

# Behandelen van complexe posttraumatische stress-stoornis: een systematische review

Thesis in het kader van de master geestelijke gezondheidsbevordering.

Marjan Tuut  
Opleiding Psychologie  
Faculteit Gedragwetenschappen  
Universiteit Twente

April 2013

Onderzoek uitgevoerd bij Dimence Almelo

Afstudeercommissie:  
Dhr. prof. dr. E. T. Bohlmeijer  
Dhr. drs. V. van Bruggen  
Mevr. dr. L. C. A. Christenhusz



## **Voorwoord**

Voor u ligt het onderzoeksrapport ‘Behandelen van complexe posttraumatische stressstoornis: een systematische review’ waar ik het afgelopen half jaar aan heb gewerkt. Ik heb dit onderzoeksrapport geschreven in het kader van de afsluiting van de master geestelijke gezondheidsbevordering aan Universiteit Twente. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Dimence Almelo en gaat zoals de titel al doet vermoeden over de verschillende behandelmogelijkheden voor mensen met een complexe posttraumatische stressstoornis. In het verslag zijn veel afkortingen gebruikt. Een overzicht van alle gebruikte afkortingen is te vinden in bijlage 1.

Het doen van dit onderzoek was een uitdaging en een heel aantal mensen hebben me bijgestaan bij het maken van dit onderzoeksverslag. Via deze weg wil ik iedereen bedanken voor hun tijd en energie. Speciale dank gaat uit naar mijn afstudeerbegeleiders Lieke Christenhusz, Vincent van Bruggen en Ernst Bolmeijer voor de vakkundige begeleiding en het geven van feedback en advies. Dankzij hun kritische vragen en opmerkingen is het onderzoek van betere kwaliteit geworden. Vooral met Vincent en Lieke heb ik veel contact gehad en ik vond het prettig dat zij mij steeds met veel enthousiasme hebben begeleid. Vincent en Lieke zijn beide, naast dat zij werkzaam zijn op de universiteit, ook werkzaam bij Dimence. Bij Dimence ben ik prettig ontvangen en een aantal mensen zijn bereid geweest mij bij dit onderzoek te ondersteunen. Allereerst wil ik Ina van Zalk bedanken voor de heldere toelichting op de vraagstelling. Wendy Dierik heeft mij voorzien van de nodige interne informatie en ik heb ik de mogelijkheid gehad om een aantal behandelingen bij te wonen bij Wendy Pots. Een interessante en inspirerende ervaring waarvoor ik graag mijn dank uitspreek. Tijdens het onderzoek heb ik de nodige hobbels moeten nemen. Zo bleek het zoeken van literatuur niet eenvoudig, onder andere doordat complexe posttraumatische stressstoornis niet erkend wordt door het algemeen gebruikte classificatiesysteem. Na vele uren ploeteren en na de nodige kopzorgen hebben Rikie Deurenberg en mijn zus Mariska Tuut mij weer op het juiste spoor gezet. Dankzij goede tips, hulp en uitleg heb ik uiteindelijk een goede dataset weten te selecteren. Ook later in het onderzoek heeft mijn zus mij voorzien van de nodige kritische opmerkingen. Hiervoor mijn grote dank! Mijn vader heeft ook zijn steentje bij gedragen door het verslag te controleren op spelfouten. Gezien de omvang van het verslag, een hele klus. Ik wil hen, en ook Luuk en de rest van mijn familie, ontzettend bedanken voor de interesse, geduld en steun die ik gedurende mijn studie heb mogen ontvangen.

Lichtenvoorde, april 2013

Marjan Tuut

## **Samenvatting**

In deze systematische review werd onderzocht wat in de literatuur de huidige stand van zaken is met betrekking tot het behandelen van volwassenen met een complexe posttraumatische stressstoornis (PTSS). Hierbij gaat het zowel om reeds geïmplementeerde en gangbare behandelingen, alsook om meer innovatieve interventies. Om deze vraag te kunnen beantwoorden werden de volgende deelvragen beantwoord:

- 1) Wat is er in de huidige wetenschappelijke literatuur bekend over behandelmethoden voor mensen met een complexe PTSS?
- 2) Wat is er in de huidige wetenschappelijke literatuur bekend over de behandelfasen voor mensen met een complexe PTSS?
- 3) Wat is er in de huidige wetenschappelijke literatuur bekend over indicatoren om te bepalen welke behandeling op welk moment het beste aansluit bij een complexe PTSS?
- 4) Wat is er in de huidige wetenschappelijke literatuur bekend over welke behandeldisciplines betrokken zijn bij de behandeling voor mensen met een complexe PTSS?

Het uiteindelijke doel van dit onderzoek was aanbevelingen te doen aan Dimence (Nederlandse instelling voor geestelijke gezondheidszorg) over kwalitatief goede behandelingen voor mensen met complexe PTSS. Hoewel er in de multidisciplinaire richtlijn geen onderscheid gemaakt wordt tussen de behandeling voor mensen met complexe PTSS en eenvoudige PTSS is de hypothese van dit onderzoek dat het wel relevant is de behandeling aan te passen aan de ernst van de PTSS. Ook wordt verwacht dat er innovatieve behandelingen zijn beschreven, die ondanks dat zij nog onvoldoende bestendigd zijn in de literatuur, veelbelovend zijn voor de toekomst. Daarnaast is de hypothese dat gefaseerde behandeling bij mensen met complexe PTSS effectiever is dan directe trauma confrontatie. Om tot beantwoording van de onderzoeksvragen te komen is een literatuurstudie uitgevoerd. Literatuur is systematisch gezocht met behulp van de wetenschappelijke database PsycINFO. Er werden 60 artikelen geïncludeerd die beoordeeld werden op kwaliteit en mate van bruikbaarheid met behulp van vooraf bepaalde criteria. Op basis van het gevonden resultaat wordt zowel cognitieve gedragstherapie met exposure als narratieve exposure therapie aanbevolen als eerste keuze behandeling voor mensen met complexe PTSS. Tegen de verwachting in is er geen bewijs gevonden voor de effectiviteit van Eye Movement Desensitization reprocessing (EMDR), maar gezien het beperkte aantal gevonden artikelen is vervolgonderzoek wenselijk. Er is in de literatuur nog onvoldoende bekend over de effectiviteit van gefaseerd behandelen en de gevonden resultaten over de wenselijkheid van gefaseerde behandeling zijn tegenstrijdig. Er wordt dan ook geadviseerd de effectiviteit van gefaseerde behandeling voor mensen met complexe PTSS nader te onderzoeken. Tot het moment dat er in de literatuur gedegen onderzoek naar fasering verschijnt, wordt op basis van consensus in de klinische praktijk geadviseerd mensen met complexe PTSS een gefaseerde behandeling aan te bieden bestaande uit stabilisatie, traumaconfrontatie en integratie van het geleerde in het dagelijks leven. Dit omdat er geen aanwijzingen gevonden zijn dat een gefaseerde behandeling schadelijk of onveilig is, terwijl er wel risico's zijn bij een te snelle traumaconfrontatie (zoals suïcide, automutilatie, therapieweigering of dissociatie). Bij zowel de deelvraag met betrekking tot de behandelindicatoren als de deelvraag met betrekking tot de behandeldisciplines wordt geconcludeerd dat er weinig artikelen gevonden zijn en dat de inhoud van de gevonden artikelen onvoldoende aansluit bij deze deelvragen. Er kunnen op basis van dit geringe resultaat geen conclusies getrokken worden over deze deelvragen en vervolgonderzoek wordt geadviseerd.

## **Abstract**

In this systematic review the current state of evidence concerning the treatment of adult people with complex post-traumatic stress disorder (PTSD) was evaluated. This involved already implemented and conventional interventions, as well as more innovative treatments. To address this issue, the following sub-questions were answered:

- 1) What is the effectiveness of different treatment options for patients suffering from complex PTSD?
- 2) Which treatment stages for people with complex PTSD are distinguished?
- 3) Which indicators are established to determine the effectiveness of the treatment options for complex PTSD in each stage?
- 4) Which health care providers have to be involved in the treatment of people with complex PTSD?

The final goal of this review was to recommend to Dimence (Dutch organization for mental health care) qualitative well treatment options for people with complex PTSD. Although the current Dutch multidisciplinary guideline on PTSD does not differentiate between complex PTSD and simple PTSD, the hypothesis of this review is that it is relevant to adapt the treatment to the severity of the disorder. It is also expected that innovative treatments have been described that are promising for the future. Finally, the hypothesis is that phased treatment will be more effective than direct trauma confrontation. In order to answer the research questions, a literature study was carried out. Literature was systematically searched in PsycINFO, and afterwards selected, based on previously determined criteria. An amount of 60 articles was included, which were reviewed on quality and usability, again based on criteria that were set beforehand. It turned out that cognitive behavioral therapy with exposure and narrative exposure therapy is recommended as therapy of first choice for people with complex PTSD. Contrary to the expectations, there is no evidence for the effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR). Given the availability of limited evidence, further research is recommended. There is still insufficient knowledge about the effectiveness of phased treatment and the evidence is inconsistent. It is therefore recommended to investigate the effectiveness of phased treatment. Until solid evidence is available, a phased treatment for people with complex PTSD is, based on consensus in clinical practice, recommended. This because there are no indications that this approach is harmful and a too rapid trauma confrontation can be unsafe for this population (for example suicide, therapy refusal, dissociation and self-injuring behavior). Phased treatment involves stabilization, trauma confrontation and integration of what was learned in daily life. The sub-questions related to the treatment indicators and treatment disciplines remain unanswered because the evidence was very weak, thus further research is suggested.

## Inhoudsopgave

Voorwoord .....	3
Samenvatting .....	4
Abstract.....	5
Inhoudsopgave .....	6
<b>1. Inleiding .....</b>	<b>8</b>
1.1. Complexe PTSS.....	8
1.2. Behandeling PTSS .....	10
1.2.1. Trauma gerichte CGT .....	11
1.2.2. Cognitieve therapie .....	11
1.2.3. EMDR.....	11
1.2.4. NET.....	12
1.3. Fasering.....	12
1.4. Vraagstelling Dimence.....	13
<b>2. Methode.....</b>	<b>15</b>
<b>3. Resultaten.....</b>	<b>20</b>
3.1. Behandelingen .....	21
3.1.1. Cognitieve (gedrags-)therapie en exposure .....	21
3.1.2. Eye movement desensitization reprocessing .....	26
3.1.3. Dialectische gedragstherapie en exposure.....	28
3.1.4. Narratieve exposure therapie.....	29
3.1.5. Psychodynamische therapie.....	31
3.1.6. Hypnotherapie .....	32
3.1.7. Overige behandelingen.....	33
3.2. Fasering .....	36
3.2.1. Geïnccludeerde artikelen fasering .....	36
3.2.2. Geïnccludeerde artikelen behandelingen .....	38
3.2.3. Samenvatting .....	39
3.3. Behandelindicatoren.....	39
3.3.1. Stabilisatiefase .....	40
3.3.2. Trauma confrontatie.....	40
3.3.3. Eenvoudige PTSS versus complexe PTSS .....	41
3.4. Behandeldisciplines .....	41
<b>4. Conclusie en discussie .....</b>	<b>43</b>
4.1. Discussie .....	43
4.2. Conclusie.....	46

<b>5. Aanbeveling voor Dimence .....</b>	<b>48</b>
<b>Referenties.....</b>	<b>49</b>
<b>Bijlage 1. Gebruikte afkortingen.....</b>	<b>56</b>
<b>Bijlage 2. Zoekstrategie PsycINFO.....</b>	<b>57</b>
<b>Bijlage 3. Literatuurmatrix .....</b>	<b>60</b>
Bijlage 3.1 Behandelingen .....	60
Bijlage 3.1.1. Cognitieve gedragstherapie en exposure.....	60
Bijlage 3.1.2. Eye movement desensitization reprocessing .....	66
Bijlage 3.1.3. Dialectische gedragstherapie en exposure.....	68
Bijlage 3.1.4. Narratieve exposure therapie.....	69
Bijlage 3.1.5. Psychodynamische therapie.....	71
Bijlage 3.1.6. Hypnotherapie .....	73
Bijlage 3.1.6. Overige behandelingen.....	74
Bijlage 3.2. Fasering.....	77
Bijlage 3.2.1. Geïnccludeerde artikelen fasering .....	77

## **1. Inleiding**

Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) kan ontstaan nadat iemand een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt, waarbij de betrokkene met de dood of ernstig letsel is bedreigd. Daarnaast kan het gaan om bedreigingen van persoonlijke integriteit of het getuige zijn van een traumatische dood of de bedreiging van een naaste. Symptomen worden volgens de 'diagnostic and statistical manual of mental disorders' (DSM-IV-TR) ondergebracht in drie clusters:

- 1) Er moet sprake zijn van opdringende onaangename herinneringen (intrusies) en ernstige herbelevingen van het trauma;
- 2) Er ontstaat vermijding en emotionele afvlakking;
- 3) Er is sprake van over alertheid en verhoogde prikkelbaarheid (American Psychiatric Association (APA), 2000).

De DSM-IV-TR is categorisch opgebouwd. Dat wil zeggen dat diagnoses worden gezien als duidelijk afgebakende, elkaar niet overlappende categorieën. Er wordt gestreefd naar homogene categorieën, maar cliënten vertonen vaak kenmerken van verschillende groepen. Hierdoor zijn zij zelden binnen deze omschreven categorieën te plaatsen en ontvangen zij vaak meerdere diagnoses (Vandereyken, 2008).

Dimence is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in Oost-Nederland. Ook hier blijkt in de dagelijkse behandelpraktijk de ene PTSS de andere niet te zijn. Ter illustratie twee beschrijvingen van mensen met PTSS die aangemeld zijn voor behandeling bij Dimence. Hieruit wordt duidelijk dat, hoewel er enige overeenkomsten bestaan tussen mensen die een diagnose PTSS krijgen, er zeker ook verschillen zijn in de aard van de stoornis en de manier waarop deze zich manifesteert:

- Casus 1 is een 31-jarige vrouw die aangemeld wordt met somberheidsklachten en posttraumatische stressklachten, waarbij zij last heeft van snel geagiteerd raken, herbelevingen en slaapstoornissen. Dit alles is ontstaan nadat deze mevrouw een auto-ongeval heeft meegemaakt waarbij haar beide ouders ernstig gewond zijn geraakt.
- Casus 2 is een 49-jarige vrouw die last heeft van twee beelden van traumatische gebeurtenissen van vroeger. Deze beelden verschijnen onverwacht gedurende de dag. Het eerste beeld is de vuist van haar eerste partner met wie zij tien jaar lang een relatie heeft gehad en die haar fysiek mishandelde. Het tweede beeld is dat zij haar tweede partner bij het aanrecht aantrof voor haar dochter met zijn broek op de enkels. Het bleek dat deze man twee van haar dochters seksueel misbruikte en daarnaast zonder haar medeweten gezamenlijk geld uitgaf. Andere klachten van deze vrouw zijn schrikachtigheid en nervositeit. Zij is erg op haar hoede en heeft last van schuldgevoelens, slaapproblemen en somberheidsklachten. Soms hoopt zij dat ze 's ochtends niet meer wakker wordt. Mevrouw geeft aan het vertrouwen in andere mensen te zijn verloren, haar persoonlijkheid lijkt gekleurd te worden door afhankelijke trekken.

Zoals ook uit bovenstaande voorbeelden blijkt is de manier waarop PTSS ontstaat en verloopt wisselend bij verschillende personen (Dickstein, Suvak, Litz & Adler, 2010). Het blijkt dat mensen met een diagnose PTSS een heterogene groep vormen en vaak onder te verdelen zijn in meerdere op elkaar lijkende subgroepen, die bijvoorbeeld verschillen van elkaar wat betreft de ernst van de problematiek (Nugent, Koenen & Bradley, 2012; Elhai, Naifeh, Forbes, Ractliffe & Tamburrino, 2011).

### ***1.1. Complexe PTSS***

De diagnostische criteria voor PTSS zijn in de DSM-IV-TR duidelijk vermeld. Afhankelijk van de aard van het trauma en de doelgroep die bestudeerd wordt, blijkt dat PTSS vaak samengaat met comorbide problematiek (Hornor, 2012). Uit ander onderzoek blijkt dat deze comorbide problematiek mogelijk niet zozeer een tweede diagnose betreft, maar dat de problemen meer verweven zijn met de



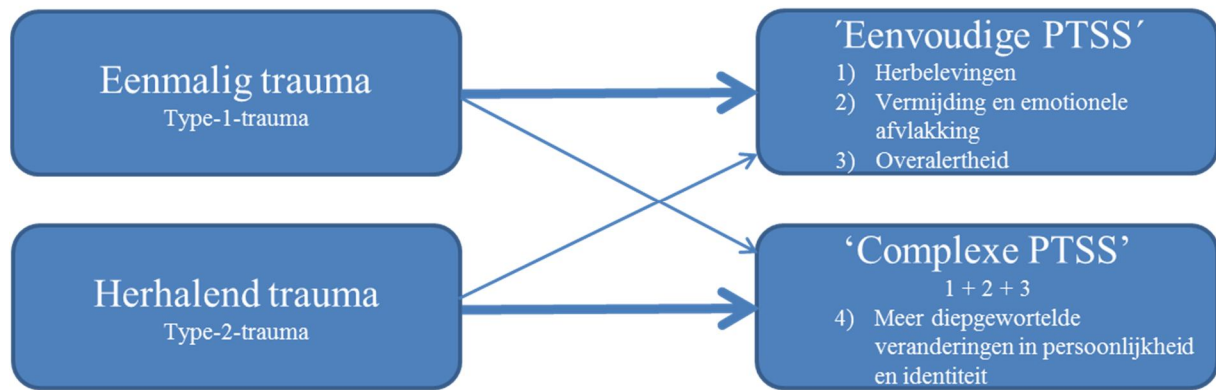
PTSS diagnose (Deering, Glover, Ready, Eddleman & Alarcon, 1996; Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk & Mandel, 1997). Bij het ontstaan van trauma wordt onderscheid gemaakt tussen onpersoonlijke stressoren, zoals natuurrampen en ongelukken, of stressoren waarbij interpersoonlijke betrokkenheid een rol speelt, zoals verkrachting, crimineel geweld of aantasting van de hechtingsrelatie (Allen, Fonagy & Bateman, 2008). Het blijkt dat zowel kinderen als volwassenen die blootgesteld zijn aan langdurig interpersoonlijk trauma, psychische problemen vertonen die niet alleen te vangen zijn binnen een diagnose PTSS (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazolla, 2005; Roth et al., 1997). Dalenberg, Glaser en Alhassoon (2012) hebben een literatuurstudie gedaan naar subtypes van PTSS. Zij concluderen onder andere dat wanneer er onderscheid wordt gemaakt in verschillende subtypes van PTSS het belangrijk is dat de definitie betrouwbaar en duidelijk is. Mooren en Stöf sel (2011) deden een poging om tot definiëring van het begrip complex trauma te komen. In het artikel worden meerdere termen genoemd om de definitie te specificeren:

- 1) *Complex trauma*, complexe PTSS of disorder of extreme stress not otherwise specified (DESNOS);
- 2) *Ontwikkelingstraumastornois*;
- 3) *Duurzame persoonlijkheidsverandering na catastrofale ervaringen*.

Onderstaand worden de drie definities verder uitgewerkt.

De term *complex trauma* wordt tweeledig gebruikt. Aan de ene kant wordt deze term gebruikt om het klachtenpatroon na een trauma te beschrijven. In vergelijking met een eenvoudig trauma zijn de klachten bij een complex trauma meer diffuus en hardnekkig. Hierbij valt te denken aan veranderingen in het karakter of persoonlijkheid, de hechting en de identiteitsontwikkeling. Bij complex trauma ontstaat er daarnaast een verhoogde kans op verslechtering van affectieve, cognitieve, biologische en relationele zelfregulatie (Herman, 1992). Er is vaak sprake van meer comorbiditeit en ernstiger symptomen (Roth et al., 1997) en daarnaast zijn slachtoffers van herhaald trauma kwetsbaarder om opnieuw in een situatie te komen waarin zij geschaad worden (Herman, 1992). De term complex trauma wordt echter ook gebruikt om te beschrijven hoe een trauma ontstaat. Het ontstaat vaak na het ervaren van ernstige chronisch ontwrichtende omstandigheden. Vaak is er sprake van interpersoonlijk geweld en een opeenstapeling van diep ingrijpende gebeurtenissen (Mooren & Stöf sel, 2011; Ford, Stockton, Kaltman & Green, 2006; Roth et al., 1997), waarbij het slachtoffer gevangen zit in een relatie met de dader (Herman, 1992). Symptomen worden ernstiger wanneer het trauma plaats vindt in combinatie met geweld en ander asociaal gedrag binnen het gezin (Ford et al., 2006; Dickinson, Verloin deGruy, Dickinson & Candib, 1998). Onderzoek ondersteunt het onderscheid tussen een eenvoudig en een complex trauma zoals dit is beschreven door Herman (1992; Taylor, Asmundson & Carleton, 2006; Dickinson et al., 1998). In plaats van de term complex trauma wordt ook de term DESNOS of complexe PTSS gebruikt (Herman, 1992). Bij het ontwikkelen van de DSM-IV is in overweging genomen complexe PTSS of DESNOS toe te voegen als unieke diagnose. Toen uit een onderzoek bleek dat slechts acht procent van de mensen met DESNOS niet ook voldeden aan de diagnostische criteria voor PTSS is hier toentertijd van afgezien (Friedman, Resick, Bryant & Brewin, 2011).

Wanneer trauma's beschreven worden aan de hand van de aard van het trauma en niet zozeer naar de klachten die erbij horen wordt er soms gesproken over type-1- trauma en type-2-trauma (ten Broeke, de Jongh & Oppenheim, 2009). Hierbij verwijst type-1-trauma naar een eenmalige traumatische gebeurtenis en type-2-trauma naar langdurige traumatisering. Hoewel er over het algemeen samenhang bestaat tussen ernst, duur en aard van traumatisering en de complexiteit en ernst van de PTSS, is dit niet altijd het geval. Zo kunnen type-1-trauma's leiden tot complexe PTSS en kunnen mensen die een type-2-trauma hebben meegemaakt soms relatief weinig last hebben van posttraumatische stressklachten (zie ook figuur 1).



Figuur 1: Relatie tussen het type trauma en het type PTSS. Hierbij betekent een dikke pijl dat de relatie vaak voorkomt en een dunne pijl dat de relatie soms voorkomt. Een eenmalig trauma leidt vaak tot eenvoudige PTSS en soms tot complexe PTSS. Herhalend trauma leidt vaak tot complexe PTSS en soms tot eenvoudige PTSS.

De term *ontwikkelingstraumastatoornis* (van der Kolk, 2005) wordt vaak gebruikt voor mensen die in hun jeugd chronische traumatische ervaringen hebben meegemaakt. De stoornis heeft een pervasief of diep doordringend karakter en heeft invloed op alle gebieden van functioneren. Zowel de brede reeks van klachten als de oorzaak daarvan is niet te vangen binnen een PTSS diagnose. Van der Kolk, Pelcovitz, Roth, Mandel, McFarlane en Herman (1996) tonen aan dat een interpersoonlijk trauma op jonge leeftijd leidt tot meer complexe posttraumatische psychopathologie dan interpersoonlijk trauma op latere leeftijd.

*Duurzame persoonlijkheidsverandering na catastrofale ervaringen* wordt in de International Classifications of Diseases (ICD-10) gebruikt om klachten na een catastrofale gebeurtenis te beschrijven (Jongedijk, 2007). De stoornis wordt gekarakteriseerd door een wantrouwige en vijandige houding ten opzichte van de wereld, sociale isolatie, gevoelens van hopeloosheid, gevoelens van vervreemding en een voortdurend gevoel van bedreiging (Stöf sel & Mooren, 2010).

Mooren en Stöf sel (2011) komen tot de conclusie dat er op dit moment nog geen eenduidige en stabiele definitie wordt gehanteerd. Voor de eenduidigheid en leesbaarheid in dit literatuurverslag wordt navolgend telkens de term complexe PTSS gebruikt. Met deze term wordt enerzijds verwezen naar de meer langdurige en complexe aard of oorsprong van het trauma, waarbij vaak sprake is van blootstelling aan interpersoonlijk geweld. Anderzijds verwijst de term complexe PTSS naar de meer complexe en diffuse klachten. Naast de klachten behorend bij PTSS, zoals ernstige herbelevingen en een verhoogde prikkelbaarheid, is er ook sprake van meer diepgewortelde veranderingen in persoonlijkheid en identiteit. Een complexe PTSS heeft tot gevolg dat er ernstige problemen ontstaan in het dagelijks functioneren, er sprake is van persoonlijk lijden en er ernstige problemen zijn in sociale contacten.

## 1.2. Behandeling PTSS

Wanneer er na een traumatische ervaring klachten ontstaan die passen bij PTSS, zoals ernstige herbelevingen of overaltheid, kunnen deze na een aantal weken geleidelijk weer afnemen (Emmelkamp, Ehling & Powers, 2008). Wanneer er echter in de eerste maanden geen spontaan herstel optreedt, kunnen de klachten jarenlang persisteren (Olatunji, Cisler & Tolin, 2007). Adequate behandeling lijkt dan ook noodzakelijk om klachten te verlichten. In de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (Stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling GGZ, 2009) wordt beschreven dat psychologische behandeling bij PTSS effectiever is dan farmacotherapie. Bij het beschrijven van aanbevolen behandelingen is in deze richtlijn geen onderscheid gemaakt tussen complexe en enkelvoudige PTSS. Hierbij worden *op trauma gerichte Cognitieve Gedragstherapie (CGT)* en *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)* als behandelingen genoemd waarvoor de meeste wetenschappelijke evidentie is. Mooren en Stöf sel (2011) noemen daarnaast *Narrative*

*Exposure Therapy (NET)* en *cognitieve therapie* als mogelijk functionele behandeling. Onderstaand worden genoemde behandelingen kort toegelicht.

### *1.2.1. Trauma gerichte CGT*

Trauma gerichte CGT, zoals deze in de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen is beschreven (Stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling GGZ, 2009), bestaat uit een combinatie van imaginaire exposure (IE) en exposure in vivo. Bij IE wordt de patiënt herhaaldelijk en langdurig geconfronteerd met de angst oproepende herinneringen aan het trauma. Dit gebeurt door de traumatische gebeurtenis opnieuw in gedachten te beleven. Bij exposure in vivo wordt iemand blootgesteld aan situaties die op dit moment vermeden worden (Minnen & Arntz, 2004). Het doel van zowel exposure in vivo als IE is dat de angstreactie afneemt. Vanuit leertheoretisch perspectief kan dit verklaard worden doordat er door de confrontatie met angstopwekkende stimuli nieuwe associaties ontstaan waardoor er uitdoving of habituatie van angst optreedt (Emmelkamp, Bouman & Visser, 2009). Daarnaast wordt tegenwoordig vanuit cognitief perspectief benoemd dat het falsificeren van disfunctionele verwachtingen een belangrijk element is in de werkzaamheid van exposure (Korrelboom & ten Broeke, 2010).

### *1.2.2. Cognitieve therapie*

Vergelijkbaar met traumagerichte CGT bevat cognitieve therapie meestal ook elementen van IE en exposure in vivo (Foa, Keane & Friedman, 2000), maar is het daarnaast gericht op cognitieve herstructurering. Hierbij staat centraal dat de cognities die mensen hebben over zichzelf, anderen en de wereld, bepalend zijn voor de emoties die ervaren worden. Anders gezegd zijn gedachten dus van invloed op gevoelens. De behandeling bestaat uit twee elementen. Allereerst worden de disfunctionele cognities opgespoord en wordt onderzocht welk vermijdingsgedrag en welke controlestrategieën de disfunctionele cognities in stand houden. Vervolgens wordt geprobeerd de disfunctionele cognities te wijzigen (Stolk, Speckens & Verbraak, 2002).

### *1.2.3. EMDR*

In eerste instantie is *EMDR* beschreven als Eye Movement Desensitization (EMD) (Shapiro, 1989). Bij deze procedure houdt een cliënt het meest belangrijke beeld van een traumatische gebeurtenis in het geheugen terwijl ondertussen ritmische, snelle oogbewegingen gemaakt worden. Dit resulteert in een blijvende verlaging van angst, veranderingen in de cognitieve beoordeling in het geheugen en stopzetting van flashbacks, intrusieve gedachten en slaapstoornissen. Vrij snel na de introductie van EMD kwam de nadruk minder op desensitisatie te liggen en meer op informatieverwerking en werd dus 'Reprocessing' toegevoegd aan de term; er ontstond EMDR. Bij EMDR wordt onderscheid gemaakt tussen een meer uitgebreid en gefaseerd protocol en het basisprotocol. Bij het basisprotocol wordt vrijwel direct begonnen met de daadwerkelijke EMDR-behandeling waarbij de cliënt het meest belangrijke beeld in gedachten neemt terwijl de handbewegingen van de therapeut gevolgd moeten worden. Bij het meer uitgebreide protocol is ook aandacht voor aanvullende interventies gericht op onder andere stabilisatie, coping vaardigheden, cognitieve veranderingen en het leren creëren van een veilige plek (ten Broeke et al., 2009). Er zijn verschillende verklaringsmodellen voor EMDR beschreven. Een van de verklaringsmodellen is het oriëntatie respons model. Wanneer er gevaar dreigt treedt de fight-flight-response op, maar als het onheil blijkt mee te vallen ontstaat er vaak een natuurlijke ontspanningsreactie. Bij mensen met PTSS treedt deze natuurlijke ontspanningsreactie echter niet op. De afleidende stimuli die bij EMDR gebruikt worden, worden gezien als veiligheidssignaal waardoor er automatisch een ontspanningsreactie optreedt. Daarnaast wordt op het zelfde moment een nieuwe associatie gevormd tussen de oorspronkelijke nare herinnering en de gegenereerde ontspanningsreactie (de Jongh & Arts, 2004). Een ander verklaringsmodel is Adaptive Information Processing (AIP). Dit model gaat er vanuit dat traumatische herinneringen op een

disfunctionele manier zijn opgeslagen in het geheugen. Tijdens de EMDR-procedure wordt de traumatische informatie toegankelijk en wordt het natuurlijke verwerkingssysteem geactiveerd. Hierdoor wordt disfunctionele informatie meer functioneel en adaptief in een neurale netwerk opgeslagen (de Jongh & ten Broeke, 2009). Een laatste verklaring die hier genoemd wordt is de Rapid Eye Movement (REM) slaaphypothese. Deze hypothese gaat er vanuit dat na het meemaken van een traumatische gebeurtenis de REM-slaap verstoord raakt waardoor opgeslagen herinneringen niet de kans krijgen op een goede manier te worden verwerkt. Tijdens de EMDR-procedure wordt de cliënt door het maken van oogbewegingen in een REM-slaapachtige toestand gebracht. Ondertussen worden traumatische herinneringen opgehaald, wat leidt tot een effectieve verwerking van deze herinneringen (de Jongh & ten Broeke, 2009). Hoewel er verschillende verklarende modellen zijn beschreven, blijft onduidelijk hoe EMDR precies werkt (de Jongh & Arts., 2004; de Jongh & ten Broeke, 2009).

#### *1.2.4. NET*

NET is een relatief nieuwe therapie die in eerste instantie is ontwikkeld voor vluchtelingen in derde wereld landen. Bij deze therapie wordt iemand met PTSS blootgesteld aan emotionele herinneringen om deze te reorganiseren in een coherent en chronologisch verhaal (Robjant & Fazel, 2010). De werking van NET is tweeledig. Net als bij exposure therapie wordt iemand tijdens een sessie geconfronteerd met herinneringen aan de traumatische gebeurtenis waardoor habituatie kan ontstaan. Daarnaast slaan mensen traumatische gebeurtenissen vaak op een gefragmenteerde manier op in het geheugen, wat er voor zorgt dat PTSS klachten blijven bestaan (Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara & Elbert, 2004). Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen het declaratief geheugen of 'cold memories' en het non-declaratief geheugen of 'hot memories'. Het declaratief geheugen bevat meer expliciete kennis die bewust kan worden teruggehaald, terwijl het non-declaratief geheugen meer impliciete kennis bevat die niet bewust kan worden bewerkt. Bij NET is het de bedoeling dat het declaratief geheugen opgeroepen wordt en in een chronologisch verhaal wordt weergegeven, terwijl het non-declaratief geheugen is geactiveerd (Robjant & Fazel, 2010). Doordat hierdoor de gefragmenteerde beelden veranderen in een chronologisch verhaal nemen PTSS klachten af (Neuner, et al. 2004).

#### *1.3. Fasering*

Hoewel er verschillende behandelingen beschikbaar zijn voor PTSS, kan er bij complexe PTSS vaak niet meteen met het behandelen worden begonnen. Het lijkt erop dat bij de behandeling van complexe PTSS een gefaseerde behandeling meer passend is (Cloitre, 2009). Mooren en Stöfösel (2011) stellen een driefasenmodel voor. De drie fasen richten zich achtereenvolgens op:

- 1) Stabilisatie van functioneren en symptoomreductie;
- 2) Behandeling van traumatische herinneringen;
- 3) Integratie van verleden en heden en perspectief op de toekomst.

Bij de stabilisatiefase moet onderzocht worden of een cliënt een behandeling aankan. Ten Broeke et al. (2009, p. 120) maken hierbij de volgende vergelijking: 'de chirurg gaat niet opereren wanneer de conditie van de patiënt die niet toelaat ('operatie geslaagd, patiënt overleden')'. Hierbij gaat het er enerzijds om dat de cliënt in een veilige situatie moet verkeren en bijvoorbeeld niet voortdurend nieuw trauma ondergaat. Anderzijds gaat het ook om het bevorderen van cognitieve en emotionele capaciteiten zodat de cliënt niet overweldigd wordt door emoties; de cliënt dient enige draagkracht te bezitten. Bij de behandelingsfase blijkt dat behandeling van een complex trauma vaak complexer is dan bij eenvoudig trauma (Cloitre, 2009) en lijkt een multidimensionale aanpak vereist (Ide & Paez, 2000). De integratiefase is erop gericht de geleerde technieken toe te passen in het dagelijkse leven (ten Broeke et al., 2009).

Er zijn geen vastgestelde criteria voor de overgang van de ene naar andere fase. In de klinische praktijk wordt dit door behandelaren onderling afgestemd (Mooren & Stöfösel, 2011). Daarnaast noemt Spierings (2009) de methode van de drie testen om te bepalen of iemand van de eerste naar de tweede fase over kan. Bij deze methode moet de cliënt voldoen aan de criteria van de drie testen wil de behandeling kans van slagen hebben. De eerste test is de ‘Dagelijks leven test’ en is er vooral op gericht of iemand de gewone stress van alledag aankan. De tweede test is de ‘Draagkracht test’ en is vooral gericht op de zelfcapaciteiten affectregulatie, innerlijke verbondenheid en zelfbeeld. Wanneer één van deze zelfcapaciteiten laag scoort is de draagkracht van de cliënt laag, waardoor de kans groter is dat een traumabehandeling minder goed slaagt. De laatste test is de ‘Notendop’ test; deze wordt alleen uitgevoerd wanneer uit de eerdere testen is gebleken dat het dagelijks leven redelijk onder controle is en de draagkracht voldoende opgewassen lijkt tegen een confrontatie met het trauma. De cliënt wordt gevraagd in grote lijnen het trauma toe te lichten om op die manier te onderzoeken hoe de cliënt hierop reageert.

#### ***1.4. Vraagstelling Dimence***

Er zijn verschillende behandelingen beschreven voor mensen met PTSS. Het blijkt dat deze behandelingen voor mensen met een complexe PTSS niet altijd voldoende aansluiten op de meervoudige en onderling samenhangende klachten die ervaren worden (Crumlish & O’Rourke, 2010, Ide & Paez, 2000; Cloitre, 2009). Onderzoek naar de werkzaamheid van behandeling bij complexe PTSS en het creëren van nieuwe behandelvormen voor complexe PTSS is zeer wenselijk (Roth et al., 1997, Muenzenmaier, Spei & Gross, 2010).

Bij Dimence wordt gewerkt vanuit de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (Stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling GGZ, 2009), maar in deze richtlijn wordt geen onderscheid gemaakt tussen de behandeling van eenvoudige en complexe PTSS. De verwachting in dit literatuuronderzoek is dat het relevant is de behandeling aan te passen aan de ernst van de PTSS. Op dit moment wordt in de klinische praktijk vaak op de complexe klachten ingespeeld door een gefaseerde behandeling aan te bieden, maar het is nog onvoldoende duidelijk welke behandeling wanneer en bij wie te gebruiken. In de dagelijkse praktijk blijkt dat er behoefte is aan indicatiecriteria voor de toepassing van de juiste behandeling bij de juiste doelgroep, omdat nog onvoldoende duidelijk is welke behandelvormen het meest werkzaam zijn specifiek bij mensen die lijden aan complexe PTSS. Daarnaast is over de plaats van meer innovatieve behandelingen waarbij ook gebruik gemaakt wordt van bijvoorbeeld internet of virtuele realiteit onvoldoende bekend (Cloitre, 2009).

In mei 2012 is er bij Dimence Almelo het Complex Trauma Team opgezet, dat teamoverstijgend werkt. Hierbinnen vindt de diagnostiek, indicatiestelling en behandeling plaats van mensen met een complexe PTSS. Er zijn afgevaardigden uit zowel het team Volwassenen (stemmings- en angststoornissen) als uit het team Persoonlijkheidsstoornissen werkzaam in deze constructie en er worden verschillende disciplines vertegenwoordigd zoals de GZ-psychologie, het sociaal werk en de psychiatrie. De vraagstelling voor dit onderzoek vanuit Dimence is wat de huidige stand van zaken is in de literatuur, met betrekking tot het behandelen van mensen met een complexe PTSS, waarbij een innovatieve manier van behandelen en een verscheidenheid in het behandelaanbod wenselijk is. Het doel van dit onderzoek is vervolgens op basis van deze literatuur verslag uit te brengen aan Dimence over de in de literatuur beschreven behandelingen. Om deze vraag te kunnen beantwoorden zullen de volgende deelvragen beantwoord moeten worden:

- 1) Wat is er in de huidige wetenschappelijke literatuur bekend over behandelmethoden voor mensen met een complexe PTSS?
- 2) Wat is er in de huidige wetenschappelijke literatuur bekend over de behandel fasen voor mensen met een complexe PTSS?



- 3) Wat is er in de huidige wetenschappelijke literatuur bekend over indicatoren om te bepalen welke behandeling op welk moment het beste aansluit bij een complexe PTSS?
- 4) Wat is er in de huidige wetenschappelijke literatuur bekend over welke behandel disciplines betrokken zijn bij de behandeling voor mensen met een complexe PTSS?

Dit onderzoek is van belang aangezien er jaarlijks verscheidene mensen worden aangemeld bij Dimence waarbij sprake is van complexe PTSS. Er zijn bij Dimence Almelo in het kalenderjaar 2012 60 aanmeldingen geweest van mensen bij wie PTSS in de diagnose voorkwam, van wie 41 mensen PTSS als hoofddiagnose hadden. Aangezien de DSM-IV-TR geen onderscheid maakt tussen complexe PTSS en eenvoudige PTSS is niet bekend hoeveel mensen daadwerkelijk een complexe PTSS hadden, maar uit gesprekken met betrokkenen bleek dat dit aandeel aanzienlijk was. De hypothese van dit onderzoek is dat er nieuwe en innovatieve behandelmethoden in de literatuur worden beschreven, die ondanks dat zij onvoldoende bestendig zijn in de literatuur, wel veelbelovend voor de toekomst zijn. Daarnaast is de verwachting dat in de literatuur beschreven wordt dat een gefaseerde behandeling effectiever is dan alleen traumaconfrontatie. De derde en vierde deelvraag hebben een meer explorerend karakter en bij deze deelvragen is dan ook geen hypothese geformuleerd.

## 2. Methode

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is literatuur gezocht met betrekking tot verschillende behandelmethoden (deelvraag 1) en de fasering van de behandeling (deelvraag 2). Het was de verwachting dat ook deelvraag 3 en deelvraag 4, over de behandelindicatoren en de behandeldisciplines, hiermee beantwoord konden worden. Er is een verkennende literatuursearch gedaan naar relevante artikelen in de wetenschappelijke database Scopus, Medline en Web of Science. Daarna is in samenwerking met twee experts op het gebied van literatuuronderzoek een meer specifieke literatuursearch opgezet. In het onderzoek was naast het vinden van artikelen over behandelingen uit de richtlijn ook het vinden van artikelen over meer innovatieve behandelingen van belang, daarom werd besloten artikelen te selecteren die gepubliceerd werden tussen 1 januari 2002 en 1 december 2012. De verwachting was hiermee de nieuwste inzichten in beeld te krijgen. Tijdens eerdere exploratieve zoektochten met Scopus en Medline werden veel artikelen gevonden met als onderwerp lichamelijk trauma. Daarom is besloten gebruik te maken van de database PsycINFO. Deze database is gekozen omdat deze vooral literatuur bevat met betrekking tot de vakgebieden psychologie en gedragswetenschappen, in tegenstelling tot de meer somatisch gerichte database Medline en de meer natuurwetenschappelijk en technisch gerichte database Scopus. De verwachting was dat het aantal artikelen met als onderwerp lichamelijk trauma door middel van het zoeken in PsycINFO relatief beperkt zou zijn. De literatuursearch is voorbereid met behulp van de PICO-methode. Dit is een evidence-based model voor het formuleren van een klinische vraag (South Central Healthcare Librarians, 2011). In figuur 2 is de PICO methode schematisch weergegeven.

- De 'P' staat voor patiëntengroep of populatie, in dit geval volwassenen met complexe PTSS. In dit literatuuronderzoek is de populatie echter moeilijk te omschrijven; er is namelijk geen eenduidige term voor complexe PTSS en de definitie wordt niet erkend door de DSM-IV-TR. Hoewel de doelgroep voor dit onderzoek uit volwassenen bestaat kon dit niet aan de zoekterm worden toegevoegd aangezien er ook gezocht werd naar trauma dat vroegkinderlijk werd opgelopen.
- De 'I' in PICO staat voor interventie. Hierbij worden verschillende interventies omschreven die in dit onderzoek aan de orde komen. Omdat ook naar innovatieve interventies gezocht wordt, is ook dit een lastig te omschrijven begrip.
- De 'C' staat voor controlegroep. Hiermee wordt bedoeld de interventie waarmee de 'I' vergeleken wordt. In dit literatuuronderzoek is de 'C' niet gebruikt, omdat veel studies beschrijvend en niet-vergelijkend van aard zijn. Vanwege de exploratieve aard van dit literatuuronderzoek is er ook interesse in deze studies.
- De 'O' staat voor outcome, de uitkomsten van de behandeling waarin men geïnteresseerd is. In dit literatuuronderzoek gaat het hierbij zowel om afname van klachten zoals door de cliënten is aangegeven alsook om vermindering van het aantal gestelde diagnoses door professionals. Om een brede opbrengst te vinden, is de manier waarop dit geoperationaliseerd wordt, niet verder gespecificeerd.

P Populatie	I Interventie	C Controlegroep	O Outcome
	AND	AND	AND
'Complex trauma'	Innovatieve interventies	-	Clïënt rapporteert dat posttraumatische klachten zijn afgenomen
OR	OR		
'Complexe PTSS'	Al bestaande interventies zoals: EMDR, CGT	-	Professional concludeert dat cliënt niet meer aan criteria diagnose voldoet
OR			
'DESNOS' (etc. met alle termen complex PTSS)	-	-	-

Figuur 2: Schematische weergave PICO methode. Er wordt weergegeven hoe de Booleaanse operatoren 'AND' en 'OR' gebruikt worden. Hierbij worden de termen die overeenkomen met de P, I en O gecombineerd met 'AND' wat wil zeggen dat artikelen worden gevonden waarin beide combinaties van zoektermen voorkomen. De termen in de kolommen worden gecombineerd met 'OR' wat wil zeggen dat zowel artikelen worden gevonden waar de ene term in voorkomt als artikelen waar de andere term in voorkomt.

Voorafgaand aan de literatuursearch zijn de volgende inclusiecriteria geformuleerd:

- Het artikel gaat over een psychologische behandeling van complexe PTSS (zoals deze term in dit onderzoek bedoeld is) óf beschrijft de fasering van de behandeling van complexe PTSS;
- Er kan sprake zijn van comorbide problematiek zoals een stemmingsstoornis of persoonlijkheidsstoornis, maar het doel van de interventie is altijd in de eerste plaats het verminderen van de klachten behorende bij complexe PTSS;
- Het kan gaan om de behandeling van mannen of vrouwen;
- Het artikel is in het Engels, Nederlands of Duits gepubliceerd;
- Het artikel is gepubliceerd tussen 1 januari 2002 en 1 december 2012;
- Het artikel is verschenen in een peer-reviewed tijdschrift;
- Uitgesloten worden: onderzoek bij kinderen en adolescenten, dierstudies, onderzoek bij mensen met een verstandelijke beperking, onderzoek naar niet-psychologische behandelingen.

Er werd gestart met het combineren van verschillende termen die gebruikt worden om complex trauma, zoals dat in dit literatuurverslag bedoeld is, in te voeren. De termen die gecombineerd werden met OR waren (in vrije tekstwoorden): 'posttraumatic stress disorder', 'multipl\* trauma\*', 'complex trauma\*', 'complex posttraum.\*', 'desnos', 'ptsd'. Vervolgens werd de focus gelegd op dezelfde begrippen door toe te voegen dat deze begrippen in de titel moesten voorkomen. Dit werd gedaan om minder relevante artikelen uit het zoekresultaat te filteren. Hiermee was de 'P' van populatie uit de PICO-methode in PsycINFO ingevoerd. Hierna werd de 'I' van interventie uit de PICO-methode nader gespecificeerd. Dit werd gedaan door eerst de algemene zoektermen 'treat\*' en 'interven\*' te combineren. Hierbij zijn de termen interventie en treatment ook als indexwoorden gebruikt, waarmee specifieke technieken zoals 'computer assisted therapy' en 'group intervention' geselecteerd zijn. Vervolgens zijn er via indexwoorden meer specifieke behandeltermen ingevoerd zoals 'eye movement desensitization therapy', 'imagery', 'cognitive therapy' en 'anxiety management'. Bij de indexwoorden zijn alleen die woorden geselecteerd die van toepassing zijn op het onderzoek. Hiermee was de 'I' uit de PICO-methode ingevoerd. De 'C' en de 'O' uit de PICO-methode konden niet worden ingevoerd omdat er geen gebruik gemaakt werd van een controlegroep en de uitkomstmaat niet vastgesteld werd.

Om het gevonden resultaat verder te specificeren werd besloten gebruik te maken van zoekfilters, waarmee het aantal gevonden artikelen valide en betrouwbaar wordt beperkt op basis van methodologische kenmerken. Deze gevalideerde zoekfilters waren gericht op het vinden van bijvoorbeeld systematische reviews, behandelonderzoeken en vergelijkende onderzoeken en bevatten



termen als ‘review\*’, pooled analys\* en ‘controlled clinical trial’. De resultaten gevonden bij ‘populatie’, ‘interventie’ en zoekfilters werden vervolgens gecombineerd met: 1) systematische reviews, 2) case studies en 3) treatment trials. Tot slot werd separaat gezocht naar artikelen op het gebied van fasering en werden zoektermen met betrekking tot fasering ingevoerd (‘stabili\*’, integrat\*, preparat\*), wat een vierde dataset opleverende. De volledige zoekstrategie, de gebruikte filters en alle indexwoorden zijn terug te vinden in bijlage 2 (Zoekstrategie PsycINFO).

De resultaten van de literatuursearch werden verder geselecteerd op basis van de vooraf gestelde inclusiecriteria. Dit gebeurde door de titel, samenvatting en kernwoorden te lezen. Op basis van een indeling voor methodologische kwaliteit van het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (2007) werd onderscheid gemaakt tussen vier kwaliteitstypen. Een overzicht van deze kwaliteitstypen wordt gegeven in tabel 2.

- Bij het bepalen van de methodologische kwaliteit krijgt een kwalitatief goed onderzoek zoals een goede systematische review of een goede gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) kwaliteitslabel A. Dit betekent dat het artikel op basis van methodologische kwaliteit de meeste bewijskracht heeft en daarmee de minste kans op ‘bias’ (onterechte vertekening van de gevonden resultaten) en de hoogste kans op betrouwbare resultaten heeft.
- Een artikel wordt beoordeeld met kwaliteitslabel B wanneer deze een vergelijkend onderzoek beschrijft of wanneer het een systematische review betreft waarin vergelijkende onderzoeken zijn opgenomen. Naarmate de methodologische kwaliteit van het artikel afneemt, neemt ook de bewijskracht af.
- Niet-vergelijkend onderzoek, een casestudie of een systematische review waarin niet-vergelijkende onderzoeken zijn opgenomen zijn beoordeeld met kwaliteitslabel C en hebben in vergelijking met de eerder genoemde A en B gekwalificeerde studies minder bewijskracht.
- Artikelen met een D kwaliteitslabel ten slotte beschrijven vooral de mening van deskundigen; eventuele geïncludeerde literatuur is niet systematisch gezocht en uitspraken van de deskundigen zijn niet empirisch onderzocht. Studies met kwaliteitslabel D hebben in principe geen bewijskracht.

Niet alleen het kwaliteitslabel van de artikelen (met verschillende mate van bewijskracht) was van belang om de waarde van een interventie te bepalen. Ook andere overwegingen zijn van belang, zoals de klinische relevantie, veiligheid en cliëntperspectief. Door deze zorgvuldig mee te wegen kon een uitspraak worden gedaan over het nut en de plaats van een bepaalde interventie. Een overzicht met voorbeelden van overige aspecten die van invloed zijn op de bewijskracht van een artikel is te vinden in tabel 1. De overige aspecten gelden als beperkende omstandigheden die de kwaliteit dempen. Niet ieder aspect past bij ieder type kwaliteitslabel. Zo geldt een kleine steekproef bij kwaliteit C studies bijvoorbeeld niet als overig aspect aangezien bij kwaliteit C ook casestudies geïncludeerd zijn, die per definitie geen steekproef hebben.

Tabel 1: Overige aspecten die van invloed zijn op de mate van aanbeveling van de geïncludeerde artikelen. Hierbij gelden overige aspecten als kwaliteit dempende factoren. Er wordt weergegeven bij welke type kwaliteit de overige aspecten van toepassing zijn.

Overige aspecten die negatief van invloed zijn op kwaliteit		Van toepassing bij kwaliteit
<b>Overige methodologische kenmerken</b>	Kleine steekproef (N<30)	A, B
	Resultaten alleen gebaseerd op zelfmetingen	A, B, C
	Inclusiecriteria worden niet helder beschreven	A, B
	Bepaling van de uitkomstmaat is niet valide/ betrouwbaar	A, B, C
	Interventie naast lopende behandeling	A, B, C
	Vraagstelling niet helder geformuleerd	A, B
	Proefpersonen worden betaald voor deelname	A, B, C
	Geen sprake van (dubbel) blind onderzoek	A, B, C
	Geen actieve controle interventie	A, B

	Proefpersonen zijn niet steekproefsgewijs verdeeld	A, B
	Bij review: er is niet systematisch literatuur gezocht	A, B, C
	Bij review: geïncludeerde onderzoeken matige kwaliteit	
	De studie is gesponsord	A, B, C
	Proefpersonen zijn verschillend bij start interventie	A, B
<b>Klinische relevantie</b>	Sterkte van het effect is te klein om relevant te zijn	A, B, C
	Doelgroep voldoet niet geheel aan complexe PTSS	A, B, C
	Zeer specifieke steekproef (moeilijk generaliseren)	A, B, C
	Behandelprotocol wordt niet duidelijk toegelicht	A, B, C
<b>Veiligheid</b>	Verhoogd risico suïcidaliteit en/ of automutilatie	A, B, C
	Klachten worden verergerd	A, B, C
	Hoge drop-out (>30%) wordt niet verklaard	A, B, C
<b>Cliënt perspectief</b>	Hoge drop-out (>30%), te verwachten naleving laag	A, B, C
	Hoge cliënt ontevredenheid	A, B, C
<b>Zorgorganisatie</b>	Kost relatief veel tijd	A, B, C
	Kost relatief veel geld	A, B, C
	Risico's voor de professional	A, B, C
	Apparatuur is niet beschikbaar	A, B, C
	Er is bijscholing nodig	A, B, C
<b>Ethische overwegingen</b>	Er is bij het onderzoek geen rekeningen gehouden met ethische aspecten.	A, B, C

Op basis van enerzijds methodologische kwaliteit en anderzijds overige overwegingen werd bepaald in hoeverre een conclusie uit een artikel zich staande kon houden in de realiteit, met andere woorden in welke mate de conclusies uit de artikelen betrouwbaar en bruikbaar waren in de dagelijkse behandelpraktijk van Dimence. De bruikbaarheid heeft betrekking op kwaliteit, betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid. Hierbij werd in eerste instantie de methodologische kwaliteit bepaald en werd vervolgens op basis van de overige aspecten de mate van toepasbaarheid bepaald. Artikelen met kwaliteitsbeoordeling A hadden in principe een hoge mate van bewijskracht en bruikbaarheid, maar wanneer er twee of meer beperkende omstandigheden waren werd de mate van bruikbaarheid middelgroot, wanneer er vier of meer beperkende omstandigheden waren werd de mate van bruikbaarheid klein en wanneer er zes of meer beperkende omstandigheden waren was de conclusie uit het artikel niet bruikbaar. Dit wordt schematisch weergegeven in tabel 2.

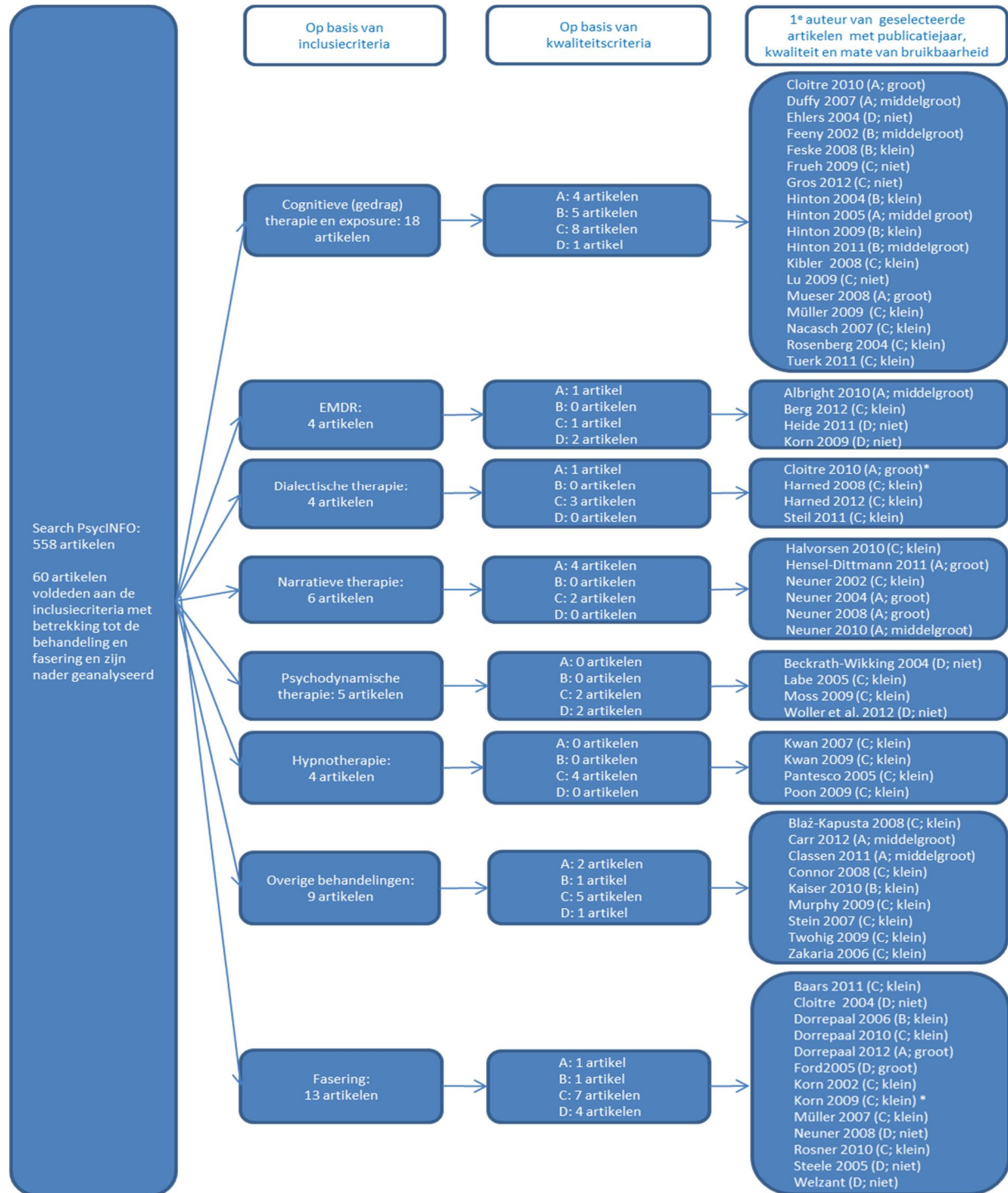
Tabel 2: Schematisch overzicht van de manier waarop de mate van bruikbaarheid wordt bepaald door methodologische kwaliteit en overige aspecten met elkaar te combineren.

Kwaliteit	Type artikel	Overige aspecten	Mate van bruikbaarheid
<b>A</b>	- Gerandomiseerde en gecontroleerde trial	<2	Groot
	- Systematische review van artikelen van niveau A	3-4	Middelgroot
		5-6	Klein
		>7	Niet
<b>B</b>	- Vergelijkend onderzoek	<2	Middelgroot
	- Systematische review van artikelen van niveau B	3-4	Klein
		>5	Niet
<b>C</b>	- Niet- vergelijkend onderzoek	<2	Klein
	- Systematische review van artikelen van niveau C	>3	Niet
	- Casestudie		
<b>D</b>	- Mening van deskundigen		Niet

De mate van bruikbaarheid wordt weergegeven op een continuüm van grote mate van bruikbaarheid tot niet bruikbaar. Op basis hiervan worden uitspraken gedaan in positieve of in negatieve richting. Alle artikelen werden gelezen en de resultaten hiervan werden in een literatuurmatrix geplaatst. Hierin is overzichtelijk per artikel terug te lezen wie de auteur is, hoeveel proefpersonen er waren, welke behandeling onderzocht werd, wat het effect hiervan was, wat het effect van fasering was en of er behandelindicatoren en behandeldisciplines beschreven werden. Ook is het kwaliteitsoordeel in de literatuurmatrix weergegeven en is te vinden welke overige aspecten van toepassing waren op het artikel. Hiermee is de onderbouwing van de manier waarop de bruikbaarheid beoordeeld is weergegeven. De literatuurmatrix is te vinden in bijlage 3.

### 3. Resultaten

Er werden in totaal 558 artikelen geselecteerd die nader bestudeerd werden door titel, samenvatting en kernwoorden te lezen. In totaal vielen hierdoor 498 artikelen af. Er werden 60 artikelen geselecteerd met betrekking tot de verschillende behandelmogelijkheden en fasering. Twee artikelen werden bij meerdere categorieën ingedeeld. Vervolgens werden de geïncludeerde artikelen beoordeeld op kwaliteit en bruikbaarheid. Figuur 3 geeft een schematisch overzicht van de geïncludeerde artikelen per categorie, met de methodologische kwaliteit en de mate van bruikbaarheid.



Figuur 3: Geselecteerde artikelen met betrekking tot de behandeling en fasering van complexe PTSS met kwaliteitsbeoordeling en mate van bruikbaarheid (\* betekent: artikel komt bij meerdere categorieën voor).

Alle gebruikte literatuur is samengevat in de literatuurmatrix in bijlage 3. Hierin is de beschikbare evidence uitgebreid inhoudelijk samengevat en geëvalueerd op kwalitatieve gronden. Daarnaast is hierin ook de onderbouwing van het kwaliteitsoordeel en de mate van bruikbaarheid te vinden. In iedere paragraaf zullen de geïncludeerde artikelen kort worden toegelicht. Voor meer informatie wordt door middel van een hyperlink direct verwezen naar de bijbehorende literatuurmatrix. Iedere paragraaf wordt afgesloten met een conclusie. Hierbij wordt aangegeven op welke publicaties deze conclusie gebaseerd is.

### **3.1. Behandelingen**

#### **3.1.1. Cognitieve (gedrags-)therapie en exposure**

Er zijn 18 artikelen bestudeerd met betrekking tot CGT en exposure. Hieronder worden deze onderzoeken beschreven per type interventie of per onderzochte populatie. De paragraaf wordt afgesloten met een samenvatting.

##### **3.1.1.1. Individuele CGT voor mensen met ernstige psychiatrische problematiek**

Er zijn vier onderzoeken verschenen die de effectiviteit van individuele CGT onderzoeken bij mensen met PTSS en comorbide ernstige psychiatrische problematiek zoals schizofrenie, schizo-affectieve stoornis of bipolaire stoornis. Klik *hier* om naar de bijbehorende literatuurmatrix te gaan.

In 2008 deden Mueser et al. een RCT naar de effectiviteit van CGT bij mensen met PTSS en een ernstige psychiatrische problematiek (n=108). In het onderzoek vergelijken zij 12 tot 16 sessies CGT bestaande uit een introductie, psychoeducatie, crisisplan, ontspanningsoefeningen, cognitieve herstructurering en integratie met 'treatment as usual'(TAU). TAU bestaat uit de therapie die de participanten voorafgaand aan het onderzoek al ontvingen en kon bijvoorbeeld bestaan uit ondersteunende gesprekken. Het bleek dat CGT effectiever was dan TAU in het verminderen van aan PTSS gerelateerde symptomen en negatieve cognities. Daarnaast werd gevonden dat in de CGT groep de kennis van PTSS vergroot was en dat het aantal PTSS diagnoses was afgenomen. In het artikel staat niet helder waaruit de TAU behandeling bestond. De methodologische kwaliteit van dit artikel werd beoordeeld met een A en in combinatie met de overige aspecten is de mate van bruikbaarheid groot.

Er werd een pilot onderzoek gedaan door Rosenberg, Mueser, Jankowski, Salyers en Acker et al. (2004). Hierbij vergeleken zij participanten die direct de CGT interventie kregen aangeboden met een groep die later dezelfde interventie kregen aangeboden (n=22). De conclusie van de auteurs is dat het aangeboden programma klinische verbeteringen lijkt op te leveren. Bij de start voldeed 100 procent van de participanten aan een diagnose PTSS, terwijl dit drie maanden na de interventie nog maar 50 procent was. Scores op het gebied van angst, depressie, schaamte en vijandigheid namen significant af. Daarnaast werden ten tijde van het programma geen ernstige problemen geobserveerd (zoals toegenomen zelfverwondingen) waardoor geconcludeerd werd dat het programma veilig gebruikt kon worden. De mate van bruikbaarheid van dit artikel als klein beoordeeld.

Ehlers (2004) geeft een reactie op bovengenoemde behandeling en stelt dat deze verbeterd zou kunnen worden door imaginaire exposure toe te voegen. Daarnaast noemt zij dat patiënten moeten leren welke cues uit de omgeving flashbacks oproepen zodat zij hiermee beter leren omgaan. Deze uitspraken worden echter niet gestaafd door onderzoek en zijn gebaseerd op de mening van de auteur. De conclusie uit het artikel is hierdoor niet bruikbaar voor dit literatuurverslag. Rosenberg et al. (2004) geven aan dat zij bewust niet hebben gekozen voor een exposure behandeling omdat zij verwachtten dat dit te overweldigend zou zijn voor de doelgroep en de veiligheid van de deelnemers hiermee niet gewaarborgd zou kunnen worden.

Lu et al. (2009) boden 15 weken CGT aan bestaande uit een introductie, ademhalingsoefeningen, psychoeducatie, cognitieve herstructurering en integratie (n=19). Het bleek dat CGT effectief was voor

mensen met PTSS en ernstige psychiatrische problemen met etnische en culturele verschillen uit stedelijke gebieden. Het bleek dat 100 procent van de deelnemers significant was verbeterd na zes maanden follow-up op het gebied van ernst van PTSS klachten. Na afloop van de interventie voldeed 58 procent niet meer aan de criteria van de PTSD symptom checklist voor PTSS en 67 procent voldeed niet meer aan de criteria van de posttraumatic diagnostic scale voor PTSS. Daarnaast had 92 procent van de deelnemers significant minder last van depressieve klachten en liet eveneens 92 procent van de deelnemers significante verbeteringen zien op het gebied van algemene psychopathologie. Op basis van de methodologische kwaliteit en overige aspecten is dit artikel niet bruikbaar voor de conclusie.

**Conclusie**

Individuele cognitieve gedragstherapie is bij mensen met een complexe posttraumatische stress stoornis en ernstige psychiatrische problematiek mogelijk effectief.

Mueser et al., 2008 (mate van kwaliteit A, bruikbaarheid: groot)

Rosenberg et al., 2004 (mate van kwaliteit C, bruikbaarheid: klein)

### 3.1.1.2. Exposure behandeling bij vrouwen

Er zijn drie artikelen gevonden die exposurebehandeling bij vrouwen met complexe PTSS beschrijven. Klik *hier* om naar de bijbehorende literatuurmatrix te gaan.

Een onderzoek dat in dit kader beschreven wordt is gepubliceerd door Cloitre et al. (2010). Zij deden in een RCT onderzoek naar exposure behandeling voor vrouwen die het slachtoffer waren geworden van vroegkinderlijke chronische traumatisering. De behandeling van 16 sessies was gefaseerd en bestond uit twee elementen van acht weken. Skills training in affect and interpersonal regulation (STAIR) is een vaardigheidstraining gebaseerd op dialectische gedragstherapie (DGT) waarin emotieregulatie, het herkennen en accepteren van emoties, disfunctionele schema's, assertiviteit en sociale contacten aan bod komen. Exposure was prolonged exposure (PE) en ondersteunende gesprekken waren cliëntgericht en gingen over de problemen die na het trauma waren ontstaan. De proefpersonen (n=104) werden steekproefsgewijs verdeeld over de volgende onderzoeksgroepen: 1) STAIR - exposure 2) STAIR – ondersteunende gesprekken en 3) ondersteunende gesprekken - exposure. Het bleek dat voor vrouwen die slachtoffer waren van vroegkinderlijke chronische traumatisering een gefaseerde behandeling van STAIR en exposure effectiever was op het gebied van verminderen PTSS klachten dan de twee andere behandelcondities. Daarnaast namen problemen in emotieregulatie, boosheid en angst ook het meest af in de STAIR – exposure groep in vergelijking met de twee andere groepen en waren er in deze groep na afloop van de interventie minder interpersoonlijke problemen. Bovendien was er minder uitval en waren er binnen de STAIR-exposure groep significant minder deelnemers die verslechterden (slechts één ten opzichte van drie en vijf in de andere behandelcondities). De mate van bruikbaarheid van dit artikel is als groot beoordeeld.

Feeny, Zoellner en Foa (2002) publiceerden een vergelijkende studie waarin zij onderzochten of een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) van invloed is op het behandel succes van vrouwelijke slachtoffers van geweld met PTSS. Tweeënzeventig deelnemers werden verdeeld over vier behandelcondities: 1) PE, 2) stress inoculatie training (SIT) gericht op vaardigheden voor het omgaan met angst, zoals ademhalingsoefeningen en cognitieve herstructurering, 3) een combinatiebehandeling van PE en SIT en 4) een wachtlijstconditie. Het bleek dat vrouwen met chronische PTSS baat kunnen hebben bij alle actieve behandelcondities en dat PTSS klachten, depressie en algemene angst gedurende de behandeling significant afnamen. Vrouwen met BPS en chronische PTSS hadden, al is het in mindere mate, ook baat bij de behandeling en het bleek dat zij exposurebehandeling goed konden verdragen. Hoewel de klachten significant afnamen, bleven er in vergelijking met de vrouwen zonder BPS meer klachten bestaan na de behandeling. De bruikbaarheid van het artikel is middelgroot.



In een ander onderzoek wordt PE (n=9) vergeleken met TAU (n=12) bij allochtone vrouwen met een laag inkomen en PTSS (Feske, 2008). In beide behandelcondities werden negen tot twaalf sessies aangeboden door eerstelijns behandelaars. Hierbij bestond PE uit psychoeducatie en exposure en TAU uit counseling aangevuld met groepstherapie. Het onderzoek levert voorlopig bewijs voor de effectiviteit van PE ten opzichte van TAU gegeven door eerstelijns behandelaars voor allochtone vrouwen met chronische PTSS. PE liet meer effecten zien op het gebied van het verminderen van symptomen van PTSS, algemene angst en depressie. Daarnaast namen lichamelijke angstsensatie, boosheid en algemene psychologische stress significant meer af in de PE groep dan in de TAU groep. Na de PE behandeling voldeed 77 procent van de deelnemers niet meer aan de criteria voor PTSS, terwijl dit na de TAU behandeling slechts 17 procent was. Op basis van de methodologische kwaliteit en de overige aspecten is bepaald dat de bruikbaarheid van dit artikel klein is.

<b>Conclusie</b>	<p>Gefaseerde behandeling bestaande uit vaardigheidstraining en exposure wordt sterk aanbevolen voor vrouwelijke slachtoffers van vroegkindelijke traumatisering. Bij vrouwen met complexe posttraumatische stressstoornis is exposure behandeling mogelijk effectief.</p> <p>Cloitre et al., 2010 (mate van kwaliteit A, mate van bruikbaarheid groot)                  Feeny et al., 2002 (mate van kwaliteit B, mate van bruikbaarheid middelgroot)                  Feske, 2008 (mate van kwaliteit B, mate van bruikbaarheid klein)</p>
------------------	--

### 3.1.1.3. Exposure behandeling bij veteranen

Er zijn drie studies gevonden die de effecten van individuele exposurebehandeling onderzoeken bij veteranen met PTSS. Klik *hier* om naar de bijbehorende literatuurmatrix te gaan. Nacasch et al. (2007) beschreven in een case studie de behandelresultaten van PE bij vijf Israëlische veteranen met behandelresistente PTSS. Bij de vijf veteranen verminderden de PTSS gerelateerde klachten en depressieve symptomen en bij vier van de vijf bleef deze verbetering ook bij follow-up metingen bestaan. Vermijdingsgedrag was significant verbeterd, scores op het gebied van PTSS symptomen waren met 48 procent verbeterd en scores op het gebied van depressie waren met 64 procent verbeterd. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is beoordeeld als klein.

Ook Tuerk et al. (2011) onderzochten PE bij veteranen met PTSS in een post-hoc effectstudie (n=65). De behandeling bestond uit psychoeducatie, het meten van het eigen angstniveau, exposure in vivo en imaginaire exposure. Tuerk et al. (2011) kwamen tot de conclusie dat PE een effectieve behandeling is voor veteranen met PTSS en dat hoewel gemiddeld na vijf sessies het behandel-effect afnam, voor complexe populaties langere behandeling noodzakelijk leek. Scores bij vragenlijsten op het gebied van PTSS en depressie namen bij de mensen die de behandeling afmaakten significant af. Vijftig procent van de deelnemers die de interventie afronden scoorden beneden de klinische lijn met betrekking tot PTSS klachten. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is beoordeeld als klein.

Een ander onderzoek bij veteranen met PTSS en depressieve symptomen (n=117) is gedaan door Gros et al. (2012). Zij boden een gefaseerde behandeling aan die bestond uit vier sessies gedragsactivatie (psychoeducatie, activatie en exposure in vivo) en vier sessies waarbij imaginaire exposure werd toegevoegd aan het protocol. Het bleek dat aan PTSS gerelateerde klachten en hierbij passende depressieve symptomen significant afnamen, maar dat overige depressieve klachten bleven bestaan. Opvallend was dat gedragsactivatie en exposure in vivo voldoende effect hadden op vermindering van de klachten en dat de toevoeging van IE weinig toegevoegd resultaat opleverde. In het onderzoek ontving een gedeelte van de veteranen ambulante behandeling en een gedeelte poliklinische behandeling. In het artikel wordt niet ingegaan op mogelijke effecten hiervan. De methodologische kwaliteit van dit artikel is beoordeeld met een C en in combinatie met de overige aspecten blijkt dit artikel niet bruikbaar is voor de conclusie.

## Conclusie

Exposure behandeling is mogelijk effectief bij veteranen met complexe posttraumatische stressstoornis.  
 Nacash et al., 2007 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)  
 Tuerk et al., 2011 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)

## 3.1.1.4. CGT voor vluchtelingen

Er zijn drie onderzoeken verschenen die de effectiviteit van op cultuur aangepaste individuele CGT onderzochten bij vluchtelingenpopulaties met therapieresistente PTSS en comorbide cultuurgebonden orthostatische paniekaanvallen. Dit wil zeggen dat de deelnemers nog steeds voldoen aan criteria van PTSS ondanks minimaal zes maanden counseling en op de patiënt afgestemde medicatiebehandeling. Hierbij ontstaat een paniekaanval na het opkomen uit liggende of zittende houding en worden de sensaties in het lichaam tijdens het opkomen als schadelijk en bedreigend geïnterpreteerd. De behandeling werd op de cultuur aangepast door bijvoorbeeld visualisatie oefeningen met een lotusbloem (in Azië een teken van flexibiliteit) en oefeningen ontwikkeld om te leren omgaan met de orthostatische paniek. Daarnaast is er één RCT gevonden die de effectiviteit van op cultuuraangepaste groepsgerichte CGT onderzoekt en is er één casestudie verschenen over een vluchteling uit Bosnië. Klik *hier* om naar de bijbehorende literatuurmatrix te gaan.

In 2004 deden Hinton et al. onderzoek naar de behandelresultaten van individuele CGT bij Vietnamese vluchtelingen (n=12). Het behandelprotocol bestond uit 11 sessies bestaande uit: psychoeducatie, spierontspanning, visualisatie tijdens paniekaanvallen, mindfulness, cognitieve herstructurering, interoceptieve exposure, een emotie protocol (hoe omgaan met emoties tijdens flashbacks) en het onderzoeken van de hoofdpijn en paniek. Na afloop van de interventie waren scores op vragenlijsten met betrekking tot klachten behorende bij PTSS, angst, depressie en orthostatische paniekaanvallen significant afgenomen. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is beoordeeld als klein.

Hinton et al. (2005) deden vergelijkbaar onderzoek in een RCT naar de effectiviteit van CGT bij Cambodjaanse vluchtelingen. Er werd één sessie aan het behandelprotocol toegevoegd die vooral gericht was op narratieve exposure en het vergroten van de cognitieve flexibiliteit. Er waren 40 deelnemers die verdeeld werden over een directe behandeling en een vertraagde behandeling. Bij de start voldeden alle deelnemers aan de criteria voor PTSS en gegeneraliseerde angststoornis. Na afloop bleek 60 procent van de deelnemers niet meer aan de criteria voor PTSS en 60 procent van de deelnemers niet meer aan de criteria voor een gegeneraliseerde angststoornis te voldoen. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is beoordeeld als middelgroot.

In 2009 deden Hinton, Hofmann, Pollack en Otto opnieuw onderzoek naar de effectiviteit van CGT bij Cambodjaanse vluchtelingen met een vergelijkbaar behandelprotocol gebaseerd op CGT programma's voor PTSS en paniekstoornissen. Er werden 24 deelnemers verdeeld over een directe behandelgroep en een vertraagde behandelgroep. Conclusie van de auteurs was dat op cultuur aangepaste CGT zorgt voor significante verbeteringen op het gebied van emotieregulatie en orthostatische paniekaanvallen. De bruikbaarheid van dit artikel is klein.

Hinton, Hofmann, Rivera, Otto en Pollack (2011) deden in een RCT onderzoek naar op cultuur aangepaste, groepsgerichte CGT in een 14 weken durend programma. Zij vergeleken op cultuur aangepaste CGT met spierontspanningsoefeningen bij Latino vrouwen met therapieresistente PTSS (n=24). Het bleek dat beide behandelingen verbetering gaven op verschillende dimensies van psychopathologie. De op cultuur aangepaste CGT bleek echter in vergelijking met de spierontspanningsoefeningen het meest effectief. In de CGT groep lieten alle proefpersonen op het gebied van posttraumatische stressklachten klinische verbetering zien, terwijl dit in de spierontspanningsoefening slechts 33 procent was. Op basis van methodologische kwaliteit en overige aspecten is de mate van bruikbaarheid van dit artikel beoordeeld als middelgroot.



Er is één casestudie beschreven die een CGT behandeling beschrijft voor een 30-jarige man die gevlucht is naar Zwitserland wegens oorlogstrauma opgelopen in Bosnië. De behandeling bestond uit drie delen en was in eerste instantie gericht op stabilisatie. Hierin bleek de gehele biografische context voor de cliënt belangrijk. Tijdens de traumaconfrontatie werd besloten naast CGT technieken zoals exposure in vivo en cognitieve methoden, ook NET technieken toe te passen. De laatste fase van de behandeling was vooral gericht op de omgang met andere mensen. Het bleek dat er gedurende de behandeling heen en weer bewogen werd tussen de drie fasen. De behandeling heeft drie jaar geduurd en bij een follow-up meting anderhalf jaar na de interventie bleek de cliënt niet meer aan de criteria voor PTSS te voldoen (Müller, 2009). De conclusie van het artikel is dat individuele CGT met elementen van NET een werkzame behandeling kan zijn. De bruikbaarheid van dit artikel is klein.

<b>Conclusie</b>	<p>Individuele op cultuuraangepaste cognitieve gedragstherapie is mogelijk effectief bij vluchtelingen met therapieresistente posttraumatische stressstoornis en cultuurgebonden orthostatische paniekaanvallen. Voor deze doelgroep wordt groepsgerichte op cultuuraangepaste cognitieve gedragstherapie eveneens aanbevolen. Behandeling met individuele cognitieve gedragstherapie en elementen van narratieve exposure therapie is daarnaast ook mogelijk effectief voor vluchtelingen.</p> <p>Hinton et al., 2004 (mate van kwaliteit B, mate van bruikbaarheid klein)                  Hinton et al., 2005 (mate van kwaliteit A, mate van bruikbaarheid middelgroot)                  Hinton et al., 2009 (mate van kwaliteit B, mate van bruikbaarheid klein)                  Hinton et al., 2011 (mate van kwaliteit B, mate van bruikbaarheid middelgroot)                  Müller, 2009 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)</p>
------------------	--

### 3.1.1.5. Cognitieve therapie

Er zijn twee artikelen gevonden die de effectiviteit van cognitieve therapie onderzoeken. Klik *hier* om naar de bijbehorende literatuurmatrix te gaan.

Een onderzoek naar de werkzaamheid van cognitieve therapie werd gedaan door Duffy, Gillespie en Clark (2007). Zij voerden een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek uit naar het effect van individuele cognitieve therapie gedurende 12 weken voor mensen met chronische PTSS als gevolg van terrorisme in Noord Ierland (n=58). De auteurs concluderen dat de aangeboden cognitieve therapie een effectieve behandeling is voor deze doelgroep. Bij de mensen die de behandeling afmaakten (n=45) namen de scores op het gebied van PTSS en depressie significant af, terwijl het algemeen functioneren significant verbeterde. Het bleek dat mensen die voorafgaand aan de behandeling meer PTSS klachten rapporteerden net zoveel baat hadden bij de behandeling als mensen met mildere klachten. De therapie kon, indien nodig, verlengd worden. Het bleek dat mensen met meer comorbide problemen vaak gebruik maakten van extra behandelingen. Methodologisch is het artikel van goede kwaliteit en in combinatie met de overige aspecten heeft het artikel een middelgrote mate van bruikbaarheid.

Kibler en Lyons (2008) deden een pilot studie naar een korte cognitieve groepstherapie bij mensen met PTSS en comorbide depressie (n=21). De behandeling duurde vier sessies en was vooral gericht op het veranderen van disfunctionele cognities. De behandeling bleek matig succesvol. Hoewel depressieve symptomen verminderden en cognitieve beoordelingen verbeterden scoorde het merendeel van de deelnemers ook na de interventie nog in de klinische range. Scores op het gebied van PTSS verminderden weinig. De bruikbaarheid van dit artikel is klein.

<b>Conclusie</b>	<p>Individuele cognitieve therapie verdient aanbeveling in de behandeling van complexe posttraumatische stressstoornis. Groepsgerichte cognitieve therapie lijkt echter minder effectief bij deze doelgroep.</p> <p>Duffy et al., 2007 (mate van kwaliteit A, mate van bruikbaarheid middelgroot)                  Kibler &amp; Lyon, 2008 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)</p>
------------------	---

### 3.1.1.6. Groepsgerichte cognitieve (gedrag) therapie

Er zijn drie artikelen gevonden met betrekking tot een groepsgerichte benadering. Klik *hier* om naar de bij behorende literatuurmatrix te gaan. Het onderzoek van Hinton et al. (2011) is al eerder beschreven bij het kopje CGT voor vluchtelingen. Conclusie uit dit artikel is dat groepsgerichte CGT te adviseren is als behandeling voor Latino vrouwen met therapieresistente PTSS. De bruikbaarheid van dit artikel is beoordeeld als middelgroot. Het onderzoek van Kibler en Lyons (2008) is ook eerder beschreven in het kader van cognitieve therapie. In dit onderzoek wordt geconcludeerd dat korte cognitieve groepstherapie weinig effectief lijkt voor mensen met PTSS en depressie. De bruikbaarheid van dit artikel is klein.

Hoewel in de meeste onderzoeken de effecten van individueel aangeboden CGT wordt onderzocht combineren Frueh et al. (2009) individuele behandeling met groepsbehandeling. Zij onderzochten de effecten van een op exposure gebaseerde CGT in een 11 weken durend programma voor mensen met PTSS en ernstige comorbide psychiatrische problematiek zoals schizofrenie of schizo affectieve stoornis (n=20). Hierbij werden psychoeducatie, sociale vaardigheidstraining, omgaan met angsten en omgaan met trauma groepsgewijs behandeld. Het exposure gedeelte bestond uit een individueel programma. Na de interventie namen PTSS klachten en boosheid af en algemene geestelijke gezondheid en de kwaliteit van sociale activiteiten verbeterden. Depressieve symptomen, angstklachten en de frequentie van sociale activiteiten is niet verbeterd, maar bleef gelijk. Van de 20 proefpersonen, maakten 13 de behandeling af. Van deze 13 deelnemers voldeden 10 deelnemers drie maanden na de interventie niet meer aan de criteria voor PTSS. Op basis van methodologische kwaliteit en overige aspecten blijken de conclusies uit dit artikel niet bruikbaar.

<b>Conclusie</b>	Groepsgerichte cognitieve gedragstherapie verdient aanbeveling voor mensen met complexe posttraumatische stressstoornis. Groepsgerichte cognitieve therapie daarentegen kan niet worden aanbevolen voor deze doelgroep.
	Hinton et al., 2011 (mate van kwaliteit B, mate van bruikbaarheid middelgroot) Kibler & Lyon, 2008 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)

### 3.1.1.7. Samenvatting

Al met al kan gezegd worden dat er vooral onderzoek gedaan is naar individuele CGT en PE en dat de resultaten hiervan positief worden beoordeeld bij verschillende populaties; bij mensen met ernstige psychiatrische problematiek, vrouwen, veteranen en vluchtelingen werden positieve resultaten behaald. Er is weinig onderzoek beschikbaar met betrekking tot groepstherapie of cognitieve therapie. Voorzichtig kan geconcludeerd worden dat groepstherapie in combinatie met individuele therapie mogelijk kansen biedt voor de toekomst en dat cognitieve therapie alleen werkzaam kan zijn wanneer er veel (in ieder geval meer dan vier) sessies worden gegeven.

### 3.1.2. Eye movement desensitization reprocessing

Er zijn vier artikelen gevonden die de effectiviteit van EMDR bij de behandeling van complexe PTSS onderzoeken. Hoewel er één systematische review is gevonden van goede kwaliteit is de kwaliteit van de overige artikelen matig. Er is geen vergelijkend onderzoek gedaan en uitspraken zijn niet altijd wetenschappelijk onderzocht. Klik *hier* om naar de bijbehorende literatuurmatrix te gaan. Er is een systematische review uitgevoerd door Allbright en Thyer (2010) naar het effect van EMDR bij veteranen met PTSS. In het onderzoek werden in totaal zes RCT's en drie quasi experimentele onderzoeken geïncludeerd. Hierbij is slechts zeer gelimiteerd bewijs gevonden voor de effectiviteit van EMDR bij veteranen met PTSS. De auteurs noemen dat de behandelingen niet de drempelwaarde, die APA hanteert als grens, voor effectieve behandelingen halen. Hoewel er enkele kritische opmerkingen gemaakt zijn met betrekking tot de kwaliteit van de geïncludeerde artikelen en de generaliseerbaarheid van de doelgroep is de onderzoeksopzet van de systematische review

betrouwbaar en helder omschreven. Methodologische kwaliteit en overige aspecten afwegend heeft het artikel een middelgrote mate van bruikbaarheid.

In een pilot studie deden van den Berg en van der Gaag (2012) onderzoek naar de effectiviteit van EMDR bij 27 mensen met PTSS en een comorbide stoornis in het schizofrene spectrum. Hierbij werd geen gebruik gemaakt van een stabilisatiefase en werd direct gestart met de traumabehandeling. Alle proefpersonen kregen een maximum van zes EMDR sessies. De conclusie was dat EMDR een effectieve behandeling is voor mensen met PTSS en een comorbide stoornis in het schizofrene spectrum. Slechts vijf van de tweeëntwintig proefpersonen voldeden na afloop van de interventie nog aan een PTSS diagnose en de intensiteit van de klachten nam gemiddeld met 53 procent af. De interventie is veilig te gebruiken (er ontstond niet meer probleemgedrag zoals automutilatie). Hallucinaties, wanen, depressieve gevoelens en angsten namen af en zelfvertrouwen nam toe. Vanwege de matige methodologische kwaliteit van dit onderzoek in combinatie met de overige aspecten is de mate van bruikbaarheid van dit artikel klein.

Ter Heide (2011) geeft een uiteenzetting van verschillende behandelmogelijkheden bij getraumatiseerde vluchtelingen. Zij stelt dat er vier gangbare benaderingen zijn in traumabehandelingen voor deze doelgroep. Hierbij bestaat de gefaseerde behandeling uit stabilisatie en traumabehandeling. De multimodale benadering maakt onderscheid tussen traumatisering, ontheemding en marginalisatie en besteedt aan alle drie probleemgebieden aandacht. De traumagerichte benadering stelt dat traumagerichte gedragstherapie en EMDR werkzaam kunnen zijn bij de behandeling van chronische PTSS. De cultuur sensitieve benadering gaat er vanuit dat mensen uit verschillende culturen verschillende reacties vertonen op trauma en dat hier rekening mee gehouden moet worden tijdens de behandeling. Hoewel de uitspraken van ter Heide (2011) in dit artikel niet gesteund worden door empirisch onderzoek, maar vooral gebaseerd zijn op klinische ervaring, concludeert zij dat EMDR bij meervoudig getraumatiseerde mensen vaak langer duurt dan bij enkelvoudig getraumatiseerde mensen en benoemt zij dat er bij de complexe doelgroep vaak minder klachtenreductie optreedt. Zij stelt dat EMDR ook bij mensen met complexe PTSS geïndiceerd is, maar er is meer onderzoek nodig om te bepalen welke benadering het beste aansluit. Tot slot concludeert ter Heide (2011) dat EMDR aangepast kan worden voor veelvuldig getraumatiseerde mensen door aandacht te hebben voor het installeren van hulpbronnen, het clusteren van traumatische ervaringen, het gebruik van cognitieve interweaves en het omgaan met affectbruggen. Vanwege matige methodologische kwaliteit en overige aspecten is dit artikel is niet bruikbaar voor de conclusie van dit onderzoek.

Korn (2009) stelt in een review over de effectiviteit van EMDR bij de behandeling van complexe PTSS eveneens een gefaseerde behandeling voor. Zij beschrijft dat de eerste fase van de behandeling is gericht op stabilisering en het vergroten van veiligheid en affecttolerantie. Een manier om hier aan te werken is met EMDR 'resource development and installation' (RDI) waarmee de draagkracht van de cliënt vergroot kan worden door het ontwikkelen of versterken van functionele cognities. Deze fase kan uitgebreid worden met niet-EMDR strategieën. In fase twee gaat het om de daadwerkelijke traumabehandeling en wordt onderscheid gemaakt tussen de symptoomgerichte benadering, die meer gericht is op de beelden waar de cliënt op dit moment het meest last van heeft, en de chronologische benadering. Het lijkt erop dat bij mensen met complexe PTSS de symptoombenadering sneller tot verlaging van stress leidt dan de chronologische benadering. In deze fase is het belangrijk dat de therapeut oog heeft voor defensieve afweermechanismen van de cliënt. Fase drie is gericht op het vergroten van zelfvertrouwen, zelfrespect, intimiteit en identiteit. In het artikel wordt niet beschreven welke behandeltechnieken hierbij passend zijn. Korn (2009) stelt dat de overgang tussen verschillende fasen niet vloeiend maar dynamisch verloopt. Zij noemt het daarnaast positief dat bij de EMDR benadering de cliënt relatief veel controle houdt, er relatief weinig mensen voortijdig de behandeling staken, de cliënt niet altijd het hele verhaal hoeft te vertellen (kan met relatief weinig woorden), het

gebruikt kan worden in combinatie met andere therapieën en dat het flexibel ingezet kan worden door een individueel werkplan te maken. Dit artikel blijkt op basis van methodologische kwaliteit en andere aspecten niet bruikbaar voor de conclusie.

**Conclusie**

Het bewijs voor de effectiviteit van eye movement desensitization reprocessing therapy is beperkt. In de behandeling van veteranen met posttraumatische stressstoornis lijkt deze behandeling weinig effectief, maar voor mensen met posttraumatische stressstoornis en een comorbide stoornis in het schizofrene spectrum is eye movement desensitization reprocessing therapy mogelijk effectief.

Allbright & Thyer, 2010 (mate van kwaliteit A, mate van bruikbaarheid middelgroot)

Van den Berg & van der Gaag, 2012 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)

### 3.1.3. Dialectische gedragstherapie en exposure

DGT werd in eerste instantie ontwikkeld in de jaren tachtig voor mensen met een BPS. Dit vanwege de hoge mate van suïcidaliteit, automutilatie en therapieontrouw die gezien werd bij CGT behandelingen bij deze doelgroep. In tegenstelling tot CGT behandelingen, waarbij de nadruk ligt op de noodzaak van verandering en waarbij vooral gebruik gemaakt wordt van op verandering gerichte strategieën, is er bij DGT ook ruimte voor op acceptatie gerichte strategieën (van den Bosch, 2009). Op deze manier leren de cliënten omgaan met de dialectiek (tegenstrijdigheid) van de noodzaak om te veranderen en de noodzaak zichzelf te accepteren zoals ze zijn. Zij moeten een evenwicht zien te vinden tussen beide (Derksen, 2007).

Er zijn vier artikelen gevonden die de effectiviteit van DGT en exposure onderzoeken. Klik *hier* om naar de bijbehorende literatuurmatrix te gaan. Het onderzoek van Cloitre et al. (2010) is al eerder genoemd in het kader van exposure therapie. In dit onderzoek werd voorafgaand aan de exposuresessies een vaardigheidstraining aangeboden die gebaseerd is op principes vanuit de DGT. Na de combinatiebehandeling van DGT en exposure bleek dat de vrouwen die slachtoffer waren van vroegkinderlijke chronische traumatisering (n=104) baat hadden bij de gefaseerde behandeling. De bruikbaarheid van het artikel is hoog. De andere drie gevonden onderzoeken zijn niet vergelijkend van aard en beschrijven de resultaten van dialectische gedragstherapie bij mensen met chronische PTSS en ernstige comorbide psychopathologie.

Harned en Linehan (2008) deden een case studie naar het effect van PE geïntegreerd in DGT. Het één jaar durende behandelprogramma bestond uit wekelijks één uur individuele psychotherapie, tweeënehalf uur groepsvaardigheidstraining, indien wenselijk een telefonisch consult en de therapeuten hadden onderling intervisie. Doel hiervan was gefaseerd:

- 1) Het verminderen van levensbedreigend gedrag;
- 2) Het verminderen van therapie verstorend gedrag;
- 3) Het verminderen van het gedrag dat kwaliteit van leven verstoort.

Pas wanneer fase één en twee doorlopen waren kon gestart worden met de trauma behandeling en werd wekelijks één uur extra individuele exposure gerichte therapie aan het behandelprotocol toegevoegd. Harned, Korslund, Foa en Linehan deden in 2012 vervolgonderzoek met 13 proefpersonen in een vergelijkbare onderzoeksopzet als Harned en Linehan (2008). Beide studies onderzochten de effecten van deze behandeling bij volwassen vrouwen met PTSS en ernstige BPS. Daarnaast lieten de vrouwen zelf verwondend gedrag zien of hadden zij recentelijk één of meerdere suïcidepogingen gedaan. Conclusie uit beide onderzoeken was dat er voorzichtig bewijs gevonden is voor de bruikbaarheid, veiligheid, acceptatie en potentiële effecten van een gecombineerde DGT en PE behandeling voor vrouwen met PTSS en BPS die zichzelf verwonden of suïcidaal gedrag laten zien. Suïcidepogingen en automutilatie namen af en de ernst van de klachten behorende bij PTSS verminderden. Harned et al. (2012) concluderen daarnaast dat klachten op het gebied van dissociatie, schuld, schaamte, angst, depressie en sociale aanpassing significant waren verminderd na afloop van de interventie. Beide artikelen zijn met betrekking tot de methodologische kwaliteit beoordeeld met

een 'C' en in combinatie met de overige aspecten is de mate van bruikbaarheid van beide artikelen klein.

Binnen de klinische setting is onderzoek gedaan door Steil, Dyer, Priebe, Kleindienst en Bohus (2011). In deze pilot studie werd het effect van DGT voor PTSS onderzocht bij mensen met chronische behandelresistente PTSS als gevolg van seksueel misbruik tijdens de jeugd (n=29). Gemiddeld hadden de proefpersonen 3.8 DSM classificaties per persoon. Er werd een drie maanden durend klinisch programma aangeboden met als doel angst ten opzichte van de traumatische gebeurtenis te verlagen, het onderzoeken van emoties zoals schuldgevoel en schaamte en het leren accepteren van het trauma. Hiervoor werden onder andere op exposure gebaseerde technieken gebruikt en werd individuele therapie en groepstherapie afgewisseld. De proefpersonen rapporteerden na afloop van de interventie een significante verlaging van de ernst van PTSS symptomen, depressie en angst. Daarnaast was het functioneren verbeterd. Conclusie van het onderzoek was dat DGT voor PTSS een veelbelovende behandeling kan zijn voor ernstige aan seksueel misbruik gerelateerde chronische PTSS binnen de klinische setting. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is klein.

**Conclusie**

Een combinatiebehandeling van dialectische gedragstherapie en exposure is mogelijk effectief in de behandeling van vrouwen met posttraumatische stressstoornis en ernstige psychiatrische problematiek.

Cloitre et al., 2010 (mate van kwaliteit A, mate van bruikbaarheid groot)

Harned & Linehan, 2008 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)

Harned et al., 2012 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)

Steil et al., 2011 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)

### 3.1.4. Narratieve exposure therapie

Met betrekking tot NET zijn er in dit literatuuronderzoek zes artikelen gevonden. Deze artikelen beschrijven allemaal de effectiviteit van NET bij vluchtelingen met PTSS. Klik *hier* om naar de bijbehorende literatuurmatrix te gaan.

Drie onderzoeken beschrijven de effecten van interventies bij mensen met PTSS die vanuit oorlogsgebieden naar Europa zijn gevlucht. Een groot deel van de behandelde vluchtelingen rapporteerden dat zij gevangenschap en martelingen hebben meegemaakt in het land van herkomst. Zowel Hensel-Dittmann et al. (2011) als Neuner et al. (2010) onderzochten de effecten van NET bij een vluchtelingenpopulatie in Duitsland. Bij beide onderzoeken bestond NET uit ongeveer tien sessies. De eerste sessie bestond uit psychoeducatie en tijdens de daaropvolgende sessies moest de deelnemer in samenwerking met de therapeut een chronologisch en gedetailleerd levensverhaal opstellen. Hensel-Dittmann et al. (2011) vergeleken in een RCT de effecten van NET met tien sessies stress inoculatie training die bestond uit ademhalingsoefeningen, relaxatietraining, cognitieve herstructurering, het stoppen van gedachten, zelfdialogen en rollenspelen (n=28). Hieruit bleek bij de follow-up meting na één jaar dat binnen de NET groep de aan PTSS gerelateerde klachten significant waren afgenomen, terwijl na de stress inoculatie training er geen significante veranderingen waren gemeten binnen de groep. Bij beide interventies veranderde de comorbide problematiek niet significant. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is groot. Neuner et al., (2010) vergeleken in een RCT (n=32) de effecten van NET met TAU die bestond uit psychotherapie of medicatie. Hieruit bleek dat de deelnemers in de NET conditie significant betere resultaten behaalden met betrekking tot aan PTSS gerelateerde symptomen en pijnklachten dan deelnemers uit de TAU conditie. Er werden geen significante verschillen met betrekking tot depressie gemeten. Hoewel klachten afnamen was er slechts één deelnemer uit de NET conditie die na afloop van de interventie niet meer voldeed aan de diagnose PTSS. Net als Hensel-Dittmann et al. (2011) concludeerden Neuner et al. (2010) dat NET goed geaccepteerd werd en bruikbaar was voor de doelgroep vluchtelingen met een oorlogsverleden. Op basis van methodologische kwaliteit en overige aspecten is de mate van bruikbaarheid als middelgroot beoordeeld. Halvorsen en Stenmark (2010) deden onderzoek naar een groep vluchtelingen (n=16) met



PTSS in Noorwegen en boden tien sessies NET aan met vergelijkbaar behandelprotocol als Hensel-Dittman et al. (2011) en Neuner et al. (2010). In het onderzoek werd een matig behandelresultaat gevonden met betrekking tot het verminderen van aan PTSS gerelateerde klachten bij vluchtelingen. Slechts 20 procent van de participanten voldeed na afloop van de interventie niet meer aan een diagnose PTSS. De bruikbaarheid van dit onderzoek is op basis van methodologische kwaliteit en overige aspecten als klein beoordeeld.

Drie artikelen doen onderzoek naar de effectiviteit van NET in een vluchtelingenkamp. De situatie in een vluchtelingenkamp is onzeker en onstabiel en vormt een lastige basis voor therapie. In een case studie door Neuner en Schauer (2002) wordt de behandeling van een 24-jarige vrouw in een vluchtelingenkamp in Macedonië beschreven. Zij had dissociatieve symptomen, PTSS, depressie, had nauwelijks sociaal contact en viel bij stress veelvuldig flauw. Psychofarmaca, counseling en probleemoplossingsstrategieën werden geprobeerd, maar hadden geen effect op de klachten. Vervolgens kreeg zij NET aangeboden bestaande uit drie sessies van 70 minuten waarin zij startte met het chronologisch vertellen van haar verhaal. Vervolgens werd dit verhaal door de therapeut herhaald en kon de cliënt het verhaal aanvullen en verbeteren. Na drie sessies viel de cliënt niet meer flauw tijdens de behandeling. Bij follow-up metingen na één week was de ernst van PTSS afgenomen, waren de dissociatieve symptomen verdwenen en maakte de cliënt weer contact met anderen. Kort hierna werd zij geëvacueerd naar Amerika. Eén jaar na deze evacuatie is er telefonisch contact geweest en gaf de cliënt aan dat het goed met haar ging. De resultaten van dit onderzoek zijn hoopvol zijn, maar de mate van bruikbaarheid is klein. In 2004 werd een RCT uitgevoerd door Neuner et al. waarin de effecten van NET, ondersteunende begeleiding en psychoeducatie met elkaar vergeleken werden. Doelgroep in het onderzoek waren Soedanese vluchtelingen die lijden aan PTSS, wonend in een vluchtelingenkamp in Uganda (n=43). NET bestond uit vier sessies waarin gestart werd met psychoeducatie, waarna vervolgens een gedetailleerd en chronologisch levensverhaal gevormd werd. Ondersteunende begeleiding bestond ook uit vier sessies en was gericht op interpersoonlijke problemen, beslissingen, plannen en hoop voor de toekomst. Psychoeducatie bestond uit één sessie. Hoewel bij de follow-up meting na één jaar alle onderzoeksgroepen verbeterden op het gebied van angst, depressie en algemene geestelijke gezondheid, behaalde de NET groep significant betere resultaten op het gebied van aan PTSS gerelateerde klachten dan de andere twee behandelgroepen. Binnen de NET conditie voldeed het merendeel van de participanten na één jaar niet meer aan de criteria voor een PTSS diagnose. In alle groepen bleven na de interventie veel comorbide problemen bestaan. Opvallend was dat binnen de NET conditie één jaar na de interventie 62 procent van de deelnemers naar een veiligere omgeving was vertrokken, ten opzichte van 7 procent bij ondersteunende begeleiding en 17 procent bij psychoeducatie. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is groot. Een ander onderzoek dat gedaan is in een vluchtelingenkamp in Uganda is een RCT waarin de effecten van NET en trauma counseling vergeleken worden met een controlegroep (Neuner et al., 2008). Vluchtelingen uit Rwanda en Somalië (n=277) kregen zes weken therapie aangeboden die gegeven werd door een andere vluchteling. Deze vluchteling was niet geschoold in het vakgebied, maar ontving wel een zes weken durende training in counseling en NET. Bij NET werd gestart met psychoeducatie en maakte de participant een gedetailleerd en chronologisch verhaal van zijn eigen geschiedenis. Bij trauma counseling werd ook gestart met psychoeducatie en werd vervolgens onderzocht op welke manier huidige problemen te maken hebben met in het verleden gebeurde traumatische gebeurtenissen, werden copingstrategieën besproken en was er ruimte voor rouwverwerking. Conclusie van het onderzoek was dat deelnemers in beide actieve behandelcondities significant en klinisch verbeterden gedurende de onderzoeksperiode. Bij de follow-up meting na zes maanden voldeed 70 procent bij NET en 65 procent bij trauma counseling niet meer aan een PTSS diagnose, vergeleken met 37 procent in de controlegroep. Hoewel resultaten van de actieve studies vergelijkbaar zijn, bleek dat bij NET significant minder mensen voortijdig met de behandeling stopten.

Conclusie van het artikel is dat er een effectieve behandeling kon worden uitgevoerd door ongeschoolde therapeuten in een vluchtelingenkamp. De mate van bruikbaarheid van het artikel is groot.

<b>Conclusie</b>	Narratieve exposure therapie wordt aanbevolen voor vluchtelingen met een complexe posttraumatische stressstoornis.
	Halvorsen & Stenmark, 2010 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)
	Hensel-Dittman et al., 2011 (mate van kwaliteit A, mate van bruikbaarheid groot)
	Neuner & Schauer, 2002 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)
	Neuner et al., 2004 (mate van kwaliteit A, mate van bruikbaarheid groot)
	Neuner et al., 2008 (mate van kwaliteit A, mate van bruikbaarheid groot)
	Neuner et al., 2010 (mate van kwaliteit A, mate van bruikbaarheid middelgroot)

### 3.1.5. Psychodynamische therapie

In dit literatuuronderzoek is een viertal publicaties gevonden over psychodynamische therapie voor mensen met een complexe PTSS. Het betreft hier twee casestudies en twee artikelen waar de auteur een beschrijving van psychodynamische therapie geeft. Conclusies zijn gebaseerd op de resultaten bij één proefpersoon of op de mening van de auteur en de bewijskracht van de artikelen is daarom minimaal. Klik *hier* om naar de bijbehorende literatuurmatrijs te gaan. Psychodynamische therapie is gebaseerd op psychoanalytische theorieën. Kort gezegd gaat het in de psychoanalyse over onbewuste impulsen en tegenstrijdigheden waarmee mensen worstelen. Deze innerlijke conflicten zijn soms zo sterk dat het leven ondraaglijk wordt en therapie wenselijk is. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat mensen zich niet bewust zijn van oorzaken die ten grondslag liggen aan emotionele problemen en dat oorzaken vaak terug te voeren zijn naar conflicten in de vroege jeugd. Therapie is gericht op deze onderbewuste processen (Soudijn, 2007).

Twee case studies zijn gedaan door Labe (2005) en Moss (2009). Labe (2005) heeft psychodynamische therapie toegepast bij een 20-jarige Afrikaanse vrouw die gedurende drie maanden het slachtoffer was van lichamelijk, emotioneel en seksueel misbruik en in haar vroege jeugd al eens eerder seksueel misbruikt was. De behandeling duurde 24 sessies en verliep in eerste instantie moeizaam. In de derde week werd de vrouw in een ziekenhuis opgenomen vanwege een ernstige dissociatieve toestand. Dit zorgde voor meer probleembesef en een meer actieve houding in de behandeling en na acht weken lukte het om het verhaal van het trauma samenhangend te vertellen. Vervolgens werd de therapie gericht op de diepere betekenis van het trauma om dit een plaats te geven in het leven. Hoewel de vrouw na afloop van de behandeling nog altijd gevoelig was voor impulsiviteit en dissociatie, was het haar gelukt het trauma en veel van de daarbij horende emoties een plaats te geven. Moss (2009) beschrijft een case studie over de twee-en-een-half jaar durende behandeling van een Amerikaanse man die geëmigreerd is naar Israël en hier vier terroristische aanslagen heeft meegemaakt. Tijdens de therapie was aandacht voor overdracht, tegenoverdracht en droomanalyses, maar werd ook gebruik gemaakt van niet-psychodynamische technieken zoals psychoeducatie en graduele exposure. Dit resulteerde erin dat zijn concentratie verbeterd was, hij minder angstig was, hij zich rustiger voelde en beter sliep. Conclusie van Moss (2009) is dat psychoeducatie en graduele exposure helpend waren in de behandeling, maar dat de geboekte vooruitgang nooit behaald zou zijn zonder langdurige behandeling met psychodynamische technieken. De artikelen van Labe (2005) en Moss (2009) hebben op basis van methodologische kwaliteit en overige aspecten een kleine mate van bruikbaarheid.

Er zijn twee publicaties gevonden waarin de auteurs een uiteenzetting geven van psychodynamische behandeling bij complexe PTSS. Beckrath-Wilking (2004) beschrijft hoe psychodynamische therapie vorm gegeven kan worden bij complexe PTSS en comorbide problemen. Hij stelt dat het behandelplan aangepast moet worden en dat het noodzakelijk lijkt dat verschillende

methoden geïntegreerd worden. Hierbij bestaat de behandeling uit drie fasen waarin achtereenvolgens stabilisatie, traumaconfrontatie en re-integratie aan bod komen. Belangrijk onderdeel van de behandeling is gericht op imaginaire confrontatie met het trauma. Voorbeeld hierbij is dat slachtoffers vaak de schuld op zich nemen en dat het helpend is de dader te erkennen door middel van een symbolische confrontatie. Daarnaast is het vergroten van de ik-sterkte een belangrijk onderdeel van de behandeling. Er is alleen herstel van het trauma mogelijk wanneer de confrontatie wordt aangegaan met dissociatieve traumafragmenten in een beschermende therapeutische setting. Wöller, Leichsenring, Leweke en Kruse (2012) geven een beschrijving van een meer neurobiologisch georiënteerde gefaseerde psychodynamische therapie. In deze therapie wordt aandacht geschonken aan interpersoonlijke relaties en het verbeteren van copingstrategieën door egofuncties en geïnternaliseerde objectrelaties te onderzoeken. Daarnaast is er vanuit neurobiologisch perspectief aandacht voor emotieregulatie en informatieverwerking en tenslotte is er aandacht voor het welzijn van de therapeut. De auteurs beschrijven dat interpretatief werken kenmerkend is voor een klassieke psychodynamische behandeling. In het vernieuwende protocol dat in het artikel wordt beschreven is hier pas tijdens de integratiefase ruimte voor, aangezien de auteurs stellen dit meer werkzaam is nadat traumatische herinneringen zijn verwerkt. Conclusie van dit artikel is dat er onvoldoende empirisch bewijs is voor de werkzaamheid van psychodynamische therapie en de auteurs zijn al begonnen met de voorbereiding van een RCT om de werkzaamheid van psychodynamische therapie bij mensen met een complexe PTSS te onderzoeken. Er kunnen op basis van Beckrath-Wilking (2004) en Wöller et al. (2012) geen uitspraken gedaan worden over de effectiviteit van psychodynamische therapie omdat beide artikelen op basis van methodologische kwaliteit en overige aspecten niet bruikbaar blijken.

<b>Conclusie</b>	Psychodynamische therapie is mogelijk effectief bij mensen met complexe posttraumatische stressstoornis.
	Labe, 2005 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)
	Moss, 2009 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)

### 3.1.6. Hypnotherapie

Er zijn vier artikelen geselecteerd die de effecten van hypnotherapie bij mensen met een complexe PTSS onderzoeken. Klik *hier* om naar de bijbehorende literatuurmatrix te gaan. Alle geïnccludeerde onderzoeken zijn case studies. Bij hypnotherapie wordt hypnose gebruikt tijdens de sessies. Voordat er gestart kan worden met traumabehandeling moeten cliënten een zekere mate van veiligheid ervaren (zowel intern als extern). Volgens deze benadering ontstaat herstel geleidelijk. Hypnose kan op verschillende manieren toegepast worden. Tijdens de stabilisatiefase kan het bijvoorbeeld gebruikt worden om het zelfbeeld te versterken, tijdens de traumaconfrontatie kan het dienen als platform om op een veilige manier het trauma te bespreken en tijdens de laatste fase kan het gebruikt worden om het vertrouwen in de toekomst te vergroten (Kwan, 2009).

In het Verenigd Koninkrijk is hypnotherapie uitgevoerd bij een 31-jarige vrouw met complexe traumaklachten na seksueel misbruik (Pantesco, 2005). Zij ontving al vijf jaar psychotherapie en was gemotiveerd om naast deze behandeling hypnotherapie te ontvangen gericht op het verwerken van haar trauma. Zij ontving een niet-talige variant van hypnotherapie. Deze gaat er van uit dat traumatische gebeurtenissen worden opgeslagen in de rechter hemisfeer en dus lastig verwerkt worden door talige therapie, aangezien de taalontwikkeling in de linker hemisfeer plaats vindt. De cliënt ontving 25 hypnose sessies waarbij confrontatie met het trauma zich uitte in lichamelijke bewegingen. Na afloop rapporteerde de cliënt dat zij het trauma voldoende had verwerkt. Zij was meer assertief, beter in staat emotionele en fysieke reacties te controleren en zat beter in haar vel. De bruikbaarheid van dit artikel is klein.



Twee onderzoeken beschrijven een uit vier fasen bestaande hypnotherapeutische behandeling. De fasen zijn achtereenvolgens gericht op 1) het versterken van hulpbronnen en het introduceren van hypnose, 2) het vergroten van de zelf effectiviteit en het verbeteren van het zelfbeeld, 3) traumaconfrontatie en 4) persoonlijke groei en ontwikkeling (Kwan, 2007, Kwan, 2009). Kwan (2007) doet onderzoek bij een 46-jarige vrouw met complexe PTSS die ontstaan is na een lange geschiedenis van geweld binnen haar relatie, met daarnaast een comorbide pijnstoornis na een borstkankeroperatie. Na anderhalf jaar therapie rapporteert de cliënt geen pijnklachten meer te hebben. Haar scores op het gebied van depressie, stress en angst zijn significant afgenomen en haar zelfvertrouwen is toegenomen. Conclusie van het onderzoek is dat hypnotherapie opmerkelijk effectief kan zijn in de behandeling van complexe PTSS met comorbide pijnstoornis. Twee jaar later is Kwan (2009) wederom positief over de effecten van hypnotherapie in een casestudie bij een vrouw met complexe PTSS als gevolg van jarenlange lichamelijke, seksuele en emotionele mishandeling. De bruikbaarheid van de studies van Kwan (2007, 2009) is klein.

Een laatste onderzoek dat hier genoemd zal worden is in 2009 gedaan door Poon. Zij beschrijft net als Kwan (2007, 2009) een gefaseerd behandelmodel dat gebaseerd is op hypnose. Zij maakt onderscheid in drie fasen, waarbij fase één gericht is op stabilisatie. In deze fase wordt hypnose gebruikt voor relaxatie, het versterken van het ego en het vergroten van het gevoel van controle. Fase twee is hierop aansluitend gericht op het verwerken van het trauma, waarbij hypnose wordt gebruikt als platform om op een veilige manier het trauma te herinneren. Fase drie is tenslotte gericht op integratie. Hypnose wordt in deze fase gebruikt om de betekenis van het trauma een nieuw kader te geven. In de behandeling zijn naast hypnose ook interventies vanuit CGT, emotiegerichte therapie en mindfulness gebruikt. In het onderzoek worden de resultaten van vier cliënten besproken. Het bleek dat het aantal sessies dat nodig was voordat er verbetering optrad variabel was. De leeftijd waarop een trauma plaats vindt en de duur van het trauma lijken hierop van invloed te zijn. Poon (2009) concludeert dat hypnose een effectieve methode kan zijn in de behandeling van mensen met een complex trauma. Op basis van methodologische kwaliteit en overige aspecten blijkt de mate van bruikbaarheid van dit artikel klein.

<b>Conclusie</b>	Hypnotherapie is mogelijk effectief bij mensen met complexe posttraumatische stressstoornis.
	Kwan, 2007 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)
	Kwan, 2009 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)
	Pantesco, 2005 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)
	Poon, 2009 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)

### 3.1.7. Overige behandelingen

In dit gedeelte van het verslag komen de behandelingen aanbod die slechts in één van de gevonden artikelen beschreven zijn. Er zijn negen artikelen geselecteerd die hieronder uitgewerkt worden. Klik [hier](#) om naar de bijbehorende literatuurmatrix te gaan. Er zijn twee studies gevonden die onderzoek hebben gedaan naar groepsgerichte benaderingen. In een door Classen et al. (2011) opgezette RCT werd traumagerichte groepstherapie en op het heden gerichte groepstherapie vergeleken met een wachtlijst groep. De doelgroep van dit onderzoek waren vrouwelijke slachtoffers van seksueel misbruik met een hoog risico op aids (door verkrachting of seksueel risicovol gedrag) en verslavingsproblematiek (n=166). De behandeling was opgedeeld in drie fasen en startte voor beide actieve behandelgroepen met psychoeducatie en het creëren van vertrouwen en veiligheid in de groep. In fase twee werden de deelnemers in de op traumagerichte groep gestimuleerd over de meegemaakte trauma's te praten en in de op het heden gerichte groep werden de deelnemers gestimuleerd over de problemen in het hier en nu te praten. In de laatste fase schonken beide interventies aandacht aan hoe het geleerde toe te passen in de toekomst. In tegenstelling tot wat verwacht werd door de auteurs is er geen verschil in effectiviteit gevonden tussen beide actieve behandelgroepen met betrekking tot aan

PTSS gerelateerde klachten. Beide groepstherapieën bleken effectief in het verminderen van aan PTSS gerelateerde klachten in vergelijking met de wachtlijstgroep, maar hadden geen effect op het verminderen van het risico op aids en seksueel risicovol gedrag. Herbelevingen, boosheid, depressie en dissociatie waren na afloop van de interventie bij de actieve behandelgroepen afgenomen. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is middelgroot. Een andere studie naar groepstherapie onderzoekt de effectiviteit van tien sessies muziektherapie bij 17 volwassenen met behandelresistente PTSS (Carr et al., 2011). Geconcludeerd wordt dat muziektherapie in de behandelgroep heeft gezorgd voor klinisch significante verbeteringen op het gebied van aan PTSS gerelateerde klachten. Deelnemers beoordeelden vooral de sociale contacten in de groep als steunend en vonden het prettig zich binnen de groep gelijkwaardig en rustig te voelen. Op basis van methodologische kwaliteit en overige aspecten is de mate van bruikbaarheid van dit artikel beoordeeld als middelgroot.

Net als Carr et al. (2011) beschrijven Zakaria, Gerstberger en Martius (2006) een creatieve therapie. Zij beschrijven in een casestudie kunsttherapie als onderdeel van een klinische opname bij een vrouw met PTSS, borderline persoonlijkheidsstoornis, depressieve klachten en een paniekstoornis. Tijdens de interventie maakte de cliënt een schilderij en besprak de betekenis hiervan vervolgens met de therapeut. Conclusie van Zakaria et al. (2006) is dat kunsttherapie een effectief onderdeel kan zijn van traumabehandeling en dat het kan helpen bij het integreren van aan de ene kant de traumaverwerking en aan de andere kant kan aansluiten bij het leven in het hier en nu. Het artikel is van matige methodologische kwaliteit en in combinatie met de overige aspecten is de bruikbaarheid klein.

Het HEALTH model is een combinatie van individuele en groepsgerichte therapie (Connor & Higgins, 2008). Dit model is gericht op de volgende aspecten:

- H) het Hebben van een ondersteunende therapeut;
- E) Er voor zorgen dat er een veilige situatie ontstaat;
- A) het Assisteren bij het dagelijkse functioneren;
- L) het Leren omgaan met kernsymptomen van PTSS;
- T) het behandelen van (Treating) kernsymptomen van complexe PTSS;
- H) het Hebben van geduld en doorzettingsvermogen zodat het ego versterkt kan worden.

Connor en Higgins (2008) beschrijven in een casestudie een 26-jarige vrouw die gedurende haar jeugd slachtoffer was van seksueel misbruik, lichamelijke en emotionele mishandeling en verwaarlozing. Na 24 sessies laat een kwalitatieve analyse zien dat er duidelijke verbeteringen waren in klachten horende bij complexe PTSS. Bij de cliënt was zelfvertrouwen en zelfkennis vergroot, waren emotieregulatie en relaties verbeterd en daarnaast was zij beter in staat de meegemaakte traumatische gebeurtenissen te bespreken. Op basis van methodologische kwaliteit en overige aspecten is de mate van bruikbaarheid van dit artikel beoordeeld als klein.

Twohig (2009) beschrijft Acceptance and Commitment Therapy (ACT) bij een 43-jarige vrouw met PTSS, comorbide depressie en eetproblemen die niet reageerde op 20 sessies CGT. Binnen ACT wordt gesteld dat kwaliteit van leven afneemt door voortdurende, niet zinvolle pogingen eigen gedachten en emoties te controleren. In plaats daarvan is het belangrijk gedachten en emoties te leren accepteren en ze niet te serieus nemen, waardoor er meer aandacht is voor belangrijke waarden in het leven. Tijdens de behandeling werd de cliënt gestimuleerd gedrag te ontwikkelen dat past bij deze waarden. Na 21 sessies bleek dat bij de cliënt PTSS klachten, angst en depressie waren afgenomen. Daarnaast was het slaap-, eet- en drinkpatroon verbeterd en bleek dat resultaten na negen maanden nog behouden waren. Twohig (2009) concludeert dan ook dat ACT een effectieve behandeling kan zijn voor mensen met behandelresistente PTSS. De bruikbaarheid van dit artikel is beoordeeld als klein.

Een cliëntgerichte benadering wordt in een casestudie beschreven door Murphy (2009). De benadering is niet directief en in de therapeutische relatie is empathie, onvoorwaardelijke positieve acceptatie en congruentie belangrijk. In het onderzoek werd een man van middelbare leeftijd

beschreven met een levenslange geschiedenis van mishandeling. Vlak na zijn geboorte is hij in een instelling geplaatst en werd hij lichamelijk, seksueel en emotioneel mishandeld door leiding en groepsgenoten. Ook in de volwassenheid ging de mishandeling door met als gevolg dat de cliënt zich aanmeldde met een hele reeks klachten die duiden op een complexe PTSS met mogelijk een borderline persoonlijkheidsstoornis. Viereneenhalf jaar later en 160 sessies verder bleek dat door het ervaren van onvoorwaardelijke acceptatie en empathie het de cliënt weer lukte contact op te bouwen met familie en een kleine groep vrienden. De cliënt begreep beter hoe hij zelf in elkaar zat en had persoonlijke groei laten zien. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is klein.

Een onderzoek naar de effecten van een heel ander soort behandeling is gedaan door Kaiser, Gillette en Spinazolla (2010). Zij deden een vergelijkende studie bij volwassenen die slachtoffer waren van vroegkinderlijk interpersoonlijk geweld (n=10). De deelnemers ontvingen ofwel psychotherapie zoals gebruikelijk ofwel een combinatiebehandeling van psychotherapie zoals gebruikelijk en sensorische integratie behandeling (SI). In het onderzoek wordt niet omschreven uit welke methoden of technieken de psychotherapie bestaat, maar wordt wel helder hoe SI is opgebouwd. SI is een 30 dagen durend programma waarbij de zintuigen van de deelnemers worden gestimuleerd. Deelnemers liggen op een bewegende behandeltafel, terwijl zij gekleurde lichtflitsen volgen en muziek luisteren. Hiermee worden het evenwichtsorgaan, het zicht en het gehoor gestimuleerd. Na 12 dagen wordt dit vervangen door lichttherapie in de thuissituatie. Uit het onderzoek blijkt dat op het gebied van zelfperceptie, affectregulatie, impulscontrole en betekenisverlening significant betere resultaten werden behaald bij de deelnemers die de combinatiebehandeling ontvingen. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is beoordeeld als klein.

Stein en Allen (2007) beschrijven een casestudie over een vrouw met complexe PTSS klachten en een dissociatieve persoonlijkheidsstoornis. Tijdens de behandeling vormt mentaliseren; het denken over het denken en voelen van jezelf en anderen, het kader om exposure in te voegen in de behandeling. De behandeling duurt meer dan vijf jaar en de vrouw had veel wisselende behandelingen, zoals medicatie, klinische opnames en dagbehandeling, ten tijde van de interventie. Het resultaat van de behandeling was dat PTSS klachten met 75 procent waren afgenomen en dat er geen dissociatieve klachten meer werden gerapporteerd. Angst voor verlating bleef echter bestaan. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is klein.

In een casestudie van Blaž-Kapusta (2008) wordt een psychologische behandeling voor een 29-jarige vrouw met complexe PTSS beschreven. De behandeling duurde anderhalf jaar en was gefaseerd opgebouwd. Na stabilisatie was er aandacht voor rouw en verwerking van het trauma en vervolgens op het weer deelnemen aan de maatschappij. Hoewel de auteur meldt dat een gedeelte van de gebruikte technieken gebaseerd is op CGT wordt niet duidelijk welke technieken gebruikt zijn en op welke andere therapeutische stromingen de behandeling gebaseerd is. Het blijkt dat na afloop van de interventie de aan PTSS gerelateerde klachten verminderd waren bij de cliënt. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is beoordeeld als klein.

**Conclusie**

Er is een verscheidenheid aan behandelingen beschikbaar voor mensen met complexe posttraumatische stressstoornis. Op het verleden gerichte groepstherapie, op het heden gerichte groepstherapie en muziektherapie lijken effectief. Daarnaast zouden andere psychologische benaderingen zoals kunsttherapie, therapie op basis van het HEALTH model, acceptance en commitment therapy, cliënt gerichte behandeling, sensorische integratie en mentaliseren effectief kunnen zijn in de behandeling van een complexe posttraumatische stressstoornis.

Blaž-Kapusta, 2008 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)

Carr et al., 2011 (mate van kwaliteit A, mate van bruikbaarheid middelgroot)

Classen et al., 2011 (mate van kwaliteit A, mate van bruikbaarheid middelgroot)

Connor, 2008 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)

Kaiser et al., 2010 (mate van kwaliteit B, mate van bruikbaarheid klein)

Murphy, 2009 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)  
Stein & Allen, 2007 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)  
Twhohig, 2009 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)  
Zakaria et al., 2006 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)

### 3.2. Fasering

Er zijn 13 artikelen gelezen met betrekking tot fasering. Er zijn echter ook artikelen gevonden over de behandelingen die ook iets weergeven over fasering bij mensen met complexe PTSS. Hieronder zullen eerst de geselecteerde artikelen met betrekking tot fasering toegelicht worden, waarna vervolgens de artikelen met betrekking tot behandeling benoemd worden. Tot slot wordt een samenvatting gegeven van het totaalbeeld op basis van de 60 geïncludeerde artikelen.

#### 3.2.1. Geïncludeerde artikelen fasering

Klik *hier* om naar de bijbehorende literatuurmatrix te gaan. Er zijn drie artikelen gevonden die de effectiviteit van een stabilisatiecursus in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg onderzoeken. Dorrepaal, Thomaes en Draijer (2006) geven een beschrijving van een pilotstudie waarbij een stabilisatiecursus wordt beschreven. De cursus is gericht op het verlagen van de kernsymptomen van complexe PTSS door psychoeducatie en cognitieve gedragsvaardigheden training. Het bleek dat zes van de zeven mensen die de behandeling afronden na zes maanden niet meer aan de kenmerken voor complexe PTSS voldeden. De interventie bleek haalbaar en mogelijk effectief. Door de combinatie van methodologische kwaliteit en overige aspecten werd de mate van bruikbaarheid van dit artikel als klein beoordeeld. Vier jaar later vergelijken Dorrepaal et al. (2010) opnieuw het effect van deze interventie in een 20 weken durende groepsinterventie. Conclusie uit dit onderzoek was dat de stabilisatiecursus effectief en bruikbaar is in de stabilisatiefase van de behandeling voor mensen met complexe PTSS. Ook de mate van bruikbaarheid van dit artikel is klein. Nog eens twee jaar later wordt het effect van de stabilisatiecursus nogmaals onderzocht in een RCT door Dorrepaal et al. (2012). In deze studie wordt de hierboven genoemde stabilisatiecursus met TAU en alleen TAU vergeleken met een controlegroep bij mensen met complexe PTSS en een geschiedenis van misbruik. Hoewel vooraf was afgesproken dat TAU geen exposure zou bevatten, was het verder een niet geprotocolleerde behandeling, gericht op datgene wat de deelnemer nodig had. Zowel na afloop van TAU als na afloop van de combinatie van stabilisatiecursus met TAU waren de symptomen van PTSS en complexe PTSS verlaagd. Hoewel de PTSS klachten iets meer afnamen in de combinatiegroep, was dit verschil niet significant en op het gebied van klachten passende bij complexe PTSS, werd geen verschil gemeten. De meerwaarde van een stabilisatiecursus wordt in dit onderzoek niet vastgesteld. Op basis van methodologische kwaliteit en overige aspecten is de mate van bruikbaarheid van dit artikel als groot beoordeeld.

Rosner, Henkel, Ginkel en Mestel (2010) beschrijven in een studie met 147 vrouwen met complexe PTSS dat de stabilisatiefase bij de behandeling weinig effect had op PTSS klachten. Slechts 13 procent van de vrouwen ontving in de vier jaar na de stabilisatiefase een traumabehandeling. Het wordt niet duidelijk of vrouwen na een stabilisatiebehandeling beter reageren op de traumabehandeling, maar het baart volgens Rosner et al. (2010) wel zorgen dat zo weinig vrouwen de traumabehandeling aangeboden hebben gekregen. Zij concluderen dat belangrijk is dat na de stabilisatiefase ook een traumabehandeling wordt aangeboden. De bruikbaarheid van dit artikel is klein.

Müller et al. (2007) beschrijven een onderzoek naar groepsgerichte stabilisatietherapie voor vrouwen met PTSS en comorbide problemen (n=8). De behandeling bestond uit psychoeducatie, emotieregulatie, cognitieve hulpbronnen en het delen van persoonlijke ervaringen. De auteurs zijn positief over de resultaten van de behandeling en meer dan 50 procent van de deelnemers was tevreden over de behandeling. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is klein.

Er zijn twee artikelen verschenen die in het kader van stabilisatie specifiek de rol van EMDR beschrijven. Korn en Leeds (2002) onderzoeken in een casestudie de stabilisatiefase volgens het RDI protocol. De stabilisatiefase begint volgens dit protocol met het herkennen van de benodigde hulpbron (welk beeld heeft de persoon nodig om steun te ervaren), sociale steun, eigen kwaliteiten en eventuele steunende symbolen. Door middel van korte series oogbewegingen wordt de hulpbron geïnstalleerd en versterkt, waarna de cliënt wordt voorbereid hoe de hulpbron in de toekomst als steun te gebruiken. In het artikel worden twee cliënten besproken die beide lijden aan PTSS, complexe PTSS, borderline persoonlijkheidsstoornis en een depressie. De behandeling was bij beide cliënten gericht op persoonlijke problemen. Dit resulteerde bij de ene cliënt in een vermindering van eetaanvallen, angst en depressie en bij de andere cliënt in vermindering van depressie, boosheid en automutilatie. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is klein. In 2009 beschrijft Korn als onderdeel van een gefaseerde behandeling nogmaals het RDI protocol. De beschrijving hiervan is al gegeven bij de paragraaf over EMDR. Conclusie van het onderzoek was dat gefaseerde behandeling, bestaande uit drie fasen, noodzakelijk lijkt voor complexe PTSS zodat het trauma verwerkt kan worden en een plaats kan krijgen in het leven. Er is geen conclusie met betrekking tot de effectiviteit van de verschillende fasen gegeven. Dit artikel blijkt niet bruikbaar voor de conclusie.

Cloitre, Stovall-McClough, Miranda en Chemtob (2004) onderzochten in hoeverre de therapeutische relatie en regulatie van negatieve emoties van invloed waren op PTSS symptomen. Zij boden een gefaseerde behandeling van acht weken (eenmaal per week) gericht op het ontwikkelen van interpersoonlijke emotieregulatie aan, gevolgd door acht weken (twee keer per week) exposure oefeningen. Het bleek dat wanneer de therapeutische relatie tijdens de stabilisatiefase goed was, negatieve emoties beter werden gereguleerd, waardoor er tijdens de exposuresessies een grotere vermindering van PTSS klachten werd gemeten. Conclusie van het onderzoek is dan ook dat de therapeutische relatie in de stabilisatiefase een belangrijk element van de behandeling is bij mensen met complexe PTSS als gevolg van misbruik tijdens de jeugd. Het artikel heeft een matige methodologische kwaliteit en in combinatie met de overige aspecten blijkt dit artikel niet bruikbaar. Baars et al. (2010) onderzochten ook welke factoren van invloed kunnen zijn op de effectiviteit van de stabilisatiefase. In het artikel worden enkele factoren genoemd die van invloed zijn zoals de therapeutische relatie en motivatie, maar wordt het effect van de stabilisatiefase niet beschreven. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is klein.

Er zijn vier artikelen geselecteerd die de fasering van complexe PTSS beschrijven. Op basis van de methodologische kwaliteit en de overige aspecten is geconcludeerd dat deze artikelen niet bruikbaar zijn. Ford, Courtois, Steele, van der Hart en Nijenhuis (2005) beschrijven een uit drie fasen bestaande behandeling:

- 1) Gericht op het creëren van een werkrelatie, veiligheid, vergroten regulatiecapaciteiten en steun;
- 2) Gericht op het verwerken van de traumatische herinneringen;
- 3) Gericht op het vergroten van de betekenisvolle betrokkenheid bij interpersoonlijke, beroepsmatige, recreatieve en spirituele relaties en bezigheden.

Ford et al. (2005) concluderen dat gefaseerde behandeling de mate waarin de cliënt met extreme stress om kan gaan vergroot en daarnaast helpend is om het niveau van functioneren te handhaven. Gefaseerde behandeling kan daarnaast de persoonlijke effectiviteit vergroten. Hierbij moet rekening gehouden worden met de reacties van de cliënt en moet geprobeerd worden vermijding tegen te gaan. Hoewel er niet wordt uitgeweid over de effectiviteit van verschillende therapieën, wordt wel benoemd dat er verschillende behandelingen beschikbaar zijn om bovenstaande doelen te kunnen behalen. Op basis van dit artikel kunnen geen uitspraken gedaan worden over de effectiviteit van gefaseerd behandelen bij mensen met complexe PTSS. Steele, van der Hart en Nijenhuis (2005) beschrijven eveneens een gefaseerde behandeling bestaande uit drie fasen voor mensen met dissociatieve identiteit stoornis als gevolg van een complex trauma. Achtereenvolgens komen symptoomreductie en



stabilisatie, traumaconfrontatie en integratie en rehabilitatie aan bod. De auteurs stellen dat chronisch getraumatiseerde mensen alleen baat kunnen hebben bij behandeling, wanneer deze gefaseerd aangeboden wordt. Het artikel blijkt echter niet bruikbaar en op basis van het artikel kunnen geen uitspraken gedaan worden over effectiviteit van een gefaseerde behandeling bij mensen met een complexe PTSS. De conclusies van Neuner (2008) zijn in tegenspraak met de conclusies van Steele et al. (2005). Hij stelt dat hoewel een gefaseerde behandeling in de klinische praktijk algemeen geaccepteerd is, er in de wetenschappelijke literatuur geen bewijzen voor de effectiviteit zijn gevonden. Hij noemt daarnaast dat stabilisatie zelfs klachten zou kunnen verergeren en dat geen onderzoek verricht is naar de mogelijk schadelijke invloed die stabilisatie kan hebben. In de klinische praktijk wordt af en toe ook gezegd dat exposurebehandeling bij ernstig getraumatiseerde mensen schadelijk kan zijn, maar ook hiervoor zijn in de literatuur geen bewijzen te vinden. Door iemand geen exposure aan te bieden, zo stelt Neuner (2008), wordt iemand een evidence-based behandeling onthouden. Ook dit artikel blijkt op basis van methodologische kwaliteit en overige aspecten niet bruikbaar voor de conclusie. Welzant (2005) geeft een beschrijving van een gefaseerde behandeling voor mensen met complexe PTSS en dissociatieve persoonlijkheidsstoornis. Hij stelt dat er consensus bestaat over de werkzaamheid van een gefaseerde behandeling. Hierbij is tijdens de stabilisatiefase vooral aandacht voor het creëren van veiligheid, psychoeducatie en vaardigheidstrainingen. Vervolgens vindt de traumaconfrontatie plaats en Welzant (2005) geeft aan dat hierbij verschillende therapeutische stromingen werkzaam kunnen zijn, zoals dialectische gedragstherapie, hypnotherapie of cognitieve gedragstherapie. De laatste fase tenslotte is gericht op het continueren van het geleerde en het aangaan van sociale relaties. Welzant (2005) geeft aan dat gefaseerde behandeling voor mensen met complexe PTSS waarschijnlijk noodzakelijk is. Dit artikel is niet bruikbaar voor de conclusie.

<b>Conclusie</b>	<p>Een gefaseerde behandeling zou mogelijk effectief kunnen zijn in de behandeling van complexe posttraumatische stressstoornis. De gevonden resultaten zijn echter niet consistent en ander onderzoek concludeert dat stabilisatie geen meerwaarde heeft in de behandeling van complexe posttraumatische stressstoornis.</p> <p>Baars et al., 2010 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)                  Dorrepaal et al., 2006 (mate van kwaliteit B, mate van bruikbaarheid klein)                  Dorrepaal et al., 2010 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)                  Dorrepaal et al., 2012 (mate van kwaliteit A, mate van bruikbaarheid groot)                  Korn &amp; Leeds, 2002 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)                  Müller et al., 2007 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)                  Rosner et al., 2010 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)</p>
------------------	--

### 3.2.2. Geïnccludeerde artikelen behandelingen

In de artikelen die al bij het onderdeel behandelingen zijn beschreven werden soms ook opmerkingen gemaakt met betrekking tot het al dan niet gefaseerd aanbieden van een behandeling bij mensen met een complexe PTSS. In het kader van cognitieve gedragstherapie en exposure geven verschillende auteurs aan dat een gefaseerde behandeling bij mensen met complexe PTSS effectief is (Cloitre et al., 2010; Müller, 2009). De resultaten zijn echter niet vergeleken met een soortgelijke populatie die geen gefaseerde behandeling ontving. Ook in het onderzoek van Frueh et al. (2009) wordt fasering aangebracht in de behandeling. Zij stellen dat exposure pas aan het eind van de behandeling aangeboden kan worden. Dit omdat de verwachting van de auteurs is dat mensen eerst vaardigheden aangeleerd moeten worden en vertrouwen moeten krijgen in de behandelaar voordat zij exposure aankunnen. Frueh et al. (2009) zijn optimistisch over het effect van deze gefaseerde behandeling, maar gezien de matige methodologische kenmerken in combinatie met de overige aspecten kunnen er op basis van dit artikel geen uitspraken gedaan worden. Andere auteurs beschrijven een interventie waarbij na enkele sessies voorbereiding en psychoeducatie al gestart wordt met de traumaconfrontatie

(Feske, 2008; Mueser et al., 2008). De auteurs zijn positief over de effecten van de behandeling. Ook bij de behandelingen die beschreven zijn bij EMDR hebben auteurs opmerkingen gemaakt ten aanzien van fasering. Van den Berg et al. (2012) boden bij mensen met PTSS en comorbide problematiek geen stabilisatiefase en starten direct met de EMDR behandeling. Zij zijn positief over de effecten en stellen dat directe traumaconfrontatie door middel van EMDR veilig te gebruiken is en een positief effect heeft op de klachten behorende bij PTSS. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is klein en er is voorzichtigheid geboden in het overnemen van deze conclusie. Andere onderzoekers concluderen dat een gefaseerde behandeling noodzakelijk lijkt (ter Heide, 2011; Korn, 2009), maar deze uitspraken worden niet empirisch ondersteund. De onderzoeken die verschenen zijn met betrekking tot dialectische gedragstherapie beschrijven een gefaseerd behandelprotocol (Harned & Linehan, 2008; Harned et al, 2012). De auteurs stellen dat er pas met traumabehandeling gestart kan worden wanneer eerst de stabilisatiefase is doorlopen. In het kader van hypnotherapie beschrijven de auteurs meestal gefaseerde behandeling waarbij gesteld wordt dat eerst het ego versterkt moet worden en de zelfeffectiviteit vergroot moet worden om drop-out en verzet tijdens traumaconfrontatie te voorkomen (Kwan, 2007; Kwan, 2009; Poon, 2009). Pantesco (2009) daarentegen start direct met de traumaconfrontatie, maar doet dit bij een cliënt die gedurende vijf jaar voorafgaand aan de behandeling psychosociale behandeling ontving.

<b>Conclusie</b>	<p>De resultaten zijn met elkaar in tegenspraak. Er zijn auteurs die concluderen dat gefaseerde behandeling voor mensen met complexe posttraumatische stressstoornis wenselijk is, er zijn ook auteurs die concluderen dat directe traumaconfrontatie voor mensen met een posttraumatische stressstoornis wenselijk is.</p> <p>Cloitre et al., 2010 (mate van kwaliteit A, mate van bruikbaarheid groot)                  Feske, 2008 (mate van kwaliteit B, mate van bruikbaarheid klein)                  Harned &amp; Linehan, 2008 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)                  Harned et al., 2012 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)                  Kwan, 2007 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)                  Kwan, 2009 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)                  Mueser et al., 2008 (mate van kwaliteit A, mate van bruikbaarheid groot)                  Müller, 2009 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)                  Pantesco, 2009 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)                  Poon, 2009 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)                  Van den Berg &amp; van der Gaag, 2012 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)</p>
------------------	--

### 3.2.3. Samenvatting

Het blijkt dat de resultaten met betrekking tot het al dan niet noodzakelijk zijn van een gefaseerde aanpak voor mensen met complexe PTSS wisselend zijn. Er is slechts één studie gevonden waarbij de resultaten van een gefaseerde behandeling vergeleken wordt met de resultaten van een niet gefaseerde behandeling (Dorrepaal et al., 2012). De conclusie van deze studie is dat stabilisatie geen meerwaarde heeft in de behandeling van mensen met complexe PTSS. De conclusies van de andere studies zijn met elkaar in tegenspraak. De ene keer wordt gefaseerde behandeling noodzakelijk geacht, de andere keer wordt gesteld dat fasering niet wenselijk is. Deze uitspraken zijn niet gebaseerd op vergelijkend onderzoek, waardoor ze minder betrouwbaar zijn. Daarnaast is de mate van bruikbaarheid van de verschillende artikelen wisselend. Vervolgonderzoek lijkt wenselijk.

### 3.3. Behandelindicatoren

Alle gevonden artikelen zijn beoordeeld en er is onderzocht of er door de auteurs conclusies werden beschreven met betrekking tot de factoren die van invloed zijn op de behandeling; de behandelindicatoren. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen artikelen die indicatoren bij de stabilisatiefase of trauma confrontatie noemden. Daarnaast is onderzocht of er voor mensen met

complexe PTSS specifieke behandelindicatoren worden beschreven ten opzichte van mensen met eenvoudige PTSS.

### 3.3.1. Stabilisatiefase

Er is één studie gevonden die uitgebreid aandacht besteedt aan de factoren die van invloed zijn op het behandelingsucces tijdens de stabilisatiefase (Baars et al., 2010). In dit onderzoek wordt aan 42 experts uit het vakgebied hun mening gevraagd met betrekking tot factoren die het behandelresultaat beïnvloeden. In de tweede ronde werden 21 van de experts opnieuw benaderd en werd gevraagd de genoemde factoren te clusteren. Uit de analyse van deze clusters bleken de volgende factoren van invloed op de uitkomst van de stabilisatiefase:

- Gebrek aan motivatie;
- Ernstige comorbiditeit op As1;
- Ernstige comorbiditeit op As2;
- Gebrek aan gezonde relaties;
- Gebrek aan gezonde therapeutische relaties;
- Slechte gehechtheid;
- Zelfdestructief gedrag;
- Gebrek aan andere interne en externe bronnen (zoals extreme vermijding);
- Gebrek aan andere interne en externe bronnen op het gebied van dissociatie (zoals frequente wisselingen).

Er is nog niet onderzocht in welke mate deze factoren invloed hebben op de uitkomst van de behandeling. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is klein. Uit onderzoek van Cloitre et al. (2004) blijkt dat de therapeutische relatie tijdens de stabilisatiefase van invloed is op de mate waarin de cliënt emoties kon reguleren. De auteurs concluderen vervolgens dat de mate van emotieregulatie van invloed is op het behandelresultaat tijdens de tweede fase van de behandeling. Dit artikel blijkt echter niet bruikbaar voor de conclusie. In tegenstelling tot wat op basis van de uitkomsten van Cloitre et al. (2004) verwacht zou worden en ook in tegenstelling tot de hypothese van de auteurs, bleek uit onderzoek van Dorrepaal et al. (2012) dat borderline persoonlijkheidsstoornis, waarbij instabiele emotieregulatie kenmerkend is (APA, 2000), geen negatief effect had op de uitkomst van de stabilisatiefase. Dorrepaal et al. (2012) concluderen zelfs dat de deelnemers met borderline persoonlijkheidsstoornis een betere naleving van de behandeling lieten zien. Dissociatie bleek in dit zelfde onderzoek eveneens geen negatieve invloed te hebben op het behandelresultaat in de stabilisatiefase en mensen met dissociatieve problemen profiteerden net zoveel van de behandeling als mensen die hier geen last van hadden. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is groot.

#### Conclusie

Er lijken verschillende factoren van invloed te zijn op het behandelresultaat tijdens de stabilisatiefase van de behandeling bij complexe posttraumatische stressstoornis, zoals motivatie en comorbiditeit. Borderline persoonlijkheidsstoornis en dissociatie blijken geen negatieve invloed te hebben op het behandelresultaat bij mensen met complexe posttraumatische stressstoornis.

Baars et al., 2010 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)

Dorrepaal et al., 2012 (mate van kwaliteit A, mate van bruikbaarheid groot)

### 3.3.2. Trauma confrontatie

In de andere geïncludeerde artikelen is een enkele keer iets genoemd over de factoren die van invloed zijn op de behandeluitkomst tijdens de tweede fase van de behandeling. Met betrekking tot de invloed van depressie noemden Mueser et al. (2008) dat blijkt dat mensen met complexe PTSS en comorbide depressie in een CGT behandelgroep dezelfde behandelresultaten behaalden als proefpersonen zonder comorbide problematiek. Hiermee in tegenspraak is de conclusie van Duffy et al. (2007) in een onderzoek naar de effectiviteit van cognitieve therapie. Zij stellen namelijk dat depressie bij de



startmeting een negatieve invloed heeft op het behandelresultaat. Beide onderzoeken zijn methodologisch sterk en de conclusies zijn gebaseerd op respectievelijk 108 en 58 participanten wat de betrouwbaarheid hoog maakt. Mogelijk zijn de verschillende bevindingen te verklaren doordat er verschillende behandelingen onderzocht werden; CGT ten opzichte van cognitieve therapie.

Een aantal keer werd de invloed van borderline persoonlijkheidsstoornis genoemd met betrekking tot het al dan niet slagen van de traumabehandeling. Mueser et al. (2008) concluderen dat mensen met comorbide borderline persoonlijkheidsstoornis in een CGT behandelgroep dezelfde behandelresultaten behaalden als mensen zonder deze comorbide problematiek. Feeny et al. (2002) komen in een vergelijkend onderzoek tot een andere conclusie en stellen dat hoewel mensen met een comorbide borderline persoonlijkheidsstoornis behandeld kunnen worden met CGT, het behelssucces kleiner is dan bij mensen zonder persoonlijkheidsstoornis. De resultaten zijn gebaseerd op een vergelijkend onderzoek en twee RCT's met veel proefpersonen (108, 72) wat de betrouwbaarheid hoog maakt.

In een onderzoek van Kibler en Lyons (2008) waren van de 21 proefpersonen er 7 voor het einde van de behandeling gestopt. Uit een analyse van deze afvallers bleek dat mensen die bij de voormeting een lagere mate van stress rapporteerden vaker de behandeling staakten dan mensen die veel stress rapporteerden. Uit het onderzoek van Mueser et al. (2008) bleek dat mensen die ernstigere PTSS klachten rapporteerden bij start van de behandeling meer baat hadden bij de CGT behandeling dan mensen die een meer milde problematiek rapporteerden en uit onderzoek van Tuerk et al. (2011) bleek daarentegen de ernst van de klachten niet van invloed op de behandeluitkomst. Karakteristieken zoals ras, leeftijd, geslacht en de mate waarin de voorziening waar de hulp plaats vindt rekening houdt met gehandicapten, bleek niet betekenisvol geassocieerd te zijn met behandeluitkomst (Tuerk et al., 2011).

<b>Conclusie</b>	<p>Het blijkt dat enkele onderzoeken concluderen dat depressie, borderline persoonlijkheidsstoornis en de ernst van de klachten van invloed zijn op het behandelresultaten van mensen met complexe posttraumatische stressstoornis tijdens de traumaconfrontatie, terwijl andere onderzoeken concluderen dat genoemde factoren niet van invloed zijn op het behandelresultaat. De gevonden resultaten met betrekking tot behandelindicatoren zijn met elkaar in tegenspraak.</p> <p>Duffy et al., 2007 (mate van kwaliteit A, mate van bruikbaarheid middelgroot) Feeny et al., 2002 (mate van kwaliteit B, mate van bruikbaarheid middelgroot) Kibler &amp; Lyons, 2008 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein) Mueser et al., 2008 (mate van kwaliteit A, mate van bruikbaarheid groot) Tuerk et al., 2011 (mate van kwaliteit C, mate van bruikbaarheid klein)</p>
------------------	--

### 3.3.3. Eenvoudige PTSS versus complexe PTSS

Er is geen enkele studie gevonden die de effecten van verschillende behandelingen vergelijken tussen verschillende groepen; zoals mensen met eenvoudige PTSS en mensen met complexe PTSS. Er zijn hierdoor geen uitspraken te doen of mensen met complexe PTSS een andere benadering behoeven dan mensen met eenvoudige PTSS. Enkele studies geven aan dat bepaalde stoornissen het behandelresultaat beïnvloeden, maar de resultaten zijn inconsistent en er kunnen geen overtuigende uitspraken gedaan worden. Ook blijkt dat bepaalde interventies vooral onderzocht zijn bij bepaalde doelgroepen. Zo is NET vooral onderzocht bij vluchtelingen en is dialectische gedragstherapie vooral onderzocht bij mensen met comorbide persoonlijkheidsproblematiek. Hierdoor is geen vergelijking te maken tussen verschillende groepen cliënten en is onduidelijk of een bepaald type cliënt meer baat heeft bij een bepaalde behandeling dan een ander type cliënt.

### 3.4. Behandeldisciplines

In veel van de gevonden artikelen is niet veel aandacht besteed aan de betrokken behandeldisciplines. In enkele artikelen wordt niet genoemd door welke discipline de beschreven interventie werd uitgevoerd (o.a. Kibler & Lyons, 2008; Nacasch et al., 2007; Neuner & Schauer, 2002). In veel andere

artikelen is beschreven dat de eerste auteur tevens de eerste behandelaar was. Hierbij werd vaak niet genoemd vanuit welke functie of welk opleidingsniveau de behandelaar de interventie aanbood (o.a. Hinton et al., 2005; Hinton et al., 2009; Harned & Linehan, 2008; Pantescio, 2005; Stein & Allen, 2007).

Er zijn een aantal artikelen gevonden die beschrijven dat er behandelaars vanuit de eerste lijn gezondheidszorg betrokken waren. In het onderzoek van Feske (2008) werd PE en counseling aangeboden door sociale werkers en verpleegkundigen die geen ervaring hadden met de behandeling van PTSS en angsten. Na 52 uur training verdeeld over zes maanden behandelden zij 21 vrouwen met PE of counseling. PE gegeven door deze eerstelijnsbehandelaars bleek effectief in vergelijking met counseling. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is klein en er kan dus gezegd worden dat PE gegeven door eerstelijnsbehandelaars mogelijk effectief is. In het onderzoek van Lu et al. (2009) werd een CGT behandeling aangeboden binnen de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. De behandelaars werden getraind in het geven van CGT. Het bleek dat de behandeling effectief was. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is klein. Er kan gezegd worden dat CGT in de eerste lijn gezondheidszorg bij mensen met complexe PTSS mogelijk effectief zou kunnen zijn.

In het onderzoek van Neuner et al. (2008) werd NET behandeling in een vluchtelingenkamp in Uganda gegeven door vluchtelingen. Er werden negen vluchtelingen geselecteerd die geletterd waren in het Engels en in de moedertaal, empathisch vermogen bezaten en gemotiveerd waren om andere vluchtelingen te behandelen. De hoogst genoten opleiding van deze mensen was eenmaal de basisschool, zevenmaal het voortgezet onderwijs en eenmaal een universitaire opleiding. Acht van deze mensen hadden zelf PTSS en werden hiervoor behandeld middels NET. Allen ontvingen een zes weken durende training algemene gespreksvaardigheden, specifieke technieken behorende bij NET en traumacounseling. Het bleek dat in de setting van het vluchtelingenkamp een effectieve behandeling gegeven kan worden door ongeschoolde therapeuten. De mate van bruikbaarheid van dit artikel is groot. Verder werd in een aantal onderzoeken de interventie gegeven door masterlevel behandelaars (o.a. Mueser et al., 2008; van den Berg & van der Gaag, 2012) die vaak nog aanvullende training kregen voor zij van start gingen met de behandeling (o.a. Rosenberg et al., 2004; Tuerk et al., 2011; Halvorsen & Stenmark, 2010; Dorrepaal et al., 2012; Classen et al. 2011). Tot slot bleek dat creatieve therapieën werden gegeven door creatief therapeuten (Carr et al., 2011; Zakaria et al., 2006) en dat er bij een aantal studies naast een therapeut ook een tolk aanwezig was (o.a. Hinton et al., 2004; Neuner & Schauer, 2002).

**Conclusie**

Er kunnen geen betrouwbare uitspraken gedaan worden over welke behandeldisciplines optimaal aansluiten bij welke behandelingen.

Gebaseerd op alle geïncludeerde artikelen (zie figuur 3, pagina 20)

## **4. Conclusie en discussie**

### **4.1. Discussie**

In deze literatuurstudie is onderzocht welke behandelmethoden aansluiten bij mensen met een complexe PTSS. Om dit te onderzoeken zijn 60 artikelen gelezen en beoordeeld. Tussen januari 2002 en december 2012 is vooral onderzoek gepubliceerd met betrekking tot CGT en exposure. Het blijkt dat de onderzoeken over het algemeen positief zijn over de effecten van CGT en exposure voor mensen met complexe PTSS. Deze behandeling werd bij verschillende populaties onderzocht, waaronder mensen met ernstige comorbide psychiatrische problematiek, vluchtelingen, veteranen en vrouwelijke slachtoffers van geweld. Alles bij elkaar nemend wordt geconcludeerd dat CGT en exposure aanbevolen kan worden als behandeling voor mensen met complexe PTSS. Dit is in overeenstemming met de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen voor de geestelijke gezondheidszorg (Stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling GGZ, 2009).

Met betrekking tot EMDR kan samenvattend gezegd worden dat het onderzoek naar de werkzaamheid bij mensen met complexe PTSS nog in de kinderschoenen lijkt te staan. Er is weinig onderzoek gevonden en de onderzoeken die gevonden zijn leveren wisselende resultaten op. In de toepassing bij veteranen, blijkt EMDR weinig effectief en verdient EMDR geen aanbeveling. Er kan echter voorzichtig geconcludeerd worden dat EMDR kansen biedt voor mensen met PTSS en comorbide problemen op het gebied van schizofrene stoornissen of depressie. In de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, waarin geen onderscheid gemaakt wordt tussen enkelvoudige en complexe PTSS, wordt EMDR als eerste keus behandeling genoemd (Stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling GGZ, 2009). Aangezien er weinig literatuur gevonden is, kunnen de resultaten uit dit literatuuronderzoek hierbij niet overtuigend aansluiten.

Dialectische gedragstherapie in combinatie met PE heeft mogelijk een plaats bij de behandeling van mensen met PTSS en comorbide persoonlijkheidsstoornis met veel risicovolgedrag (zoals automutilatie of suïcidaal gedrag). In alle onderzoeken naar de effectiviteit van NET werd geconcludeerd dat aan PTSS gerelateerde klachten bij vluchtelingen waren verminderd na afloop van de behandeling. Ondanks dat rekening gehouden moet worden met wisselende kwaliteit en toepasbaarheid van de gevonden evidence, is evaluatie van deze techniek in de praktijk bij Dimence het overwegen waard. Het maximum aantal gegeven NET sessies bij alle onderzochte behandelingen was tien. Robjant en Fazel (2010) noemen in een review dat het proces van vertellen over stressvolle gebeurtenissen moet door gaan tot emotionele reacties op de herinneringen zijn verminderd. Mogelijk dat resultaten nog meer verbeteren wanneer meer dan tien sessies worden aangeboden. Het is dan ook raadzaam het aantal benodigde behandelingen nader te onderzoeken.

De onderbouwing van de overige in deze literatuurstudie besproken behandelingen (zoals psychodynamische therapie, hypnotherapie, muziektherapie, sensorische integratie, ACT) is zeer beperkt. Voordat er een goede conclusie over de werkzaamheid van deze behandelingen gedaan kan worden is er meer vervolgonderzoek nodig. Het is interessant om te ontdekken dat de behandelingen voor mensen met complexe PTSS nog volop in ontwikkeling zijn en er wellicht meer effectieve behandelingen de potentie hebben om op termijn wijdverspreid toegepast te worden. Een voorbeeld van een behandeling die mogelijk veel potentie heeft is ACT, zoals ook beschreven door Twohig (2009). Bij ACT zijn acceptatie en commitment van belang. Bij acceptatie gaat het om het versterken van ervaringen in het hier en nu en het aanvaarden van hoe het nu is. Bij commitment gaat om het vasthouden van gedrag dat past bij de waarden die iemand belangrijk vindt in het leven (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). ACT onderscheidt zich van andere benaderingen omdat het een op acceptatie gerichte benadering is, waarnaar bij Universiteit Twente in het kader van geestelijke gezondheidsbevordering veel onderzoek gedaan wordt. Er is onderzoek gedaan naar ACT en de

behandeling blijkt onder andere werkzaam bij mensen met lichte tot matige depressieve klachten (Fledderus, Bohlmeijer, Pieterse & Schreurs, 2012; Bohlmeijer, Fledderus, Rokx & Pieterse, 2011), lichte en matige depressieve klachten en angstklachten (Fledderus, Bohlmeijer, Fox, Schreurs & Spinhoven, 2013), sociale angstklachten (Dalrymple & Herbert, 2007) en psychotische symptomen (Bach & Hayes, 2002). Orsillo en Batten (2005) beschrijven dat vanuit theoretisch perspectief ACT ook voor mensen met PTSS een effectieve behandeling zou kunnen zijn. Wellicht kan in samenwerking met universiteit Twente de werkzaamheid van ACT bij complexe PTSS onderzocht worden.

Ten aanzien van wat bekend is over een gefaseerde behandeling voor mensen met complexe PTSS is de literatuur tegenstrijdig. In verschillende onderzoeken wordt beschreven dat gefaseerde behandeling (stabilisatiefase, traumaconfrontatiefase en integratiefase) noodzakelijk is en dit is in de praktijk ook 'common sense'. Beperkend aan de geïncludeerde onderzoeken is echter dat het geen vergelijkende studies zijn naar de effectiviteit van een gefaseerde behandeling. Tot het moment dat er in de literatuur gedegen onderzoek verschijnt, weegt het risico van te snelle traumaconfrontatie bij een zeer kwetsbare doelgroep (bijvoorbeeld automutilatie, dissociatie of therapieweigering) niet op tegen de risico's van het (tijdelijk) uitstellen van de traumaconfrontatie. Concluderend kan gezegd worden dat er geen sterk bewijs beschikbaar is voor gefaseerd behandelen van mensen met complexe PTSS en dat nader onderzoek gewenst is. Dit onderzoek zal vooral gericht moeten zijn op enerzijds het onderzoeken van de effectiviteit van gefaseerde behandeling en anderzijds op de manier waarop gefaseerde behandeling vorm gegeven moet worden.

Ten aanzien van de behandelindicatoren voor complexe PTSS blijkt dat in de literatuur nog weinig bekend is. Baars et al (2010) noemen enkele factoren die van invloed kunnen zijn op de stabilisatiefase zoals motivatie, comorbiditeit of mate van gehechtheid. Het onderzoek is echter een eerste opzet en resultaten worden nog niet empirisch ondersteund. Andere auteurs noemen wisselende resultaten en er ontstaat geen consensus. Er is geen onderzoek gevonden waarin onderzocht werd of bepaalde behandelingen beter aansluiten bij specifieke populaties. Wel blijkt dat bepaalde behandelingen alleen onderzocht zijn bij specifieke doelgroepen, het wordt echter niet duidelijk of deze behandelingen ook daadwerkelijk beter aansluiten bij deze specifieke doelgroepen. Er zijn ook geen studies gevonden die behandeling bij mensen eenvoudige PTSS vergelijken met behandeling bij mensen met complexe PTSS, waardoor er geen uitspraken gedaan kunnen worden of mensen met complexe PTSS een andere benadering behoeven dan mensen met eenvoudige PTSS. Concluderend kan gezegd worden dat nader onderzoek naar behandelindicatoren voor mensen met complexe PTSS gewenst is.

Tot slot is onderzocht welke disciplines bij de behandeling van mensen met complexe PTSS betrokken zouden moeten worden. Er zijn geen vergelijkende studies beschikbaar die hierop een antwoord geven. Wel is gebleken dat bij kwalitatief goede studies veelal hoog opgeleide professionals werden ingezet. Bij kwalitatief minder goede studies werd vaak niet duidelijk door welke behandeldiscipline de interventie was uitgevoerd of was de eerste auteur tevens de eerste behandelaar. Conclusie is dan ook dat er op dit moment geen betrouwbare uitspraken gedaan kunnen worden over welke behandeldisciplines optimaal aansluiten bij welke behandelingen. Vervolgonderzoek is wenselijk.

De gevonden onderbouwing voor de keuze van behandeling en de onderscheidingen hierin (fasen, indicatoren, behandelaren) is relatief beperkt. Enerzijds heeft dit te maken met een gebrek aan bewijs doordat er weinig onderzoek is verschenen. Anderzijds is dit ook te verklaren door een gebrek aan eenduidigheid in het 'coderen' van complexe PTSS. Binnen de literatuur bestaat er discussie of complexe PTSS bestaat als subtype van PTSS, als volledig andere entiteit of dat het een aparte diagnose betreft (Friedman et al., 2011). Er is geen consensus en het begrip wordt niet eenduidig gebruikt en niet onderkend in de DSM-IV-TR (Mooren & Stöfvel, 2011). In een review van Friedman et al. (2011) met overwegingen voor de DSM-V die binnenkort verwacht wordt, wordt geconcludeerd

dat er onvoldoende onderzoek is verricht om het includeren van complexe PTSS in de DSM-V te kunnen ondersteunen. In de klinische praktijk lijkt echter geen twijfel te bestaan over het bestaan van complexe PTSS. In het kader van dit literatuuronderzoek wordt met complexe PTSS verwezen naar de symptomen behorende bij PTSS (zoals herbelevingen en verhoogde prikkelbaarheid) met daarnaast meer diepgewortelde veranderingen in persoonlijkheid en identiteit als gevolg van blootstelling aan langdurig en interpersoonlijk geweld. Ondanks dat de literatuurstudie werd bemoeilijkt door het feit dat er geen eenduidige en stabiele definitie bestaat voor complexe PTSS bestaat de indruk dat er een afdoende weergave kan worden gegeven van wat in de huidige wetenschappelijke literatuur bekend is over het behandelen van mensen met een complexe vorm van PTSS.

Bij de conclusies over de behandelingen voor complexe PTSS is het opvallend dat EMDR op basis van dit literatuuronderzoek niet sterk aanbevolen wordt voor mensen met complexe PTSS. Dit omdat EMDR volgens de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen voor de geestelijke gezondheidszorg (Stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling GGZ, 2009) een eerste keus behandeling is voor mensen met PTSS. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat EMDR minder effectief is bij mensen met complexe PTSS. Een verklaring kan echter ook gezocht worden in de onderzoeksopzet. Mogelijk zijn relevante artikelen gemist door een relatief kleine tijdsperiode te gebruiken en zijn artikelen over de effectiviteit van EMDR voor 2002 verschenen. Er zijn meerdere wetenschappelijke databases oriënterend gebruikt, maar tijdens de daadwerkelijke selectieprocedure is alleen PsycINFO gebruikt. Hoewel gecontroleerd is of de dataset volledig was, bestaat de kans dat hierdoor relevante publicaties gemist zijn. Daarnaast is het beoordelen en includeren van de artikelen individueel gebeurd en is er geen steekproefsgewijze controle uitgevoerd door een expert. Hierdoor kunnen enkele goede artikelen uit de dataset ten onrechte verloren zijn gegaan (type-2-fout). De gevonden resultaten kunnen ook een aanwijzing zijn dat hoewel er in de richtlijn geen onderscheid gemaakt wordt tussen eenvoudige PTSS en complexe PTSS dit in de praktijk wel wenselijk zou zijn. Er is over deze kwestie contact geweest met een expert uit het vakgebied. Deze geeft aan dat er zeer weinig onderzoek is gepubliceerd over EMDR bij complexe PTSS en over behandelingen bij complexe PTSS in het algemeen. Hij benoemt dat er weinig goed onderzochte alternatieven voor de behandeling van complexe PTSS zijn en dat EMDR voor eenvoudige PTSS een van de best onderzochte effectieve behandelingen is. Om meer gefundeerde uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van EMDR bij complexe PTSS is vervolgonderzoek wenselijk.

Bij de resultaten viel op dat de uitkomstmaat; of de behandeling al dan niet geslaagd was, op verschillende manieren gemeten werd. Zo werd bijvoorbeeld gekeken naar afname van kernsymptomen (bijv. herbeleving, vermijding en overaltheid), afname van klachten (bijv. slapeloosheid, automutilatie en suïcidaliteit) en kwaliteit van leven. De variërende uitkomstmaat maakt dat verschillende studies moeilijk met elkaar te vergelijken zijn. Bij complexe PTSS heeft het trauma invloed op gedragspatronen, opvattingen over de persoon zelf, de wereld en anderen (Resick et al., 2012). Daarnaast is er bij PTSS sprake van ernstige lijdensdruk (APA, 2000). Gezien de pervasieve aard van de problematiek lijkt vooral het verbeteren van de kwaliteit van leven van belang.

Bij het merendeel van de studies werd de onderzochte interventie naast een al lopende behandeling aangeboden. Dit kan de resultaten beïnvloed hebben aangezien niet duidelijk is of de resultaten veroorzaakt werden door de interventie of door de combinatie van interventies. Hoewel de resultaten hierdoor minder betrouwbaar zijn, zou het niet ethisch zijn om van proefpersonen te verwachten direct met alle behandelingen te stoppen. Daarnaast is deze situatie vergelijkbaar met de dagelijkse behandelpraktijk, aangezien hier ook mensen aangemeld worden die zowel in het verleden mogelijk verschillende behandelingen hebben ondergaan als mogelijk op het moment van aanmelding al een andere behandeling ontvangen. Een andere kritische noot ten aanzien van de geïnccludeerde studies is dat er slechts korte follow-up perioden waren, waardoor onduidelijk is hoe de cliënten zich in de loop van de tijd ontwikkelen. Een laatste opmerking ten aanzien van studieopzet, is dat de meeste studies



zijn uitgevoerd bij een zeer strikt vastgestelde doelgroep, waarbij bijvoorbeeld vaak mensen met comorbiditeit of suïcidaliteit zijn geëxcludeerd. Dat zet vraagtekens bij de mate waarin de resultaten te generaliseren zijn naar de dagelijkse praktijk.

Bij de deelvragen met betrekking tot de behandelindicatoren en de behandeldisciplines werd geconcludeerd dat er weinig resultaten gevonden zijn. Dit zou kunnen komen doordat er te weinig onderzoek is verricht naar deze aspecten van behandeling bij mensen met complexe PTSS. Het zou echter ook kunnen dat de hypothese dat er artikelen gevonden zouden worden door in de zoekstrategie alleen deelvraag één en twee op te nemen foutief was. Een andere reden voor de geringe zoekopbrengst zou te maken kunnen hebben met de gestructureerde zoekstrategie op basis van de PICO-methode. Mogelijk zou een minder gestructureerd zoekaanpak beter aansluiten bij een explorerend literatuuronderzoek als deze.

In methodologisch opzicht kan kritisch gekeken worden naar de manier waarop de bruikbaarheid van artikelen is bepaald. Om de studie inzichtelijk en te repliceren te houden is ervoor gekozen dat de mate van bruikbaarheid van afzonderlijke artikelen minder wordt naarmate er twee of meer overige aspecten (of kwaliteit dempende factoren) aanwezig zijn. Het is echter waarschijnlijker dat het ene aspect (zoals kleine steekproef) zwaarder weegt dan het andere aspect (zoals er hebben alleen zelfmetingen plaatsgevonden). Dit is niet meegenomen in het bepalen van de conclusie. Een andere beperking van dit literatuuronderzoek op methodologisch gebied is, zoals hierboven al genoemd, dat er alleen literatuur gezocht is met de database van PsycINFO. Wanneer gekeken wordt naar de resultaten zou er mogelijk een kleine accentverandering in de resultaten zijn wanneer de studie methodologisch anders opgezet was. De resultaten bekijken lijkt dit risico echter klein.

Na het bestuderen van de artikelen viel op dat de kwaliteit van de onderzoeken wisselend was. Onderzoeken met een matige methodologische kwaliteit en een kleine bruikbaarheid beschreven vaak cliënten die duidelijk voldeden aan complexe PTSS zoals dat in dit literatuurverslag bedoeld is. De doelgroep was dan goed te generaliseren, maar de uitkomst van de studies was minder betrouwbaar en de conclusies minder bruikbaar. Bij studies van betere kwaliteit zoals RCT's of systematische reviews werd de methodologische kwaliteit vaak als sterk en de bruikbaarheid vaak als hoog beoordeeld. Het bleek echter dat deze studies zulke strenge selectiecriteria hanteerden dat het de vraag is of de steekproef nog wel vergelijkbaar was met de populatie mensen met complexe PTSS. Daarnaast werd de doelgroep op deze manier zo specifiek dat de resultaten moeilijk te generaliseren zijn en de onderzoeken minder goed aansluiten op de dagelijkse behandelpraktijk. Met andere woorden; deze studies zijn wel betrouwbaar, maar minder goed te generaliseren. Wellicht speelt hierbij de complexiteit van de doelgroep een rol. Er is sprake van veel risicovolgedrag zoals suïcidaal gedrag en automutilatie en de behandeluitval is groot. Dit maakt het een lastig te onderzoeken doelgroep, waarbij rekening gehouden moet worden met veel factoren die het onderzoeksresultaat beïnvloeden. Dit maakt de doelgroep mogelijk minder interessant voor onderzoek, omdat verwachte resultaten waarschijnlijk kleiner zullen zijn dan bij minder complexe doelgroepen. Mogelijk is de doelgroep ook moeilijk te onderzoeken in bijvoorbeeld een kwalitatief goede RCT, juist vanwege de complexiteit en diversiteit. Hierbij is het ook de vraag of alle mensen met complexe PTSS wel eenzelfde behandeling aan zouden kunnen en daarmee in een gestructureerd onderzoek ingevoegd kunnen worden, of dat er juist (zoals ook gebeurde in de geïnccludeerde casestudies) geanticipeerd moet worden op de individuele cliënt en diens problematiek. Om hierover gefundeerde uitspraken te kunnen doen is het noodzakelijk de behandelindicatoren beter in beeld te krijgen.

#### **4.2. Conclusie**

Als eerste keus behandeling voor mensen met complexe PTSS wordt CGT met exposure en NET aanbevolen. Er wordt geadviseerd de effectiviteit van deze behandelingen nader te onderzoeken. Daarnaast wordt geadviseerd de effectiviteit van EMDR en ACT bij complexe PTSS nader te



onderzoeken. Tot het moment dat er meer gedegen en betrouwbaar onderzoek is verschenen naar de werkzaamheid van gefaseerd behandelen wordt een gefaseerde behandeling geadviseerd. Dit omdat de risico's van een te snelle traumaconfrontatie niet opwegen tegen de risico's van het tijdelijk uitstellen hiervan en er daarnaast ook geen aanwijzingen gevonden zijn dat een gefaseerde behandeling schadelijk of onveilig is. De gefaseerde behandeling bestaat uit stabilisatie, traumaconfrontatie en integratie. Als belangrijkste uitkomstmaat voor toekomstig onderzoek wordt geadviseerd te onderzoeken in hoeverre de kwaliteit van leven, beoordeeld door de cliënten, verbetert. In de toekomst is het wenselijk vergelijkend onderzoek uit te voeren naar de behandel-effectiviteit en fasering voor mensen met complexe PTSS. Hierbij dient rekening gehouden te worden met een zeer complexe doelgroep met veel risicovol gedrag. In de praktijk is de te behandelen doelgroep een heterogene groep mensen, de te onderzoeken populatie zou hiermee vergelijkbaar moeten zijn. Het is hiervoor nodig de selectiecriteria niet te strikt te formuleren zodat de resultaten goed vergelijkbaar zijn met de populatie. Bij dit onderzoek moet ook gekeken worden naar de behandelindicatoren van verschillende behandelingen; wie reageert goed op welke behandeling. Daarnaast kan in het onderzoek meegenomen worden welke behandeldisciplines betrokken zijn (en hoe dit van invloed is op het behandelresultaat).

## **5. Aanbeveling voor Dimence**

- Als eerste keus behandeling wordt CGT met exposure of NET aanbevolen.
- Er wordt aanbevolen wetenschappelijk onderzoek uit te voeren naar de effectiviteit van behandelmethoden voor mensen met complexe PTSS. Naast onderzoek naar de effectiviteit van de eerste keus behandelingen, wordt geadviseerd de effectiviteit van EMDR en ACT te onderzoeken. EMDR wordt geadviseerd omdat dit volgens de richtlijn een eerste keus behandeling is en er onvoldoende onderzoek bestaat naar de werkzaamheid hiervan bij mensen met een complexe PTSS. Daarnaast heeft Dimence EMDR 2 therapeuten in dienst, waardoor deze behandeling goed uit te voeren is. ACT wordt geadviseerd omdat dit een relatief nieuwe en veelbelovende behandeling is. Universiteit Twente heeft hierin veel expertise beschikbaar. Hierbij wordt ook geadviseerd te onderzoeken bij hoeveel sessies de verschillende behandelingen effectief zijn.
- Tot het moment dat er meer gedegen en betrouwbaar onderzoek is verschenen naar de werkzaamheid van gefaseerd behandelen wordt geadviseerd een gefaseerde behandeling aan te bieden bestaande uit stabilisatie, trauma confrontatie en integratie van het geleerde in het dagelijks leven.
- Er wordt aanbevolen wetenschappelijk onderzoek uit te voeren naar het gefaseerd behandelen van mensen met complexe PTSS. Dit onderzoek zou gericht moeten zijn op enerzijds het bepalen van de effectiviteit hiervan en anderzijds op hoe een gefaseerde behandeling het beste vorm gegeven kan worden.
- Nu de behandelindicatoren nog niet bekend zijn wordt geadviseerd in onderzoeksverband de proefpersonen steekproefsgewijs te verdelen over verschillende actieve behandelcondities. Hierdoor kan duidelijk worden dat mensen met bepaalde kenmerken mogelijk beter reageren op een bepaalde behandeling dan andere mensen. Hierbij worden de door Baars et al. (2010) genoemde factoren als leidraad aanbevolen. Daarnaast kan nieuw literatuuronderzoek waarbij de zoekstrategie gericht is op het vinden van behandelindicatoren zinvol zijn.
- Ten aanzien van de behandeldisciplines wordt geadviseerd een meer explorerend literatuuronderzoek uit te voeren. Ook experimenteel onderzoek kan hierbij worden aanbevolen door verschillende behandeldisciplines te betrekken bij de behandeling.
- Wanneer er bij Dimence vervolgonderzoek plaats vindt, zou dit vergelijkend van aard moeten zijn. Als verschillende actieve behandelcondities met elkaar worden vergeleken, kan inzicht worden verkregen in de werkzaamheid van verschillende behandel mogelijkheden ten opzichte van elkaar. Daarnaast kan hierdoor onderzocht worden of er bepaalde kenmerken van populaties te onderscheiden zijn die van invloed zijn op het behandel succes van een bepaalde behandeling (ten opzichte van een andere behandeling).
- Om de mate waarin de resultaten zijn te generaliseren groot te houden wordt geadviseerd een grote steekproef te gebruiken met mensen met complexe PTSS. Hierbij is het van belang dat de selectiecriteria niet te streng zijn, zodat de steekproef die ontstaat goed vergelijkbaar is met de mensen met complexe PTSS uit de populatie.

## Referenties

- Allbright, D. L. & Thyer, B. (2010). Does EMDR reduce post-traumatic stress disorder symptomatology in combat veterans? *Behavioral Interventions*, 25, 1-19.
- Allen, J. G. , Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam, uitgeverij Nieuwezijds. Vertaald uit: *mentalizing in clinical practice*. Washington D.C., American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders in: Groos. G. A. S. K. van (2010). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR bureau-editie*. Amersfoort, drukkerij Wilco.
- Bach, P. & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 70, 1129-1139.
- Baars, E. W. , Hart, O. van der , Nijenhuis, E. R. S. , Chu, J. A. , Glas, G. & Draijer, N. (2010). Predicting stabilizing treatment outcomes for complex posttraumatic stress disorder and dissociative identity disorders: an expertise-based prognostic model. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12, 67-87.
- Beckrath-Wilking, U. (2004). Integration psychodynamisch-imaginativer trauma-therapie in ein psychoanalytisch orientiertes konzept stationärer psychotherapie. *Psychiatrische Praxis*, 31, 88-90.
- Berg, D. P. G. van den & Gaag, M. van der (2012). Treating trauma in psychosis with EMDR: a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 664-671.
- Blaž-Kapusta, B. (2008). Disorders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS) – a case study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 5-11.
- Bohlmeijer, E. T. , Fledderus, M. , Rokx, T. A. J. J. & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 62-67.
- Bosch, W. van den (2009). In: Eurelings-Bontekoe, E. H. M. (2009). *Handboek Persoonlijkheidspathologie*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer uitgeverij.
- Broeke, E. ten , Jongh, A. de & Oppenheim, H. (2009). *Praktijkboek EMDR, casus conceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam, Pearson assessment and Information.
- Carr, C. , d'Ardenne, P. , Sloboda, A. , Scott, C. , Wang, D. & Priebe, S. (2011). Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder – an exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85, 1-24.
- Classen, C. C. , Palesh, O. G. , Cavanaugh, C. E. , Koopman, C. , Kaupp, J. W. , Kraemer, H. C. et al. (2011). A comparison of trauma-focused and present-focused group therapy for survivors of childhood sexual abuse: a randomized controlled trial. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3, 84-93.
- Cloitre, M. (2009). Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. *CNS Spectrums*, 14, 1, 32-43.
- Cloitre, M. , Stovall-McClough, K. C. , Miranda, R. & Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 411-416.
- Cloitre, M. , Stovall-McClough, K. C. , Noonan, K. , Zorbas, P. , Cherry, S. , Jackson, C. L. et al. (2010). Treatment of PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *American*

- Journal of Psychiatry*, 167, 8, 915-924.
- Connor, P. & Higgins, J. (2008). The "HEALTH" model - part 2: case study of a guideline-based treatment program for complex PTSD relating to childhood sexual abuse. *Sexual and Relationship Therapy*, 23, 401-410.
- Crumlish, N. & O'Rourke, K. (2010). A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers. *The journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 237-251.
- Dalenberg, C. J. , Glaser, D. & Alhassoon, O. M. (2012). Statistical support for subtypes in posttraumatic stress disorder: the how and why of subtype analysis. *Depression and Anxiety*, 29, 671-678.
- Dalrymple, K. L. & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: a pilot study. *Behavior Modification*, 31, 543-568.
- Deering, C. G. , Glover, S. G. , Ready, D. , Eddleman, H. C. & Alarcon, R. D. (1996). Unique patterns of comorbidity in posttraumatic stress disorder from different sources of trauma. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 336-346.
- Derksen, J. (2007). In: Molen, H. T. van der, Perreijn, S. , Hout, M. A. van den (2007). *Klinische Psychologie: Theorieën en psychopathologie*. Groningen/ Houten: Wolters- Noordhoff.
- Dickinson, L. M. , Verloin deGruy III, F. , Dickinson, W. P. & Candib, L. M. (1998). Complex posttraumatic stress disorder: evidence from the primary care setting. *General Hospital Psychiatry*, 20, 214-224.
- Dickstein, B. D. , Suvak, M. , Litz, B. T. & Adler, A. B. (2010). Heterogeneity in the course of posttraumatic stress disorder: trajectories of symptomatology. *Journal of traumatic stress*, 23, 331-339.
- Dorrepaal, E. , Thomaes, K. & Draijer, N. (2006). Stabilisatiecursus als antwoord op complexe posttraumatische stressstoornis. Diagnostiek, behandeling en onderzoek bij vroeggetraumatiseerde vrouwen met een complexe posttraumatische stressstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 217-222.
- Dorrepaal, E. , Thomaes, K. , Smit, J. H. , Balkom, A. J. L. M. van , Dyck, R. van, Veltman, D. J. et al. (2010). Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: a pilot study. *Child Abuse & Neglect*, 34, 284-288.
- Dorrepaal, E. , Thomaes, K. , Smit, J. H. , Balkom, A. J. L. M. van , Veltman, D. J. , Hoogendoorn, A. W. et al. (2012). Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to child abuse based on psychoeducation and cognitive behavioural therapy: a multisite randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 217-225.
- Duffy, M. , Gillespie, K. & Clark, D. M. (2007). Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: a randomized controlled trial. *BMJ*, 334, 1147-1150.
- Ehlers, A. (2004). CBT of PTSD in severe mental illness: a promising approach with possibilities for further development. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 7, 201-204.
- Elhai, J. D. , Naifeh, J. A. , Forbes, D. , Ractliffe, K. C. & Tamburrino, M. (2011). Heterogeneity in clinical presentations of posttraumatic stress disorder among medical patients: testing factor structure variation using factor mixture modeling. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 435-443.
- Emmelkamp, P. M. G. , Bouman, T. K. & Visser, S. (2009). *Angststoornissen en hypochondrie, diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Emmelkamp, P. M. G. , Ehrling, T. & Powers (2008). In: Vandereycken, W. , Hoogduin, C. A. L. & Emmelkamp (2008). *Handboek psychopathologie, deel 1, basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Feeny, N. C. , Zoellner, L. A. & Foa, E. B. (2002). Treatment outcome for chronic PTSD among female assault victims with borderline personality characteristics: a preliminary examination. *Journal of Personality Disorders, 16*, 30-40.
- Feske, U. (2008). Treating low-income and minority women with PTSD: a pilot study comparing prolonged exposure and treatment as usual conducted by community therapist. *Journal of Interpersonal Violence, 23*, 1027-1040.
- Fledderus, M. , Bohlmeijer, E. T. , Fox, J. , Schreurs, K. M. G. & Spinhoven (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 51*, 142-151.
- Fledderus, M. , Bohlmeijer, E. T. , Pieterse, M. E. & Schreurs, K. M. G. (2012). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine, 42*, 485-495.
- Foa, A. B. , Keane, T. M. & Friedman, M. J. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of traumatic stress, 13*, 539-588.
- Ford, J. D. , Courtois, C. A. , Steele, K. , Hart, O. van der & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 437-447.
- Ford, J. D. , Stockton, P. , Kaltman, S. & Green, B. L. (2006). Disorders of extreme stress (DESNOS) symptoms are associated with type and severity of interpersonal trauma exposure in a sample of healthy young women. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 1399- 1416.
- Friedman, M. J. , Resick, P. A. , Bryant, R. A. & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety, 28*, 750-769.
- Frueh, B. C. , Grubauch, A. L. , Cusack, K. J. , Kimble, M. O. , Elhai, J. D. & Knapp, R. G. (2009). Exposure-based cognitive-behavioral treatment of PTSD in adults with schizophrenia or schizoaffective disorder: a pilot study. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 665-675.
- Gros, D. F. , Price, M. , Strachan, M. , Yuen, E. K. , Milanak, M. E. & Acierno, R. (2012). Behavioral activation and therapeutic exposure: an investigation of relative symptom changes in PTSD and depression during the course of integrated behavioral activation, situational exposure and imaginal exposure techniques. *Behavior Modification, 36*, 580-599
- Halvorsen, J. Ø. & Stenmark, H. (2010). Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder in tortured refugees: a preliminary uncontrolled trial. *Scandinavian Journal of Psychology, 51*, 495-502.
- Harned, M. S. , Korslund, K. E. , Foa, E. B. & Linehan, M. M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: development and preliminary evaluation of a dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 381-386.
- Harned, M. S. & Linehan, M. M. (2008). Integrating dialectical behavior therapy and prolonged exposure to treat co-occurring borderline personality disorder and PTSD: two case studies. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*, 263-276.
- Hensel-Dittmann, D. , Schauer, M. , Ruf, M. , Catani, C. , Odenwald, M. , Elbert, T. et al. (2011). Treatment of traumatized victims of war and torture: a randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. *Psychotherapy and Psychosomatics, 80*, 345-352.
- Heide, J. J. ter (2011). EMDR bij getraumatiseerde vluchtelingen. *Psychologie & Gezondheid, 39*, 80-185
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 377-391.
- Hinton, D. E. , Chhean, D. , Pich, V. , Safren, S. A. , Hofmann, S. G. & Pollack, M. H. (2005). A



- randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for Cambodian refugees with treatment resistant PTSD and panic attacks: a cross-over design. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 617-629.
- Hinton, D. E. , Hofmann, S. G. , Pollack, M. H. & Otto, M. W. (2009). Mechanisms of efficacy of CBT for Cambodian refugees with PTSD: improvement in emotion regulation and orthostatic blood pressure response. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 15, 255-263.
- Hinton, D. E. , Hofmann, S. G. , Rivera, E. , Otto, M. W. & Pollack, M. H. (2011). Culturally adapted CBT (CA-CBT) for Latino women with treatment resistant PTSD: a pilot study comparing CA-CBT to applied muscle relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 275-280.
- Hinton, D. E. , Pham, T. , Tran, M. , Safren, S. A. , Otto, M. W. & Pollack, M. H. (2004). CBT for Vietnamese refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: a pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 429-433.
- Hornor, G. (2012). Posttraumatic stress disorder. *Journal of Pediatric Health Care*, article in press.
- Ide, N. & Paez, A. (2000). Complex PTSD: A review of current issues. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2, 43-49.
- Jongedijk, R. A. (2007). Sleutelen aan een concept. De gevolgen van psychotraumatische ervaringen: meer dan PTSS alleen? *Cogiscope*, 1, 13-17.
- Jongh, A. de & Arts, B. (2004). Eye movement desensitization and reprocessing bij PTSS. *Patient care/ Neuropsychiatry & Gedragsneurologie*, 61-65
- Jongh, A. de & ten Broeke, E. (2009). In: Broeke, E. ten , Jongh, A. de & Oppenheim, H. (2009). *Praktijkboek EMDR, casus conceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam, Pearson assessment and Information.
- Kaiser, E. M. , Gillette, C. S. & Spinazzola, J. (2010). A controlled pilot-outcome study of sensory integration (SI) in the treatment of complex adaptation to traumatic stress. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 19, 699-720.
- Kibler, J. L. & Lyons, J. A. (2008). Brief cognition-focused group therapy for depressive symptoms in chronic posttraumatic stress disorder: a pilot study. *Journal of Psychological Trauma*, 7, 122-138.
- Kolk, B. A. van der (2005). Developmental trauma disorder, toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408.
- Kolk, B. A. van der , Pelcovitz, D. , Roth, S. Mandel, F. S. , McFarlane, A. & Herman, J. L. (1996). Dissociation, affect dysregulation and somatization, the complex nature of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, 83-93.
- Kolk, B. A. van der, Roth, S. , Pelcovitz, D. , Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389-399.
- Korn, D. L. (2009). EMDR and the treatment of complex PTSD: a review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 264-278.
- Korn, D. L. & Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1465-1487.
- Korrelboom, K. & Broeke, E. ten (2010). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie, handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: uitgeverij Coutinho.
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (2007). *Evidence-based richtlijnontwikkeling, handleiding voor werkgroepleden*. Utrecht.
- Kwan, P. S. K. (2007). Hypnosis in complex trauma and breast cancer pain: a single case study. *Contemporary Hypnosis*, 24, 86-96.
- Kwan, P. S. K. (2009). Phase-oriented hypnotherapy for complex PTSD in battered women: an overview and case studies from Hong Kong. *Australian Journal of Clinical and Experimental*



- Hypnosis*, 37, 49-59.
- Labe, D. (2005). Psychotherapy for post-traumatic stress disorder in a young rape survivor: a case study. *Journal of Psychology in Africa*, 15, 177-184.
- Lu, W. , Fite, R. , Kim, E. , Hyer, L. , Yanos, P. T. , Mueser, K. T. et al. (2009). Cognitive-behavioral treatment of PTSD in severe mental illness: pilot study replication in an ethnically diverse population. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12, 73-91.
- Minnen, A. & Arntz, A. (2004). In: Keijsers, G. P. J. , Minnen, A. van, Hoogduin, C. A. L. (red.). *Protocollaire behandeling in de ambulante geestelijke gezondheidszorg II*. (pp 1-32). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Mooren, T. & Stöfse, M. (2011). Complex trauma: hoe te behandelen? *GZ-psychologie*, 1, 18-25.
- Moss, E. (2009). The place of psychodynamic psychotherapy in the integrated treatment of posttraumatic stress disorder and trauma recovery. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46, 171-179.
- Muenzenmaier, K. , Spei, E. & Gross, D. R. (2010). Complex posttraumatic stress disorder in men with serious mental illness: a reconceptualization. *American Journal of Psychotherapy*, 64, 257-268.
- Mueser, K. T. , Rosenberg, S. D. , Xie, H. , Jankowski, M. K. , Bolton, E. E. , Lu, W. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 259-271.
- Müller, J. (2009). Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie mit einem Kriegsopfer: ein Fallbericht. *Verhaltenstherapie*, 19, 177-183.
- Müller, C. , Teschner, M. , Assaloni, B. , Kraemer, B. , Schnyder, U. & Rufer, M. (2007). Eine ambulante Stabilisierungsgruppe zur Verbesserung der Emotionregulation bei komplexen posttraumatischen Störungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 57, 364-372.
- Murphy, D. (2009). Client-centered therapy for severe childhood abuse: a case study. *Counseling and Psychotherapy Research: Linking Research with Practice*, 9, 3-10.
- Nacasch, N. , Foa, E. B. , Fostick, L. , Polliack, M. , Dinstein, Y. , Tzur, D. et al. (2007). Prolonged exposure therapy for chronic combat-related PTSD: a case report of five veterans *CNS Spectrum. The International Journal of Neuropsychiatric Medicine*, 12, 690-695.
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor konfrontation in der traumatherapie – grundregel oder mythos? *Verhaltenstherapie*, 18.
- Neuner, F. , Kurreck, S. , Ruf, M. , Odenwald, M. , Elbert, T. & Schauer, M. (2010). Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 81-91.
- Neuner, F. , Onyut, P. L. , Ertl, V. , Odenwald, M. , Schauer, E. & Elbert, T. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 686-694.
- Neuner, F. & Schauer, M. (2002). A narrative exposure treatment as intervention in a refugee camp: a case report. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 205-209.
- Neuner, F. , Schauer, M. , Klaschik, C. , Karunakara, U. & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 579-587.
- Nugent, N. R. , Koenen, K. C. & Bradley, B. (2012). Heterogeneity of posttraumatic stress symptoms in a highly traumatized low income, urban, African American sample. *Journal of Psychiatric Research*, article in press.

- Olatunji, B. O. , Cisler, J. M. & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572-581.
- Orsillo, S. M. & Batten, S. V. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 29, 95-129.
- Pantescio, V. , F. (2005). The body's story: a case report of hypnosis and physiological narration of trauma. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47, 149-159.
- Poon, M. , W. (2009). Hypnosis for complex trauma survivors: four case studies. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51, 263-271.
- Resick, P. A. , Bovin, M. J. , Calloway, A. L. , Dick, A. M. , King, M. W. , Mitchell, K. S. et al. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for the DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 241-251.
- Robjant, K. & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for narrative exposure therapy: a review. *Clinical Psychology Review*, 30, 1030-1039.
- Rosenberg, A. D. , Mueser, K. T. , Jankowski, M. K. , Salyers, M. P. & Acker, K. (2004). Cognitive-behavioral treatment of PTSD in severe mental illness: results of a pilot study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 7, 171-186.
- Rosner, R. , Henkel, C. , Ginkel, K. & Mestel, R. (2010). Was passiert nach der stationären Stabilisierung mit komplex traumatisierten PTB-Patientinnen? Die Bedeutung von Stabilisierung und Konfrontation für die Behandlung traumatisierter Frauen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 127-135.
- Roth, S. , Newman, E. , Pelcovitz, D. , Kolk, B. van der & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 539-555.
- Shapiro, F. (1989). Eye-movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Soudijn, K. (2007). In: Molen, H. T. van der , Perreijn, S. & Hout, M. A. van den (2007). *Klinische psychologie: theorieën en psychopathologie*. Groningen/ Houten: Wolters-Noordhoff.
- South Central Healthcare Librarians (2011). *The literature search process: guidance for NSH researchers, version 3.0*.
- Spierings, J. (2009). In: Broeke, E. ten , Jongh, A. de & Oppenheim, H. (2009). *Praktijkboek EMDR, casus conceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam: Pearson assessment and Information.
- Steele, K. , Hart, O. van der & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6, 11-53.
- Steil, R. , Priebe, K. , Kleindienst, N. & Bohus, M. (2011). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a pilot study of an intensive residential treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 102-106.
- Stein, H. & Allen, J. G. (2007). Mentalizing as a framework for integrating therapeutic exposure and relationship repair in the treatment of a patiënt with complex posttraumatic psychopathology. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 273-290.
- Stöfösel, M. & Mooren, T. (2010). *Complex trauma, diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Stolk, E. , Speckens, A. E. M. & Verbraak, M. J. P. M. (2002). In: Minnen, A. & Verbraak, M. J. P. M. (red.). *Psychologische interventies bij posttraumatische stressstoornis*. (95-118). Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling ggz (2009). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, tweede revisie*. Trimbos insitituut. Beschikbaar op: [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)

- Taylor, S. , Asmundson, G. J. G. & Carleton, R. N. (2006). Simple versus complex PTSD: A cluster analytic investigation. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 459-472.
- Tuerk, W. , Yoder, M. , Grubach, A. , Myrick, H. , Hammer, M. & Acierno, R. (2011). Prolonged exposure therapy for combat-related posttraumatic stress disorder: an examination of treatment effectiveness for veterans of the wars in Afghanistan and Iraq. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 397-403.
- Twohig, M. P. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: a case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 243-252.
- Vandereycken, W. (2008). In: Vandereycken, W. , Hoogduin, C. A. L. & Emmelkamp, P. M.G. *Handboek psychopathologie, deel 1 basisbegrippen*. (5-59). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Welzant, V. (2005). Stabilizing patients with dissociative disorders, practical approaches to acute management and treatment. *Psychiatric Annals*, 25, 678-684.
- Westerhof, G. & Bohlmeijer, E. (2010). *Psychologie van de levenskunst*. Amsterdam: uitgeverij Boom.
- Wöller, W. , Leichsenring, F. , Leweke, F. & Kruse, J. (2012). Psychodynamic psychotherapy for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse – principles for a treatment manual. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 76, 69-93.
- Zakaria, B. , Gerstberger, G. & Martius, P. (2006). Kunsttherapie – ein wichtiger integratiever Beitrag bei Behandlung einer Boderline-Patientin mit Posttraumatischer Belastungsstörung, eine Kasuistik. *Persönlichkeitsstörungen*, 10, 67-74.

## Bijlage 1. Gebruikte afkortingen

Tabel 4: De afkortingen die in dit literatuurverslag gebruikt zijn worden in alfabetische volgorde weergegeven.

Afkorting	Voluit
<b>ACT</b>	Acceptance and commitment therapy
<b>AIP</b>	Adaptive Information Processing
<b>APA</b>	American Psychiatric Association
<b>BPS</b>	Borderline persoonlijkheidsstoornis
<b>CGT</b>	Cognitieve gedragstherapie
<b>DESNOS</b>	Disorder of extreme stress – not otherwise specified
<b>DGT</b>	Dialectische gedragstherapie
<b>DSM-IV-TR</b>	Vierde herziene editie van de diagnostic and statistical manual of mental disorders
<b>EMD</b>	Eye Movement Desensitization
<b>EMDR</b>	Eye Movement Desensitization reprocessing
<b>ICD-10</b>	Tiende editie van de international statistical classification of diseases and related health problems
<b>IE</b>	Imaginaire exposure
<b>NET</b>	Narratieve exposure therapie
<b>PE</b>	Prolonged exposure
<b>PTSD</b>	Posttraumatic stress disorder
<b>PTSS</b>	Posttraumatische stress stoornis
<b>RCT</b>	Gerandomiseerde gecontroleerde trial
<b>REM</b>	Rapid eye movement
<b>RDI</b>	Resource development and installation
<b>SI</b>	Sensory integration
<b>SIT</b>	Stress inoculatie training
<b>STAIR</b>	Skills training in affect and interpersonal regulation
<b>TAU</b>	Treatment as usual

## Bijlage 2. Zoekstrategie PsycINFO

Database: PsycINFO <2002 to December Week 1 2012>

Search Strategy:

- 1 "multiple trauma literatuuronderzoek".ti. (0)
- 2 exp posttraumatic stress disorder/ (12682)
- 3 (posttraumatic adj3 stress adj3 disorder?).tw. (11166)
- 4 ((multipl\* adj3 trauma\*) or (complex adj3 trauma\*)).tw. (792)
- 5 (complex adj3 posttraum\*).tw. (126)
- 6 desnos.tw. (32)
- 7 ptsd.tw. (11666)
- 8 or/2-7 (16352)
- 9 "concept P".ti. (0)
- 10 (dutch or english or german).la. (1357165)
- 11 8 and 10 (15628) 11= zoekopbrengst populatie 1 (Nederlandse, Engels en Duitse artikelen).
- 12 (dutch or netherla\*).af. (316620)
- 13 11 and 12 (3512)
- 14 emdr.ti. (394)
- 15 13 and 14 (25)
- 16 (treat\* or interven\*).tw. (341961)
- 17 intervention/ or exp crisis intervention/ or exp early intervention/ or exp family intervention/ or exp group intervention/ (35246)
- 18 treatment/ or exp cognitive techniques/ or exp computer assisted therapy/ or exp creative arts therapy/ or exp crisis intervention services/ or exp cross cultural treatment/ or exp interdisciplinary treatment approach/ or movement therapy/ or multimodal treatment approach/ or online therapy/ or outpatient treatment/ or exp psychotherapeutic techniques/ or exp psychotherapy/ or exp rehabilitation/ or exp relaxation therapy/ or exp social casework/ (133893)
- 19 or/16-18 (396450) 19= zoekopbrengst interventie 1 (Nederlandse, Engels en Duitse artikelen).
- 20 11 and 19 (7800)
- 21 (meta-anal\* or metaanal\*).tw. (11140)
- 22 (quantitativ\* adj5 (review\* or overview\*)).tw. (818)
- 23 (systematic\* adj5 (review\* or overview\*)).tw. (8766)
- 24 (methodolo\* adj5 (review\* or overview\*)).tw. (2239)
- 25 (medline or cochrane).tw. (5944)
- 26 (review\* or overview\*).ti. (65093)
- 27 (literature adj5 review).tw. (21969)
- 28 (synthes\* adj3 (literature\* or research or studies or data)).tw. (2891)
- 29 (pooled adj5 analys\*).tw. (735)
- 30 (data adj2 pool\*).tw. (806)
- 31 (medline or medllars or embase or cinahl or scisearch or psycinfo or psychlit or psychlit).ti. (34)
- 32 ((hand or manual\* or database\* or computer\* or electronic\*) adj2 search\*).tw. (3459)
- 33 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 (97411)
- 34 "filter systematic reviews".ti. (0)
- 35 randomi?ed controlled trial\*.tw. (10799)
- 36 controlled clinical trial\*.tw. (1395) 33= zoekfilter systematische reviews
- 37 random allocation.tw. (93)
- 38 double blind method\*.tw. (17)
- 39 double blind stud\*.tw. (789)

- 40 single blind stud\*.tw. (60)  
41 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 (12947)  
42 "psycinfo rct filter sensitief".ti. (0)  
43 33 or 41 (107717) 41= zoekfilter gerandomiseerd gecontroleerde trials.  
44 20 and 43 (1026)  
45 20 and 33 (824)  
46 exp \*posttraumatic stress disorder/ (10841)  
47 (posttraumatic adj3 stress adj3 disorder?).ti. (3077)  
48 ((multipl\* adj3 trauma\*) or (complex adj3 trauma\*)).ti. (163)  
49 (complex adj3 posttraum\*).ti. (40)  
50 desnos.ti. (6)  
51 ptsd.ti. (2587)  
52 or/46-51 (11133) 54=zoekopbrengst populatie 2 waarbij focus gelegd is op termen die complexe PTSS omschrijven door aan te geven dat deze in de titel moeten voorkomen.  
53 45 and 52 (495)  
54 (complex or multiple or chronic).ti. (30197)  
**55 53 and 54 (25)** 55=geselecteerde dataset 1: behandelingen voor mensen met complexe PTSS beschreven in systematische reviews.  
56 52 and 41 and 10 (195)  
57 limit 56 to peer reviewed journal (170)  
58 from 55 keep 1-25 (25)  
59 (new or innovat\*).tw. (183248)  
60 57 and 59 (9)  
61 outpatient treatment/ or outpatients/ (4569)  
62 (ambulator\* or outpatien\*).tw. (20885)  
63 61 or 62 (21008)  
64 57 and 63 (12)  
65 \*"Eye Movement Desensitization Therapy"/ (578)  
66 \*"Imagery"/ (2837)  
67 cognitive therapy/ or anxiety management/ or exp behavior modification/ or exp cognitive behavior therapy/ or cognitive restructuring/ or rational emotive behavior therapy/ (20774)  
68 psychotherapy/ or exp cognitive behavior therapy/ or emotion focused therapy/ or eye movement desensitization therapy/ or exp group psychotherapy/ or individual psychotherapy/ or integrative psychotherapy/ or narrative therapy/ or psychodynamic psychotherapy/ or rational emotive behavior therapy/ (33981)  
69 65 or 66 or 67 or 68 (46868) 69=zoekopbrengst interventies 2.  
70 11 and 41 and 69 (120)  
71 64 or 70 (128)  
72 "Symptoms"/ (22013)  
73 stabili?ation?.tw. (2005)  
74 stabili\*.tw. (21108)  
75 integrat\*.ti. (13554) 77=zoekopbrengst fasering  
76 preparat\*.tw. (14897)  
77 74 or 75 or 76 (49048)  
78 10 and 52 and 77 (253)  
**79 limit 78 to peer reviewed journal (194)** 79=geselecteerde dataset 2: behandelfasering voor mensen met complexe PTSS.  
80 from 71 keep 1-128 (128)  
81 10 and 52 and (72 or symptom\*.ti.) (2157)  
82 81 and 41 (25)  
83 (case report? or pilot study or case study).tw. (42899)



- 84 81 and 83 (71)
- 85 preliminary.ti. (4930)
- 86 (case report? or pilot study or case study).ti. (15030)
- 87 85 or 86 (19926)
- 88 10 and 52 and 87 (325)
- 89 19 or 69 (400518)
- 90 88 and 89 (235)
- 91 90 not (71 or 55 or 80) (230)
- 92 limit 91 to peer reviewed journal (222)
- 93 from 80 keep 1-128 (128)**
- 94 90 not (55 or 71 or 79) (219)
- 95 limit 94 to peer reviewed journal (211)**
- 96 from 71 keep 1-128 (128)
- 97 from 79 keep 1-194 (194)

93=geselecteerde dataset 3: behandelingen voor mensen met complexe PTSS beschreven in trials.

95=geselecteerde dataset 4: behandelingen voor mensen met complexe PTSS beschreven als casestudie.

## Bijlage 3. Literatuurmatrix

### Bijlage 3.1 Behandelingen

De artikelen die gevonden zijn met betrekking tot de behandeling van complexe PTSS zijn opgedeeld in verschillende behandelmethoden. Hieronder worden deze schematisch weergegeven.

#### Bijlage 3.1.1. Cognitieve gedragstherapie en exposure

De artikelen die gevonden zijn met betrekking tot cognitieve gedragstherapie en exposure zijn opgedeeld op basis van doelgroep en type behandeling. Hieronder wordt dit schematisch weergegeven.

##### Bijlage 3.1.1.1. Individuele CGT voor mensen met ernstige psychiatrische problematiek

Auteur	Steekproef	Behandeling	Effect behandeling	Effect fasering	Behandelindicatoren	Behandeldisciplines	Kritische respons
Ehlers, 2004	-	De auteur benoemt dat CGT zoals aangeboden is door Mueser et al. (2004) mogelijk meer effectief zou zijn wanneer hier andere behandel-componenten aan toegevoegd zouden worden: 1) patiënten moeten leren welke cues uit omgeving flashbacks en dergelijke oproepen. 2) IE zorgt voor dat bedreigende informatie minder lading krijgt. Vanwege de kwetsbaarheid van de complexe doelgroep moet dit gefaseerd aangeboden worden. De auteur verwacht dat IE bijdraagt aan het ontkrachten van negatieve cognities.	-	-	-	-	Kwaliteit: D  <b>Conclusies uit artikel niet bruikbaar.</b>
Lu et al., 2009	19 (5 drop-outs)	Individuele CGT +- 15 weken. -Introductie: positieve verwachtingen, rationale en het maken van afspraken -ademhalingsoefeningen om angst te verlagen -Psycho-educatie: uitleg over aard van de stoornis en bijhorende klachten -Cognitieve herstructurering: gericht op het veranderen van disfunctionele gedachten en schema's -Afronden: gericht op het gebruiken van de technieken in het dagelijkse leven.	Conclusie: CGT effectief is voor mensen met PTSS en ernstige psychiatrische problemen met etnische en culturele verschillen uit stedelijke gebieden (89% verbeterde direct na behandeling, 92% verbeterde bij 3 maanden follow-up en 100% verbeterde bij 6 maanden follow-up meting significant op de post traumatic diagnostic scale. 92% had minder ernstige depressiesymptomen op de Beck depression inventor. Bij 74% van de steekproef waren klachten significant afgenomen).	Laatste fase behandeling (afronden) gericht op integratie en toepassen geleerde in dagelijkse leven. Hier worden echter geen conclusies aan verbonden.	Cliënt karakteristieken: -Volwassenen >18 van verschillende etnische achtergronden -Ernstige psychiatrische stoornis (major depressie, bipolaire stoornis, schizofrenie of schizo affectieve stoornis) -Ontvangt behandeling bij instelling (deze loopt door tijdens interventie) -PTSS -Niet opgenomen of suïcidepoging laatste 3 maand -spreekt Engels	Eerstelijns behandelaars werkzaam bij GGZ instelling. Getraind in CBT model en nemen wekelijks deel aan supervisie.	Kwaliteit: C <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Overige methodologische aspecten: interventie naast lopende behandeling,</li> <li>▪ Klinische relevantie: zeer specifieke doelgroep,</li> <li>▪ Veiligheid: drop-out wordt niet verklaard.</li> </ul> <b>Conclusies uit artikel niet bruikbaar.</b>
Mueser et al.	108 (54 in iedere	RCT vergelijkt individueel CGT met TAU:	- CGT was niet meer effectief dan TAU in het verminderen van	CGT heeft +- 5 sessies voordat gestart wordt met cognitieve	Cliënt karakteristieken: ->18 jaar	CGT: 6 PhD behandelers en 1 master-level behandelaar. .	Kwaliteit: A <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Overige methodologische</li> </ul>

2008	behandel-groep)	-CGT: 12-16 sessies: introductie, psychoeducatie symptomen PTSS, crisisplan opstellen, ademhaling-oefeningen, psychoeducatie relatie PTSS met andere klachten, cognitieve herstructurering en afsluiten en integreren. - TAU bestond uit het voortzetten van de therapie die cliënten al ontvingen voordat zij meededen aan het onderzoek.	aantal PTSS diagnosen - CGT was significant effectiever in het verminderen van aan PTSS gerelateerde symptomen, negatieve cognities, het vergroten kennis PTSS en het verbeteren van de relatie met de therapeut dan TAU. -Mensen die huiswerkafspraken maakten lieten grotere verbetering zien op het gebied van symptomen, negatieve gedachten en ervaren geestelijke gezondheid. -CGT had significant effect op ernst van de PTSS en verminderen negatieve cognities. Conclusie: CGT is effectief in het verminderen van PTSS symptomen en ernst. Mensen in de TAU groep lieten ook verbetering zien.	herstructurering (o.a. crisisplan, psychoeducatie en ademhalingsoefeningen) en sluit af met 2 sessies afsluiting en integratie. TAU: -	-Ernstige psychiatrische stoornis: depressie, bipolaire stoornis, schizoaffectieve stoornis, schizofrenie of borderline. -PTSS -Niet: suïcidepoging of opname laatste 3 maand en middelengebruik. Het blijkt dat: borderline en depressie zelfde resultaten heeft binnen CGT groep als andere stoornissen. Mensen met ernstige PTSS hebben meer baat bij CGT dan mensen met milde PTSS.	TAU: onduidelijk (zorg zoals gebruikelijk).	aspecten: geen actieve controle interventie, interventie naast lopende behandeling, proefpersonen worden betaald voor deelname.  <b>Mate van bruikbaarheid groot.</b>
Rosenberg et al., 2004	22 (resultaten gebaseerd op 12 die follow-up gedaan hebben).	Individueel CGT programma	Resultaten: -Vooruitgang bij behandeling (vooral 3 maand follow-up) -PTSS diagnose bij start: 100%, bij einde: 64% en bij follow-up:50%. -Ernst: significante verbeteringen op het gebied van affect, maar overige gebieden niet significant Conclusie: er was lage drop-out (86% deed minimaal 6 sessies), veiligheid programma lijkt in orde (geen ernstige problemen geobserveerd) en het programma lijkt klinische voordelen op te leveren (voortuitgang, minder PTSS).	-	Cliënt karakteristieken: -Diagnose: schizofrenie, schizo affectieve stoornis, bipolaire stoornis, depressie of psychotisch (ernstige psychiatrische stoornis) -PTSS -Op het moment in behandeling voor ernstige psychiatrische stoornis -Vormt geen gevaar voor zelf of anderen -Niet: opname of suïcidepoging laatste 2 maand	Therapie gegeven door PhD psychologen met training CGT en master level behandelaars met ervaring met de doelgroep.	Kwaliteit: C ▪ Overige methodologische aspecten: interventie naast lopende behandeling, proefpersonen werden betaald voor deelname.  <b>Mate van bruikbaarheid klein.</b>

### Bijlage 3.1.1.2. Exposure behandeling bij vrouwen

Auteur	Steekproef	Behandeling	Effect behandeling	Effect fasering	Behandelindicatoren	Behandeldisciplines	Kritische respons
Cloitre et al., 2010	104 (random verdeeld over 3 condities: 33, 38, 33)	Een RCT waarin 3 behandelingen met elkaar worden vergeleken (16 sessies): -STAIR-exposure: combinatie van vaardigheidstraining en exposure. 8 sessies vaardigheidstraining gebaseerd op dialectische therapie (1-4: emotieregulatie, emotie herkennen en acceptatie van gevoelens, 5-8: gericht op disfunctionele schema's,	Voor vrouwen die slachtoffer waren van vroegkinderlijke chronische traumatisering is een gefaseerde behandeling van vaardigheidstraining en exposure effectief (boven de 2 andere behandelcondities): PTSS nam meer af, problemen in emotieregulatie, boosheid en angst namen meer af en er waren minder interpersoonlijke problemen, drop-out was lager	-Voor vrouwen die slachtoffer waren van vroegkinderlijke chronische traumatisering is een gefaseerde behandeling van vaardigheidstraining en exposure effectief (boven de 2 andere behandelcondities). PTSS nam meer af, problemen in emotieregulatie, boosheid en angst namen meer af en er waren minder interpersoonlijke problemen.	Cliënt karakteristieken -Vrouwen met PTSS als gevolg van vroegkinderlijke chronische traumatisering. -18-65 jaar -Niet: middelenaafhankelijk, psychotisch, geestelijk beperkt, bipolaire stoornis, suïcidaliteit. -Eventuele psychotherapie en medicatie gaan door tijdens interventie -Meerderheid heeft nog 2 As 1	Vrouwelijke master of doctoral level klinische psychologen en sociaal werkers die getraind werden en wekelijks supervisie ontvingen. Alle therapeuten gaven iedere behandeling.	Kwaliteit: A ▪ Overige methodologische kenmerken: interventie naast al lopende behandeling  <b>Mate van bruikbaarheid groot.</b>

		assertiviteit en sociale contacten) en 8 sessies PE -STAIR-support: idem STAIR, gevolgd door cliëntgerichte therapie over problemen die ontstaan zijn na trauma -support-exposure: idem support en idem exposure.	dan bij andere condities. In de STAIR-exposure groep waren significant minder deelnemers die verslechterden (slechts 1 t.o.v.3 en 5)		stoornissen -Helft heeft nog 1 As 2 stoornis (vermijndend, paranoïde en borderline).		
Feeny et al., 2002	72 ( 14 drop-outs)	Vergelijkend onderzoek naar de relatie tussen BPS en behandeluitkomst bij vrouwelijke slachtoffers van geweld met PTSS. Aangeboden behandeling CGT: 1) PE en IE 2) SIT gericht op vaardigheden om met angst om te gaan zoals ademhaling, cognitieve herstructurering 3) combinatie PE en SIT 4) wachtlijst.	Vrouwen met BPS kunnen baat hebben bij CGT. PTSS klachten namen gedurende behandeling significant af. Mensen zonder BPS hadden nog grotere behandelingsuccessen. Mensen met BPS hadden meer symptomen dan mensen zonder BPS na behandeling. Mensen met BPS konden exposure verdragen.	-	Cliënt karakteristieken -Vrouwelijke slachtoffers van geweld met chronische PTSS -BPS -Niet: laatste 3 maand suïcidepoging, in onveilige thuissituatie, organische mentale stoornis Het blijkt dat mensen met BPS behandeld kunnen worden, maar dat er minder behandelingsucces is dan bij mensen zonder BPS..	PhD level behandelaars met veel ervaring op het gebied van omgaan met angsten, dissociatie en exposurebehandeling.	Kwaliteit: B ▪ Veiligheid: (hoge) drop-out wordt niet verklaard  <b>Mate van bruikbaarheid middelgroot.</b>
Feske, 2008	21 (9 PE, 12 TAU)	Pilot studie waarin PE vergeleken wordt met TAU. -PE bestond uit 9-12 sessies. De eerste 2 sessies waren gericht op informatie en psychoeducatie, vervolgens stonden de sessies in het teken van exposure. -TAU bestond uit 9-12 sessies counseling aangevuld met groepstherapie.	Het onderzoek levert voorlopig bewijs voor de effectiviteit van PE ten opzichte van TAU gegeven door 1 <sup>e</sup> lijns behandelaars. PE liet meer verbetering zien op het gebied van verminderen symptomen PTSS, algemene angst, depressie, lichamelijke sensaties, boosheid en algemene psychologische stress. 77% in PE voldeed na afloop niet meer aan PTSS, vergeleken met 17% in de TAU. Niemand in de PE groep verslechterde, terwijl dit op deelgebieden in de TAU wel gebeurde.	Wordt niet beschreven. Wel zijn bij PE de eerste 2 sessies gericht op psychoeducatie en informatie voordat daadwerkelijk wordt gestart met traumabehandeling.	Cliënt karakteristieken: -Allochtone vrouwen met een laag inkomen en chronische PTSS -Als medicatie: stabiel gebruik tijdens interventie -Niet: psychotisch of depressief, geen middelen-misbruik, geen automutilatie en redelijk stabiele thuissituatie. -Alle vrouwen hadden meerdere trauma's meegemaakt (86% seksueel misbruik in jeugd), 95% had comorbide As1 stoornissen en 50% had BPS.	Onderzoek in een real-world setting in 1 <sup>e</sup> lijn. 4 masterlevel sociale werkers en 1 verpleegkundige zonder ervaring in behandeling PTSS/ angsten ontvingen gedurende 6 maanden 52 uur training in PE.	Kwaliteit: B ▪ Overige methodologische aspecten: kleine steekproef, deelnemers kregen voor iedere sessie 10 dollar en voor ieder assessment 150 dollar. ▪ Klinische relevantie: zeer specifieke steekproef.  <b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b>

### Bijlage 3.1.1.3. Exposure behandeling bij veteranen

Auteur	Steekproef	Behandeling	Effect behandeling	Effect fasering	Behandelindicatoren	Behandeldisciplines	Kritische respons
Gros et al. 2012	117 (35 drop-outs)	Onderzoek naar effectiviteit van een gecombineerde behandeling van gedragsactivatie en exposure. De behandeling bestaat uit 2 fasen (8 sessies van 90 minuten): sessie 1-3: psychoeducatie, gedragsactivatie en exposure in vivo, sessie 4-8: imaginaire exposure naast gedragsactivatie en exposure in vivo. Een gedeelte van de deelnemers ontving thuisbehandeling via videoconferentie en een gedeelte	-Geen behandelverschil tussen ambulante en thuis behandelgroep -Behandelresultaat verbeterde niet toen IE aan protocol werd toegevoegd, wat suggereert dat alleen gedragsactivatie en exposure in vivo voldoende helpt PTSS te verminderen. -Overlappende symptomen van PTSS en depressie namen af, maar overige depressieve klachten bleven bestaan.	Behandeling bestaat uit fasen (maar geen onderscheid tussen stabiliseren en daadwerkelijke traumabehandeling)	Cliënt karakteristieken: -Veteranen met PTSS en depressieve symptomen (waarvan gedeeltelijk klinische PTSS en gedeeltelijk subklinische) -28% depressie en 79% handicap	Master level therapeuten die training volgden in gedragsactivatie en exposure therapie. Zij keken voorafgaand aan interventie mee met senior level therapeut.	Kwaliteit: C ▪ Klinische relevantie: sterkte van het effect klein, zeer specifieke steekproef, doelgroep voldoet niet geheel aan complexe PTSS, interventie naast lopende behandeling. ▪ Cliëntenperspectief: Hoge drop-out (lage te verwachten naleving).  <b>Conclusies uit artikel niet bruikbaar.</b>

		ontvang de behandeling ambulant.					
Nac- asch et al. 2007	5	Casestudie naar effecten van PE. De therapie werd individueel aangeboden gedurende 10-15 sessies.	Alle 5 veteranen lieten verbetering zien in PTSS klachten en depressieve symptomen. Bij 4 van de 5 bleef dit in stand bij follow up (6+18 maand). Het lijkt het er op dat PE waardevol zou kunnen bij deze doelgroep.	-	Clïënt karakteristieken -Israëlische veteranen met chronische behandelresistente PTSS. -Allemaal depressieve episode -2 ook obsessief compulsieve stoornis en 2 ook paniekstoornis.	Onduidelijk	Kwaliteit: C <ul style="list-style-type: none"> <li>Overige methodologische aspecten: interventie naast lopende behandeling.</li> </ul> <b>Mate van bruikbaarheid klein.</b>
Tuerk et al. 2011	65 (22 drop-outs)	Post-hoc effectiviteitsstudie die gebruikt maakt van gegevens vanuit het archief van een medisch centrum om effectiviteit PE te onderzoeken. Behandeling bestaat uit: psychoeducatie, meten eigen angstniveau, exposure in vivo en IE.	PE is een effectieve behandeling voor veteranen met PTSS. Hoewel behandeldeffect na 5 sessies langzamer verbeterde, lijkt langere behandeling wel nodig voor een aantal patiënten met complexe problematiek.	-	Doelgroep in het onderzoek zijn veteranen met PTSS Het blijkt dat karakteristieken zoals ras, leeftijd, geslacht, ernst bij start en mate dat instelling rekening houdt met invaliden niet betekenisvol zijn geassocieerd met behandeluitkomst.	2 klinische psychologen en 1 sociaal werker met gespecialiseerde training in het werken met trauma-slachtoffers en PE.	Kwaliteit: C <ul style="list-style-type: none"> <li>Klinische relevantie: doelgroep voldoet niet in geheel aan complexe PTSS.</li> </ul> <b>Mate van bruikbaarheid klein.</b>

#### Bijlage 3.1.1.4. Cognitieve gedragstherapie voor vluchtelingen

Auteur	Steekproef	Behandeling	Effect behandeling	Effect fasering	Behandelindicatoren	Behandeldisciplines	Kritische respons
Hinton et al. 2004	12 (6 direct en 6 vertraagd)	Op cultuur aangepaste individuele CGT, 11 sessies (in 11 weken) bestaande uit: psychoeducatie, spierontspanning, visualiseren tijdens paniek, mindfulness, cognitieve herstructurering, interoceptieve exposure, emotie protocol (hoe omgaan met emoties tijdens flashbacks) en het onderzoeken van de hoofdpijn en paniek.	CGT bleek bij Vietnamese vluchtelingen met PTSS (niet reagerend op behandeling) met comorbide paniekaanvallen goed geaccepteerd en effectief.	-	Clïënt karakteristieken: -Vietnamese vluchtelingen -PTSS (niet reagerend op behandeling) -Comorbide paniekaanvallen (orthostatisch en hoofdpijn) -Behandeling wordt voortgezet (veelal medicatie)	Therapie gegeven door eerste auteur en sociaal werkers vertaalden en deden culturele vertaalslag.	Kwaliteit: B <ul style="list-style-type: none"> <li>Overige methodologische aspecten: kleine steekproef, geen sprake van (dubbel) blind onderzoek, interventie naast lopende behandeling, geen actieve controle interventie, onduidelijk in hoeverre steekproeven vooraf van elkaar verschilden.</li> <li>Klinische relevantie: zeer specifieke steekproef.</li> </ul> <b>Mate van bruikbaarheid klein.</b>
Hinton et al., 2005	40 (20 in directe en 20 in vertraagde conditie)	Een RCT vergelijkt directe en vertraagde op cultuur aangepaste CGT, 12 sessies (en weken). Behandeling bestaat uit: psychoeducatie, spierontspanning, visualiseren tijdens paniek, mindfulness, cognitieve herstructurering, interoceptieve exposure, emotie protocol (hoe omgaan met emoties tijdens flashbacks), het onderzoeken van de hoofdpijn en paniek, narratieve exposure en het vergoten van de cognitieve flexibiliteit.	Beide groepen verschilden niet van elkaar bij start en bij einde. Paniekaanvallen verbeterden door interventie. PTSS klachten namen af. 60% voldeed na afloop niet meer aan criteria PTSS en GAS. Conclusie: Op cultuur aangepaste CGT voor Cambodjaanse vluchtelingen met PTSS en comorbide paniekaanvallen was effectief. Participanten verbeterden op alle gemeten onderdelen: angst gerelateerde lichamelijke klachten, paniek, angst en depressie gerelateerde stress en diagnostische status PTSS nam af. De interventie lijkt	Onduidelijk hoe therapie opgebouwd is (hoeveel sessies voor welk onderdeel)	Clïënt karakteristieken: -Cambodjaanse genocide meegemaakt (toen >6 jaar) -PTSS (gaat niet over met medicatiebehandeling en therapeutische ondersteuning) -Orthostatische/ hoofdpijn paniek -Niet: psychosen afgelopen 6 maanden -Ambulante behandeling wordt voortgezet tijdens interventie	Therapie gegeven door 1 <sup>e</sup> auteur (spreekt Cambodjaans)	Kwaliteit: A <ul style="list-style-type: none"> <li>Overige methodologische aspecten: geen sprake van (dubbel) blind onderzoek, interventie naast lopende behandeling, geen actieve controle interventie, onduidelijk in hoeverre steekproeven vooraf van elkaar verschilden, mogelijk sprake van therapeuteneffect.</li> <li>Klinische relevantie: zeer specifieke steekproef.</li> </ul> <b>Mate van bruikbaarheid middelroot.</b>

			bruikbaar te zijn voor de doelgroep.				
Hinton et al. 2009	24 (12 in directe behandeling en 12 in vertraagde behandeling)	Op cultuur aangepaste individuele CGT, 12 sessies (in 12 weken) bestaande uit: CGT model voor PTSS en paniekstoornis: ontspanning, ademhalingsoefeningen, guided imaginary, mindfulness, yoga-achtige oefening, cognitieve herstructurering, vergroten emotionele afstand en imaginaire exposure.	Cognitieve gedragstherapie zorgt voor verbeteringen op het gebied van emotieregulatie en orthostatische paniekaanvallen.	Onduidelijk hoe therapie opgebouwd is (hoeveel sessies voor welk onderdeel)	<p>Clïent karakteristieken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cambodjaanse genocide meegeemaakt (toen &gt;6 jaar)</li> <li>-PTSS (gaat niet over met medicatiebehandeling)</li> <li>-orthostatische paniek</li> <li>-geen: organische stoornis, suïcide poging afgelopen 6 jaar, zwanger.</li> <li>-ambulante behandeling wordt voortgezet tijdens interventie</li> </ul>	Therapie gegeven door 1 <sup>e</sup> auteur (spreekt Cambodjaans)	<p>Kwaliteit: B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Overige methodologische aspecten: kleine steekproef, geen sprake van (dubbel) blind onderzoek, interventie naast lopende behandeling, geen actieve controle interventie.</li> <li>Klinische relevantie: zeer specifieke steekproef.</li> </ul> <p><b>Mate van bruikbaarheid klein.</b></p>
Hinton et al. 2011	24 (12 in beide behandelgroepen).	Vergelijking tussen groepstherapie +- 14 weken: op cultuur aangepaste CGT en spierontspanning. Beide in combinatie met al bestaande behandeling.	Voor Latino vrouwelijke patiënten met behandelresistente PTSS geeft zowel CA-CBT als spierontspanning verbetering op verschillende dimensies van psychopathologie. Echter, de CA-CBT behandeling is een stuk effectiever.	-	<p>Clïent karakteristieken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Volwassen vrouwen met PTSS (na minimaal 6 maand supportieve therapie en medicatie).</li> <li>-Latino achtergrond:</li> <li>-Niet: psychotisch afgelopen jaar, middelenmisbruik.</li> <li>-Stedelijke gebieden</li> </ul>	CA-CBT en spierontspanning werd gegeven door 1 <sup>e</sup> auteur met een sociaal werker.	<p>Kwaliteit: A</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Overige methodologische aspecten: kleine steekproef, geen sprake van (dubbel) blind onderzoek, interventie naast lopende behandeling, geen actieve controle interventie, conclusies alleen gebaseerd op zelfmetingen.</li> <li>Klinische relevantie: zeer specifieke steekproef.</li> </ul> <p><b>Mate van bruikbaarheid middelgroot.</b></p>
Müller, 2009	1	Casestudie naar gefaseerde CGT: stabilisatie, confrontatie integratie. Behandeling duurt 3 jaar. Stabilisatie: gericht op dag structuur, activatie, psychoeducatie, dissociatie, hulpbronnen. Bij traumaconfrontatie is plan gewijzigd: NET toegepast. Integratie: gericht op omgang andere mensen, partner, seksualiteit.	Bij 1.5 jaar follow-up meting voldoet cliënt niet meer aan de criteria voor PTSS.	Het is niet precies geprotocolleerd wanneer naar volgende fase te gaan (afhankelijk van voortgang). In dit geval is gewisseld tussen fasen, wanneer stress toenam (bijvoorbeeld toen cliënt ontslag kreeg) is weer teruggegaan naar fase 1 voor verder gegaan kon worden met traumaconfrontatie. Fasen zijn flexibel toegepast.	Het gaat om een 30-jarige man die gevlucht is naar Zwitserland na de oorlog in Bosnië. Op zijn jongste broer na heeft hij zijn hele familie verloren, moest hij vaak vluchten en verkeerde hij in onveilige situatie. Hij heeft PTSS en depressie.	-	<p>Kwaliteit: C</p> <p><b>Mate van bruikbaarheid klein.</b></p>

### Bijlage 3.1.1.5. Cognitieve therapie

Auteur	Steekproef	Behandeling	Effect behandeling	Effect fasering	Behandelindicatoren	Behandeldisciplines	Kritische respons
Duffy et al. 2007	58 (12 drop-outs)	RCT naar de effectiviteit van individuele cognitieve therapie. Behandeling duurde 12 weken (1 keer per week een sessie), die eventueel verlengd kon worden. Behandelprotocol wordt niet beschreven.	Na 12 weken waren de scores op PTSS, depressie en algemeen functioneren significant verbeterd, verbeteringen bleven bestaan bij follow-up. Mensen met ernstiger traumaklachten hadden net zoveel baat bij de behandeling als mensen met mildere traumaklachten. Mensen met comorbide problemen maakten vaak gebruik van extra	-	<p>Clïent karakteristieken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Chronische PTSS als gevolg van terrorisme of conflicten.</li> <li>Merendeel meerdere traumatische ervaringen. Helpt participanten had onvoldoende behandelresultaat bij eerdere behandelingen.</li> <li>-Depressie bij startmeting zorgde voor slechtere behandelresultaten.</li> </ul>	5 therapeuten (functie wordt niet omschreven).	<p>Kwaliteit: A</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Overige methodologische aspecten: resultaten alleen gebaseerd op zelfmetingen, inclusiecriteria worden niet helder beschreven,</li> <li>Klinische relevantie: doelgroep voldoet niet geheel aan complexe PTSS.</li> </ul> <p><b>Mate van bruikbaarheid</b></p>



			behandelingen. Conclusie: cognitieve therapie is een effectieve behandeling voor mensen met PTSS gerateerd aan terrorisme en conflicten.				<b>middelgroot.</b>
Kibler et al., 2008	21 (7 drop-outs)	Pilot studie naar een korte op cognitiegerichte groepsbehandeling. De interventie is niet zozeer traumagericht, maar meer gericht op disfunctionele cognities. 4 groep sessies van 90 minuten: - afspraken maken, rationale uitleggen negatieve gedachten - negatieve gedachten opsporen/uitdagen - relatie tussen negatieve gedachten en negatieve gevoelens - terugvalpreventie.	Er is slechts gedeeltelijk bewijs gevonden dat de korte cognitieve interventie depressieve symptomen vermindert en cognitieve beoordeling verbetert bij mensen met chronische PTSS. Er wordt slechts klein effect gevonden en dit effect bij 9 van de 14 participanten nog steeds in categorie 'ernstig'.	-	Clïent karakteristieken: -Vanuit residentiele en ambulante praktijk -Sprake van depressieve symptomen -Sprake van PTSS Alle participanten deden eerder mee aan groepsgerichte exposure behandeling mensen die stoppen: lijkt erop dat deze mensen lagere mate van stress ervaren.	Wordt niet beschreven.	Kwaliteit: C ▪ Clïent perspectief: hoge drop-out, verwachte naleving laag.  <b>Mate van bruikbaarheid klein.</b>

Bijlage 3.1.1.6. Groepsgerichte cognitieve (gedrag) therapie

Auteur	Steekproef	Behandeling	Effect behandeling	Effect fasering	Behandelindicatoren	Behandeldisciplines	Kritische respons
Frueh et al. 2009	20 (7 drop-outs).	Op exposure gebaseerde CGT, 11 weken (22 sessies zowel groep als individueel): -psychoeducatie (2 sessies): informatie, positieve verwachtingen -angstmanagement (2 sessies): o.a. ademhalingsoefeningen -sociale vaardigheidstraining (7 sessies): -trauma management (4 sessies): leren over trauma te praten met anderen, preventie herhaling -exposure therapie (8 sessies): individueel, IE.	Er is optimisme over het effect van behandeling voor deze complexe doelgroep. PTSS, boosheid, algemene geestelijke gezondheid, kwaliteit sociale activiteiten verbeterd. Depressie, angst, frequentie sociale activiteiten niet verbeterd.	Exposure aan het eind aangeboden omdat de verwachting was dat er eerst vaardigheden aangeleerd moesten worden en vertrouwen moest zijn in behandelaar voordat participanten exposure aankunnen (dus bv SOVA, relaxatie).	Clïent karakteristieken: -Ofwel vanuit ambuland ofwel dagbehandeling -Volwassenen met PTSS -Schizofrenie of schizo affectieve stoornis -Niet: middenmisbruik, laatste 2 maand suïcide of klinische opname. Er bleek hoge comorbiditeit: 70% depressie, 20% bipolair, 65% paniek, 30% agorafobie, 25% sociale fobie, 15% OCD, 20% gegeneraliseerde angststoornis. Daarnaast lagere drop-out bij dagbehandeling.	Op exposure gebaseerde CGT werd gegeven door 3 doctoral-level behandelaar en 1 masterlevel behandelaar.	Kwaliteit: C ▪ Overige methodologische aspecten: kleine steekproef, geen (dubbel) blind onderzoek, interventie naast lopende behandeling. ▪ Klinische relevantie: zeer specifieke steekproef. ▪ Clïentperspectief: Hoge drop-out (lage te verwachten naleving).  <b>Conclusies uit artikel niet bruikbaar.</b>
Hinton et al. 2011	24 (12 in beide behandelgroepen).	Vergelijking tussen groepstherapie +- 14 weken: op cultuur aangepaste CGT en spierontspanning. Beide in combinatie met al bestaande behandeling.	Voor Latino vrouwelijke patiënten met behandelresistente PTSS geeft zowel CA-CBT als spierontspanning verbetering op verschillende dimensies van psychopathologie. Echter, de CA-CBT behandeling is een stuk effectiever.	-	Clïent karakteristieken: -Volwassen vrouwen met PTSS (na minimaal 6 maand supportieve therapie en medicatie). -Latino achtergrond: -Niet: psychotisch afgelopen jaar, middenmisbruik. -Stedelijke gebieden	CA-CBT en spierontspanning werd gegeven door 1 <sup>e</sup> auteur met een sociaal werker.	Kwaliteit: A ▪ Overige methodologische aspecten: kleine steekproef, geen sprake van (dubbel) blind onderzoek, interventie naast lopende behandeling, geen actieve controle interventie, conclusies alleen gebaseerd op zelfmetingen, ▪ Klinische relevantie: zeer specifieke steekproef.  <b>Mate van bruikbaarheid middelgroot.</b>
Kibler	21 (7 drop-outs)	Pilot studie naar een korte op	Er is slechts gedeeltelijk bewijs	-	Clïent karakteristieken:	Wordt niet beschreven.	Kwaliteit: C

et al., 2008	outs)	cognitiegerichte groeps-behandeling. De interventie is niet zozeer traumagericht, maar meer gericht op disfunctionele cognities. 4 groep sessies van 90 minuten: - afspraken maken, rationale uitleggen negatieve gedachten -negatieve gedachten opsporen/uitdagen -relatie tussen negatieve gedachten en negatieve gevoelens -terugvalpreventie.	gevonden dat de korte cognitieve interventie depressieve symptomen vermindert en cognitieve beoordeling verbetert bij mensen met chronische PTSS. Er wordt slechts klein effect gevonden en dit effect bij 9 van de 14 participanten nog steeds in categorie 'ernstig'.		-Vanuit residentiele en ambulante praktijk -Sprake van depressieve symptomen -Sprake van PTSS Alle participanten deden eerder mee aan groepsgerichte exposure behandeling mensen die stoppen: lijkt erop dat deze mensen lagere mate van stress ervaren.		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cliënt perspectief: hoge drop-out, verwachte naleving laag.</li> </ul> <p><b>Mate van bruikbaarheid klein.</b></p>
--------------	-------	---	---	--	--	--	---

*Bijlage 3.1.2. Eye movement desensitization reprocessing*

Auteur	Steekproef	Behandeling	Effect behandeling	Effect fasering	Behandelindicatoren	Behandeldisciplines	Kritische respons
All-bright et al. 2010	6 RCT's en 3 quasi experimentele studies.	Systematische review naar effectiviteit EMDR	Er is zeer gelimiteerd bewijs is voor de effectiviteit van EMDR bij veteranen bij PTSS. De behandeling haalt niet de drempelwaarde die APA hanteert als grens voor effectieve behandelingen.	-	Veteranen met PTSS (wordt niet verder gespecificeerd)	Bij 7 geïncludeerde artikelen wordt niet duidelijk. Bij 2 artikelen: therapeuten met EMDR-II training.	<p>Kwaliteit: A</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Overige methodologische aspecten: geïncludeerde artikelen van matige kwaliteit (alle toegevoegde studies hadden relatief kleine steekproef, de gevonden data werd vaak niet transparant gerapporteerd, veel studies waren alleen gebaseerd op zelfmetingen, er werd vaak afgeweken van EMDR protocol).</li> <li>▪ Klinische relevantie: doelgroep voldoet niet in geheel aan complexe PTSS.</li> </ul> <p><b>Mate van bruikbaarheid middelgroot.</b></p>
Berg, van den et al. 2012	27 (5 drop-outs)	Pilot studie naar de effectiviteit van EMDR. Alle participanten kregen maximaal 6 EMDR behandelingen volgens het standaard protocol (8 fasen).	- 5 (van de 22) deelnemers voldeden na afloop nog aan PTSS diagnose -Intensiteit PTSS klachten was afgenomen met 52.6% -Wanen en hallucinaties namen af. -Depressie en angst-symptomen namen af en zelfvertrouwen nam toe. -Gevoelens van hopeloosheid en paranoïde ideeën veranderen niet significant. Conclusie: EMDR is een effectieve behandeling voor mensen met PTSS en comorbide stoornis in het schizofrene spectrum: het is veilig te	Er wordt direct gestart met de traumabehandeling en er is dus vooraf geen stabilisatiefase.	Cliëntkarakteristieken: -Stoornis in het schizofrene spectrum -PTSS -Niet: <18 jaar, IQ <70 en niet Nederlands sprekend -Allemaal ingeschreven voor ambulante hulpverlening binnen Nederlandse GGZ instelling	Klinische en gezondheidspsychologen met tenminste 2 jaar ervaring en postdoctorale klinische specialisatie met training in EMDR.	<p>Kwaliteit: C</p> <p><b>Mate van bruikbaarheid klein.</b></p>

			gebruiken en heeft positief effect op klachten behorende bij PTSS, hallucinaties, wanen, depressieve gevoelens en angsten.				
Heide ter, 2011	-	Uiteenzetting van verschillende behandel mogelijkheden. De auteur stelt dat er 4 gangbare benaderingen zijn 1) Gefaseerde benadering bestaat uit stabilisatie en traumabehandeling. 2) Multimodale benadering maakt onderscheid tussen traumatisering, ontheemding en marginalisatie en besteedt aan alle 3 probleemgebieden aandacht. 3) Traumagerichte benadering stelt dat traumagerichte gedragstherapie en EMDR werkzaam kunnen zijn. 4) Cultuursensitieve benadering gaat er vanuit dat mensen uit verschillende culturen verschillende reacties vertonen op trauma, hier dient rekening mee gehouden te worden.	-EMDR bij meervoudig getraumatiseerde mensen duurt vaak langer en geeft vaak minder klachten-vermindering dan bij enkelvoudig getraumatiseerde mensen. -Zolang onduidelijk is welke behandeling het beste aansluit: alle benaderingen meenemen bij indicatiestelling. -Het lijkt erop dat als er sprake is van PTSS EMDR geïndiceerd is -Het blijkt dat comorbide problematiek vaak minder wordt als PTSS afneemt. - EMDR kan aangepast worden voor veelvuldig getraumatiseerde mensen: installeren van hulpbronnen, clusteren van traumatische ervaringen, gebruik van cognitieve interweaves en het omgaan met affectbruggen.	Gefaseerde behandeling wordt vaak geadviseerd bij complexe PTSS	-Getraumatiseerde vluchtelingen -Als er sprake is van comorbide sociale fobie lijkt EMDR in combinatie met steunend-structurend contact raadzaam. -Vluchtelingen: traumatische ervaringen spelen af in het politieke domein en minder in privé sfeer. Dit laatste is per definitie gericht op verwoesting gemeenschappen (dit is in collectivistische cultuur extra lastig).	-	Kwaliteit: D  <b>Conclusies uit artikel niet bruikbaar.</b>
Korn, 2009	-	Review over EMDR bij complexe PTSS. Auteur stelt gefaseerde behandeling voor: Fase 1: verminderen zelf verwondend gedrag, verslavingen, suïcidaliteit, dissociatie, emotionele disregulatie, angsten, disfunctionele coping strategieën. Vergroten affecttolerantie en in staat naar eigen trauma te kijken (afstand nemen en in het hier en nu blijven). Een manier om dit te doen is EMDR RDI (ontwikkelen van hulpbronnen en effectieve coping strategieën). Daarnaast kan deze fase uitgebreid worden met niet-EMDR strategieën (zoals dialectische therapie, Stair). Fase 2: kan d.m.v. een symptoom gerichte benadering (waar heeft cliënt nu het meest last van) of chronologische benadering. Fase 3: gericht op vergroten zelfvertrouwen en zelfrespect, intimiteit en identiteit.	- Hoewel PTSS klachten vaak pas afnemen in fase 2, is fase 1 wel belangrijk te doorlopen. -Bij EMDR lijkt symptoomgerichte benadering sneller tot verlaging van stress te lijden. -In fase 2 is het belangrijk dat therapeut patiënt helpt reguleren en op hoogte is van afweermechanismen. - Het is helpend wanneer relatie tussen therapeut en cliënt goed is. -Het is helpend als therapeut start en eindigt met fase 1 (versterken cliënt).	Gefaseerde behandeling lijkt nodig voor behandeling van complexe PTSS. De overgang van de ene naar de andere fase verloopt niet vloeiend, maar dynamisch (van fase 2 soms weer terug naar fase 1).	-Bij patiënten die veel schaamte rapporteren: eerste focus behandeling verantwoordelijkheid -Bij patiënten die veel angst en vermijding rapporteren: eerste focus behandeling op veiligheid -Bij patiënten die veel wantrouwen en hopeloosheid rapporteren: focus is vrije keuze. -Er zijn sterke aanwijzingen dat slachtoffers van seksueel misbruik en mensen met complexe PTSS bij gefaseerde behandeling bestaande uit meerdere componenten vooruitgang boeken.	-	Kwaliteit: D  <b>Conclusies uit artikel niet bruikbaar.</b>

## Bijlage 3.1.3. Dialectische gedragstherapie en exposure

Auteur	Steekproef	Behandeling	Effect behandeling	Effect fasering	Behandelindicatoren	Behandeldisciplines	Kritische respons
Cloitre et al., 2010	104 (random verdeeld over 3 condities: 33, 38, 33)	Een RCT waarin 3 behandelingen met elkaar worden vergeleken (16 sessies): -STAIR-exposure: combinatie van vaardigheidstraining en exposure. 8 sessies vaardigheidstraining gebaseerd op dialectische therapie (1-4: emotieregulatie, emotie herkennen en acceptatie van gevoelens, 5-8: gericht op disfunctionele schema's, assertiviteit en sociale contacten) en 8 sessies PE -STAIR-support: idem STAIR, gevolgd door cliëntgerichte therapie over problemen die ontstaan zijn na trauma -support-exposure: idem support en idem exposure.	Voor vrouwen die slachtoffer waren van vroegkinderlijke chronische traumatisering is een gefaseerde behandeling van vaardigheidstraining en exposure effectief (boven de 2 andere behandelcondities): PTSS nam meer af, problemen in emotieregulatie, boosheid en angst namen meer af en er waren minder interpersoonlijke problemen, drop-out was lager dan bij andere condities. In de STAIR-exposure groep waren significant minder deelnemers die verslechterden (slechts 1 t.o.v.3 en 5)	-Voor vrouwen die slachtoffer waren van vroegkinderlijke chronische traumatisering is een gefaseerde behandeling van vaardigheidstraining en exposure effectief (boven de 2 andere behandelcondities). PTSS nam meer af, problemen in emotieregulatie, boosheid en angst namen meer af en er waren minder interpersoonlijke problemen.	Cliënt karakteristieken -Vrouwen met PTSS als gevolg van vroegkinderlijke chronische traumatisering. -18-65 jaar -Niet: middelenafhankelijk, psychotisch, geestelijk beperkt, bipolaire stoornis, suïcidaliteit. -Eventuele psychotherapie en medicatie gaan door tijdens interventie -Meerderheid heeft nog 2 As 1 stoornissen -Helpt heeft nog 1 As 2 stoornis (vermijndend, paranoïde en borderline).	Vrouwelijke master of doctoral level klinische psychologen en sociaal werkers die getraind werden en wekelijks supervisie ontvingen. Alle therapeuten gaven iedere behandeling.	Kwaliteit: A ▪ Overige methodologische kenmerken: interventie naast al lopende behandeling <b>Mate van bruikbaarheid groot.</b>
Harned et al. 2008	2	Case studie naar het effect van PE geïntegreerd in DGT. DGT: behandelprogramma van 1 jaar bestaande uit wekelijks 1 uur individuele psychotherapie, 2,5 uur groepsvaardigheidstraining, telefonisch consult indien wenselijk en supervisie therapeuten. Doel hiervan (hiërarchisch): 1) verminderen levensbedreigend gedrag, 2) verminderen therapie verstorend gedrag en verminderen van het gedrag dat kwaliteit van leven verstoort. Pas als de 1 <sup>e</sup> 2 fasen zijn doorlopen kan gestart worden met traumabehandeling. PE: individuele wekelijkse exposure sessies (naast individuele psychotherapie sessies) bestaande uit 3 fasen: pre-exposure (psychoeducatie, motiveren), exposure (in vivo en imaginair) en consolidatie (evalueren, voorbereiden toekomst).	Cliënt 1 start na 8 maand met exposure en laat verlaging PTSS klachten zien. Tijdens trauma-behandeling geen zelf verwondend gedrag/ suïcide. Borderline symptomen namen significant af. Zelf was zij tevreden over behandelresultaat en manier waarop behandeling verlopen was. Cliënt 2: start na 8 maand met exposure. Tijdens traumabehandeling schommelen resultaten, maar zij eindigt wel onder drempelwaarde PTSS. Zij liet geen zelf verwondend gedrag of suïcidepoging zien. Haar borderline symptomen veranderden niet significant. Zij was tevreden over de behandeling. Conclusie: mogelijk is een combinatie van PE en DGT effectief in het verminderen van trauma gerelateerde klachten en mogelijk verminderen ook andere klachten door behandeling.	Behandeling is gefaseerd: Pas als de 1 <sup>e</sup> 2 fasen van DGT zijn doorlopen kan gestart worden met traumabehandeling. Ook exposure gedeelte is gefaseerd. Er kan tussen fasen gewisseld worden: cliënt 1 was met 6 maand gestart met PE, maar doordat er opnieuw trauma ontstond is ze hier pas na 8 maand mee verder gegaan.	Cliënt karakteristieken: Beide vrouwen ernstige BPS en PTSS (beide vrouwen meerdere traumatische ervaringen inclusief jongkinderlijk) 1) 30 jaar, in verleden opgenomen in psychiatrisch ziekenhuis (suïcidepogingen), binge-eating stoornis, impulsiviteit, bipolaire stoornis, zelf verwondend gedrag. 2) 48 jaar, meerdere keren opgenomen in psychiatrisch ziekenhuis. Suïcidepogingen (41 keer), alcoholverslaving in verleden (hier ook voor opgenomen geweest), depressie en paniekstoornis met agorafobie in verleden Beide ervaren ernstige problemen in het dagelijkse leven.	Cliënt 1 behandelt door 1 <sup>e</sup> auteur en cliënt 2 door andere therapeut Functie wordt niet verder toegelicht. .	Kwaliteit: C <b>Mate van bruikbaarheid klein.</b>
Harned et al., 2012	13 (waarvan 10 PE protocol (3 drop-outs)	Onderzoek naar de effecten van een gecombineerde behandeling bestaande uit DGT en PE. Behandelprogramma van 1 jaar bestaande uit wekelijks 1 uur	-Gemiddeld na 18,5 week start PE protocol -Suïcidepoging en zelf verwondend gedrag nam af -Ernst van PTSS symptomen	Er zit fasering in het programma: eerste 4 fasen worden doorlopen voordat gestart wordt met exposurebehandeling.	Clientkarakteristieken: -Vrouwen met borderline persoonlijkheidsstoornis en PTSS en recentelijk suïcidaal of ernstige automutilatie.	6 therapeuten (5 vrouwen), waarvan 3 master level en 3 doctoral level geschoold waren en die gemiddeld 6,5 jaar klinische ervaring hebben. 5	Kwaliteit C: <b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b>

	en 3 alleen DGT)	individuele psychotherapie, 2,5 uur groepsvaardigheidstraining, telefonisch consult indien wenselijk en supervisie van therapeuten. Doel hiervan: 1) geen direct risico suïcide 2) laatste 2 maand geen risico suïcide of ernstige automutilatie 3) controle over levensbedreigend gedrag in stressvolle situatie 4) verminderd therapie verstorend gedrag 5) richten op PTSS 6) bereidheid emoties te ervaren. Hierbij bestaat PE uit IE en exposure in vivo.	nam af, ook na 3 maand. -Metingen op gebied dissociatie, schuld, schaamte, angst, depressie, sociale aanpassingen verbeteren. Conclusie: voorzichtig bewijs gevonden voor de bruikbaarheid, veiligheid, acceptatie en potentiële effecten van een gecombineerde DGT en PE behandeling voor vrouwen met PTSS en zelf verwonend en suïcidaal gedrag met BPS.		-18-60 jaar -Niet: psychotisch, geestelijk gehandicapt, bipolaire stoornis of verplichte behandeling -Gemiddeld 14 trauma's meegemaakt -Gemiddeld 4.6 As1 stoornissen en 2.2 As2 stoornissen bij de deelnemers.	therapeuten volgden intensieve training DGT en alle therapeuten volgden intensieve training PE.	
Steil et al., 2011	29 (geen drop-outs).	Een pilot studie naar de effecten van dialectische gedragstherapie voor PTSS. -3 maanden durend klinisch programma met als doel angst ten opzichte van trauma verlagen, onderzoeken van emoties zoals schuldgevoel en schaamte en het leren accepteren van het trauma. Hiervoor worden o.a. op exposure gebaseerde technieken gebruikt en individuele therapie en groepstherapie wordt gecombineerd.	-Significante verlaging van ernst PTSS symptomen, depressie en angst. -Functioneren verbeterde. Het programma werd goed geaccepteerd en lijkt veilig in gebruik. Conclusie: dialectische gedragstherapie voor PTSS kan een veelbelovende behandeling zijn voor ernstige aan seksueel misbruik gerelateerde chronische PTSS.	Opbouw programma wordt niet toegelicht	Clïënt karakteristieken: -Chronische behandelresistentie PTSS (na tenminste 1 behandeling ambulante of klinisch) als gevolg van seksueel misbruik tijdens jeugd -20-51 jaar -Gemiddelde van 3.8 DSM diagnoses (depressie 90%, persoonlijkheidsstoornis 45%, eetstoornis 38% en verslaving 18%) -62% deed ooit suïcidepoging -21% automutilleert -55% gebruikt antidepressiva en 34% gebruikt antipsychotica.	4 getrainde klinische psychologen (wordt niet verder toegelicht)	Kwaliteit: C ▪ Overige methodologische aspecten: interventie naast lopende behandeling.  <b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b>

*Bijlage 3.1.4. Narratieve exposure therapie*

Auteur	Steekproef	Behandeling	Effect behandeling	Effect fasering	Behandelindicatoren	Behandeldisciplines	Kritische respons
Halvorsen et al. 2010	16	Onderzoek naar de werkzaamheid van NET. De behandeling bestond uit 10 sessies van 90 minuten. Er werd gestart met psychoeducatie en uitleg en in de daaropvolgende sessies moest de deelnemer een chronologisch levensverhaal opstellen met daarin een gedetailleerd overzicht van het trauma. Dit gebeurt in verleden tijd. Soms was er een tolk bij.	Er werd een matig behandelresultaat gevonden in het verminderen van aan PTSS gerelateerde klachten bij gemartelde vluchtelingen met PTSS. 20% van de deelnemers scoorden onder de drempelwaarde bij CAPS. Er was grote variatie in uitkomsten, er waren ook 3 participanten waarvan klachten verergerde. PTSS klachten namen meer af dan depressiesymptomen	-	Clïëntkarakteristieken -Vluchtelingen die in verleden gevangen genomen en gemarteld zijn (gevangenschap: tussen de 3-5475 dagen en gemarteld: tussen de 3-990 dagen.) -Diagnose PTSS -13 mannen, 3 vrouwen, van 20-54 jaar -Relatief hoog opleidingsniveau -Niet: suïcidaal, psychotisch of verslaafd. -Wonend in Noorwegen	Psychologen, psychiaters, psychiatisch verpleegkundigen en klinisch sociaal werkers binnen ambulante klinieken met ervaring met CGT en counseling kregen 5daagse workshop NET en 2daagse terugkomperiode iedere 6 maand.	Kwaliteit: C  <b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b>
Hensel-Dittman et al., 2011	28 (5 drop-outs)	Een RCT waarin NET en Stress Inoculatie training (SIT) met elkaar worden vergeleken. Behandeling bestond uit 10 sessies van 90 minuten. Bij NET moest de deelnemer in samenwerking met de therapeut	-In de NET conditie namen PTSS klachten significant af (zowel direct na de interventie als bij 1 jaar follow-up). -NET bleek goed bruikbaar bij ernstig getraumatiseerde doelgroep.	-	Clïëntkarakteristieken -Vluchtelingen die naar Duitsland zijn gevlucht na het ervaren van geweld met PTSS. -25 hadden onzekere asielstatus -Merendeel was gevangen genomen en gemarteld.	Behandeling werd uitgevoerd door 1 therapeut en 1 assistent therapeut (wordt niet verder uitgelegd).	Kwaliteit: A ▪ Overige methodologische kenmerken: kleine steekproef.  <b>Mate van bruikbaarheid is groot.</b>

		een gedetailleerd en chronologisch verhaal vormen van het eigen leven. Aan het eind van de therapie ontvangt de cliënt een geschreven rapport van eigen biografie. SIT is er op gericht de vaardigheid om te gaan met stress bij de deelnemers te vergroten door ademhalingsoefeningen, relaxatie, cognitieve herstructurering, gedachte stoppen, zelfdialogen en rollenspelen.	-In de SIT groep zijn PTSS klachten niet significant verminderd. Mogelijk is SIT niet werkzaam bij complexe doelgroep (die nog steeds in stressvolle situatie verkeerd). -Comorbide problematiek veranderde niet significant.				
Neuner et al., 2002	1	Een case studie naar de effectiviteit van NET. De behandeling bestond uit 3 sessies van 70 minuten waarin cliënt chronologisch haar verhaal vertelde. Vervolgens werd verhaal door therapeut verteld en verbeterd door cliënt.	Na 3 sessies viel de cliënt niet meer flauw tijdens de sessies. Na 1 week (follow-up) was ernst PTSS afgenomen, was dissociatie verdwenen en maakte zij weer contact met anderen. Kort hierna werd zij geëvacueerd naar Amerika en 1 jaar later belde zij op en gaf zij aan dat het goed met haar ging.	-	De cliënt was een 24-jarige vrouw in een vluchtelingenkamp in Macedonië. Zij kwam in de medische hulp tent aangezien zij steeds flauw viel, er werd geen lichamelijke reden gevonden. Zij had dissociatieve symptomen, PTSS, depressie en had nauwelijks sociaal contact. Er werd psychofarmaca, counseling en probleemoplossingsstrategieën aangeboden, maar dit hielp niet.	Onduidelijk, er wordt gebruik gemaakt van een tolk.	Kwaliteit: C <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klinische relevantie: zeer specifieke steekproef (cliënt).</li> </ul> <b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b>
Neuner et al., 2004	43 (17 NET, 1 drop-out, 14 counseling, 2 drop-outs en 12 psycho-educatie).	In een RCT worden de effecten van NET, supportieve counseling en psychoeducatie onderzocht. -NET: psychoeducatie en het gedetailleerd vormen van chronologisch levensverhaal (4 sessies) -supportive counseling: gericht op huidige interpersoonlijke problemen, beslissingen, plannen en hoop voor te toekomst. Sessies zijn niet geprotocolleerd zodat aangesloten kan worden op individuele behoefte (4 sessies). -psychoeducatie: (1 sessie)	-NET had significant betere resultaten na 1 jaar follow-up meting dan de supportieve counseling en psychoeducatie -Alleen bij NET had merendeel na 1 jaar geen PTSS meer. -Vertrokken uit vluchtelingen kamp na 1 jaar naar veiliger omgeving: NET 62%, supportieve counseling: 7% en psychoeducatie: 17%. -Ondanks erbarmelijke omstandigheden zoeken mensen in een vluchtelingenkamp hulp bij psychosociale problemen. Hoewel scores significant verlaagden, was symptoom score nog relatief hoog. Alle groepen verbeterden op het gebied van angst, depressie algemene geestelijke gezondheid, maar er bleven veel comorbide problemen bestaan.	-	Clïentkarakteristieken: -Vluchtelingen uit Soedan in een vluchtelingenkamp in Uganda. -PTSS -Niet: geestelijk gehandicapt, psychotisch	Doctoraal level psychologen en afgestudeerde studenten met ervaring en scholing in counseling, NET en supportieve counseling.	Kwaliteit: A <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klinische relevantie: zeer specifieke steekproef, proefpersonen werden betaald voor deelname</li> </ul> <b>Mate van bruikbaarheid is groot.</b>
Neuner et al., 2008	277 (4 drop-outs in NET conditie en 22 drop-outs in	Een RCT naar de effecten van NET en traumacounseling door niet specialistische therapeuten. vluchtelingen werden random verdeeld over 2 behandelcondities van 6 weken	-In NET-groep waren 4 drop-outs, in TC groep waren 22 drop-outs, het verschil was significant. -bij follow-up na 6 maand voldeed niet meer aan criteria PTSS: 70% bij NET, 65% bij	-	Clïentkarakteristieken: -Vluchtelingen uit Rwanda of Somalia in een vluchtelingenkamp in Uganda. -PTSS -Niet: drugsgebruik, geestelijk	9 vluchtelingen (5 vrouwen, 4 mannen) die geletterd waren in Engels en moedertaal, empathisch vermogen bezaten en gemotiveerd waren werden geselecteerd. Hoogst genoten	Kwaliteit: A <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klinische relevantie: zeer specifieke steekproef, proefpersonen werden betaald voor deelname</li> </ul>



	trauma counseling conditie)	(tussen de 1 en 2 uur) en controlegroep: -NET: start met psychoeducatie, daarna maakt participant gedetailleerd en chronisch verhaal van eigen geschiedenis in samenwerking met therapeut. Aan het eind ontvangt hij een geschreven rapport. -trauma counseling: start met psychoeducatie, dan huidige problemen verbinden met traumatische gebeurtenissen in het verleden door actief luisteren, problemen oplossen, coping vaardigheden onderzoeken en rouwverwerking.	trauma counseling en 37 % bij controlegroep. Conclusie: tijdens de onderzoeksperiode (6-9 maand) verbeterden de groepen die actieve behandeling kregen significant en klinisch beter dan de controle wachtlijst groep. Er kan een effectieve behandeling worden uitgevoerd door ongeschoolde therapeuten. Lichamelijke gezondheid verbeterde gedurende interventie. Zowel NET als TC bleek even effectief, maar er waren significant minder drop-outs in NET groep.		gehandicapt of psychotisch.	opleiding was basisschool (1), voortgezet onderwijs (7) en universiteit (1). 8 hadden zelf PTSS en kregen als onderdeel van de training een NET behandeling. Allen ontvingen een 6 weken durende cursus in algemene gespreks-vaardigheden en specifieke methoden behorende bij NET en trauma counseling. Gedurende programma werd er supervisie gevolgd.	<b>Mate van bruikbaarheid is groot.</b>
Neuner et al., 2010	32 (3 drop-outs)	Een RCT pilot studie die NET vergelijkt met TAU. 30 behandelingen werden ambulante uitgevoerd en 2 deelnemers werden opgenomen in psychiatrisch ziekenhuis ivm ernstige suïcidegedachten. NET behandeling duurde gemiddeld 9 sessies van 2 uur. NET: psychoeducatie en het chronologisch en gedetailleerd vertellen van levensverhaal. TAU: psychotherapie of medicatie (maar kon slecht gevolgd worden).	De resultaten in de NET groep waren significant beter dan de resultaten in de TAU groep m.b.t. PTSS klachten en pijnklachten, maar er werd geen verschil in depressie-klachten gemeten. NET werd goed geaccepteerd en er was lage drop-out. Echter op één proefpersoon in de NET conditie na voldeed iedereen bij follow-up nog aan PTSS diagnose.	-	Clientkarakteristieken: -Vluchtelingen met PTSS -Onzekere asielstatus (wel: 3 maand tijdelijke verblijfsvergunning -Niet: geestelijk gehandicapt, schizofreen of ernstig hersenletsel. -79% rapporteert lichamelijke marteling. -Gedeelte gebruikt psychofarmaca. -Wonend in Duitsland	NET: doctoraal level therapeuten en afgestudeerde studenten met intensieve NET training m.b.v. tolk. Therapeuten krijgen supervisie van 2 van de auteurs.	Kwaliteit: A ▪ Methodologische kwaliteit: geen actieve controle interventie, interventie naast lopende behandeling. <b>Mate van bruikbaarheid is middelgroot.</b>

*Bijlage 3.1.5. Psychodynamische therapie*

Auteur	Steekproef	Behandeling	Effect behandeling	Effect fasering	Behandelindicatoren	Behandeldisciplines	Kritische respons
Beck-rath-Wilking 2004	-	Beschrijving van hoe psychodynamische therapie vorm gegeven kan worden bij complexe PTSS en comorbide problemen. Behandelpunten moet hierop aangepast worden. Het integreren van verschillende methoden lijkt hierbij noodzakelijk. Behandeling in 3 fasen opgedeeld: stabilisatie, traumaconfrontatie en re-integratie. In groepstherapie kan uitleg gegeven worden, maar in individuele therapie moet verdieping gezocht worden. Let hierbij op regressie, dissociatie, somatisatie, het verlaten kind en afweermechanismen. Hierbij kan ook psychoeducatie een rol	Er is alleen heling van het trauma mogelijk wanneer de confrontatie wordt aangegaan met dissociatieve traumafragmenten onder beschermende therapeutische voorwaarden. Hierbij is het belangrijk de iktsterkte te vergroten.	Behandeling wordt in 3 fasen opgedeeld.	-	-	Kwaliteit: D <b>Conclusies uit het artikel zijn niet bruikbaar.</b>

		spelen. Het slachtoffer neemt vaak schuld op zich, hij moet leren de dader te erkennen. Hierbij kan symbolische confrontatie helpend zijn.					
Labe, 2005	1	Case studie naar psychodynamische therapie (24 sessies). Behandelprotocol wordt niet verder toegelicht.	De 1e sessies was geen coherent verhaal mogelijk. In de 3e week behandeling kreeg cliënt ernstige dissociatie en moest zij 2 weken in een ziekenhuis worden opgenomen. Na 8 weken kon zij coherent het verhaal van haar trauma vertellen en waren enkele PTSS symptomen verminderd, flashbacks en intrusieve herinneringen bleven bestaan. Vervolg van de therapie was gericht op de diepere betekenis van trauma en dit een plaats geven in het leven. De behandeling stopte toen de cliënt weer naar huis terugkeerde. Hoewel zij nog steeds kwetsbaar en gevoelig voor impulsiviteit en dissociatie was, had zij grote gedeelten van het trauma een plaats in haar leven gegeven.	Behandelprotocol wordt niet toegelicht. Wel wordt verwezen naar gefaseerde behandeling: er moet eerst een zekere mate van veiligheid zijn ontstaan voor er ruimte is voor rouw en traumaverwerking.	Cliënt is een 20 jarige Afrikaanse vrouw (in Zuid Afrika). De cliënt is lichamelijk, emotioneel en seksueel misbruikt gedurende 3 maand (zij was toen 19) en tijdens de therapie kwamen ook herinneringen aan seksueel misbruik op vierjarige leeftijd naar boven. Toen zij zich aanmeldde had zij last van ernstige symptomen van PTSS, waaronder dissociaties, lichamelijke klachten, agitatie, slaapproblemen.	Behandeling wordt gegeven door auteur, maar haar functie is onduidelijk.	Kwaliteit: C <ul style="list-style-type: none"> <li>Klinische relevantie: het behandelprotocol wordt niet duidelijk toegelicht.</li> </ul> <b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b>
Moss, 2009	1	Case studie naar psychodynamische therapie gedurende 2.5 jaar (2 sessies per week). De behandeling bestond uit psychodynamische technieken en werd af en toe aangevuld met andere technieken. Gebruikte technieken: aandacht voor overdracht en tegenoverdracht, het analyseren van dromen, graduele exposure en psychoeducatie.	Er wordt geconcludeerd dat hoewel niet-psychodynamische technieken helpend waren, de geboekte vooruitgang niet behaald zou zijn zonder de psychodynamische technieken en langdurige behandeling.	Behandelprotocol wordt niet toegelicht.	Cliënt is een Amerikaanse man die nu in Israël woont. Hier heeft hij vier terroristische aanslagen meegemaakt waarna hij PTSS klachten ontwikkelde: slaapproblemen, agitatie, verminderd lichamelijke mobiliteit, angsten, hyperaltheid en concentratieproblemen.	Behandeling wordt gegeven door auteur vanuit een privé kliniek (functie wordt niet duidelijk)	Kwaliteit: C <ul style="list-style-type: none"> <li>Klinische relevantie: het behandelprotocol wordt niet duidelijk toegelicht.</li> </ul> <b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b>
Wöller et al., 2012	-	Beschrijving van neuro-biologisch georiënteerde psychodynamische therapie. Belangrijkste elementen: -gericht op interpersoonlijke relaties (ook therapeutisch) -verbeteren coping strategieën door te richten op egofuncties en geïnternaliseerde objectrelaties -neurobiologische oriëntatie door te richten op emotieregulatie en informatie verwerking -aandacht voor welzijn therapeut.	-	Gefaseerde behandeling: -prefase: gericht op diagnostiek. -stabiliseren: gericht op relatie therapeut, verbeteren emotieregulatie en coping strategieën. -traumatische herinneringen verwerken (screen techniek vergroot afstand en houdt uit in hier en nu) -re-integratie: gericht op bewuste en onbewuste conflicten na het trauma. Nu meer ruimte voor psychodynamische strategieën en interpreterend werk.	Mensen met complexe PTSS	-	Kwaliteit: D  <b>Conclusies uit het artikel zijn niet bruikbaar.</b>

## Bijlage 3.1.6. Hypnotherapie

Auteur	Steekproef	Behandeling	Effect behandeling	Effect fasering	Behandelindicatoren	Behandeldisciplines	Kritische respons
Kwan, 2007	1	Case studie over de effectiviteit van hypnose. Behandeling duurt anderhalf jaar (28 sessies). Er worden hypnose technieken gebruikt: Trance in aangename omgeving. In deze toestand worden directie suggesties gegeven. (zoals: pijn is rode bal die naar vinger gaat). Vervolgens wordt gewerkt aan zelfeffectiviteit door positieve suggesties over cliënt. Nadat dit gelukt was kon gestart worden met traumaconfrontatie. Hiervoor werd gebruik gemaakt van leeftijdsregressie zonder directe confrontatie (negatieve ervaringen op een beeldscherm die cliënt stop kan zetten met afstandsbediening). Tenslotte werd gericht op persoonlijke groei: problemen in hier en nu, anticiperen op toekomst en het oplossen van problemen.	-Na 5 sessies rapporteert cliënt controle te hebben over pijnklachten -Vergroten zelfeffectiviteit zorgt voor grotere invloed eigen gedachten. -Na 6 sessies traumaconfrontatie kon cliënt kalm traumatische gebeurtenissen vertellen. -na afloop was cliënt meer positief, scores depressie en angst waren afgenomen en ze ervaart weinig stress, meer zelfvertrouwen en geen pijnklachten meer. Conclusie: een hypnose behandeling bestaande uit vier fasen kan opmerkelijk effectief zijn in de behandeling van complexe PTSS en pijnstoornis.	De behandeling bestaat uit 4 fasen: 1) vormen van hulpbronnen, introduceren hypnose, relaxatie oefenen 2) zelf effectiviteit vergroten door negatieve gedachten te herstructureren 3) negatieve gevoelens en perceptie trauma herstructureren 4) persoonlijke groei en ontwikkeling. De auteur stelt dat mentale voorbereiding (fase 1 en 2) cruciaal zijn in traumabehandeling en nodig zijn voordat gestart kan worden met traumaconfrontatie.	Cliëntkarakteristieken: -46-jarige vrouw uit Hongkong met symptomen van complex trauma na een lange geschiedenis van geweld door partner en een pijnstoornis na een borstkankeroperatie. -Voor behandeling: gemiddeld tot hoge mate van stress, hoge mate van depressie, hoge mate van angst. -Staat open voor imaginaire suggesties.	Eerste auteur: klinisch psycholoog in Hong Kong.	Kwaliteit: C  <b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b>
Kwan, 2009	1	Case studie over de effecten van gefaseerde hypnotherapie. De behandeling bestaat uit 4 fasen: 1) hulpbronnen versterken en weerstand voor hypnose verkleinen, 2) mentaal sterker worden, zelfbeeld en zelfboordeling en eigen identiteit versterken door op succesvolle situaties uit het leven te richten, 3) traumaconfrontatie door bv leeftijd regressie en onderscheid te maken tussen vroegere zelf en huidige zelf en 4) persoonlijke groei uitbreiden en identiteit bevestigen door therapeutische metaforen. Behandeling duurde 16 sessies.	Cliënt verbeterde progressief, klachten namen significant af (stress, depressie, angst en gevoelens van hopeloosheid) Conclusie: studie ondersteunt het effect van gefaseerde hypnotherapie bij mishandelde vrouwen uit Hongkong met complex trauma. Hierbij wordt graduele verbetering verwacht, is het versterken van het ego nodig voor traumaconfrontatie en is het belangrijk dat de therapeut de ontwikkeling van complexe PTSS van de patiënt begrijpt.	Er wordt gefaseerde behandeling aanbevolen. Ego moet versterkt worden om tijdens traumaconfrontatie drop-out en verzet te voorkomen. Behandeling bestaat uit 4 fasen (gebaseerd op model: stabilisatie, confrontatie, integratie).	Cliëntkarakteristieken: -44 jarige vrouw uit Hongkong met complex PTSS als gevolg van jarenlange lichamelijke, seksuele en emotionele mishandeling door twee ex-partners. -Slaapproblemen, nachtmerries, angstaanvallen, ervaren van stress, negatief gevoel, flashbacks, vermijding (klachten overstijgen diagnose PTSS).	Behandeling gegeven door eerste auteur, klinisch psycholoog.	Kwaliteit C ▪ Klinische relevantie: behandelprotocol wordt niet toegelicht.  <b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b>
Pantescio, 2005	1	Casestudie naar de effecten van hypnose. Hierbij gaat het om een niet-talige variant (trauma vooral in rechter hemisfeer, terwijl taal in linker hemisfeer en dit is soms lastig te combineren), maar meer psychomotorisch. Tijdens hypnose sessies laat cliënt via lichamelijke beweging confrontatie met het trauma toe.	De cliënt rapporteert dat zij het trauma voldoende ervaren en verwerkt heeft. Na afloop is zij meer assertief in relaties, beter in staat emotionele en fysieke reacties te controleren en voelde zij zich meer comfortabel.	Er wordt direct met hypnose begonnen (maar hier is wel 5 jaar psychosociale behandeling aan vooraf gegaan).	Cliëntkarakteristieken: -31 jarige vrouw met complexe traumaklachten na seksueel misbruik. -Voorafgaand aan behandeling: zeer angstig, niet in staat oogcontact te maken, lange perioden in stilte en regressie in ontwikkeling (foetushouding).	Hypnosebehandeling wordt aangeboden door eerste auteur (functie niet duidelijk) en therapeut psychosociale therapie bij 24 sessies aanwezig (functie wordt ook niet duidelijk).	Kwaliteit: C ▪ Klinische relevantie: interventie naast lopende behandeling  <b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b>

		De behandeling duurt 25 sessies gedurende, elke 2 weken een sessie. Twee jaar naar afloop zijn er 3 herhalingsessies en 1 jaar later nogmaals 1 sessie.					
Poon, 2009	4	Case studie naar de effectiviteit van hypnose in een gefaseerd behandelmodel. Fase 1 is gericht op stabilisatie, hypnose wordt gebruikt voor relaxatie, gevoel van controle en het ego versterken. Fase 2 is gericht op het verwerken van het trauma, hypnose wordt gebruikt als platform om op een veilige manier het trauma te herinneren. Fase 3 is gericht op integratie, hypnose wordt gebruikt de betekenis van het trauma een nieuw kader te geven. In de behandeling zijn naast hypnose ook interventies vanuit CGT, emotiegerichte therapie en mindfulness gebruikt.	-Aantal sessies dat nodig is voor verbetering is variabel -Leeftijd waarop trauma plaats vindt en duur lijkt van invloed te zijn op behandeluitkomst. -Hypnose kan een belangrijke methode zijn in de behandeling van mensen met een complex trauma.	Er wordt fasering aangebracht in behandeling. Duur van de verschillende fasen is variabel.	Clïent karakteristieken: A: 33 jaar, seksueel misbruik door vader. Heftige problemen emotieregulatie, alcoholmisbruik B: 20 jaar, seksueel misbruik door neef. Paniek, angst en sociale terugtrekking. C: 21 jaar, verkracht tijdens date. Flashbacks, nachtmerries, spanning depressief en gedachten van zelfdoding. D: 35 jaar, 8 jaar mishandeld door partner. Verstoorde slaap, nachtmerries, flashbacks, angst onrustig en vermijding. Allemaal met Chinese achtergrond.	Behandeling gegeven door eerste auteur, klinisch psycholoog.	Kwaliteit: C <ul style="list-style-type: none"> <li>Klinische relevantie: behandelprotocol wordt niet toegelicht.</li> </ul> <b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b>

*Bijlage 3.1.6. Overige behandelingen*

Auteur	Steekproef	Behandeling	Effect behandeling	Effect fasering	Behandelindicatoren	Behandeldisciplines	Kritische respons
Blaz-Kapusta 2008	1	Een casestudie naar het effect van psychologische behandeling. De behandeling bestaat uit 3 fasen: stabilisatie, rouwen en verwerken trauma en aansluiten bij maatschappij. Behandeling duurt anderhalf jaar en is vooral gebaseerd op technieken vanuit CGT.	Symptomen behorende bij complex PTSS zijn aan het eind van de behandeling significant verlaagd en de cliënt benoemt het nu zelf te willen proberen. Het wantrouwen in mannen is onveranderd.	Verschillende fasen (stabilisatie, rouwen en verwerken trauma en aansluiten bij maatschappij) vragen verschillende technieken (wordt niet verder toegelicht).	29-jarige vrouw meldt zich terwijl zij een relatie heeft met een man die haar mishandelt (ze hebben samen 1 kind). Ze meldt een verleden vol agressie en mishandeling. Ze voldoet aan de criteria voor complexe PTSS.	Wordt niet toegelicht.	Kwaliteit: C <ul style="list-style-type: none"> <li>Klinische relevantie: Behandelprotocol wordt niet toegelicht.</li> </ul> <b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b>
Carr et al. 2011	17 ( 9 in muziekgroep (1 drop-out) en 8 in controle groep.	Een RCT naar de effectiviteit van groep muziektherapie gedurende 10 sessies. -Tijdens sessies 1 en 2 worden de muziekinstrumenten en improvisatie geïntroduceerd. -In sessie 2 worden ook instrumenten die moeilijk te tolereren zijn gebruikt (bv harde schelle tonen). -Vanaf sessie 3 werd dmv drummen gewerkt aan groepscohesie, zelfexpressie en leiderschap. - Vanaf sessie 7 werd muziek gebruikt om vorm te geven aan sterke emoties en werd toegewerkt naar het einde van de	Muziektherapie zorgde voor klinisch significante verbetering op het gebied van aan PTSS gerelateerde klachten. Vooral vermijding was verminderd. Depressie was verminderd. Bij start waren deelnemers angstig over wat er van hen verwacht werd, aan het eind waren zij juist kalm. Helpend volgens deelnemers: sociale contacten, rustgevend en gelijkwaardig voelen. Deelnemers noemden emotie beter te kunnen reguleren door muziek.	-	Clïentkarakteristieken -Mensen die na behandeling CGT nog aan diagnose PTSS voldoen -18-65 jaar -14 gebruikten antidepressiva, 4 antipsychotica, 2 benzodiazepines, 3 hypnotica.	Muziektherapeuten getraind in het gebruik van verschillende instrumenten.	Kwaliteit A <ul style="list-style-type: none"> <li>Overige methodologische kenmerken: kleine steekproef, proefpersonen worden betaald voor deelname, geen actieve controle interventie, steekproeven zijn verschillend bij start, interventie naast lopende behandeling, bepaling uitkomstmaat is niet valide/ betrouwbaar.</li> <li>Klinische relevantie: sterkte van het effect is te klein om relevant te zijn.</li> </ul> <b>Mate van bruikbaarheid is middelgroot.</b>

Classen et al., 2011	166 (random verdeeld: TFGT: 55, PFGT: 56 en wachtlijst: 55).	<p>interventie.</p> <p>RCT waarin trauma-focused-groeps-therapie (ftgt), present-focused-groeps-therapie (pfgt) en wachtlijst met elkaar vergeleken worden. Actieve behandeling bestaat uit 3 fasen:</p> <p>1) beide groepen gericht op vertrouwen en veiligheid in groep, psychoeducatie. TFGT wordt gestimuleerd over trauma te praten, PFGT wordt gestimuleerd over problemen in hier en nu te praten.</p> <p>2) TFGT deelnemers praten over traumatische gebeurtenissen en hoe dit te maken heeft met huidige problemen (doel: hier controle over krijgen). PFGT onderzoeken niet adaptieve gedragspatronen, negatief zelfbeeld en controle krijgen over affectieve en cognitieve toestand</p> <p>3) beide interventies zijn gericht op het consolideren van het geleerde.</p> <p>Duur: 24 sessies, wekelijks.</p>	<p>-Groepstherapie is effectief in het verminderen van PTSS symptomen</p> <p>-Groepstherapie is niet effectief in het verminderen van het risico op HIV (risicovol gedrag)</p> <p>-Er is geen verschil in effectiviteit in TFGT en de PFGT gevonden m.b.t. PTSS klachten. Wel nam in TFGT boosheid meer af.</p> <p>-Gevonden effecten beide actieve behandelingen: verminderen arousal, herbelevingen, boosheid, depressie, dissociatie en seksuele zorgen.</p>	<p>Behandeling bestaat uit drie fasen. In conclusie wordt vermeld dat er mogelijk te snel met therapie begonnen is en dat de complexe doelgroep mogelijk eerst een langere stabilisatiefase nodig heeft.</p>	<p>Clïënt karakteristieken:</p> <p>-Vrouwelijke slachtoffers van seksueel misbruik tijdens jeugd</p> <p>-18 jaar of ouder</p> <p>-Risicovol seksueel gedrag of verkracht op latere leeftijd</p> <p>-Groepstherapie moet kunnen (bv niet bedreigend voor anderen, agressief)</p> <p>-Voldoen aan criteria voor middelenafhankelijkheid.</p> <p>-Niet: psychotisch, suïcidaal, slachtoffer van ritueel misbruik, verstandelijk beperkt.</p> <p>-Het lijkt erop dat het grootste gedeelte van de vrouwen complexe PTSS heeft (niet formele diagnose)</p>	<p>Interventie wordt gegeven door 22 ervaren therapeuten (waaronder 8 psychologen, 2 psychiaters, 10 master level therapeuten). Allen hebben ervaring met groepswork en traumawerk. Allen hebben behandelprotocol gelezen, een eendaagse workshop gevolgd en ontvangen wekelijks supervisie.</p>	<p>Kwaliteit: A</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Overige methodologische kenmerken: proefpersonen worden betaald voor deelname, interventie naast lopende behandeling.</li> </ul> <p><b>Mate van bruikbaarheid is groot.</b></p>
Connor et al., 2008	1	<p>Casestudie naar gefaseerd model op basis van HEALTH</p> <p>H: having supportive therapist</p> <p>E: ensuring personal safety</p> <p>A: assisting with daily functioning</p> <p>L: learning to manage core PTSD symptoms</p> <p>T: treating complex PTSD symptoms</p> <p>H: having patience en persistence to enable ego strengthening</p> <p>Er werden technieken gebruikt uit verschillende benaderingen: CGT, interpersoonlijke psychotherapie, gestalt therapie en vaardigheidstraining.</p> <p>Behandeling bestond uit 24 individuele sessies (aangevuld met groepsessies).</p>	<p>Metingen op vragenlijsten geven weinig inzicht in verbeteringen (bij start eigen problemen onderschat). Kwalitatieve analyse laat zien er duidelijke verbeteringen waren in klachten behorende bij complexe PTSS: zelfvertrouwen en zelfkennis was vergroot, emotieregulatie was verbeterd (maar nog wel paniekaanvallen), relaties waren verbeterd en kon beter naar traumatische gebeurtenissen kijken.</p>	<p>Gefaseerde behandeling is noodzakelijk en moet flexibel worden uitgevoerd.</p>	<p>26-jarige vrouw met jeugd vol geweld. Zij is gedurende 8 jaar seksueel misbruikt door 2 partners van haar moeder, verbale agressie door moeder, slachtoffer van fysiek en emotioneel geweld en zij werd verwaarloosd. Zij werd voortdurend afgewezen door moeder. Uit zelfmetingen blijkt milde problematiek, maar klinische blik bevestigd complexe PTSS.</p>	<p>Wordt niet toegelicht.</p>	<p>Kwaliteit: C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Overige methodologische aspecten: interventie naast lopende behandeling.</li> </ul> <p><b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b></p>
Kaiser et al., 2010	10	<p>Vergelijkende studie waarin effectiviteit van alleen psychotherapie vergeleken wordt met een combinatie van psychotherapie en sensory integration (SI).</p> <p>SI: 30 dagen duren programma waarin deelnemer op tafel ligt en</p>	<p>De mensen die combinatie behandeling ontvingen verbeterde significant beter dan de psychotherapie groep op het gebied van: zelfperceptie, affect regulatie, impulsregulatie, betekenisverlening.</p>	<p>-</p>	<p>Clïënt karakteristieken:</p> <p>Volwassenen met een geschiedenis van vroegkindertijd interpersoonlijk trauma (seksueel, emotioneel of lichamelijke mishandeling, verwaarlozing) en comorbide problematiek.</p>	<p>Wordt niet toegelicht.</p>	<p>Kwaliteit: B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Overige methodologische kenmerken: kleine steekproef, proefpersonen niet steekproefsgewijs verdeeld, steekproeven verschilden bij voormeting.</li> <li>Klinische relevantie:</li> </ul>

		ondertussen worden zintuigen gestimuleerd: evenwicht, gehoor en zicht. Psychotherapie: behandeling als gebruikelijk in de kliniek.					behandelprotocol wordt niet duidelijk toegelicht.  <b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b>
Murphy 2009	1	Een casestudie die het effect van een cliënt-centered benadering beschrijft. Dit is een niet-directieve therapie waarbij in de therapeutische relatie empathie, onvoorwaardelijke positieve steun en congruentie belangrijk zijn. Duur: 160 sessies gedurende 4.5 jaar.	In behandeling bleken de volgende elementen belang: posttraumatische stress, acceptatie en begrip, nieuwe betekenissen (symbolisme) en groei in relaties. Door het ervaren van onvoorwaardelijke acceptatie en empathie lukte het weer contact met familie op te bouwen en kleine groep vrienden. Er is niet onderzocht in hoeverre symptomen zijn afgenomen (niet cliënt-centered benadering), maar als het doel van behandeling beter begrip van het zelf en groei is, kan de behandeling als geslaagd beoordeeld worden.	Wordt niet beschreven (niet directief)	Man van middelbare leeftijd met een levenslange geschiedenis van mishandeling. Vlak na zijn geboorte is hij in een instelling geplaatst en werd hij lichamelijk, seksueel en emotioneel mishandeld door leiding en groepsleden. Hij werd verwaarloosd en ontving geen liefde. Op school ging mishandeling door en ook na zijn 18 <sup>e</sup> bij ontslag uit de instelling werd hij mishandeld. Gevolg was dat hij zich alleen voelt, angstig is er ondervoed uit, hij het gevoel heeft onder constante dreiging te leven, last had van paniekaanvallen, weinig eigen identiteit had, dronk en cannabis gebruikte. Mogelijk BPS (extreem emotioneel labiel).	Clïent gerichte therapeut (chartered counseling psychologist)	Kwaliteit: C ▪ Klinische relevantie: behandelprotocol wordt niet toegelicht.  <b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b>
Stein et al. 2007	1	Casestudie naar effectiviteit van metalliseren (denken over denken en voelen bij zelf en anderen). Onderzoeken van hechtingsstijl in vroege jeugd, indenen van gevoel en gedachten van anderen, exposure aan traumatische herinneringen (in hier en nu blijven, voorbeeld: rijdende trein stop zetten)	PTSS klachten namen met 75% af. Symptomen van dissociatieve persoonlijkheidsstoornis waren verdwenen. Scheidingsangst bleef bestaan en kon psychose oproepen.	Langdurige behandeling (meer dan 5 jaar) waarbij verschillende componenten rol speelden: opnames, medicatie, dagbehandelingen. Fasering wordt niet duidelijk, maar wel duidelijk dat intensief en langdurig traject is.	37- jarige vrouw met geschiedenis van geweld (door oorlog en oppas) waarbij ouders onvoldoende steun vormen. PTSS, bipolaire klachten, schizoaffectieve stoornis, dissociatieve persoonlijkheidsstoornis. Veel zelfverwendend en suïcidaal gedrag.	Eerste auteur (psychotherapeut) in combinatie met andere behandelaars (zeer veel wisselende behandelingen ten tijde van interventie)	Kwaliteit: C ▪ Overige methodologische kenmerken: interventie naast lopende behandeling.  <b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b>
Twohig 2009	1	Casestudie naar effectiviteit van acceptance en commitment therapy (ACT): niet gericht op overwinnen van gevecht tegen niet helpende gedachten, maar gericht op uit dit gevecht te stappen (acceptatie). Elementen: controleren gedachten is niet zinvol, het leren leven met klachten (in plaats van hier tegen vechten), acceptatie, eigen gedachten niet te serieus nemen, gedachten los kunnen zien van persoon, gedragsoefeningen, naar welke waarden wil je leven, wat is belangrijk voor je, taal is soms ontoereikend. (21 sessies)	-PTSS klachten, angst en depressie zijn afgenomen. -Slaap-, eet- en drinkpatroon verbeterd -Resultaten bleven na 9 maand bestaan -ACT kan een effectieve behandeling zijn voor behandelresistente PTSS	-	De cliënt is een 43-jarige vrouw met behandelresistente PTSS (CGT en psychotherapie sessies) met comorbide depressie en eetstoornis. In haar jeugd is zij lichamelijk en verbaal mishandeld door moeder (dit ging door tot ze in volwassenheid het contact verbrak). Ze ervaart ernstige psychologische stress, flashbacks, paniekaanvallen, gevoelens van waardeloosheid en depersonalisatie, vermijding, concentratie-problemen, agitatie en is niet in staat intieme relaties aan te gaan.	Wordt niet toegelicht.	Kwaliteit: C  <b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b>
Zakaria	1	Casestudie waarbij kunsttherapie	De kunsttherapie bleek effectief	Behandeling was gefaseerd: 1)	Tweeënveertig jarige vrouw met	Multidisciplinair team.	Kwaliteit: C



et al. 2006		wordt toegevoegd aan klinische behandeling. De therapie bestaat uit het maken van tekeningen en de betekenis hiervan bespreken met de therapeut.	bij in het integreren van het verwerken van vroegere trauma's bij het omgaan met het dagelijkse leven.	gericht op automutilatie en suïcidaliteit, 2) gericht op traumaconfrontatie en 3) gericht op integratie	PTSS, borderline persoonlijkheidsstoornis, depressie en paniekstoornis. Slachtoffer van seksueel misbruik, ernstig overgewicht.	Kunsttherapie gegeven door creatief therapeut.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Overige methodologische kenmerken: interventie naast lopende behandeling.</li> </ul> <p><b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b></p>
-------------	--	--	--	---	---	--	--

### Bijlage 3.2. Fasering

De artikelen die gevonden zijn met betrekking tot de fasering van de behandeling bij mensen met complexe PTSS worden hieronder schematisch weergegeven.

#### Bijlage 3.2.1. Geïnccludeerde artikelen fasering

Auteur	Steekproef	Behandeling	Effect behandeling	Effect fasering	Behandelindicatoren	Behandeldisciplines	Kritische respons
Baars et al. 2010	42 (in 2 <sup>e</sup> ronde: 21)	Onderzoek dat een op ervaring gebaseerd prognostisch model voor de stabilisatiefase ontwikkelt door ervaren therapeuten hierover te bevragen.	-	-	<p>Client karakteristieken die invloed hebben op uitkomst stabilisatiefase:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Gebrek aan motivatie</li> <li>-Ernstige comorbiditeit As1</li> <li>-Ernstige comorbiditeit As2</li> <li>-Gebrek aan gezonde relaties</li> <li>-Gesprek aan gezonde therapeutische relaties</li> <li>-Slechte gehechtheid</li> <li>-Zelfdestructief gedrag</li> <li>-Gebrek aan andere interne en externe bronnen (bv extreme vermijding)</li> <li>-Gebrek aan andere interne en externe bronnen op het gebied van dissociatie (bv frequent switchen)</li> </ul> <p>Toekomstig onderzoek moet uitwijzen in welke mate karakteristieken client prognostisch nut hebben.</p>	-	<p>Kwaliteit: C</p> <p><b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b></p>
Cloitre et al. 2004	49 (15 drop-outs)	Onderzoek naar relatie tussen PTSS symptomen en therapeutische relatie en regulatie negatieve emoties. Behandeling bestaat uit 2 fasen: -8 weken (1 keer per week) ontwikkelen van interpersoonlijke emotieregulatie vaardigheden -8 weken (2 keer per week) PE		Een positieve therapeutische relatie in fase 1 voorspelt PTSS reductie in fase 2. Dit doordat negatieve emoties beter gereguleerd werden. Therapeutische relatie is belangrijk element in de behandeling van complexe PTSS bij slachtoffers van misbruik tijdens jeugd.	<p>Client karakteristieken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vrouwen</li> <li>-Geschiedenis van lichamelijk of seksueel misbruik</li> <li>-PTSS</li> <li>-Niet: schizofreen, paranoïde stoornis, middelenafhankelijkheid, dissociatieve stoornis</li> <li>-18-70 jaar</li> </ul>	5 PhD level klinische psychologen getraind door eerste auteur.	<p>Kwaliteit: C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Overige methodologische aspecten: uitkomst alleen gebaseerd op zelfmetingen</li> <li>Client perspectief: hoge drop-out (lage te verwachten naleving)</li> </ul> <p><b>Conclusies uit het artikel zijn niet bruikbaar.</b></p>
Dorrepaal et al. 2006	11 (4 drop-outs)	Beschrijving van pilotstudie. Stabilisatiecursus naast ambulante begeleiding, gericht op verlagen kernsymptomen complex PTSS door psychoeducatie, cognitieve		5 van de 7 completers voldeed na afloop niet meer aan complexe PTSS en na 6 maand, 6 niet meer. Interventie is haalbaar en mogelijk effectief.	Clientkarakteristieken worden niet duidelijk toegelicht.	Een psychiater en een psycholoog	<p>Kwaliteit: B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Overige methodologische aspecten: kleine steekproef, inclusiecriteria worden niet helder beschreven, bepaling van uitkomstmaat is niet</li> </ul>

		gedragsvaardigheden training.					<p>valide/ betrouwbaar, geen actieve controle interventie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klinische relevantie: doelgroep voldoet niet geheel aan complexe PTSS.</li> <li>▪ Cliënt perspectief: hoge drop-out (lage te verwachten naleving).</li> </ul> <p><b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b></p>
Dorrepaal et al. 2010	36 (12 drop-outs)	Pilotstudie naar effect stabilisatie groepsbehandeling gebaseerd op psychoeducatie en CGT. Behandeling duurt 20 weken (2 uur wekelijks), gericht op verlagen kernsymptomen complex PTSS door psychoeducatie, cognitieve gedragsvaardigheden training. Behandeling wordt aangeboden naast TAU.	Symptomen zijn na afloop interventie verminderd.	Onderzoek ondersteunt effectiviteit en bruikbaarheid van de stabilisatiebehandeling. (na afloop voldoet 22% en bij follow up na 6 maand 35% niet meer aan PTSS, en 64% en 78% niet meer aan complexe PTSS)	Cliënt karakteristieken: -PTSS -Complex PTSS -Seksueel of lichamenlijk misbruik voor 16 <sup>e</sup> levensjaar -Niet: antisociale persoonlijkheidsstoornis, huidige psychose, dissociatieve identiteitsstoornis, ernstige alcohol of drugs verslaving/ afhankelijkheid.	Groep werd geleid door 2 therapeuten die eendaagse cursus hadden gehad en onder supervisie stonden.	<p>Kwaliteit: C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cliënt perspectief: hoge drop-out (lage te verwachten naleving).</li> </ul> <p><b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b></p>
Dorrepaal et al. 2012	71 (12 drop outs)	RCT waarin 2 condities worden vergeleken: stabilisatie en TAU, alleen TAU met controlegroep: Stabilisatie: gericht op verlagen kernsymptomen complex PTSS door psychoeducatie, cognitieve gedragsvaardigheden training. TAU: niet geprotocolleerd, maar gericht op dat wat deelnemer nodig heeft (in ieder geval geen exposure). Stabilisatie: hieraan toegevoegde groepstherapie iedere week 2 uur (20 weken)	Zowel TAU als combinatiebehandeling verlaagden PTSS en complex PTSS symptomen.	Zowel TAU als combinatiebehandeling verlaagden PTSS en complex PTSS symptomen. Er werd echter geen significant verschil gevonden in scores. In combinatiebehandeling namen PTSS klachten iets meer af, maar bij complexe PTSS klachten wordt geen significant verschil gemeten.	Cliënt karakteristieken: -PTSS -Complexe PTSS -Seksueel of lichamenlijk misbruik voor 16 <sup>e</sup> levensjaar -Niet: antisociale persoonlijkheidsstoornis, huidige psychose, dissociatieve identiteitsstoornis, ernstige alcohol of drugs verslaving/ afhankelijkheid. Blijkt dat: comorbide BPS naleving behandeling vergroot en dat mensen met dissociatie net zoveel van de behandeling profiteerden.	Stabilisatie: psychotherapeut psychiatrisch verpleegkundige of psychiater die training hebben ontvangen en onder supervisie staan. TAU: psychotherapeut, psychiatrisch, verpleegkundige of psychiater (inclusief medicatie).	<p>Kwaliteit: A</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Overige methodologische aspecten: steekproeven zijn verschillend bij start interventie.</li> </ul> <p><b>Mate van bruikbaarheid is groot.</b></p>
Ford et al. 2005	-	Beschrijving van gefaseerde behandeling: 1)Werkrelatie opbouwen, veiligheid vergoten, vergoten zelfregulatie, relaties. 2)Verwerken trauma herinneringen 3)Vergroten betekenisvolle betrokkenheid bij interpersoonlijk, beroepsmatig, recreatief en spirituele relaties en bezigheden.	Er zijn verschillende therapieën ontworpen die mogelijk effectief kunnen zijn (bv cognitive processing therapy, vaardigheidstraining, dialectische gedragstherapie). Mogelijk hoeft dit niet altijd traumagericht te zijn.	Hoewel niet empirisch onderzocht geven auteurs aan dat behandeling -De mogelijkheid dat cliënt met extreme stress kan omgaan moet vergroten -Persoonlijke zelf effectiviteit moet vergroten -Moet assisteren het niveau van functioneren te handhaven -Moet richten op het aangaan van ervaringen (dus niet vermijden) -Rekening moet houden met reacties cliënt en tegenoverdracht.	-	-	<p>Kwaliteit: D</p> <p><b>Conclusies uit het artikel zijn niet bruikbaar.</b></p>
Korn et al. 2002	2	Casestudie onderzoekt effectiviteit stabilisatiefase	-	Beide cliënten: significante vermindering 'target' gedrag.	Cliëntkarakteristieken: -beide complex PTSS, PTSS,	Eerste auteur (functie wordt niet duidelijk)	Kwaliteit: C

		<p>volgens RDI protocol. Bestaat uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Herkennen van welke hulpbron nodig is</li> <li>-Herkennen van krachtige kenmerken, herkennen sociale steun en symbolen</li> <li>-Verzamelen van meer informatie</li> <li>-Onderzoeken of associatie positief is</li> <li>-Installatie van hulpbron</li> <li>-Versterken van de hulpbron</li> <li>-Voorbereiden hoe hulpbron in toekomst te gebruiken.</li> </ul>		<p>ook bij follow-up na 1 maand.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)binge-eating, angst en depressie afgenomen</li> <li>2)depressie, boosheid, zelf verwondend gedrag afgenomen.</li> </ol> <p>Casestudie onderschrijft effect RDI in behandeling complexe PTSS.</p>	<p>BPS, depressie</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)39 jaar, seksueel misbruikt door vader, emotionele mishandeling en verwaarlozing door ouders. 'verlegen, bang voor de wereld, fragiel en een mislukking'</li> <li>2)31 jaar, lichamelijke mishandeling door vader, emotionele mishandeling en verwaarlozing door ouders. 'boos, snel geïrriteerd, onbetrouwbaar, impulsief en zelfdestructief'.</li> </ol>		<p><b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b></p> <p>-</p>
Korn, 2009*		Zie Korn 2009 in kader van EMDR voor behandeling en resultaten.					<p>Kwaliteit: D</p> <p><b>Conclusies uit artikel niet bruikbaar.</b></p>
Müller et al. 2007	8	<p>Onderzoekt effectiviteit groepsgerichte stabilisatietraining bestaande uit 8 sessies van anderhalf uur.</p> <p>Vooraf gericht op: psychoeducatie, emotiecontrole, cognitieve hulpbronnen en het delen van persoonlijke ervaringen. Naast de sessies groepstherapie werd er ook huiswerk gegeven (luisteroefeningen cd) en smsjes gestuurd.</p>		<p>De stabilisatiebehandeling wordt overwegend als waardevol beoordeeld. De deelnemers vonden de behandeling te kort. Het huiswerk en de smsjes werden als minder waardevol ervaren.</p>	<p>Vrouwen met meerdere comorbide problemen. Slechts 2 voldoen aan criteria complexe PTSS. Na vroegkinderlijk en langdurig interpersoonlijk trauma.</p>	-	<p>Kwaliteit: C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klinische relevantie: niet gehele steekproef lijkt aan complexe PTSS te voldoen.</li> </ul> <p><b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b></p>
Neuner, 2008	-	<p>Uiteenzetting over de behandeling van PTSS. Er wordt gedacht dat traumaconfrontatie soms gevaarlijk kan zijn voor mensen met PTSS (bv dissociatie), maar er is geen bewijs voor deze stelling in literatuur gevonden en door traumaconfrontatie te vermijden ontzeg je mensen een evidence-based behandeling.</p>	-	<p>Er wordt gedacht dat stabilisering noodzakelijk is voor mensen met (complexe) PTSS, er wordt in de literatuur hiervoor geen bewijs gevonden. Hierbij kan wel meespelen dat studies strenge selectiecriteria hanteren waardoor resultaten moeilijk zijn te generaliseren.</p>	-	-	<p>Kwaliteit: D</p> <p><b>Conclusies uit artikel niet bruikbaar.</b></p>
Rosner et al. 2010	147	<p>Naturalistische studie onderzoekt: 1) mate van effectiviteit stabilisatiefase en 2) in welke mate wordt stabilisatiefase opgevolgd door traumaconfrontatie</p>		<p>-Het blijkt dat stabilisatiefase matig effect heeft op posttraumatische stressklachten -slechts 13% van de deelnemers ontving (4 jaar na stabilisatie) een traumabehandeling.</p>	<p>Vrouwen met complexe PTSS na seksueel misbruik. 32% rapporteert daarnaast nog 1 trauma, 47% rapporteert daarnaast nog 2 trauma's.</p>	-	<p>Kwaliteit: C</p> <p><b>Mate van bruikbaarheid is klein.</b></p>
Steele et al., 2005	-	<p>Beschrijving gefaseerde behandeling voor mensen met dissociaties door complex trauma. Bestaat uit 3 fasen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Symptoomvermindering en stabilisatie: veiligheid voor alles.</li> </ol>	-	<p>Hoewel niet empirisch onderzoek in dit onderzoek: chronisch getraumatiseerde patiënten kunnen alleen de doelen uit het programma behalen door middel van een</p>	-	-	<p>Kwaliteit: D</p> <p><b>Conclusies uit artikel niet bruikbaar</b></p>

		<p>Werkrelatie therapeut, angst eigen gedachten overwinnen, leren accepteren van dissociatieve gedeelte persoonlijkheid.</p> <p>2) Behandeling traumatische herinneringen. Angst gerelateerd aan hechting met aanvaller, verwerken traumatische herinneringen (voorbereiding, synthese en realisatie)</p> <p>3) Integratie en rehabilitatie: angst voor het normale leven, angst voor gezond risico zoekend gedrag en verandering en angst voor intimiteit.</p>		gefaseerde behandeling.			
Wel-zant 2005	-	<p>Beschrijving van gefaseerde behandeling voor mensen met dissociatieve stoornis en complexe PTSS. Er bestaat consensus over gefaseerde behandeling bestaande uit stabilisatie (o.a. psychoeducatie, vaardigheden oefenen, veiligheid creëren), trauma confrontatie (hier zijn meerdere technieken voor beschikbaar, zoals: cognitieve therapie, hypnotherapie, dialectische gedragstherapie) en de laatste fase gericht op continueren van geleerde en sociale relaties.</p>	<p>Bij mensen met dissociatieve kenmerken is het helpend: empathische relatie opbouwen met cliënt, de ervaringen van de cliënt valideren en zelfdestructief gedrag tegengaan middels contracten.</p>	<p>Hoewel niet empirisch onderzocht; gefaseerde behandeling voor patiënten lijkt nodig. Overgang tussen fasen is niet lineair.</p>	<p>Mensen met complexe PTSS en dissociatieve persoonlijkheidsstoornis</p>	-	<p>Kwaliteit: D</p> <p><b>Conclusies uit artikel niet bruikbaar</b></p>