

# Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe PTSS: noodzaak of mythe?

I. BICANIC, A. DE JONGH, E. TEN BROEKE

- ACHTERGROND** Bij de behandeling van mensen die in hun jeugd interpersoonlijk trauma hebben meegemaakt en last hebben van symptomen van 'complexe PTSS', wordt geadviseerd blootstelling aan de traumatische herinneringen te laten voorafgaan door een fase van 'stabilisatie'. Daarbij krijgen patiënten onder andere emotieregulatievaardigheden aangeleerd.
- DOEL** Nagaan hoe sterk het empirisch bewijs is voor een dergelijke fasegerichte behandelaanpak bij deze patiëntencategorie.
- METHODE** Een kritische beschouwing van wetenschappelijke literatuur en richtlijn, met als uitgangspunt de studies die de basis vormden voor de consensusrichtlijn voor complexe PTSS (Expert Consensus Guidelines for Complex PTSD) van de International Society for Traumatic Stress Studies.
- RESULTATEN** Onderzoek liet zien dat een op de verwerking van de traumatische gebeurtenissen gerichte behandeling – eventueel in combinatie met een daaraan voorafgaande fase van stabilisatie – ook voor patiënten met complexe PTSS-symptomen werkzaam is. Het staat echter geenszins vast dat een goed uitgevoerde en goed gedoseerde evidence-based traumabehandeling door stabilisatie dient te worden voorafgegaan.
- CONCLUSIE** In het veld heerst onzekerheid over wat de beste behandeling is voor patiënten met symptomen van complexe PTSS door interpersoonlijke traumatisering in de jeugd. Vooralsnog lijken de ernst of complexiteit van deze symptomen in ieder geval geen valide argumenten om patiënten een traject van stabilisatie aan te bieden, dan wel hen een behandeling volgens de multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (traumagerichte cognitieve gedragstherapie of EMDR) te ontzeggen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)5, 332-339

**TREFWOORDEN** complexe PTSS, EMDR, evidence-based traumabehandeling, exposure, stabilisatie, traumagericht



Volgens nationale en internationale richtlijnen op het gebied van de psychotraumatologie dient een posttraumatische stressstoornis (PTSS) te worden behandeld met een *evidence-based* therapie, dat wil zeggen *traumagerichte* cognitieve gedragstherapie (*exposure* of cognitieve therapie) of EMDR (Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen; van Balkom e.a. 2013; National Collaborating Centre for Mental Health 2005). In deze richtlijnen wordt geen expliciet onderscheid gemaakt in typen PTSS of de aard van het trauma. Wel bestaat er klinische consensus over het idee dat een deel van patiënten die kampen met de gevolgen van vroege traumatisering, niet direct aan verwerking toe

zou zijn (Cloitre e.a. 2009; 2011; 2012). Dit zou in het bijzonder gelden voor de populatie patiënten met 'complexe PTSS'.

Deze term wordt, naast '*disorders of extreme stress-not otherwise specified*' (DESNOS), veel gebruikt voor een specifieke vorm van PTSS. Met complexe PTSS bedoelen wij de aanwezigheid van een brede variëteit aan symptomen van stoornissen op zowel als I als II die in verband worden gebracht met herhaalde en langdurige interpersoonlijke traumatisering in de vroege jeugd, te weten voor het 14de jaar (Van der Kolk e.a. 2005). Dit noemt men ook wel complex trauma (Cloitre e.a. 2012; Herman 1992).

Hierbij staat naast de kernsymptomen van prss (herbelevingen, vermijdingsgedrag en hyperarousal) een aantal problemen op het gebied van zelfregulatie op de voorgrond: moeite met emotieregulatie, verstoring van relationele vaardigheden, veranderingen in aandacht en bewustzijn, de aanwezigheid van negatieve kernopvattingen, en somatisch lijden of desorganisatie (Cloitre e.a. 2012).

Het ontbreken van duidelijkheid over wat complex trauma en complexe prss inhouden, is een algemeen probleem onder en voor klinici. Want wat is er complex: de traumatische ervaringen, de gevolgen ervan, of de behandeling (Ter Heide e.a. 2014)? Ofschoon er op dit moment geen overeenstemming bestaat over welke elementen kenmerkend zijn voor complex trauma (Resick e.a. 2012), wordt de term 'complexe prss' opvallend genoeg veel gebruikt in diagnostiek en indicatiestelling. Deze term is wel in de aanstaande ICD-11 (Bisson 2013), maar niet in de DSM-5 opgenomen.

### Behandeling complexe PTSS

Voor de behandeling van patiënten met complexe prss wordt geadviseerd deze gefaseerd te laten verlopen volgens het zogenaamde driefasemodel (Cloitre e.a. 2002; 2010; 2012). Deze behandelaanpak begint met een stabilisatiefase waarin wordt gewerkt aan veiligheid, vestigen van een therapeutische relatie, aanleren van stressmanagement en affectregulatievaardigheden, psycho-educatie over de gevolgen van de traumatische gebeurtenissen en cognitief herstructureren in geval van schuld- en angstgedachten. Wanneer de patiënt stabiel blijkt te zijn, volgt de fase waarin de traumatische herinneringen worden bewerkt met *evidence-based (trauma-focused)* methoden. De laatste fase is gericht op 're-integratie', het hervatten van de dagelijkse bezigheden.

Het invoegen van een stabilisatiefase bij patiënten met complexe prss voorafgaand aan de confrontatie met traumatische herinneringen is terug te voeren op de veronderstelling dat mensen die in hun jeugd interpersoonlijke traumatisering hebben meegemaakt en daardoor vastlopen, doorgaans nog over onvoldoende psychologische stabiliteit beschikken om de herinneringen onder ogen te zien en de daarmee gepaard gaande *arousal* te verdragen. Om niet direct door beelden, cognities en emoties overspoeld te worden en 'ontregeld' te raken, zouden patiënten in de stabilisatiefase eerst vaardigheden op het gebied van zelfcontrole en affectregulatie moeten aanleren. De term 'stabilisatie' wordt ook gebruikt als een op zichzelf staande interventie gericht op reductie van de symptomen van complexe prss en het verbeteren van het functioneren en de kwaliteit van het dagelijks leven van patiënten met complexe prss (Zlotnick e.a. 1997; Dorrepaal e.a. 2006).

De centrale aanname achter het driefasemodel is dat pati-

### AUTEURS

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

**AD DE JONGH**, bijzonder hoogleraar Angst- en gedragsstoornissen, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam van de Universiteit van Amsterdam en Vrije Universiteit Amsterdam.

**ERIK TEN BROEKE**, psychotherapeut en klinisch psycholoog, Visie, Praktijk voor cognitieve gedragstherapie, Deventer.

### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Iva Bicanic, UMC Utrecht, Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren, Huispostnummer KA.00.004.0, Postbus 85090, 3508 AB Utrecht.

E-mail: i.a.e.bicanic@umcutrecht.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-9-2014.

enten na een periode van stabilisatie meer gemotiveerd zijn voor en beter bestand zijn tegen het traumagerichte deel van de behandeling en hierdoor beter van deze behandeling zullen profiteren. Daarom is een aantal stabilisatietrainingen ontwikkeld voor kinderen en volwassenen (Dorrepaal e.a. 2008; Struik 2010). De sleutelvraag is echter of deze gefaseerde aanpak inderdaad noodzakelijk is bij mensen die interpersoonlijk trauma in de jeugd hebben meegemaakt en bij wie sprake is van symptomen die kenmerkend zijn voor 'complexe prss'. De vraag is of niet evengoed gekozen kan worden voor een behandeling volgens de geldende richtlijnen, die direct gericht is op verwerking van de herinneringen en reductie van de prss-symptomen.

In dit artikel willen wij aan de hand van onderzoeksbevindingen op deze vragen een antwoord formuleren. Hierbij namen we de studies die de basis vormden voor de *Expert Consensus Guidelines for Complex PTSD* van de *International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)*; Cloitre e.a. 2012) als uitgangspunt. Deze internationale richtlijn bevat aanbevelingen over de behandeling van complexe prss. We geven allereerst een algemene beschouwing van de opbouw van deze richtlijn. Vervolgens gaan we in op de werkzaamheid van stabilisatie per se. Daarna richten we ons op de effectiviteit van behandelingen waarbij de traumaverwerking wordt voorafgegaan door stabilisatie (de *fasegerichte aanpak*) en vervolgens die van *evidence-based* behandelingen zonder stabilisatie vooraf.

### Algemene beschouwing van de onderbouwing van de richtlijn

De Complex Trauma Task Force heeft een selectie van 9 gepubliceerde gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) gebruikt als basis voor haar aanbevelingen. Opmerkelijk genoeg heeft de werkgroep niet aangeduid op basis van welke criteria deze artikelen zijn geselecteerd en welke zoekstrategie hiervoor is gebruikt. Nog verontrustend is dat 2 studies geen gerandomiseerde gecontroleerde studies zijn (Dorrepaal e.a. 2010; Steil e.a. 2011). Bovendien hadden slechts 3 studies een actieve controlegroep (Classen e.a. 2011; Cloitre e.a. 2011; Ford e.a. 2011), en bij 3 studies was er geen sprake van follow-up (Bradley & Follingstad, 2003; Steil e.a. 2011; Zlotnick e.a. 1997). Hoewel 'vroeg fysiek en/of seksueel misbruik' een voorwaarde was voor inclusie, voldeed één studie daar niet aan (Ford e.a. 2011). Opvallend genoeg was in maar liefst 3 studies een prss-diagnose geen vereiste voor inclusie (Bradley & Follingstad 2003; Classen e.a. 2011; Ford e.a. 2011). Daarnaast werd in slechts 2 studies de aanwezigheid van complexe prss op een gestandaardiseerde wijze vastgesteld (Dorrepaal e.a. 2010; 2012), namelijk met het *Structured Interview of Disorders of Extreme Stress* (SIDES).

Dus, terwijl de richtlijn betrekking heeft op de behandeling van volwassenen met complexe prss, ontbrak juist deze diagnose bij de patiënten die participeerden in een deel van de studies, die de basis vormden voor de vaststelling van deze richtlijn.

Daarnaast is het effect van stabilisatie met of zonder een opeenvolgende traumagerichte verwerkingsfase op symptomen die kenmerkend zijn voor complexe prss slechts marginaal getoetst, omdat de uitwerking ervan op een beperkte subset van klachten is gemeten en niet – zoals volledigheidshalve mag worden verwacht – op het gehele spectrum van symptomen. Dat wil zeggen: borderline-symptomen (Dorrepaal e.a. 2010), interpersoonlijke problemen (Cloitre e.a. 2010), zelfbeeldproblematiek (Classen e.a. 2011), expressie van boosheid (Classen e.a. 2011; Cloitre e.a. 2002; 2010), affectregulatievaardigheden (Cloitre e.a. 2002; Ford e.a. 2011) en dissociatieve symptomen (Bradley & Follingstad, 2003; Chard, 2005; Cloitre e.a. 2002; Dorrepaal e.a. 2010; Zlotnick e.a. 1997).

### De werkzaamheid van stabilisatie

Gebaseerd op de vooronderstelling dat vroeg getraumatiseerde patiënten met complexe prss door een stabilisatiefase beter op de confrontatie met hun traumatische herinneringen zijn voorbereid, werd in de jaren 90 een affect-managementbehandeling in groepsverband ontwikkeld. De eerste resultaten van een gerandomiseerde

studie naar de effectiviteit van deze behandelaanpak, die bestond uit 15 groepsessies, waren bemoedigend. Er was evenwel een uitval van 29%, maar de mensen die dit behandelprogramma hadden doorlopen, gaven na afloop aan minder last te hebben van symptomen van prss, depressie en dissociatie dan die van een wachtlijstcontrolegroep (Zlotnick e.a. 1997). Dit protocol is in het Nederlands vertaald en bewerkt en aangevuld tot de stabilisatiecursus 'Vroeger en verder' voor vrouwen met complexe prss na vroege misbruik- of geweldservaringen (Dorrepaal e.a. 2008; Thomaes e.a. 2015).

Deze 20 weken durende groepsinterventie richt zich op het leren omgaan met klachten in het hier en nu en kan uitsluitend gevolgd worden naast een individueel steunend contact, waarin *exposure* is uitgesloten. De eerste resultaten van een open ongecontroleerde *pilotstudie* bij vrouwen met complexe prss waren bemoedigend (Dorrepaal e.a. 2010), maar die van de gerandomiseerde gecontroleerde studie bij dezelfde populatie niet (Dorrepaal e.a. 2012); deze studie maakte overigens geen deel uit van de 9 geselecteerde studies. De *intention-to-treat* analyse gaf aan dat een standaardbehandeling bestaande uit individueel steunend contact even effectief was wanneer dit werd aangevuld met 'Vroeger en verder' (Dorrepaal e.a. 2012). Tevens vonden de onderzoekers slechts bescheiden evidentie voor de klinische relevantie van de aanvullende groepsinterventie (Dorrepaal e.a. 2012).

Twee andere studies die in de 1srss-richtlijn worden genoemd, suggereren dat het verbeteren van affectregulatievaardigheden van mensen met een geschiedenis van lichamelijk en/of fysiek misbruik in de jeugd prss-symptomen doet verminderen, en wel zonder dat de traumaherinneringen expliciet worden bewerkt. Echter, in geen van beide studies (Bradley & Follingstad 2003; Ford e.a. 2011) was het hebben meegemaakt van vroeg interpersoonlijk trauma of de aanwezigheid van symptomen van complexe prss een expliciet inclusiecriteria. Desondanks is de hoge uitval opmerkelijk. In een onderzoek naar de effectiviteit van een therapieprogramma waarbij vrouwelijke gevangenen affectregulatievaardigheden kregen aangeleerd, waren na 18 groepsessies van 2,5 uur de prss-symptomen weliswaar significant verminderd, maar staakte de helft van de deelnemers de behandeling voortijdig (Bradley & Follingstad 2003). Omdat er geen controlegroep en geen follow-up waren, valt op de resultaten veel af te dingen. Daar komt bij dat de deelnemers tijdens de sessies waren uitgenodigd om hun levensgeschiedenis te beschrijven; daardoor kunnen we niet uitsluiten dat de effecten aan exposure zijn toe te schrijven.

### De werkzaamheid van fasegerichte behandeling

Er is slechts één studie bij complexe prss tot dusver die

empirische ondersteuning biedt aan de fasegerichte behandeling (stabilisatie plus evidence-based trauma-focused behandeling) (Cloitre e.a. 2010). Cloitre en haar collega's onderzochten de werkzaamheid van een gefaseerd behandelprogramma voor patiënten met complexe PTSS na seksueel misbruik in de vroege jeugd. Het programma dat zij hiervoor ontwikkelden – *Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation* (STAIR) – is een acht sessies durende vaardigheidstraining in affect- en relatieregulatie. In 2010 vergeleek de groep van Cloitre de effectiviteit van drie condities:

- STAIR gevolgd door acht sessies imaginaire *exposure*,
- *supportive counseling* gevolgd door imaginaire *exposure*,
- STAIR gevolgd door *supportive counseling* (zie **FIGUUR 1**).

De bevindingen geven in ieder geval geen aanwijzingen dat deze combinaties van interventies schadelijk zijn voor patiënten in de zin van verergering van klachten (Cloitre e.a. 2010). Daarnaast bleek dat, in vergelijking met de twee controlegroepen, STAIR in combinatie met *exposure* resulteerde in significant meer vermindering van de ernst van PTSS, depressie, algemene angst, dissociatie, woede en stemming. Overigens konden deze verschillen, tussen de STAIR/*exposure* enerzijds en de *counseling*/*exposure* conditie en de STAIR/*counseling* conditie anderzijds, niet direct na de behandeling, maar pas na 6 maanden follow-up worden vastgesteld.

Volgens de auteurs van deze studie ondersteunen deze resultaten 'de superioriteit van de gefaseerde behandeling, vergeleken met de op *exposure* gerichte conditie, terwijl de resultaten voor de vaardigheidstraining alleen hiertussen zaten' (Cloitre e.a. 2012, p. 6). De vraag is echter of deze conclusie gerechtvaardigd is en of de studie van Cloitre e.a. (2010) inderdaad op overtuigende wijze aantoont dat het aanleren van emotieregulatievaardigheden en interpersoonlijke vaardigheden voorafgaand aan *exposure*, noodzakelijk is voor een positief behandelresultaat.

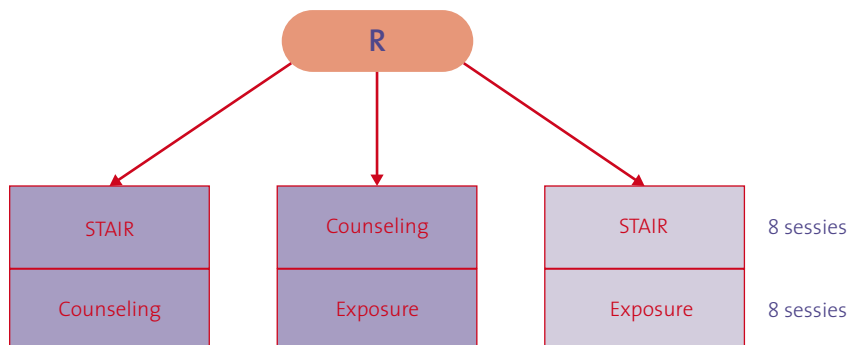
De belangrijkste reden voor deze kritische houding is dat er in de studie van Cloitre e.a. geen controlegroep was met een richtlijn *exposure* behandeling sec. Omdat in beide *exposure* condities de acht sessies imaginaire *exposure* voorafgegaan werden door acht sessies vaardigheidstraining, dan wel *counseling*, is de aanname dat *exposure* bij mensen met complexe PTSS niet mogelijk of gevaarlijk is – en een fase van stabilisatie noodzakelijk is – in feite niet getoetst. Daarnaast is, ervan uitgaande dat *counseling* geen wezenlijke invloed op verandering van traumasymptomen heeft (Bisson e.a. 2013), een vergelijking met een combinatie van *counseling* en *exposure* niet fair, omdat mensen die STAIR in combinatie met *exposure* kregen, in feite twee maal zo veel therapie ontvingen.

Kortom, de studie van Cloitre en haar collega's biedt geen ondersteuning aan de stelling dat – voor een positief behandelresultaat – een werkzaam gebleken, goed uitgevoerde en goed gedoseerde traumabehandeling, door stabilisatie dient te worden vooraf gegaan. Dit is in lijn met de resultaten van een meta-analyse die laten zien dat toevoeging van non-*exposure* componenten (zoals cognitief herstructureren en het aanleren van copingvaardigheden) aan *exposure* behandelingen geen significante meerwaarde biedt in behandeling van PTSS (Kehle-Forbes e.a. 2013).

### De werkzaamheid van evidence-based behandelingen zonder stabilisatie vooraf

Een veelgehoord argument binnen de ggz voor het inzetten van stabilisatie is dat patiënten die ooit slachtoffer van langdurig en interpersoonlijk trauma in de jeugd zijn geweest, en bij wie sprake is van symptomen die duiden op complexe PTSS, niet lijken te profiteren van de evidence-based behandelprocedures die primair op de verwerking van de traumatische herinneringen zijn gericht. Deze gedachtegang wordt echter niet ondersteund door wetenschappelijk onderzoek. Zo blijkt dat met gerichte evidence-based

**FIGUUR 1** De drie behandelcondities in het onderzoek van Cloitre e.a. (2010) ; STAIR: *Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation* (STAIR)



traumabehandelingen (EMDR en traumagerichte cognitieve gedragstherapie) bij mensen met vroeg interpersoonlijk trauma behoorlijke verbeteringen kunnen worden bereikt (Van der Kolk e.a. 2007; Van Minnen e.a. 2002; 2012).

Hiervoor verwijst de ISTSS-richtlijn naar twee studies die de effectiviteit van een evidence-based behandeling van slachtoffers van seksueel misbruik in de jeugd onderzochten, zonder dat daar stabilisatie aan voorafging (Chard 2005; Classen e.a. 2011). Een studie onderzocht de effectiviteit van cognitieve therapie bij 36 vrouwen die seksueel waren misbruikt (Chard 2005). De deelnemers die 17 wekelijkse sessies cognitieve therapie ontvingen, rapporteerden zowel na afloop als een jaar later significant minder traumagerelateerde symptomen dan de controlegroep, die wekelijks een ondersteunend telefoongesprek had gehad. De uitval was laag (18%) en bij geen van de deelnemers trad verergering van klachten op.

Vergelijkbare resultaten werden gevonden in een studie met 166 slachtoffers van seksueel misbruik (Classen e.a. 2011). Zij namen deel aan 24 wekelijkse sessies van ofwel cognitieve therapie die gericht was op de traumatische herinnering, dan wel een gesprekstherapie waarbij het trauma niet aan bod kwam. De resultaten van beide behandelingen werden vergeleken met een wachtlijstcontrolegroep. Ofschoon beide behandelingen wat betreft PTSS-symptomen 6 maanden na de behandeling significant verschilden van de wachtlijstgroep waren de resultaten van de traumagerichte behandeling niet beter dan die van de niet-traumagerichte behandeling. In de traumagerichte groep was de uitval 23%, gedefinieerd als het percentage dat deelnam aan 75% van de zittingen. In de groep die geen op trauma gerichte behandeling kreeg, was dit 14%.

Een ander onderzoek, dat om ons onbekende redenen niet is opgenomen in de selectie van studies ter onderbouwing van de richtlijn, betreft een gerandomiseerde klinische studie met 121 slachtoffers van verkrachting van wie de helft tevens in de jeugd seksueel was misbruikt (Resick e.a. 2003). Zij werden behandeld met 13 sessies exposure, dan wel cognitieve therapie en de resultaten werden vergeleken met een wachtlijstcontrolegroep. Zowel patiënten met als zonder eerder seksueel misbruik bleken op de therapie te reageren met een significante vermindering van PTSS-klachten, complexe PTSS-symptomen en depressieve klachten. De behandelresultaten hielden in ieder geval 9 maanden stand. De uitvalpercentages in de groep met cognitieve therapie verschilden niet van de exposure-groep en bedroegen 27%.

### Algemeen beeld van standaardbehandeling

Het algemene beeld dat ontstaat op basis van onderzoek naar standaardbehandelingen die gericht zijn op het bewerken van traumatische herinneringen is dat ze werk-

zaam zijn en dat de complexiteit van een angststoornis in het algemeen weinig of geen invloed heeft op het resultaat van de behandeling (Van Minnen e.a. 2002; 2012; zie meta-analyse van Olatunji e.a. 2010). Zo zijn er geen aanwijzingen dat ernstige dissociatieve of depressieve symptomen, kenmerkende verschijnselen van complexe PTSS, de werkzaamheid van exposurebehandelingen beïnvloeden (Hagenaars e.a. 2010). Integendeel, in een studie waarin mensen voor hun PTSS-klachten werden behandeld met exposure knapten de mensen met meer van deze symptomen zelfs meer op (Hagenaars e.a. 2010). Wat geldt voor dissociatie en depressie, geldt ook voor verslavingen, minder ernstige vormen van borderlinepersoonlijkheidsstoornis en suicidaliteit (voor een overzicht zie: van Minnen e.a. 2012). Verder werd in een meta-analyse van studies naar de relatie tussen diagnostische comorbiditeit en therapie-effect bij patiënten met PTSS, of slachtoffers van seksueel trauma, zelfs een grotere effect-size gevonden indien er sprake was van meer comorbiditeit, zoals paniekstoornis met of zonder agorafobie en obsessieve-compulsieve stoornis (Olatunji e.a. 2010).

Een ander argument dat voor de keuze van een gefaseerde behandel aanpak wordt aangevoerd, is de klinische indruk dat premature confrontatie met emotioneel beladen herinneringen, op een moment dat de patiënt (nog) niet over vaardigheden bezit om deze aan te kunnen, tot ongewenste effecten leidt. Hierbij moet men denken aan verergering van klachten, psychische ontregeling en suicidaliteit (Wolfsdorf & Zlotnick 2001). Echter, op basis van de resultaten van onderzoek onder mensen die evidence-based behandelingen voor trauma ondergaan, kan niet worden afgeleid dat ontregeling of blijvende verergering van de klachten een fenomeen is dat significant vaker voorkomt bij mensen die traumagericht worden behandeld of die geen behandeling krijgen (Hagenaars e.a. 2010; Van Minnen e.a. 2002; 2012; Van der Kolk e.a. 2007).

Deze conclusie wordt misschien nog wel het sterkst ondersteund door de resultaten van onderzoek naar de behandeling van PTSS bij mensen met schizofrenie of een psychose; een groep patiënten die in het algemeen bekend staat als uiterst kwetsbaar en die geacht wordt psychisch ontregeld te kunnen raken. Dat deze zorg niet terecht is, blijkt uit de resultaten van twee in Nederland uitgevoerde effectstudies waarin de PTSS van ambulante patiënten met een psychotische aandoening werd behandeld met EMDR of exposure (Van den Berg & Van der Gaag 2012; De Bont e.a. 2013). Na 6 tot 12 wekelijkse sessies waren de PTSS-symptomen, depressie, angst en hallucinaties van deze groep aanzienlijk verminderd. Daarnaast hadden er zich in de behandelperiode geen ongewenste incidenten (bijvoorbeeld suïcidepogingen of 'psychotische decompensatie') voorgedaan. Beide studies maken duidelijk dat patiënten met PTSS en

een comorbide psychotische stoornis profiteren van een traumagerichte behandeling zonder gebruik te maken van stabilisatie.

Wat geldt voor verslechtering, gaat eveneens op voor uitval. Uit een meta-analyse blijkt dat ongeveer 20% van de patiënten de behandeling niet afrondt, ongeacht het type behandeling van prss (Hembree e.a. 2003). Van Minnen e.a. (2002) vonden geen voorspellers, zoals ernst van de traumatisering, die de uitval in hun exposurestudies konden verklaren. Zij veronderstelden dat als patiënten afhaken bij behandeling, de oorzaak meer in praktische redenen moet worden gezocht.

## CONCLUSIE

De selectiecriteria voor de studies die zijn gebruikt ter onderbouwing van de richtlijn voor de behandeling van complexe prss zijn niet helder, en sommige studies gebruikten een ongecontroleerde studieopzet. Daarbij is het kader van de geïncludeerde patiëntengroep onduidelijk wat betreft traumageschiedenis en (de vaststelling van) de aanwezigheid van (complexe) prss, en zijn de uitkomstmaten beperkt. Onderzoeksresultaten bieden volgens ons geen onderbouwing voor de gangbare opvatting in de ggz dat een gefaseerde behandeling voor patiënten met complexe prss, of met symptomen daarvan, noodzakelijk is. Deze behandelingen, waarbij blootstelling aan de traumatische herinnering plaatsvindt zonder voorafgaande stabilisatie, zijn te tolereren en patiënten profiteren ervan. Er is geen evidentie voor de hypothese dat een procedure waarin patiënten aan hun traumaherinneringen worden blootgesteld, bijzondere of ontoelaatbare risico's met zich mee brengt.

Dit neemt niet weg dat er nog grote onzekerheid in het veld bestaat over wat de beste behandeling is voor de patiënten die lijden aan symptomen passend bij complexe prss. De behandelrichtlijn voor complexe prss is grotendeels gebaseerd op klinische ervaring. Er is dan ook dringend behoefte aan studies van voldoende onderscheidend vermogen, die de werkzaamheid van een evidence-based traumabehan-

deling zónder stabilisatie vooraf vergelijken met een behandeling mét stabilisatie vooraf.

Als wetenschappelijke ondersteuning voor effectieve traumabehandeling voorafgegaan door stabilisatie ontbreekt, waarom wordt dan in de praktijk toch stabilisatie toegepast? Het is voorstelbaar dat hulpverleners hiermee tegemoet willen komen aan de wens van hun patiënten om zich beter te gaan voelen zonder over het trauma te spreken. Maar het is ook goed denkbaar dat onvoldoende ervaring met evidence-based behandelen en onzekerheid van de therapeut een rol spelen.

Berust het idee van stabilisatie in feite op een mythe (Neuner 2008)? Dit is zeker niet ondenkbaar. Aan de ene kant lijkt er op voorhand niets op tegen om patiënten met complexe prss een fasegerichte behandeling te laten ondergaan. Aan de andere kant kan het ook zo zijn dat het inbouwen van een stabilisatiefase – waarin spreken over het meegemaakte trauma wordt ontmoedigd – een signaal aan de patiënt geeft dat het (te) risicovol is de traumatische belevingen toe te laten. Een ander potentieel risico van stabilisatie is dat bij de patiënt de indruk kan ontstaan dat de therapeut zelf het verhaal niet kan of wil aanhoren uit angst voor details, hetgeen de therapeutische relatie kan verstoren. Indien door voorafgaande stabilisatie irrationele angsten van de patiënt worden veroorzaakt, bevestigd of versterkt, dan zal de slagingskans van een traumabehandeling eerder af- dan toenemen.

We concluderen dat, hoewel er in de praktijk uitzonderingen bestaan waarbij direct starten met een traumabehandeling lastig danwel onmogelijk is, de empirie op dit moment weinig aanknopingspunten biedt om te veronderstellen dat stabilisatie een noodzakelijke voorwaarde is voor mensen die een (complexe) prss hebben ten gevolge van vroegkinderlijk en interpersoonlijk trauma dan wel deze groep een evidence-based behandeling te ontzeggen. Wij adviseren voor de klinische praktijk bij patiënten met complexe prss een 'can do'-instelling: 'traumagerichte traumabehandeling, tenzij' in plaats van het nog sterk prevalerende 'stabilisatie, tenzij'.

## LITERATUUR

- Balkom ALJM van, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Bockting CLH, Spijker J, Hermens MLM, e.a., namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
- Berg van den DP, Gaag van der M. Treating trauma in psychosis with EMDR: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2012; 43: 664-71.
- Bisson J. What happened to harmonization of the PTSD diagnosis? The divergence of ICD11 and DSM5. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2013; 22: 205-7.
- Bisson J, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub4.
- Bont de PA, Minnen van A, Jongh de A. Prolonged exposure and EMDR for PTSD in patients with psychosis. A randomized multiple baseline controlled study. *Behav Ther* 2013; 44: 717-30.

- Bradley RG, Follingstad DR. Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: A pilot study. *J Trauma Stress* 2003; 16: 337-40.
- 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, Koenen KC, Cohen LR, Han H. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 1067-74.
- Cloitre M, Stovall-McClough KC, Noonan 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.
- Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, Green BL. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress* 2011; 24: 615-27.
- Cloitre M, Courtois CA, Ford JD, Green BL, Alexander P, Briere J, e.a. The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults 2012; [http://www.istss.org/AM/Template.cfm?Section=ISTSS\\_Complex\\_PTSD\\_Treatment\\_Guidelines&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=5185](http://www.istss.org/AM/Template.cfm?Section=ISTSS_Complex_PTSD_Treatment_Guidelines&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=5185)
- Dorrepaal E, Thomaes K, Draijer PJ. Stabilisatiecursus als antwoord op complexe post traumatische stress stoornis. *Tijdschr Psychiatr* 2006; 48: 217-22.
- Dorrepaal E, Thomaes K, Draijer N. Vroeger en verder. Stabilisatiecursus na misbruik of mishandeling. Handleiding. Amsterdam: Pearson Assessment and Information; 2008.
- Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH, Van Balkom AJ, Van Dyck R, Veltman DJ, 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 pilot study. *Child Abuse Negl* 2010; 34: 284-8.
- 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, Smit JH, Veltman DJ, Hoogendoorn AW, Balkom van AJLM, 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; 4: 21171 doi: 10.3402/ejpt.v4i0.21171.
- Ford JD, Steinberg KL, Zhang W. A randomized clinical trial comparing affect regulation and social-problem solving psychotherapies for mothers with victimization-related PTSD. *Beh Ther* 2011; 42: 560-78.
- Hagensmaers 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 FJJ, Kleber RJ, Mooren TM. Complex trauma en complexe PTSS: Wat is het en wie heeft het? *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2014; 5.
- Hembree EA, Foa EB, Dorfan NM, Street GP, Kowalski J, Tu X. Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *J Trauma Stress* 2003; 16: 555-62.
- Herman JL. Trauma and recovery. New York: Basic Books; 1992.
- Kehle-Forbes SM, Polusny MA, MacDonald R, Murdoch M, Meis LA, Wilt TJ. A systematic review of the efficacy of adding nonexposure components to exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2013; 5: 317-22.
- Kolk van der BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress* 2005; 18: 389-99.
- 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.
- Minnen van A, Arntz A, Keijsers GJ. Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: predictors of treatment outcome and dropout. *Behav Res Ther* 2002; 40: 439-57.
- Minnen van A, Harned MS, Zoellner L, Mills K. Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *Eur J Psychotraumatol* 2012; 3: doi:10.3402/ejpt.v3i0.18805.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical Guideline 26. London: National Institute for Clinical Excellence; 2005.
- Neuner F. Stabilisierung für Konfrontation in der Trauma Therapie: Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie* 2008; 18: 109-18.
- 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.

- Steil R, Dyer A, Priebe K, Kleindienst N, Bohus M. Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: A pilot study of an intensive residential treatment program. *J Trauma Stress* 2011; 24: 102-6.
- Struik A. Slapende honden? Wakker maken. Amsterdam: Pearson Assessment and Information; 2010.
- 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.
- Wolfsdorf CA, Zlotnick C. Affect management in group therapy for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *J Clin Psychol* 2001; 57: 169-81.
- 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.

## SUMMARY

# Stabilisation in trauma treatment: necessity or myth?

I. BICANIC, A. DE JONGH, E. TEN BROEKE

**BACKGROUND** With regard to the treatment of patients who have been traumatised in childhood by interpersonal trauma and have been diagnosed as having symptoms of complex PTSD, it is advisable that exposure of such patients to traumatic memories should be preceded by a stabilisation phase: during this phase patients can be taught various techniques including particularly those that enable them to regulate their emotions.

**AIM** To find out whether there is strong empirical evidence for the introduction of a phase-based treatment approach for this patient group.

**METHOD** We performed a critical evaluation of the available scientific literature and guidelines. We took as our starting point the studies that formed the basis of the Expert Consensus Guidelines for Complex PTSD.

**RESULTS** Our research shows that trauma-focused treatment, be it with or without a preparatory stabilisation phase, is also effective for patients with complex PTSD symptoms. However, there is certainly no compelling evidence to support the assumption that well-organised and carefully administered evidence-based treatment has to be preceded by a stabilisation phase.

**CONCLUSION** Among the experts there is uncertainty about the best form of treatment for patients with complex PTSD that has resulted from interpersonal trauma in childhood. For the time being, the severity and complexity of trauma-related problems are not valid reasons for denying patients a period of stabilisation as recommended in national treatment guidelines, nor are they valid reasons for preferring a phase-based treatment over a trauma-focused type of treatment.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)5, 332-339

**KEY WORDS** (complex) PTSD, EMDR, evidence-based treatment, exposure, stabilisation, trauma-focused