

# Stabilisatiecursus als antwoord op complexe posttraumatische stressstoornis

Diagnostiek, behandeling en onderzoek bij vroeggetraumatiseerde vrouwen met een complexe posttraumatische stressstoornis

E. DORREPAAL, K. THOMAES, P.J. DRAIJER

**SAMENVATTING** De ‘complexe posttraumatische stressstoornis’, na vroege traumatisering, omvat naast de bij de posttraumatische stressstoornis bekende symptomen (intrusies, vermijding en hyperarousal), tevens affectdisregulatie, dissociatie, problemen met zelfbeeld, relaties en zingeving, en somatisatie. De wetenschappelijke literatuur onderbouwt deels het nut van stabilisatie. Ervaringen uit een pilot-onderzoek naar een psycho-educatieve en cognitief-gedragsmatige stabilisatiecursus wijzen erop dat deze cursus, gekoppeld aan onderzoek, haalbaar en effectief is. Dit rechtvaardigt nader onderzoek met een randomized controlled trial.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)3, 217-222]

**TREFWOORDEN** kindermishandeling, posttraumatische stressstoornis, therapierespons

In het bijzonder na interpersoonlijke traumatisering in de jeugd wordt een posttraumatische stressstoornis (PTSS) – met intrusies, vermijding en hyperarousal – vaak gecompliceerd door symptomen als affectdisregulatie, dissociatie, problemen met zelfbeeld, relaties en zingeving, en somatisatie. Deskundigen omschrijven deze combinatie thans onder de noemer ‘complexe PTSS’ of ‘disorders of extreme stress’. Deze patiënten hebben een ernstig en vaak wisselend klachtenpatroon; zij zoeken onder wisselende diagnoses steeds opnieuw weer hulp, raken vaak in crises en doen een aanzienlijk beroep doen op de (geestelijke) gezondheidszorg, maar vinden daar geen adequate hulp voor de ontregelende symptomen (Höing e.a. 2003). Er is een grote medische en psychiatrische consumptie en men is meestal werkloos of arbeidsongeschikt. De vraag is wat bij deze patiënten

wenselijk en haalbaar is. Waar moet de behandeling zich op richten? Is het van belang dat de traumatische voorgeschiedenis aan de orde komt? Of is toedekken de beste optie?

De gangbare openleggende ‘*treatment of choice*’ voor PTSS (*exposure*) (zie bijvoorbeeld Foa & Meadows 1997) blijkt bij deze patiënten niet goed te werken (Ford & Kidd 1998). Patiënten dringen wel op deze behandeling aan, maar velen raken juist ontregeld door een dergelijke behandeling (Boon 1997; Chu 1998) of worden er in ieder geval niet beter van (Herman 1992a; Scott & Strandling 1997; Tarrrier e.a. 1999; Wolfsdorf & Zlotnick 2001). Steunend-structurende interventies die op de persoonlijkheidsproblematiek gericht zijn, bieden weer te weinig bescherming tegen de overspoelende intrusieve en dissociatieve symptomen. Recent Nederlands beleidsonderzoek heeft bevestigd

dat de behandelingen die tot nu toe ingezet worden onvoldoende effect hebben (Höing e.a. 2003, pp. 187-188). Inmiddels is op klinische gronden de overtuiging gegroeid dat men zich bij deze complexere stressstoornissen allereerst moet richten op stabilisering (Chu 1998; Herman 1992a), oftewel symptoomreductie in het heden. Maar het moet in de behandeling ook gaan om verbetering van het relationeel functioneren, vergroten van de zelfzorg en de persoonlijke veiligheid. Er is echter voor deze populatie tot nu toe nauwelijks een op wetenschappelijk evidentie en hun behoeften gebaseerd hulpaanbod (Draijer 2003).

In dit artikel wordt een kort overzicht gegeven van de conceptualisering van 'complexe PTSS', van de prevalentie en van de schaarse behandelonderzoeken. Vervolgens introduceren we een op stabilisatie gerichte groepsinterventie en geven we enkele voorlopige resultaten van een pilot-effectonderzoek.

## COMPLEXE PTSS

Complexe PTSS omvat naast de klassieke PTSS-symptomen (herbeleven, vermijden en hyperarousal) ten gevolge van de vaak vroege, chronische en/of interpersoonlijke traumatisering tevens stoornissen van de regulatie van affect en impulsen, van aandacht en bewustzijn, zelfbeeld, relaties en zingeving, en somatisatie (Ford 1999; Van der Kolk e.a. 1996; Pelcovitz e.a. 1997; Zlotnick e.a. 1996). Het besef dat de diagnose PTSS voor de beschreven doelgroep ontoereikend is, is bij vele behandelaars aanwezig (Chu 1992; Herman 1992a en b). Terr (1991) omschreef het trauma van deze patiënten als 'type II', namelijk chronisch en binnen afhankelijkheidsrelaties. In de DSM-IV-TR worden deze patiënten geclassificeerd als met een PTSS met 'associated features', een symptoomconstellatie die vaak gezien wordt bij een 'interpersonal stressor' en die bovengenoemde symptomen omvat. De ICD-10 spreekt van PTSS 'with enduring personality change'. Complexe PTSS wordt ook wel aangeduid met 'disorders of extreme stress not otherwise specified' (DESNOS) (Herman 1992a; Jongedijk e.a.

1996; Van der Kolk e.a. 1996). In dit artikel wordt de term 'complexe PTSS' gebruikt. Bij deze complexe PTSS komt veel comorbiditeit op as I en as II van de DSM-IV voor en overlap met de 'dissociatieve stoornis niet anderszins omschreven' van as I en de borderline persoonlijkheidsstoornis van as II.

Er zijn twee sterk op elkaar lijkende instrumenten ontwikkeld om de diagnose complexe PTSS of 'disorders of extreme stress' te stellen: de Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES) (Ford 1999) en de Structured Clinical Interview for DSM-IV disorders of extreme stress not otherwise specified (SCID-DESNOS) (Van der Kolk e.a. 1992). Hierover is ook enig valideringsonderzoek beschikbaar (Zlotnick & Pearlstein 1997).

**Prevalentieschatting** Prevalentiegegevens over de complexe PTSS ontbreken. Geschat op basis van gegevens omtrent borderline pathologie (2-3% van de bevolking) – daarbij rapporteert 45-85% van de patiënten (meervoudig) trauma in de jeugd – zou de prevalentie van complexe PTSS 1-2,5% zijn. Binnen de tweedelijns instellingen (ggz) gaat het naar schatting (Höing e.a. 2003) om 124.000-158.000 personen per jaar die bekend zijn met een misbruikvoorgeschiedenis. Op ambulante ggz-afdelingen schat men dat 17-19% van alle patiënten slachtoffer van seksueel geweld is geweest; op klinische afdelingen 23-31%.

**Effectonderzoeken** Het weinige internationale (gerandomiseerde) onderzoek dat er is geeft onder meer aanwijzingen dat patiënten met een complexe PTSS of traumatisering in de jeugd goed zouden kunnen profiteren van groepsbehandeling. Opvallend genoeg is er weinig onderzoek naar de in de praktijk gebruikelijke individuele behandeling. Sommige onderzoeken toetsen cognitieve therapie die (deels) gericht is op het verwerken en openleggen van het trauma (exposure), terwijl andere meer feministisch getint zijn en zich richten op relationeel functioneren en zelfbeeld. Er zijn op interactie (Alexander e.a. 1989) of op coping gerichte groepen (bv. Zlotnick e.a. 1997). De onderzoekspopulaties werden ech-

ter wisselend in kaart gebracht: soms is alleen de traumatische voorgeschiedenis geïnventariseerd (Alexander e.a. 1989), soms ook de PTSS-symptomatologie (bv. Zlotnick e.a. 1997) en de comorbiditeit (Cloitre e.a. 2002). In sommige onderzoeken werd ernstige psychiatrische problematiek uitgesloten (Cloitre e.a. 2002), in andere niet (Lubin e.a. 1998). De uitkomsten varieerden van verbetering op het vlak van schuld, schaamte en isolement (Herman & Schwatzow 1984) tot nauw omschreven reductie van onder meer PTSS-symptomen (Lubin e.a. 1998; Zlotnick e.a. 1997). De onderzoeken zijn kortom zo heterogeen dat ze geen algemene uitspraken toelaten. Kennis ontbreekt over de invloed van de vaak voorkomende comorbiditeit op de effectiviteit van behandeling. Wel laten de gerapporteerde onderzoeken zien, ongeacht de precieze inhoud van de groepsbehandeling, dat er wel degelijk verbetering bereikt kan worden in zowel functioneren als in symptomatologie, wat een verdere toepassing en evaluatie rechtvaardigt.

Uit deze onderzoeken kozen wij de interventie van Zlotnick om nader te onderzoeken. De (co)morbiditeit werd vrij nauwkeurig omschreven, patiënten met ernstige symptomen werden geïncludeerd, het betreft gerandomiseerd onderzoek en er is duidelijk effect op symptoomniveau beschreven. Ten slotte past de stabiliserende opzet bij de klinische consensus over de behandeling van deze patiënten.

#### STABILISATIECURSUS COMPLEXE PTSS

Onze ‘stabilisatiecursus complexe PTSS’ betreft een aangepaste en uitgebreide vertaling van een in de Verenigde Staten beproefd protocol (Zlotnick e.a. 1996; Zlotnick e.a. 1997) van 20 wekelijkse bijeenkomsten van 120 minuten met 2 terugkom-bijeenkomsten na 3 en 6 maanden. De bestanddelen zijn gebaseerd op een combinatie van psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie (Zlotnick e.a. 1997), ontspanningsoefeningen en *grounding* (Chu 1998), coping-met-intrusie-, dissociatie- en slaappro-grammering (Matsakis 1994) en affectregulatie volgens

Linehan (1993). Uit eigen expertise en bestaande Nederlandse protocollen zijn enkele onderdelen toegevoegd, zodat de cursus alle symptoomgebieden van complexe PTSS bestrijkt. In het draaiboek wordt iedere bijeenkomst in detail beschreven: agenda, lezing, oefeningen, sheets, hand-outs en huiswerkbladen. De groeps-grootte varieert tussen de 8 en 12 deelnemers; er zijn 2 groepsleiders per groep.

De traumatische voorgeschiedenis krijgt erkenning, maar men wordt ontmoedigd erover te spreken. De cursus is gericht op het onder controle krijgen van de meest hinderlijke symptomen en het verbeteren van het functioneren en de kwaliteit van leven. Patiënten leren via registratie onderkennen in welke situaties of bij welke ‘triggers’ ze in nare gevoelens terechtkomen. Allereerst wordt gestimuleerd om die triggers of situaties bewust en gedoseerd te vermijden om het mogelijk te maken bijvoorbeeld dagelijkse bezigheden en/of contacten op te pakken. Dit geeft een zeker gevoel van controle. Vervolgens worden er tal van vaardigheden aangereikt om gevoelens van pijn, angst en verdriet, als ze zich aandienen, te leren verdragen. De meeste van deze vaardigheidsonderdelen zijn gebaseerd op het werk van Linehan. Ook wordt aandacht besteed aan zelfbeeld en relaties, met onder meer assertiviteitstraining.

Achtereenvolgens komen aan bod: complexe PTSS, herbelevingen, ‘veilige’ slaap, dissociatie, emotieherkenning, cognitief-gedragsmatige technieken voor afleiding, zelfzorg, frustratietolerantie, ontspanning, crisisplan, woedemanagement, sociaal (dis)functioneren, assertiviteit, wantrouwen, schuld en schaamte, lichaamsbeleving/sexualiteit en afscheid nemen.

#### HET EERSTE PILOT-ONDERZOEK

In het kader van de voorbereiding voor een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar het effect van de stabilisatiecursus in verschillende instellingen in Nederland (Altrecht, GGZ Dijk en Duin, GGZ Noord-Holland-Noord en GGZ Buitendamstel) in 2005-2006, werd in 2002-2003 de haal-

baarheid en praktische uitvoerbaarheid onderzocht in een eerste pilot-onderzoek.


De interventie werd uitgetest door een psychiater en een psycholoog. Het bleek een duidelijke, concrete en gedetailleerde handleiding die goed voldoet en goed overdraagbaar is.

Voor de meerderheid van de patiënten (7 van 11) bleek het haalbaar minimaal 15 van de 20 sessies aanwezig te zijn. Van deze 7 completers voldeden er 5 direct na behandeling niet meer aan de criteria van de diagnose complexe PTSS en na 6 maanden follow-up 6 niet meer. Deze 6 patiënten boekten vooruitgang in kernsymptomen: de gemiddelde somscore op de Davidson Trauma Scale (Davidson e.a. 1997) (frequentie en ernst van PTSS-symptomen) daalde van 71 (range 28-103) naar 49 (range 14-98). Bij follow-up een half jaar later was deze score verder gedaald naar 40 (range 10-68). Dit is een vergelijkbare verbetering als die door Zlotnick is gerapporteerd (van 67 naar 46) en klinisch relevant. Deze resultaten geven overigens een iets te zonnige voorstelling van zaken omdat de ene patiënt die nog wel aan de diagnose voldeed niet kon worden meegenomen wegens te veel ontbrekende data. Het werken in een groep lijkt het bespreken van schaamte en wantrouwen te ondersteunen en het sociaal functioneren te bevorderen. Deze voorlopige resultaten, weliswaar bij een klein aantal patiënten, ondersteunen het nut van nader effectonderzoek.

## DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Regelmatig worden clinici geconfronteerd met complexe patiënten met ernstig trauma in de voorgeschiedenis, waarbij onduidelijk is of en hoe dit een plaats moet krijgen in de behandeling. Vaak lijden zij aan een complexe PTSS, die vastgesteld kan worden met een gestructureerd interview zoals de SCID-DESNOs. Enige effectonderzoeken en resultaten van een bescheiden pilot-onderzoek wijzen op het nut van een 'stabilisatiecursus complexe PTSS', naast een ambulante behandelcontact. Door deze cursus is een klinisch relevante verbetering mogelijk. Naar onze mening

is het belangrijk dat er ook voor deze complexe populatie een effectief behandelaanbod is, ook binnen een diagnosebehandelingcombinatie (DBC). Een cursus zoals hier beschreven is een van de opties, in het bijzonder voor de ernstiger patiënten. Meer op exposure gerichte behandeling zou een vervolg kunnen zijn zodra voldoende stabiliteit is verworven, maar valt buiten dit bestek. Het is een uitdaging de aan DBC's verbonden haken en ogen tegemoet te treden, zoals: wisselende diagnoses, forse comorbiditeit en onvoldoende herkenning van de complexe posttraumatische problematiek. Onderzoek naar deze populatie is – mede door eerder genoemde haken en ogen – schaars. Het is arbeidsintensief en er zijn veel drop-outs. Toch is verder onderzoek essentieel voor empirische onderbouwing van het behandelaanbod, omdat deze groep fors disfunctioneert en psychiatrische behandeling zo nodig heeft.

 We danken de Stichting Valerius voor de subsidie die het pilot-onderzoek mogelijk maakte; en Saskia Ohlin voor haar bijdrage aan het draaiboek en de groepsleiding bij het eerste pilot-onderzoek.

## LITERATUUR

- Alexander, P.C., Neimeyer, R.A., Follette, V.M., e.a. (1989). A comparison of group treatments of women sexually abused as children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 479-483.
- Boon, S. (1997). The treatment of traumatic memories in DID: Indications and contra-indications. *Dissociation*, 10, 65-79.
- Chu, J.A. (1998). *Rebuilding Shattered Lives. The Responsible Treatment of Complex Post-Traumatic and Dissociative Disorders*. New York: John Wiley & Sons.
- Chu, J.A., & Dill, D.L. (1991). Dissociation, borderline personality disorder, and childhood trauma. *American Journal of Psychiatry*, 148, 812-813.
- Cloitre, M., Koenen, K.C., Cohen, L.R., e.a. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067-1074.
- Davidson, J.R.T., Book, S.W., Colket, J.T., e.a. (1997). Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-160.
- Draijer, N. (2003). Diagnostiek en indicatiestelling bij (een vermoeden

- van) seksueel misbruik. In N. Nicolai (Red.), *Handboek Psychotherapie na seksueel misbruik*, (pp. 21-47). Utrecht: De Tijdstroom.
- Foa, E.B., & Meadows, E.A. (1997). Psychosocial treatments for post-traumatic stress disorder: a critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Ford, J.D. (1999). Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 3-12.
- Ford J.D., & Kidd, P.J. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 743-761.
- Herman, J.L. (1992a). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Herman, J.L. (1992b). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Herman, J., & Schwatzow, E. (1984). Time-limited group therapy for women with a history of incest. *International Journal of Group Psychotherapy*, 34, 605-616.
- Höing, M., van Engen, A., Ensink, B., e.a. (2003). *Hulp aan slachtoffers van seksueel geweld*. Delft: Eburon.
- Jongedijk, R.A., Carlier, I.V., Schreuder, B.J., e.a. (1996). Complex post-traumatic stress disorder: an explanatory investigation of PTSD and DES NOS among Dutch war veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 577-586.
- Kolk, B.A. van der, Pelcovitz, D., Herman, J.L., e.a. (1992). Structured Clinical Interview for DES NOS, unpublished manuscript. (Vert. I.V.E. Carlier, R.A. Jongedijk, R.D. Lamberts e.a.).
- Kolk, B.A. van der, Pelcovitz, D., Roth, S., e.a. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(Suppl. 7), 83-89.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioural therapy for borderline personality disorder: the dialectics of effective treatment*. New York: Guilford Press.
- Lubin, H., Loris, M., Burt, J., e.a. (1998). Efficacy of Psychoeducational Group Therapy in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder among multiple traumatized women. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1172-1177.
- Matsakis, A. (1994). *Post-traumatic stress disorder. A complete treatment guide*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., e.a. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3-16.
- Scott, M.J., & Stradling, S.G. (1997). Client compliance with exposure treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 523-526.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., e.a. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 13-18.
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Wolfsdorf, C.A., & Zlotnick, C. (2001). Affect management in group therapy for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 169-181.
- Zlotnick, C., & Pearlstein, T. (1997). Validation of the structured interview for disorders of extreme stress. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 243-247.
- Zlotnick, C., Shea, T.M., Rosen, K., e.a. (1997). An affect-management group for women with post traumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 425-436.
- Zlotnick, C., Zakriski, A.L., Shea, M.T., e.a. (1996). The long-term sequela of sexual abuse: Support for a complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 195-205.

## AUTEURS

E. DORREPAAL is psychiater, GZ-psycholoog en onderzoeker, werkzaam bij GGZ Buitenamstel/VUmc.

K. THOMAES is psychiater, onderzoeker en groepsleider bij GGZ Buitenamstel/VUmc.

N. DRAIJER is universitair hoofddocent, klinisch psycholoog/psychotherapeut en projectleider bij GGZ Buitenamstel/VUmc.

Correspondentieadres: mevrouw E. Dorrepaal, AMSTAD/NESDA, Oldenaller 1, 1081 HJ Amsterdam.

E-mail: ethyd@ggzba.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-7-2005.

## SUMMARY

Stabilisation therapy as an answer to complex post-traumatic stress disorder. Complex post-traumatic stress disorder in women abused in childhood: progress in diagnostics, treatment and research – E. Dorrepaal, K.Thomaes, P.J. Draijer –

Complex post-traumatic stress disorder resulting from traumatic experiences in childhood includes not only the customary post-traumatic stress disorder symptoms such as intrusions, avoidance and hyperarousal, but it also includes affect-dysregulation, dissociation, problems with self-image, relationships, interpretation and somatisation. The specialist literature expresses some support for stabilisation treatment. Preliminary results of a pilot study that evaluated a stabilisation course with a psycho-educational and cognitive behavioural content indicate that a course of that kind, if linked to research, is both feasible and effective. We therefore believe that further research by means of a randomized controlled trial is warranted.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)3, 217-222]

**KEY WORDS** child abuse, post-traumatic, stress disorders, treatment outcome