

Focus

De gedragstherapeutische behandeling van posttraumatische stressstoornissen

Enkele kanttekeningen

door J.E. Hovens en E.J.F.L. Olivier

Samenvatting

In dit artikel over de posttraumatische stressstoornis worden acht gecontroleerde onderzoeken over de psychologische behandeling van de posttraumatische stressstoornis besproken. Exposure blijkt belangrijk te zijn, maar lijkt niet de enige belangrijke component in de behandeling.

Inleiding

De posttraumatische stressstoornis (PTSS) komt vaak voor in de bevolking: in de loop van het leven tussen de 1% en 12% (McFarlane en De Girolamo 1996). Over de behandeling van PTSS is een veelvoud van modellen, methoden en technieken gepresenteerd (Arntz 1995). Onlangs verscheen een beslisboom voor de behandelstrategie voor PTSS (Van Dyck e.a. 1996). Empirische evaluatie van diverse behandelstrategieën is er nauwelijks (Solomon e.a. 1992; Gerrity en Solomon 1996). In dit artikel worden een aantal gecontroleerde onderzoeken, die voornamelijk gedragstherapeutisch van aard zijn, besproken. In de discussie worden de besproken onderzoeken in een groter verband geplaatst.

Acht onderzoeken naar de behandeling van PTSS

Solomon e.a. (1992) signaleren in een overzichtartikel zes methodologisch verantwoorde onderzoeken naar de psychologische behandeling van PTSS. Zij suggereren dat 'exposure' de voorkeur geniet.

Het onderzoek van Brom e.a. (1986, 1989) vergelijkt drie therapeutische stromingen met elkaar. Bij dit onderzoek valt op dat de meeste proefpersonen lijden aan een verstoord rouwproces. De gemiddelde termijn na het trauma is 25 maanden. Bij de behandelde patiënten verbeteren de klachten significant ten opzichte van de voormeting, terwijl

in de wachtlijstgroep geen veranderingen optreden. Na drie maanden blijkt dit verschil gehandhaafd.

Verdere analyse laat zien dat jongere patiënten die laag scoren op boosheid meer lijken te profiteren van trauma-desensitisatie, terwijl oudere patiënten met hoge scores minder geschikt lijken voor deze behandeling. Hypnotherapie blijkt geschikter te zijn voor jongere dan voor oudere patiënten. Psychodynamische therapie past bij patiënten met lage scores voor verongelijktheid en met een hoge interne controle.

Peniston (1986) beschrijft 16 Vietnam-veteranen met chronische PTSS. De behandelgroep wordt geoefend in spierontspanning en met klassieke desensitisatie behandeld. De veteranen krijgen de instructie de herinneringen aan Vietnam te visualiseren en zich dan te ontspannen. Bij de nameting is er een significante vermindering van spanning bij de behandelde groep. Vierentwintig maanden later heeft de behandelde groep significant minder nachtmerries en flashbacks dan de niet behandelde groep.

Keane e.a. (1989) vergelijken 11 Vietnam-veteranen met 13 veteranen op een wachtlijst. De experimentele groep krijgt ontspanningsoefeningen en geleidelijke blootstelling aan beangstigende herinneringen uit Vietnam. Door ontspanningsoefeningen leren de patiënten dat zij enige controle hebben. Ten opzichte van de mensen die op de wachtlijst staan, rapporteren de behandelde patiënten een significante vooruitgang op angst, depressie en PTSS-vragenlijsten. Klinisch verbeteren de herbelevingen en hyperarousal van de PTSS. Deze verbeteringen blijven na zes maanden gehandhaafd.

Cooper en Clum (1989) onderzoeken 14 Vietnam-veteranen, van wie zeven patiënten met exposure worden behandeld. In de exposurezittingen concentreren de patiënten zich op een beangstigende scène, die net zo lang herhaald wordt tot de angst vermindert. De behandelgroep blijkt na afloop en bij follow-up consistent lager te scoren op angst en depressie. Nachtmerries verminderen eveneens significant en het aantal uren slaap is hoger.

Boudewijns en Hyer (1990) rapporteren over 36 opgenomen mannelijke Vietnam-veteranen. Achttien patiënten krijgen naast het gebruikelijke programma een exposureprogramma. Tijdens de exposure worden de drie meest angstaanjagende herinneringen uit Vietnam zo vaak aangeboden tot de geconditioneerde respons afgenomen is. De behandelgroep vertoont bij follow-up in psychologisch en gedragsmatig opzicht meer verbetering dan de controlegroep. De belangrijkste bevinding is echter dat aversieve herinneringen blijven, zelfs na intensieve behandeling.

Twee onderzoeken richten zich op de behandeling van PTSS bij vrouwelijke slachtoffers van verkrachting. Foa e.a. (1991) onderzoeken 45 vrouwen. Zij worden ingedeeld in een exposuregroep, een stressvaccinatiegroep en twee controlegroepen. In de exposuregroep worden

de beelden van de verkrachting zo levendig mogelijk oproepen. Het stressvaccinatieprogramma bestaat uit het aanleren van copingstrategieën, zoals het aanleren van ontspanningsoefeningen, 'gedachtenstop', cognitieve herstructurering en geleide zelfspraak. De analyses laten zien dat na de behandeling alle groepen mildere klachten van PTSS hebben, waarbij het stressvaccinatieprogramma het meeste succes heeft. Bij follow-up blijken alle groepen evenveel (significant) te verbeteren.

In het onderzoek van Resick en Schnicke (1992) worden 19 patiënten vergeleken met een wachtlijstgroep. Deze patiënten krijgen een cognitieve gedragstherapie en moeten een gedetailleerd rapport schrijven over de verkrachting. Onderdelen zijn veiligheid, vertrouwen, controle, zelfwaardering en intimiteit, die alle bij verkrachting aangetast lijken. In vergelijking met de voormeting blijkt de behandelde groep op de zelfbeoordelingsvragenlijsten significant verbeterd. Na zes maanden, waarbij 16 vrouwen onderzocht werden, voldoet geen enkele vrouw aan de criteria voor PTSS, en één aan de criteria van een depressieve stoornis.

Carlier e.a. (1994) rapporteren over een ambulante behandeling bij 42 politieagenten met PTSS na een schietincident. In de behandeling ligt de nadruk op imaginaire exposure, cognitieve herstructurering en schrijfopdrachten. Na afloop blijkt geen van de 'behandelden' nog te voldoen aan de diagnose PTSS, terwijl bij de controlegroep 50% nog steeds lijdt aan PTSS. Dat beeld blijft bestaan bij de follow-up, drie maanden later.

Discussie en conclusie

De behandeling van PTSS met exposure wordt sinds begin jaren tachtig enthousiast onthaald. De besproken onderzoeken suggereren een significant effect van deze techniek. Toch zijn hier enkele kanttekeningen bij te plaatsen.

Ten eerste zijn er tot op heden relatief weinig patiënten onderzocht.

Ten tweede varieert de termijn na het trauma in de onderzochte patiëntenpopulatie, evenals de aard van het trauma en de ernst van de psychopathologie. In het onderzoek van Brom e.a. (1986) worden vooral ambulante patiënten besproken die recentelijk een ernstig verlies hebben geleden, terwijl er bij onderzoek van Vietnam-veteranen juist sprake is van een lang bestaand lijden. Het trauma blijkt vrijwel altijd duidelijk afgrensbaar. Er zijn echter geen gegevens bekend over het gebruik van deze technieken bij chronisch getraumatiseerden zoals concentratiekampgevangenen. Ook de ernst van de psychopathologie loopt uiteen. Boudewijns en Hyer (1990) rapporteren over opgenomen patiënten, terwijl de overigen zich baseren op ambulante patiënten of op een combinatie. De ernst van de psychopathologie is des te meer van belang omdat inmiddels ook 'bijwerkingen' van exposure beschreven

zijn. Pitman e.a. (1991) beschrijven zes gevallen met een verergering van depressie, terugval in alcoholmisbruik en een beginnende paniekstoornis. Hieruit blijkt dat exposure niet altijd de aanbevolen techniek is bij de behandeling van PTSS.

Ten derde is de follow-up-periode te kort. In drie of zes maanden kan men niet nagaan of de patiënten in staat zijn met 'verjaardagen' om te gaan, dan wel dat deze tot een terugval leiden.

Ten vierde lijkt het effect van behandeling beperkt. De behandelingen lijken slechts een deel van de symptomatologie te verminderen. Keane e.a. (1989) wijzen er expliciet op dat de 'onthechting' niet vermindert. Bij een met exposure behandelde klinische populatie keert de symptomatologie na een jaar terug (Hammerberg en Silver 1994) of verergeren de klachten (Johnson e.a. 1996). Carlier e.a. (1994) trekken wellicht de meest realistische conclusies: exposure helpt, maar minder bij een groot aantal trauma's en bij patiënten met een ernstige depressieve stoornis en extreme vermijding.

Ten vijfde is onderzoek naar de behandeling van PTSS vooral gericht op de drie symptomencusters intrusie, vermijding en hyperarousal. Toch wijzen veel auteurs in hun beschouwingen ook op existentiële problemen die vaak kunnen optreden na een traumatische gebeurtenis. Het lijkt vooral om interpersoonlijk wantrouwen te gaan.

Ten slotte lijken de emoties van veel trauma-overlevenden niet adequaat te moduleren. PTSS-patiënten tonen veel meer een alles-of-niets fenomeen op het vlak van emotionele belevingen. Ze zijn niet boos om een klein incident, maar tonen een woede die eerder past bij een oorlogssituatie dan bij een therapiesetting.

Van der Kolk e.a. (1996) wijzen erop dat fasering in de behandeling noodzakelijk is. Zij suggereren: (1) stabilisatie door middel van psycho-educatie en identificatie van gevoelens door verbalisaties; (2) deconditionering van traumatische herinneringen en responsen; (3) herstructurering van traumatische persoonlijke schemata; (4) herstel van veilige sociale banden en interpersoonlijke contacten; (5) opdoen van herstellende emotionele ervaringen.

In 'De Vonk' vonden wij dat sociale banden en ervaren interpersoonlijke veiligheid een eerste vereiste zijn voor therapie. Veiligheid bieden vindt plaats in de eerste fase van behandeling, naast stabilisatie van heftige angsten. Stabilisatie bereikt men in deze fase door middel van psycho-educatie en medicatie. Pas in een latere fase kunnen traumatische ervaringen aan de orde komen.

Deze fasering is nog niet onderzocht. Op dit moment kan men alleen constateren dat de behandeling van PTSS nog in de kinderschoenen staat en dat exposure en cognitieve herstructurering slechts onderdelen van de behandeling vormen, terwijl nog niet duidelijk is wanneer zij in de behandeling toegepast moeten worden.

Literatuur

- Arntz, A. (1995), Psychologische behandelingen van de posttraumatische stressstoornis. *De Psycholoog*, 30, 177-180.
- Boudewyns, P.A., en L. Hyer (1990), Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veteran PTSD patients treated with direct therapeutic exposure. *Behavior Therapy*, 21, 63-87.
- Brom, D., R.J. Kleber en P.B. Defares (1986), *Traumatische ervaringen en psychotherapie*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Brom, D., R.J. Kleber en P.B. Defares (1989), Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.
- Carlier, I.V.E., R.D. Lamberts en B.P.R. Gersons (1994), *Ingrijpende gebeurtenissen in politiewerk*. Gouda Quint, Arnhem.
- Cooper, N.A., en G.A. Clum (1989), Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 381-391.
- Dyck, R. van, P. van Oppen en A.J.L.M. van Balkom (1996), Beslisbomen en behandelingsstrategieën. In: R. van Dyck, A.J.L.M. van Balkom en P. van Oppen (red.), *Behandelingsstrategieën bij angststoornissen*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Foa, E.B., B.O. Rothbaum, D.S. Riggs e.a. (1991), Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Gerrity, E.T., en S.D. Solomon (1996), The treatment of PTSD and related stress disorders: Current research and clinical knowledge. In: A.J. Marsella, M.J. Friedman, E.T. Gerrity e.a., *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder*. American Psychological Association, Washington DC.
- Hammerberg, M., en St.M. Silver (1994), Outcome of treatment for posttraumatic stress disorder in a primary care unit serving Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 195-216.
- Johnson, D.R., R. Rosenheck, A. Fontana e.a. (1996), Outcome of intensive inpatient treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 771-777.
- Keane, T.M., J.A. Fairbank, J.M. Caddell e.a. (1989), Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245-260.
- Kolk, B.A. van der, A.C. McFarlane en O. van der Hart (1996), A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder. In: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane en L. Weisaeth (red.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. The Guilford Press, New York.
- McFarlane, A.C., en G. De Girolamo (1996), The nature of traumatic stressors and the epidemiology of posttraumatic reactions. In: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane en L. Weisaeth (red.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. The Guilford Press, New York.
- Peniston, E.G. (1986), EMG biofeedback-assisted desensitization treatment for Vietnam combat veterans posttraumatic stress disorder. *Clinical Biofeedback and Health*, 9, 33-41.
- Pitman, R.K., B. Altman, E. Greenwald e.a. (1991), Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 17-20.

Resick, P.A. en M.K. Schnicke (1992), Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.

Solomon, S.D., E.T. Gerrity en A.M. Muff (1992), Efficacy of treatments for Post-traumatic Stress Disorder. *Journal of the American Medical Association*, 268, 633-638.

Summary: The treatment of posttraumatic stress disorder

This paper discusses the eight controlled studies on the psychological treatment of posttraumatic stress disorder. Exposure to the trauma related stimuli is shown to be important, but appears to be not the only important component in the treatment.

J.E. Hovens is als psychiater werkzaam bij de afdeling voor de behandeling van getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers bij Centrum '45, 'De Vonk'. E.J.F.L. Olivier is psychiater in opleiding bij PZ Rosenberg te 's-Gravenhage. Correspondentie-adres: Centrum '45, 'De Vonk', Westeinde 94, 2211 XS Noordwijkerhout.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-4-1997.