

Rectificatie

In EM 32, het jubileumnummer, is een uiterst storende en hoogst vervelende fout geslopen. Voorafgaand aan de discussiebijdrage van Arno Beugels, *De liefde voor EMDR maakt therapeuten blind*, heeft de eindredacteur een lead (een inleiding) geschreven die een aperte onjuistheid bevat. De laatste zin, waar beweerd wordt dat de auteur betoogt dat er geen empirische ondersteuning voor EMDR als traumabehandeling is, kan natuurlijk niet waar zijn en is dat ook niet.

Welgemeende excuses van de hoofd- en eindredactie zijn op zijn plaats. Waar mogelijk hebben wij direct na de verschijning van het blad duidelijk gemaakt dat deze onzinnige bewering op geen enkele manier voor rekening komt van de auteur. Wij hebben het proces van checks and balances opnieuw onder de loep genomen om dergelijke uitglijders te voorkomen.

Redactie EMDR Magazine

Geen keerzijde aan de dominantie van EMDR-therapie?

TEKST: **Arno Beugels**

Het is bemoedigend dat Matthijssen e.a. in hun reactie op mijn bijdrage in EM 32 concluderen dat er meer is dan enkel EMDR-therapie en dat therapeuten meerdere behandelmethoden conform de richtlijn dienen aan te bieden. De geschiedenis van de psychiatrie laat zien dat een tunnelvisie kwalijke gevolgen kan hebben voor patiënten, ook bij de toepassing van evidence-based behandelingen (van der Does, 2023). EMDR-therapie verdient een goede disclaimer om ondoelmatig gebruik te voorkomen.



Matthijssen e.a. stellen op basis van twee meta-analyses dat EMDR-therapie niet zwakker is dan traumagerichte CGt. In de eerste studie van Mavranezouli e.a. (2020) wordt EMDR-therapie vergeleken met verschillende grote groepen andere interventies zoals zelfhulp, SSRI's, psycho-educatie en traumagerichte CGt (TF-CGt). Deze laatste groep omvat ook interventies die niet zijn opgenomen in de behandelrichtlijnen voor PTSS zoals op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie en virtual-reality-exposure therapy (VRET). Op basis van deze meta-analyse kunnen dus geen rechtstreekse conclusies worden verbonden aan de effectiviteit van EMDR-therapie ten opzichte van de sterkst aanbevolen traumagerichte CGt-behandelingen.

De auteurs concluderen verder dat de kans dat iemand geen PTSS heeft na een behandeling met EMDR-therapie ruim 42 keer zo groot is in vergelijking met het helemaal niet ondergaan van therapie en 'slechts' veertien keer voor TF-CGt. Zij vermelden echter niet dat het een meting betreft op het eindpunt van de behandeling. Drie maanden na afloop van de behandeling (follow-up) is de kans op het verlies van de PTSS-diagnose na een behandeling met EMDR-therapie namelijk ruim zeven in vergelijking met het niet ondergaan van therapie.

De tweede meta-analyse waar de auteurs naar verwijzen (Yunitri e.a., 2023) laat een (indirecte) vergelijking zien tussen EMDR-therapie en de sterkst aanbevolen traumagerichte CGt-behandelingen en is gepubliceerd in een goed aangeschreven vaktijdschrift. Uit het

artikel wordt niet duidelijk welke studies zijn geïncludeerd voor de langetermijneffecten. Verschillende andere recente meta-analyses wijzen namelijk op het relatieve gebrek aan vervolgstudies op langetermijneffecten bij EMDR-therapie (onder andere Hoppen e.a., 2023). In de meta-analyse van Weber e.a. (2021) naar de langetermijneffecten van psychologische behandelingen voor PTSS zijn bijvoorbeeld 28 actieve traumagerichte behandelingen meegenomen waarvan 27 gebaseerd zijn op traumagerichte CGt en slechts één studie met EMDR-therapie. Drie actieve behandelcondities hadden onvoldoende follow-upgegevens, waaronder de enige studie naar EMDR-therapie. Deze studie is om die reden niet meegenomen in de eindanalyse.

Een ander belangrijk argument om EMDR-therapie niet altijd in te zetten bij de behandeling van PTSS komt uit de zorgstandaard. Deze stelt: "Keuzes in het behandelbeleid worden altijd samen met de patiënt gemaakt op basis van gezamenlijke besluitvorming. Ze kunnen mede bepaald worden door: de voorkeur van de patiënt, eerder behaalde behandelresultaten en behandelgeschiedenis, wetenschappelijk uitkomst-



onderzoek en andere beoogde effecten (bijvoorbeeld op het slaappatroon), (verwachte) bijwerkingen, interacties of pragmatische overwegingen, zoals wachttijden”. De voorkeur van de therapeut wordt hierbij niet genoemd.

'EMDR-therapie verdient een plek in de behandeling van andere stoornissen dan PTSS, maar niet zo prominent als in de klinische praktijk gebruikelijk is'

Concluderend kan de effectiviteit van traumabehandeling bij PTSS niet alleen worden verbeterd door meer eerste-keuzeinterventies aan te bieden, maar ook door meer rekening te houden met de behandelvoorkeur van de patiënt en door tijdig te veranderen naar een andere eerste-keuzeinterventie wanneer de eerste interventie niet effectief is gebleken (van Minnen, 2021).

Ondersteuning bij andere stoornissen

De auteurs verwijzen naar verschillende publicaties waaruit blijkt dat EMDR-therapie effectief is bij andere stoornissen. De resultaten van deze studies zijn weliswaar hoopvol en bieden mogelijkheden voor patiënten die niet profiteren van richtlijnbehandelingen, maar moeten worden geïnterpreteerd in het licht van het beperkte aantal onderzoeken en hun kwaliteit. Deze studies hanteren namelijk minder strenge selectiecriteria ten aanzien van het risico op publicatiebias en de kwaliteit (van de geïncludeerde studies) in vergelijking met de meta-analyse van bijvoorbeeld Cuijpers e.a. (2020). EMDR-therapie werd in negen onderzoeken vergeleken met andere therapieën voor de behandeling van angststoornissen, maar slechts één had een laag risico op bias (Cuijpers e.a., 2020). De meta-analyse waar de auteurs naar verwijzen, includeert daarentegen zeventien studies waarvan slechts twee studies met een laag risico op bias (Yunitri e.a., 2020). Ter vergelijking: een in *Lancet Psychiatry* gepubliceerde netwerk-meta-analyse, over het effect van onder meer cognitieve gedragstherapie bij sociale angststoornissen, omvat twaalf studies die aan minimaal vier van de zes criteria voor een laag risico op bias voldoen (Mayo-Wilson e.a., 2014).

De door de auteurs aangehaalde meta-analyse van Dominguez e.a. (2021) naar traumagerichte behandeling bij depressie neemt elf studies mee in de eindanalyse, waarvan slechts één studie met een laag risico op bias. Een soortgelijke meta-analyse van Carletto e.a. (2021) neemt eveneens elf studies mee in de eindanalyse, maar wijst er wel nadrukkelijk op dat de positieve resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden. De toepassing van flashforwards verwijst naar een studie waarin deze toepassing is gebruikt bij patiënten met MS (Wallis & De Vries, 2020). Zij concluderen: “Voordat implementatie op grotere schaal kan worden aanbevolen, moet de waarde van EMDR-therapie met flashforward-doelen voor angst bij MS verder worden onderzocht.”

Eerste keuze

Concluderend verdient EMDR-therapie een plek in de behandeling van andere stoornissen dan PTSS. Echter niet de prominente positie die het momenteel inneemt in de klinische praktijk. Mijns inziens is de juiste volgorde bij het behandelen van andere stoornissen: starten met een eerste-keuze-interventie. Wanneer dit onvoldoende effectief is kan men eventueel gebruik maken van andere veelbelovende interventies zoals EMDR-therapie, waarvan de (voorlopige) resultaten uit verschillende onderzoeken positief zijn.

Tot slot een correctie op een verkeerde conclusie van de auteurs aangaande de stelling: “Patiënten wordt goede zorg onthouden hetgeen onder andere bij kan dragen aan het voortduren/verergeren van psychische klachten.” Zij beweren: “Deze stelling kan enkel gelden indien ervan uit wordt gegaan dat EMDR-therapie minder goede zorg is.” Deze conclusie gaat alleen op wanneer EMDR-therapie bij PTSS ondoelmatig aan cliënten wordt aangeboden door bijvoorbeeld geen (of niet op tijd een) andere richtlijnbehandeling aan te bieden wanneer EMDR-therapie niet effectief is gebleken. De conclusie kan echter ook opgaan wanneer EMDR-therapie bij andere stoornissen als eerste-keuze-interventie wordt aangeboden in plaats van de richtlijnbehandelingen.



Literatuur

Literatuur over dit artikel leest u digitaal door de qr code in te scannen.

Arno Beugels is GZ-psycholoog en als ZZZP-er werkzaam via detraumaspécialist.com. Hij ontwikkelt innovatieve zorgmodules en E-health-programma's en is supervisor en trainer.