

Een nieuwe PTSS-behandeling uit Duitsland

Dialectische gedragstherapie en posttraumatische stressstoornis; een modulaire behandeling voor PTSS na seksueel misbruik in de kindertijd – verslag van de lezing gegeven door psycholoog / psychotherapeut Antje Krüger op het NVGP-congres.

Antje Krüger, inmiddels werkzaam in Munster, heeft tot voor kort samengewerkt met Martin Bohus op het Central Institute of Mental Health, Psychosomatic Research Unit in Mannheim. Zij is uitgenodigd om een nieuw behandelaanbod te bespreken dat nog niet in Nederland is geïntroduceerd. Het gaat om een kortdurende gestructureerde behandeling van PTSS in een klinische setting. De behandeling kent zowel individuele onderdelen als onderdelen die groepsgewijs worden aangeboden. Voortbouwend op de dialectische gedragstherapie, een derde generatie cognitieve gedragstherapie gericht op borderline problematiek, is deze behandelmethode ontworpen voor getraumatiseerde patiënten. Martin Bohus, hoogleraar psychiatrie in Mannheim en zijn collega's, en Marsha Linehan, hoogleraar psychologie in Washington, hebben intensief samengewerkt om een samenhangend, evenwichtig en *evidence based* behandelprogramma op te zetten gericht op PTSS. De principes van de dialectische gedragstherapie zijn leidend en tegelijkertijd worden exposure-technieken ingezet om patiënten te helpen ver-

mijding te doorbreken en te ondersteunen in het gericht blijven op het (veilige) hier en nu. Het door hen ontwikkelde behandelaanbod bestaat uit een klinische opname van precies drie maanden, waarvan de eerste drie weken gericht zijn op voorbereiding op de behandeling. Daarna worden zes weken besteed aan exposure-technieken (in vitro exposure, EMDR of een andere exposure-techniek zoals narratieve exposure-therapie) en de volgende drie weken zijn gericht op het zich voorbereiden op terugkeer naar het gewone leven; werk en gezin. In het programma wordt zeer systematisch gewerkt aan psycho-educatie, experiëntiële technieken en stabilisering. Aantrekkelijk in het programma is de transparante opzet, de heldere structuur en de van te voren afgesproken beperkte tijdsduur. Daarmee is het een model dat kan inspireren en hoop kan bieden aan zowel de patiënt als de behandelaar.

PTSS behandeling volgens DGT principes

In de dialectische gedragstherapie staat enerzijds de noodzaak centraal de realiteit

te aanvaarden zoals deze is, en anderzijds de noodzaak te werken aan verandering om te komen tot een betere kwaliteit van leven. Deze benadering is door Marsha Linehan uitgewerkt tot een modulaire therapie die zeer effectief blijkt te zijn in de behandeling van borderline problematiek. Duidelijk is dat ongeveer 75 procent van de patiënten met borderline problematiek bekend is met traumatisering in de voorgeschiedenis. Wanneer er sprake is van PTSS blijken de symptomen niet tot nauwelijks af te nemen door een behandeling die niet specifiek gericht is op de PTSS. De gewone DGT-behandeling is derhalve niet toereikend voor het verminderen van de comorbide PTSS. In het Duitstalige maar ook in het Nederlandstalige gebied is langzamerhand de overtuiging ontstaan dat pas aan traumabehandeling – lees exposure-behandeling – begonnen kan worden wanneer de patiënt voldoende is gestabiliseerd. Tegelijkertijd kan de aanwezige PTSS de patiënt steeds opnieuw uit evenwicht brengen. Er lijkt op deze wijze vaker sprake te zijn van een patstelling voor zowel patiënt als therapeut, waardoor onderbehandeling plaatsvindt. Doordat PTSS-symptomen nauwelijks afnemen wanneer geen specifieke behandeling wordt geboden, bestond er een goede reden een handboek te ontwikkelen gericht op de behandeling van de gevolgen van (seksuele) traumatisering in de kindertijd. Het doel van een succesvolle behandeling van PTSS is volgen Krüger en collega's het verminderen van de ernst van de gevolgen van traumatisering. De dialectiek tussen het aanvaarden van de realiteit en het werken

aan verandering is een essentieel onderdeel van de behandeling van PTSS. Enerzijds zal de patiënt het verleden moeten aanvaarden en moeten opnemen in de eigen biografische geschiedenis. Anderzijds zal de patiënt moeten werken aan verandering, aan het ondanks angst, gaan ervaren van eigen autonomie en kracht ten bate van nieuwe ervaringen in het heden en in de toekomst.

In de DGT-PTSS behandeling wordt een gedetailleerde analyse gemaakt met de individuele patiënt om te onderzoeken welke gedragspatronen de PTSS in stand houden en wordt afgesproken hoe deze patronen doorbroken worden. Centraal staat contingentmanagement, het versterken van gewenst nieuw gedrag en het zo weinig mogelijk bekrachtigen van probleemgedrag. Anderzijds worden duidelijke keuzes gemaakt en wordt de krap bemeten tijd besteed aan het bewerken van het centrale c.q. indextrauma. Wanneer daar nog tijd voor is (in 60% van de gevallen) wordt eventueel een tweede centrale trauma behandeld. De ervaring is dat daarmee voldoende verandering bewerkstelligd kan worden. In het programma wordt veel tijd besteed aan het doorbreken van overlevingsstrategieën die op zich een probleem zijn geworden (secundaire emoties als schuld, schaamte etc.) en worden vaardigheden aangeleerd om direct om te gaan met de primaire emoties die aandacht behoeven. Vaak zijn twee modi herkenbaar bij patiënten, het overspoeld worden door, of het geheel vermijden van heftige emoties. Patiënten wordt geleerd hoe ze hun emoties

kunnen leren verdragen en hanteren, zodanig dat ze hun leven weer meer zelfstandig ter hand kunnen nemen. Het programma is geheel beschreven in een handboek, de interventies zijn evidence based en het programma laat in eerste onderzoeken goede resultaten zien voor acceptatie en *compliance* en een zeer goede effectgrootte voor wat betreft de afname van symptomen van PTSS in een pre- en postvergelijking.

Het DGT-PTSS-programma

Het programma bestaat uit een behandeling van twaalf weken en kent zowel individuele onderdelen als onderdelen die in de groep worden aangeboden (zie bijlage 1). Het team wordt ondersteund door een consultatieteam zoals bekend uit de dialectische gedragstherapie. Tot dusver wordt het programma klinisch aangeboden. Een dagklinisch aanbod zou echter ook mogelijk zijn en er wordt gewerkt aan een ambulante variant van het programma. De behandeling bestaat uit vijf fasen waarvan fase 2, 3 en 4 het meest intensief zijn (bijlage 2). Fase 1 beslaat de pre-treatment en gaat over de indicatiestelling en de voorbereiding op de deelname aan behandeling. Als contra-indicaties worden gezien het op de voorgrond staan van middelengebruik, anorexia (BMI <16), acute psychose, manie of dementie dan wel somatische problemen (ernstige cardiovasculaire klachten) waardoor een verhoogd spanningsniveau tijdens exposure een probleem kan vormen. Fase 5 beslaat de post-treatment en bestaat

uit een eenmalig terugkomcontact om afspraken door te nemen die zijn gemaakt bij de afronding van het intensieve behandelcontact. De behandeling wordt gezien als intensief onderdeel van een langer durend ambulant behandelcontact, dat betekent dat een verwijzer met de patiënt toewerkt naar deelname aan het programma en de patiënt daarna bij de verwijzer terugkomt.

In Fase 2, die drie weken duurt, worden motivationele factoren (intrapsychische en sociale hindernissen) in kaart gebracht alsmede de individuele cognitieve, emotionele, vermijdings- en ontsappingsstrategieën en wordt een gedetailleerd individueel behandelplan opgesteld. In Fase 3 die zeven weken duurt, worden uiteenlopende vaardigheden (stresstolerantievaardigheden, zelfmanagement bij dissociatie etc.) aangeleerd, om daarna gedurende vijf weken met behulp van exposure te werken aan het indextrauma. In Fase 4 die twee weken duurt, wordt aandacht besteed aan het weer oppakken van het eigen leven waarbij oude gewoonten verlaten moeten worden en een nieuwe positie ingenomen moet worden ten aanzien van het systeem thuis en van het werk. Het gaat om het veroveren van de eigen bewegingsruimte ondanks gevoelens van (agorafobische) angst.

Het aanbod wordt waar nodig individueel aangeboden en waar mogelijk groepsgewijs. In de groep wordt een vaardigheidstraining aangeboden evenals psycho-educatie en psychomotore therapie. Een dagopening, dagsluiting en een mindfulnessstraining (15 minuten) wordt dagelijks aangeboden. Onbegeleid wordt wekelijks een samenwer-

kingsgroep aangeboden. Individueel wordt tweemaal per week psychotherapie geboden (2 maal 35 minuten, echter langer durend in de weken van exposure waarbij de exposure zelf maximaal 40 minuten duurt) en tweemaal per week een sociotherapeutisch gesprek (2 maal 30 minuten). Elke dag wordt individueel stilgestaan bij het invullen van een dagboekkaart (5 minuten). In Mannheim wordt het klinische aanbod van deze behandeling in een open groep van 12 patiënten vormgegeven door een multidisciplinair team (bijlage 3).

Bespreking

Zowel voor patiënten als behandelaren vormen chronische PTSS-klachten een aanmerkelijke belasting door de risico's die gepaard gaan met de diagnose (hertraumatisering, suïciderisico), het vaak langdurend proces (uitputting van de therapeut) en het gebrek aan inbedding van de behandeling in een groter geheel (een poliklinisch contact dat beperkte mogelijkheden biedt voor de *holding* van de patiënt en van de therapeut). Het is daarom van groot belang een goed behandel aanbod te ontwikkelen voor PTSS. Een *evidence based* traumabehandeling op basis van dialectische gedragtherapieprincipes waarin emotieregulatietraining centraal staat, naast het omgaan met nachtmerries, het verminderen van herbelevingen, het omgaan met het eigen lichaam en het omgaan met belastende herinneringen, lijkt aantrekkelijk. Deze behandeling is goed onderzocht, helder beschreven en wordt in een periode van drie maanden

uitgevoerd in een klinische setting waarna overdracht plaatsvindt naar de poliklinisch behandelaar. De beperkte tijdsduur van de intensieve en goed ingebedde behandeling kan zowel de cliënt als de behandelaar bemoedigen in het aangaan van een behandeltraject waarin direct de focus komt te liggen op aanpak van de PTSS.

Onderzoeksresultaten laten zien dat patiënten op deze wijze een goede kans hebben te herstellen van de PTSS en beter in staat zijn hun eigen leven te hervatten.

Het hier beschreven behandelprogramma laat zich invoegen in meerdere settings waarbij de klinische setting zeer aantrekkelijk is omdat het systeem van de patiënt ontlast wordt bij een dergelijke intensieve maar tevens kortdurende PTSS-behandeling. De belasting van het systeem rondom een cliënt met chronische PTSS is vaak aanzienlijk.

Bij de aanwezigheid van chronische posttraumatische stressklachten is de zorgconsumptie hoog doordat een intensief behandeltraject nogal eens wordt verlengd en doordat veelal langdurig een individueel behandelcontact wordt geboden omdat klachten zeer invaliderend zijn en re-integratie moeizaam verloopt. Een korte intensieve periode van behandelen waarmee op een veilige wijze wordt ingezet op het doorbreken van vermijding en het weer oppakken van het eigen leven en van verantwoordelijkheden in de maatschappij, lijkt een positieve uitwerking te kunnen hebben op de bestaande wachtlijsten voor (ambulante) behandeling.

Antje Krüger biedt een duidelijke schets van deze behandeling, waarbij het accent

zeer sterk ligt op het aanleren van vaardigheden. Zeer systematisch, zoals wij dat kennen van de DGT, wordt aandacht geschonken aan het leren omgaan met en verminderen van symptomen van PTSS. De setting in Mannheim is vergelijkbaar met een afdeling in een (psychosomatisch) ziekenhuis en biedt de groep patiënten een gevarieerd en intensief dagprogramma en een verblijf. De setting is echter niet ingericht op milieutherapie en dat betekent dat de groep niet psychotherapeutisch wordt ingezet maar alleen als steungroep. De patiënten voelen zich zeer gezien door de individuele aandacht die ze krijgen en de afspraak dat men niet met elkaar spreekt over elkaars problematiek, in het bijzonder niet over de doorgemaakte trauma's. Daarmee past het aanbod niet zozeer in een

psychotherapeutische groepsbehandeling maar is het een zeer individueel gericht behandel aanbod dat wel wordt ondersteund door een groepssetting. Tijdens mijn werkbezoek in 2011 aan de kliniek in Mannheim was ik onder de indruk van de gedegen uitgewerkte en uitgevoerde behandel methode, de betrokkenheid van de medewerkers en de moed en het doorzettingsvermogen van de patiënten. Ik denk dat het een goed programma is dat zeker een plaats verdient in de Nederlandse GGZ. Veel dank voor de komst van Antje Krüger en haar heldere presentatie.

Silvia M. Pol

Klinisch psycholoog / psychotherapeut,
werkzaam bij Scelta, expertisecentrum
voor persoonlijkheidsproblematiek te
Apeldoorn, onderdeel van GGNet

Bijlages

Bijlage 1

Behandelingmodaliteiten

Individuele Interventies:

Individuele psychotherapie:

2 x 35 min. / week (bij exposure langer maar het exposure-deel duurt maximaal 40 minuten)

Individuele sociotherapie:

2 x 30 min. / week

Bespreken van dagboekkaart, dagelijks:

5 x 5 min. / week

Groepsinterventies:

DGT-PTSS Vaardigheden training:

1 x 90 min. / week

Samenwerking, onbegeleid:

1x 60 min. / week

Mindfulness / kernoplettendheid:

5 x 15 min. / week

Psycho-educatie: 1 x 60 min. / week

Dagopening en dagsluiting:

10 x 15 min. / week

PMT: 1 x 60 min./ week

Bijlage 2

Structuur van het PTSS-DGT-programma

- Fase 1) Pre-treatment
 - Fase 2) Therapieplanning
 - Fase 3) Exposure-therapie
 - 3 A) Voorbereiding
 - 3 B) Uitvoer exposure
 - Fase 4) Afsluitfase
 - Fase 5) Post-treatment
-

Bijlage 3

Een intensief programma

- 12 weken
- Open groep
- Homogene populatie
- Multidisciplinair team
 - 1.25 Therapeut voor 12 patiënten
 - 0.25 Psychiater
 - 4.5 Sociotherapeuten
 - 0.2 PMT
 - 0.3 Maatschappelijk werker/spv