

Over de NtVP

De Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP) is een onafhankelijke vereniging, die streeft naar continue kwaliteitsverbetering op het gebied van psychotraumatologie voor diegenen die zich professioneel of binnen een professionele organisatie met psychotrauma bezighouden.

Dit doet de NtVP door zich in te zetten voor:

- het ontwikkelen en verbeteren van kennis, opleiding, wetenschappelijk onderzoek en standaarden ten aanzien van de preventie, het ontstaan, diagnostiek en de behandeling van aan psychotrauma gerelateerde klachten;
- het bieden van een multidisciplinair netwerk met psychotrauma expertise, waarin kennis wordt gedeeld en leden discussie voeren ter bevordering van hun professionele ontwikkeling;
- behartigen van de belangen van het vakgebied van psychotraumatologie.

De NtVP maakt deel uit van de Europese vereniging voor Psychotrauma (ESTSS). De ESTSS heeft verbindingen met een groot aantal nationale verenigingen, waardoor een Europees breed netwerk van Psychotrauma verenigingen ontstaat.

www.ntvp.nl

Van de voorzitter

Het is een eer om het nieuwe katern voor de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma, de NtVP, in de Cogiscope aan te mogen kondigen. In dit katern bespreken we hoogtepunten uit recente literatuur, wetenschappelijk onderzoek en congressen. Daarnaast komen actuele vraagstukken in het brede veld van de psychotrauma aan bod. In deze eerste uitgave beschrijven experts hun visie op de vraag of een stabiliserende behandeling vooraf dient te gaan aan traumagerichte behandeling bij Complexe PTSS. Als lezer



Mariel Meewisse

hebt u vanaf de volgende uitgave de kans om bij te dragen aan de rubriek *Supervisievraag en -antwoord*. Hebt u casuïstiekvragen over diagnostiek, indicatiestelling of behandeling, stuur die dan naar Cogiscope@NtVP.nl (zie kader op pagina 48). De brede expertise van onze leden op gebied van patiëntenzorg en wetenschap maakt het mogelijk om vanuit verschillende visies uw vragen te beantwoorden.

Welke ontwikkelingen hebben we na de recente bestuurswisseling in gang gezet? De visie 'sterker door verbinding' hebben we kracht bijgezet met een goed bereikbaar nieuw secretariaat bemand door Paulien Brieffies. Special Interest Groepen (SIGs) zijn opgezet waarin leden binnen hun expertiseveld samenkomen. In samenspraak met partijen uit het veld onderzoeken we of een profiel voor opvangwerkers met bijbehorend curriculum meerwaarde heeft. Toponderzoeker professor Richard Bryant heeft een lezing gegeven over de sociale kant van trauma en een verslag hiervan kunt u vinden op www.NtVP.nl. Op deze website vindt u bovendien, naast nieuws en een activiteitenagenda, een database met proefschriften van in Nederland en België gepromoveerde onderzoekers op gebied van trauma, stress en gevolgen daarvan. Ook hebben we een start gemaakt met verzamelen van psychotraumagerelateerde meetinstrumenten om het werk van klinici en wetenschappers te faciliteren. Kortom de NtVP houdt ons bezig!

Mariel Meewisse

Experts in debat over Complexe PTSS: eerst stabiliseren, dan behandelen?

Het concept Complexe PTSS en hoe deze behandeld dient te worden blijft een actuele discussie.

In deze uitgave wordt de huidige behandelrichtlijn voor volwassenen met Complexe PTSS van de *International Society for Traumatic Stress Studies* (ISTSS; Cloitre et al., 2012) van twee kanten belicht.

IVA BICANIC en AD DE JONGH

Kritische beschouwing van de ISTSS behandelrichtlijn voor Complexe PTSS bij volwassenen

Inleiding

Steeds vaker wordt debat gevoerd over 'Complexe PTSS' en hoe de mensen die hieraan lijden behandeld moeten worden. Maar in plaats van dat hulpverleners zich competentier gaan voelen in hun handelen, lijkt het veld verder gepolariseerd te raken. Erkenning voor het bestaan van Complexe PTSS vormt de kern van een deel van de polarisatie. Een aantal experts binnen het traumaveld pleit er al jaren voor deze classificatie als diagnose in de DSM op te nemen, waar zij tot dusver niet in zijn geslaagd. Volgens hen moet de 'diagnose' Complexe PTSS worden gesteld bij de aanwezigheid

van de kernsymptomen van PTSS en vijf andere symptomen: moeite met emotieregulatie, verstoring van relationele vaardigheden, veranderingen in aandacht en bewustzijn, aanwezigheid van negatieve kernopvattingen, en somatisch lijden of desorganisatie. Een op zichzelf staande diagnose zou naast erkenning ook een aparte behandeling voor deze patiëntengroep rechtvaardigen. Hier ligt mogelijk de basis voor de andere controversen, namelijk de vraag *hoe* deze patiënten behandeld moeten worden: direct traumagericht volgens de bestaande PTSS richtlijnen of eerst – in een voorafgaande stabilisatiefase – de emotieregulatie

verbeteren? Hoewel de ISTSS behandelrichtlijn een fasegerichte aanpak aanbeveelt voor mensen met Complexe PTSS, neemt de druk op de houdbaarheid van deze richtlijn toe vanwege de zwakke wetenschappelijke onderbouwing ervan (Bicanic, De Jongh & Ten Broeke, 2015).

Empirische basis van de ISTSS behandelrichtlijn voor Complexe PTSS

De wetenschappelijke basis van de ISTSS behandelrichtlijn wordt gevormd door negen studies. Echter, een beschrijving van de criteria of zoekstrategie op basis waarvan deze studies werden geselecteerd, ontbreekt. Daarnaast zijn twee studies geen *Randomized Controlled Trials* (RCTs), slechts drie studies includeerden een actieve controlegroep, en van drie studies zijn geen follow-up gegevens beschikbaar. Maar het meest opmerkelijk is dat, terwijl de richtlijn betrekking heeft op de behandeling van volwassenen met Complexe PTSS, juist deze 'diagnose' ontbrak bij

de deelnemers in de meegenomen studies. Een uitzondering daarop is de 'Vroeger en Verder' pilot-studie, waarin de aanwezigheid van Complexe PTSS met een gestandaardiseerd klinisch interview werd vastgelegd. Zelfs in de RCT van Cloitre en collega's (2010), die de kern vormt van de richtlijn, was Complexe PTSS geen criterium voor deelname. De voor deze studie geïnccludeerde patiënten waren vrouwen met PTSS als gevolg van vroeg misbruik, voor wie de *Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation* (STAIR) is ontwikkeld: een acht sessies durende vaardigheidstraining in affect- en relatiereregulatie. Deze studie vergeleek de resultaten van drie condities: 'STAIR gevolgd door imaginaire exposure', 'supportive counseling gevolgd door imaginaire exposure' en 'STAIR gevolgd door supportive counseling'. Pas zes maanden na de behandeling hadden vrouwen die STAIR in combinatie met exposure hadden gekregen, in vergelijking met de twee controlegroepen, significant minder last van PTSS-symptomen, depressie, angst, dissociatie, woede en stemming. Toch ondersteunen volgens de auteurs deze resultaten de superioriteit van de fase-gerichte aanpak vergeleken met de exposure-gerichte conditie. Deze conclusie is niet gerechtvaardigd, omdat de studie van Cloitre geen controlegroep had die sec een exposure behandeling kreeg, en omdat personen met 'STAIR gevolgd door imaginaire exposure', vergeleken met de andere twee condities, een twee maal langere effectieve behandeling kregen. Kortom, de studie van Cloitre en haar collega's, maar ook de andere acht geselecteerde studies, bieden geen ondersteuning voor de stelling dat

een standaard traumabehandeling door stabilisatie moet worden vooraf gegaan.

Ontmanteling van aannames

De belangrijkste aanname voor een gefaseerde aanpak is dat patiënten met Complexe PTSS als gevolg van interpersoonlijke traumatisering in hun jeugd over onvoldoende psychologische stabiliteit beschikken om de herinneringen onder ogen te zien en daarmee gepaard gaande *arousal* te verdragen. Daarom zouden zij eerst vaardigheden op het gebied van zelfcontrole en affectregulatie moeten aanleren. Maar is deze aanname terecht? Er is inmiddels een overtuigend aantal studies dat laat zien dat mensen met een geschiedenis van vroegkinderlijk interpersoonlijk trauma op verschillende uitkomstmaten – zonder voorafgaande emotieregulatietraining – even goed profiteren van een richtlijnbehandeling als mensen zonder een dergelijke traumageschiedenis, en dat dissociatieve symptomen of ernstige comorbiditeit (waaronder psychose) de effectiviteit van traumagerichte behandelingen niet negatief beïnvloeden.

Aanbevelingen voor de praktijk

Momenteel wordt er in Nederland een aantal studies uitgevoerd, die de werkzaamheid van een *evidence based* traumabehandeling met en zonder stabilisatie vooraf vergelijken. Hiermee is echter de huidige onzekerheid onder hulpverleners over de behandeling van Complexe PTSS nog niet opgelost. Met welke aanbevelingen is het veld momenteel geholpen? Het uitgangspunt is dat er een groep patiënten is voor wie een traject van

stabilisatie (motivatie, psycho-educatie, cognitief herstructureren, emotieregulatietraining, etc.) nodig zal zijn voordat met de verwerking van de traumatische herinneringen kan worden gestart. De specifieke set aan kenmerken van *deze* groep, die de indicatiestelling voor stabilisatie zou kunnen verscherpen danwel onnodig inzetten van stabilisatie kan voorkomen, is nog onvoldoende helder. Daarbij is niet onderzocht of stabilisatie de doorstroom naar de traumagerichte fase inderdaad faciliteert. Op basis van het huidige beschikbare onderzoek op dit terrein, is onze aanbeveling derhalve, ook bij patiënten met symptomen die passen bij Complexe PTSS, de bestaande multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen te volgen. Ofwel: 'eerst traumagerichte behandeling, tenzij' in plaats van 'eerst stabilisatie, tenzij'.

DR. IVA BICANIC is GZ-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog en coördinator van het Landelijk Psychotraumacentrum van het UMC Utrecht en het Centrum Seksueel Geweld in Utrecht.

PROF. DR. AD DE JONGH is tandarts en GZ-psycholoog en is als bijzonder hoogleraar angst- en gedragsstoornissen verbonden aan het Academisch Centrum Tandheelkunde (ACTA) van de Universiteit van Amsterdam en Vrije Universiteit.

JACKIE JUNE TER HEIDE

Complexe PTSS ter discussie

Het construct complexe PTSS en het bijbehorende advies van gefaseerde behandeling hebben, met name sinds het verschijnen van het boek *Trauma en herstel* van Judith Herman in 1992, sterk wortel geschoten in de klinische praktijk. Veel behandelaars, met name van vroeg getraumatiseerde patiënten, herkennen er hun patiënten in en zien er een waarschuwing in tegen het emotioneel overbelasten van patiënten door traumagerichte therapie. Complexe PTSS is, zoals Bicanic en De Jongh aangeven, nooit als diagnose geïncorporeerd in de DSM, maar het is waarschijnlijk dat het als aanvulling op de PTSS-diagnose opgenomen zal worden in de ICD-11 (Maercker et al., 2013). Dit voornemen doet de discussie rond de validiteit van het construct en het bijbehorende behandeladvies opnieuw oplopen. Enerzijds pleiten voorstanders van het complexe PTSS-construct voor een welomschreven complexe PTSS-diagnose en een aangepaste behandeling (zoals in de door Bicanic en De Jongh besproken richtlijnen); anderzijds pleiten tegenstanders (zoals Resick et al., 2012) voor het vasthouden aan een uniforme PTSS-diagnose en aan bestaande behandelrichtlijnen voor PTSS, ook bij complex getraumatiseerde patiënten.

Dat de ISTSS richtlijnen voor behandeling van Complexe PTSS ter discussie worden gesteld,

is terecht. De *evidence* voor gefaseerde behandeling van Complexe PTSS is beperkt, en de *evidence* voor behandeling van PTSS als gevolg van complexe traumatische ervaringen wijst op de effectiviteit van traumagerichte therapie. In hun artikel nemen Bicanic en De Jongh krachtig stelling met de boodschap 'Eerst traumagerichte behandeling, tenzij'. Deze stelling nodigt uit tot reactie.

Eerst traumagerichte therapie, tenzij wat?

Met het 'tenzij' wordt een begin gemaakt met een door veel behandelaars gewenste nuancering van de behandelrichtlijnen voor PTSS. Niet alle patiënten zijn gemotiveerd voor het volgen van traumagerichte therapie en niet alle patiënten hebben er baat bij (Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Tendick, & Gray, 2008). Iedere behandelaar zal zijn of haar patiënt een faalervaring willen besparen. De vraag is of te voorspellen is wie van traumagerichte therapie zal profiteren en wie niet. Het onderzoek hiernaar is vooralsnog beperkt door het traditioneel excluderen van patiënten met ernstige comorbiditeit of anderszins lastige kenmerken (Spinazzola, Blaustein, & Van der Kolk, 2005). Daarnaast selecteren veel potentiële deelnemers zichzelf uit. Of niet-gemotiveerde en niet-profitende patiënten gekenmerkt worden door symptomen van complexe PTSS is de vraag. Breed includeren en het toetsen van complexe PTSS als

predictor zal hier uitsluitel over moeten geven. Zonder dit uitsluitel worden behandelaars bij de indicatiestelling vooralsnog teruggeworpen op hun klinische blik.

Eerst evidence-based therapie?

Een tweede vraag is of traumagerichte therapie de enige werkzame behandelvorm is voor PTSS. Volgens het gefaseerde behandelmodel zouden patiënten die niet gemotiveerd of niet in staat zijn tot het volgen van traumagerichte therapie eerst vaardigheden moeten leren en motivatie moeten opbouwen om door te kunnen stromen naar de traumagerichte fase. Er komt langzamerhand echter steeds meer *evidence* beschikbaar dat niet-traumagerichte, protocollaire behandelingen voor PTSS ook effectief zijn. Voorbeelden hiervan zijn *present-centered therapy*, wat ontworpen is als controleconditie maar zelf een goed effect blijkt te hebben (Frost, Laska, & Wampold, 2014) en recentelijk interpersoonlijke psychotherapie (IPT; Markowitz et al., 2015). Dergelijke therapieën zouden een alternatief kunnen bieden aan patiënten die de confrontatie met hun traumatische herinneringen niet willen of durven aangaan. Het hebben van een keuze hierin is in het belang van elke patiënt met PTSS, of die nou wel of niet voldoet aan een complexe PTSS-diagnose.

DRS. JACKIE JUNE TER HEIDE is werkzaam als klinisch psycholoog bij Stichting Centrum '45 waar zij momenteel haar promotieonderzoek

afrontt naar de effectiviteit van EMDR versus stabilisatie in de behandeling van getraumatiseerde asielzoekers en vluchtelingen.

Referenties

Bicanic, I.A.E., Jongh A. de & Broeke, E. ten (2015).

Stabilisatie in traumabehandeling: noodzaak of mythe? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(5), 332-9.

Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J.L., Lanius, R., Stolbach, B.C., Spinazzola, J., Van der Kolk, B.A., Van der Hart, O. (2012). *The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults*. Retrieved from http://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ComplexPTSD.pdf

Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Nooner, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C.L., e.a. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 167, 915-24.

Frost, N.D., Laska, K.M., & Wampold, B.E. (2014). The evidence for present-centered therapy as a treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 1-8.

Herman, J.L. (1993). *Trauma en herstel: De gevolgen van geweld – van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.

Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A., Cloitre, M., Reed, G.M., Van Ommeren, M., et al. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*, 381, 1683-1785.

Markowitz, J.C., Petkova, E., Neria Y., Van Meter, P.E., Zhao, Y., Hembree E., et al., (2015). Is exposure necessary? A randomized clinical trial of Interpersonal Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 172, 430-440.

Resick, P.A., Bovin, M.J., Calloway, A.L., Dick, A.M., King, M.W., Mitchell, K.S., et al. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 241-251.

Schottenbauer, M.A., Glass, C.R., Arnkoff, D.B., Tendick, V., & Gray, S.H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry* 71(2), 134-168.

Spinazzola, J., Blaustein, M., & Van der Kolk, B.A. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: the study of unrepresentative samples? *Journal of Traumatic Stress*, 18, 425-436.

Oproep voor de rubriek *Supervisie vraag en -antwoord*

Hebt u casuïstiekvragen over diagnostiek, indicatiestelling of behandeling, stuur die dan naar Cogiscope@NtVP.nl. Diverse experts in de psychotraumazorg beantwoorden uw vraag binnen deze rubriek in een volgende uitgave van Cogiscope of op www.NtVP.nl

Dit katern binnen de Cogiscope wordt verzorgd door de werkgroep Communicatie van de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma, www.NtVP.nl.

Coördinator:
Joanne Mouthaan,
Cogiscope@NtVP.nl
© NtVP 2015