

# PTSS behandelen zonder exposure: sertraline versus IPT

J.A. Godschalx, J. de Jong

De symptomen van de posttraumatische stressstoornis (PTSS) kunnen evidence-based worden behandeld met psychotherapie en antidepressiva. Als antidepressivum wordt vaak sertraline gekozen. Conform de (inter)nationale richtlijnen is een aantal behandelingen aangewezen als eerste keus waarbij meestal blootstelling aan aspecten van het trauma als essentieel worden gezien. Voorbeelden zijn imaginaire *exposure* met cognitieve gedragstherapie en EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*). Sommige patiënten willen geen exposure aan hun herinneringen en een deel houdt ondanks behandeling klachten. Markowitz paste interpersoonlijke psychotherapie (IPT) aan voor PTSS. Deze kortdurende focale gesprekstherapie is ontwikkeld voor een depressie gerelateerd aan een levensgebeurtenis. De behandelaar is empathisch, steunend en gericht op hoe symptomen in het hier-en-nu zich relateren tot interpersoonlijke communicatie. Psychotrauma heeft interpersoonlijke gevolgen die met IPT zouden kunnen worden behandeld, zonder exposure, en zelfs als de patiënt geen depressiediagnose heeft. Met behandeling beoogt men dat de patiënt weer vertrouwen in anderen ervaart en sociale steun vraagt. Een subgroep patiënten, namelijk zij die een seksueel trauma meemaakten, verbeterde binnen een eerdere RCT meer door IPT dan door exposure.<sup>1,2</sup> Specifiek deze subgroep werd in Brazilië geïncludeerd in een vervolgstudie (RCT), die we hier bespreken.<sup>3</sup> 74 vrouwen met een ernstige PTSS na een recent (1-6 maanden geleden) seksueel trauma kregen IPT (n = 39) of sertraline (n = 35) als behandeling. De IPT bestond uit 14 maal 50 minuten behandeling door vrouwelijke therapeuten en sertraline werd voorgeschreven tijdens medicatieconsulten (bij aanvang en in week 2, 4, 8 en 14). In beide condities werd ook quetiapine (25-50 mg), risperidon (0,5-2,0 mg) of zolpidem CR (12,5 mg) voorgeschreven. De gemiddelde CAPS-waardes van de begin- en eindmeting toonden bij beide condities een significante verbetering, die niet significant van elkaar verschilde (sertraline: van 42,5 (SD 9,4) naar 27,1 (SD 15,9) en IPT van 42,6 (SD 9,1) naar 29,1 (SD 15,5). Op *Beck Depression Inventory* verminderde de score bij IPT van 28,31 (SD 11,72) naar 17,23 (SD 17,21) en bij sertraline van 29,15 (SD 10,99) naar 15,37 (SD 12,51). Ook de uitval verschilde niet (bij IPT 33% en bij sertraline 43%;  $p = 0,4$ ). Aanvullende medicatie werd gebruikt door 96% van de IPT-patiënten en 65% van de patiënten met sertraline. De gemiddelde sertralinedosis was 118 mg. De auteurs concluderen dat sertraline en IPT even effectief waren in het verlagen van symptomen bij PTSS. Zij signa-

## AUTEURS

**Judith Godschalx-Dekker**, arts in opleiding tot seksuoloog, Rino Amsterdam, psychiater/teamleider, psychiatrie en medische psychologie, Flevoziekenhuis Almere voor GGZ Centraal.

**Joop de Jong**, psychiater en specialismeleider psychotrauma, afd. Psychotrauma, PsyQ Haaglanden (Parnassia Groep).

## Correspondentie

Judith Godschalx-Dekker (jgodschalx@flevoziekenhuis.nl).

Potentieel strijdige belangen: de auteurs zijn supervisor psychotherapie IPT.

leerden een hoge uitval en haalden het beoogde inclusie-aantal (84) niet. Voor de uitval hadden zij verklaringen zoals verhindering door sociale problematiek en selectie doordat 1 van de 5 therapeuten 60% van de IPT-uitval had. Wij juichen onderzoek onder deze lastige omstandigheden toe, maar vinden dat de auteurs minder stellig hadden mogen zijn gezien de methodologische problemen. We weten nog onvoldoende of sertraline en IPT werkelijk vergelijkbaar effectief zijn. Zo werd vaker extra medicatie gebruikt bij IPT dan bij sertraline. Wellicht werd sertraline te snel verhoogd, wat meer klachten geeft en uitval kan verhogen. Bovendien werkt dit middel pas na enkele weken, waarmee in de onderzoeksopzet onvoldoende rekening werd gehouden. Een ander kritiekpunt is het ontbreken van de beschrijving van het type seksuele traumatiserende gebeurtenis, al noemen de auteurs wel de WHO-definitie van seksueel grensoverschrijdend gedrag. We hebben daarvoor te weinig zicht op de heterogeniteit van de geïncludeerde patiënten. Er is dus behoefte aan methodologisch beter uitgevoerde studies naar de rol van IPT bij PTSS. Al inspireert de studie psychiaters wellicht wel om bij PTSS voldoende aandacht te schenken aan de behandeling van depressie én het interpersoonlijk functioneren.

De literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.