

# Gefaseerde behandeling heeft geen meerwaarde boven directe traumagerichte behandeling

TEKST: **Noortje van Vliet** en **Ad de Jongh**

Er is een langdurige discussie gaande over de meerwaarde van gefaseerde behandeling boven directe traumagerichte behandeling bij mensen met complexe PTSS (zie ook EM#9). Die discussie was de belangrijkste aanleiding om deze twee behandelvormen direct met elkaar te vergelijken middels een gerandomiseerde gecontroleerde klinische behandelstudie. De onderzochte groep bestond uit mensen met een PTSS gerelateerd aan een verleden met herhaald seksueel misbruik en/of mishandeling in de kindertijd. De resultaten van dit onderzoek bieden overtuigende ondersteuning voor het gebruik van EMDR-therapie bij deze doelgroep via de intrusieroute, zonder het toepassen van een voorbereidende interventie.

**A**anleiding voor de discussie over de behandeling van mensen met complexe PTSS waren de internationale richtlijnen voor de behandeling van patiënten met deze aandoening die in 2012 verschenen (Cloitre e.a., 2012). Complexe PTSS is een aparte diagnose binnen de ICD-11, waarbij er naast reguliere PTSS-symptomen ook sprake is van interpersoonlijke problemen en problemen in de emotieregulatie en het zelfbeeld. De commissie van de International Society of Traumatic Stress Studies (ISTSS) die de richtlijn voor de behandeling van complexe PTSS uitvaardigde, stelde dat mensen met complexe PTSS drie behandel fases moeten doorlopen. De eerste fase zou moeten bestaan uit een stabiliserende vaardigheidstraining, de tweede fase uit een traumagerichte behandeling (EMDR-therapie of imaginaire exposure) terwijl de derde fase gericht zou moeten zijn op het bestendigen en toepassen van opgedane vaardigheden in het dagelijks leven (Cloitre e.a., 2002).

Voorstanders van deze gefaseerde behandel aanpak geven aan dat een stabiliserende behandeling zorgt voor

de noodzakelijke veiligheid en betere behandelresultaten in de traumagerichte fase (Cloitre e.a., 2012). Critici van deze aanpak zien een dergelijk gefaseerde behandeling als een onnodige vertraging van directe traumagerichte behandeling (De Jongh, 2015; De Jongh e.a., 2016). Deze discussie was aanleiding voor het starten van een onderzoek, waarbij beide behandel benaderingen direct met elkaar vergeleken werden bij een patiëntengroep die vaak geassocieerd wordt met de diagnose complexe PTSS, namelijk patiënten met een PTSS naar aanleiding van seksueel misbruik en/of mishandeling in de kindertijd (Cloitre et al., 2012). Voor het trekken van de conclusie of een stabiliserende behandel aanpak bij mensen die lijden aan complexe PTSS noodzakelijk is, is een gerandomiseerde effectstudie nodig. Die was nooit eerder gedaan.

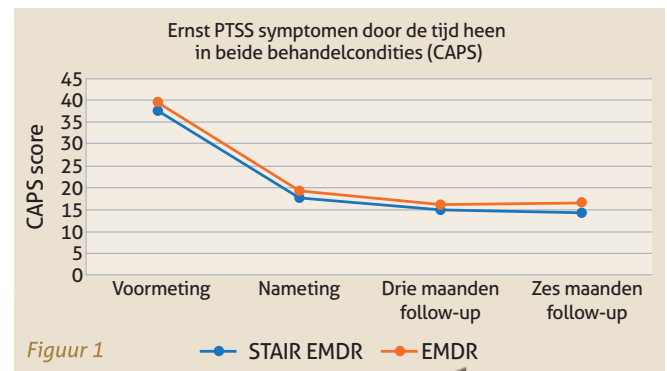
De best onderzochte stabiliserende vaardigheidstraining is het door Cloitre en collega's ontwikkelde Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation (STAIR). STAIR bestaat uit een modulair opgebouwd behandelprogramma dat als doel heeft mensen emotieregulatie-vaardigheden aan te leren, ze te helpen bij

interpersoonlijke problemen en ze voor te bereiden op de traumagerichte behandeling. Hier wordt in een vast aantal sessies aan gewerkt door middel van het registreren en benoemen van emoties, het maken van cognitieve schema's, het uitvoeren van rollenspellen, het aanleren van ademhalingsoefeningen, het aanbieden van gedragsalternatieven en het voorbereiden op traumabehandeling door middel van psycho-educatie.

### Onderzoeksvraag

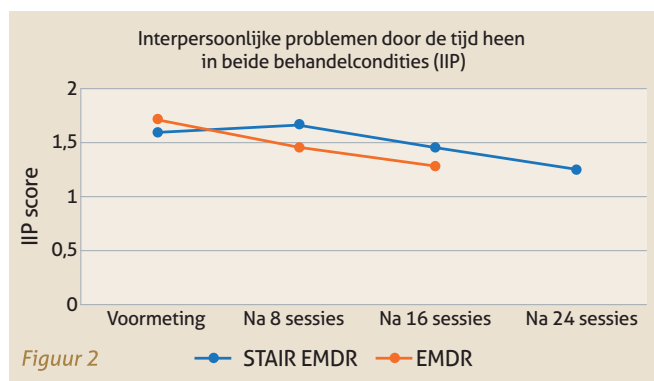
Zou het toevoegen van STAIR voorafgaand aan een EMDR-behandeling meerwaarde hebben ten opzichte van alleen EMDR-therapie bij mensen met PTSS met symptomen behorende bij de diagnose complexe PTSS; dat was de onderzoeksvraag. Voorwaarde was dat de PTSS het gevolg was van herhaald seksueel misbruik en/of mishandeling in de kindertijd. Hiervoor werden 121 patiënten van Dimence GGZ en GGZ Oost-Brabant ad random verdeeld over de twee behandelvormen: 16 sessies EMDR voorafgegaan door 8 sessies STAIR dan wel alleen 16 sessies EMDR zonder enige vorm van stabilisatie of aanleren van een veilige plek. Belangrijk om te vermelden is dat het hier ging om een ambulante behandeling bestaande uit twee behandelingsessies per week. De deelnemers aan het onderzoek werden voor en na de behande-

ling, en tijdens de follow-up, onderzocht op de aanwezigheid en ernst van PTSS, complexe PTSS, dissociatie en algemene psychopathologie. De verschillende complexe PTSS-klachten (dat wil zeggen interpersoonlijke problemen, emotieregulatie-problemen en traumatische cognities) en een zelfrapportage omtrent de ernst van de PTSS werden na elke acht sessies onderzocht. Onze onderzoekshypothese was dat de behandeling middels STAIR-EMDR-therapie zou leiden tot betere behandelresultaten en minder drop-out dan een directe traumagerichte behandeling met EMDR-therapie.



## Resultaten

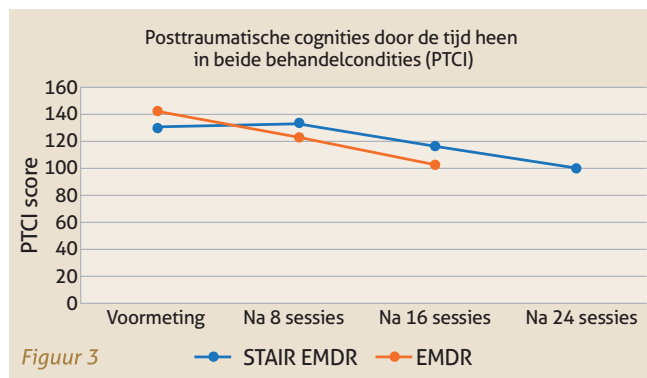
Er werden in beide condities middelgrote tot grote behandelresultaten gevonden van de voormeting tot aan de nameting. Beide behandelvormen bleken dus effectief in het behandelen van (complexe) PTSS-klachten (Figuur 1). Onze onderzoekshypothese dat de stabiliserende behandelapproach tot betere resultaten zou leiden kon niet worden ondersteund, omdat op geen enkele variabele significante verschillen werden gevonden tussen de twee behandelcondities vanaf de voormeting tot aan de nameting (Figuur 1). Opmerkelijk was dat ook de drop-out niet significant lager was in de gefaseerde behandelconditie ten opzichte van de directe traumagerichte behandelconditie. Het enige verschil dat gevonden werd was dat mensen in de EMDR-conditie in de eerste acht sessies sneller vooruitgingen op



de variabelen interpersoonlijke problemen (Figuur 2), traumatische cognities (Figuur 3) en zelf gerapporteerde PTSS-klachten dan in de STAIR-EMDR conditie. Tijdens de follow-up-periode werden er verder geen significante veranderingen van de klachten meer waargenomen bij de patiënten in beide condities.

## Conclusies

Dit was de eerste studie, internationaal, die de behandeluitkomsten van een gefaseerde behandelapproach bij mensen met ernstige PTSS vergeleek met die van EMDR-therapie die direct op de traumaherinneringen was gericht. EMDR-therapie - die werd toegepast volgens de casusconceptualisatie 'intrusieroute' - bleek een effectieve en veilige behandeling voor mensen met een ernstige PTSS naar aanleiding van seksueel misbruik en/of mishandeling in de kindertijd. De resultaten suggereren dat een stabiliserende vaardigheidstraining daarbij niet noodzakelijk is. Het is voorstelbaar dat deze behandelvisie leidt tot vertraging van de behandeling en daardoor tot hogere kosten voor de gezondheidszorg, terwijl de behandeluitkomsten gelijk zijn.



## Toekomst

De uitkomst van onze studie was dat een directe aanpak met EMDR-therapie even effectief en veilig was als een gefaseerde behandeling. We zijn benieuwd of er individuele factoren zijn die bepalen of iemand mogelijk toch baat kan hebben bij een stabiliserende vaardigheidstraining. Hiervoor gaan we in onze dataset op zoek naar predictoren en moderatoren van behandelresultaten, en via machine learning gaan we onderzoeken of er individuele factoren zijn die bepalen of iemand meer baat heeft bij EMDR-therapie of juist bij STAIR-EMDR. Op deze manier kunnen we vaststellen of een individuele, op maat gemaakte behandelapproach tot nog betere resultaten zou kunnen leiden.

## Referenties



De Jongh A., Resick P.A., Zoellner L., Van Minnen A., Lee C.W., Monson C.M., ...Bicanic I.A.E. (2016). A critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33(5): 359-369.

De Jongh, A. (2015). Zorgen over de scherp gevoerde stabilisatiediscussie. *EMDR Magazine*, 3 (9), 14-15.



Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, ...Van der Hart, O. (2012). The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults.

Van Vliet, N., Huntjens, R., Van Dijk, M., Bachrach, N., Meeuwisse, M., & De Jongh, A. (2021). Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: Randomised clinical trial. *BJPsych Open*, 7(6), E211.



Noortje van Vliet is GZ-psycholoog en onderzoeker binnen het team persoonlijkheidsproblematiek en complex trauma van Dimence GGZ.