

Het effect van een kortdurende groepsgewijze stabilisatietraining bij patiënten met een complexe posttraumatische stressstoornis

G. BELDMAN, H.H.L.M. KESSELS, I.W. DE GROOT

ACHTERGROND De internationale richtlijn voor complexe PTSS adviseert een fasegewijze behandeling, waarbij begonnen moet worden met een stabiliserende behandeling. Er zijn de afgelopen jaren verschillende stabilisatietrainingen ontwikkeld, waaronder een kortdurende groepsgewijze stabilisatietraining.

DOEL In kaart brengen van de effecten van deze kortdurende groepsgewijze stabilisatietraining.

METHODE Het onderzoek bestond uit een voor- en nameting. De training omvatte vijf groepsbijeenkomsten. Voor de stabilisatietraining en na afloop van de training werden vragenlijsten (BSI, OQ-45 en SVL-15) ingevuld. Vier domeinen werden gemeten: psychische symptomen in het algemeen, depressieve symptomen, problemen in interpersoonlijk functioneren en PTSS-gerelateerde klachten. Het effect van de training werd bepaald aan de hand van gepaarde t-toetsen.

RESULTATEN Van de 47 deelnemers die de training afrondden, werden de scores op de vragenlijsten geanalyseerd. Tijdens de stabilisatietraining vond op geen van de vier onderzochte domeinen een significante afname van klachten plaats.

CONCLUSIE Een kortdurende groepsgewijze stabilisatietraining lijkt, tegen onze verwachting in, geen toegevoegde waarde te hebben bij patiënten met complexe PTSS. Deze uitkomsten sluiten aan bij een recente discussie waarbij de effectiviteit van andere stabilisatiemethoden in twijfel wordt getrokken. Alternatieve behandel mogelijkheden worden besproken.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)11, 672-679

TREFWOORDEN complexe PTSS, trauma, stabilisatie, behandeling, effectstudie



ARTIKEL



Ruim 80% van de Nederlanders maakt in de loop van zijn of haar leven een ernstige nare ervaring mee. Naar schatting krijgt 7,4% van alle Nederlanders door een traumatische ervaring een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (De Vries & Olff 2009). Daarbij wordt vaak onderscheid gemaakt tussen enkelvoudige en complexe PTSS (Stöf sel & Mooren 2010). Complexe PTSS is een ernstige vorm van PTSS met ingrijpende gevolgen voor zowel de patiënt als diens omgeving (Stöf sel & Mooren 2010).

In de Expert Consensus Guidelines for Complex PTSD van de International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) adviseert men voor complexe PTSS een fasegewijze behandeling, waarbij gestart zou moeten worden met stabilisatie (Cloitre e.a. 2012). Volgens deze richtlijn is een belangrijk doel van de stabilisatiefase een eerste symptoomreductie te bewerkstelligen. Tevens is deze fase erop gericht belangrijke emotionele, sociale en psychologische vaardigheden te verbeteren. Daarna kan worden gestart met de tweede

fase, 'verwerking van traumatische gebeurtenissen', waarna in de derde fase de focus ligt op re-integratie in de maatschappij.

Ter invulling van de stabilisatiefase zijn de laatste jaren diverse methoden en trainingen ontwikkeld. Een van de eerste stabilisatiemethoden waar onderzoek naar is gedaan, is een groepsgewijze affect-managementbehandeling van Zlotnick e.a. (1997). De resultaten van deze gerandomiseerde studie waren bemoedigend. Patiënten die de training hadden doorlopen, rapporteerden na afloop minder last te hebben van symptomen van PTSS en dissociatie dan die van een wachtlijstcontrolegroep.

Daarna werden meerdere stabilisatietrainingen ontwikkeld. Zo kwam Spierings (in Ten Broeke e.a. 2008) met de 'Drie-testen-methode', Cloitre e.a. (2002) ontwikkelden de 'STAIR'-training en Dorrepaal e.a. (2008) de 'Vroeger-en-Verder'-training. Daarnaast zijn er stabilisatietrainingen ontwikkeld voor chronisch getraumatiseerde kinderen ('Slappende honden? Wakker maken'; Struik 2010) en voor chronisch getraumatiseerde jongeren ('Stapstenen'; Leenarts e.a. 2012).

De stabilisatietrainingen waar onderzoek naar is gedaan, bestaan ofwel uit een individuele training (Cloitre e.a. 2010) of uit een langer durende groepstraining (Dorrepaal e.a. 2010; Zlotnick e.a. 1997). In het onderzoek van Cloitre e.a. (2010) naar effectiviteit van de acht sessies durende individuele STAIR-training werden proefpersonen gerandomiseerd toegewezen aan een van de drie volgende condities: STAIR gevolgd door imaginaire exposure, steunende (*supportive*) *counseling* gevolgd door imaginaire *exposure* en STAIR gevolgd door *supportive counseling*. De combinatie van STAIR gevolgd door imaginaire exposure leidde tot significant lagere uitval vergeleken met de twee andere condities. Tevens bleek de conditie STAIR gevolgd door imaginaire exposure in vergelijking met de twee controlegroepen tot significante vermindering van klachten te leiden op het gebied van PTSS-gerelateerde klachten, depressie, algemene angst, dissociatie, woede en stemming. Wel moeten we hierbij vermelden dat deze significante verschillen niet direct na de behandeling of bij 3 maanden follow-up, maar bij 6 maanden follow-up werden waargenomen.

Dorrepaal e.a. (2010) onderzochten in een pilotstudie de effectiviteit van de 20 groepssessies durende Vroeger-en-Verder-training. Zij vergeleken voor- en nameting van deze training op de volgende domeinen: PTSS-symptomen, borderlinesymptomen, dissociatieve symptomen, psychische symptomen in het algemeen en depressieve symptomen. Significante verbetering werd gevonden op alle genoemde domeinen. Een kanttekening bij deze studie is dat patiënten gedurende de training ook reguliere behandeling kregen, in de vorm van psychotherapie, contact met sociaal-

AUTEURS

GERBEN BELDMAN, klinisch psycholoog en teamleider zorg, team Angst-, Stemming- en Cluster C Persoonlijkheidsstoornissen, Dimence, Zutphen.

HANNEKE KESSELS, gz-psycholoog en psychotraumatheapeut NtVP, team Complex Trauma en team Angst en Stemming, Dimence, Almelo; thans: PSYTREC, Weert.

ERIK DE GROOT, psycholoog en stafadviseur, Dimence Groep.

CORRESPONDENTIEADRES

Gerben Beldman, Dimence, Team Angst & Stemming, Dreef 6E, 7202 AG Zutphen.

E-mail: g.beldman@dimence.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-5-2017.

psychiatrische verpleegkundige (spv) en psychiatrisch consult. Tevens was er geen controlegroep, waardoor moeilijker te bepalen is waar het gevonden effect aan toegeschreven kan worden.

Kortdurende groepsgewijze stabilisatietraining

Bij ggz-instelling Dimence is in 2010 een kortdurende groepsgewijze stabilisatietraining ontwikkeld. Deze voorzag destijds in een behoefte om kortdurend en efficiënt te behandelen en had als voordeel dat relatief snel de overstap gemaakt kon worden naar fase 2, de verwerking. Bij de opzet van de training zijn enerzijds een groepsaanbod en anderzijds een beperkt aantal sessies gecombineerd. Eerder onderzochte trainingen voorzagen daar nog niet in. De training heeft als doel in relatief kort tijdsbestek een eerste klachtenreductie te bewerkstelligen en patiënten voor te bereiden op een verwerkingsgerichte behandeling. De training is gebaseerd op de 'Vroeger en Verder'-training van Dorrepaal e.a. (2008) en de 'drie-testen-methode' van Spierings (in Ten Broeke e.a. 2008). De training bestaat uit vijf wekelijkse groepsbijeenkomsten van 1,5 uur. De groepsgrootte is 6-9 deelnemers en er zijn twee trainers. De training wordt gegeven bij het team Persoonlijkheidsstoornissen en Complex Trauma van Dimence in Deventer en het Team Complex Trauma van Dimence in Almelo.

Doel onderzoek

Het doel van dit onderzoek is zicht te krijgen op de toegevoegde waarde van de kortdurende groepsgewijze stabili-

satietraining bij patiënten met complexe PTSS, zodat het beleid hierover geëvalueerd kan worden. Ter definiëring van complexe PTSS hanteren wij de definitie van Stöfssel en Mooren (2010). Zij spreken van complexe PTSS als er sprake is geweest van een herhaaldelijk en/of langdurig trauma in het verleden en van een complex klachtenpatroon in het hier-en-nu. Voorbeelden van herhaaldelijk en/of langdurig trauma zijn vroegkinderlijk seksueel misbruik, vroegkinderlijke mishandeling en meervoudig en/of langdurig huiselijk geweld. Het complexe klachtenpatroon in het heden bestaat, naast de klachten genoemd in de DSM-IV bij PTSS, zoals herbelevingen, nachtmerries, verhoogde prikkelbaarheid, waakzaamheid en vermijden van gevoelens die met het trauma samenhangen, uit bijkomende symptomen. Hierbij noemen zij onder meer een vijandige of wantrouwende houding jegens de wereld, overmatige schuldgevoelens, een basaal sombere stemming, gevoelens van leegheid, gevoelens van hopeloosheid, sociale terugtrekking of voortdurende spanningen in sociale contacten en ernstige problemen in het dagelijks functioneren. In dit onderzoek meten wij een aantal aspecten van complexe PTSS, te weten psychische symptomen in het algemeen, depressieve symptomen, problemen in het interpersoonlijk functioneren en symptomen van PTSS. De onderzoeksvraag luidde: Is er bij deelnemers aan de kortdurende groepsgewijze stabilisatietraining na de training een afname van ervaren psychische en depressieve symptomen, interpersoonlijke problemen en symptomen van PTSS in vergelijking met deze symptomen en problemen kort vóór de training? Onze hypothese was dat de training op alle genoemde gebieden tot een significante afname van klachten zou leiden.

METHODE

Onderzoeksofzet

Dit onderzoek bestond uit een voor- en nameting (*pre-post design*). Er vonden twee metingen plaats, voorafgaand (T₀) en na afloop (T₁) van de training. De reden waarom we voor deze opzet kozen, in plaats van een gerandomiseerde gecontroleerde trial waarbij zo veel mogelijk gecontroleerd zou worden voor de invloed van externe variabelen, was tweeledig. Ten eerste wilden wij zo veel mogelijk de dagelijkse praktijk volgen, zonder die met dit onderzoek sterk te beïnvloeden. Ten tweede was er niet eerder onderzoek naar dit type stabilisatietraining gedaan en wij wilden een eerste inzicht in het effect van deze training verkrijgen.

De stabilisatietraining

De training bestaat uit vijf wekelijkse groepsbijeenkomsten van 1,5 uur. De groep bestaat uit 6-9 deelnemers en de training wordt gegeven door 2 trainers. Gedurende de bij-

eenkomsten worden de volgende onderdelen behandeld: Bijeenkomst 1 bestaat uit psycho-educatie over PTSS in het algemeen en complexe PTSS in het bijzonder en er wordt voorlichting gegeven over de gefaseerde behandeling bij complexe PTSS. Tevens wordt tijdens deze bijeenkomst informatie verstrekt over adequate verwerkingsgerichte behandelingen. Deze psycho-educatie en uitleg over evidence-based behandelingen heeft als doel hoop op herstel te versterken en demoralisatie tegen te gaan.

Bijeenkomst 2 bestaat uit het verbeteren van belangrijke pijlers uit het dagelijks leven, zoals voeding, slaap, beweging, dagbesteding, zelfzorg en interpersoonlijke relaties. Tijdens bijeenkomsten 3 en 4 wordt aandacht besteed aan het verbeteren van emotieregulatie door psycho-educatie over emoties en hun functies en het verstrekken van praktische handvatten om adequaat met angst, verdriet en boosheid om te gaan.

Tijdens bijeenkomst 5 blikt men terug op de eerdere bijeenkomsten en besteedt men extra aandacht aan adequate emotieregulatie. Tevens bespreekt men hoe de mate van zelfcompassie en het gevoel van verbondenheid met naasten vergroot kan worden.

De opzet van de training is zo ingericht dat men over de onderwerpen van elkaar leert. Het delen van traumatische ervaringen wordt tijdens de bijeenkomsten zo veel mogelijk ontmoedigd, om het risico van overbelasting van kwetsbare deelnemers te voorkomen. Naast psycho-educatie wordt de nadruk gelegd op het aanleren, trainen en toepassen van vaardigheden en copingstrategieën. Dit gebeurt door het oefenen tijdens de bijeenkomsten en tijdens wekelijkse huiswerkopdrachten. Deze opdrachten omvatten onder andere lezen van informatie, optimaliseren van het dagelijks leven (waaronder dagstructuur, voeding, slapen en contact met naasten), bewust worden van eigen emoties en huidige emotieregulatie en het oefenen van nieuwe, adequatere emotieregulatietechnieken.

Procedure

Deelnemers aan de stabilisatietraining werden via verschillende kanalen aangemeld. Na aanmelding vond een intakegesprek (bij externe verwijzing) of indicatiegesprek (bij interne verwijzing) plaats. Tijdens dit gesprek werd de indicatie voor de stabilisatietraining beoordeeld. Na het indicatiegesprek werden patiënten telefonisch en schriftelijk geïnformeerd over het onderhavige onderzoek en werd hen gevraagd deel te nemen. Patiënten met een indicatie kwamen vervolgens op de wachtlijst voor de stabilisatietraining. Binnen twee weken voorafgaand aan de start van de stabilisatietraining vond een kennismakingsgesprek plaats met een van de trainers. Tijdens dit gesprek gaf de trainer mondeling uitleg over de training en het onderzoek. Patiënten gaven daarna schriftelijk toe-

stemming voor het onderzoek. Indien patiënten toestemming gaven, vond na afloop van dit gesprek meting To plaats. Vervolgens volgden deelnemers de stabilisatietraining (bestaande uit 5 wekelijkse zittingen). Binnen twee weken na afloop van de laatste zitting vond T1 plaats, de nameting.

Inclusiecriteria

Indicatie voor de stabilisatietraining werd beoordeeld aan de hand van een 1,5 uur durend interview waarin huidige klachten en ontstaansgeschiedenis werden uitgevraagd en op basis waarvan DSM-IV-classificatie werd vastgesteld. Classificatie gebeurde aan de hand van het uitvragen van klachten en op basis van klinisch oordeel. Indicatiecriteria voor de stabilisatietraining waren de aanwezigheid van de diagnose PTSS in DSM-IV-termen en het hebben meegemaakt van herhaaldelijk en/of meervoudig trauma. In de praktijk betrof het meestal herhaaldelijk seksueel misbruik of fysieke en/of geestelijke mishandeling. Tevens was een indicatiecriterium voor deelname aan de stabilisatietraining de inschatting van de therapeut dat de patiënt, door het huidige klachtenpatroon, onvoldoende stabiliteit bezat om een verwerkingsgerichte behandeling te ondergaan.

Instrumenten

Het effect van de training werd op vier domeinen gemeten, te weten psychische symptomen in het algemeen, depressieve symptomen, problemen in het interpersoonlijk functioneren en symptomen van PTSS. Om het effect van de training op ervaren algemene psychische symptomen en depressieve symptomen te meten, werd de *Brief Symptom Inventory* (BSI; De Beurs 2011) gebruikt. De BSI bestaat uit 53 items en heeft 9 subschalen. Voor dit onderzoek gebruikten wij de totaalscore en de subschaal voor depressieve stemming (die uit 6 items bestaat). Een hoge score geeft een hoge mate van klachten aan. De betrouwbaarheid van deze beide schalen is voldoende bevonden (interne consistentie totaalscore: 0,96; subschaal depressie: 0,88; test-hertestcorrelatie totaalscore: 0,90; subschaal depressie: 0,84 (De Beurs 2011)).

Om het effect van de training op ervaren interpersoonlijke problemen te meten, gebruikten wij de *Outcome Questionnaire-45.2* (OQ-45.2; De Jong e.a. 2009). Van de OQ-45.2 werd de score op de subschaal voor interpersoonlijke relaties geanalyseerd. Deze subschaal bevat 11 items die tevredenheid en problemen in interpersoonlijke relaties meten. Een hoge score op deze subschaal geeft een hoge mate van interpersoonlijke problemen weer. De betrouwbaarheid van deze subschaal voor de klinische populatie is voldoende bevonden (interne consistentie 0,80; test-hertestbetrouwbaarheid volgens Pearsons correlatie: 0,83 (De Jong e.a. 2009)).

Om het effect van de training op ervaren PTSS-symptomen te meten, gebruikten wij de *Schokverwerkingslijst* (svl; Brom & Kleber 1985). De svl bestaat uit 15 items die zijn onder te verdelen in twee subschalen. Een hoge score op de svl-15 geeft een hoge mate van klachten weer. De betrouwbaarheid van de totaalscore is goed bevonden (interne consistentie volgens Cronbachs alfa: 0,95) (Van der Ploeg e.a. 2004)).

Statistische analyses

Het effect van de stabilisatietraining werd bepaald aan de hand van gepaarde t-toetsen, waarbij de scores op meetmoment To en meetmoment T1 werden vergeleken. Hierbij werd eenzijdig getoetst met, vanwege kanskapitalisatie, een bonferroni-correctie voor het viertal uitgevoerde t-toetsen. De bonferronicorrectie had als gevolg dat het significantieniveau 0,0125 was (0,05/4). Om de grootte van het effect te bepalen, werd Cohens d berekend. Hierbij hielden we vanwege het *within-subjects design* de formule $d = t/\sqrt{n}$ aan (Rosenthal 1991).

RESULTATEN

Deelnemers

In de periode augustus 2013 tot en met juni 2015 startten 91 deelnemers met de stabilisatietraining. Twee groepen (16 deelnemers) werden niet benaderd voor deelname aan het onderzoek. Van de 75 benaderde personen gaven 64 personen toestemming voor het onderzoek (85%). Acht patiënten voldeden niet aan de criteria van PTSS in DSM-IV-termen, maar namen wel deel aan de training, omdat behandelaars de inschatting maakten dat zij daar baat bij zouden hebben. Hun gegevens werden niet meegenomen bij de data-analyse.

Deelnemers die gedurende de training 2 of meer bijeenkomsten misten, werden voor het onderzoek beschouwd als uitvallers (n = 9; 16%). Van de resterende 47 deelnemers (41 vrouwen, 6 mannen) woonden 29 deelnemers alle bijeenkomsten bij, 18 deelnemers waren bij 4 van de 5 bijeenkomsten aanwezig. Er waren geen significante verschillen tussen deelnemers die de training afrondden en uitvallers op het gebied van demografische variabelen of klachtenniveau voorafgaand aan training.

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers die de training afrondden, was 38,0 jaar (SD 9,8 jaar). Bij 37 van de 47 deelnemers (77%) was er naast de DSM-IV-classificatie PTSS een comorbide as I-stoornis aanwezig. Stemningsstoornissen (45%) en stoornissen in middelenafhankelijkheid (13%) waren veelvoorkomende comorbide as I-stoornissen. Bij 18 deelnemers (38%) was er een comorbide persoonlijkheidsstoornis en bij nog eens 22 deelnemers (46%) was de diagnose op as II uitgesteld.

TABEL 1 Voor- en nameting (To en T1) van de kortdurende stabilisatietraining geanalyseerd met gepaarde t-toetsen*

	Voor training (To)	Na training (T1)	Statistische toetsen			Cohens d
	M (Sd)	M (Sd)	t	df	p	
BSI totaalscore (n = 38)	1,87 (0,74)	1,83 (0,82)	0,36	37	0,36	0,06
BSI Depressie (n = 38)	2,24 (0,89)	2,02 (1,10)	1,94	37	0,03	0,31
OQ Interpersoonlijke relaties (n = 40)	19,98 (6,14)	19,50 (6,62)	0,64	39	0,26	0,10
SVL-15 totaalscore (n = 40)	40,13 (11,74)	39,28 (13,10)	0,67	39	0,26	0,11

*Het significantieniveau werd wegens bonferronicorrectie vastgesteld op een alfa van 0,0125.

Uitkomsten

In **TABEL 1** zijn de uitkomsten van de stabilisatietraining weergegeven. We analyseerden de data van 47 deelnemers. Niet alle patiënten hadden alle vragenlijsten op ieder moment ingevuld, waardoor de aantallen deelnemers verschilden per t-toets. In **TABEL 1** is te lezen dat op geen van de vier gemeten domeinen sprake was van een significante afname van klachten. De effectgrootte van de training was op alle vier gemeten domeinen klein.

DISCUSSIE

Met deze studie onderzochten wij het effect van een kortdurende groepsgewijze stabilisatietraining voor patiënten met complexe PTSS. Tegen onze verwachting in geeft de stabilisatietraining op geen van de vier gemeten domeinen een significante afname van klachten.

Verklaringen negatieve uitkomst

De uitkomst dat de stabilisatietraining niet leidt tot significante klachtreductie is op het eerste gezicht verrassend. Volgens de internationale richtlijn en de uitkomsten van eerder onderzoek zou de stabilisatiefase daar wel toe moeten leiden (Cloitre e.a. 2012). Welke verklaringen zijn hiervoor te geven?

Een eerste verklaring zou een verschil in effectmaten kunnen zijn. Echter, de effectmaten die in ons onderzoek zijn gebruikt, komen overeen met effectmaten die in relevant eerder onderzoek zijn gebruikt. Zo onderzochten Zlotnick e.a. (1997) eveneens PTSS-gerelateerde symptomen aan de hand van vergelijkbare zelfrapportagevragenlijsten. Een verschil met het huidige onderzoek is dat zij daarnaast dissociatieve symptomen middels zelfrapportage onderzochten en daar een significante afname op vonden. Ook Cloitre e.a. (2010) maakten gebruik van zelfrapportage en maten, net als wij deden, PTSS-gerelateerde symptomen, interpersoonlijke problemen en depressieve symptomen. Daarnaast maten zij emotieregulatie, angst, woederegulatie en waargenomen sociale steun.

In het onderzoek naar de Vroeger-en-Verder-training werd eveneens gebruikgemaakt van zelfrapportagevragenlijsten. Vergelijkbaar met het huidige onderzoek onderzochten men PTSS-gerelateerde symptomen, depressieve symptomen en psychische symptomen in het algemeen. Aanvullend maten deze auteurs borderlinesymptomen en dissociatieve symptomen. Tevens stelden zij bij voor- en nameting complexe PTSS vast aan de hand van een semigestructureerd interview.

Als we deze bevindingen samenvatten, biedt een verschil in effectmaten geen verklaring voor de uitkomst van het huidige onderzoek.

Een tweede verklaring voor het feit er geen significant effect valt waar te nemen, zou gerelateerd kunnen zijn aan de duur van de training. De door ons onderzochte stabilisatietraining bestaat uit vijf groepssessies. Stabilisatietrainingen in eerder onderzoek bestonden uit 20 groepssessies (Dorrepaal e.a. 2008), 15 groepssessies (Zlotnick e.a. 1997) of 8 individuele sessies (Cloitre e.a. 2010). Mogelijk is bij deze complexe doelgroep een grotere tijdsinvestering benodigd om effect te sorteren. Echter, men zou, als deze redenering klopt, na 5 sessies wel een klein positief effect mogen verwachten.

Een derde verklaring voor de uitkomst van dit onderzoek is mogelijk te vinden in een toenemende kritiek op de stabilisatiefase in de behandeling van patiënten met complexe PTSS. Deze kritiek is tijdens de looptijd van dit onderzoek sterk in kracht toegenomen.

Zo uitten Bicanic e.a. (2015) kritiek op de internationale richtlijn waarin stabilisatie als aparte behandelfase wordt voorgesteld. Zij staan in hun studie uitgebreid stil bij de studies waarop de richtlijn is gebaseerd en belichten uitvoerig de methodologische aspecten van deze onderzoeken. Ze uiten kritiek op alle 9 studies waarop de richtlijn is gebaseerd. Zo stellen zij dat 2 studies niet gerandomiseerd zijn, slechts 3 studies een actieve controlegroep hadden, bij 3 studies een PTSS-diagnose geen vereiste was en bij 3 studies geen sprake was van follow-upmeting.

Ook noemen zij dat 2 studies impliceren dat de betreffende stabiliserende behandeling is gericht op mensen met een geschiedenis van lichamelijk en/of fysiek misbruik in de jeugd, terwijl het hebben meegemaakt van vroeg interpersoonlijk trauma geen inclusiecriteria was. Daarnaast halen zij gerandomiseerd onderzoek aan naar de Vroeger-en-Verder-training dat gedurende de looptijd van ons onderzoek is gepubliceerd (Dorrepaal e.a. 2012). Hoewel de eerdere pilotstudie bemoedigende resultaten liet zien, toonde in een gerandomiseerde studie de *intention-to-treat*-analyse aan dat toevoeging van de Vroeger-en-Verder-training niet significant effectiever was dan alleen de *treatment-as-usual* (Dorrepaal e.a. 2012).

Uit deze kritische analyse blijkt dat de positieve uitkomsten van het eerste onderzoek naar de waarde van stabilisatie (Zlotnick e.a. 1997) tot op heden niet gerepliceerd kunnen worden. Bicanic e.a. (2015) komen tot de conclusie dat de studies waarop in de richtlijn de stabilisatiefase is gebaseerd, dusdanige methodologische beperkingen hebben dat er weinig waarde aan kan worden gehecht. Zij stellen dat een aparte stabilisatiefase bij de behandeling van patiënten met complexe PTSS zo veel mogelijk achterwege gelaten zou moeten worden. De uitkomsten van ons onderzoek sluiten aan bij deze conclusie.

Beperkingen en sterke punten

Ook bij ons onderzoek zijn kanttekeningen te plaatsen. Een beperking is dat het geen gerandomiseerde gecontroleerde trial betreft, waardoor er niet gecontroleerd is voor de invloed van externe factoren, waaronder de factor tijd. Tevens is een beperking dat voorafgaand aan het onderzoek geen poweranalyse is uitgevoerd. Ook zijn er geen follow-upgegevens bekend. Een andere beperking is dat bij het vaststellen van indicatiecriteria geen gebruik is gemaakt van (semi)gestructureerde meetinstrumenten. Tot slot is adequate emotieregulatie niet expliciet als aparte effectmaat gemeten, terwijl dat eveneens een van de doelen van de stabilisatiefase is.

Daar staat tegenover dat wel de indirecte gevolgen van inadequate emotieregulatie, in de vorm van symptomen en problemen in interpersoonlijke relaties, zijn gemeten. Een ander sterk punt is dat de behandeling in de dagelijkse praktijk is gevolgd, zonder dat er inbreuk is gemaakt op de dagelijkse werkmethodes en -procedures. Daarbij moet men bedenken dat het om een doelgroep met complexe problematiek gaat. Ook is een sterk punt dat we gebruik gemaakt hebben van valide en betrouwbare meetinstrumenten.

CONCLUSIE

Op basis van de uitkomsten van onze huidige studie en eerder uitgevoerd onderzoek komen wij tot de conclusie dat er te weinig aanwijzingen zijn dat een korter of langer durende groepsgewijze stabilisatiemethode toegevoegde waarde heeft in de behandeling bij patiënten met complexe PTSS. Het is mogelijk dat er grote diversiteit bestaat in de groep patiënten met complexe PTSS en dat een groepsgewijze stabilisatietraining onvoldoende is afgestemd op datgene wat de individuele patiënt met complexe PTSS behoeft.

In dat opzicht komen Geurink en Oppenheim (2015) met een interessant voorstel. Zij introduceren het idee om aanvullende behandelinterventies af te stemmen op de specifieke symptomen van de individuele patiënt. Zo kan in geval van emotieregulatieproblemen een training in emotieregulatievaardigheden worden aangeboden, kan in geval van inactiviteit een activeringsmodule worden opgestart en kan bij de angst om 'gek' te worden psychoeducatie over PTSS en dissociatie worden verstrekt.

In feite worden daarmee afzonderlijke onderdelen van de stabilisatietraining toegepast, maar dan afgestemd op de individuele patiënt en alleen als er een indicatie bij die individuele patiënt voor is. Ook impliceert dit model dat in veel gevallen behandelaars niet met een verwerkingsgerichte behandeling behoeven te wachten totdat een aanvullende interventie is afgerond. Beide kunnen gelijk op gaan. Toekomstig onderzoek is nodig om de praktische waarde van dit model verder aan te tonen.

LITERATUUR

- Beurs E de. BSI-Handleiding. 2de ed. Leiden: Pits; 2011.
- Bicanic I, de Jongh A, ten Broeke E. Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe PTSS: noodzaak of mythe? Tijdschr Psychiatr 2015; 57: 332-9.
- Brom D, Kleber RJ. De Schok Verwerkings Lijst. Ned Tijdschr Psychol 1985; 40: 164-8.
- Cloitre M, Courtois CA, Ford JD, Green BL, Alexander P, Briere J, e.a. The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults. 2012. https://www.istss.org/istss_Main/media/Documents/istss-Expert-Concesnsus-Guidelines-for-Complex-ptsd-Updated-060315.pdf
- Cloitre M, Koenen KC, Cohen LR, Han H. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. J Consult Clin Psychol 2002; 70:1067-74.

- Cloitre M, Stovall-McClough KC, Nooner K, Zorbas P, Cherry S, Jackson CL, e.a. Treatment of PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 915-24.
- Dorrepaal E, Thomaes K, Draijer N. Vroeger en verder. Stabilisatiecursus na misbruik of mishandeling. Handleiding. Amsterdam: Pearson; 2008.
- Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH, van Balkom AJLM, Van Dyck R, Veltman DJ, e.a. Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: a pilot study. *Child Abuse Negl* 2010; 34: 284-8.
- Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH, van Balkom AJ, Veltman DJ, Hoogendoorn AW, e.a. A stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioural therapy: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2012; 81: 217-25.
- Geurink M, Oppenheim HJ. Eerst stabiliseren of direct traumaverwerking: een schijndiscussie!? *EMDR Magazine* 2015; 08 (sept): 18-21.
- Jong K de, Nugter MA, Lambert MJ, Burlingame GM. Handleiding voor afname en scoring van de Outcome Questionnaire (OQ-45.2). Salt Lake City: OQ Measures LLC; 2009.
- Leenarts L, Kroneman L, Beer R, Doreleijers T, Lindauer R. Stapstenen, een stabilisatietraining voor chronisch getraumatiseerde meisjes met gedragsproblemen. *Kind en Adolescent Praktijk* 2012; 162-7.
- Ploeg E van der, Mooren TTM, Kleber RJ, van der Velden PG, Brom D. Internal validation of the Dutch version of the Impact of Event Scale. *Psychological Assessment* 2004; 16: 16-26.
- Rosenthal R. Meta-analytic procedures for social research. Newbury Park: SAGE; 1991.
- Spierings J. Stabilisatie – Een gestructureerd programma voor taxatie en interventie. In: ten Broeke E, de Jongh A, Oppenheim HJ, red. *Praktijkboek EMDR, casusconceptualisatie en specifieke patiëntgroepen*. Amsterdam: Pearson; 2008.
- Stöfösel M, Mooren T. Complex trauma, diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2010.
- Struik A. Slapende honden? Wakker maken. Amsterdam: Pearson; 2010.
- Thomaes K, Dorrepaal E, van Balkom AJLM, Veltman DJ, Smit JH, Hoogendoorn AW, e.a. Complexe PTSS na vroegkinderlijk trauma: emotieregulatietraining als aanvulling op de PTSS-richtlijn. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 171-82.
- Vries GJ de, Olff M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *J Trauma Stress* 2009; 22: 259-67.
- Zlotnick C, Shea MT, Rosen K, Simpson E, Mulrenin K, Begin A, e.a. An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *J Trauma Stress* 1997; 10: 425-36.

SUMMARY

The effect of a short-term group stabilisation training in patients with complex posttraumatic stress disorder

G. BELDMAN, H.H.L.M. KESSELS, I.W. DE GROOT

- BACKGROUND** The international guideline for complex posttraumatic stress disorder (PTSD) from the International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) recommends treatment in phases, starting with stabilisation treatment. Different forms of stabilisation training have been developed the past few years, one being short-term group stabilisation training.
- AIM** To map out the effects of the short-term group training.
- METHOD** The research implemented a pre-post design. The training consisted of five group sessions. Questionnaires (BSI, OQ 45 and SVL-15) were completed both prior to and after the training. Four domains were assessed: psychosymptomatology in general, depressive symptoms, problems with interpersonal functioning and PTSD-related symptoms. The effect of the training was calculated by paired t-tests.
- RESULTS** The questionnaires of the 47 participants who had completed the training were analysed. No significant decrease was observed during the stabilisation training concerning the symptoms of the four evaluated domains.
- CONCLUSION** Contrary our expectations, a short-term group-based stabilisation training does not seem to have added value when treating patients with complex PTSD. The results correspond with a recent trend in which the effectiveness of other stabilising methods is questioned. Alternative treatment options are discussed.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)11, 672-679

KEY WORDS complex PTSD, effect study, stabilisation, therapy, trauma