

Traumagerichte en Niet-Traumagerichte Therapie bij Asielzoekers en Vluchtelingen; Invloed van Trauma Exposure en Behandelintensiteit

J. Petersen



Universiteit Utrecht

Stichting **Centrum'45**



Universiteit Utrecht

Masterthesis Klinische & Gezondheidspsychologie

(december 2015)

Auteur: Jannette Petersen

Studentnummer: 3634507

Begeleiding:

Universiteit Utrecht: prof. dr. R. J. Kleber

Centrum '45: dr. S. M. de la Rie

Voorwoord

Hoevelaken, december 2015

Beste lezer,

Voor u ligt mijn masterthesis, als afstudeeronderdeel van de master Klinische en Gezondheidspsychologie aan Universiteit Utrecht. Ik ben dankbaar dat ik binnen Centrum '45 de mogelijkheid heb gekregen een onderzoeksstage te lopen en mijn thesis te schrijven aan de hand van door Centrum '45 beschikbaar gestelde data. Tijdens mijn onderzoeksstage heb ik ervaring mogen opdoen in het onderzoeksveld van de psychotraumatologie en kennis mogen maken met mensen die te kampen hebben met de gevolgen van verschrikkelijke gebeurtenissen uit hun verleden. Ik hoop dat ik door middel van mijn onderzoeksstage en masteronderzoek een bijdrage zal kunnen leveren aan het welbevinden van deze mensen, door meer inzicht te geven in welke behandeling het meest geschikt is voor deze doelgroep.

In de eerste plaats gaat mijn dank uit naar drs. Jeannette Lely, die mij tijdens mijn onderzoeksstage heeft begeleid en mij kennis heeft laten maken met de veelzijdigheid van het doen van onderzoek. Daarnaast wil ik dr. Rolf Kleber bedanken voor zijn begeleiding bij het schrijven van mijn thesis door het geven van adviezen en beoordelingen. Ook wil ik dr. Simone de La Rie bedanken voor haar betrokkenheid. Met regelmaat informeerde zij hoe het met mijn onderzoek ging. Ze was altijd bereid om mee te denken en advies te geven over hoe ik het beste te werk kon gaan bij de uitvoer van het onderzoek en het schrijven van mijn thesis. Verder wil ik dr. Niels van der Aa bedanken voor zijn hulp rondom het analyseren van de verkregen data. Tenslotte wil ik mijn medepsycholoog i.o. Willemiek van der Vegte bedanken voor de goede samenwerking tijdens de onderzoeksstage en het schrijven van onze mastertheses. Het was fijn om samen na te kunnen denken over hoe we het beste te werk konden gaan.

Jannette Petersen

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inhoudsopgave	4
Samenvatting	6
Abstract	7
1. Inleiding	8
1.1. PTSS	8
1.2. PTSS onder vluchtelingen en asielzoekers	9
1.3. Trauma exposure	9
1.4. Traumabehandeling	10
1.4.1. Traumabehandeling bij de algemene populatie	11
1.4.2. Traumabehandeling bij asielzoekers en vluchtelingen	11
1.4.3. Behandelintensiteit	12
1.5. Het huidige onderzoek	13
1.6. Vraagstellingen en hypothesen	14
2. Methoden	15
2.1. Steekproef	15
2.2. Exclusiecriteria	15
2.3. Instrumenten	15
2.3.1. Harvard Trauma Questionnaire deel 1	16
2.3.2. Harvard Trauma Questionnaire deel 2	16
2.3.3. Hopkins Symptoms CheckList-25	16
2.4. Design	17
2.5. Statistische analyses	17
3. Resultaten	19
3.1. Gegevens exclusies	19
3.2. Demografische gegevens	19
3.3. Invloed demografische gegevens	20
3.4. Behandelevaardigheid	21

3.5. Verschillen tussen groepen	22
3.6. Hoofdanalyses	23
4. Discussie	26
4.1. Beantwoording hoofdvragen	26
4.2. Methodologische kwesties	28
4.3. Klinische implicaties	29
4.4. Vervolgonderzoek	30
4.5. Conclusie	31
5. Literatuurlijst	32

Samenvatting

Doelstelling: Het huidige onderzoek is uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in welk soort therapie het meest geschikt is om asielzoekers en vluchtelingen met complexe PTSS te behandelen. Er is gekeken of er verschil is in het behandelresultaat van traumagerichte en niet-traumagerichte therapie. Daarnaast is gekeken naar de invloed van het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen op het behandelresultaat. Tenslotte is onderzocht of er verschil is in het behandelresultaat van poliklinische en dagklinische behandeling.

Methoden: De steekproef bestond uit 141 asielzoekers en vluchtelingen die minstens 12 maanden in behandeling zijn geweest bij Centrum '45. Het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen en symptoomafname van PTSS, depressie en angst zijn gemeten door middel van afname van vragenlijsten.

Resultaten: Er is geen verschil in behandelresultaat van de traumagerichte en niet-traumagerichte groep. Het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen is van invloed op symptoomafname in de traumagerichte groep, maar niet in de niet-traumagerichte groep. Poliklinische behandeling leidt in de traumagerichte groep tot een beter behandelresultaat dan dagklinische behandeling, maar niet in de niet-traumagerichte groep.

Conclusie: Al met al kan gesteld worden dat er geen duidelijk verschil is in behandelresultaat van traumagerichte- en niet-traumagerichte therapie. Beiden leiden tot matige symptoomafname. Er is daarom geen reden om asielzoekers en vluchtelingen bij voorkeur te behandelen met niet-traumagerichte therapie. De mate van trauma exposure blijkt van invloed op het behandelresultaat bij traumagerichte therapie. Bij meer meegemaakte traumatische gebeurtenissen is er minder symptoomafname zichtbaar. Dit effect wordt echter niet gevonden bij niet-traumagerichte therapie. Wanneer dit ook uit vervolgonderzoek naar voren komt, kan bij veel meegemaakte traumatische gebeurtenissen wellicht beter voor niet-traumagerichte therapie worden gekozen. Verder leidt poliklinische traumagerichte behandeling tot een beter behandelresultaat dan dagklinische traumagerichte behandeling. Mogelijk is dit een gevolg van het feit dat cliënten in de dagklinische groep voorafgaand aan de behandeling ernstigere PTSS-symptomen hadden dan cliënten in de poliklinische groep.

Abstract

Objective: this study was performed to gain better insight into the most suitable treatment for asylum seekers and refugees who suffer from complex PTSD. The treatment outcomes of trauma focused therapy and non-trauma focused therapy were compared. Besides these types of therapy, the influence of the amount of self experienced traumatic events on treatment outcome was measured. Finally the treatment outcomes of inpatient and outpatient treatment were compared to each other.

Method: The sample consisted of 141 asylum seekers and refugees who were in treatment at Centrum '45 for at least 12 months. The amount of self experienced traumatic events and symptom severity of PTSD, depression and anxiety were surveyed.

Results: No difference was found in treatment outcome of the trauma focused and non-trauma focused therapy group. The amount of self experienced traumatic events had significant influence on treatment outcome in the trauma focused group, but not in the non-trauma focused group. outpatient treatment led to a better treatment outcome in comparison to inpatient treatment, but only in the trauma focused group.

Conclusion: Altogether there was no clear difference between the treatment outcomes of trauma focused and non-trauma focused therapy. Both therapies led to some symptom reduction. So there is no reason to prefer non-trauma focused therapy as a treatment for asylum seekers and refugees. The amount of self experienced traumatic events had a significant influence on treatment outcome in the trauma focused group. When someone experienced many traumatic events, there was less decrease in symptom severity. Because this effect was not found in the non-trauma focused group, it could be suggested that, if this effect is also found in future research, it is better to receive non-trauma focused therapy when someone experienced many traumatic events. Outpatient trauma focused treatment led to a better treatment outcome in comparison to inpatient trauma focused treatment. This effect could be caused by the difference in PTSD symptom severity before treatment. The inpatient treatment group had a higher severity of PTSD in comparison to the outpatient treatment group.

1. Inleiding

Eind 2014 waren er wereldwijd ongeveer 19,5 miljoen geregistreerde vluchtelingen en 1,8 miljoen asielzoekers (UNHCR, 2015). Daarvan verbleven ruim 82.000 vluchtelingen en ruim 6.900 asielzoekers in Nederland (VWN, 2015). Velen van deze vluchtelingen hebben psychische problemen ten gevolge van oorlog en armoede in het thuisland en een ingrijpend migratietraject (Carswell, Blackburn & Barker, 2011). Dit alles kan leiden tot het ontwikkelen van een Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS). Het is van groot belang dat vluchtelingen de juiste behandeling krijgen om de meegemaakte traumatische gebeurtenissen een plek te kunnen geven en in een nieuw land met een onbekende taal en cultuur een goede toekomst op te kunnen bouwen. Het is de vraag of het hiervoor nodig is de traumatische gebeurtenissen onder ogen te zien en te verwerken, of dat psycho-educatie en het aanleren van probleemgefocusste strategieën afdoende zijn. Er is nog veel onduidelijkheid over welk type behandeling het beste aansluit op asielzoekers en vluchtelingen. Om hier meer inzicht in te krijgen wordt in het huidige onderzoek onderzocht of bij asielzoekers en vluchtelingen traumagerichte behandeling effectiever is dan niet-traumagerichte behandeling. Daarnaast wordt er gekeken of de intensiteit van de behandeling en de mate van traumatisering van invloed zijn op het behandelresultaat.

1.1. PTSS

Een Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) ontstaat als gevolg van het meemaken of getuige zijn van een traumatische ervaring. Deze wordt in de vierde editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders beschreven als een gebeurtenis die actuele of dreigende dood, ernstige verwondingen of het bedreigen van de fysieke integriteit van de betrokkene of anderen met zich meebrengt. De gebeurtenis zorgt voor gevoelens van intense angst, hulpeloosheid of afschuw. De belangrijkste symptomen van PTSS zijn het voortdurend herbeleven van de traumatische gebeurtenis, vermijding van prikkels die aan het trauma herinneren en verhoogde prikkelbaarheid (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2006). Door De Vries en Olf (2009) is onderzocht hoeveel mensen traumatische gebeurtenissen meemaken en hoe vaak dit leidt tot het ontwikkelen van een PTSS. In dit onderzoek werd gevonden dat van de Nederlandse bevolking tachtig procent tijdens hun leven een traumatische gebeurtenis meemaakt. Hiervan ontwikkelt uiteindelijk ongeveer

zeven procent een PTSS. Bij ruim zestig procent van de mensen met PTSS is er sprake van een comorbide stoornis. Het meest voorkomend zijn middelenmisbruik, depressie, angststoornis, somatisatiestoornis of een persoonlijkheidsstoornis. Comorbiditeit is echter een lastig begrip, aangezien de genoemde stoornissen in de beleving van de patiënt grotendeels verweven zijn met PTSS (Deering, Glover, Ready, Eddleman & Alarcon, 1996).

1.2. PTSS onder vluchtelingen en asielzoekers

Uit onderzoek onder 7000 vluchtelingen blijkt dat vluchtelingen tien keer zoveel kans hebben op het ontwikkelen van een PTSS in vergelijking met de algemene populatie in westerse landen (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005). Dit komt ten eerste doordat er vaak sprake is van traumatische ervaringen voorafgaand aan de migratie. Vervolgens gaat er veel stress en onzekerheid gepaard met de migratie zelf. Daarnaast is het zich vestigen in een onbekend land met een onbekende taal en cultuur van invloed op de lichamelijke en psychische gezondheid (Carswell et al., 2011; Kirmayer et al., 2011). In 2005 is door Gerritsen en collega's uitgezocht hoe in Nederland verblijvende asielzoekers en vluchtelingen hun lichamelijke en psychische gezondheid zien. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat ongeveer zestig procent van de asielzoekers en veertig procent van de vluchtelingen hun gezondheid als slecht beoordeelt. Ongeveer dertig procent van de asielzoekers had een PTSS en zestig procent een depressie of angststoornis. Bij vluchtelingen was dit respectievelijk tien en veertig procent. Het meemaken van meer traumatische ervaringen, meer post-migratiestress en weinig sociale steun vormden bij deze groep risicofactoren op het ontwikkelen van een PTSS, depressie of angststoornis.

1.3. Trauma exposure

Het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen is mede bepalend voor de ontwikkeling en de ernst van een PTSS. Hoe meer traumatische ervaringen iemand heeft meegemaakt, des te meer kans op het ontwikkelen van een PTSS (Adams & Boscarino, 2006; Hetzel-Riggin & Roby, 2013; Johnson & Thompson, 2008; Neuner et al., 2004). Dit wordt ook wel het *dose-response effect* genoemd, wat inhoudt dat iedereen PTSS kan ontwikkelen ongeacht andere risicofactoren, wanneer het aantal trauma's een bepaalde drempel bereikt (Neuner et al., 2004). Bij vluchtelingen en asielzoekers is er vaak sprake van een cumulatie aan meegemaakte traumatische gebeurtenissen, in veel gevallen al vanaf de vroege kindertijd. Dit

kan leiden tot complexe PTSS. Deze stoornis komt overeen met een “gewone” PTSS, maar gaat daarnaast gepaard met een gestoorde affectregulatie, gestoorde interpersoonlijke relaties en identiteitsproblemen (Cloitre, 2009). Een subgroep van alle vluchtelingen en asielzoekers met een PTSS voldoet aan deze diagnose. Complexe PTSS is moeilijker te behandelen en vergt een andere aanpak dan wanneer slechts een enkele traumatische gebeurtenis de oorzaak is voor het ontstaan van PTSS. Het behandelproces is dan ook intensief en langdurig (Solomon & Heide, 1999). In paragraaf 1.4. wordt het behandelproces nader toegelicht.

1.4. Traumabehandeling

Voor het reduceren van posttraumatische stressklachten bestaan veel verschillende benaderingen en behandelprogramma's. Welk type behandeling het meest geschikt is, wordt bepaald aan de hand van de omstandigheden en de ernst van de problematiek. Behandeling wordt veelal vormgegeven middels het driefasenmodel (Mooren, Stöf sel & Truyens, 2012). Ook binnen Centrum '45 wordt volgens dit model gewerkt. De eerste fase bestaat uit stabilisatie en symptoomreductie. Wanneer iemand voldoende stabiel wordt geacht, kan gestart worden met fase 2, de traumagerichte behandeling. Tijdens deze behandeling worden traumatische gebeurtenissen uit het verleden aan de orde gesteld en leert men om te gaan met de traumatische gebeurtenis door deze onder ogen te zien. Vervolgens worden, als derde fase in de behandeling, de traumatische ervaringen geïntegreerd in het dagelijks leven. Voorbeelden van wetenschappelijk bewezen traumagerichte behandelingen zijn Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR), Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT) en Narrative Exposure Therapy (NET; Schauer & Neuner, Bisson & Andrew, 2013, Robjant & Fazel, 2010). Een andere manier om klachten te verminderen is niet-traumagerichte therapie, waarbij klachten worden verminderd door het aanpassen van verkeerde patronen en gedrag door middel van psycho-educatie en het aanleren van probleem gefocuste strategieën. Een voorbeeld hiervan is Present Centered Therapy (PCT; Classen, Butler & Spiegel, 2001). Deze behandeling is niet gericht op de inhoud van het trauma, waardoor deze therapie al in de stabilisatiefase kan worden toegepast.

De vraag is of het noodzakelijk is dat iemands situatie stabiel is voordat met traumagerichte behandeling gestart wordt. Dit vormt zeker een dilemma onder asielzoekers en vluchtelingen, bij wie de situatie veelal instabiel is. Het is de vraag of een stabiliserende methode dan daadwerkelijk effectiever is, of dat juist de inhoud van het trauma verwerkt moet worden om een stabiele situatie te creëren (Johannes Wier Stichting, 2015).

1.4.1. Traumabehandeling bij de algemene populatie

Er is veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van traumabehandeling onder de algemene westerse populatie. Uit een meta-analyse van Bisson & Andrew (2013) blijkt bijvoorbeeld dat er het meeste bewijs is voor de werking van TF-CGT en EMDR als behandeling van symptomen van PTSS. De effectiviteit van deze interventies komt ook uit ander onderzoek naar voren (Wilson, Becker & Tinker, 1997; Davidson et al., 2005). Naast TF-CGT en EMDR blijkt ook NET een effectieve therapie te zijn om PTSS-symptomen te reduceren (Crumlish & O'Rourke, 2010; Halvorsen & Stenmark, 2010; Neuner et al., 2010; Robjant & Fazel, 2010).

Voor de werking van niet-traumagerichte therapieën is minder wetenschappelijk bewijs. Zo komt uit de meta-analyse van Bisson en Andrew (2013) naar voren dat niet-traumagerichte cognitieve gedragstherapie op korte termijn effectief is, maar dat er maar beperkt bewijs is voor de effectiviteit van andere niet-traumagerichte therapieën, omdat studies hiernaar methodologische beperkingen hebben. Uit onderzoek van Samson (2007) onder vrouwelijke veteranen kwam naar voren dat twee keer zoveel vrouwen van hun PTSS-symptomen af kwamen na behandeling in een TF-CGT groep dan in een groep die PCT had gevolgd. In een review van Cloitre (2009) wordt beschreven dat relaxatie en probleem gefocuste interventies significant effect hebben. Ook hieruit blijkt echter dat de effecten van exposure therapie en cognitieve therapie groter zijn dan effecten van niet-traumagerichte therapie. Al met al is er enig bewijs voor de effectiviteit van niet-traumagerichte therapieën, maar lijkt traumagerichte therapie het meest effectief.

1.4.2. Traumabehandeling bij asielzoekers en vluchtelingen

Net als in de algemene populatie is ook onder vluchtelingen het meeste bewijs gevonden voor de effectiviteit van traumagerichte therapie. Zo blijkt NET een veel toegepaste en effectieve therapie voor asielzoekers en vluchtelingen (Adenauer et al., 2011; Crumlish & O'Rourke, 2010; Halvorsen & Stenmark, 2010; Hensel-Ditmann et al., 2011; Morkved et al., 2014; Neuner et al., 2010). Naast NET is er ook bewijs voor de effectiviteit van TF-CGT onder vluchtelingen en asielzoekers (Crumlish & O'Rourke, 2010; Paunovic & Öst, 2001; Slobodin & de Jong, 2015). Daarnaast wordt EMDR toegepast onder asielzoekers en vluchtelingen, met een op hen aangepaste manier van werken (ter Heide, 2011a; ter Heide, Mooren, Knipscheer & Kleber, 2014).

Of niet-traumagerichte therapie effectief is bij asielzoekers en vluchtelingen is onduidelijk. Zo wordt in een review van Nickerson, Bryant, Silove en Steel (2011) beschreven dat uit onderzoek lijkt te komen dat traumagerichte behandeling effectiever is, maar dat het onderzoek hiernaar beperkingen heeft, waardoor geen harde conclusies getrokken kunnen worden. Er is een aantal onderzoeken gedaan waarin NET is vergeleken met een niet-traumagerichte behandeling. Uit deze onderzoeken kwam naar voren dat NET effectiever is dan niet-traumagerichte behandelingen als stabilisatie en medicatie, Stress Inoculatie Training, Steunende Counseling en Psycho-educatie (Hensel-Dittmann et al., 2011; Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara & Elbert, 2004; Neuner et al., 2010). In 2010 is er een pilotstudie gedaan naar de effectiviteit van EMDR en stabilisatie bij asielzoekers en vluchtelingen. In deze studie werd geen duidelijk verschil in effectiviteit tussen beide condities gevonden (ter Heide, Mooren, Kleijn, de Jongh & Kleber, 2011b).

1.4.3. Behandelintensiteit

Naast het type behandeling is ook de intensiteit van de behandeling van invloed op het behandelresultaat. Zo is door het CATS Consortium (2010) onderzoek gedaan naar de behandeling van jongeren die getraumatiseerd waren na de ramp van 11 september 2001 in het World Trade Center. Jeugd met ernstige of gemiddelde PTSS-symptomen kreeg een intensievere behandeling dan de groep met milde PTSS-symptomen. Beide groepen lieten een even grote afname van PTSS-symptomen zien. Het matchen van ernst en intensiteit is in deze studie dus effectief, maar het is geen gecontroleerde studie. Door Chen, Barnett, Sempel en Timko (2006) is onderzoek gedaan naar mensen met een psychiatrische diagnose en middelenmisbruik. Bij een hogere ernst had een intensievere behandeling beter effect, bij gemiddelde ernst was het effect onafhankelijk van de behandelintensiteit. De ernst van de problematiek bepaalt wellicht dus of intensiteit uitmaakt voor het behandelresultaat. Uit onderzoek door Halsteinli, Karterud en Pedersen (2008) onder mensen met persoonlijkheidsstoornissen bleek dat bij vijf uur minder therapie per week, de GAF-score 0.8 punt lager was dan bij degenen die vijf uur meer therapie per week kregen. Verder werd in onderzoek van De Leon, Melnick en Cleland (2008) gevonden dat cliënten die meer therapie krijgen dan nodig, een beter behandelresultaat hebben dan onderbehandelde cliënten. Al met al lijkt intensievere behandeling effectiever te zijn, maar er is nog te weinig onderzoek naar gedaan om te kunnen stellen welk effect intensiteit van behandeling heeft.

1.5. Het huidige onderzoek

Zoals eerder genoemd wordt binnen Centrum '45 gewerkt middels het driefasenmodel (Mooren, Stöfssel & Truyens, 2012). Op basis van de omstandigheden van de cliënt en de ernst van de problematiek wordt bekeken welke behandeling in zijn of haar geval het meest passend is. Het huidige onderzoek wordt uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in welke behandeling het meest aansluit bij asielzoekers en vluchtelingen. Hierin wordt de effectiviteit van traumagerichte behandeling vergeleken met de effectiviteit van niet-traumagerichte behandeling. Traumagerichte behandeling binnen Centrum '45 bestaat uit NET, EMDR of TF-CGT of BEPP. Niet-traumagerichte behandeling heeft een meer stabiliserend karakter, waarbij gericht wordt op psycho-educatie en het ontwikkelen van strategieën om met de huidige omstandigheden om te gaan en verkeerde patronen en gedrag te doorbreken.

Naast het type behandeling wordt ook bekeken of trauma exposure van invloed is op de effectiviteit van behandeling. Daarbij is het ook interessant te weten of er verschil is in de invloed van traumablootstelling op de effectiviteit van traumagerichte therapie versus niet-traumagerichte therapie. Op deze manier kan een uitspraak gedaan worden over welk type behandeling het meest passend is bij welke mate van trauma exposure.

Ten derde wordt onderzocht of de behandelintensiteit van invloed is op het behandelresultaat. Dit wordt bekeken voor zowel de gehele steekproef als voor de traumagerichte en niet-traumagerichte behandelconditie. Wanneer blijkt dat een minder intensieve behandeling even effectief is als een intensieve behandeling, kan behandeling wellicht op een minder intensieve manier worden ingezet dan momenteel het geval is.

Om dit alles te onderzoeken is bij een groep asielzoekers en vluchtelingen tijdens de intake bij Centrum '45 een aantal vragenlijsten afgenomen om de mate van PTSS, depressie en angstklachten te bepalen. Daarnaast is een vragenlijst ingevuld waarin gevraagd wordt hoeveel en welke traumatische gebeurtenissen iemand heeft meegemaakt. Na afloop van de behandeling zijn deze vragenlijsten opnieuw ingevuld, zodat kan worden gemeten in hoeverre er afname is van symptomen van de genoemde stoornissen. Wat de intensiteit van de behandeling betreft is de steekproef verdeeld in twee groepen. De ene groep heeft deelgenomen aan een dagklinisch behandelprogramma, de andere groep heeft alleen poliklinische behandeling gehad. De asielzoekers en vluchtelingen die meedoen aan dit onderzoek verblijven al langere tijd in Nederland en beheersen de Nederlandse taal voldoende om aan een Nederlandstalig behandelprogramma te kunnen deelnemen.

1.6. Vraagstellingen en hypothesen

De hoofdvragen in deze studie luiden:

- (1) Leidt traumagerichte therapie bij vluchtelingen en asielzoekers tot meer symptoomafname dan niet-traumagerichte therapie?*
- (2) Zijn het aantal traumablootstellingen en de intensiteit van de behandeling van invloed op het behandelresultaat?*

Om de bovenstaande vragen te beantwoorden zijn de volgende hypothesen opgesteld:

- I Traumagerichte therapie leidt tot meer symptoomafname dan niet-traumagerichte therapie.
- II Hoe meer traumatische gebeurtenissen iemand heeft meegemaakt, des te kleiner het behandelresultaat zal zijn.
- III Het effect van het aantal traumatische ervaringen op de behandeling is groter in de traumagerichte conditie, omdat in deze conditie de traumatische gebeurtenissen concreet aan de orde zullen komen.
- IV Een intensievere behandeling leidt tot een beter behandelresultaat.

2. Methoden

2.1. Steekproef

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de data van 141 asielzoekers en vluchtelingen. Zij hebben zich bij Centrum '45 aangemeld met ernstige psychische klachten ten gevolge van traumatische ervaringen in het geboorteland, tijdens de vlucht en het verblijf in Nederland.

2.2. Exclusiecriteria

Om de verschillende behandelcondities goed te kunnen vergelijken, zijn alleen data meegenomen van cliënten die aan dagklinische of poliklinische behandeling hebben deelgenomen en deze behandeling hebben afgemaakt. Daarnaast zijn alleen de gegevens van de cliënten meegenomen die de gebruikte vragenlijsten op beide meetmomenten hebben ingevuld. Op basis van deze criteria zijn de data van 35 cliënten niet meegenomen in het verdere onderzoek.

2.3. Instrumenten

Om de behandel-effectiviteit te kunnen meten is de symptoomernst op het gebied van PTSS gemeten door middel van het tweede deel van de Harvard Trauma Questionnaire (HTQ; Mollica et al., 1992). Het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen is gemeten met het eerste deel van deze vragenlijst, de HTQ-events. De symptomen van angst en depressie zijn gemeten door middel van de Hopkins Symptom Checklist - 25 (HSCL-25; Parloff, Kelman & Frank, 1954). De crossculturele betrouwbaarheid en validiteit van deze vragenlijsten zijn diverse malen onderzocht. Zo komt uit onderzoek van Kleijn, den Hoven en Rodenburg (2001) naar voren dat de HTQ en HSCL in het Arabisch, Farsi, Servo-Kroatisch, Russisch en Engels goed bruikbaar zijn. De psychometrische eigenschappen van de HTQ en HSCL bleken adequaat toepasbaar te zijn bij verschillende culturen en goed in staat te zijn symptomen van PTSS, depressie en angst in kaart te brengen. Ook Ichikawa, Nakahara en Wakai (2006) hebben de validiteit van beide vragenlijsten onderzocht. Uit dit onderzoek blijkt dat de HTQ een bruikbaar en valide instrument is onder Afghaanse vluchtelingen. De HSCL bleek echter een lage voorspellende waarde voor depressieklachten te hebben. Aangezien de HTQ en HSCL echter de meest bruikbare instrumenten zijn voor deze doelgroep, zijn deze opgenomen als onderdeel van de Routine Outcome Monitoring (ROM), die in de eerste twaalf maanden

van de behandeling en in de laatste twaalf maanden van de behandeling is afgenomen. De genoemde vragenlijsten worden hieronder verder toegelicht.

2.3.1. Harvard Trauma Questionnaire deel 1

Het eerste deel van de HTQ wordt gebruikt om het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen in kaart te brengen. De schaal is speciaal ontwikkeld om toe te passen bij vluchtelingen. De vragenlijst bestaat uit een checklist van 24 traumatische gebeurtenissen. Per item kan worden aangegeven of iemand deze gebeurtenis niet heeft ervaren (1), erover heeft gehoord (2), het heeft zien gebeuren (3) of het zelf heeft meegemaakt (4). Ondanks dat het mogelijk is meerdere niveaus van ervaring aan te geven, wordt meestal maar één niveau gebruikt (Ter Heide, 2010). Om geen scheef beeld te krijgen van het aantal meegemaakte gebeurtenissen, is in het huidige onderzoek dan ook slechts één niveau meegenomen als maat voor het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen, namelijk of iemand deze gebeurtenis zelf heeft meegemaakt (4). Uit onderzoek naar de interne consistentie van deze checklist door Mollica et al. (1992) blijkt dat de lijst een zeer goede interne consistentie heeft: Cronbachs α : .90. Ook uit onderzoek van Todorova, Moreno en Gibbons (2002) blijkt een zeer goede interne consistentie: Cronbachs α : .88.

2.3.2. Harvard Trauma Questionnaire deel 2

Het tweede deel van de HTQ wordt gebruikt om symptomen van een PTSS te meten. In het huidige onderzoek worden alleen de eerste 16 items van de HTQ gebruikt. Dit zijn de items die de 16 PTSS-criteria uit de DSM-IV-TR representeren (APA, 2006). Per item kan worden aangegeven of iemand helemaal geen last (1), een beetje last (2), nogal veel last (3) of zeer veel last (4) heeft van de beschreven klachten. Deel 2 van de HTQ heeft volgens het onderzoek van Mollica et al. (1992) eveneens een zeer goede interne consistentie: Cronbachs α : .96.

2.3.3. Hopkins Symptoms CheckList-25

De HSCL-25 is gebruikt om symptomen van depressie en angst te meten. De vragenlijst bestaat uit 25 items over ervaren klachten in de afgelopen week. In de eerste tien items worden mogelijke angstklachten beschreven, in de daaropvolgende 15 items komen mogelijke depressieklachten aan de orde. Per item kan worden aangegeven of iemand geen last (1), een beetje last (2), nogal veel last (3) of zeer veel last (4) heeft van de beschreven klachten. Uit

onderzoek van Ichikawa et al. (2006) blijkt dat de vragenlijst een goede interne consistentie heeft: Cronbachs α :.86.

2.4. Design

In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van een between-subjects design. Binnen dit design is een aantal variabelen geoperationaliseerd. De traumagerichtheid van de behandeling, het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen en de intensiteit van de behandeling zijn meegenomen als onafhankelijke variabelen. Als afhankelijke variabelen zijn de afname in PTSS-klachten, depressieklachten en angstklachten meegenomen. De afname in klachten is geoperationaliseerd door middel van vergelijking van de symptoomernst voorafgaand aan de behandeling en de symptoomernst na afloop van de behandeling. Er is bekeken of er significante afname is in klachten in de hele steekproef en voor de verschillende groepen (wel/niet traumagericht en hoge/lage intensiteit van behandeling). Ook is gekeken of de traumagerichtheid van de behandeling, het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen en de intensiteit van de behandeling van invloed zijn op de symptoomafname.

2.5. Statistische analyses

De verkregen data zijn geanalyseerd met behulp van het programma Statistical Package for the Social Sciences 23 (SPSS).

Om uit te kunnen sluiten dat de variabelen geslacht, leeftijd, behandelduur en ernst van PTSS bij aanvang van invloed zijn op de behandel-effectiviteit, is dit getoetst. De samenhang tussen de variabele geslacht en de symptoomafname is getoetst door middel van een t-toets. De samenhang tussen leeftijd, ernst van PTSS en behandelduur en symptoomafname is getoetst door middel van een Pearson's Productmoment-correlatie.

Om uit te sluiten dat verschillen in symptoomafname tussen groepen te verklaren zijn door derde variabelen, is getoetst of de traumagerichte en niet-traumagerichte groep en de dagklinische en poliklinische groep significant verschillen wat betreft geslacht, leeftijd, aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen, behandelduur en ernst van PTSS bij aanvang. Eventueel verschil in leeftijd, ernst van PTSS, behandelduur en aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen is getoetst met een ANOVA. Verschil in geslacht (en intensiteit of traumagerichtheid) is getest met een Chi Square test.

Om te weten of de behandeling tot symptoomafname heeft geleid, is allereerst voor de algemene groep bekeken of er een significant verschil is in symptoomernst tussen meetmoment 1 en 2. Dit wordt getoetst door middel van een repeated measures analyse.

Vervolgens wordt de symptoomafname van de traumagerichte en niet-traumagerichte groep en de dagklinische en poliklinische groep getoetst.

Door middel van een mixed design ANOVA is onderzocht of er een significant verschil is in symptoomafname tussen de traumagerichte groep en de niet-traumagerichte groep. Daarnaast is met een mixed design ANOVA onderzocht of er een significant verschil is in behandel-effectiviteit tussen de dagklinische en poliklinische groep.

Om te weten welke variabelen in welke mate voorspellend zijn voor de behandel-effectiviteit, is een multiple regressie uitgevoerd. Hierbij wordt gekeken naar de invloed van intensiteit, ernst van PTSS en aantal meegemaakte gebeurtenissen. De analyse wordt uitgevoerd voor de hele groep, de traumagerichte groep en de niet-traumagerichte groep.

3. Resultaten

3.1. Gegevens exclusies

Op basis van de exclusiecriteria zijn de gegevens van 35 cliënten niet meegenomen in het verdere onderzoek. De redenen hiervoor zijn weergegeven in tabel 1. Van de genoemde cliënten kregen er zes dagklinische traumagerichte behandeling en elf poliklinische traumagerichte behandeling. Twee cliënten kregen dagklinische niet-traumagerichte behandeling en negen kregen poliklinische niet-traumagerichte behandeling.

Uit analyse blijkt dat er geen significant verschil is tussen de geïncludeerde cliënten en de geëxcludeerde cliënten wat betreft ernst van PTSS, sekse, leeftijd, behandelduur en regio van herkomst. Wel hebben de geëxcludeerde cliënten significant meer traumatische ervaringen meegemaakt, $F(1,119) = 7.566$, $p = .007$, $\eta^2 = .061$.

Tabel 1: Aantal cliënten per exclusiereden.

Exclusiereden	N
Behandeling nooit gestart	6
Behandeling voortijdig afgebroken	
Niet komen opdagen	3
Instabiele situatie	1
Lichamelijke problemen	2
Intensiteit behandeling	2
Therapie sloeg niet aan	3
Onbekend	14
Alleen klinische behandeling	1
HTQ niet ingevuld	3
Totaal	35

3.2. Demografische gegevens

Uiteindelijk zijn de gegevens van 106 cliënten meegenomen in de verdere analyses. In tabel 2 zijn de gemiddelden en verdelingen van verschillende demografische variabelen weergegeven. De gemiddelde leeftijd van de mannen is 43.2 jaar, met een standaardafwijking van 9.7. De vrouwen zijn gemiddeld 42.9 jaar met een standaardafwijking van 9.6. De meeste participanten zijn afkomstig uit Bosnië-Herzegovina (24.5%), Iran (15.1%), Afghanistan (14.2%) en Irak (13,2%).

De HSCL is slechts door 69 van de 106 overgebleven cliënten ingevuld. Omdat het verschil in aantal tussen deze groepen zo groot is, zijn aparte analyses gedaan voor afname in PTSS (N=106) en angst en depressie (N=69). Er is geen significant verschil tussen degenen die de HSCL wel en niet hebben ingevuld op ernst van PTSS, sekse, leeftijd, aantal meegemaakte traumatische ervaringen en regio van herkomst. Wel hebben degenen die de HSCL niet op beide meetmomenten hebben ingevuld een significant langere behandelduur, $F(1,106) = 7.136, p = .009, \eta^2 = .064$.

Tabel 2: *Demografische gegevens steekproef (N=106).*

Variabelen	Totaal			TFT		NTFT		DK		PK	
	M	SD	Range	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Leeftijd	43,1	9,6	17 - 63	43,9	9,3	42,1	9,9	42,7	7,4	43,3	10,6
Behandelduur	37	18	14-101	35	17	39	18	47	21	31	12
Traumatische ervaringen	10,2	5,0	0 - 19	10,2	5,1	10,3	4,9	10,4	4,9	10,2	5,0
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Geslacht											
Man		69	65,1	36	63,2	33	67,3	25	65,8	44	64,7
Vrouw		37	34,9	21	36,8	16	32,7	13	34,2	24	35,3
Regio van herkomst											
Midden-Oosten		57	53,8	23	40,4	34	69,4	19	50,0	38	55,9
Sub-Saharisch		6	5,7	3	5,3	3	6,1	1	2,6	5	7,4
Afrika		30	28,3	25	43,9	5	10,2	14	36,8	16	23,5
Zuid-Oost Europa		2	1,9	1	1,8	1	2,0	0	0,0	2	2,9
Azië		11	10,4	5	8,8	6	12,2	4	10,5	7	10,3
Overig											

3.3. Invloed demografische variabelen

Door middel van een t-toets is de invloed van geslacht op symptoomafname getoetst. Hieruit blijkt dat geslacht geen significante invloed heeft op symptoomafname van PTSS, depressie en angst. De samenhang tussen symptoomafname en leeftijd, ernst van PTSS en behandelduur is getoetst door middel van een Pearson's Productmoment-correlatie. Hieruit blijkt dat leeftijd en behandelduur niet significant samenhangen met PTSS-afname. De ernst van PTSS voorafgaand aan de behandeling is wel van invloed op PTSS-afname, $r(104) = .380, p < .001$. Bij ernstigere PTSS-symptomen voor aanvang van de behandeling is er meer symptoomafname.

3.4. Behandel-effectiviteit

Door middel van repeated measures analyses is getoetst of de traumabehandeling tot significante symptoomafname heeft geleid. De testresultaten zijn weergegeven in tabel 3. De symptoomernst na afloop van de behandeling, de afname van symptomen en het aantal gezonde participanten na afloop van de behandeling is per groep weergegeven in tabel 4.

Hieruit blijkt dat er significante afname is in PTSS-symptomen in alle groepen. Er is alleen significante afname van depressie-symptomen in de totale, traumagerichte en poliklinische groep. Er is significante angstafname in alle groepen, behalve in de niet-traumagerichte groep.

Tabel 3: *Symptoomafname binnen de groepen; significantie en effectgrootte.*

		<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Totaal	<i>PTSS</i>	43.731**	<.001	.294
	<i>Depressie</i>	7.002*	.010	.093
	<i>Angst</i>	10.5**	.002	.134
TFT	<i>PTSS</i>	26.874**	<.001	.324
	<i>Depressie</i>	4.618*	.039	.117
	<i>Angst</i>	8.078**	.007	.188
NTFT	<i>PTSS</i>	17.294**	<.001	.265
	<i>Depressie</i>	2.346	.135	.068
	<i>Angst</i>	2.600	.117	.075
DK	<i>PTSS</i>	6.591*	.014	.151
	<i>Depressie</i>	0.050	.826	.002
	<i>Angst</i>	4.921*	.038	.189
PK	<i>PTSS</i>	40.003**	.000	.374
	<i>Depressie</i>	9.137**	.004	.166
	<i>Angst</i>	6.195*	.016	.119

* Afname is significant met $p < .05$ (2-zijdig)

** Afname is significant met $p < .01$ (2-zijdig)

Tabel 4: *Symptoomernst, afname symptomen en aantal klinisch gezonde participanten na afloop van behandeling.*

		Totaal	TFT	NTFT	DK	PK
Ernst	<i>PTSS</i>	2.68	2.59	2.79	3.01	2.49
	<i>Depressie</i>	2.66	2.61	2.71	2.99	2.50
	<i>Angst</i>	2.69	2.55	2.84	2.90	2.58
Afname	<i>PTSS</i>	.42**	.50**	.33**	.23*	.53**
	<i>Depressie</i>	.22*	.28*	.16	-.02	.33**
	<i>Angst</i>	.28**	.39**	.15	.27*	.28*
Gezond	<i>PTSS</i>	37 (106)	24 (57)	13 (49)	4 (38)	33 (68)

* Afname is significant met $p < .05$ (2-zijdig)

** Afname is significant met $p < .01$ (2-zijdig)

3.5. Verschillen tussen groepen

Verschillen tussen de traumagerichte en niet-traumagerichte groep in leeftijd, ernst van PTSS, behandelduur en aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen zijn getoetst met een ANOVA. Verschillen in geslacht en intensiteit zijn getest met een Chi Square test. Uit de analyses blijkt dat er voor geen van deze variabelen een significant verschil is tussen de traumagerichte en niet-traumagerichte groep.

Ook de verschillen tussen de dagklinische en poliklinische groep in leeftijd, ernst van PTSS, behandelduur en aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen zijn getoetst met een ANOVA. Verschillen in geslacht en traumagerichtheid zijn getest met een Chi Square test. Hieruit blijkt dat er geen verschil is wat betreft leeftijd, geslacht, aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen en traumagerichtheid van de behandeling. Behandelduur is wel significant verschillend tussen deze twee groepen, $F(1,104) = 23.086$, $p < .001$, evenals de PTSS symptoomernst voor aanvang van de behandeling, $F(1,104) = 4.718$, $p = .032$. Cliënten in de dagklinische groep hebben gemiddeld een langere behandelduur en ernstigere PTSS-symptomen bij aanvang van de behandeling. Aangezien er echter geen significant verband is tussen behandelduur en symptoomafname wordt deze variabele niet als covariabele meegenomen in de verdere analyses. De ernst van PTSS voor aanvang van de behandeling is wel significant van invloed op PTSS-afname en wordt daarom als covariabele meegenomen in de analyses van intensiteit.

3.6. Hoofdanalyses

Hypothese 1

De hypothese stelde dat de traumagerichte groep significant meer afname zal vertonen in PTSS-, depressie- en angstsymptomen.

Uit de mixed design ANOVA blijkt dat de traumagerichte groep niet significant verschilt van de niet-traumagerichte groep in afname van PTSS-, depressie- en angstsymptomen. De testresultaten zijn schematisch weergegeven in tabel 5.

De uitkomsten van de regressie-analyses zijn weergegeven in tabel 7. Uit de multiple regressie-analyse met de hele groep blijkt eveneens dat traumagerichtheid van de behandeling niet significant van invloed is op de symptoomafname van PTSS, depressie of angst.

Tabel 5: *Mixed design analyse invloed traumagerichtheid behandeling op symptoomafname.*

	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
<i>PTSS</i>	43.731**	<.001	.294
<i>Depressie</i>	7.002*	.010	.093
<i>Angst</i>	6.195*	.016	.119

* Afname is significant met $p < .05$ (2-zijdig)

** Afname is significant met $p < .01$ (2-zijdig)

Hypothese 2

De hypothese stelde dat het aantal traumablootstellingen significant van invloed is op het behandelresultaat. Bij meer meegemaakte traumatische gebeurtenissen zal de symptoomafname van PTSS, depressie en angst minder groot zijn.

Uit de multiple regressie-analyse met de hele groep blijkt dat het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen een significante voorspeller is voor afname in PTSS, $t(83) = -2.120$, $p = .037$ en angst, $t(55) = -2.108$, $p = .040$. De voorspellende waarde is voor PTSS 3.6% en voor angst 7.1%. Hoe meer traumatische gebeurtenissen iemand heeft meegemaakt, des te minder afname van symptomen er is.

Hypothese 3

De hypothese stelde dat het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen meer invloed zal hebben op het effect van traumagerichte therapie dan op de niet-traumagerichte therapie.

Uit de multiple regressie-analyses met de traumagerichte en niet-traumagerichte groep blijkt dat het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen significant van invloed is op het behandelresultaat in de traumagerichte groep (zie tabel 6). Dit is namelijk een significante voorspeller van afname van PTSS, $t(42) = -2.456$, $p = .018$, depressie, $t(27) = -2.515$, $p = .018$ en angst, $t(27) = -2.956$, $p = .006$. De voorspellende waarde van het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen is 6.7% voor PTSS-, 17.8% voor depressie- en 23.6% voor angstafname. Bij meer meegemaakte traumatische gebeurtenissen is er minder afname van PTSS-, depressie- en angstsymptomen. In de niet-traumagerichte groep is het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen echter geen significante voorspeller van afname van PTSS-, depressie- en angstsymptomen.

Hypothese 4

De hypothese stelde dat intensiteit van de behandeling significant voorspellend zal zijn voor het behandelresultaat.

Uit de mixed design ANOVA blijkt dat intensiteit significant voorspellend is voor afname in PTSS, depressie en angst. In de poliklinische groep is significant meer afname in PTSS, depressie en angst dan in de dagklinische groep. De bevindingen uit de mixed design ANOVA zijn weergegeven in tabel 6.

Uit de regressie-analyse van de hele groep blijkt dat intensiteit een significante voorspeller is voor PTSS-afname, $t(83) = -3.664$, $p < .001$, maar niet voor depressie, $t(55) = -1.499$, $p = .276$ en angstafname, $t(55) = -.214$, $p = .831$. In de poliklinische groep is significant meer afname in PTSS dan in de dagklinische groep. De covariabele ernst van PTSS is eveneens een significante voorspeller, $t(83) = 5.084$, $p < .001$.

In de regressie-analyse van de traumagerichte groep is intensiteit significant voorspellend voor PTSS-afname, $t(42) = -4.268$, $p < .001$, maar niet voor depressie- en angstafname. In de poliklinische groep is er significant meer PTSS-afname dan in de dagklinische groep. De voorspellende waarde van intensiteit op PTSS-afname is in de traumagerichte groep 20.3 procent. De covariabele ernst van PTSS is eveneens significant voorspellend, $t(42) = 5.629$, $p < .001$. In de regressie-analyse van de niet-traumagerichte groep is zowel intensiteit als ernst van PTSS geen significante voorspeller voor afname in PTSS, depressie of angst.

Tabel 6: *Mixed design analyse invloed intensiteit behandeling op symptoomafname.*

	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
<i>PTSS</i>	13.247**	<.001	.114
<i>Depressie</i>	7.359*	.008	.099
<i>Angst</i>	6.464*	.013	.088

Tabel 7: *Regressie-analyses voorspellers van afname van PTSS, depressie en angst*

	PTSS-afname			Depressie-afname			Angst-afname		
	B	SE B	Beta	B	SE B	Beta	B	SE B	Beta
Totaal									
Constant	-1.099	.474		.805	.331		.626	.345	
Traumagerichtheid	.140	.124	.102	.099	.180	.071	.213	.188	.144
Gebeurtenissen	-.027	.013	-.194*	-.029	.019	-.197	-.042	.020	-.273*
Intensiteit	-.503	.137	-.335**	-.239	.217	-.144	-.049	.227	-.028
Ernst PTSS	.750	.148	.473**						
Traumagerichte groep									
Constant	-1.603	.648		1.413	.504		1.355	.519	
Gebeurtenissen	-.039	.016	-.261*	-.069	.027	-.423*	-.083	.028	-.487**
Intensiteit	-.770	.180	-.462**	-.313	.331	-.159	-.102	.340	-.050
Ernst PTSS	1.133	.201	.605**						
Niet-traumagerichte groep									
Constant	-.211	.647		.350	.334		.182	.361	
Gebeurtenissen	-.002	.020	-.016	.030	.024	.258	.019	.026	.158
Intensiteit	-.370	.199	-.285	-.388	.253	-.310	-.226	.274	-.174
Ernst PTSS	.341	.207	.263						

* Voorspeller is significant met $p < .05$ (2-zijdig)** Voorspeller is significant met $p < .01$ (2-zijdig)

4. Discussie

In het huidige onderzoek is gekeken of traumagerichte therapie effectiever is dan niet-traumagerichte therapie voor asielzoekers en vluchtelingen met een Posttraumatische Stress Stoornis. In lijn met veel wetenschappelijke studies werd verwacht dat traumagerichte therapie tot meer symptoomafname zou leiden dan niet-traumagerichte therapie en dus een beter behandelresultaat zou opleveren. Daarnaast is gekeken naar de invloed van het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen op het behandelresultaat. Hierbij werd verwacht dat er bij meer meegemaakte traumatische gebeurtenissen minder symptoomafname zou zijn. Verder werd verwacht dat het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen meer invloed zou hebben op de traumagerichte therapie, aangezien in deze therapie de traumatische gebeurtenissen concreet aan de orde komen. Tenslotte is onderzocht of er verschil is in symptoomafname tussen dagklinische en poliklinische behandeling. Hierbij werd verwacht dat de intensievere, dagklinische behandeling, tot meer symptoomafname zou leiden.

4.1. Beantwoording hoofdvragen

I Uit het huidige onderzoek komt naar voren dat er bij beide therapiegroepen sprake is van significante symptoomafname, maar dat er geen significant verschil is in symptoomafname tussen de traumagerichte en niet-traumagerichte therapie. Dit in tegenstelling tot de verwachting op basis van wetenschappelijk onderzoek, waaruit blijkt dat traumagerichte therapie veelal een beter behandelresultaat oplevert dan niet-traumagerichte therapie (Hensel-Dittmann et al., 2011; Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara & Elbert, 2004; Neuner et al., 2010). Zoals in de inleiding al naar voren kwam, is er echter geen eenduidigheid op dit gebied, aangezien er ook onderzoek is dat geen verschil in behandelresultaat vindt tussen beide soorten therapie (Johannes Wier Stichting, 2015; ter Heide, Mooren, Kleijn, de Jongh & Kleber, 2011b). Verder werd in het review van Nickerson, Bryant, Silove en Steel (2011) beschreven dat het tot op heden verrichte onderzoek naar het verschil in effectiviteit tussen traumagerichte en niet-traumagerichte therapie methodologische beperkingen heeft.

II Het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen blijkt in het huidige onderzoek significant van invloed te zijn op het behandelresultaat. Hoe meer traumatische gebeurtenissen iemand heeft meegemaakt, des te minder symptoomafname er is. Dit komt overeen met de verwachting. Uit wetenschappelijk onderzoek komt naar voren dat PTSS ten gevolge van het meemaken van meerdere traumatische gebeurtenissen, moeilijker te behandelen is dan wanneer een enkele traumatische gebeurtenis de oorzaak is van de PTSS (Solomon & Heide, 1999).

Het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen blijkt verder een significante voorspeller voor minder symptoomafname in de traumagerichte behandelgroep, maar geen significante voorspeller in de niet-traumagerichte behandelgroep. Dit is eveneens in overeenstemming met wat verwacht werd. Een mogelijke reden dat het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen meer van invloed is op de traumagerichte therapie, is dat in deze therapievorm de traumatische gebeurtenissen uitgebreid aan bod komen, terwijl deze in de niet-traumagerichte therapiegroep niet aan de orde komen. Bij niet-traumagerichte therapie wordt meer gericht op het aanpassen van verkeerde patronen en gedrag door middel van psycho-educatie en het aanleren van probleem georiënteerde strategieën (Classen, Butler & Spiegel, 2001).

Tenslotte komt uit het huidige onderzoek naar voren dat de poliklinische behandeling leidt tot significant meer symptoomafname dan de dagklinische behandeling in de traumagerichte groep. In de niet-traumagerichte groep is behandelintensiteit geen significante voorspeller voor symptoomafname. Dit is in tegenstelling tot de verwachting op basis van wetenschappelijk onderzoek. Hieruit blijkt namelijk dat een intensievere behandeling leidt tot een beter behandelresultaat (Chen, Barnett, Sempel en Timko, 2006; Halsteinli, Karterud en Pedersen, 2008; De Leon, Melnick & Cleland, 2008). Een mogelijke verklaring voor de uitkomsten is dat binnen Centrum '45 de meest passende behandeling voor de cliënt wordt gezocht door te kijken naar de omstandigheden van de cliënt en de ernst van de problematiek. Dit is terug te zien in het feit dat de dagklinische behandelgroep voor aanvang van de behandeling significant meer PTSS-symptomen had. Wellicht is de poliklinische groep een bij voorbaat beter functionerende groep, die mede daardoor ook een beter behandelresultaat heeft. Daarnaast is eerder gedaan onderzoek naar de invloed van behandelintensiteit niet uitgevoerd onder asielzoekers en vluchtelingen en is in de genoemde onderzoeken behandelintensiteit op een andere manier geoperationaliseerd.

4.2. Methodologische kwesties

Aan het uitgevoerde onderzoek zijn enkele beperkingen te ontdekken. Zo zijn alleen de data meegenomen van cliënten die de ROM-metingen zowel voor als na de behandeling hebben ingevuld, minimaal twaalf maanden in behandeling zijn geweest en de behandeling hebben afgemaakt. De onderzoeksgroep bestaat daardoor uit een beter functionerende groep in vergelijking met de hele groep asielzoekers en vluchtelingen die behandeld wordt in verband met een PTSS. Het is belangrijk hier rekening mee te houden bij de interpretatie van de bevindingen. Verder is er geen informatie beschikbaar over invloed van contextuele variabelen op het behandelproces, zoals de actuele stress en sociale steun ten tijde van de behandeling. Deze variabelen kunnen ook invloed hebben gehad op de uitkomsten. Zeker omdat, zoals eerder genoemd, de kandidaten niet willekeurig zijn toegewezen aan een behandelconditie, maar de meest geschikte behandeling is gekozen op basis van de omstandigheden en ernst van de problematiek.

Wat de meetinstrumenten betreft kunnen ook enkele kanttekeningen worden geplaatst. Zo wordt het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen in de HTQ gemeten door middel van het aantal zelf meegemaakte gebeurtenissen. Hierbij is echter niet vermeld wat de duur van de blootstelling aan de genoemde gebeurtenissen is en of iemand de beschreven gebeurtenis meerdere keren heeft meegemaakt. Daardoor kan een vertekend beeld ontstaan van het aantal traumatische gebeurtenissen. Wel blijkt uit onderzoek dat deze manier van het vaststellen van het aantal traumatische gebeurtenissen de meest gangbare is en dat de HTQ een valide vragenlijst is om het aantal meegemaakte gebeurtenissen vast te stellen (Mollica et al., 1992; Ter Heide, 2010; Todorova, Moreno en Gibbons, 2002).

Een sterk punt van dit onderzoek is dat het onderzoek is uitgevoerd onder asielzoekers en vluchtelingen. Het aantal asielzoekers en vluchtelingen neemt steeds verder toe en veel van deze mensen hebben een vorm van PTSS. Daarom is het van groot belang te weten welke behandeling het beste op deze mensen aansluit. Daarnaast is voor het meten van de symptoomafname niet afgegaan op één vragenlijst, maar op zowel de HTQ als de HSCL, waardoor zowel PTSS, depressie en angstsymptomen in kaart konden worden gebracht. Verder is een sterk punt dat alleen de cliënten die de behandeling hebben afgemaakt, meegenomen zijn in de analyses. Daardoor wordt het effect van het complete behandeltraject gemeten en wordt uitgesloten dat verschil in uitkomsten te wijten is aan het wel of niet afronden van de therapie. Daarnaast blijkt uit de analyses dat er geen significant verschil is in ernst van PTSS tussen de drop-outs en degenen die de behandeling hebben afgemaakt.

4.3. Klinische implicaties

Op basis van de bevindingen in het huidige onderzoek, kan gesteld worden dat traumagerichte therapie bij de doelgroep asielzoekers en vluchtelingen geen significant beter resultaat oplevert dan de niet-traumagerichte therapie. Niet-traumagerichte therapie is echter zeker niet effectiever dan traumagerichte therapie (zie tabel 4). Beiden blijken matig effectief te zijn.

Daarnaast is er wellicht verschil in effectiviteit van verschillende soorten traumagerichte behandeling. Zo blijkt NET zeer goed toepasbaar te zijn bij personen die complex en meermaals getraumatiseerd zijn en effectiever dan niet-traumagerichte therapie (Hensel-Dittmann et al., 2011; Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara & Elbert, 2004; Neuner et al., 2010). Er is echter nog geen duidelijk verschil gevonden tussen effectiviteit van EMDR en niet-traumagerichte therapie (ter Heide et al., 2011b). In het huidige onderzoek is geen onderscheid gemaakt tussen deze therapiesoorten, maar wellicht kan vervolgonderzoek hier meer helderheid over geven. Al met al lijkt niet-traumagerichte therapie geen betere therapie te zijn voor asielzoekers en vluchtelingen dan traumagerichte therapie.

In tegenstelling tot traumagerichtheid van de therapie blijkt het aantal traumablootstellingen wel van invloed te zijn op het behandelresultaat. In de traumagerichte groep is het namelijk zo dat hoe meer traumatische gebeurtenissen iemand heeft meegemaakt, des te minder symptoomafname er is. Bij veel meegemaakte traumatische gebeurtenissen is traumagerichte therapie dus minder effectief. In tegenstelling tot deze bevinding blijkt het in de niet-traumagerichte groep niet uit te maken voor het behandelresultaat hoeveel traumatische gebeurtenissen iemand heeft meegemaakt. Deze therapievorm wordt blijkbaar minder beïnvloed door het aantal trauma's dat iemand met zich meedraagt. Wanneer dit effect ook uit vervolgonderzoek naar voren zou komen, zou dit kunnen impliceren dat iemand die erg veel traumatische gebeurtenissen heeft meegemaakt beter niet-traumagerichte therapie kan volgen.

Verder is het opvallend dat uit het onderzoek naar voren komt dat poliklinische behandeling in de huidige steekproef tot meer symptoomafname leidt dan dagklinische behandeling. Dit impliceert dat poliklinische behandeling de meest aangewezen behandelvorm is. Het is echter zo dat het huidige onderzoek, zoals eerder genoemd, is uitgevoerd onder een relatief beter functionerende groep cliënten, waarbij degenen die poliklinische behandeling hebben gehad, minder ernstige PTSS-symptomen hebben. Wellicht is voor deze groep inderdaad poliklinische behandeling afdoende. Het is echter onduidelijk of dit ook geldt voor cliënten die minder goed functioneren. Wellicht kan vervolgonderzoek hier uitsluitsel over geven.

4.4. Vervolgonderzoek

In vervolgonderzoek is het goed om opnieuw het verschil tussen traumagerichte en niet-traumagerichte therapie te bekijken en een follow-up meetmoment toe te voegen, zodat ook de behandelresultaten op de lange termijn in kaart kunnen worden gebracht en de effectiviteit van niet-traumagerichte therapie bij asielzoekers en vluchtelingen al dan niet bevestigd of verworpen kan worden. Wellicht kan hierbij ook gekeken worden of er verschil is in behandelresultaten tussen diverse traumagerichte therapieën, om zo te weten welk type traumagerichte therapie het beste aansluit op complex getraumatiseerde cliënten.

Ook is het interessant de invloed van de meegemaakte traumatische gebeurtenissen op traumabehandeling nader te bekijken en te onderzoeken. Mogelijk is de invloed van de meegemaakte traumatische gebeurtenissen namelijk ook afhankelijk van het soort therapie. Tijdens NET is er de ruimte om veel verschillende traumatische gebeurtenissen in een chronologische volgorde te verwerken (Neuner et al., 2010). EMDR is minder goed toegepast op het verwerken van meerdere traumatische gebeurtenissen. Deze therapie wordt daarom bij asielzoekers en vluchtelingen op een aangepaste manier gebruikt (ter Heide, 2011a; ter Heide, Mooren, Knipscheer & Kleber, 2014). Het zou dan ook goed zijn te weten of het aantal meegemaakte gebeurtenissen hetzelfde effect heeft op NET als op EMDR, om te weten welk type therapie het beste toepasbaar is bij veel meegemaakte traumatische ervaringen.

Tenslotte is het interessant om meer onderzoek te doen naar het verschil in behandelresultaten in de poliklinische en dagklinische groep. Door een grotere groep te onderzoeken die meer gelijk is in symptoomernst en behandelduur, kan het effect van deze variabelen op het verschil in symptoomafname nog beter worden getoetst. Ook kan daarbij gekeken worden hoe contextvariabelen en andere factoren binnen deze condities bijdragen aan het gevonden verschil.

4.5. Conclusie

Al met al kan gesteld worden dat er geen duidelijk verschil is in behandelresultaat van traumagerichte- en niet-traumagerichte therapie. Dit is een opmerkelijke bevinding omdat het merendeel van de publicaties over therapie van PTSS stelt dat traumagerichte therapie significant meer succes heeft. Maar op basis van het hier beschreven onderzoek is er geen reden om asielzoekers en vluchtelingen bij voorkeur te behandelen met een niet-traumagerichte therapie c.q. traumagerichte behandeling.

Het aantal traumablootstellingen blijkt van invloed op het behandelresultaat bij traumagerichte therapie. Bij meer meegemaakte traumatische gebeurtenissen is er in de traumagerichte therapiegroep minder symptoomafname zichtbaar. Niet-traumagerichte therapie lijkt echter niet beïnvloed te worden door het aantal meegemaakte traumatische gebeurtenissen. Wanneer deze bevinding door vervolgonderzoek bevestigd wordt, kan bij veel meegemaakte traumatische gebeurtenissen wellicht beter voor niet-traumagerichte therapie worden gekozen. Tenslotte komt uit het huidige onderzoek naar voren dat poliklinische traumagerichte behandeling tot een beter behandelresultaat leidt dan dagklinische traumagerichte behandeling. Er is echter vervolgonderzoek nodig om daadwerkelijk conclusies te kunnen trekken over de invloed van de behandelintensiteit, aangezien de cliënten in de dagklinische groep voorafgaand aan de behandeling ernstigere PTSS-symptomen hadden dan de poliklinische groep.

5. Literatuurlijst

- Adams, R. E., Boscarino, J. A. (2006). Predictors of PTSD and Delayed PTSD After Disaster; The Impact of Exposure and Psychosocial Resources. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194 (7), 485-493.
- Adenauer, H., Catani, C., Gola, H., Keil, J., Ruf, M., Schauer, M., & Neuner, F. (2011). Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli - evidence from a randomized controlled treatment trial. *Biomedical Neuroscience*, 12 (127).
- American Psychiatric Association (2006). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Hartcourt Assessment B.V.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2013). *Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review)*. The Cochrane Collaboration.
- Carswell, K., Blackburn, P., & Barker, C. (2011). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *International Journal of Social Psychiatry*, 57 (2), 107-119.
- CATS Consortium (2010). Implementation of CBT for Youth Affected by the World Trade Center Disaster: Matching Need to Treatment Intensity and Reducing Trauma Symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 23 (6), 699-707.
- Chen, S., Barnett, P. G., Sempel, J. M., & Timko, C. (2005). Outcomes and costs of matching the intensity of dual-diagnosis treatment to patients' symptom severity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 95-105.
- Classen, C., Butler, L. D., & Spiegel, D. (2001). *A treatment manual of present-focused and trauma-focused group therapies for sexual abuse survivors at risk for HIV infection*. Stanford, CA: Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine.
- Cloitre, M. (2009). Effective Psychotherapies for Posttraumatic Stress Disorder: A Review and Critique. *CNS Spectrums*, 14 (1), 32-43.
- Crumlish, N., & O'Rourke, K. O. (2010). A Systematic Review of Treatments for Post-traumatic Stress Disorder Among Refugees and Asylum-Seekers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 237-251.
- Davidson, J. R. T., Payne, V. M., Connor, K. M., Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Hertzberg, M. A., & Weisler, R. H. (2005). Trauma, resilience and saliostasis: effects of treatment in

- post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 20, 43-48.
- Deering, C. G., Glover, S. G., Ready, D., Eddleman, H. C., & Alarcon, R. D. (1996). Unique Patterns of Comorbidity in Posttraumatic Stress Disorder From Different Sources of Trauma. *Comprehensive Psychiatry*, 37 (5), 336-346.
- De Leon, G., Melnick, G., & Cleland, C. M. (2008). Client Matching: A Severity-Treatment Intensity Paradigm. *Journal of Addictive Diseases*, 27 (3), 99-113.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365, 1309-1314.
- Halsteinli, V., Karterud, S., & Pedersen, G. (2008). When costs count: The impact of staff size, skill mix and treatment intensity on patient outcome for psychotherapeutic day treatment programmes. *Health Policy*, 86, 255-265.
- Halvorsen, J. O., & Stenmark, H. (2010). Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder in tortured refugees: A preliminary uncontrolled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 495-502.
- ter Heide, F. J. J. (2011a). EMDR bij getraumatiseerde vluchtelingen. *Psychologie & Gezondheid*, 39 (3), 180-184.
- ter Heide, F. J. J., Mooren, T. M., Kleijn, W., de Jongh, A., & Kleber, R. J. (2011b). EMDR versus stabilisation in traumatised asylum seekers and refugees: results of a pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, 2.
- ter Heide, F. J. J., Mooren, T. M., Knipscheer, J. W., & Kleber, R., J. (2014). EMDR With Traumatized Refugees: From Experience-Based to Evidence-Based Practice. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8 (3), 147-156.
- Hensel-Dittmann, D., Schauer, M., Catani, C., Odenwald, M., Elbert, T., & Neuner, F. (2011). Treatment of Traumatized Victims of War and Torture: A Randomized Controlled Comparison of Narrative Exposure Therapy and Stress Inoculation Training. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 345-352.
- Hetzl-Riggin, M. D., & Roby, R. P. (2013). Trauma Type and Gender Effects on PTSD, General Distress, and Peritraumatic Dissociation. *Journal of Loss and Trauma*, 18, 41-53.
- Johannes Wier Stichting (2015). *Handreiking ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers*. Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten.
- Johnson, H., & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: a review. *Clinical Psychology Review* 28, 36-47.

- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association or its licensors*, *183* (12), 959-967.
- Mooren, T., Stöfösel, M. & Truysens, J. (2012). Complexe PTSS. In E. Vermetten, R.J. Kleber, & O. van der Hart (Red.), *Handboek Posttraumatische stresstoornissen* (pp. 601-618). Utrecht: De Tijdstroom.
- Morkved, N., Hartmann, K., Aarsheim, L. M., Holen, D., Milde, A. M., Bonyea, J., & Thorp, S. R. (2014). A comparison of Narrative Exposure Therapy and Prolonged Exposure therapy for PTSD. *Clinical Psychology Review*, *34*, 453-462.
- Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert T., & Schauer, M. (2010). Can Asylum-Seekers with Posttraumatic Stress Disorder Be Successfully Treated? A Randomized Controlled Pilot Study. *Cognitive Behaviour Therapy*, *39* (2), 81-91.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling, and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, *72* (4), 579-587.
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review*, *31*, 399-417.
- Paunovic, N., & Öst, L. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 1183-1197.
- Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: a review. *Clinical Psychology Review*, *30*, 1030-1039.
- Samson, K. (2007). Cognitive Behavioral Therapy 'Revisited' Traumatic Events Speeds PTSD Recovery in Women Veterans. *Neurology Today*, 34-36.
- Slobodin, O., & de Jong, J. T. V. M. (2015). Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy? *International Journal of Social Psychiatry*, *6* (1), 17-26.
- Solomon, E. P., & Heide, K. M. (1999). Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *43* (2), 202-210.
- United Nations High Commissioner for Refugees (2015). *Refugee Figures*. Gevonden op <http://www.unhcr.org.uk/about-us/key-facts-and-figures.html>, op 26 mei 2015.

- VluchtelingenWerk Nederland (2015). *Vluchtelingen in getallen 2015*. Gevonden op <http://www.vluchtelingenwerk.nl/sites/public/Vluchtelingenwerk/Cijfers/VLUCHTELINGEN%20IN%20GETALLEN%202015%20definitiefst%20OO%2002092015.pdf>, op 29 oktober 2015.
- de Vries, G. en Olf, M. (2009). The Lifetime Prevalence of Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (4), 259-267.
- Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1997). Fifteen-Month Follow-Up of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment for Posttraumatic Stress Disorder and Psychological Trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997, 65 (6), 1047-1056.