

Wat is de status van EMDR 30 jaar na de introductie?

Tekst: Ad de Jongh en Nadia Thiel

Dit jaar bestaat EMDR 30 jaar. Onderzoeksinspanningen rondom het vaststellen van de werkzaamheid van EMDR therapie hebben niet alleen geleid tot de wereldwijde bekendheid van EMDR als therapeutische stroming, maar ook tot erkenning in die zin dat EMDR-therapie ook in de internationale richtlijnen voor de behandeling van PTSS een vaste plaats heeft verworven. Toch zijn er enkele trauma-categorieën, zoals *combat-related* PTSD waar de wetenschappelijke onderbouwing en de status qua *evidence-base* nog zwak is. Wat zeggen de allernieuwste behandelrichtlijnen?

De afgelopen dertig jaar heeft EMDR-therapie zich niet alleen ontwikkeld tot een volwassen en volwaardige therapeutische procedure, maar is er ook veel onderzoek naar de werkzaamheid van EMDR verricht. In de eerste twintig jaar spitste dit onderzoek zich voornamelijk toe tot onderzoek naar de effectiviteit van EMDR bij PTSS. Een belangrijke vraag is wat we nu, na 30 jaar EMDR-therapie, kunnen zeggen over de internationale status ervan wanneer het gaat om de behandeling van PTSS. Een overzicht.

EMDR-therapie en de behandelrichtlijnen

Sinds 2013 beveelt ook de *World Health Organization* EMDR-therapie – naast *prolonged exposure* - aan als eerste-keuze behandeling voor PTSS (WHO, 2013). Ook de recente richtlijnen van de *International Society of Traumatic Stress Studies* (ISTSS) hebben EMDR en exposure op de eerste plaats gezet waar het hun beoordeling als behandeling voor PTSS betreft. Dit geldt voor zowel volwassenen als voor kinderen. Nieuw binnen de ISTSS richtlijnen is de aandacht voor de preventie van PTSS. Voor volwassenen noemt de richtlijn EMDR-therapie als bewezen effectieve *early intervention* met als doel PTSS na een potentieel traumatische gebeurtenis te voorkomen. Andere organisaties waaronder *American Psychological Association* (APA, 2017) en het Britse *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2018) geven EMDR-therapie een

EMDR is inmiddels een evidence-based therapie, die in het geval van PTSS bij patiënten – zowel volwassen als kinderen – gericht kan worden ingezet

lagere beoordeling dan cognitieve gedragstherapie. EMDR krijgt het label '*preference*', waarbij ze expliciet aangeven EMDR voor *combat related* PTSD nog ongeschikt te vinden (zie Tabel I). De nieuwste NICE richtlijnen zijn ook minder positief over de toepassing van EMDR bij kinderen.

Verschillen tussen de richtlijnen

Waarom zijn er zulke grote verschillen tussen de diverse richtlijnen waar het de beoordeling van EMDR als therapeutische interventie voor PTSS betreft? Dit heeft er mee te maken dat onder elke richtlijn ook een systematisch literatuuronderzoek ligt en op basis daarvan een zogenaamde meta-analyse wordt uitgevoerd. De opstellers van de verschillende richtlijnen gebruikten daarvoor afwijkende inclusiecriteria voor de studies die zij voor de meta-analyse selecteerden. Waar de ISTSS breed keek (i.e., '*psychological treatments, when compared to treatment as usual, waiting list or no treatment, result in a clinically important reduction of symptoms, improved functioning/ quality of life, presence of disorder, or adverse effects*'), sloten de opstellers van de NICE-richtlijnen in hun beoordeling onder andere studies uit in het geval dat patiënten comorbiditeit vertoonden. Dat leidde ertoe dat de grootste (n=155) gecontroleerde EMDR uitkomststudie ooit - de Nederlandse T-TIP studie - werd uitgesloten omdat de patiënten naast hun PTSS ook een psychotische stoornis hadden. Dezelfde studie werd ook uitgesloten in de meta-analyse die voor de APA richtlijn van 2017 werd gebruikt, maar in dit geval omdat ze alleen studies van voor 2012 voor hun analyses gebruikten.

Er was nog iets anders met deze richtlijn aan de hand waardoor EMDR relatief slechter uit de bus kwam dan de op cognitieve gedragstherapie gebaseerde behandelingsrichtlijnen, dat wil zeggen *cognitive processing therapy*,



cognitive therapy for PTSD, narrative exposure therapy, prolonged exposure therapy. De APA gebruikte namelijk afwijkende criteria om tot een selectie van relevante studies te komen. Zij keek in haar beoordeling alleen naar de studies waarin EMDR werd vergeleken met een niet-actieve controlegroep, een controleconditie waarin de mensen een ineffectieve behandeling kregen, of op een wachtlijst stonden, een zogenaamde wachtlijst controle conditie. Deze strategie wordt doorgaans gebuikt om te controleren voor spontaan herstel. Het toepassen van deze strikte criteria leidde er echter toe dat maar vier EMDR studies geïnccludeerd (allemaal afkomstig van voor 2007) werden met bij elkaar niet meer dan 60 patiënten die EMDR hadden ondergaan.

Conclusie

Wat betreft de status van EMDR-therapie dertig jaar na haar introductie kunnen we concluderen dat, ten aanzien van PTSS, EMDR kan worden toegepast als een interven-

tie van eerste keuze omdat er voldoende wetenschappelijke ondersteuning is voor de werkzaamheid van deze therapie, ook als er sprake is van ernstige comorbiditeit. Bovendien zijn er aanwijzingen uit verschillende, maar lang niet alle, studies dat EMDR-therapie korter duurt dan cognitieve gedragstherapie.

Er zijn echter enkele traumacategorieën waarbij de wetenschappelijke onderbouwing en de status qua evidence-base nog zwak is in vergelijking tot cognitieve gedragstherapie. Dit geldt met name voor combat-related PTSD. Het is duidelijk dat onderzoek op dit terrein heel hard nodig is.

Interessant is dat ten aanzien van een andere traumacategorie, zoals PTSS bij vluchtelingen, EMDR-therapie juist weer heel goede resultaten laat zien die vergelijkbaar zijn met narrative exposure therapy, maar beter dan met prolonged exposure worden bereikt. Opmerkelijk is dat deze constatering niet heeft geleid tot bijvoorbeeld een aanbeveling die cognitieve gedragstherapie uitsluit als eerste-keuze behandeling voor PTSS, zoals de NICE richtlijncommissie wel deed voor EMDR in het geval van combat-related PTSD.

Wat kunnen we in de toekomst verwachten over de evidence base van EMDR? Die vooruitzichten zijn heel goed. Zo zijn er bijvoorbeeld diverse studies die op dit moment worden uitgevoerd, onder andere ook over de behandeling van complexe PTSS, waarvan we kunnen verwachten dat deze in de volgende versie van richtlijnen (APA en NICE) zullen worden meegenomen. In hun reactie op kritiek op de richtlijn stelt de richtlijncommissie van de APA dan ook dat “..the panel decided to maintain its conditional recommendation for EMDR, with the caveat that there is greater uncertainty about this recommendation than for other recommendations and with future meta-analysis the recommendation could be strong.”

Richtlijn	Categorie	Jaar	Aanbeveling EMDR
World Health Organizaton (WHO)	Volwassenen	2013	'Should be considered'
World Health Organizaton (WHO)	Jeugd	2013	'Should be considered'
Veterans Affairs and US Department of Defense	Volwassenen	2017	Aanbevolen met sterk bewijs
American Psychological Association (APA)	Volwassenen	2017	'Suggested', maar niet aanbevolen
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	Jeugd	2018	Alleen als de behandeling met cognitieve gedragstherapie niet aanslaat
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	Volwassenen	2018	'Overweeg EMDR' maar niet als er sprake is van <i>combat-related</i> PTSD
International Society of Traumatic Stress (ISTSS)	Volwassenen	2018	Sterke aanbeveling
International Society of Traumatic Stress (ISTSS)	Jeugd	2018	Sterke aanbeveling

Tabel 1. Overzicht van de verschillende recente behandelrichtlijnen en de beoordeling van EMDR voor de behandeling van PTSS