

# HULP AAN GEVLUCHTE KINDEREN MET TRAUMA'S

Over de effectiviteit van traumabehandeling bij vluchtelingenkinderen is nog te weinig bekend. KIEM is een onderzoeksproject van Stichting Centrum'45 naar de effectiviteit van KIDNET EMDR en vergelijkt deze met een wachtlijstconditie.

NIENKE SMID, CARLIJN DE ROOS EN TRUDY MOOREN



**A**mal is acht jaar als hij samen met zijn vader en zus vanuit Eritrea via Soedan naar Europa vlucht. In Soedan gaat het mis. Wanneer Amal bij zijn buurjongen gaat spelen, pakken twee volwassen mannen hem vast en wordt hij door andere mannen, waaronder de vader van zijn buurjongetje, tweemaal verkracht. Amal komt huilend bij zijn vader en vertelt wat hem is overkomen. Zijn vader neemt hem mee naar de politie, maar die gelooft het verhaal niet. En dus zetten Amal, zijn vader en zijn zus hun vlucht voort. Als zij in Libië in een vrachtwagen zitten bij mensensmokkelaars, ziet Amal hoe zijn zus seksueel wordt misbruikt. Ook gebruiken de mensensmokkelaars stukjes huid van de handen van Amal om shag mee te draaien.

Na negen maanden op de vlucht te zijn geweest, komt Amal met zijn vader en zus aan in Nederland, waar zij een verblijfsvergunning krijgen. Sinds de groepsverkrachting heeft Amal last van nachtmerries, angsten, hoofdpijn en wordt hij erg snel boos. Hij durft niet te gaan slapen uit angst voor de nare dromen en heeft weinig zin om met andere jongens te spelen. Ook schaamt Amal zich en voelt hij zich dom: had hij maar bedacht om niet bij zijn buurjongen te gaan spelen, dan was er niks gebeurd. Hij heeft weinig vertrouwen in zichzelf en anderen, met name volwassen mannen zoals zijn meester en voetbaltrainer. Amals vader durft hem niet goed alleen te laten of aan andere mensen toe te vertrouwen.

Als Amal elf jaar is, wordt hij aangemeld bij KIEM, een onderzoeksproject van Stichting Centrum '45

naar de effectiviteit van twee traumagerichte interventies bij vluchtelingenkinderen: de kindversie van Narratieve Exposure Therapy (KIDNET) en Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR). Het effect van deze behandelmethoden wordt vergeleken met een wachtlijstconditie. EMDR en KIDNET zijn weliswaar effectief gebleken in de westerse klinische praktijk, maar tot dusver onvoldoende onderzocht bij vluchtelingenkinderen. In dit artikel beschrijven we de opzet van een gerandomiseerde, gecontroleerde studie naar de effectiviteit van EMDR en KIDNET versus wachtlijst bij deze doelgroep. De behandelingen worden 'outreaching' aangeboden in samenwerking met regionale GGZ-organisaties (GGZ Centraal, I-Psy).

## CUMULATIEVE STRESS

Vanaf 2015 is het aantal vluchtelingenkinderen in Nederland, zoals elders in Europa en in het Midden-Oosten, sterk toegenomen (CBS, 2017; UNHCR, 2017). Sinds jaar en dag is ongeveer één derde van de vluchtelingen die ons land bereiken jonger dan negentien jaar. In Nederland zijn de meeste vluchtelingenkinderen afkomstig uit door oorlog getroffen landen, zoals Syrië, Afghanistan, Irak en Eritrea. De meerderheid is gearriveerd met één of beide verzorgers.

Veel vluchtelingenkinderen in Nederland hebben oorlog en vervolgens migratie meegemaakt. Of zij traumatische stressklachten hebben, hangt onder andere af van datgene waaraan ze zijn blootgesteld

(Fazel & Betancourt, 2017). Traumatische gebeurtenissen die een vluchteling kunnen overkomen, worden doorgaans gerangschikt naar de episode waarin zij zijn opgedaan: 1) voorafgaand aan de vlucht, zoals oorlog, onderdrukking en geweld, verlies van hun huis door vernietiging, moord van dierbaren, 2) gedurende de vlucht, zoals verlies van familieleden tijdens de tocht, afpersing en misbruik door mensensmokkelaars, en 3) na de vlucht en de eerste periode van opvang in Nederland, de asielpcedure, verblijf in collectieve centra met andere mogelijk getraumatiseerde mensen, ervaringen met discriminatie en het ervaren van een onzekere toekomst (Fazel, Reed, Panter-Brick, & Stein, 2012).

Als gevolg van deze cumulatieve stress worden vluchtelingenkinderen gezien als een groep die kwetsbaar is voor het ontwikkelen van psychische problemen. Zij vormen een extra uitdaging voor de geestelijke gezondheidszorg doordat veelal meerdere problemen tegelijk spelen en doordat zij de Nederlandse taal niet altijd goed beheersen (Stenmark, Catani, Neuner, Elbert, & Holen, 2014).

De afgelopen jaren zijn overzichtsstudies verschenen over de prevalentie van psychosociale problemen bij vluchtelingenkinderen in westerse en niet-westerse opvanglanden (Fazel e.a., 2012; Kien e.a., 2018). Psychische problemen en met name een posttraumatische stressstoornis (PTSS) komen bij vluchtelingenkinderen vaak voor (Kien e.a., 2018). Gebaseerd op hun overzicht van 47 prevalentiestudies schatten Kien e.a. (2018) in dat 19 tot 53 procent PTSS, 10 tot 33 procent depressie, 9 tot 32 procent angststoornissen en 20 tot 35 procent emotionele en gedragsproblemen heeft. Hoewel dit een minderheid van de populatie betreft, komt PTSS vele malen vaker voor bij vluchtelingen dan bij de autochtone bevolking (Alisic e.a., 2014). Dikwijls gaan deze symptomen van posttraumatische stress gepaard met comorbide reacties, zoals somberheid, teruggetrokken gedrag en verlatingsangst. Tegelijkertijd hebben deze kinderen nogal eens ouders met een vergelijkbaar of hoger stressniveau die kampen met verschillende (geestelijke) gezondheidsproblemen. Zij zijn daardoor soms minder emotioneel beschikbaar voor hun kinderen (Dalgaard & Montgomery, 2015).

Wanneer er geen aandacht komt voor het verwerken van emotioneel beladen herinneringen, wanneer mogelijke trauma's in de kindertijd onbehandeld blijven, kan dit leiden tot ontwikkelingsstagnatie en psychopathologie in de volwassenheid (Fazel e.a., 2018). Tijdige deskundige zorg is dus noodzakelijk, zoals voor alle kinderen in Nederland.

## STIGMA

Ofschoon de hoge prevalentie en de negatieve gevolgen voor de ontwikkeling bij vluchtelingenkinderen

zijn aangetoond, is nog weinig bekend over deskundige en effectieve psychologische zorg voor deze doelgroep (Fazel e.a., 2018). Een van de redenen voor het gebrek aan gedegen onderzoek hiernaar is de moeilijke bereikbaarheid van deze groep. Vluchtelingen met een hulpvraag komen veelal niet aan bij psychologische hulpverlening vanwege beperkte financiële middelen om te reizen, gebrek aan kennis over mogelijkheden voor behandeling van traumatische stressklachten en andere maatschappelijke problemen (Fazel e.a., 2012; Kien e.a., 2018). Bovendien lijken vluchtelingenouders ook niet actief in het zoeken van hulp, ondanks de klachten die zij waarnemen bij hun kinderen. Het stigma in niet-westerse culturen op psychologische hulpverlening speelt vaak een rol. Ouders zijn vaak terughoudend als het gaat om praten over traumatische gebeurtenissen; zij zien niet altijd hoe gebeurtenissen uit het verleden verband houden met huidige emotionele problemen (Brinkman, 2018; Dalgaard & Montgomery, 2015).

## 19 TOT 53% VAN DE VLUCHTELINGENKINDEREN LIJDT AAN EEN PTSS

Er zijn slechts enkele studies naar de effectiviteit van traumabehandeling bij vluchtelingenkinderen verricht. In niet-gecontroleerd onderzoek naar EMDR als onderdeel van een psychodynamische therapeutische aanpak bij vluchtelingenkinderen ( $n = 13$ ) tussen de 8 en 16 jaar in Zweden, was EMDR (in 6 sessies) effectief in het reduceren van PTSS-symptomen en depressieve klachten (Oras e.a., 2004). Gecontroleerd onderzoek waarbij KIDNET werd vergeleken met een wachtlijst bij vluchtelingenkinderen ( $n = 26$ ) tussen de 7 en 16 jaar in Duitsland, wees uit dat KIDNET effectief is (in 8 sessies) in het verminderen van PTSS-symptomen en het verbeteren van psychisch functioneren (Ruf e.a., 2010).

Vooralsnog is er geen duidelijkheid over de noodzakelijke duur van traumabehandeling van vluchtelingenkinderen met een PTSS. De Roos e.a. (2017) vonden dat EMDR effect had in het reduceren van PTSS, comorbide gedragsproblemen, depressie en angstklachten in een beperkt aantal sessies (gemiddeld 4 sessies, 2 uur en 20 minuten) voor Nederlandse jeugdigen van 8 tot 18 jaar. Echter, dit betrof een studie naar kinderen die eenmalig een traumatische gebeurtenis hadden meegemaakt. Omdat vluchtelingenkinderen vrijwel altijd meerdere traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt, zijn in de KIEM-studie meer behandelsessies gepland, namelijk acht, nadat intake en diagnostiek heeft plaatsgevonden.

## DE KIEM-STUDIE

Om meer kennis te verkrijgen over effectieve interventies voor vluchtelingenkinderen met PTSS, hebben we een gerandomiseerde gecontroleerde studie opgezet genaamd KIEM. Het acroniem KIEM komt voort uit het doel van de studie: een succesvolle verdere ontwikkeling en groei (het ‘ontkiemen’) van traumabehandeling voor vluchtelingenkinderen. Bovendien is KIEM de afkorting van de twee behandelcondities die we in de studie hanteren, te weten KIDNET en EMDR. Het doel van KIEM is allereerst het bepalen van de effectiviteit van KIDNET en EMDR in vergelijking met een wachtlijstconditie. Doordat we zowel tijdens de behandeling als tijdens de wachtlijstperiode elke week op traumaklachten screenen, kunnen we het beloop van deze klachten onderzoeken. Afname van PTSS-symptomen staat centraal, daarnaast wordt ook het effect van de interventies bestudeerd op (andere) sociaal-emotionele reacties en de kwaliteit van leven.

## OP PSYCHOLOGISCHE HULP ZOEKEN RUST VAAK EEN TABOE

Vluchtelingenkinderen tussen 8 en 18 jaar die in 2015 of later in Nederland, met ten minste één ouder/begeleider, zijn aangekomen, kunnen meedoen aan het onderzoek. Zij worden meestal verwezen door de huisarts, in samenwerking met de school of een andere zorginstelling.

Nadat een kennismaking en intake heeft plaatsgevonden met ouder en kind, wordt uitleg gegeven over de KIEM-studie en gevraagd om een *informed consent*-formulier te ondertekenen. Zodra ouder en kind (wanneer 12 jaar of ouder) toestemming hebben gegeven, wordt gestart met de traumadiagnostiek. Als de jeugdige voldoet aan de criteria van een PTSS vindt via randomisatie toewijzing plaats aan een van de drie onderzoekcondities (EMDR, KIDNET of wachtlijst). De kinderen uit de wachtlijstgroep krijgen na het wachten een van beide behandelingen aangeboden.

Het klinisch interview en de vragenlijsten worden voorafgaand aan de eerste behandelsessie, vier weken na afloop van de laatste behandelsessie (nameting) en drie maanden erna (follow-up) afgenomen. De metingen worden uitgevoerd door psychologen die niet betrokken zijn bij de traumabehandeling.

De traumagerelateerde problemen brengen we in kaart met een semigestructureerd interview, de *Clinical-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents* (CAPS-CA; Pynroos e.a., 2015). De emotionele en gedragsproblemen en de kwaliteit van leven van het kind worden achtereenvolgens gemeten met de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997) en de *KIDSCREEN-27* (*The KIDSCREEN Group Europe*, 2011).

Zowel bij de behandel- als bij de wachtlijstgroep wordt wekelijks de *Children Revised Impact of Event Scale-8* (CRIES 8; Perrin e.a. 2015) afgenomen. Ofschoon een groot deel van de deelnemende jeugdigen redelijk goed Nederlands spreekt, zijn de vragenlijsten beschikbaar in verschillende talen en vragen we waar nodig hulp van een tolk. Ten slotte zal bij de nameting een interview plaatsvinden met de jeugdige over zijn of haar ervaring met de therapie. Op grond van deze resultaten zullen we aandachtspunten formuleren om de toepassing van EMDR of KIDNET bij vluchtelingenkinderen te verbeteren.

## EMDR, KIDNET OF EVEN NIETS DOEN

De kern van de EMDR-procedure is dat de jeugdige zich concentreert op een emotioneel beladen herinnering en tegelijkertijd een andere afleidende taak uitvoert, meestal het volgen van de vingers van de therapeut (oogbewegingen), waardoor de emotionele lading van de herinnering vermindert of verdwijnt.

Bij KIDNET legt de jeugdige samen met de therapeut een levenslijn bestaande uit bloemen (mooie gebeurtenissen) en stenen (nare gebeurtenissen), waarna de jeugdige de meest belangrijke gebeurtenissen op chronologische volgorde in detail bespreekt met de therapeut. Dit biedt de kans om de traumatische ervaringen te herleven en vervolgens te verwerken op een manier die een positieve ontwikkeling en een positieve kijk op de toekomst aanmoedigt.

Om te onderzoeken of de traumabehandelingen effectiever zijn dan wachten, is een controleconditie opgenomen: een wachtlijstperiode van acht weken. Tevens wordt aan de ouder(s) viermaal ouderbegeleiding geboden. Die gesprekken staan vooral in het teken van psycho-educatie en het bespreken van het behandelverloop. Wanneer ouders zelf last hebben van traumaklachten, adviseren we hen voor zichzelf hulp te zoeken en denken daarbij met hen mee. De behandelaren in de studie zijn getraind in beide traumamethoden en zullen beide behandelingen uitvoeren. Zij worden gesuperviseerd middels video-opnames van de sessies, om de ‘treatment fidelity’ te waarborgen.

De resultaten van de KIEM-studie zullen zicht geven op de mate van effectiviteit van EMDR en KIDNET voor vluchtelingenkinderen. We willen daarmee een bijdrage leveren aan het onderbouwen van de bewijsvoering van deze kortdurende traumagerichte interventies voor een kwetsbare groep kinderen. Immers, wanneer een of beide methoden effectief blijken in de aanpak van PTSS bij deze doelgroep, is het van belang om ervoor te zorgen dat de behandeling meer beschikbaar komt en dat deze vaker wordt toegepast.

Met de inzet van traumabehandeling willen we kinderen als Amal goed helpen. Hopelijk nemen zijn nachtmerries, angsten, opvliegendheid en hoofdpijn na behandeling af en kan zijn vader hem met vertrouwen verder laten opgroeien.

## LITERATUUR

- > Alisic, E., Alyson, K.Z., van Wesel, F., Larsen, S.E., Hafstad, G.S., Hassanpour, K., Smid, G.E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 335-340.
- > Brinkman, S.J.A. (2018). Ouder-kindrelaties na de vlucht. Een onderzoek in het kader van de opleiding tot Verpleegkundig Specialist naar de samenhang tussen posttraumatische stressreacties en ouderlijke opvattingen over emoties van hun vluchtelingkinderen.
- > Dalgaard, N.T., & Montgomery, E. (2015). Disclosure and silencing: a systematic review of the literature on patterns of trauma communication in refugee families. *Transcultural Psychiatry*, 52(5), 579-593.
- > de Roos, C., van der Oord, S., Zijlstra, B., Lucassen, S., Perrin, S., Emmelkamp, P., & de Jong, A. (2017). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioural writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single incident trauma: a multicentre randomized clinical trial. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 1219-1228.
- > Fazel, M., & Betancourt, T. S. (2017). Preventive mental health interventions for refugee children and adolescents in high income settings. *Elsevier*, 2, 121-132.
- > Fazel, M., Reed, R.V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 379, 266-282.
- > Fazel, M. (2018). Psychological and psychosocial interventions for refugee children resettled in high-income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27, 112-123.
- > Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- > Kien, C.H., Sommer, I., Faustmann, A., Gibson, L., Schneider, M., ... Gartlehner, G. (2018). Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European countries: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 1295-1310.
- > Kidscreen Group Europe (2011). *Kidscreen manual*. Beschikbaar via [www.kidscreen.org/englich/publications/manual](http://www.kidscreen.org/englich/publications/manual). Geraadpleegd op 4 oktober 2019.
- > Oras, R., de Ezpeleta, S.C., Ahmad, A. (2004). Treatment of traumatized refugee children with eye movement desensitization and reprocessing in a psychodynamic context. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 199-203.
- > Perrin, S., Meiser-Stedman, R., & Smith, P. (2005). The Children's Revised Impact of EventScale (CRIES): validity as a screening Instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 487-498.
- > Pynoos, R.S., Weathers, F.W., Steinberg, A.M., Marx, B.P., Layne, C.M., ... Kriegler, J.A. (2015). Clinician-administered PTSD scale for DSM 5- child/adolescent version. Beschikbaar via [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov). Geraadpleegd op 4 oktober 2019.
- > Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: a randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress* 23, 437-445.
- > Stenmark, H., Catani, C., Neuner, F., Elbert, T., & Hølen, A. (2014). Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 641-647.