

## REACTIE OP

### 'Complexe PTSS na vroegkinderlijk trauma: emotieregulatietraining als aanvulling op de PTSS-richtlijn'

In het maartnummer van het Tijdschrift lezen wij een artikel van Thomaes e.a. (2015) over de behandeling van mensen met 'complexe PTSS'. Een aantal aanbevelingen die zij in hun conclusie presenteren, is volgens ons ongefundeerd.

Zo adviseren zij bij deze groep: *'start met stabiliserende emotieregulatie en cognitieve therapie als patiënten met PTSS uitvallen van, of niet geïnccludeerd kunnen worden in, exposure-based behandelingen volgens de PTSS-richtlijn vanwege complexiteit en comorbiditeit'*. Dit verbaast ons. Ten eerste, omdat vastgesteld is dat zelfs de ernstigste vormen van comorbiditeit - zoals psychose, dissociatie en persoonlijkheidsstoornissen - de effectiviteit van traumagerichte behandelingen niet negatief beïnvloeden (Van den Berg e.a. 2015; Van Minnen e.a. 2012).

Ten tweede, omdat de resultaten van de gerandomiseerde gecontroleerde trial van de auteurs nu juist lieten zien dat, ofschoon een combinatie van een reguliere behandeling voor deze doelgroep (individuele steunende behandelcontacten) met stabilisatietraining ('Vroeger en verder', experimentele conditie) op zich wel effectief was, deze *niet effectiever* was dan de reguliere behandeling zonder 'Vroeger en verder' (*treatment as usual*; Dorrepaal e.a. 2012, p. 21). De trends hadden voor de complexe PTSS-domeinen betrekking op een verbetering van zelfbeeld en zingeving, maar niet op emotieregulatie. De auteurs vonden verder een bescheiden klinische relevantie van de 'Vroeger en verder'-conditie, maar vermeldden daarbij niet dat deze patiënten tweemaal zo veel behandelingsuur hadden gehad als de patiënten die alleen regulier waren behandeld (gem. 68 versus 34 uur).

Ten derde, de auteurs beargumenteren hun aanbeveling mede op grond van het feit dat na de behandeling verbeteringen in het neurobiologische profiel werden gevonden. Die verbeteringen in neurocognitief functioneren en symptomen van emotieregulatie worden echter ook gevonden na andere behandelingen (waaronder traumagerichte behandelingen) zonder training van emotieregulatievaardigheden, en hangen waarschijnlijk meer samen met een afname van PTSS-symptomen, dan met de specifieke interventie.

De andere aanbeveling van de auteurs is: *'gebruik emotieregulatie en cognitieve behandeling om patiënten met complexe PTSS met persoonlijkheidsstoornissen voor te bereiden op first-linebehandelingen en en vergroot zo het netto aantal patiënten dat van*

*exposure of EMDR kan profiteren'*. Met andere woorden, de auteurs suggereren dat het percentage mislukte behandelingen, uitgedrukt in minder uitval en meer positieve behandeluitkomsten, kan worden verlaagd door stabiliserende interventies toe te voegen. Het is onduidelijk waarop deze aanbeveling gebaseerd is, omdat de auteurs het effect van stabilisatie op de doorstroom naar en werkzaamheid van een exposure- of *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR)-behandeling bij deze doelgroep niet hebben onderzocht. Daardoor is onbekend in hoeverre na een programma zoals 'Vroeger en verder' voldoende stabiliteit wordt verworven voor de volgende (traumagerichte) fase.

#### AUTEURS

**AD DE JONGH**, bijzonder hoogleraar Angst- en gedragsstoornissen, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam van de UvA en VUmc, Amsterdam, en Centrum voor Psychotherapie en Psychotrauma, Bilthoven.

**IVA BICANIC**, GZ-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren, Universitair Medisch Centrum Utrecht.

**AGNES VAN MINNEN**, bijzonder hoogleraar Behandeling van Angststoornissen en Angstregulatie, Radboud Universiteit Nijmegen; klinisch psycholoog/psychotherapeut Overwaal, Centrum voor Angststoornissen, Pro Persona.

**ERIK TEN BROEKE**, klinisch psycholoog en psychotherapeut, vrijgevestigd gedragstherapeut te Bathmen/Deventer.

**MARK VAN DER GAAG**, bijzonder hoogleraar Klinische Psychologie, Vrije Universiteit van Amsterdam en hoofd psychoseonderzoek Parnassia, Den Haag.

#### CORRESPONDENTIEADRES

Prof.dr. A. de Jongh.  
E-mail: a.d.jongh@acta.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

#### TITLE IN ENGLISH

Reaction on 'Complex PTSD following early-childhood trauma: emotion-regulation training as addition to the PTSD guideline'



ARTIKEL



Als laatste, de auteurs adviseren nader onderzoek te doen en stellen: 'eerder mag de effectiviteit van welke behandeling dan ook niet naar deze doelgroep worden gegeneraliseerd'. Deze stelling onderschrijven wij. Echter, deze kan even goed worden omgekeerd, aangezien de meerwaarde van training in emotieregulatievaardigheden als opmaat voor een *evidence-based* traumabehandeling voor deze doelgroep nimmer is aangetoond. Afwijken van de behandelrichtlijn voor PTSS is daarom niet op voorhand opportuun of verstandig. Vooral ook omdat er inmiddels een overtuigend aantal studies is die laten zien dat mensen met vroegkindelijk en interpersoonlijk trauma op verschillende uitkomstmaten - zonder voorafgaande emotieregulatietraining - even goed profiteren van een traumagerichte behandeling als mensen zonder een dergelijke traumageschiedenis (bijv. Resick e.a. 2014). Kortom, we willen de auteurs verzoeken hun aanbevelingen te onderbouwen dan wel te heroverwegen.

## ANTWOORD AAN

### De Jongh e.a.

Collega's De Jongh e.a. reageren op ons artikel in het maartnummer en herhalen hun kritiek op 'stabilisatie' bij complexe PTSS (Bicanic e.a. 2015). Ze doelen wellicht op jarenlange, ongeprotocolleerde behandeling, maar wij bedoelen met stabilisatie een geprotocolleerde emotieregulatietraining van vastgestelde duur. Het is helaas zo dat er niet veel RCT's zijn bij complexe PTSS en dat de behandelresultaten onvoldoende zijn. Het zou fijn zijn als standaard 'prolonged exposure' (PE) of EMDR afdoende was, maar exposure is beperkt, en EMDR niet wetenschappelijk onderzocht bij complexe PTSS na vroegkindelijk trauma (Dorrepaal e.a. 2014). We doen overigens alleen uitspraken over (complexe) PTSS met comorbide persoonlijkheidsstoornissen, en niet over PTSS met comorbide psychose, omdat we daar geen onderzoek naar hebben gedaan.

De Jongh e.a. stellen dat comorbiditeit de effectiviteit van traumagerichte behandelingen niet vermindert, maar dat is slechts beperkt onderzocht, en met name in exposurestudies werden suïcidale patiënten geëxcludeerd (Dorrepaal e.a. 2014, 2015). Nergens is aangetoond dat traumagerichte behandeling altijd *beter* zou zijn dan emotieregulatietraining. Uit onze review blijkt juist dat exposure bij complexe PTSS weliswaar een vergelijkbare effectgrootte (*effect size*) heeft als een emotieregulatietraining, maar tot *significant meer uitval* leidt, en tot *lagere herstel- en verbeterpercentages* (Dorrepaal e.a. 2014).

Het is positief te lezen dat auteurs de effectiviteit van de emotieregulatietraining 'vroeger en verder' erkennen. De populatie in onze RCT bestond uit goed gediagnosticeerde patiënten met complexe PTSS, met zeer ernstige PTSS-symptomen en 50% comorbide borderlinepersoonlijkheidsstoornis, relatief lage opleiding, hoge werkeloosheid en hoog medicatiegebruik en was daarmee representatief voor de klinische praktijk. Wij beschreven zelf (Thomaes e.a. 2015; Dorrepaal e.a. 2015) dat de – grote – effectsize niet significant beter was omdat *treatment as usual* onverwacht ook matig effectief bleek. Het matige verschil in effectgrootte (0,35) tussen de behandelingen wijst daarom meer op onvoldoende statistische power dan op gelijke effectiviteit (Dorrepaal e.a. 2014). Na emotieregulatietraining bleek de diagnose complexe PTSS veelal niet meer gesteld te kunnen worden (Thomaes e.a. 2015). Dit stemt overeen met andere positieve – significante – resultaten van emotieregulatietrainingen (Dorrepaal e.a. 2014). Vervolgonderzoek is vanzelfsprekend noodzakelijk.

In lijn met de laatste opmerking van De Jongh e.a. vonden wij bij PTSS na vroeg trauma (wat niet gelijk staat aan complexe PTSS), enige voorkeur voor behandeling met

### LITERATUUR

- Berg DPG van den, de Bont PAJM, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van Minnen A, e.a. Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 259-67.
- Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH, van Balkom AJ, Veltman DJ, Hoogendoorn AW, e.a. Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to child abuse based on psychoeducation and cognitive behavioural therapy: a multisite randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2012; 81: 217-25.
- Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SAM, Rigg DS, e.a. Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 953-64.
- Minnen A van, Harned MS, Zoellner L, Mills K. Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *Eur J Psychotraumatol* 2012; 3: 18805.
- Resick PA, Suvak MK, Wells SY. The impact of childhood abuse among women with assault-related PTSD receiving short-term CBT. *J Trauma Stress* 2014; 27: 558-67.
- Thomaes K, Dorrepaal E, van Balkom AJLM, Veltman DJ, Smit JH, Hoogendoorn AW, e.a. Complexe PTSS na vroegkindelijk trauma: emotieregulatietraining als aanvulling op de PTSS-richtlijn. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 172-81.

exposure. Omdat ook emotieregulatietraining effectief was, verdient deze eveneens een plaats in de richtlijn. Overigens blijkt exposure sowieso niet altijd noodzakelijk of het effectiefst bij PTSS: Resick e.a. (2008) vonden dat puur cognitieve therapie effectiever was, en bij comorbide depressie leidde exposure tot meer uitval dan interpersoonlijke therapie (Markovitz e.a. 2015). Patiëntvoorkeur kan dus een rol spelen.

Bij *complexe* PTSS is er juist enige preferentie voor emotieregulatietraining, hoewel ook exposure positieve effecten had. Wij stellen dan ook niet voor om exposure te schrappen, maar om voor complexe PTSS emotieregulatietraining toe te voegen aan de richtlijn, geheel in overeenstemming met de internationale expertconsensus (zie Dorrepaal e.a. 2015). Zo krijgen ook bij de PTSS-behandeling profileren en stadiëren vorm. Van Minnen e.a. (2012) beschrijven iets

dergelijks: ‘... several studies examining *modified PE treatments (delivered alone or in combination with DBT or DBT skills training interventions)* have shown promising results among more severe BPD patients who are typically excluded from PE’. Of exposurebehandeling nu wordt uitgebreid (ook in uren) door het aan emotieregulerende *dialectical behavior therapy (DBT)* toe te voegen of door deze vooraf te laten gaan door emotieregulatietraining: het verschil lijkt eerder *gradueel* dan *princiep*eel.

We pleiten ervoor de voortdurende discussie, voortkomend uit beperkte evidentie, om te zetten in een onderzoekopzet waarin standaard-exposure (of EMDR) wordt vergeleken met emotieregulatietraining alleen en met de combinatie van beide bij patiënten met complexe PTSS om de behandelresultaten te verbeteren, want daar gaat het tenslotte om.

#### AUTEURS

\*Gedeeld eerste auteurschap.

**KATHLEEN THOMAES\***, psychiater, GGZ inGeest/afd. Psychiatrie, VUmc, en Neuroscience Campus, Amsterdam.

**ETHY DORREPAAL\***, psychiater/psychotherapeut/GZ-psycholoog, specialismeleider psychotrauma PsyQ/PG, Parnassia Groep, Den Haag, en GGZ inGeest/afd. Psychiatrie, EMGO Institute, VUmc, Amsterdam.

**ANTON J.L.M. VAN BALKOM**, hoogleraar Evidence-based psychiatrie en psychiater, GGZ inGeest/afd. Psychiatrie, en EMGO Institute, VUmc, Amsterdam.

**DICK J. VELTMAN**, hoogleraar Neuro-imaging bij psychiatrische stoornissen, GGZ inGeest/afd. Psychiatrie, VUmc, en Neuroscience Campus, Amsterdam.

**JAN H. SMIT**, hoogleraar Methodologie van longitudinale cohortstudies, GGZ inGeest/afd. Psychiatrie, VUmc, Amsterdam.

**ADRIAAN W. HOOGENDOORN**, onderzoeker, GGZ inGeest/afd. Psychiatrie, VUmc, Amsterdam.

**NEL DRAIJER**, klinisch psycholoog-psychotherapeut en psychoanalyticus, GGZ inGeest/afd. Psychiatrie, EMGO Institute, VUmc, Amsterdam.

#### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. K. Thomaes en dr. E. Dorrepaal.

E-mail: k.thomaes@vumc.nl en E.Dorrepaal@psyq.nl

#### LITERATUUR

- Bicanic I, de Jongh A, ten Broeke E. Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe PTSS: noodzaak of mythe? Tijdschr Psychiatr 2015; 57: 332-9.
- Dorrepaal E, Thomaes K, Draijer N, Veltman DJ, van Balkom AJLM. Emotieregulatie hoort in het therapeutisch arsenaal bij complexe PTSS: consensus en evidence. Tijdschr Psychiatr 2015; 5: 340-2.
- Dorrepaal E, Thomaes K, Hoogendoorn AW, Veltman DJ, Draijer N, van Balkom AJ. Evidence based treatment for adult women with child abuse related Complex PTSD: a quantitative review. Eur J Psychotraumatol 2014; 5: 23613.
- Markowitz JC, Petkova E, Neria Y, Van Meter PE, Zhao Y, Hembree E, e.a. Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. Am J Psychiatry 2015; 172: 430-40.
- Minnen A van, Harned MS, Zoellner L, Mills K. Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. Eur J Psychotraumatol 2012; 3: 18805
- Resick PA, Galovski TE, O'Brien Uhlmansiek M, Scher CD, Clum GA, Young-Xu Y. A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. J Consult Clin Psychol 2008; 76: 243-58.
- 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; 3: 171-82.