

Zorg op maat bij complexe PTSS: wat werkt voor wie?

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



Beldman e.a. (2017) beschrijven een open oriënterend onderzoek naar een nieuwe sterk ingekorte groepsgewijze stabilisatietraining zonder individuele contacten voor patiënten met complexe PTSS die (nog) onvoldoende stabiel werden geacht voor verwerkingsgerichte behandeling. Dat is van belang omdat er nog weinig bekend is over dosis-effectrelaties en zorg-op-maat voor deze groep patiënten met ernstige klachten. Het is heel zinvol dat auteurs de negatieve onderzoeksresultaten publiceren, om zo anderen te informeren dat de onderzochte wijze van indicatiestelling en uitvoering rond deze korte training niet navolgenswaardig zijn. Echter, naar onze mening generaliseren de auteurs de negatieve resultaten ten onrechte door ook vraagtekens te plaatsen bij nut en noodzaak van langere en beter onderzochte stabilisatiemethoden.

Het is onvoldoende duidelijk of het onderzoek werkelijk patiënten met complexe PTSS betrof: gestructureerde diagnostische interviews ontbreken, van de klinisch beoordeelde as II-diagnoses is maar liefst 46% uitgesteld en bovenal ontbreekt toegespitste diagnostiek van complexe PTSS. Mogelijk was het een populatie met relatief 'lichte' klachten waarvoor emotieregulatietraining niet passend was; de werkzaamheid in een populatie met complexe PTSS blijft dan onduidelijk. Ook is het mogelijk dat de populatie wel (grotendeels) patiënten met complexe PTSS betrof (gezien het herhaald en/of meervoudig trauma en mogelijk hoge percentage as II). Voor hen zou deze interventie juist te kort en ineffectief kunnen zijn.

Net als auteurs concluderen ook wij dat in de niet scherp afgebakende populatie de korte groepsgewijze stabilisatietraining zonder individuele component, ondanks de slechts 5 sessies, hoge uitval liet zien en, met uitzondering van een klein effect op depressieve symptomen (*completers-analyse*), gemiddeld niet werkzaam is.

Verklaringen auteurs

De auteurs geven voor dit gebrek aan effect drie mogelijke verklaringen. Ten eerste wijzen zij op het verschil in effectmaten. Dit achten wij ongeloofwaardig, want die komen grotendeels overeen met die in andere onderzoeken. Wel ontbreekt een maat voor emotieregulatie – centraal bij het begrip complexe PTSS en het focus van de training.

Hun tweede verklaring is dat het aan de specifieke interventie ligt; deze achten wij waarschijnlijker. Vijf sessies vaardigheidstraining – waarin bijvoorbeeld in één sessie leefstijl, dagbesteding, zelfzorg én interpersoonlijke relaties worden behandeld – is inderdaad erg beperkt voor deze doelgroep. Andere stabilisatiemethodes zoals affectmanagement, *skills training in affect and interpersonal regulation* (STAIR) en 'Vroeger en verder' duren aanmerkelijk langer, en dialectische gedragstherapie voor comorbide borderlinepersoonlijkheidsstoornis en PTSS duurt zelfs een jaar (zie Dorrepaal e.a. 2014; e.a. Harned e.a. 2014).

Ook is de uitvoeringskwaliteit onduidelijk: welke disciplines hadden de groepsleiders, hoe waren ze opgeleid, gemonitord, gesuperviseerd en hoe ervaren waren zij in het geven van de training?

Het ontbreken van individueel contact kan de effectiviteit eveneens hebben verminderd. Een meta-analyse (Ehring e.a. 2014) wees namelijk uit dat groepsbehandelingen zonder daarnaast individueel contact het minst effectief waren.

De derde verklaring, waarbij auteurs Bicanic e.a. (2015) aanhalen die betoogden dat een stabilisatiefase onwerkzaam zou zijn en overbodig, hebben wij meteen in een commentaar in hetzelfde nummer van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* al weerlegd (Dorrepaal e.a. 2015). Heel kort samengevat: onze systematische meta-analyse van RCT's over vroeg getraumatiseerde patiënten met (complexe) PTSS (Dorrepaal e.a. 2014) toont juist aan dat bij complexe PTSS, stabilisatie/emotieregulatiebehandeling - met of zonder exposure - tot grote effectsizes en hogere verbeter- en herstelpercentages en lagere uitval leidt dan uitsluitend exposure. Hierin is ook de RCT naar 'Vroeger en verder' opgenomen, die evenals de pilotstudie grote effectsizes bereikt en significant grotere verbeterpercentages dan de controlegroep. Onze meta-analyse ondersteunt dus de ISTSS-richtlijn die voornamelijk is gebaseerd op systematische en grote expertconsensus, en adviseert fasegericht te behandelen bij complexe PTSS: reden om ook in de Nederlandse richtlijn stabilisatie/emotieregulatie op te nemen (Dorrepaal e.a. 2015).

Wat is er nodig?

De (inter)nationale discussie over ‘wat werkt voor wie?’ maakt volgens ons duidelijk dat er behoefte is aan meer RCT's met voldoende power en met directe vergelijkingen tussen stabiliserende versus exposurebehandeling, waarin de uitkomsten worden gerelateerd aan goed gediagnosticeerde (ernst van) complexe PTSS en persoonlijkheidsstoornissen. Onderzoek zoals de nadere analyse van het vaardigheidstraining- versus exposureonderzoek van Cloitre e.a. (2016) helpt deze indicatiediscussie vooruit: patiënten met het meest complexe ziektebeeld (relatief ernstige symptomen t.o.v. hun emotieregulatiecapaciteit) profiteerden meer van vaardigheidstraining dan van exposure. Patiënten met een minder complex ziektebeeld profiteerden juist meer van exposure.

Tot slot noemen Beldman e.a. het interessante idee van stabilisatie op maat wegens de grote klinische diversiteit. We zouden belangrijke winst kunnen boeken met scherpere diagnostiek en indicatiestelling. Zo dient men ter indicatiestelling voor bijv. ‘Vroeger en verder’ vooraf vast te stellen of er sprake is van complexe PTSS (emotieregulatieproblemen, dissociatie, verstoord zelfbeeld, interpersoonlijke problematiek, somatisatie en zingevingproblematiek), om niet een training in vaardigheden te geven die iemand al bezit. Bij mensen met comorbide PTSS en persoonlijkheidsstoornis heeft een groepsgewijze vaardigheidstraining van voldoende duur in combinatie met individueel contact zijn nut bewezen (Dorrepaal e.a. 2013; Harned e.a. 2014). Bij minder ernstige problematiek hebben wij klinisch goede ervaringen met individueel toepassen van op-maat-geselecteerde sessies van ‘Vroeger en verder’, eventueel *blended* met lezingen en huiswerk via *e-health*. Toekomstig dosis-effectonderzoek is inderdaad nodig, rekening houdend met patiëntkenmerken en voorkeuren (bijv. Cloitre 2014) om de praktische waarde hiervan aan te tonen en zo de zorg te optimaliseren voor deze belangrijke patiëntengroep.

LITERATUUR

- Beldman G, Kessels HHML, de Groot IW. Het effect van een kortdurende groepsgewijze stabilisatietraining bij patiënten met een complexe posttraumatische stressstoornis. Tijdschr Psychiatr 2017; 59: 672-9.
- Bicanic I, de Jongh A, ten Broeke E. Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe ptss: noodzaak of mythe? Tijdschr Psychiatr 2015; 57: 332-9.
- Cloitre M, Henn-Haase C, Herman JL, Jackson C, Kaslow N, Klein C, e.a. A multi-site single-blind clinical study to compare the effects of STAIR Narrative Therapy to treatment as usual among women with PTSD in public sector mental health settings: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2014; 15: 197.
- Cloitre M, Petkova E, Su Z, Weiss B. Patient characteristics as a

AUTEURS

ETHY DORREPAAL, psychiater/psychotherapeut/
GZ-psycholoog, PsyQ, Parnassia Groep, Den Haag.

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

NEL DRAIJER, klinisch psycholoog-psychotherapeut, GGZ inGeest/afd. Psychiatrie, VUmc, Amsterdam, en eigen praktijk.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. E. Dorrepaal of K.Thomaes.

E-mail: e.dorrepaal@psyq.nl of K.Thomaes@ggzingeest.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-10-2017.

TITLE IN ENGLISH

Matched care for complex PTSD: what works for whom?

moderator of post-traumatic stress disorder treatment outcome: combining symptom burden and strengths. *BJPsych Open* 2016; 2(2): 101-6.

- Dorrepaal E, Thomaes K, Draijer N, Veltman DJ, van Balkom AJ. Emotieregulatie hoort in het therapeutisch arsenaal bij complexe PTSS: consensus en evidence. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 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.
- Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH, Veltman DJ, Hoogendoorn AW, van Balkom AJ, e.a. Treatment compliance and effectiveness in complex PTSD patients with co-morbid personality disorder undergoing stabilizing cognitive behavioral group treatment: a preliminary study. *Eur J Psychotraumatol* 2013; 6: 4.
- Ehring T, Welboren R, Morina N, Wicherts JM, Freitag J, Emmelkamp PM. Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clin Psychol Rev* 2014; 34: 645-57.
- Harned MS, Korslund KE, Linehan MM. A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy with and without the dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behav Res Ther* 2014; 55: 7-17.