



# EMDR en stabilisatie bij getraumatiseerde asielzoekers en vluchtelingen

Tekst: Leonieke Kranenburg en Suzanne van Veen Foto: Jos Kuklewski

In deze nieuwe rubriek interviewen wij 'jonge doctors': onderzoekers die recent zijn gepromoveerd. Dit eerste interview vindt plaats in Centrum '45 in Diemen met dr. Jackie June ter Heide, klinisch psycholoog met scherpe blik. Zij schreef het proefschrift *An Eye for Complexity: EMDR versus stabilisation in traumatised refugees*.

Binnen een randomised controlled trial (RCT) heb je bij getraumatiseerde asielzoekers en vluchtelingen stabilisatiebehandeling vergeleken met EMDR-therapie. Kun je ons eerst eens meenemen naar de start van dit onderzoek? Hoe is het tot stand gekomen en wat maakte dat je hieraan bent begonnen?

"Ik werkte hiervoor in de Meregwaard in Almere bij GGZ Centraal. Daar was een groot asielzoekerscentrum (AZC). Destijds ontvingen deze mensen weinig behandeling. De heersende gedachte was namelijk dat het eerst veilig moet zijn, voordat je iets met de verwerking van trauma kan doen. Omdat veiligheid ontbrak – de asielzoekers woonden immers nog in een AZC – kregen ze vaak alleen een medicatieadvies. Aangezien dit behandel aanbod tekortschoot, heb ik samen met een collega een stabiliserende behandelmodule geschreven. Deze module bleek behoorlijk succesvol. Aan het einde van de module dacht ik wel eens: 'eigenlijk 'mag' het niet, maar zou deze persoon niet toch iets van traumaverwerking kunnen doen?' Ik heb in diezelfde tijd de EMDR-cursus gevolgd en ben daarna voorzichtig begonnen met het toepassen van EMDR bij deze doelgroep. Bij sommige mensen zag ik direct een groot succes. Hierna ging ik in opleiding tot klinisch psycholoog bij Centrum '45. Vanwege mijn positieve ervaringen met EMDR richtte ik mijn onderzoeksopdracht op de effectiviteit van EMDR bij asielzoekers en vluchtelingen. Daarnaast wilde ik al-

tijd graag promoveren, dus vroeg ik een ZonMw-subsidie aan en kreeg deze ook toegewezen. Dat was het begin van mijn promotietraject."

Voor de RCT had je twee hoofdhypotheses: 1) EMDR doet niet meer kwaad dan stabilisatie (in termen van drop-out, klachtenverergering) en 2) EMDR is effectiever dan stabilisatie, als het gaat om afname van traumasymptomen en toename van kwaliteit van leven. Wat heb je gevonden en welke conclusies kunnen we daaruit trekken?

"Uit mijn trial kwam naar voren dat EMDR niet onveiliger is dan stabilisatie. Die uitkomst zien we ook in andere onderzoeken die in de afgelopen tijd zijn verschenen. Verder vond ik dat EMDR leidde tot een significante afname van zelfgerapporteerde PTSS-klachten, maar niet significant meer dan in de stabilisatie-conditie. Ze waren dus even effectief. Een andere interessante bevinding was dat de status van de asielprocedure geen invloed had op de effectiviteit van de behandeling. Conclusie: mensen die gemotiveerd zijn voor traumagerichte therapie moet je nooit uitsluiten omdat ze asielzoeker of vluchteling zijn."

In een recente meta-analyse van Lambert en Alhassoon (2015) naar de effectiviteit van PTSS-behandeling bij vluchtelingen komt naar voren

dat traumagerichte PTSS-behandeling bij deze groep beter werkt dan bij een controlegroep. De gevonden effect sizes zijn groot, maar worden voornamelijk gedragen door Narratieve Exposure Therapie (NET) en een cultureelsensitieve vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT). De effectiviteit van EMDR is matig. Zou je op basis van deze meta-analyse dan niet moeten aanraden om NET of aangepaste CGT toe te passen bij vluchtelingen?

“Dat is een moeilijke vraag. Ik wil benadrukken dat wij onze RCT hebben uitgevoerd in een derdelijns GGZ-instelling. Wij krijgen mensen doorverwezen uit het hele land, en die zijn al vrij therapie resistent. Ik dacht wel eens: ‘Waarom is het resultaat nu zoveel zwakker dan de resultaten die ik in Almere zag?’ Mogelijk waren die mensen wat veerkrachtiger of was het de eerste vorm van hulp. Ik zou benieuwd zijn naar het resultaat als je de trial herhaalt in een tweedelijns instelling. Ik denk dat EMDR dan een groter behandel-effect laat zien vergeleken met stabilisatie. Maar ik kan dat niet hard maken; het is slechts een vermoeden. Ik denk ook dat wanneer je NET zou toepassen binnen de populatie die wij bij Centrum '45 zien, de *effect sizes* weer kleiner zijn. Ik denk dus dat onze bevindingen vooral iets zeggen over onze populatie.”

**Zeg je dan eigenlijk: “De bevindingen van deze RCT zijn niet generaliseerbaar naar asielzoekers en vluchtelingen in een andere instelling?”**

“Dat is wel heel stellig. Je trekt natuurlijk nooit conclusies op basis van één *trial*. Ik denk dat je op basis van deze *trial* wel kunt zeggen: ‘Het kan’, maar als het op dit niveau blijft, dan is het veel te weinig. Op een bepaald moment kun je het niet meer maken om EMDR te indiceren, als er andere therapieën zijn die veel meer *evidence* hebben. Verder denk ik dat er binnen de behandeling EMDR meer aandacht zou moeten komen voor culturele afkomst. Het Nederlandse protocol is een ongelooflijk moeilijk protocol in die zin dat alles afzonderlijk en exact moet worden bepaald, zoals cognities, emoties en eigenschappen. Voor veel patiënten is dat gewoon helemaal niet haalbaar.”

**Heb je concrete suggesties voor culturele aanpassingen van het protocol?**

“Ik vind persoonlijk dat het domein verbondenheid ontbreekt. Transcultureel is dat ontzettend belangrijk. Het persoonlijke doel is het gemeenschapsdoel: het gaat

erom wat voor dochter je bent, of wat voor echtgenoot; het gaat om het verlies van de gemeenschap, om alleen zijn, om losgekoppeld zijn. Dat moet je dan onderbrengen bij zelfwaardering, maar transcultureel gezien klopt dat eigenlijk niet. Als je dan een domein wilt bepalen, dan moet je ook recht doen aan de belevingswereld van deze mensen. Ik zie het ook bij politieagenten: ze kunnen van alles meemaken, maar waar het om gaat, is dat die collega hen niet hielp of dat ze zelf iemand anders niet hebben kunnen helpen. Het relationele aspect is zo ontzettend belangrijk.”

**Je beschrijft dat vluchtelingen met comorbide depressie het minst profiteren van behandeling. Dit effect wordt ook wel gevonden in de ‘normale populatie’. Hoe werkt dat dan, denk jij? waarom staat depressie psychisch herstel bij PTSS in de weg?**

“Het meest eerlijke antwoord is: ik weet het niet. Ik heb laatst het boek *Thinking Fast and Slow* van Daniel Kahneman gelezen: heel interessant vanuit PTSS-oogpunt. Hij beschrijft dat je twee soorten systemen van beslissen hebt. Het ene is een snel systeem waarbij je intuïtief beslissingen neemt en tot conclusies komt, het ander is een traag, beredeneerd systeem. Ik kan me voorstellen dat je bij EMDR beide systemen gebruikt. Je haalt een emotioneel beladen beeld op in het werkgeheugen, waar je eigenlijk niet goed over kunt redeneren, oftewel het *fast system*. Vervolgens duw je het weg door het trage systeem, omdat je een taak uitvoert die het werkgeheugen belast en waar je veel bewuste inspanning voor nodig hebt. En dat wissel je steeds af. Het kan natuurlijk goed zijn dat depressieve mensen te weinig mentale energie over hebben om daadwerkelijk die tweede taak te doen, omdat deze zo inspannend is.”

**Los van hoe het zou kunnen komen, wat betekent je bevinding voor de asielzoekers- en vluchtelingenpraktijk?**

“Het is een beetje een Catch22 (paradoxe situatie), want het is dus niet zo dat deze patiënten het beter doen, als je ze stabilisatie geeft.”

**De term ‘complexiteit’ komt veel voor je in je proefschrift: ‘het gaat over een complexe groep’, ‘complexe PTSS’, ‘complex om te behandelen’. Kun je daarover voor ons iets eenvoudigs zeggen?**

“Het is belangrijk dat behandelaars onderscheid maken tussen complexe traumatische ervaringen en een complexe PTSS, want dat is wat anders. Heel veel vluchtelingen, maar niet alle, hebben complexe traumatische ervaringen, want het zijn er vaak veel en het is vaak interpersoonlijk. Slechts een beperkt aantal vluchtelingen heeft echter complexe PTSS.

Bij de algemene vluchtelingenpopulaties heeft één of twee procent complexe PTSS, bij hulpzoekende vluchtelingen is dat zestien procent. De complexiteit – als je die term al moet gebruiken – zit veel meer in het feit dat deze mensen ongelooflijk veel aan hun hoofd hebben. Sommige van hen hebben duidelijk PTSS; bij die gevallen moet je er echt iets mee doen. Maar bij anderen is het veel diffuser: het zijn gewoon heel ingewikkelde problemen waar die patiënten mee zitten. Mijn boodschap zou vooral zijn: kijk ontzettend goed waar de hulpvraag ligt en ga er niet vanuit dat die hulpvraag altijd op het gebied van PTSS ligt, want vaak is dat niet zo. Ga er ook niet automatisch vanuit dat er sprake is van complexe PTSS, want meestal is dat niet zo. Volg tot slot gewoon de richtlijnen.”

**Veel therapeuten hebben bij de VEN aangegeven te willen helpen bij het vluchtelingenprobleem. Wat zouden deze hulpverleners volgens jou vooral wel of niet moeten doen? Waar zouden ze op moeten letten?**

“Binnen de transculturele psychiatrie is het belangrijk om je bewust te zijn van het Westerse idee: ‘Er gebeurt ergens een ramp, en wij gaan daar met onze westerse methoden naar toe en gaan dat oplossen.’ Het gaat er dan niet meer om of iemand klachten heeft, het enige inclusiecriteria is dat je deel uitmaakt van die groep. Voor het (preventief) behandelen van alle personen die aan een trauma zijn blootgesteld, is geen enkele *evidence*. Mensen hebben daarnaast een enorme veerkracht. Ik denk dat het heel goed is om hen de gelegenheid te geven om op eigen kracht te herstellen. Uit onderzoek naar wat maakt dat vluchtelingen veerkrachtig zijn, bleek dat bijvoorbeeld geloof en sociale steun belangrijk zijn. Dat zijn dingen die je kunt stimuleren en die misschien wel veel effectiever zijn dan EMDR.” ■

