Na
	Gem(SD)	Gem(SD)	Gem(SD)	Gem(SD)
Vermijding	3.37 (.41)	3.37(.43)	3.46 (.38)	2.98(.51)
	t= -1.4; df= 24; p= .17		t= 7.52; df= 24; p <.001	
Herbeleven	3.32 (.42)	3.55(.42)	3.42 (.31)	2.94(.56)
	t= -1.24; df= 24; p= .23		t= 5.53; df= 24; p <.001	
Hyperarousal	3.14 (.46)	3.4 (.41)	3.59 (.27)	3.14(.46)
	t= -2.79; df= 24; p < .05		t= 7.11; df= 24; p <.001	

Hoofdstuk 5: Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk worden de conclusies per deelvraag beschreven waarbij ook de hypothesen worden aangenomen of verworpen en de hoofdvraag wordt beantwoord. Daarna volgt de discussie en wordt het onderzoek kritisch beoordeeld. Als laatst worden aanbevelingen gedaan voor de opdrachtgever.

5.1 Conclusies

5.1.1 Deelvraag 1

Deelvraag 1: "In hoeverre is er sprake van een vermindering in het ervaren 'vermijdingsgedrag' bij de patiënten van dr. Guner die deelnemen aan een aangepaste EMDR-sessie t.o.v. de patiënten die nog geen behandeling krijgen?''

Uit de resultaten blijkt dat er een significante afname is te zien bij de schaal vermijdingsgedrag wat betreft de experimentele groep. Bij de controlegroep is er geen afname te zien.
Hiermee lijkt het verschil bij de experimentele groep verklaard te kunnen worden door de EMDR-therapie. Hiermee wordt hypothese 1 (zie paragraaf 2.5) aangenomen.

5.1.2 Deelvraag 2

Deelvraag 2: "In hoeverre is er sprake van een vermindering in het ervaren 'herbeleven' bij de patiënten van dr. Guner die deelnemen aan een aangepaste EMDR-sessie t.o.v. de patiënten die nog geen behandeling krijgen?''

Uit de analyses van hoofdstuk 4 blijkt ook bij de schaal herbeleven dat er een significante afname is te zien bij de experimentele groep. Bij de controlegroep is er geen afname te zien. Ook hierbij lijkt het verschil bij de experimentele groep verklaard te kunnen worden door de EMDR-therapie. Hiermee wordt hypothese 2 (zie paragraaf 2.5) ook aangenomen.

5.1.3 Deelvraag 3

Deelvraag 3: "In hoeverre is er sprake van een vermindering in de ervaren 'hyperarousal' bij de patiënten van dr. Guner die deelnemen aan een aangepaste EMDR-sessie t.o.v. de patiënten die nog geen behandeling krijgen?''

Opvallend in de resultaten van de schaal hyperarousal is dat er een toename te zien was bij de controlegroep bij de nameting, echter is dit niet significant. Het is niet statistisch significant. Dit zou kunnen worden verklaard doordat ze geconfronteerd werden met de trauma's zonder dat er nog sprake was geweest van een behandeling. De afname zou bepaalde angstgevoelens opgeroepen kunnen hebben. Dit is ook een van de redenen dat het blootstellen aan de trauma's (exposure) het minst wordt gebruikt als behandeling door zowel de Amerikaanse als de Nederlandse traumatherapeuten. Het blootstellen aan het trauma kan de klachten verergeren (Minnen, Harned, Zoellner & Mills, 2013).
Tijdens het onderzoek vergaten patiënten de afspraak waardoor ze eraan herinnerd moesten worden. Dit is een symptoom van de criteria hyperarousal, de patiënten hebben concentratie- en geheugenproblemen (APA, 2000). Daarnaast geldt voor de experimentele groep dat er wederom sprake is van een significante afname. Ook hierbij lijkt het verschil bij de experimentele groep

verklaard te kunnen worden door de EMDR-therapie. Hiermee wordt hypothese 3 (zie paragraaf 2.5) ook aangenomen.

5.1.4 Hoofdvraag

De hoofdvraag: ''In hoeverre is er na een maand een verschil tussen de vermindering van de PTSS klachten bij de patiënten van dr. Guner die deelnemen aan een aangepaste EMDR-sessie en patiënten die nog geen behandeling krijgen?''

Wanneer er wordt gekeken naar de voorgaande paragrafen, dient er tot de volgende conclusie te worden gekomen: door het toepassen van de aangepaste EMDR-methode van dr. Guner is er sprake van een significante afname van de klachten op de PTSS klachten schalen: vermijden, herbeleven en hyperarousal. Hoewel er nog ruimte is voor een verdere afname van de klachten bij de patiënten, is het naar aanleiding van dit onderzoek evident dat deze behandeling effect heeft.

Bij de experimentele groep is een afname van de klachten ten aanzien van PTSS-schalen die de aangepaste EMDR-methode hebben ondergaan, dit komt overeen met de resultaten uit andere onderzoeken die al eerder concludeerden dat zowel EMDR-therapie alsook de exposure therapie effectief zijn bij het behandelen van PTSS (Ironson, Freund, Strauss, & Williams, 2002; Van der Kolk et al., 2007; Nijdam, Gersons, Reitsma, de Jongh en Olff, 2012; Van Etten & Taylor, 1998; Van den Berg & van der Graag, 2012; Muris, Merckelbach, van Haaften & Mayer, 1997;Taylor et. al., 2003; Rothbaum, Astin en Marsteller, 2005; Tuerk et al., 2011). Dit houdt in dat gesteld kan worden dat de aangepaste EMDR-methode van dr. Guner, waarbij ook gebruik wordt gemaakt van exposure, effectief blijkt te zijn.

Daartegenover moet helaas worden opgemerkt dat ook in dit onderzoek sprake is van een aantal beperkingen. Deze worden in de volgende paragraaf beschreven zodat vanuit deze beperkingen, met het oog op de toekomst, meteen een koppeling kan worden gemaakt naar de aanbevelingen.

5.2 Discussie

De onderzoeksmethode heeft een aantal beperkingen, welke o.a. zijn ontstaan gedurende het onderzoeksproces. Deze beperkingen worden hier nader uiteengezet.

Tijdens de afname van de nameting bij de experimentele groep, moet rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat er sprake kan zijn van het Hawnthorne effect (Franke & Kaul, 1978). Hiervan kan sprake zijn als tijdens de observaties de respondenten uit respect voor de behandelaar meer geneigd zijn om een positieve verandering van zijn behandeling te schetsen. Bij het beantwoorden van de vragen lieten ze een onzekere houding zien. De respondenten verontschuldigden zich wanneer ze aangaven dat er geen verandering was opgetreden.

Daarnaast kan de houding van de onderzoeker een rol hebben gespeeld bij de afname van de vragenlijsten bij de nameting. Voorafgaand werd verwacht dat er een afname zou zijn bij de experimentele groep. Hierdoor is bij deze groep meer doorgevraagd op de ervaren klachten dan bij de controlegroep.

Bij de nameting geldt voor zowel de experimentele als de controlegroep dat er niet strikt een maand tussen de metingen is aangehouden. Dit heeft te maken met het gegeven dat het soms lastig was om een afspraak in te plannen waardoor de nameting een of twee weken later heeft plaatsgevonden. Dit kan van invloed zijn geweest op de resultaten, met name bij de experimentele groep, zij hadden hierdoor meer tijd voor verwerking. Dit kan relevant zijn omdat de opdrachtgever het effect van de behandeling na een maand wilde onderzoeken. Dit kan betekenen dat de patiënten meer tijd hadden om hun trauma te verwerken waardoor er een afname was van de PTSS klachten.

Wat betreft de betrouwbaarheid van het onderzoeksinstrument is in hoofdstuk 3 al toegelicht waarom is gekozen voor deze lijst, namelijk omdat er sprake was van hoge Cronbach's Alpha's. Daarnaast is in hoofdstuk 4 gebleken dat in dit onderzoek de Cronbach's Alpha's voor beide metingen betrouwbaar waren. De criteriumvaliditeit is hiermee gewaarborgd, zo kan er met voldoende betrouwbaarheid worden gesteld dat de juiste constructen zijn gemeten. Daarnaast is in hoofdstuk 3 zo compleet mogelijk weergegeven hoe dit onderzoek is opgezet. Waardoor dit onderzoek in de toekomst gerepliceerd kan worden.

5.3 Aanbeveling

Uit dit onderzoek is gebleken dat in de periode van een maand na de aangepaste EMDR-methode een significante afname is te zien bij de patiënten van dr. Guner. Om te kunnen bepalen over wat voor periode deze behandeling het meeste effect bereikt wordt, wordt dr. Guner aangeraden om dit onderzoek te herhalen na een periode van drie maanden. Hiertoe wordt geadviseerd omdat dr. Guner aangaf in zijn behandeling rekening te houden met een interval periode tussen behandelsessies.
In de praktijk komt dit er op neer dat na een eerste behandelmoment veelal sprake is van een periode van twee maanden, waarin wordt gekeken of de PTSS-klachten terug komen en welke trauma's naar boven komen. Wanneer na deze periode sprake is van PTSS-klachten, dan zal er een nieuwe behandelsessie worden ingepland. Daarnaast beschrijven Rothbaum, Astin en Marsteller (2005) dat zij in een periode van zes maanden een follow-up onderzoek toepasten, waaruit bleek dat na deze periode geen vermindering meer optrad in het klachtenbeeld. Om deze aanbeveling te kunnen realiseren, wordt geadviseerd om dezelfde onderzoeksopzet toe te passen, zie hoofdstuk 3. Omdat is gebleken dat met deze opzet heldere resultaten kunnen worden behaald t.a.v. de onderzochte behandeling. Dit vervolgonderzoek past goed binnen het competentieprofiel van de TP professional die opgeleid is om dit onderzoek over een langere periode te reproduceren. Dit wordt onderschreven door de ervaring van de onderzoeker van dit onderzoek.

Doordat dit een effectonderzoek was, kan er geen uitspraak gedaan worden op macro niveau. Uit dit onderzoek is gebleken dat de therapieën effectief zijn gebleken bij de patiënten van de opdrachtgever, echter moet worden opgemerkt dat deze therapie nader onderzocht moet worden om te kunnen bepalen of de aangepaste EMDR-methode op lange termijn ten minste net zo effectief is als de klassieke EMDR. Dit kan pas wanneer de aangepaste EMDR-methode wordt vergeleken met de klassieke EMDR.

Een opvallend resultaat dat waardevol kan zijn voor vervolgonderzoek, is het gegeven dat de patiënten van dr. Guner naar aanleiding van de aangepaste EMDR-methode aangaven dat ze bij thuiskomst minder emoties, gerelateerd aan het trauma, hebben ervaren. Dit is opvallend omdat (in paragraaf 1.1.1) bleek dat diezelfde patiënten in hun voorgeschiedenis naar aanleiding van klassieke EMDR-therapie juist meer overvallen werden door de emoties die aan het trauma gerelateerd waren. Dit is enkel interessant voor een vervolgonderzoek, omdat in dit onderzoek slechts werd onderzocht wat het effect was van de aangepaste EMDR-methode en niet het verschil tussen deze therapieën.

In dit onderzoek is de controle groep geconfronteerd met hun trauma doordat zij de vragenlijst hebben moeten invullen. Dit is gebeurd op het moment dat zij nog geen behandelsessie hebben ondergaan. Dit verklaart de toename van de klachten. Wel behandelen heeft naar aanleiding van dit onderzoek de voorkeur, want gebleken is dat na de behandeling een afname te zien is van de PTSS-klachten.

Literatuurlijst

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.).* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Baddely, A.D. (1998). *Human memory: Theory and practice.* Needham Heights, MA: Allyn & Bacon. Verkregen via: https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=fMgm-2NXAXYC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Human+memory:+Theory+and+practice.&ots=jNZi0DjALr&sig=XFQFbog5kBNXp_N2EaCsLtCzpt4#v=onepage&q=Human%20memory%3A%20Theory%20and%20practice.&f=false

Bakker, F., de Graaf, H., de Haas, S., Kedde, H., Kruijer, H., & Wijsen, C. (2009). *Rapport: Seksuele gezondheid in Nederland 2009*, Rutgers Nisso Groep.
Verkregen via: http://vorige.nrc.nl/multimedia/dynamic/00235/Rapport_Seksuele_Ge_235404a.pdf

Carlson, E.B., & Putnam, F.W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation,* 6(1), 16-27.

De Jongh, A., & Arts, B. (2004). Eye Movement Desensitization and Reprocessing bij PTSS, *Patiënt care/Neuropsyhiatrie & Gedragsneurologie,* 61-65. Verkregen op 21 juni, 2015 via: http://www.emdr.nl/acrobat/InformatieoverEMDR.pdf

De Jongh, A., & ten Broeke, E. (2012). *Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van de psychotrauma*. Amsterdam: Pearson.

De Vries, G.J., & Olff, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress,* Vol. 22, No 4, August 2009, pp. 259-267. Verkregen via: http://www.readcube.com/articles/10.1002%2Fjts.20429?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER

Dinyar, P.E. (2011).*Travma sonrasi stres, dunyaya iliskin varsayimlar ve tanri algisi arasindaki iliski.* Verkregen via: http://www.saglikcalisanisagligi.org/tezler/tsstres.pdf

Engelhard, I.M., van den Hout, M.A., Janssen, W.C., & van der Beek, J. (2010). *Eye movements reduce vividness and emotionality of "flashforwards".* Beh Res Ther, 48, 442–447
Via: http://www.emdruddannelsescenter.dk/Artikler/10_Engelhard.pdf

Franke, R.H. & Kaul, J.D. (1978). The Hawthorne experiments: First statistical interpretation. *American Sociological Review*, 43, 623-643.

Ggzrichtlijnen.nl (2009). Angststoornissen: Paniekstoornis en PTSS (eerste revisie). Verkregen Via:http://www.ggzrichtlijnen.nl/uploaded/docs/AutorisatieversieMDRAngststoornissenEersteRevisie_def.pdf

Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvares, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41 (3), 209-2018.

Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of clinical psychology*, 58, 113-128. Verkregen op 21 juni, 2015 via: http://www.readcube.com/articles/10.1002%2Fjclp.1132?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER

Jongedijk, R.A. (2007). De gevolgen van psychotraumatische ervaring: meer dan PTSS alleen?, *Cogiscope 0108.*Verkregen via: http://www.cogis.nl/uploads/documents/151.pdf

Kessler, R.C., Sonnega A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995) Posttraumatic stress disorder in the Nationnal Comorbidity Survey. *Arch Gen Psy*, 52; (12): 1048-60.

Maxfield, L., Melnyk, W. T., & Hayman, C. A. G. (2008). A working memory explanation for the effects of eye movements in EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 247-261. doi:10.1891/1933-3196.2.4.247 via http://www.ingentaconnect.com/content/springer/emdr/2008/00000002/00000004/art00003?crawler=true

Minnen, A., Harned, M.S., Zoellner L. & Mills, K. (2013). Vermeende contra-indicaties voor (imaginaire) exposurebehandeling van PTSS onder de loep. *Gedragstherapie*, 46, 261-286.

Muris, P., Merckelbach, H., van Haaften, H. & Mayer, B. (1997). Eye movement desensitisation and reprocessing versus exposure in vivo. A single session crossover study of spider-phobic children. *British journal of psychiatry*, 171, 82-86.
Via:http://www.researchgate.net/publication/13897402_Eye_movement_desensitisation_and_reproc

essing_versus_exposure_in_vivo_A_single-session_crossover_study_of_spider-phobic_children._British_Journal_of_Psychiatry_171_82-86
Nijdam, M.J., Gersons, B.P.R., Reitsma, J.B., de Jongh, A. & Olff, M. (2012). Brief Eclectic Psychotherapy v. Eye Movement Desensitisation and Reprocessing Therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder: randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry, 200, 224-231. Via: http://dare.uva.nl/document/2/126662
Olff, M. (2013). Stand van zaken de posttraumatische stressstoornis. *Nederlandse Tijdschrift Geneeskunde.* 157, A5818. Verkregen via: https://www.ntvg.nl/system/files/publications/a5818.pdf
Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. & Gomez-Benito, J. (2009). The Prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A- meta-analysis. *Clinical Pyschology Review*, 29, 328-338. Via: https://clas-pages.uncc.edu/richard-mcanulty/files/2013/09/prevalence-of-child-sexual-abuse-in-community-and-student-samples-2011.pdf
Rothbaum, B.O., Astin, M.C. & Marsteller, F.M., (2005). Prolonged Exposure Versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD Rape Victims. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 18, No. 6, December 2005, pp. 607–616. Via:http://www.researchgate.net/profile/Barbara_Rothbaum/publication/7389837_Prolonged_Exposure_versus_Eye_Movement_Desensitization_and_Reprocessing_(EMDR)_for_PTSD_rape_victims/links/00463522119892e0f4000000.pdf
Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of traumatic stress*, 2, 199-223. Via: http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00974159
Smid, G.E., (2011). Deconstructing delayed posttraumatic stress disorder, via http://www.researchgate.net/publication/254902952_Deconstructing_delayed_posttraumatic_stress_disorder
Solomon, R.M. & Shapiro, F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model. Potential Mechanisms of Change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 315-325. Via:https://lifespanlearn.org/documents/2011Handouts/Shapiro/Solomon%20&%20Shapiro%2008%20AIP.pdf
Şahin, N.H., Batıgün, A.D., Yılmaz, B. (2007). Psychological symptoms of Turkish children and adolescents after the 1999 earthquake: Exposure, gender, location, and time duration. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 335-345.
Taylor, S., Thordarson, D.S., Maxfield, L., Fedoroff, I.C., Lovell, K. & Ogrodniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 71(2), Apr 2003, 330-338. Via: http://www.researchgate.net/publication/10801608_Comparative_Efficacy_Speed_and_Adverse_Effects_of_Three_PTSD_Treatments_Exposure_Therapy_EMDR_and_Relaxation_Training
Terr, L. (1991). Childhood trauma: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20. Via: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.461.6917&rep=rep1&type=pdf
Tuerk, W. , Yoder, M. , Grubach, A. , Myrick, H. , Hammer, M. & Acierno, R. (2011). Prolonged exposure therapy for combat-related posttraumatic stress disorder: an examination of treatment effectiveness for veterans of the wars in Afghanistan and Iraq. *Journal of Anxiety Disorders, 25,* 397-403. Via http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3427616/
Van den Berg, P. G. & Van der Gaag, M.(2012). Treating trauma in psychosis with EMDR: a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 664-671. Verkregen via: http://www.researchgate.net/publication/51685955_Treating_trauma_in_psychosis_with_EMDR
Van der Kolk, B.A., Spinazzola, J., Blaustein, M.E., Hopper, J.W., Hopper, E.K., Korn, D.L., Simpson, W.B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *J Clin Psychiat*, 68. Verkregen via: http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/van_der_kolk_jclinfinal.pdf
Van der Molen, H.T., Perreijn, S. & van den Hout, M.A. (2010). *Klinische Psychologie*: *Theorieën en psychopathologie*. Houten: Noordhoff Uitgevers Groningen.
Van Etten, M.L. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5, 126-144. Via:http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/35192/153_ftp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Van Trier, J., (2000). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (emdr) als behandeling bij posttraumatische stress-stoornis. Tijdschrift voor psychiatrie, 613-617.
Via: http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_370pdf.pdf

Verhoeven, N., (2010). *Wat is Onderzoek. Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Weathers, F.W., Litz, B.T., Herman, D.S., Huska, J.A. & Keane, T.M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliablity, validity, and diagnostic utility. *Paper presented at the 9th Annual Conference of the ISTSS*, San Antonio.

Wikimedia Foundation, Inc. (2015). Posttraumatische Stressstoornis. Retrieved from https://nl.wikipedia.org/wiki/Posttraumatische_stressstoornis

BIJLAGE:

BIJLAGE 1: Eigen werk verklaring

Ondergetekende: Emel Dogan

Verklaart ondubbelzinnig dat:
1) Dit werkstuk eigen werk is en daarom geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander,
2) Alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding door middel van voetnoten,
3) Het verslag voor niet meer dan 5 % aan overgenomen passages uit ' werk van anderen' bevat.
4) Dit verslag ook digitaal is ingeleverd via SafeAssign (Blackboard).

Plaats: Deventer
Datum: 04-01-2016

Handtekeningen:



N.B. Schending van bovengenoemde 'Eigen werkverklaring ' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in Art. 19 OER.

BIJLAGE 2: Criteria PTSS (DSM-IV-TR)

Posttraumatische stress-stoornis (Posttraumatic Stress Disorder)

A. de betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende van toepassing zijn:
(1) 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;
(2) tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw. N.B.: Bij kinderen dit zich in plaats hiervan uiten in chaotisch of geagiteerd gedrag.

B. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op één (of meer) van de volgende manieren:
(1) recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen. N.B.: Bij jonge kinderen kan dit zich uiten in de vorm van terugkerende spelletjes waarin de thema's of aspecten van het trauma worden uitgedrukt;
(2) recidiverend akelig dromen over de gebeurtenis. N.B.: Bij kinderen kunnen angstdromen zonder herkenbare inhoud voorkomen;
(3) handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (hiertoe behoren ook het gevoel van het opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties en dissociatieve episodes met flashback, met inbegrip van die welke voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie). N.B.: Bij jonge kinderen kunnen trauma-specifieke heropvoeringen voorkomen;
(4) intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken;
(5) fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.

C. Aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende:
(1) pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma, te vermijden;
(2) pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden;
(3) onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren;
(4) duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten;
(5) gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen;
(6) beperkt spectrum van gevoelens (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben);
(7) gevoel een beperkte toekomst te hebben (bijvoorbeeld verwacht geen carrière te zullen maken, geen huwelijk, geen kinderen, of geen normale levensverwachting).

D. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende:
(1) moeite met inslapen of doorslapen;
(2) prikkelbaarheid of woedeuitbarstingen;
(3) moeite met concentreren;
(4) overmatige waakzaamheid;
(5) overdreven schrikreacties.

E. Duur van de stoornis (symptomen in B, C en D) langer dan één maand.

F. De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

Specificeer indien:
Acuut: indien duur van de symptomen korter dan drie maanden is;
Chronisch: indien duur van de symptomen drie maanden of langer is.
Specificeer indien:
Met verlaat begin: indien het begin van de symptomen ten minste zes maanden na het trauma ligt.

BIJLAGE 2: Vragenlijst in het Turks

Yaş: **Cinsiyet:** **Eğitim Düzeyi:** **Medeni Durum:**

Bir çok kişinin başından, yaşamının her hangi bir döneminde, oldukça stresli ve travmatik bir olay geçmiş ya da böyle bir olaya tanık olmuştur. Aşağıda belirtilen olaylar içinde, başınızdan geçen ya da tanık olduğunuz olayların hepsini yanındaki kutuyu işaretleyerek belirtiniz.

1		Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı (örneğin, trafik kazası, iş kazası, çiftlik kazası, Araba, uçak ya da tekne kazası).
2		Doğal afet(örneğin, hortum, kasırga, sel baskını ya da büyük bir deprem).
3		Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kamla(örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklama ya da silahla rehin alınma).
4		Tanımadığınız bir tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kamla(örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklama ya da silahla rehin alınma).
5		Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi).
6		Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi).
7		Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma.
8		18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas(örneğin, cinsel organlarla, göğüslerle temas gibi).
9		Hapsedilme(örneğin, cezaevine düşme, savaş esiri olma, rehin alınma gibi).
10		İşkenceye maruz kalma.
11		Yaşamı tehdit eden bir hastalık.
12		Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü.
13		Bunların dışında travmatik bir olay.

14. 13. Maddeyi işaretlediyseniz aşağıda bu olayı kısaca anlatınız.
……
……

15. Yukarıda işaretlediğiniz olaylardan size en fazla etkileyen hangisi oldu. Lütfen yukarıda işaretlediğiniz olayın yanındaki numarasını aşağıya yazınız. (örneğin, sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü dediyseniz aşağıya 12 yazınız)\

……
……

BUNDAN SONRAKİ TÜM SORULARI SİZİ EN FAZLA ETKİLEYEN BU OLAYI

DÜŞÜNEREK YANITLAYINIZ.

Aşağıda zor bir olaya bağlı olarak yoğun bir stres yaşamış kişilerin zaman zaman yaşadığı bazı durumlar sıralanmıştır. En son yaşadığınız zor olayı düşünerek listedeki her bir maddeyi dikkatle okuyun ve ***geçtiğimiz ay içinde*** o maddede sözü edilen durumun, sizin için ne kadar geçerli olduğunu, o maddenin hemen altındaki ölçek üzerinde işaretleyin. Maruz kaldığınız ve sizi etkileyen stresli bir olayı düşünerek yanıtlarınızı verin. Yaşadığınız bu tür bir zorlu olay yoksa, bu durumda yaptığınız işe ilişkin genel zorlukları, eğitimleriniz ya da tatbikatlarınız sırasında yaşadığınız güçlükleri düşünerek yanıtlayınız.
Soruları yanıtlamaya başlamadan önce lütfen bu olayın ne olduğunu çok kısa olarak belirtiniz. Bu olay, ilk sayfada belirttiğiniz olay olabileceği gibi, daha yakın zamanda yaşadığınız bir başka zor olay da olabilir.

…….
……

1- **Olayla ilgili bazı rahatsızlık verici görüntüler, düşünceler ve anılar tekrar tekrar aklıma geliyor.**
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
2- Tekrar tekrar olayla ilgili rahatsız edici rüyalar görüyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
3- Olayla ilgili konuları konuşmaktan kaçınıyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
4- Arada sırada olay sanki yeniden oluyor sanıyorum ve bununla ilişkili bazı davranışlarda bulunuyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
5- Herhangi bir şey ya da konu yaşadığım o olayı hatırlattığında rahatsız oluyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
6- Herhangi bir şey bana o olayı hatırlattığında bedenimde değişmeler oluyor (kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme, vb.).
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
7- Olayı düşünmekten kaçınıyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
8- Yaşadığım olayı hatırlatır düşüncesiyle bazı etkinliklerden ya da durumlardan kaçınıyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
9- Olayla ilgili bazı önemli ayrıntıları hatırlayamıyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
10- Eskiden yapmaktan hoşlandığım şeylere artık ilgi duymuyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
11- Kendimi diğer insanlardan uzak ve kopuk hissediyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
12- Bana yakın insanlara karsı sevgi hissetmiyorum, sanki duygusal olarak "robot"laşmış gibiyim.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
13- Sanki artık bir geleceğim yokmuş gibi hissediyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
14- Uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede güçlük çekiyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
15- Kendimi eskiye kıyasla gergin hissediyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
16- Eskisine kıyasla öfkeli hissediyorum ve öfke patlamaları yasıyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
17- Dikkatimi yaptığım ise vermekte güçlük çekiyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
18- Hep bir tehlike beklentisi içindeyim ve sürekli tetikteyim.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
19- En ufak bir ses ya da harekette kolayca yerimden sıçrıyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
20- Bir otobüs ya da arabayla giderken birdenbire yol boyu olan hiç bir şeyi hatırlamadığımı fark ettiğim zamanlar oluyor.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
21- Biriyle konuşurken birdenbire karsımdakinin söylediklerinin hiçbirini duymadığımı fark ettiğim zamanlar oluyor.

Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
22- Kendimi birdenbire nasıl geldiğimi bilmediğim bir yerde bulduğum oluyor.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
23- Bazen kendimi dışarıdan seyrediyormuş gibi hissettiğim ya da kendime bir başkasıymışçasına dışarıdan bakıyor gibi olduğum zamanlar oluyor.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
24- Yaşamımdaki çok önemli bazı olayları hiç hatırlamadığım zamanlar oluyor.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
25- Çevremdeki insanların, nesnelerin ve diğer şeylerin gerçek olmadığı duygusuna kapıldığım oluyor.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
26- Arada sırada bedenim sanki bana ait değilmiş gibi hissediyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
27-Geçmişteki bazı olayları sanki simdi oluyormuşçasına canlı bir şekilde hatırladığım zamanlar oluyor.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
28- Hatırladığım bazı şeylerin gerçek mi yoksa hayal mi olduğundan arada sırada emin olamıyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
29- Hayal kurduğumda kendimi kaptırıp, sanki gerçekmiş gibi yasıyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
30- Arada sırada kendimi gözlerimi boşluğa dikmiş hiçbir şey düşünmez ve zamanın nasıl geçtiğini fark etmez bir halde buluyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
31- Arada sırada kafamda bana neler yapmam gerektiğini söyleyen ya da yaptıklarıma ilişkin eleştirilerde bulunan sesler duyuyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
32- Arada sırada dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissettiğim, insanlar ve nesneleri uzaktaymışçasına, çok belirsiz şekilde gördüğüm zamanlar oluyor.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
33- Olayla ilgili bazı anıları belleğimden silmek için çaba gösteriyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
34- Arada sırada dalga dalga gelen yoğun ve olumsuz duygular hissediyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
35- Bazı kişi, yer, nesne ya da olaylar bana yaşadığım o zor olayı hatırlatıyor.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )
36-Zaman zaman, hiç istemediğim halde kendimi olayı düşünmekten alıkoyamıyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta

BIJLAGE 3: Vragenlijst Nederlands

Naam: …….....

Leeftijd:…….

Geslacht: O Vrouw O Man

Opleiding:

- Basisonderwijs
- Lager alg. Voortgezet onderwijs
- Voortgezet alg. Vormend onderwijs
- Hoger onderwijs
- Geenonderwijs gevolgd

Burgerlijke staat:

- Ongehuwd
- Gehuwd
- Gescheiden
- Verweduwd

Soms maken mensen zeer ingrijpende gebeurtenissen mee, zoals in een levensbedreigende situatie terecht komen door een ramp, een ernstig ongeluk of een brand; bedreigd of aangevallen worden; aangerand of verkracht worden; zien dat iemand vermoord wordt, of dood is, of ernstig gewond is; of horen dat er iets afschuwelijks is gebeurd met iemand die u na aan het hart ligt.

Soorten trauma's in het Turks

1		Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı (örneğin, trafik kazası, iş kazası, çiftlik kazası, Araba, uçak ya da tekne kazası).
2		Doğal afet(örneğin, hortum, kasırga, sel baskını ya da büyük bir deprem).
3		Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kamla(örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklama ya da silahla rehin alınma).
4		Tanımadığınız bir tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kamla(örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklama ya da silahla rehin alınma).
5		Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi).
6		Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi).
7		Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma.
8		18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas(örneğin, cinsel organlarla, göğüslerle temas gibi).
9		Hapsedilme(örneğin, cezaevine düşme, savaş esiri olma, rehin alınma gibi).
10		İşkenceye maruz kalma.
11		Yaşamı tehdit eden bir hastalık.
12		Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü.
13		Bunların dışında travmatik bir olay.

- Heeft u ooit in uw leven soortgelijke dingen meegemaakt?
  ……
  ……
- Reageerde u bij tenminste één van deze gebeurtenissen met intense angst, hulpeloosheid of afschuw?
  ……
  ……
- Welke trauma heeft meest invloed op u gehad?
  ……
  ……

De volgende worden gevraagd dat gericht is op de trauma dat meest invloed op u heeft gehad. Bekijk de onderstaande reacties die soms ontstaan na een traumatische gebeurtenis. Deze vragenlijst gaat over uw persoonlijke reactie op de traumatische gebeurtenis die u meest last van heeft. Hoe vaak is dit *de afgelopen maand* op je van toepassing geweest?

1. Ik heb last van steeds terugkerende herinneringen, beelden aan die gebeurtenis.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

2. Ik heb akelige dromen over die gebeurtenis.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

3. Ik probeer gesprekken die erover gaan te vermijden.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

4. Het voelt alsof ik de traumatische ervaring opnieuw beleef.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

5. Wanneer iets mij aan de gebeurtenis laat denken voel ik mij slecht.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

6. Wanneer iets mij aan de gebeurtenis laat denken heb ik last van fysiologische reacties (zweten/hyperventileren)
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

7. Ik ben voortdurend bezig om niet aan die gebeurtenis te hoeven denken.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

8. Situaties of activiteiten die me eraan herinneren ga ik uit de weg.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

9. De belangrijkste details van de gebeurtenis ben ik vergeten.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

10. Ik heb minder belangstelling voor activiteiten in het algemeen.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

11. Voel mij verdoofd of zelfs helemaal gevoelloos.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

12. Het is alsof ik in een waas leef, verdoofd ben, niet echt aanwezig ben.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

13. Ik heb het gevoel dat mijn toekomst er niet meer toe doet.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

14. Ik heb door die gebeurtenis moeite met inslapen en/of doorslapen.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

15. In vergelijking met vroeger voel ik mij nu geïrriteerd.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

16. Ik ben prikkelbaar en/of heb woede uitbarstingen.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

17.Ik heb moeite om mij te concentreren.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

18. Ik ben overmatig waakzaam.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

19. Ik vertoon overdreven schrikreacties.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

20. Wanneer ik met de auto of de bus ergens heen ga, alles wat onderweg gebeurd herinner ik mij niet meer.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

21. Wanneer ik met iemand praat heb ik niet meer door wat die anderen aan het zeggen is.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

22. Ik heb soms dat ik niet meer weet hoe ik ergens ben gekomen.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

23. Soms heb ik dat ik mijzelf van buitenaf kijk of dat ik iemand anders ben en dan naar mijzelf kijk.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

24. De belangrijke herinneringen van mij leven herinner ik soms niet meer.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

25. Ik heb een gevoel van vervreemding ten aanzien van anderen.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

26. Voel mijn lijf vreemd, alsof het niet van mij is.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

27. Alsof ik de gebeurtenis opnieuw mee maak.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

28. Ik ben niet zeker of de herinneringen droom of echt zijn.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

29. Wanneer ik aan het fantaseren ben laat ik mij helemaal in gaan en lijkt alsof ik het echt meemaak.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

30. Soms ben ik aan het dwalen in mij gedachten en weet niet hoe de tijd gaat.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

31. Ik hoor stemmen in mijn hoofd en geven mij opdracht.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

32. De wereld om mij heen lijkt vreemd, alsof ik in een film speel, alsof het niet echt is.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

33.Ik vermijd met opzet gedachten en gevoelens die met de gebeurtenis te maken hebben.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

34. Soms voel ik negatieve emoties.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

35. Sommige mensen, plaatsen voorwerpen laten mij de gebeurtenis herinneren.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )

36. Soms heb ik ook al wil ik het niet om aan de gebeurtenis te denken.
Helemaal niet ( ) zelden ( ) soms ( ) vaak ( )