Afwijken van het protocol; onderzoek naar de effectiviteit van EMDR in de instabiele fase



Afstudeerscriptie
Anneke Peters, 334305
Toegepaste Psychologie
Hogeschool Saxion Deventer
Organisatie: Kadera
Praktijkbegeleider: Margreet Knol
Eerste beoordelaar: Mijke Hartendorp
Tweede beoordelaar: Janneke Jolij
Afstudeerperiode: februari t/m juni 2016
Inleverdatum: 27 mei 2016

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie “Afwijken van het protocol; onderzoek naar de effectiviteit van EMDR in de instabiele fase”. In dit onderzoek is een effectmeting uitgevoerd naar de toepassing van EMDR bij cliënten in de instabiele fase die zijn opgenomen bij Kadera. Deze scriptie is het laatste onderdeel van mijn opleiding Toegepaste Psychologie aan het Saxion te Deventer. Gedurende de periode februari tot en met juni 2016 heb ik mij volledig ingezet om mijn opleiding met een goed eindproduct, deze scriptie, te kunnen afronden.

Deze scriptie is geschreven in opdracht van de organisatie Kadera, onder begeleiding van Margreet Knol. Het werken met deze specifieke doelgroep kan soms erg lastig en tijdrovend zijn waardoor er goed moest worden gecommuniceerd met de betrokken collega’s. Mede dankzij deze prettige samenwerking is het gelukt dit onderzoek binnen de gestelde tijd af te ronden.

Uiteraard was deze scriptie niet in deze vorm tot stand gekomen zonder de hulp van een aantal mensen. Allereerst wil ik graag mijn praktijkbegeleider vanuit Kadera, Margreet Knol, bedanken. Mede dankzij haar enthousiasme, het vertrouwen en het meedenken heb ik dit onderzoek goed kunnen uitvoeren. Als tweede wil ik graag mijn eerste beoordelaar, Mijke Hartendorp enorm bedanken. Samen hebben wij een prettige samenwerking tot stand weten te brengen, waarin ik mij gesteund en gemotiveerd voelde. Ook de feedbackmomenten hebben mij erg geholpen om soms kritisch te kijken en zaken te kunnen verbeteren. Daarnaast wil ik graag mijn tweede beoordelaar, Janneke Jolij bedanken voor haar feedback op zowel het onderzoeksplan als de conceptversie van deze scriptie. Ook met deze feedback heb ik enige verbeteringen kunnen aanbrengen voor mijn definitieve scriptie.
Verder wil ik graag Tineke de Ruijter, die als extern GZ-psycholoog de EMDR behandelingen voor de cliënten uitvoerde, bedanken voor het verkrijgen van de benodigde data voor het onderzoek. Zonder deze data kon de effectmeting niet worden uitgevoerd. Ook gaat mijn dank uit naar alle respondenten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Als laatste gaat mijn bijzondere dank uit naar mijn ouders voor de steun en hun soms kritische mening. Zij stonden altijd voor mij klaar als ik er even niet meer uit kwam.

Veel leesplezier.

Anneke Peters
Deventer, mei 2016

Samenvatting

In opdracht van Kadera, is er onderzoek gedaan naar de toepassing van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bij hun cliënten. Door middel van EMDR kunnen traumatische herinneringen alsnog verwerkt worden door het aanbieden van bilaterale stimuli, zoals oogbewegingen. In het huidige EMDR behandelprotocol wordt stabilisatie van een cliënt als één van de acht stappen gezien, het zou een voorwaarde zijn voor het kunnen beginnen aan de EMDR behandeling. De cliënten van Kadera bevinden zich in een instabiele fase onder andere doordat ze in een opvang wonen en vaak geen steunend netwerk hebben. Er zijn slechts enkele onderzoeken beschikbaar naar de effectiviteit van EMDR in de instabiele fase omdat er moet worden afgeweken van het basisprotocol dat gehanteerd wordt in bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Kadera hoopte met dit onderzoek te kunnen achterhalen of ze er verstandig aan doen om deze EMDR behandeling in de instabiele fase te geven aan hun cliënten.

In dit onderzoek werd getracht antwoord te geven op de vraag of een EMDR behandeling bij cliënten met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) in de instabiele fase effectief is. Hierbij werd onderzocht of er sprake was van een significante vermindering van trauma gerelateerde- en angstklachten. Deze vermindering van klachten werd gemeten door een voor- en een nameting van de Brief Symptom Inventory (BSI) en de Vier Dimensionale Klachtenlijst (4DKL) te vergelijken. Er waren twee onderzoeksgroepen, de eerste groep bestond uit cliënten met PTSS die wel een EMDR behandeling hebben gehad (n=27), de tweede was een controlegroep bestaande uit cliënten met PTSS die geen EMDR behandeling hebben gehad (n=14).

Uit de resultaten komt naar voren dat cliënten met PTSS op het moment van opname een bovengemiddeld tot hoog aantal klachten ervaren. Uit de analyses blijkt er een significante vermindering van het aantal trauma gerelateerde- en angstklachten klachten op de BSI te zijn bij de groep PTSS cliënten die een EMDR behandeling heeft afgerond. Deze significante verbetering werd gevonden, tijdens de instabiele fase, op acht van de tien schalen. Bij de controlegroep werd een significante vermindering gevonden op drie van de tien schalen. Er is geen sprake van enige vooruitgang bij de controlegroep ten opzichte van een duidelijke significante verbetering bij de experimentele groep. Uit de resultaten blijkt dat de vermindering van klachten op de 4DKL eenduidig was, alle schalen waren significant lager bij de nameting.

Door het toepassen van EMDR in de instabiele fase bij cliënten die gediagnosticeerd zijn met PTSS binnen de vrouwenopvang Kadera, is er een significante vermindering van trauma gerelateerde- en angstklachten. Deze vermindering tijdens de instabiele fase werd in het onderzoek dubbel aangetoond door een onafhankelijke toets op twee verschillende klachtenvragenlijsten. EMDR binnen Kadera is effectief bevonden.

Een beperking van dit onderzoek was dat er weinig tot niets bekend was over externe factoren die mogelijk een bijdrage hebben geleverd aan het herstel. Voor Kadera is de belangrijkste aanbeveling dat ze de EMDR behandelingen voortzetten en cliënten zo snel mogelijk verwijzen naar de behandelend psycholoog. Ook impliceren de gevonden resultaten een bruikbaarheid binnen andere vrouwenopvangen zodat overal in Nederland cliënten sneller van hun klachten afkomen en de doorstroom versnelt.

Inhoudsopgave

Verklarende woordenlijst 5
Hoofdstuk 1. Inleiding 6
1.1 Aanleiding 6
1.2 Onderzoeksvraag 7
1.3 Doelstelling van het onderzoek 8
Hoofdstuk 2. Theoretisch kader 9
2.1 PTSS 9
2.1.1 Diagnosticeren van PTSS 9
2.1.2 Effectieve behandelingen voor PTSS 9
2.2 EMDR 11
2.3 Stabilisatie bij EMDR 12
2.4 EMDR behandelprotocollen 13
2.5 Effectiviteit EMDR met stabilisatie 13
2.6 Effectiviteit EMDR zonder stabilisatie 14
2.7 Conceptueel model 16
2.8 Hypothesen 16
Hoofdstuk 3. Onderzoeksdesign 18
3.1 Onderzoeksmethode 18
3.2 Onderzoeksdoelgroep 18
3.3 Onderzoeksinstrumenten 19
3.4 Procedure 20
3.5 Analyses 21
Hoofdstuk 4. Onderzoeksresultaten 23
4.1 Uitvoering van het onderzoek en respons 23
4.2 Betrouwbaarheid van de meetinstrumenten 23
4.2.1 Betrouwbaarheid BSI 23
4.2.2 Betrouwbaarheid 4DKL 24
4.3 Resultaten deelvraag 1 24
4.4 Resultaten deelvraag 2 25
4.5 Resultaten deelvraag 3 27
Hoofdstuk 5. Conclusie, discussie en aanbevelingen 29
5.1 Conclusie en discussie 29
5.2 Aanbevelingen 32

Literatuurlijst.....34

Verklarende woordenlijst

Hieronder staan veelvoorkomende begrippen met hun bijbehorende uitleg weergegeven om de leesbaarheid van de scriptie te verbeteren.

Cognitieve gedragstherapie (CGT)	Combinatie van gesprekstherapie en gedragstherapie. Cognitieve gedragstherapie valt onder de psychotherapieën. Tijdens deze psychotherapie probeert men disfunctionele opvattingen te toetsen aan de werkelijkheid. Vervolgens worden meer functionelere en realistischer opvattingen geformuleerd.
Conceptueel model	Grafische weergave van de hoofdvariabelen uit het onderzoek en de verbanden hiertussen.
Chronbach's alpha	Maat waarin de homogeniteit van constructen van psychometrische vragenlijsten wordt vermeld.
Criteriumvaliditeit	Beschouwt in welke mate de test een voorspellende waarde heeft.
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)	Internationaal classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen gebruikt in de Geestelijke Gezondheidszorg.
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	Psychotherapie ontwikkeld door Francine Shapiro. Wordt met name gebruikt bij de behandeling van PTSS. Door middel van oogbewegingen worden traumatische gebeurtenissen opnieuw naar boven gehaald en op een juiste manier verwerkt.
Hawthorne effect	De uitwerking van een interventie op een onderzocht persoon, die voortkomt uit het feit dat de persoon kennis had van het deelnemen aan een onderzoek.
Stabilisatiefase	Fase waarin gewerkt wordt aan: het creëren van veiligheid, een sociaal netwerk opbouwen, externe hulpbronnen identificeren, een goede therapeutische relatie opbouwen. Dit is noodzakelijk voordat begonnen kan worden met de EMDR behandeling.
Psychofarmaca	Geneesmiddelen werkzaam tegen psychische aandoeningen.
Posttraumatische stressstoornis (PTSS)	Een psychische aandoening waarbij iemand één of meerdere ingrijpende gebeurtenissen heeft meegemaakt die dusdanig veel klachten geven dat het duidelijk lijden met zich mee brengt. De diagnose PTSS wordt door een psycholoog of psychiater gesteld.
Significantie (p-waarde)	Maat die aangeeft of er sprake is van toeval of bijvoorbeeld een effect. Bij een p-waarde ≤ 0,05 is de gevonden waarde significant en berust het niet op toeval. Bij een p-waarde ≥ 0,05 berust het wel op toeval en kunnen er vaak geen uitspraken worden gedaan.
Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)	Een statistisch computerprogramma voor sociale wetenschappen.
Standaarddeviatie (SD)	Maat voor de spreiding van een variabele.

Hoofdstuk 1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt eerst de aanleiding van het onderzoek besproken. Hierna volgt de onderzoeksvraag die door middel van drie deelvragen zal worden beantwoord. Tenslotte wordt de organisatie beschreven, gevolgd door de doelstelling van het onderzoek.

1.1 Aanleiding

Posttraumatische stressstoornis en de EMDR behandeling

De meeste mensen maken minstens één keer in hun leven een ingrijpende gebeurtenis mee (De Niet, 2011). Daarmee wordt een gebeurtenis bedoeld die een feitelijke of dreigende dood met zich mee brengt, een ernstige verwonding kan opleveren, of aantasting van de fysieke integriteit tot gevolg heeft. Ieder individu reageert hier anders op. Bij sommige mensen zorgt deze gebeurtenis voor langdurige psychische klachten en ongemak, en wordt er gesproken van een traumatische gebeurtenis (De Niet, 2011). In Nederland maakt ruim tachtig procent van de bevolking een ingrijpende gebeurtenis mee, bij ongeveer acht procent van deze groep zijn de gevolgen zo ernstig dat er gesproken kan worden van een posttraumatische stressstoornis (PTSS; De Vries & Olff, 2009).

Wanneer zich een traumatische gebeurtenis voordoet wordt het stressresponssysteem in het lichaam geactiveerd (Soedirman, Brouwer & Denen, 2009). De acute stress die door de traumatische gebeurtenis ontstaat, zorgt voor een stijging van de productie van neurotransmitters, met name noradrenaline, serotonine en endorfine. Ook worden de hypothalamus, de hypofyse en de bijnierschors gestimuleerd tot een verhoogde aanmaak van hormonen, met name cortisol. Deze stoffen spelen een belangrijke rol bij de stressreactie waarbij gedacht kan worden aan een verhoogde bloedsuikerspiegel en het flight- of fight- gedrag. Neurobiologisch onderzoek wijst uit dat cliënten met PTSS diverse hormonale en fysiologische afwijkingen vertonen. Deze afwijkingen kunnen enkele symptomen van PTSS verklaren en spelen een rol bij de opslag en het oproepen van de traumatische herinneringen. Soedirman et al. (2009) concluderen dat PTSS vaak wordt gezien als een verstoorde toestand van het stressresponssysteem, de cliënt is in een toestand van constante paraatheid. Er zijn drie kernsymptomen van PTSS te onderscheiden (Olff, 2013). De eerste is een verhoogde arousal, *"verhoogde activatietoestand van het centrale en autonome zenuwstelsel"* (Van der Molen, Perreijn & van den Hout, 2010) en wordt gezien als een verhoogde toestand van waakzaamheid voor zintuiglijke prikkels waar een motorische actie op kan volgen. Hieronder vallen onder andere slaapklachten, overmatige waakzaamheid, overdreven schrikreacties en moeite om emoties te beheersen. Deze klachten kunnen veelal worden verklaard door de verstoorde toestand van het stressresponssysteem (Soedirman et al., 2009). Herbeleving is een tweede kernsymptoom en kan zich onder andere uiten door steeds terugkerende herinneringen, nare dromen en flashbacks. Vermijding is het derde symptoom. Cliënten vermijden alles wat hen doet denken aan het trauma, mijden gesprekken over het trauma en komen niet meer in de buurt van waar het trauma zich voordeed (Olff, 2013). Ook kan hierbij sprake zijn van affectieve vervlakking; het vermogen om gevoelens te ervaren is sterk verminderd (Van der Molen et al., 2010). Zowel cognitieve gedragstherapie als Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) zijn tegenwoordig "treatment of choice" voor PTSS (Ter Heide, 2008). In dit onderzoek voor Kadera werd onderzocht of bij cliënten met PTSS sprake was van een vermindering van trauma gerelateerde- en angstklachten na een behandeling door middel van EMDR.

EMDR is in de jaren 80 ontwikkeld door Shapiro die tot de overtuiging kwam dat de opgeslagen traumatische informatie alsnog verwerkt kan worden als de oogbewegingen, zoals tijdens de Rapid Eye Movement (REM)- slaap, gesimuleerd worden tijdens een psychologische behandeling (Shapiro, 2012). De REM- slaap wordt gezien als de periode waarin ervaringen worden verwerkt (Van der Molen et al., 2010). Een essentieel element van EMDR is de bilaterale stimulatie door middel van bijvoorbeeld oogbewegingen van links naar rechts (Silver, Rogers & Russell, 2008). De behandelaar beweegt met zijn hand heen en weer terwijl de cliënt deze bewegingen zeer nauwkeurig moet volgen met zijn ogen. Soms worden er ook links-rechts aanrakingen op de knieën (taps) toegepast, een lichtpuls die van links naar rechts heen en weer beweegt of auditieve stimuli. Het doel hiervan is het genereren van oogbewegingen die overeenkomen met oogbewegingen tijdens de REM- slaap. Tijdens deze bewegingen moet de cliënt zich focussen op één aspect van de gebeurtenis. Tijdens een dergelijke sessie merken cliënten vaak een gevoel van herbeleving van het trauma. Dit gevoel wordt snel opgevolgd door een verwerking van de gebeurtenis, door nieuw geformuleerde cognities, waardoor de spanning verdwijnt en het niet langer pijnlijk is om aan de gebeurtenis te denken. Tijdens de bewegingen is de behandelaar in gesprek met de cliënt. Gewoonlijk wordt besproken wat er in de cliënt opkomt, of er lichamelijke sensaties zijn en hoe erg deze zijn, zodat er nieuwe aanknopingspunten komen voor de volgende reeks oogbewegingen (Servan- Schreiber, 2002).

Onderzoek naar de toepassing van EMDR tijdens de instabiele fase

Door meerdere behandelaren, waaronder Stöfsel (2005), wordt gesteld dat EMDR pas effectief kan zijn als de situatie van de cliënt voldoende stabiel is, waarmee wordt bedoeld dat de cliënt eerst voldoende grip moet hebben op zijn leven om de exposure en herbeleving aan te kunnen. Dit onderzoek voor Kadera was gericht op de toepassing van EMDR als behandeling voor PTSS in de instabiele fase. De cliënten die werden benaderd voor dit onderzoek zijn opgenomen op de crisisopvang van de organisatie Kadera, hebben geen stabiele leef- en woonomgeving, vaak geen sociaal netwerk, oftewel zitten in een instabiele fase. De vraag was of EMDR bij deze groep cliënten met PTSS effectief is. Als zou blijken dat EMDR in de instabiele fase effectief is dan zou deze behandeling ook kunnen worden toegepast bij andere doelgroepen die te maken hebben met trauma's, zoals de grote aantallen getraumatiseerde vluchtelingen die momenteel Europa en Nederland bereiken.

1.2 Onderzoeksvraag

Om de effecten van de EMDR behandeling die gegeven wordt binnen Kadera te onderzoeken, is er onderzoek gedaan naar een vermindering van trauma gerelateerde- en angstklachten in de instabiele fase. Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

In hoeverre heeft een behandeling door middel van EMDR bij cliënten met PTSS in de instabiele fase bij Kadera een positief effect op de ernst van trauma gerelateerde- en angstklachten?

Om antwoord te geven op deze onderzoeksvraag is een drietal deelvragen geformuleerd. Er zullen twee tests gebruikt worden om klachtenvermindering te meten, dit zijn:

- BSI (Brief Symptom Inventory): een multidimensionale klachtenlijst die weergeeft in welke mate de onderzochte cliënt gedurende de afgelopen periode last had van psychische en/of lichamelijke symptomen.

- 4DKL (Vier Dimensionale Klachtenlijst): helpt met het in kaart brengen van psychische klachten bij cliënten.

Deelvraag 1: Met hoeveel trauma gerelateerde- en angstklachten op de BSI worden cliënten die gediagnosticeerd zijn met PTSS, opgenomen bij Kadera?

Deelvraag 2: Is er op basis van de scores op de BSI een significante vermindering van klachten bij PTSS cliënten die in de instabiele fase een EMDR behandeling hebben gehad, ten opzichte van PTSS cliënten die de EMDR behandeling niet hebben gehad?

Deelvraag 3: Wordt de vermindering van klachten (zoals vastgesteld op basis van de BSI scores) bij toepassing van een EMDR behandeling in de instabiele fase bevestigd door een onafhankelijke toets op basis van de 4DKL scores?

1.3 Doelstelling van het onderzoek

Kadera aanpak huiselijk geweld is er voor iedereen die bij huiselijk geweld betrokken is. Voor slachtoffers, plegers, kinderen, familie, vrienden, buren en professionals. Kadera wil ervoor zorgen dat het huiselijk geweld stopt, niet meer terugkomt en voorkomen dat het ontstaat. Daarom biedt Kadera naast opvang, begeleiding, behandeling en nazorg ook preventie en deskundigheidsbevordering voor professionals. Zo wil Kadera bijdragen aan een samenleving waarin geen plaats is voor huiselijk geweld. Er wordt zowel individueel als in groepsverband gewerkt. Cliënten worden begeleid naar zelfstandige participatie in de samenleving en een leven zonder geweld. (Kadera, z.j.).

Met de uitkomsten van dit onderzoek wordt voor Kadera duidelijk of het zinvol is om een externe psycholoog in te schakelen voor het geven van de EMDR behandeling. Ook kan Kadera de behandeling efficiënter en sneller opstarten, of gerichter gaan doorverwijzen. Cliënten stromen hierdoor sneller uit en kunnen eerder zelfstandig participeren binnen de samenleving. Kadera hoopt op die manier passende hulp te kunnen bieden aan iedere cliënt. Kadera wil ook cliënten in de instabiele fase zo effectief mogelijk kunnen ondersteunen en behandelen.
Daarnaast wil de gemeente, met het oog op kostenbesparing, weten wat de effectiviteit is van de hulp en behandelingen die Kadera als organisatie biedt. Dit in het kader van de nieuwe wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) die in 2015 in werking is getreden. De resultaten van dit onderzoek kunnen aan de gemeente worden gepresenteerd.

Hoofdstuk 2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt het onderzoek door middel van de beschikbare literatuur verduidelijkt. Er wordt kort ingegaan op het diagnosticeren van PTSS en de effectieve behandelingen voor PTSS worden kort besproken. Hierna volgt informatie over EMDR en de bestaande protocollen. Vervolgens volgt een uiteenzetting over onderzoeken naar de effectiviteit van EMDR waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen EMDR in de stabiele fase én in de instabiele fase. Vervolgens volgt het conceptueel model met de hypothesen.

2.1 PTSS

2.1.1 Diagnosticeren van PTSS

Er kan gesproken worden van pathologie wanneer de kernsymptomen van PTSS langdurig (langer dan een maand) aanwezig zijn en duidelijk lijden met zich mee brengen (Hovens, Luinge & Van Minnen, 2005). Het stellen van de diagnose PTSS gebeurt, zowel binnen Kadera als binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), op basis van de criteria uit de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- IV (DSM-IV) waarbij de criteria de kernsymptomen van PTSS omvatten. Om deze criteria te toetsen wordt in Nederland soms gebruik gemaakt van het Klinisch Interview voor PTSS (KIP), wat de Nederlandse vertaling van de Engelstalige Clinican- Administered PTSD scale 1(CAPS-1) is. Binnen Kadera worden de criteria tijdens een diagnostisch gesprek getoetst aan de hand van vragen. Hovens et al. (2005) stellen dat men het diagnosticeren van PTSS niet mag onderschatten en dat er naast de beschikbare criteria voor de diagnose PTSS ook klinische vaardigheden nodig zijn om tot een juiste diagnose te komen. Dit vanwege de grote mogelijkheid tot comorbiditeit. Hierbij moet vooral gelet worden op de overlap met symptomen van een depressie, een paniekstoornis of andere angststoornis of een verslaving (Galatzer-Levy, Nickerson, Litz & Marmar, 2013). Daarnaast is het, met het oog op de behandeling, belangrijk bij de diagnose te vermelden of het om een type-1 of een type-II trauma gaat. Type-I trauma's zijn eenmalige traumatische gebeurtenissen (bijvoorbeeld een verkrachting). Type-II trauma's zijn gebeurtenissen die herhaaldelijk terugkeren of waarbij iemand langdurig is blootgesteld aan de gebeurtenis (bijvoorbeeld seksueel misbruik of een oorlogssituatie) (Van der Molen et al., 2010). Er wordt gesteld dat er sprake kan zijn van een dosis-effectrelatie, wat inhoudt dat hoe langer of hoe vaker iemand is blootgesteld aan een traumatische gebeurtenis, hoe meer klachten diegene hierdoor ontwikkelt. De behandeling van een type-II trauma zal hierdoor vaak langer duren (Van der Molen et al., 2010).

2.1.2 Effectieve behandelingen voor PTSS

Omdat PTSS veel voorkomt en ernstige gevolgen kan hebben zijn er veel therapieën opgezet om deze stoornis te behandelen. Lange tijd was het de vraag of een kortdurende behandeling, ondersteund door psychofarmaca, effectiever is dan een langdurige behandeling met psychotherapie (Polak et al., 2012). In een onderzoek van Bisson et al. (2007) is een meta-analyse uitgevoerd naar de effectiviteit van verschillende psychologische behandelingen voor PTSS. Hiervoor hebben zij de uitkomsten van 38 verschillende gecontroleerde onderzoeken vergeleken. Hieruit komt naar voren dat traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) een sterke vermindering van symptomen oplevert. Ditzelfde resultaat werd gevonden bij behandelingen door middel van EMDR. Andere therapieën zoals support therapie, psychodynamische therapie of zelfs hypnotherapie lieten geen klinische verbetering van de PTSS symptomen zien. De conclusie van het onderzoek van Bisson et al. (2007) is dat zowel EMDR als traumagerichte cognitieve gedragstherapie het meest effectief zijn voor de behandeling van PTSS. Tussen deze twee therapieën zitten minimale verschillen in effectiviteit

waardoor er niet één therapie als beste kan worden aangewezen. Wel blijkt uit onderzoek van Burggraaff (2013) dat EMDR efficiënter is in de behandeling van PTSS omdat er minder EMDR sessies nodig waren voor dezelfde mate van effectiviteit als CGT.

Ook in Nederland zijn richtlijnen opgesteld voor de behandeling van PTSS (ggzrichtlijnen.nl, 2009). De Multidisciplinaire handleiding voor de behandeling van Angststoornissen stelt dat de voorkeur uitgaat naar traumagerichte CGT of EMDR, al dan niet ondersteund door farmacotherapie, precies zoals in het onderzoek van Bisson et al. (2007) naar voren is gekomen. De richtlijnwerkgroep heeft de behandelingen voor PTSS in een voorkeursvolgorde gezet waardoor een stepped-care model is ontstaan, dat is terug te vinden in tabel 1 (ggzrichtlijnen.nl, 2009).
Het model gaat ervan uit dat begonnen wordt met de minst invasieve behandeling. Levert dit geen verbetering op dan kan begonnen worden met de volgende stap. Dit gaat zo door tot er een significante verbetering optreedt. Overbehandeling wordt op deze manier voorkomen.

Tabel 1

Stepped-care model PTSS (ggzrichtlijnen.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 comorbide depressie wordt hiernaast de voorkeur gegeven aan een behandeling met antidepressiva.
3. Wanneer er geen sprake is van een ernstige comorbide 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.

Bij het ontwikkelen van het stepped-care model is ook de invloed van medicatie in acht genomen. Zo stelt de Richtlijnwerkgroep in 2009 dat de terugval na enkel een farmacologische behandeling veel groter is dan bij cliënten die traumagerichte CGT hebben gehad. Vandaar dat medicatie pas later in het stepped-care model wordt aangeraden, en altijd in combinatie met een andere behandeling. Deze keuze wordt bevestigd in een recent onderzoek van Polak et al. (2012). Hierin wordt gesteld dat er voor de behandeling van PTSS het beste gebruik kan worden gemaakt van traumagerichte CGT, EMDR, of een farmacologische behandeling door middel van bijvoorbeeld selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's). Uit dit onderzoek kwam naar voren dat ruim 70% van de cliënten met PTSS in eerste instantie enkel farmacotherapie kregen. Dit kan te wijten zijn aan het feit dat CGT of

EMDR minder toegankelijk zijn, er soms een wachttijd is, er moeilijkheden ontstaan bij de verwijzingen en het vaak tijdrovende therapieën zijn. Toch bleek dat cliënten die enkel behandeld zijn met farmacotherapie na 6 maanden vaker een terugval hadden gehad dan de groep cliënten die traumagerichte CGT of EMDR hadden gehad (Polak et al., 2012). Ook het onderzoek van Brennstuhl et al. (2013) ondersteunt het stepped-care model. In dit onderzoek is EMDR effectiever bevonden dan farmacotherapie, en even effectief als CGT.

2.2 EMDR

EMDR is inmiddels de meest bestudeerde behandeling voor PTSS. Er zijn voor geen enkele andere interventie, inclusief psychofarmaca, zoveel gecontroleerde onderzoeken uitgevoerd en dat terwijl EMDR nog niet lang bestaat (Servan- Schreiber, 2002).
EMDR is een psychotherapie en is ontworpen om negatieve ervaringen uit het verleden, de huidige triggers die de klachten veroorzaken, en toekomstige blokkades voor het functioneren, aan te pakken (Silver et al., 2008). Het brein van mensen bevat miljoenen geheugencellen die ons helpen dingen te herinneren en verbanden te leggen, en bevat een informatieverwerkingssysteem waarin nieuwe informatie wordt verwerkt. Dit gebeurt veelal tijdens de REM- slaap (Van der Molen et al., 2007). Nuttige informatie wordt daarbij in het geheugen opgeslagen door nieuwe connecties aan te leggen (bij het horen van “oost west” bedenken we moeiteloos het vervolg “thuis best”). Zo leren we van gebeurtenissen en passen we die informatie toe bij een volgende gelegenheid. Bij heftige gebeurtenissen lijkt echter dat het informatieverwerkingssysteem niet in staat is de informatie te verwerken, met als gevolg dat de informatie opgeslagen wordt zoals ze ervaren is en een blokkade vormt (Van den Hout & Engelhard, 2012). EMDR tracht ervoor te zorgen dat deze informatie alsnog goed wordt verwerkt en de blokkades verdwijnen.

Uit de onderzoeken van Polak et al. (2012), Bisson et al. (2007) en Brennstuhl et al. (2013) blijkt dat EMDR effectief is bij de behandeling van PTSS. Daarnaast is ook de effectiviteit binnen de EMDR behandeling onderzocht. Van den Hout et al. (2011) hebben onderzoek gedaan naar de effectiviteit van oogbewegingen en geluiden “zogenoemde piepjes” tijdens een EMDR sessie. Uit dit onderzoek blijkt dat zowel oogbewegingen als piepjes de levendigheid van negatieve herinneringen sterk verminderen. Toch is er een verschil tussen beide, bij de oogbewegingen was de vermindering van de levendigheid sterker dan bij de piepjes. Dit suggereert dat psychologen beter EMDR kunnen geven door middel van handbewegingen of een lichtbalk dan door het laten horen van piepjes.

Het doel van EMDR is om ervoor te zorgen dat er een proces van assimilatie en accommodatie plaatsvindt. Dit proces verloopt onopgemerkt voor de meeste levenservaringen maar er kan een probleem ontstaan als de informatieverwerking geblokkeerd wordt (Silver et al., 2008). Trauma’s zijn vaak onverenigbaar met de beelden die we hebben over onszelf en de wereld. Dit resulteert in een continue spanning. Assimilatie is een proces van herstel van de reeds bestaande beelden over onszelf en de wereld, accommodatie is een proces van het ontwikkelen van nieuwe beelden over onszelf en de wereld (Payne, Joseph & Tudway, 2007). Er zijn drie mogelijke psychologische uitkomsten; assimilatie, negatieve accommodatie en positieve accommodatie. Dit wordt nader toegelicht aan de hand van een voorbeeld. Stel je het volgende voor; iemand laat een vaas kapot vallen. Hij kan de stukken aan elkaar plakken, al zal het dan altijd een fragiele vaas blijven (assimilatie). Hij kan ook de stukken oprapen en deze in de prullenbak doen (negatieve accommodatie). De derde mogelijkheid is

dat hij met de stukken van de vaas, iets nieuws maakt (positieve accommodatie). Met EMDR zal getracht worden deze continue spanning die wordt veroorzaakt door de incongruentie te verhelpen.

2.3 Stabilisatie bij EMDR

Zoals eerder werd beschreven door Stöfsel (2005) wordt gesteld dat EMDR pas effectief kan zijn als de cliënt voldoende stabiel is, waarmee wordt bedoeld dat de cliënt voldoende grip moet hebben op zijn leven om de exposure en herbeleving aan te kunnen. Eerst volgt een uitleg van stabilisatie, gevolgd door de bestaande protocollen en daarna een uiteenzetting van voor- en tegenstanders.

"Stabilization and safety provide the foundation for all effective trauma therapy, and they are crucial for enabling the client to have the experience of a trustworthy fellow man" (Adler zoals geciteerd in Ansbacher & Ansbacher, 1956, p. 119). Adler was één van de eerste psychoanalytici die heeft gesteld dat er stabilisatie plaats dient te vinden voordat kan worden begonnen met de verwerking en behandeling van trauma's. Herman (1992) sluit hierbij aan en stelt bovendien dat het tegenwoordig nog steeds een veelgemaakte fout is om te beginnen met het verwerken van het trauma zonder dat er een proces van stabilisatie heeft plaatsgevonden. Vaak begint de cliënt bij binnenkomst zijn traumatische ervaringen al te beschrijven (Millar, 2013). Tevens kan het ook verleidelijk zijn voor een behandelaar om vanaf de eerste ontmoeting al meteen dieper in te gaan op de details van het trauma. Toch stelt Millar (2013) dat het essentieel is om niet meteen te beginnen met het verwerken van de traumatische gebeurtenissen. Er moet eerst een fase van stabilisatie en veiligheid worden doorlopen anders is er een kans op her- traumatisering. Ook Shapiro & Maxfield (2002) geven aan dat stabilisatie moet plaatsvinden voordat de behandeling kan worden gestart.

Stabilisatie omvat een nauwkeurige evaluatie door de behandelaar, en het mogelijk maken van de volgende zaken (Millar, 2013):
- veiligheid in de huidige omstandigheden van het leven van de cliënt en het voorzien in de basisbehoeften zoals voedsel, huisvesting en financiële middelen;
- het verzamelen van voldoende sociale steun zoals familie, vrienden en andere instanties;
- het identificeren en aanmoedigen van de vindingrijke en creatieve aspecten van het leven van de cliënt;
- het identificeren en vergroten van externe bronnen die de cliënt kunnen ondersteunen in het verwerkingsproces zoals een zinvolle vrijetijdsbesteding;
- strategieën om de cliënt te ondersteunen in het terugwinnen van controle over verontrustende symptomen zoals flashbacks en nachtmerries;
- het opbouwen van een goede therapeutische relatie.

Een traumatische gebeurtenis versplintert het veiligheidsgevoel en angst is hierbij een normale automatische reactie die zich heeft ontwikkeld om ons weer een beetje veilig te voelen (Millar, 2013). Het is belangrijk om de cliënt uit te leggen hoe mensen bij een traumatische ervaring veiligheid zoeken door middel van bijvoorbeeld een constante staat van verhoogde arousal (gehele tijd zeer waakzaam blijven) of bevriezen (niets meer kunnen doen om pijn te vermijden). Deze beide soorten van veiligheid zijn destructief voor de cliënt, ze brengen vele lichamelijke en psychische klachten met zich mee. De behandelaar moet samen met de cliënt op zoek gaan naar functionelere manieren om veiligheid te creëren zodat de bovenstaande symptomen worden verminderd. Dit valt allemaal onder de stabilisatiefase die is opgenomen in het EMDR behandelprotocol.

2.4 EMDR behandelprotocollen

Het basisprotocol voor EMDR zoals ontwikkeld door Shapiro & Maxfield (2002) en herzien door Silver et al. (2008) is opgenomen in bijlage 2. In het basisprotocol voor een EMDR behandeling worden acht fasen doorlopen. Hierbij worden fase drie tot en met acht in de meeste sessies herhaald (Shapiro & Maxfield, 2002). Voordat met de behandeling wordt begonnen krijgt de cliënt informatie over hoe om te gaan met negatieve effecten (zoals hoofdpijn of verhoogde spanning na de sessie) die kunnen optreden door het activeren van het geheugensysteem door de behandeling. De behandeling wordt altijd begonnen met de meest recente traumatische gebeurtenis. (Shapiro & Maxfield, 2002). Shapiro & Maxfield (2002) geven aan dat fase twee tevens is bedoeld om de situatie van de cliënt te stabiliseren. Pas als deze fase volledig is afgerond kan worden doorgegaan met de volgende fase. Er moet een goede therapeutische relatie ontstaan, er moeten realistische doelen worden opgesteld en er moet worden uitgelegd hoe de klachten van de cliënt zijn ontstaan. De focus ligt op het ontwikkelen van persoonlijke krachtbronnen zoals zelfcontrole en veiligheid alvorens kan worden begonnen met het werken aan de traumatische ervaringen.

EMDR wordt in het onderzoek van Brennstuhl et al. (2013) genoemd als een curatieve methode. Toch stellen zij dat het ook goed is om EMDR als vroegtijdige interventie te gebruiken door gebruik te maken van de zogenoemde “URG- EMDR”, wat staat voor een “emergency EMDR protocol”. Het URG-EMDR protocol is opgenomen in bijlage 3. Dit protocol kan al gebruikt worden binnen enkele uren na het trauma. Het doel hiervan is om een snelle behandeling te realiseren en de psychische gevolgen zo klein mogelijk te houden (Brennstuhl et al., 2013). Het grootste verschil met het basisprotocol van EMDR is dat er in het URG-EMDR slechts zes fasen worden doorlopen. Een zeer belangrijk verschil is dat de fase van stabilisatie ontbreekt in het URG-EMDR. Dat terwijl deze fase hiervoor door Stöfsel (2005) en Millar (2013) werd omschreven als de belangrijkste fase in het EMDR protocol, want de cliënten zouden anders de exposure niet aankunnen. Nu duidelijk mag zijn dat niet elke behandelaar de fase van stabilisatie even belangrijk acht, zal er een uiteenzetting plaatsvinden van een aantal onderzoeken waarbij wel stabilisatie plaatsvond, en onderzoeken waarbij dit niet gebeurde.

2.5 Effectiviteit EMDR met stabilisatie

In een studie van Bisson & Andrew (2007) zijn 33 onderzoeken naar de effectiviteit van EMDR bij PTSS vergeleken. Wat duidelijk naar voren komt is dat niet-traumagerichte behandelingen PTSS symptomen ook niet significant verminderen. Ook zijn er aanwijzingen gevonden dat traumagerichte CGT en EMDR superieur zijn aan bijvoorbeeld stress management. Er werd onvoldoende bewijs gevonden om te achterhalen of deze psychologische behandelingen schadelijke gevolgen hadden. De conclusie was dat EMDR, evenals traumagerichte CGT, effectief is bij PTSS.

Hase et al. (2015) hebben de effectiviteit van EMDR bij cliënten met een depressie onderzocht. Zij hebben specifiek voor een groep cliënten met een depressieve episode gekozen omdat zij ervan uit gaan dat een trauma of een andere ingrijpende gebeurtenis het begin kan zijn van een depressie. Ook is er vaak sprake van een comorbide PTSS. In het onderzoek van Hase et al. (2015) werden 16 cliënten meegenomen. Zij kregen een EMDR behandeling waarbij het basisprotocol van Shapiro & Maxfield (2002) werd nageleefd. Gemiddeld hadden cliënten 4,6 EMDR sessies nodig. Uit het onderzoek kwam naar voren dat 11 van de 16 cliënten na behandeling volledig in remissie waren.

Bij een follow-up onderzoek ruim een jaar later bleek dat 8 van de 11 cliënten nog steeds geen terugval hadden gehad. De conclusie was dat EMDR een significant positief effect heeft op een depressieve episode. Vanwege de kleine onderzoeksgroep stellen de onderzoekers dat er geen al te grote conclusies mogen worden getrokken uit dit onderzoek.

De effectiviteit van EMDR wordt in vele verschillende landen onderzocht. Zo is er ook een case study uitgevoerd in Pakistan (Bilal, Rana, Khan, Safi & Qayyum, 2015). De onderzoekers trachtten de effectiviteit te onderzoeken bij een man met complexe trauma's in unieke omstandigheden namelijk; het dreigende gevaar voor terrorisme, de druk om te presteren als gerechtelijk hoofd, het getuige zijn geweest van martelpraktijken waarbij mensen onthoofd werden en het zelf beschoten worden. Andere therapieën inclusief SSRI's konden deze man niet helpen. Het 8-stappen protocol van Shapiro & Maxfield (2002) werd strikt gevolgd. In totaal werden meer dan 25 traumatische gebeurtenissen behandeld tijdens 17 sessies. Hij verbeterde op alle vlakken zoals angst, hyperarousal, sociaal welbevinden, flashbacks et cetera. EMDR werd effectief bevonden. Ondanks dat het een case study was is het een krachtig voorbeeld. In Pakistan staat de toepassing van EMDR nog in de kinderschoenen. Het onderzoek van Bilal et al. (2015) benadrukt een veelbelovende toekomst in landen waar complexe situaties zich dagelijks voordoen.

Naast dat EMDR effectief is bevonden bij volwassenen, zijn er ook onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van EMDR bij kinderen. Diehle, Opmeer, Boer, Mannarino & Lindauer (2013) hebben in Nederland onderzoek gedaan naar de effectiviteit van traumagerichte CGT en EMDR, bij kinderen tot 18 jaar met PTSS symptomen. Ze wilden weten met welke therapie het beste chronische PTSS klachten kunnen worden voorkomen. Zij gebruikten hiervoor het basisprotocol zoals ontwikkeld door Shapiro & Maxfield (2002) waarin de acht stappen werden doorlopen. EMDR werd toegepast bij een groep van 25 kinderen die verschillende trauma's hadden waarvan een groot gedeelte (44%) te maken had gehad met huiselijk geweld. Zij vonden dat EMDR en traumagerichte CGT tot een verbetering van het welbevinden leidde, al konden ze niet aangeven welke van deze beide therapieën effectiever was. EMDR lijkt dus niet alleen effectief te zijn bij volwassenen maar kan ook worden toegepast bij kinderen.

2.6 Effectiviteit EMDR zonder stabilisatie

Tot op heden is er maar weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van EMDR zonder de stabilisatiefase. Vele onderzoekers maken gebruik van het basisprotocol van EMDR waarin deze fase is opgenomen. Het lijkt erop dat slechts een handvol therapeuten het heeft aangedurfd om het protocol zelf aan te passen, de stabilisatiefase eruit te halen, en vervolgens de effectiviteit te onderzoeken.

Van den Berg & Van der Gaag (2012) hebben in Nederland de effectiviteit van EMDR bij PTSS cliënten met een comorbide psychotische stoornis onderzocht. Trauma's en PTSS klachten hebben een negatieve invloed op het beloop van een psychose. Daarnaast hebben cliënten met zware trauma's een grotere kans op het ontwikkelen van psychosen. De symptomen zijn bij deze specifieke doelgroep ernstiger en het dagelijks functioneren is zwaar verstoord. Therapeuten zijn terughoudend in het gebruik van EMDR bij deze doelgroep, ze zijn bang voor de gevolgen van het bespreken van het trauma en ook twijfelen therapeuten nogal eens aan de geldigheid van het geheugen van een cliënt omdat vervormingen kunnen optreden (Van der Vleugel, Van den Berg & Staring, 2012).

Tijdens het onderzoek van Van den Berg & Van der Gaag (2012) is geen gebruik gemaakt van het basisprotocol voor EMDR, er heeft **geen stabilisatiefase** plaatsgevonden en de traumatische stimuli werden niet vermeden. Tien therapeuten hebben deelgenomen aan dit onderzoek en er waren 27 cliënten. Elke cliënt ontving maximaal 6 EMDR sessies. Gemiddeld waren er 4,72 sessies nodig. Slechts 5 van de 27 cliënten voldeed na deze behandeling nog aan de criteria voor PTSS. De ernst van de PTSS klachten is met 52,6% afgenomen. Uit het onderzoek blijkt dat EMDR effectief is bij deze specifieke doelgroep en dat EMDR ook voor een significante klachtenvermindering zorgt als er geen stabilisatiefase heeft plaatsgevonden. Van den Berg & Van der Gaag (2012) stellen hierbij ook dat stabilisatie dus niet noodzakelijk is bij EMDR.

In een ander onderzoek van Van den Berg et al. (2015) blijkt opnieuw dat EMDR een snelle, veilige en effectieve manier is om PTSS te behandelen. In dit onderzoek van Van den Berg et al. (2015) zijn 55 cliënten meegenomen die allemaal maximaal 8 EMDR sessies ondergingen. Ook hier werd meteen begonnen met desensitisatie en werden er **geen stabiliserende interventies** toegepast. De schrijvers zijn van mening dat stabilisatie onnodig is en stellen zelfs dat het de behandeling zou kunnen vertragen. Ditzelfde resultaat komt duidelijk naar voren in een onderzoek van De Bont, Van Minnen & De Jongh (2013). Zij hebben in hun studie gebruik gemaakt van 10 cliënten met zowel PTSS als een psychotische stoornis. Ook in dit onderzoek werd een significante klachtenvermindering gevonden met als conclusie dat EMDR effectief is **zonder stabilisatiefase**.

Brennstuhl et al. (2013) hebben gekeken naar de voordelen van het direct toepassen van EMDR bij slachtoffers van fysiek geweld. Aan het onderzoek hebben 19 cliënten deelgenomen die allemaal binnen 48 uur na het fysieke geweld behandeld werden met EMDR. Hierbij hebben ze gebruik gemaakt van het URG-EMDR (emergency- EMDR) protocol, een aangepaste versie van het basisprotocol. Het belangrijkste verschil is dat er in het onderzoek geen fase van stabilisatie is geweest, dit kan immers niet met een behandeling binnen 48 uur na het geweld. De groep cliënten die EMDR ondergingen (n=19) is vergeleken met een groep (n=15) die een eclectische therapie (niet vasthoudend aan één behandelmethode) kreeg. De subjective unit of disturbance (SUD) score werd als hoofdvariabele meegenomen in dit onderzoek. De emoties die opkomen krijgen een cijfer (de SUD) van 0 tot 10 waarbij een 0 staat voor 'neutraal' en een 10 voor 'hoogst mogelijke spanning'. Na 24 uur waren deze SUD-scores bij beide groepen significant lager, maar bij de EMDR groep nog lager dan bij de groep die de eclectische therapie onderging. Ook na 3 maanden bleken deze resultaten gehandhaafd. Uit het onderzoek van Brennstuhl et al. (2013) komt overtuigend naar voren dat EMDR **zonder stabilisatiefase** effectief is bij cliënten die te maken hebben gehad met fysiek geweld. Ook stellen de onderzoekers dat het direct toepassen van EMDR na een trauma zelfs ervoor kan zorgen dat de cliënt daarna stabiel wordt. Stabilisatie, zo wordt gesuggereerd, zou dus een bijkomend resultaat van directe EMDR behandeling kunnen zijn.

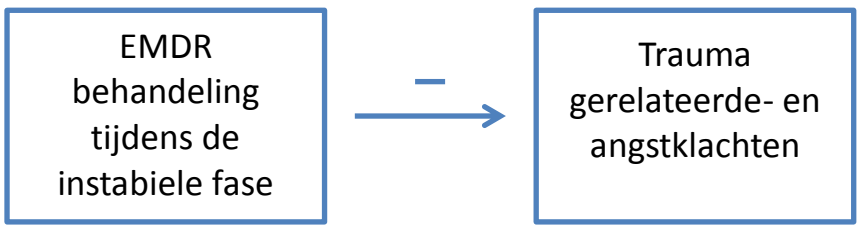
Russell (2006) heeft onderzoek gedaan naar de effectiviteit van EMDR bij 158 cliënten met een stress-stoornis ontstaan door gevechtssituaties tijdens een uitzending naar Irak. Bij 4 van deze cliënten was de angst en stress zo hoog dat ze niet naar huis durfden. Een snelle behandeling met één enkele EMDR sessie werd hierbij ingezet **zonder stabilisatiemoment**. De cliënten kregen een korte uitleg over EMDR en de effecten van EMDR waarna meteen begonnen werd met de desensitisatie. Bij alle cliënten werd een significante vermindering van klachten gevonden. Volgens de onderzoeker kan dit het bewijs zijn dat onmiddellijke behandeling met EMDR na een trauma het

verschil kan maken tussen een acute stress-stoornis of PTSS, of de chronische varianten daarvan. Wel raden ze extra onderzoek aan voordat de resultaten gegeneraliseerd mogen worden.

Ook is er onderzoek gedaan naar het verschil in effectiviteit tussen EMDR en enkel stabilisatie. In dit onderzoek van Ter Heide, Mooren, Kleijn, De Jongh & Kleber (2011) werden 20 getraumatiseerde asielzoekers en vluchtelingen meegenomen. Het doel van het onderzoek van Ter Heide et al. (2011) was om te onderzoeken of EMDR zonder stabilisatie effectief is bij deze complexe populatie of dat enkel stabilisatie effectiever is, en of deze behandelmethoden haalbaar zijn bij deze groep mensen. Deelname van getraumatiseerde asielzoekers en vluchtelingen werd haalbaar bevonden, al waren er uitdagingen gedurende de behandelingen vanwege grote cultuurverschillen en taalproblemen. De verbetering bij de groep die EMDR kreeg was klein vergeleken bij andere onderzoeken naar de effectiviteit van EMDR bij andere doelgroepen. Toch waren er bij de nameting vluchtelingen die geen PTSS meer hadden, maar dit effect werd alleen gevonden bij de EMDR groep. Bij de stabilisatie groep behield iedereen de diagnose PTSS. Tevens hebben alle deelnemers de EMDR behandeling afgemaakt, en zijn ze niet afgehaakt omdat ze de exposure niet aan zouden kunnen. EMDR **zonder stabilisatie** lijkt effectiever te zijn dan enkel stabilisatie. Meer onderzoek naar de effectiviteit bij deze complexe doelgroep wordt aanbevolen, helemaal nu dit een groter wordend probleem wordt door de grote toestroom van getraumatiseerde vluchtelingen naar Nederland (Ter Heide et al., 2011).

2.7 Conceptueel model

Uit het literatuuronderzoek komt overtuigend naar voren dat er een positief verband is tussen het geven van een EMDR behandeling en het verminderen van PTSS gerelateerde klachten. Binnen Kadera worden in principe alle vrouwen die gediagnosticeerd zijn met PTSS doorverwezen naar de behandelend psycholoog. Toch waren er ook cliënten die niet direct wilden beginnen met de behandeling maar deze later tijdens hun verblijf wilden starten. Op die manier was er een controlegroep beschikbaar. De vermindering van de trauma gerelateerde- en angstklachten tijdens de instabiele fase kon op deze manier bij beide groepen onderzocht worden. Ook is onderzocht of deze eventuele vermindering significant was.



Figuur 1. Het conceptueel model.

2.8 Hypothesen

De volgende hypothesen (Ha) zijn geformuleerd naar aanleiding van de beschikbare literatuur:

Hypothese 1: Cliënten die gediagnosticeerd zijn met PTSS hebben in hoge mate last van trauma gerelateerde- en angstklachten op het moment van opname bij Kadera.

Hypothese 2: Er is op basis van de scores op de BSI een significante vermindering van klachten bij PTSS cliënten die in de instabiele fase een EMDR behandeling hebben gehad, ten opzichte van geen significante vermindering bij PTSS cliënten die geen EMDR behandeling hebben gehad.

Hypothese 3: De significante vermindering van klachten (zoals vastgesteld op basis van de BSI scores) bij toepassing van een EMDR behandeling in de instabiele fase wordt bevestigd door een onafhankelijke toets op basis van de 4DKL scores.

In het huidige onderzoek is door middel van een effectmeting antwoord gegeven op de deelvragen. De trauma gerelateerde- en angstklachten werden gemeten door middel van twee verschillende vragenlijsten. De voor- en de nameting van de BSI werden met elkaar vergeleken voor beide onderzoeksgroepen. Voor de onderzoeksgroep die EMDR kreeg werden ook de voor- en de nameting van de 4DKL vergeleken. Hierna werden de hypothesen getoetst.

Hoofdstuk 3. Onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk wordt eerst de onderzoeksmethode kort toegelicht en verantwoord, gevolgd door een beschrijving van de onderzoeksdoelgroep. Hierna volgt een uitleg van de gebruikte onderzoeksinstrumenten en de constructen. Vervolgens volgt de weergave van de procedure van het onderzoek en tenslotte wordt per deelvraag uitgelegd welke analyse gebruikt is en waarom.

3.1 Onderzoeksmethode

Voor het onderzoek in de praktijk werd gebruik gemaakt van twee vragenlijsten, de BSI en de 4DKL. Deze vragenlijsten waren nodig om antwoord te kunnen geven op de hoofd- en deelvragen. Met deze beide vragenlijsten werd een voor- en nameting uitgevoerd. Door middel van het analyseren van de voor- en nameting kon de effectiviteit van EMDR worden onderzocht. Ook kon de effectgrootte op deze manier worden onderzocht. Dit is een kwantitatieve onderzoeksmethode om in een relatief korte tijd veel informatie te verkrijgen. Ook is het een relatief goedkope (bijvoorbeeld in verhouding met de afname van een WAIS-IV) manier van dataverzameling (Verhoeven, 2011).

3.2 Onderzoeksdoelgroep

Bij dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef (Verhoeven, 2011). Dit onderzoek richtte zich enkel op cliënten van Kadera binnen de opvang in Zwolle. Alle cliënten zijn vrouwen, opgenomen in de opvang omdat zij aangeven dat zij te maken hebben gehad met huiselijk geweld. Deze cliënten bevinden zich in een instabiele fase. In totaal deden 41 cliënten mee aan het onderzoek, allen door de psycholoog gediagnosticeerd met PTSS, op basis van de DSM-IV criteria, variërend in de leeftijd van 20 tot 55 met een gemiddelde leeftijd van 31 jaar. Bij beide onderzoeksgroepen zijn enkel cliënten meegenomen waarbij een voor- en nameting van de vragenlijsten beschikbaar was zodat de effectmeting kon worden uitgevoerd. Van de totale groep van 41 cliënten waren er 27 cliënten die een EMDR behandeling hebben gehad én hebben afgerond (eerste groep), 14 cliënten behoorden tot de controlegroep (tweede groep). De verdeling van de leeftijden van beide groepen is terug te vinden in tabel 2. De percentages van de verschillende leeftijden in beide groepen liggen dicht bij elkaar, er is ongeveer eenzelfde verdeling in beide groepen.

Tabel 2

Frequentieverdeling leeftijd van de EMDR groep en de controlegroep

Leeftijd	EMDR groep n=27	Controlegroep n=14	Totaal n=41
<20	1 (3,7%)	0 (0%)	1 (2,4%)
21-30	14 (51,9%)	8 (57,1%)	22 (53,7%)
31-40	9 (33,3%)	5 (35,7%)	14 (34,1%)
41-50	2 (7,4%)	1 (7,1%)	3 (7,3%)
51-60	1 (3,7%)	0 (0%)	1 (2,4%)
>60	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Cliënten met een andere diagnose dan PTSS werden in het onderzoek niet meegenomen, cliënten die nog bezig zijn met de behandeling werden ook niet meegenomen en daarnaast vallen tevens alle andere behandelingen buiten dit onderzoek. De BSI was in meerdere talen beschikbaar binnen de organisatie en kon ook door buitenlandse cliënten goed worden ingevuld. De 4DKL was enkel in het

Nederlands beschikbaar. Cliënten die de Nederlandse taal niet spreken werden daarom niet meegenomen in het onderzoek bij de 4DKL omdat zij niet in staat waren de vragenlijsten zelfstandig in te vullen. Het gebruik van een tolk werd op deze manier voorkomen omdat dit de betrouwbaarheid zou kunnen verminderen. Enkel cliënten met een voor- en nameting van zowel de BSI als de 4DKL werden meegenomen in het onderzoek.

De diagnose PTSS werd gesteld in het diagnostisch gesprek met de psycholoog op basis van de DSM-IV criteria. De BSI wordt standaard om de drie maanden afgenomen, de 4DKL altijd bij behandeling door EMDR. Het vraagt geen verdere inspanning van de cliënten om deel te nemen aan dit onderzoek. Omdat sommige cliënten direct na de behandeling zijn verhuisd was het lastig om persoonlijk aan elke deelnemer toestemming te vragen. De gegevens zijn daarom anoniem verwerkt waardoor op geen enkele manier gegevens kunnen worden herleid naar de cliënt. De privacy is niet in het gedrang geweest.
De cliënten die werden meegenomen in het onderzoek waren tijdens het onderzoek aanwezig in de opvang. De data werden door de externe psycholoog nauwkeurig bijgehouden in haar praktijk en op aanvraag van Kadera beschikbaar gesteld voor het onderzoek. De vragenlijsten werden op papier door haar afgenomen en vervolgens digitaal verwerkt in een cliëntsysteem.

Gemiddeld hebben de 27 cliënten die de EMDR behandeling hebben afgemaakt 4,74 (SD=1,78) sessies gehad, inclusief een intake-sessie waarin alleen uitleg wordt gegeven en de vragenlijsten worden ingevuld. Tijdens de 2^{e} sessie werd daadwerkelijk begonnen met de handbewegingen.

3.3 Onderzoeksinstrumenten
Om antwoord te geven op de deelvragen was er in overleg met de opdrachtgever besloten om de huidige, standaard gebruikte, vragenlijsten binnen Kadera te gebruiken. Dit zijn de BSI en de 4DKL.

BSI
De BSI (Brief Symptom Inventory) is een multidimensionale klachtenlijst voor het meten van symptomen van psychopathologie bij volwassenen (De Beurs, 2004). De vragenlijst geeft weer in weke mate de onderzochte cliënt gedurende de afgelopen periode last had van psychische en/of lichamelijk symptomen. Er is door Kadera voor deze vragenlijst gekozen omdat zij een onafhankelijk onderzoek hebben laten uitvoeren naar de betrouwbaarheid en validiteit van de verschillende beschikbare klachtenvragenlijsten. De BSI kwam het beste naar voren en ook bleek deze vragenlijst het meest geschikt om een effectmeting mee uit te voeren. Deze vragenlijst is binnen Kadera in meerdere talen beschikbaar zoals Nederlands, Engels, Turks en Arabisch. Deze vragenlijst bestaat uit 53 items die gescoord kunnen worden op een 4-punts Likertschaal lopend van “helemaal geen” =0 tot “heel veel” =4, het invullen duurt ongeveer 10 minuten. De lijst bestaat uit 10 subschalen namelijk:
- Somatische klachten: lichamelijke symptomen die kunnen optreden bij somatische aandoeningen maar ook wanneer men erg angstig is.
- Cognitieve problemen: algemene verstoringen in het cognitieve domein zoals moeite met het onthouden van zaken, vergeetachtigheid of zich moeilijk kunnen controleren.
- Interpersoonlijke gevoeligheid: symptomen als erg verlegen zijn, het gevoel minderwaardig te zijn.
- Depressieve stemming: symptomen als suïcidaliteit, negatief affect en anhedonie (interesseverlies).
- Angst: symptomen van zowel een gegeneraliseerde angststoornis als van een paniekstoornis.

- Hostiliteit: symptomen die duiden op boosheid of vijandigheid zowel in gedachten als gedragingen.
- Fobische angst: gevoelens en gedragingen vanwege angst voor bepaalde situaties.
- Paranoïde gedachten: gevoelens die opkomen bij personen met overmatige achterdocht, vijandigheid en grootheidswaan.
- Psychoticisme: symptomen van een teruggetrokken levensstijl.
- Totale schaal: de gemiddelde score op alle items, algemene maat voor psychopathologie.

De Chronbach's alpha van de gehele BSI op basis van de 53 items komt uit op 0,96 en is daarmee hoog (De Beurs, 2004). Alle items van de schalen hangen voldoende samen zonder overbodig te zijn. Ook is deze vragenlijst valide bevonden (De Beurs, 2004). De BSI is terug te vinden in bijlage 4.

4DKL

De 4DKL (Vier Dimensionale Klachtenlijst) helpt met het in kaart brengen van psychische klachten bij cliënten en is voortgekomen uit onderzoek naar psychosociale problemen in de eerstelijnsgezondheidszorg. De psycholoog heeft voor deze vragenlijst gekozen omdat deze een duidelijk onderscheid maakt tussen de verschillende schalen, en snel reageert op veranderingen in het aantal klachten. Deze vragenlijst is zowel betrouwbaar als valide bevonden (Terluin & Duijsens, 2002). De vragenlijst bestaat uit 50 items die gescoord kunnen worden op een 5-punts Likertschaal lopend van "nee" =0 tot "voortdurend" =5, het invullen duurt ongeveer 10 minuten. De interpretatie van de scores op de items van de subschalen zijn te vinden in bijlage 5. De 4 subschalen zijn:

- Distress: indicatief voor de aanwezigheid van stress, ongeacht de oorzaak van deze stress. Zodanige stress dat het normale functioneren wordt bedreigt.
- Depressie: klachten kenmerkend voor een echte depressieve stoornis.
- Angst: meet diffuse angst en angst voor specifieke situaties. Kan voortkomen uit een angststoornis.
- Somatisatie: het voorkomen van een breed scala aan lichamelijke klachten die in verband kunnen worden gebracht met stress.

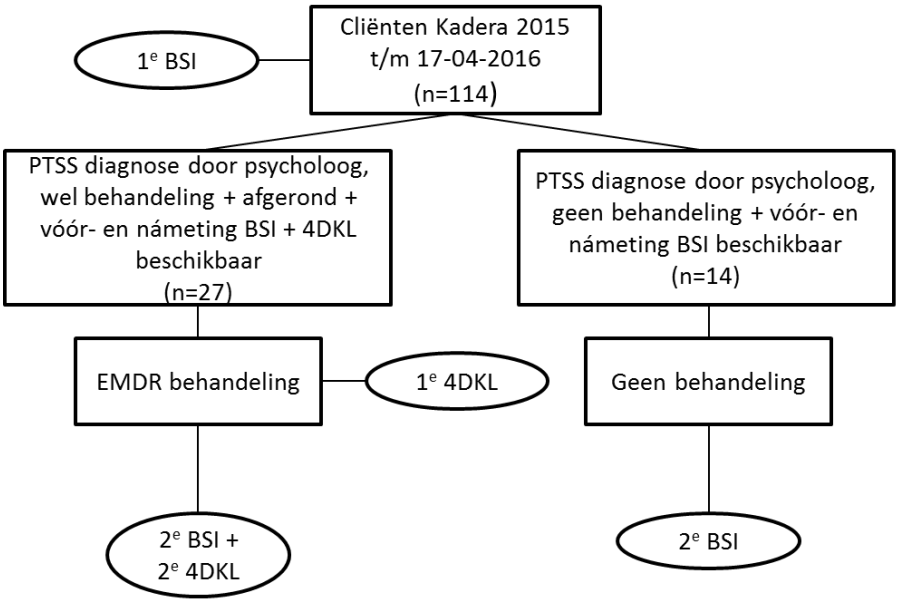
3.4 Procedure

Als de psycholoog tijdens het diagnostisch gesprek de diagnose PTSS stelde werd de cliënt aangemeld bij de behandelend psycholoog voor een EMDR behandeling en werd de verwijsbrief bij de huisarts geregeld. De cliënten hebben dan al de 1^{e} BSI ingevuld op het moment van opname, dit is de voormeting. Het geeft een beeld van de toestand van de cliënt bij binnenkomst.
Vervolgens kreeg de cliënt een intakegesprek ten behoeve van de EMDR behandeling waarbij de cliënt naast het invullen van de 4DKL (tevens een voormeting) ook informatie over de behandeling en het verloop ontving. Hierna werd de behandeling ingezet. Na afronding van de behandeling werd nogmaals de 4DKL afgenomen, als nameting, om te kunnen onderzoeken of de klachten van de cliënt waren verminderd. Dit werd binnen een week na het afronden van de behandeling gedaan. Tevens werd na drie maanden na de voormeting van de BSI, nogmaals de BSI afgenomen die als nameting werd meegenomen in het onderzoek. Alle vragenlijsten werden op papier ingevuld, er werd geen gebruik gemaakt van een tolk. De BSI werd elke keer in dezelfde kamer afgenomen en ook de 4DKL werd bij de voor- en nameting in dezelfde kamer afgenomen. De invulinstructies stonden altijd bovenaan de vragenlijst en werden nog kort toegelicht. Bij het invullen van de BSI was er een stagiaire aanwezig, bij het invullen van de 4DKL de betreffende psycholoog die ook de EMDR behandeling gaf. De setting was betrouwbaar. Cliënten in dit onderzoek zijn meegenomen tot 17 april 2016. Alle cliënten die toen nog bezig waren met de behandeling konden niet meer deelnemen. De ideale procedure voor de EMDR behandeling duurt 12 weken waarin in week 5 gestart wordt met

de werkelijke EMDR behandeling. In de weken ervoor wordt de diagnose gesteld en worden de vragenlijsten ingevuld. In figuur 2 is schematisch de procedure terug te lezen. In figuur 3 is te zien hoe de aantallen cliënten bij de beide onderzoeksgroepen tot stand zijn gekomen. Deze selectie tot groepen vond plaats op basis van het selecteren van cliënten die gediagnosticeerd waren met PTSS, en vervolgens te onderzoeken welke cliënten wel een EMDR behandeling hebben gehad en afgerond (n=27) en welke cliënten geen behandeling hebben gehad (n=14).

Opname en intake Week 1	1e BSI + diagnostisch gesprek psycholoog Week 2-3	Aanmelding voor EMDR Week 4	1e 4DKL + start en uitvoering EMDR Week 5-10	Einde EMDR, afname 2e BSI + 2e 4DKL Week 11-12

Figuur 2. Schematische weergave van de procedure van de EMDR behandeling en afname van de BSI en de 4DKL.



Figuur 3. Schematische weergave van het traject en ontstaan van de EMDR groep en de controlegroep.

3.5 Analyses

De data van het onderzoek werden ingevoerd in het statistische programma SPSS. Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag werden de resultaten per deelvraag geanalyseerd.

Om te onderzoeken met hoeveel trauma gerelateerde- en angstklachten op de BSI, cliënten die gediagnosticeerd zijn met PTSS, worden opgenomen bij Kadera, is er gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek door middel van een frequentieverdeling. De variabelen waren de normscores op de totaalschalen van de BSI.

Om te onderzoeken of er op basis van de scores op de BSI een significante vermindering van klachten was bij PTSS cliënten die in de instabiele fase een EMDR behandeling hebben gehad, ten opzichte van PTSS cliënten die de EMDR behandeling niet hebben gehad, werd gebruik gemaakt van de Wilcoxon

signed- rankstoets. Er werd onderzocht of er sprake was van een statistisch significant verschil tussen de klachten bij de voor- en de nameting. De gebruikte variabelen waren de normscores op de totaalschalen van de BSI bij zowel de voor- als de nameting, deze hebben een ordinaal meetniveau. Deze analyse werd voor zowel de EMDR groep als de controlegroep uitgevoerd. Het effect van de EMDR behandeling kon op die manier bij beide groepen onderzocht worden.

Vervolgens werd onderzocht of de vermindering van klachten ook werd gevonden bij een onafhankelijke toets op basis van de 4DKL scores. Voor de beantwoording van deze deelvraag moest opnieuw onderzocht worden of er sprake was van een statistisch significant verschil tussen de klachten bij de voor- en de nameting bij de EMDR groep. Er is gekozen voor de Paired- samples T-test omdat er gebruik werd gemaakt van variabelen op het interval/ratio meetniveau. De gebruikte variabelen waren de ruwe scores op de totaalschalen van de 4DKL bij zowel de voor- als de nameting. Van alle schalen werd onderzocht of er een significant verschil werd gevonden en ook de effectgrootte kon met deze analyse beschreven worden.

Frequentieanalyses werden gebruikt om de demografische gegevens te analyseren. De gebruikte variabelen waren de gemiddelde leeftijd van de cliënten en het aantal EMDR sessies dat nodig was voor de vermindering van klachten.

Hoofdstuk 4. Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Allereerst is te lezen hoe het onderzoek is uitgevoerd en wat de respons was. Hierna wordt de betrouwbaarheid van de gebruikte instrumenten weergegeven. Vervolgens zijn de resultaten per deelvraag beschreven.

4.1 Uitvoering van het onderzoek en respons

Alle data van de BSI zijn uit het elektronisch cliëntensysteem gehaald en verwerkt in SPSS. Hierna zijn in de diagnostische verslagen de door de psycholoog gestelde diagnoses achterhaald. Ten slotte werden de gegevens van de 4DKL verkregen van de psycholoog die de EMDR behandeling ook gaf. Er werd begonnen met het invoeren van alle gegevens van de 114 cliënten die in de periode van januari 2015 (vanaf dat moment werd begonnen met EMDR binnen Kadera) tot en met 17 april 2016 bij Kadera waren opgenomen. Door het selecteren van enkel de cliënten waar alle gegevens van beschikbaar waren (diagnose, voor- en nameting BSI en voor- en nameting 4DKL) bleven er twee groepen over. De groep cliënten met PTSS die wel een EMDR behandeling heeft gehad (n=27), en de controlegroep die geen EMDR behandeling heeft gehad (n=14). Er was geen non-respons. Er waren geen missende waardes in de ingevulde vragenlijsten.

4.2 Betrouwbaarheid van de meetinstrumenten

Ondanks dat de betrouwbaarheid van zowel de BSI als de 4DKL door de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) als voldoende is beoordeeld, was het goed om te onderzoeken of deze vragenlijsten ook voldoende betrouwbaar zijn bij de specifieke doelgroep waarmee gewerkt werd in dit onderzoek, getraumatiseerde vrouwen die momenteel zijn opgenomen in de vrouwenopvang van Kadera.

4.2.1 Betrouwbaarheid BSI

De betrouwbaarheid van de BSI werd bepaald door het vaststellen van de homogeniteit, uitgedrukt door de Chronbach's alpha. De gewenste minimale alpha voor complexe begrippen is 0,60 en bij minder abstracte begrippen 0,80. Een alpha zo dicht mogelijk bij 1,00 zou ideaal zijn (Baarda et al., 2011). De homogeniteit van de schalen van de BSI werd berekend over beide groepen (n=41), waarvan de afzonderlijke items bij de voormeting beschikbaar waren van 27 cliënten, en bij de nameting van 31 cliënten (bij een aantal cliënten waren alleen de normscores op de voormeting beschikbaar en niet de afzonderlijke items, bij de nameting is dit beter gearchiveerd waardoor hier bij een paar extra cliënten ook de afzonderlijke items konden worden meegenomen in het onderzoek naar de betrouwbaarheid).

De resultaten van de homogeniteitsanalyse van de BSI laten zien dat alle schalen voldoen aan de gewenste alpha voor complexe begrippen (≥0,60). Op twee schalen na voldoen ook alle schalen aan de gewenste alpha voor minder abstracte begrippen (≥0,80). Dit zijn bij de voormeting de schaal Interpersoonlijke gevoeligheid (INT) (α=0,74) en tijdens de nameting de schaal Hostiliteit (HOS) (α=0,67). De homogeniteit van de totale vragenlijst komt uit op 0,98 wat wijst op een zeer hoge interne consistentie. Wat daarnaast opvalt is dat met name bij de schaal Psychoticisme (PSY) de betrouwbaarheid hoger uitvalt (α-voormeting=0,85), (α-nameting=0,91) dan wat vermeld staat in de handleiding (α=0,71)(De Beurs, 2004). De Chronbach's alpha's zijn terug te vinden in tabel 3.

Tabel 3

Weergave betrouwbaarheid van de BSI (Chronbach's α) bij de voor- en nameting

Construct	Aantal items	α-Handleiding n=245	α – Onderzoek voormeting n=27	α – Onderzoek nameting n=31
Somatische klachten (SOM)	7	0,85	0,85	0,85
Cognitieve problemen (COG)	6	0,84	0,90	0,85
Interpersoonlijke gevoeligheid (INT)	4	0,84	0,74	0,97
Depressieve stemming (DEP)	6	0,88	0,89	0,88
Angst (ANG)	6	0,85	0,93	0,82
Hostiliteit (HOS)	5	0,85	0,90	0,67
Fobische angst (FOB)	5	0,82	0,86	0,82
Paranoïde gedachten (PAR)	5	0,79	0,80	0,86
Psychoticisme (PSY)	5	0,71	0,85	0,91
Totale schaal (TOT)	53	0,96	0,98	0,98

Betrouwbaar bij >0,6 (complexe constructen)
Betrouwbaar bij >0,8 (minder complexe constructen)

4.2.2 Betrouwbaarheid 4DKL

De betrouwbaarheid van de 4DKL werd bepaald door het vaststellen van de homogeniteit, uitgedrukt door de Chronbach's alpha. Voor het meten van de homogeniteit van de 4DKL werd gebruik gemaakt van de beschikbare gegevens van de voor- en nameting van de groep PTSS cliënten die een EMDR behandeling hebben gehad én afgerond (n=27). Hieruit komt naar voren dat alle onderzochte alpha's voldoen aan de gewenste alpha voor minder abstracte begrippen (≥0,80), op de nameting van de schaal Depressie (DEP) (α=0,68) na. In tabel 4 staan de gevonden Chronbach's alpha's voor de schalen van de 4DKL.

Tabel 4

Weergave betrouwbaarheid van de 4DKL (Chronbach's α) bij de voor- en nameting

Construct	Aantal items	α-Handleiding n=2127	α –Onderzoek voormeting n=27	α –Onderzoek nameting n=27
Distress (DIS)	16	0,93	0,92	0,90
Depressie (DEP)	6	0,92	0,88	0,68
Angst (ANG)	12	0,87	0,87	0,88
Somatisatie (SOM)	16	0,83	0,86	0,90

Betrouwbaar bij >0,6 (complexe constructen)
Betrouwbaar bij >0,8 (minder complexe constructen)

4.3 Resultaten deelvraag 1

Deelvraag 1: Met hoeveel trauma gerelateerde- en angstklachten op de BSI worden cliënten die gediagnosticeerd zijn met PTSS, opgenomen bij Kadera? Om tot het antwoord te komen van deze deelvraag zijn de normscores (1=zeer laag, 2= laag, 3= beneden gemiddeld, 4= gemiddeld, 5= boven

gemiddeld, 6= hoog, 7= zeer hoog) op de verschillende schalen van de BSI, van de 41 cliënten met PTSS, onderzocht en de beide groepen afzonderlijk. Wat duidelijk naar voren komt is dat de totaalschaal (TOT) (gem=5,51; SD=1,57) uitkomt op "bovengemiddeld" tot "hoog". Cliënten die gediagnosticeerd zijn met PTSS hebben een bovengemiddeld tot hoog aantal klachten op de gehele vragenlijst. De schaal met de laagste score is de schaal Hostiliteit (HOS), deze komt uit op de waarde "gemiddeld" (gem=4,41; SD=1,41). In tabel 5 staan de resultaten van de frequentieanalyse weergegeven. Hierin zijn de gemiddelden (Gem) en de standaarddeviatie (SD) terug te lezen.

Tabel 5

Frequentieanalyse voor de hoeveelheid klachten op de BSI bij cliënten met PTSS na opname, voormeting (1=zeer laag, 2= laag, 3= beneden gemiddeld, 4= gemiddeld, 5= boven gemiddeld, 6= hoog, 7= zeer hoog)

Schaal	**Gem (SD) Totale groep n=41**	**Gem (SD) EMDR groep n=27**	**Gem (SD) Controlegroep N=14**
Somatische klachten (SOM)	5,31 (1,40)	5,33 (1,44)	5,29 (1,39)
Cognitieve problemen (COG)	5,22 (1,68)	5,11 (1,65)	5,43 (1,79)
Interpersoonlijke gevoeligheid (INT)	4,93 (1,52)	4,93 (1,57)	4,93 (1,49)
Depressieve stemming (DEP)	5,15 (1,59)	5,22 (1,63)	5,00 (1,57)
Angst (ANG)	5,24 (1,66)	5,15 (1,68)	5,43 (1,65)
Hostiliteit (HOS)	4,41 (1,41)	4,48 (1,50)	4,29 (1,27)
Fobische angst (FOB)	5,54 (1,25)	5,52 (1,25)	5,57 (1,28)
Paranoïde gedachten (PAR)	5,46 (1,49)	5,33 (1,52)	5,71 (1,44)
Psychoticisme (PSY)	5,02 (1,68)	5,15 (1,68)	4,79 (1,72)
Totale schaal (TOT)	5,51 (1,57)	5,52 (1,45)	5,50 (1,83)

4.4 Resultaten deelvraag 2

Deelvraag 2: Is er op basis van de scores op de BSI een significante vermindering van klachten bij PTSS cliënten die in de instabiele fase een EMDR behandeling hebben gehad, ten opzichte van PTSS cliënten die de EMDR behandeling niet hebben gehad?

EMDR groep:

Van de 27 cliënten waren er 20 cliënten met zowel een voor- en nameting op de BSI. Er is op basis van de Wilcoxon signed-rankstoets een significant verschil tussen de voor- en nameting op schaal 1, Somatische klachten (Z= -2,56; p= 0,01), op schaal 2, Cognitieve problemen (Z= -2,07; p= 0,04), op schaal 3, Interpersoonlijke gevoeligheid (Z= -2,11; p= 0,03), op schaal 4, Depressieve stemming (Z= -2,22; p= 0,03), op schaal 5, Angst (Z= -2,49; p= 0,01), op schaal 8, Paranoïde gedachten (Z= -2,78; p= 0,01), op schaal 9, Psychoticisme (Z= -2,94; p< 0,01) en op schaal 10, Totaal (Z= -2,46; p= 0,01). Op de schalen Hostiliteit en Fobische angst werd geen verschil gevonden. Cliënten met PTSS die een EMDR behandeling hebben gehad hebben significant minder klachten bij de nameting dan bij de voormeting. Ook op schaal 10, de schaal die de totale score op de BSI weergeeft, werd een significante vermindering van de klachten gevonden. In tabel 6 zijn de gemiddelden en de standaarddeviaties terug te vinden.

Tabel 6

Frequentieanalyse voor de hoeveelheid klachten bij de voor- en nameting op de BSI bij cliënten uit de EMDR groep (1=zeer laag, 2= laag, 3= beneden gemiddeld, 4= gemiddeld, 5= boven gemiddeld, 6= hoog, 7= zeer hoog)

Schaal	**Gem (SD) EMDR groep Voormeting n=27**	**Gem (SD) EMDR groep Nameting n=20**	**Verschil bij de EMDR groep (Gem nameting - Gem voormeting)**
Somatische klachten (SOM) **	5,33 (1,44)	4,10 (1,37)	- 1,23
Cognitieve problemen (COG) *	5,11 (1,65)	4,00 (1,81)	- 1,11
Interpersoonlijke gevoeligheid (INT) *	4,93 (1,57)	3,75 (1,21)	- 1,18
Depressieve stemming (DEP)*	5,22 (1,63)	3,95 (1,23)	- 1,27
Angst (ANG) **	5,15 (1,68)	3,90 (1,25)	- 1,25
Hostiliteit (HOS)	4,48 (1,50)	3,95 (1,10)	- 0,53
Fobische angst (FOB)	5,52 (1,25)	4,90 (1,07)	- 0,62
Paranoïde gedachten (PAR) **	5,33 (1,52)	3,85 (1,35)	- 1,48
Psychoticisme (PSY) **	5,15 (1,68)	3,75 (0,97)	- 1,40
Totale schaal (TOT) **	5,52 (1,45)	3,95 (1,64)	- 1,57

* Significant op het 0,05 niveau (Wilcoxon signed- rankstoets)

** Significant op het 0,01 niveau (Wilcoxon signed- rankstoets)

Controlegroep:

Bij de analyse van de controlegroep zijn 14 cliënten meegenomen. Er is op basis van de Wilcoxon signed-rankstoets een significant verschil gevonden tussen de voor- en de nameting op schaal 3, Interpersoonlijke gevoeligheid (Z= -2,59; p= 0,01), op schaal 7, Fobische angst (Z= -2,00; p= 0,05) en op schaal 8, Paranoïde gedachten (Z= -2,36; p= 0,02). Op zowel de andere schalen als de totaalschaal van de BSI werd geen verschil gevonden. Bij de controlegroep is geen duidelijke significante vermindering van de hoeveelheid klachten op de BSI. In tabel 7 zijn de gemiddelden en de standaarddeviaties terug te lezen. In figuur 4, bijlage 6 is de afname per schaal grafisch weergegeven.

Tabel 7

Frequentieanalyse voor de hoeveelheid klachten bij de voor- en nameting op de BSI bij cliënten uit de controlegroep (1=zeer laag, 2= laag, 3= beneden gemiddeld, 4= gemiddeld, 5= boven gemiddeld, 6= hoog, 7= zeer hoog)

Schaal	**Gem (SD) Controlegroep Voormeting n=14**	**Gem (SD) Controlegroep Nameting n=14**	**Verschil bij de controlegroep (Gem nameting - Gem voormeting)**
Somatische klachten (SOM)	5,29 (1,39)	5,14 (1,51)	- 0,15
Cognitieve problemen (COG)	5,43 (1,79)	5,00 (2,15)	- 0,43
Interpersoonlijke gevoeligheid (INT) **	4,93 (1,49)	4,07 (1,64)	- 0,86
Depressieve stemming (DEP)	5,00 (1,57)	4,36 (1,60)	- 0,64
Angst (ANG)	5,43 (1,65)	5,00 (1,62)	- 0,43
Hostiliteit (HOS)	4,29 (1,27)	4,00 (1,41)	- 0,29

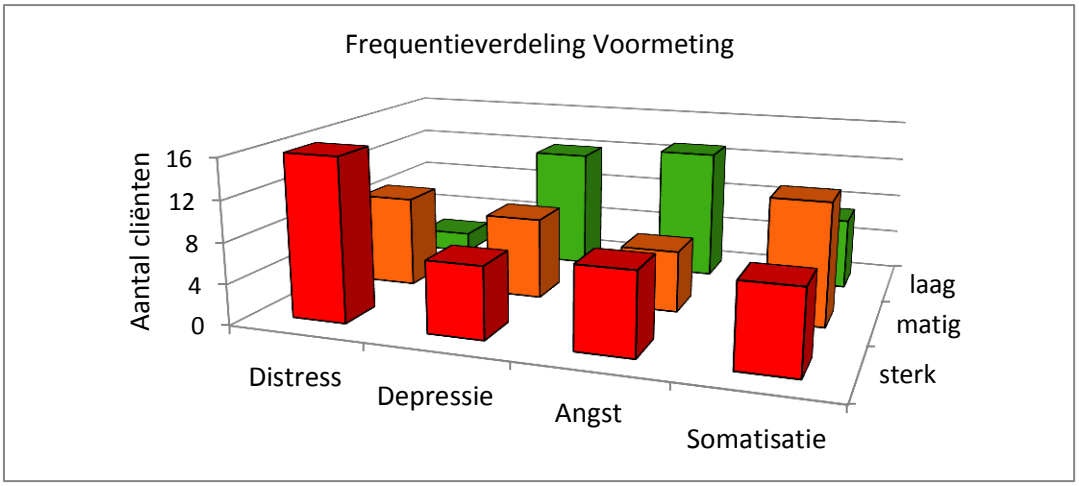
Fobische angst (FOB) *	5,57 (1,28)	4,86 (1,10)	- 0,71
Paranoïde gedachten (PAR) *	5,71 (1,44)	4,64 (1,78)	- 1,07
Psychoticisme (PSY)	4,79 (1,72)	4,43 (1,65)	- 0,36
Totale schaal (TOT)	5,50 (1,83)	4,79 (1,81)	- 0,71

* Significant op het 0,05 niveau (Wilcoxon signed- rankstoets)

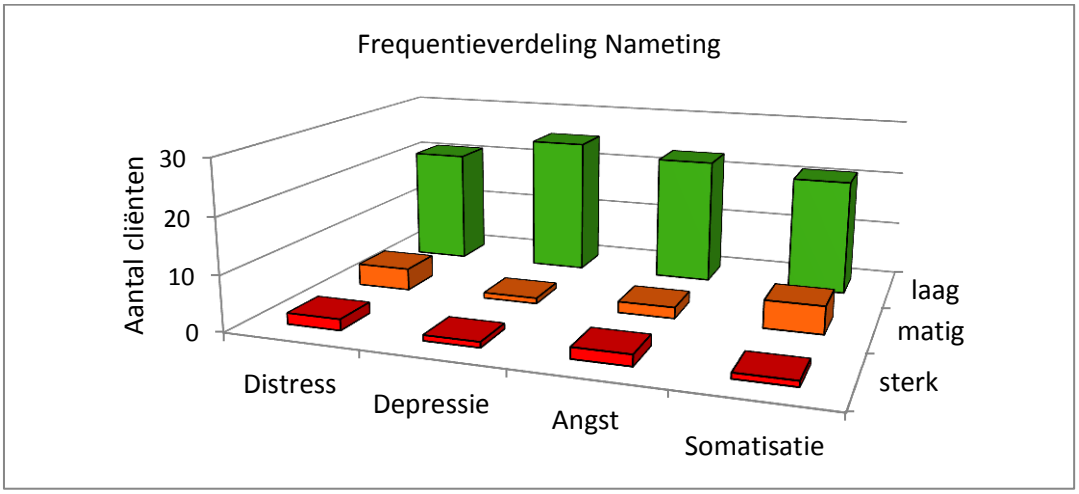
** Significant op het 0,01 niveau (Wilcoxon signed- rankstoets)

4.5 Resultaten deelvraag 3

Deelvraag 3: Wordt de vermindering van klachten (zoals vastgesteld op basis van de BSI scores) bij toepassing van een EMDR behandeling in de instabiele fase bevestigd door een onafhankelijke toets op basis van de 4DKL scores? De resultaten van de voor- en de nameting van de 4DKL werden geanalyseerd. Er komt uit de frequentieanalyse naar voren dat bij de nameting het aantal cliënten dat “laag” scoort op de schalen veel hoger is dan bij de voormeting. Ook zijn de percentages bij de kolom “laag” bij de nameting hoger. De resultaten zijn weergegeven in figuur 5 en figuur 6. De frequentieverdeling en bijbehorende percentages staan in tabel 8 en 9 in bijlage 6.

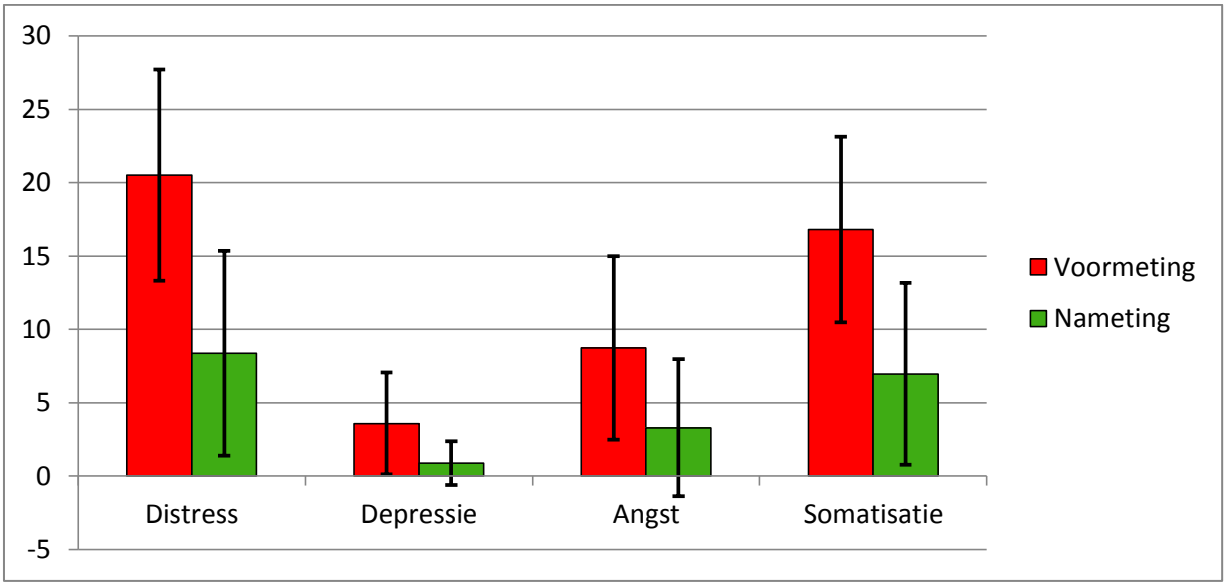


Figuur 5. Frequentieverdeling aantal cliënten binnen de interpretatiegroepen 4DKL bij de voormeting (n=27).



Figuur 6. Frequentieverdeling aantal cliënten binnen de interpretatiegroepen 4DKL bij de nameting (n=27).

De voor- en de nameting van de 4DKL werden geanalyseerd door middel van de Paired- samples T-test . In figuur 7 zijn de gemiddelde scores bij de voor- en nameting per schaal weergegeven waarbij ook de standaarddeviatie is aangeduid. In tabel 10, in bijlage 6 zijn de bijbehorende gemiddelden en standaarddeviaties bij figuur 7 terug te vinden.



Figuur 7. Weergave gemiddelden op de schalen van de 4DKL bij de voor- en nameting inclusief standaarddeviatie.

Op basis van de resultaten blijkt er een significante vermindering van het aantal klachten op de schaal Distress (t= 8,47; df= 26; p< 0,001), op de schaal Depressie (t= 4,86; df= 26; p< 0,001), op de schaal Angst (t= 5,82; df= 26; p< 0,001) en op de schaal Somatisatie (t= 7,56; df= 26; p< 0,001). De effectgrootte is op alle schalen groot, met een Cohen's d die loopt van 1,02 tot 1,78. Deze resultaten werden gevonden bij een behandeling door middel van EMDR tijdens de instabiele fase bij cliënten gediagnosticeerd met PTSS. In tabel 11 is de effectmeting door middel van de gepaarde t-toets op de verschillende schalen van de 4DKL terug te lezen.

Tabel 11

Effectmeting verschillende schalen met voor- en nameting (n=27)

Schaal	N	Gemiddelde	SD	Cohen's d	Effectgrootte
Distress**	27	12,15	7,46	1,78	Groot
Depressie**	27	2,70	2,89	1,05	Groot
Angst**	27	5,44	4,86	1,02	Groot
Somatisatie**	27	9,85	6,76	1,63	Groot

** Significant op het 0,01 niveau (Gepaarde t-toets)

Hoofdstuk 5. Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk wordt de conclusie samen met de discussie gepresenteerd. Ook wordt vermeld of de hypothese wordt aangenomen of wordt verworpen. Daarna wordt de hoofdvraag beantwoord. Ten slotte volgen de aanbevelingen.

5.1 Conclusie en discussie

In dit onderzoek werd onderzocht of een EMDR behandeling bij cliënten met PTSS in de instabiele fase voor een vermindering van trauma gerelateerde- en angstklachten zorgde. Om deze vraag te beantwoorden is een effectmeting uitgevoerd. Er waren twee onderzoeksgroepen in de instabiele fase, de eerste groep bestond uit cliënten met PTSS die wel een EMDR behandeling hebben gehad, de tweede was een controlegroep, cliënten met PTSS die geen EMDR behandeling hebben gehad.

Er is specifiek gekozen voor het gebruik van twee verschillende vragenlijsten, de BSI en de 4DKL. Omdat de scores op de verschillende schalen van de BSI een ordinaal meetniveau hebben (normscores in plaats van ruwe scores) kon alleen de Wilcoxon signed- rankstoets gebruikt worden om de resultaten te beoordelen. Om deze reden is gekozen om ook de 4DKL te gebruiken in dit onderzoek. Hiervan waren de ruwe scores bekend waardoor er wel mee gerekend kon worden. Een tweede reden is dat de resultaten van de 4DKL onafhankelijk zijn van het resultaat op de BSI en deze laatste kunnen bevestigen.

Om het effect van EMDR in de instabiele fase te bepalen werden de BSI en de 4DKL gebruikt. Allereerst moest worden vastgesteld of de resultaten van de BSI en de 4DKL betrouwbaar waren. Dit is vastgesteld door een homogeniteitsanalyse en uitgedrukt in de Chronbach's alpha. Het resultaat liet zien dat de BSI voldoende betrouwbaar was, waarbij bijna alle schalen ook voldeden aan de eisen voor minder abstracte begrippen. Sommige alpha's vielen hoger uit dan wat in de handleiding van de BSI (De Beurs, 2004) vermeld was. Dit verschil kan mogelijk verklaard worden door het feit dat de vragenlijst in dit onderzoek bij een zeer specifieke doelgroep is afgenomen die wellicht niet is meegenomen in het onderzoek van de auteurs van de vragenlijst. Voor de 4DKL geldt hetzelfde principe. Ook deze vragenlijst had in het onderzoek een hoge Chronbach's alpha en is daardoor betrouwbaar bevonden.

Voordat antwoord kon worden gegeven op de hoofdvraag moesten er een aantal deelvragen worden beantwoord. Het eerste dat onderzocht werd is hoeveel trauma gerelateerde- en angstklachten cliënten met PTSS op de BSI hadden op het moment van opname. Cliënten die gediagnosticeerd zijn met PTSS en zich in een instabiele fase bevinden, hebben op het moment van opname bij Kadera een bovengemiddeld tot hoog aantal trauma gerelateerde- en angstklachten op de BSI. Cliënten hebben in gemiddelde mate last van boosheid/ hostiliteit.

De hoeveelheid klachten die werd gevonden op de BSI op het moment van opname komt overeen met wat er verwacht werd. Soedirman et al. (2009) stellen dat het stressresponssysteem van het lichaam wordt geactiveerd bij het meemaken van een traumatische gebeurtenis. Het is een toestand van constante paraatheid en waakzaamheid. Als gekeken wordt naar de schalen van de BSI valt op dat de normscore op de schaal Somatische klachten en Paranoïde gedachten bovengemiddeld is. Dit komt overeen met wat Soedirman et al. (2009)stellen met betrekking tot klachten bij PTSS. Cliënten kunnen door de overmatige waakzaamheid soms paranoia worden. Daarnaast kunnen ze last krijgen

van cognitieve problemen. Ook deze schaal is bovengemiddeld. Van der Molen et al. (2010) stellen ook dat cliënten met PTSS overmatig angstig zijn. De gevonden resultaten komen overeen met de literatuur. Hypothese 1: Cliënten die gediagnosticeerd zijn met PTSS hebben in hoge mate last van trauma gerelateerde- en angstklachten op het moment van opname bij Kadera, wordt aangenomen.

Daarnaast werd onderzocht of er op basis van de scores van de BSI een significante vermindering van klachten was bij de groep cliënten met PTSS die wel een EMDR behandeling heeft gehad in de instabiele fase ten opzichte van de groep cliënten met PTSS die geen EMDR behandeling kreeg. Uit de analyses blijkt er een significante vermindering van het aantal klachten op de BSI te zijn bij de groep cliënten met PTSS die een EMDR behandeling heeft afgerond. Deze significante verbetering werd gevonden, tijdens de instabiele fase, op acht van de tien schalen waaronder de totaalschaal die staat voor het totale aantal klachten op de BSI. De twee schalen waarop geen verschil werd gevonden zijn Hostiliteit en Fobische angst. Geen afname op de schaal Hostiliteit/ boosheid kan verklaard worden door het feit dat cliënten tijdens het invullen van de BSI vaak aangaven kwaad te zijn dat zij in een opvang wonen terwijl hun partner gewoon thuis woont en verder kan met zijn leven. Deze boosheid lijkt niet per definitie gelinkt te zijn aan PTSS maar aan de huidige situatie. Geen afname op de schaal Fobische angst kan waarschijnlijk ook verklaard worden doordat deze geen directe link met PTSS klachten heeft. Dat er toch hoge scores op deze schaal voorkomen is het gevolg van het normatieve karakter van de BSI. Zelfs als iedereen “0= helemaal geen” invult zal het resultaat van de test toch een gemiddelde score geven. Als de cliënt op slechts één item een “2= een beetje” aankruist komt de schaal op bovengemiddeld uit.

Bij de controlegroep werd een significante vermindering van klachten gevonden op drie van de tien schalen, namelijk Interpersoonlijke gevoeligheid, Fobische angst en Paranoïde gedachten. De schaal Interpersoonlijke gevoeligheid omvat symptomen als verlegen zijn of je minderwaardig voelen. De afname kan wellicht verklaard worden doordat deze PTSS cliënten in de vrouwenopvang onder gelijken verkeren waardoor minderwaardigheidsgevoelens afnemen. De afname op de schalen Fobische angst en Paranoïde gedachten is onduidelijk, maar zou een gevolg kunnen zijn van de beperkte omvang van de controlegroep. Hoewel er geen verklaring is gevonden in de literatuur, zou de afname van klachten een gevolg kunnen zijn van spontaan herstel dat voort kan komen uit de veilige omgeving waarin de cliënt na opname terecht komt. Op de overige schalen werd geen verschil gevonden tussen de voor- en nameting. Op de totaalschaal werd bij de controlegroep geen verschil gevonden, er is geen sprake van een significante vooruitgang bij de controlegroep ten opzichte van een duidelijke significante verbetering bij de experimentele groep. Hypothese 2: Er is op basis van de scores op de BSI een significante vermindering van klachten bij PTSS cliënten die in de instabiele fase een EMDR behandeling hebben gehad, ten opzichte van geen significante vermindering bij PTSS cliënten die geen EMDR behandeling hebben gehad, wordt aangenomen.

Vervolgens werd onderzocht of de vermindering van klachten, zoals vastgesteld op basis van de BSI, ook gevonden werd bij een analyse van de 4DKL bij de groep cliënten die een EMDR behandeling heeft gehad. Uit de resultaten blijkt dat de vermindering van klachten op de 4DKL eenduidig was, alle schalen waren significant lager in de nameting. Er kan geen sprake zijn geweest van het Hawthorne effect omdat zowel bij de voor- als de nameting van de 4DKL de behandelend psycholoog aanwezig was (Vonk, 2009). Als er een effect zou zijn geweest bij de voormeting is dat automatisch gecorrigeerd bij de nameting.

De vermindering van klachten zoals gevonden op de BSI wordt bevestigd door de significante vermindering van klachten op de 4DKL en er kan geconcludeerd worden dat de groep cliënten met PTSS in de instabiele fase na een behandeling met EMDR minder trauma gerelateerde- en angstklachten ervaart dan voorheen. Hypothese 3: De significante vermindering van klachten (zoals vastgesteld op basis van de BSI scores) bij toepassing van een EMDR behandeling in de instabiele fase wordt bevestigd door een onafhankelijke toets op basis van de 4DKL scores, wordt aangenomen.

In deze studie is onderzocht in hoeverre een behandeling door middel van EMDR bij cliënten met PTSS in de instabiele fase binnen Kadera een positief effect heeft op de ernst van trauma gerelateerde- en angstklachten. Er komt naar voren dat cliënten met PTSS op het moment van opname een bovengemiddeld tot hoog aantal klachten ervaart. Door het toepassen van EMDR in de instabiele fase bij cliënten die gediagnosticeerd zijn met PTSS, binnen de vrouwenopvang Kadera, is er een significante vermindering van trauma gerelateerde- en angstklachten. Deze vermindering tijdens de instabiele fase werd in het onderzoek dubbel aangetoond door een onafhankelijke toets op twee verschillende klachtenvragenlijsten. PTSS cliënten hebben na een EMDR behandeling significant minder trauma gerelateerde- en angstklachten. De gevonden resultaten in dit onderzoek komen overeen met de resultaten in andere onderzoeken naar de effectiviteit van EMDR in de instabiele fase (Van den Berg & Van der Gaag, 2012; Van den Berg et al., 2015; De Bont et al., 2013; Brennstuhl et al., 2013; Russell, 2006; Ter Heide et al., 2011). In deze onderzoeken werden cliënten met PTSS met een comorbide psychotische stoornis, een stressstoornis of getraumatiseerde asielzoekers meegenomen. Bij de controlegroep werd geen verbetering gevonden. Er is nog ruimte voor verdere afname in de ernst van de klachten maar naar aanleiding van de resultaten uit dit onderzoek kan gesteld worden dat EMDR een positief effect heeft op de vermindering van klachten, ook bij cliënten in de instabiele fase.

Het onderzoek heeft wel enige beperkingen. Er was in dit onderzoek weinig tot niets bekend over externe factoren, zoals bijvoorbeeld een veilige omgeving en het ontvangen van veel hulp tijdens opname op de crisisopvang, die mogelijk een bijdrage hebben geleverd aan het herstel. De cliënten hadden gemiddeld 4,74 EMDR sessies nodig, wat goed overeenkomt met de gevonden gemiddelden in het onderzoek van Van den Berg & Van der Gaag (2012) en het onderzoek van Hase et al. (2015). De totale tijdsduur van de EMDR behandeling verschilde van twee tot vier maanden wat een effect gehad kan hebben op de vermindering van trauma gerelateerde- en angstklachten.

Ondanks bovenstaande beperkingen lijken de resultaten die gevonden zijn bij behandeling in de instabiele fase positief. De betrouwbaarheid van de meetinstrumenten was hoog, de criteriumvaliditeit is gewaarborgd en er kan gesteld worden dat de juiste constructen zijn gemeten. De diagnose werd bij iedere cliënt door dezelfde psycholoog gesteld, en op dezelfde manier aan de hand van de DSM-IV criteria. De vermindering van de klachten bij de behandelde PTSS cliënten wijst erop dat EMDR ook in de instabiele fase bij PTSS cliënten in dit onderzoek effectief is. Met de duidelijke en complete beschrijving van de opzet van dit onderzoek en de aanbevelingen is het mogelijk het onderzoek te herhalen met een grotere onderzoeksgroep.

5.2 Aanbevelingen

Naar aanleiding van dit onderzoek zijn er een aantal aanbevelingen. Eerst volgt de aanbeveling voor de organisatie gevolgd door de bijbehorende praktische aanbevelingen. Hierna volgen aanbevelingen met betrekking tot vervolgonderzoek.

Voor Kadera is het belangrijk dat ze de EMDR behandelingen voortzetten en cliënten zo snel mogelijk verwijzen naar de behandelend psycholoog. Doordat er een significante vermindering van trauma gerelateerde- en angstklachten is, kan het doorstroomtraject van de cliënt versneld worden. Cliënten zullen zich eerder beter voelen en sneller kunnen terugkeren naar de maatschappij om een zelfstandig leven op te bouwen. Hierbij zijn een aantal praktische aanbevelingen:

- Vragenlijsten consequenter afnemen, dat wil zeggen dat er altijd ook een nameting wordt uitgevoerd. Het aantal cliënten in dit onderzoek was beperkt omdat er regelmatig geen nameting was uitgevoerd. In bijlage 7 is een plan van aanpak gemaakt voor het consequenter afnemen van vragenlijsten inclusief figuren 8 en 9 ter verduidelijking.
- Een betere monitoring van de externe factoren (zowel positief als negatief) van de cliënt die van invloed kunnen zijn op de resultaten. Op die manier kunnen mogelijk afwijkende scores worden verklaard.
- Bijhouden hoeveel en welke cliënten vroegtijdig de EMDR behandeling beëindigen, zodat er een duidelijk onderscheid kan worden gemaakt tussen cliënten die door een verhuizing genoodzaakt waren om te stoppen, of cliënten die de behandeling misschien als te heftig ervoeren.
- Leg afwijkende aspecten zoals het gebruik van een tolk vast.

De eerste aanbeveling met betrekking tot vervolgonderzoek is om dit onderzoek te repliceren met een grotere onderzoeksgroep binnen Kadera. Ook voor het uitvoeren van het vervolgonderzoek is het belangrijk dat nu al begonnen wordt met het consequent afnemen van de vragenlijsten zodat er meer data beschikbaar komen voor een onderzoek naar de effectiviteit. Hierbij wordt aanbevolen om een follow-up na 3 maanden toe te voegen zodat onderzocht kan worden of de vermindering van klachten ook na 3 maanden nog behouden blijft. Dit onderzoek zou uitgevoerd kunnen worden door een TP-professional in de rol van onderzoeker. Naar verwachting zal dit onderzoek langer dan 8 maanden in beslag nemen voordat een grotere onderzoeksgroep wordt bereikt.

De gevonden resultaten impliceren een bruikbaarheid binnen andere vrouwenopvangen zodat overal in Nederland cliënten sneller van hun klachten afkomen en de doorstroom versnelt. Hierdoor kunnen in dezelfde tijd meerdere cliënten geholpen worden. Eerst moet hiervoor onderzocht worden welke vrouwenopvangen met een psycholoog werken, én of er EMDR wordt gegeven. Ook zou het beter zijn hier een longitudinaal onderzoek van te maken, mogelijk voor een promovendus. Als er gedurende minimaal twee jaar data worden verzameld zijn de onderzoeksgroepen een stuk groter en representatiever. Er kunnen dan algemenere uitspraken gedaan worden. Mogelijk is dit iets wat een TP-professional met ambities om door te studeren zou kunnen uitvoeren.

Een tweede aanbeveling is het uitvoeren van een groter vervolgonderzoek door de gegevens van alle vrouwenopvangen in Nederland te combineren. In het huidige onderzoek was er een beperkt aantal cliënten waarvan alle data beschikbaar waren. Door de gegevens van alle vrouwenopvangen van Nederland te combineren (voor zover die EMDR toepassen) kan de betrouwbaarheid vergroot

worden. Daarnaast is er nog maar zeer beperkte literatuur beschikbaar over de toestand van cliënten in vrouwenopvangen in Nederland.

Doordat dit een effectonderzoek was bij een zeer specifieke doelgroep, maar waarbij wel overtuigende resultaten naar voren kwamen, kunnen er alleen generaliseerbare uitspraken gedaan worden voor deze doelgroep. De resultaten van dit onderzoek impliceren echter een bruikbaarheid binnen andere vrouwenopvangen. Dat dient te worden aangetoond door een soortgelijk onderzoek uit te voeren binnen andere vrouwenopvangen. Als blijkt dat EMDR in de instabiele fase binnen andere vrouwenopvangen ook effectief is, is dat niet alleen een bevestiging van dit onderzoek maar kan ook de doorstroom van cliënten worden versneld. Ook zou het beter zijn een longitudinaal onderzoek uit te voeren. Als er gedurende minimaal twee jaar data worden verzameld zijn de onderzoeksgroepen een stuk groter en daardoor representatiever. Mogelijk is dit iets wat een TP-professional met ambities om door te studeren zou kunnen uitvoeren.

Als laatste kan er gedacht worden aan de behandeling van vluchtelingen uit oorlogsgebieden. Deze mensen zijn vaak ernstig getraumatiseerd wat tot problemen kan leiden. Gezien de actualiteit van vluchtelingen uit Syrië en de mogelijkheid dat grote aantallen van hen in Nederland aankomen, zou een effectieve behandelmethode gunstig zijn. Gezien de positieve effecten van EMDR in de instabiele fase biedt EMDR wellicht zulke mogelijkheden. Hierbij kunnen afgestudeerd Toegepast Psychologen een rol spelen. Na een verkorte opleiding tot EMDR practitioner zouden deze onder supervisie van een GZ-psycholoog dergelijke behandelingen kunnen uitvoeren.

Het doel van dit onderzoek was om te achterhalen of een EMDR behandeling bij cliënten met PTSS in de instabiele fase effectief is. Uit het onderzoek komt naar voren dat EMDR in de instabiele fase effectief is, waardoor dit kan bijdragen aan verdere studies naar de effectiviteit van EMDR in de instabiele fase.

Literatuurlijst

Ansbacher, H.L., Ansbacher, R.R. (1956). The individual psychology of Alfred Adler. New York: Basic Books

Bilal, M. S., Rana, M. H., Khan, S. U., Safi, C., Qayyum, R. (2015). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing beyond complex post traumatic stress disorder: a case study of EMDR in Paki-stan. The Journal of Neurobehavioral Sciences, 2(1), 34-39

Bisson, J.I. Andrew, M. (2007). Psychological Treatment of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)(Review). Wiley

Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science, 19097-104

Brennstuhl, M., Tarquinio, C., Strub, L., Montel, S., Rydberg, J. A., & Kapoula, Z. (2013). Benefits of Immediate EMDR vs. Eclectic Therapy Intervention for Victims of Physical Violence and Accidents at the Workplace: A Pilot Study. Issues In Mental Health Nursing, 34(6), 425-434 10p. doi: 10.3109/01612840.2012.759633

Burggraaff, E.C.M. (2013). Effectiviteit van CGT en EMDR bij Enkelvoudige en Complexe PTSS (bachelorthese). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. Verkregen via http://dare.uva.nl/cgi/arno/show.cgi?fid=518249

De Beurs, E. (2004). Handleiding bij de Brief Symptom Inventory (BSI). Leiden: Pits Publishers.

De Bont, P.M., Van Minnen, A., De Jongh, A. (2013). Treating PTSD in patients with psychosis: a within-group controlled feasibility examining the efficacy and safety of evidence- based PE and EMDR protocols. Behavior Therapy, 44(4), 717-730. doi:10.1016/j.beth.2013.07.002

De Niet, G. (2011). Debriefing na een ingrijpende gebeurtenis: redding of ritueel? Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice, 9(2). doi: 10.1007/s12468-011-0013-0

De Vries, G. J., Olff, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. Journal of Traumatic Stress, 22(4), 259-267

Diehle, J., Opmeer, B.C. , Boer, F., Mannarino, A.P., Lindauer, R.J.L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. European Child & Adolescent Psychiatry, 24(2), 227-236. doi: 10.1007/s00787-014-0572-5

Galatzer- Levy, I.R., Nickerson, A., Litz, B.T., Marmar, C.R. (2013). Patterns of lifetime PTSD comorbidity: a latent class analysis. Depression & Anxiety, 30(5), 489-496

GGZrichtlijnen.nl (2009). Angststoornissen: Paniekstoornis en PTSS (eerste revisie). Verkregen via: http://www.ggzrichtlijnen.nl/uploaded/docs/AutorisatieversieMDRAngststoornissenEerste Revisie_def.pdf

Hase, M., Balmaceda, U. M., Hase, A., Lehnung, M., Tumani, V., Huchzermeier, C., Hofmann, A. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: a matched pairs study in an inpatient setting. Brain and behavior, 5(6)

Herman, J. (1992). Trauma and recovery. New York: Basic Book

Hovens, J.E., Luinge, B.A., Van Minnen, A. (2005). Het klinisch interview voor PTSS. Nijmegen: Cure & Care Publishers.

Kadera. (z.j.). Kadera aanpak huiselijk geweld. Geraadpleegd op https://www.kadera.nl

Millar, A. (2013). Trauma therapy: an Adlerian perspective. Journal of Individual Psychology, 69(3), 245-261

Olff, M. (2013). Stand van zaken: de posttraumatische stressstoornis. Nederlands tijdschrift

geneeskunde, 157(27). Verkregen via https://www.ntvg.nl/system/files/publications/a5818.pdf
Payne, A.J., Joseph, S., Tudway, J. (2007). Assimilation and accommodation processes following traumatic experiences. Journal of Loss & Trauma, 12(1), 73-89. doi:10.1080/15325020600788206
Polak, A. R., Witteveen, A. B., Visser, R. S., Opmeer, B. C., Vulink, N., Figee, M., Denys, D., Olff, M. (2012). Comparison of the effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy and paroxetine treatment in PTSD patients: Design of a randomized controlled trial. BMC Psychiatry, 12(1), 166-176. doi:10.1186/1471-244X-12-166
Russell, M. (2006). Treating combat-related stress disorders: a multiple case study utilizing Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) with battlefield casualties from the Iraqi War. Military Psychology (Taylor & Francis Ltd), 18(1), 1-18
Servan-Schreiber, D. (2002). Eye movement desensitizaion and reprocessing psychotherapy: a model for integrative medicine. Alternative Therapies In Health & Medicine, 8(4), 100
Shapiro, F. (2012). Getting past your past. New York: Rodale
Shapiro, F., Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. Journal of Clinical Psychology, 58(8), 933-946
Silver, S.M., Rogers, S., Russell, M. (2008). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of war veterans. Journal of Clinical Psychology, 64(8), 947-957. doi:10.1002/jclp.20510
Soedirman, J.R., Brouwer, G., Denen, S. (2009). Posttraumatische stressstoornis (PTSS). Verpleegkundig Vademecum. Houten. Bohn Stafleu van Loghum. doi:10.1007/978-90-313-7326-0
Stöfsel, M. (2005). EMDR behandeling in het Sinaï centrum: drie jaar ervaring. Cogiscope, 1(5)
Terluin, B., Duijsens, I.J. (2002). Handleiding van de Vierdimensionale Klachtenlijst. Leiderdorp: Datec
Ter Heide, J.J. (2008). Stabiliseren of verwerken? Cogiscope, 3(8)
Ter Heide, F., Mooren, T. M., Kleijn, W., De Jongh, A., Kleber, R. J. (2011). EMDR versus stabilisation in traumatised asylum seekers and refugees: results of a pilot study. European Journal Of Psychotraumatology, 21-11. doi:10.3402/ejpt.v2i0.5881
Van den Berg, D.P., Van der Gaag, M. (2012). Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry. 43(1), 664-671. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.09.011
Van den Berg, D.G., De Bont, P.A.J.M., Van der Vleugel, B.M., De Roos, C., De Jongh, A., Van Minnen, A., Van der Gaag M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder. A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 72(3), 259-67. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2637
Van den Hout, M.A., Engelhard, I.M. (2012). How does EMDR work? Journal of experimental psychopathology, 3(5), 724-738
Van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Rijkeboer, M. M., Koekebakker, J., Hornsveld, H., Leer, A., Toffolo, M.B., Akse, N. (2011). EMDR: eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. Behaviour Research And Therapy, 49(2), 92-98. doi:10.1016/j.brat.2010.11.003
Van der Molen, H. T., Perreyn, A.C., Van den Hout, M. (2010). Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie. Groningen/ Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.
Van der Vleugel, B.M., Van den Berg, D.G., Staring, A.P. (2012). Trauma, psychosis, post-traumatic stress disorder and the application of EMDR. Rivista Di Psychiatria, 47(2 Suppl), 33-38. doi: 10.1708/1071.11737

Verhoeven, N. (2011). Wat is onderzoek?: Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs. Den Haag, Nederland: Boom Lemma
Vonk, R. (2009). Sociale psychologie. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.