

# Emotieregulatie hoort in het therapeutisch arsenaal bij complexe PTSS: consensus en evidence

E. DORREPAAL, K. THOMAES, N. DRAIJER, D.J. VELTMAN, A.J.L.M. VAN BALKOM



Hoe kan complexe posttraumatische stressstoornis (PTSS) het beste behandeld worden? Dat is een belangrijke vraag, omdat effectonderzoek in de populatie met deze stoornis beperkt is. Bicanic e.a. (2015) bekritisieren de *Expert Consensus Guidelines for Complex PTSD* van de International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS), die adviseert te starten met stabilisatie/emotieregulatie voorafgaand aan exposurebehandeling. Bicanic e.a. suggereren dat het bij complexe PTSS – net als bij PTSS – de voorkeur verdient meteen te starten met exposurebehandeling. Wij delen deze mening niet omdat wetenschappelijke evidentie ervoor ontbreekt. Wel is het verheugend dat er aandacht is voor complexe PTSS en we zijn het uiteraard met auteurs eens dat goed vergelijkend onderzoek dringend nodig is.

## Systematische review

De ISTSS-consensusrichtlijn is voornamelijk gebaseerd op een enquête onder experts en daarnaast op 9 behandel-effectstudies gericht op verbetering van complexe PTSS-symptomen na complex trauma, waarvan 2 abusievelijk geclassificeerd als gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's). Zelf verrichtten wij recent een meta-analyse op basis van louter RCT's met welomschreven vroeg getraumatiseerde patiënten met (complexe) PTSS (Dorrepaal e.a. 2014). Daaruit blijkt behandeling inclusief stabilisatie/emotieregulatie bij *complexe* PTSS beter onderbouwd dan uitsluitend exposurebehandeling. Behandeling inclusief exposure leverde weliswaar in het algemeen betere resultaten op bij PTSS na vroeg trauma dan uitsluitend stabilisatie/emotieregulatie, maar bij de subgroep met *complexe* PTSS gaf behandeling inclusief stabilisatie/emotieregulatie juist hogere verbeter- en herstelpercentages en minder uitval. Dit is in lijn met de ISTSS-consensusrichtlijn. Overigens: behandeling leidde lang niet altijd tot voldoende resultaat, zeker niet bij complexe PTSS.

## Werkzaamheid stabilisatie

De auteurs negeren één conditie uit de studie van Cloitre e.a. (2010), namelijk STAIR (8 sessies stabilisatie/emotieregulatie). Deze blijkt minstens even effectief als exposure

(8 sessies). Bovendien blijkt toevoeging van exposure aan STAIR (8 + 8 sessies) amper effectiever dan STAIR alleen.

Voorts bespreken Bicanic e.a. onze RCT (Dorrepaal e.a. 2012) – die inderdaad geen onderdeel uitmaakt van de ISTSS-richtlijn – nogal selectief. Hoewel anders wordt gesuggereerd, waren de effectsizes na 'Vroeger en verder' net als in de pilot groot, en bovendien normaliseerde dan de hersenactiviteit (Thomaes e.a. 2015). Hoewel de meeste verschillen in tegenstelling tot de gerepliceerde studie van Zlotnick e.a. (1997) geen statistische significantie bereikten (de controleconditie met gebruikelijke behandeling veranderde bij ons namelijk onverwacht ook, waardoor de power ontoereikend was), waren er trends ten faveure van 'Vroeger en verder'. Bovendien waren er significant meer, namelijk twee keer zo veel, patiënten die reageerden op de behandeling, wijzend op een klinisch relevant resultaat in een populatie met zeer ernstige complexe PTSS. Het uitvalpercentage was laag, bij comorbide persoonlijkheidsstoornissen zelfs maar 10%.

## Werkzaamheid fasegericht behandelen

De auteurs geven verder de resultaten van de combinatie van STAIR met exposure in de RCT van Cloitre e.a. niet juist weer. Zij schrijven dat deze 'niet schadelijk' is, terwijl deze juist tot grote en significant *beter*e effecten leidt dan exposure alleen. Ze beoordelen de vergelijking ook als 'unfair' omdat de behandeling met 8 weken stabilisatie langer is. Echter, als je veronderstelt dat stabilisatie niet nuttig of zelfs nadelig is, dan zou dat niet uit moeten maken. Ook laten de auteurs onvermeld dat tijdens exposure zonder voorafgaande stabilisatie de klachten aanvankelijk toenemen en dat dat minder gebeurt na voorafgaande stabilisatie.

## Werkzaamheid exposure

Om de werkzaamheid van exposure aan te tonen bij complexe PTSS, verwijzen de auteurs naar een aantal op onduidelijke gronden geselecteerde studies die zij onkritisch tegemoet treden en die niet specifiek populaties met complexe PTSS betroffen. De studie van Hagenaars e.a.

(2010) bijvoorbeeld ging over een populatie met slechts 1% cluster B- en 17% cluster C-persoonlijkheidsstoornissen. De meta-analyse van Olatunji e.a. (2010) betrof 6 PTSS-studies met vastgestelde comorbiditeit, bij 5 uitsluitend angst- en depressieve stoornissen, niet indicatief voor complexe PTSS. De enige studie waarin men comorbide persoonlijkheidsstoornissen vaststelde (McDonnagh e.a. 2005) – namelijk > 50%, indicatief voor complexe PTSS – liet een veel hogere uitval zien voor exposure- dan voor de non-exposureconditie (40 vs. 9%). Bovendien vielen alle patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis uit bij exposure.

In de populaties van de aangehaalde studies van Chard (2005), Classen e.a. (2005), Van der Kolk e.a. (2007) en Resick e.a. (2003) was geen complexe PTSS (of > 50% comorbide persoonlijkheidsstoornissen) vastgesteld (Dorrepaal e.a. 2014), waardoor de uitkomsten niet generaliseerbaar zijn.

Elders acht de derde auteur (ETB) uitsluitend EMDR zelf kennelijk tekortschieten bij complexe PTSS, en adviseert om deze te combineren met schematherapie (Driessen & ten Broeke 2014). Soortgelijke combinatie van een op de persoonlijkheid gerichte met traumagerichte behandeling gebeurt ook bij dialectische gedragstherapie (DBT) in combinatie met exposure (Bohus e.a. 2013) en bij fasegerichte behandeling, zoals ook in het hoofdstuk 'Stabilisatie' in het *Handboek EMDR* (De Jong & Ten Broeke 2012) wordt bepleit. Daarnaast vindt De Jong elders geen betere effecten voor EMDR dan voor stabilisatie (Ter Heide e.a. 2011).

## Conclusie

Wij concluderen dan ook dat er wel degelijk evidentie is voor werkzaamheid van stabilisatie bij complexe PTSS, reden waarom wij onlangs in dit tijdschrift pleitten om emotieregulatie op te nemen in de Nederlandse richtlijn PTSS (Thomaes, 2015). Er is minder evidentie voor verbetering, herstel en compliance door uitsluitend exposure. Het is dan ook gezien de stand van de wetenschap ongefundeerd om stabilisatie – waarvoor internationale consensus bestaat onder 84% van de experts – te vervangen door uitsluitend exposure. Omdat behandeling nog tot onvoldoende resultaat leidt, staan we voor een gezamenlijke uitdaging dit te verbeteren. Daarvoor is onderzoek vereist met aandacht voor dosis-effectrelaties en vergelijking tussen stabilisatie/emotieregulatie, exposure en de combinatie in gelijke dosering, zoals ook de ISRSS-richtlijn adviseert. We nodigen u uit om dit samen uit te voeren!

## AUTEURS

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

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

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

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

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

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. E. Dorrepaal, PsyQ, Parnassia Groep, Den Haag.  
E-mail: E.Dorrepaal@psyq.nl of K.Thomaes@vumc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-4-2015.

## TITLE IN ENGLISH

Emotion regulation belongs in the therapeutic arsenal for complex PTSD: consensus and evidence

## LITERATUUR

- Bicanic I, de Jongh A, ten Broeke E. Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe PTSS: noodzaak of mythe? Tijdschr Psychiatr 2015; 57: 332-9.
- Bohus M, Dyer AS, Priebe K, Krüger A, Kleindienst N, Schmahl C, e.a. Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 2013; 82: 221-33. doi:10.1159/000348451.
- Chard KM. An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 965-71.
- Classen CC, Palesh OG, Cavanaugh CE, Koopman C, Kaupp JW, Kraemer HC, e.a. A comparison of trauma-focused and present-focused group therapy for survivors of childhood sexual abuse: A randomized controlled trial. *Psychol Trauma* 2011; 3: 84-93. doi:10.1037/a0020096.
- Cloitre M, Stovall-McClough KC, Nooner K, Zorbas P, Cherry S, Jackson CL, e.a. Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 915-24.

- Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH, Van Balkom AJ, Veltman DJ, Hoogendoorn AW, e.a. A stabilizing group treatment for complex post traumatic stress disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioural therapy: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2012; 81: 217-25.
- 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 <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.23613>.
- Driessen A, ten Broeke E. Schematherapie en EMDR gecombineerd bij complexe trauma gerelateerde problematiek. *Gedragstherapie*. Tijdschrift voor gedragstherapie & cognitieve therapie 2014; 47: 232-49.
- Hagens MA, Minnen van A, Hoogduin KAL. The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treatment for PTSD. *Behav Res Ther* 2010; 48: 19-27.
- Heide ter FJ, Mooren TM, Kleijn W, de Jongh A, Kleber RJ. EMDR versus stabilisation in traumatised asylumseekers and refugees: Results of a pilot study. *Eur J Psychotraumatol* 2011; 2: 5881, doi: <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.5881>.
- Kolk van der BA, Spinazzola J, Blaustein ME, Hopper JW, Hopper EK, Korn DL, e.a. A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (emdr), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 37-46.
- McDonagh A, Friedman M, McHugo G, Ford J, Sengupta A, Mueser K, e.a. Randomized trial of cognitive behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 515-24.
- Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. A meta-analysis of the influence of comorbidity on treatment outcome in the anxiety disorders. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 642-54.
- Resick PA, Nishith P, Griffin MG. How well does cognitive behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS Spectrums* 2003; 8: 340-55.
- 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.
- Zlotnick C, Shea MT, Rosen K, Simpson E, Mulrenin K, Begin A, Pearlstein T. An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *J Trauma Stress* 1997; 10: 425-36.