

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online) tijdschriften van Boom uitgevers zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

No part of this article may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of the publisher.

Klinische traumabehandeling in combinatie met dialectische gedragstherapie

*Een kijkje bij de Traumaverwerkingskliniek
Leeuwarden aan de hand van casuïstiek*

► ANNEMIEKE KAMSTRA, MILOU WIERSUM, MIRJAM MEEK, ROBERT SCHOEVERS, SYBOLT DE VRIES & FREDERIKE JÖRG

Samenvatting Klinische dialectische gedragstherapie gecombineerd met traumabehandeling (DGT-PTSS) richt zich op cliënten met een ernstige posttraumatische-stressstoornis (PTSS) en comorbide problematiek. Eerder onderzoek toonde in een *randomized controlled trial* met een *treatment-as-usual*-conditie de effectiviteit van het behandelprogramma aan bij vrouwen met een PTSS na vroegkinderlijk seksueel misbruik. De behandeling, die enerzijds geprotocolleerd is en anderzijds aansluit bij de persoonlijke problematiek en doelen van de cliënt, wordt geïllustreerd met casuïstiek. Maaike en Klaas, twee cliënten met een lange psychiatrische voorgeschiedenis, profiteerden van deze geïntegreerde behandelvorm. Zij kampten naast een ernstige PTSS, ontstaan na vroegkinderlijk trauma, met heel uiteenlopende comorbide klachten. Klinische DGT-PTSS is onderdeel van recente ontwikkelingen in het traumaveld en past binnen het brede behandelaanbod in Nederland voor cliënten met ernstige traumagerelateerde klachten.

TREFWOORDEN — *posttraumatische-stressstoornis (PTSS), dialectische gedragstherapie (DGT), traumabehandeling, borderline-persoonlijkheidsstoornis*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Klinische DGT-PTSS combineert dialectische gedragstherapie met traumabehandeling en richt zich op cliënten met een ernstige PTSS en comorbide problematiek.
- Het geïntegreerde behandelprogramma is geprotocolleerd en sluit tegelijkertijd aan bij de casusconceptualisatie van individuele cliënten.
- Klinische DGT-PTSS is een landelijk behandelaanbod dat relatief recent ontwikkeld werd.

Inleiding

‘Een hels traject, waardoor ik beter weet wie ik ben.’ Een treffende opmerking van Maaïke tijdens de evaluatie van haar behandeling op de Traumaverwerkingskliniek, waar we dialectische gedragstherapie (DGT) combineren met traumagerichte behandeling. Deze combinatie past uitstekend in het gedachtegoed van DGT: interveniëren op één onderdeel is pas zinvol als de brede context van de cliënt wordt meegenomen.

In dit artikel bespreken we eerst kort de ontwikkeling in het denken over effectieve en efficiënte behandelingen voor PTSS en emotieregulatieproblemen na vroegkinderlijke traumatisering. Vervolgens bespreken we de theorie achter DGT. Ten slotte illustreren we aan de hand van casuïstiek de huidige werkwijze van het klinische DGT-PTSS-programma in de Traumaverwerkingskliniek van GGZ Friesland.

Ontwikkelingen in de behandeling voor PTSS en emotieregulatieproblemen

Het traumalandschap in Nederland wordt gekenmerkt door een diversiteit aan behandelsettings en behandelvormen, en door een grote verscheidenheid aan traumagerelateerde klachten. Er zijn ontwikkelingen die de behandeluitkomsten verder kunnen verbeteren voor cliënten met een PTSS na (herhaaldelijk) vroegkinderlijk trauma en comorbide problematiek die onvoldoende opknappen of voortijdig uitvallen uit reguliere behandelingen. Recente onderzoeken naar cognitieve therapie, *cognitive processing therapy* (CPT) en *prolonged exposure* (PE) laten bijvoorbeeld zien dat wanneer sessies kort op elkaar volgen, PTSS-klachten vlotter afnemen (Ehlers et al., 2014; Gutner et al., 2016). Ook de IMPACT-trial in Nederland toonde aan dat het intensiever aanbieden van imaginaire exposure (IE) leidde tot een snellere afname van klachten (Opel et al., 2021). De mate waarin de klachten afnamen was vergelijkbaar met wekelijkse IE-sessies, en met de combinatie van Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) en IE. In een systematische review van hoofdzakelijk observationele studies lijken kortdurende, intensieve programma's waarin minstens twee traumagerichte sessies per week aangeboden worden voor verschillende doelgroepen effectief te zijn (Sciarrino et al., 2020). Ook toont deze review aan dat de drop-out tijdens deze intensieve behandelingen een stuk lager ligt dan bij een minder intensieve poliklinische behandeling (5,5% berekend over vijf studies, vergeleken met 18% tot 39% in voorgaande studies). Een andere ontwikkeling is het combineren van persoonlijkheids- en traumagerichte behandeling, zoals schematherapie met EMDR (Driessen & ten Broeke, 2014) of DGT gecombineerd met traumagerichte behandeling. In een pilot randomized controlled trial (RCT) werd poliklinische DGT vergeleken met DGT in combinatie met IE en exposure in vivo bij cliënten ($n =$

26) met PTSS en een borderline-persoonlijkheidsstoornis (Harned et al., 2014). De combinatie van deze behandelvormen bleek het meest effectief in het verminderen van zowel PTSS-klachten, zelfbeschadigend gedrag als suïcidaliteit. Een recente RCT bij een grotere groep patiënten ($n = 193$) toonde aan dat zowel de combinatie van poliklinische DGT en exposure als CPT bij vrouwen met PTSS-klachten gerelateerd aan vroegkinderlijk fysiek of seksueel geweld effectief waren in het verminderen van PTSS-klachten (Bohus et al., 2020). In deze studie leidde DGT met exposure vaker tot remissie van de PTSS en was de drop-out lager (25,5% vs. 39%) dan in de CPT-groep. Bohus en collega's (2013) ontwikkelden in Duitsland een 12 weken durend klinisch behandelprogramma (DGT-PTSS). In een RCT vergeleken ze de behandeling met een treatment-as-usual-conditie en bleek DGT-PTSS wederom effectief bij vrouwen met PTSS na vroegkinderlijk seksueel misbruik. Hoewel effectiviteit ten opzichte van een wachtlijst niet heel veelzeggend is, kan worden gesteld dat DGT-PTSS goede resultaten heeft laten zien voor cliënten met en zonder comorbide borderline-persoonlijkheidsstoornis. Deze indicatie voor effectiviteit deed GGZ Friesland in 2014 besluiten om te starten met dit programma, waarbij professor Bohus het behandelteam trainde.

Dialectische gedragstherapie in een notendop

Marsha Linehan (2002) ontwikkelde DGT als behandeling voor cliënten met ernstige suïcidaliteit en borderline-persoonlijkheidsproblematiek. Inmiddels hebben ruim 35 RCT's de positieve behandelresultaten van DGT aangetoond (Harned, 2022), zoals verscheidene recente meta-analyses laten zien (onder andere: DeCou et al., 2019; Panos et al., 2014; Storebø et al., 2020). DGT is oorspronkelijk een poliklinische behandeling, met vier belangrijke pijlers: [1] individuele therapie, [2] groepsvaardigheidstraining, [3] 24-uurs telefonische consultatie, en [4] een consultatieteam (DGT-intervisie) voor therapeuten. De groepsvaardigheidstraining bevat vier modules: [1] mindfulness, [2] intermenselijke effectiviteit, [3] emotieregulatie, en [4] frustratietolerantie (Linehan, 2016). Vanwege de grote hectiek in het leven van mensen met borderline-persoonlijkheidsproblematiek kennen DGT-behandelssessies een hiërarchie in de onderwerpen die aan bod komen: een sessie begint na een mindfulnessoefening altijd met aandacht voor eventuele levensbedreigende gedragingen, zoals suïcidaliteit en zelfbeschadigend gedrag; vervolgens komt therapieverstorend gedrag aan bod, zoals te laat komen of afgesproken huiswerk niet doen; de volgende en laatste in de rij zijn gedragingen die de kwaliteit van leven van de cliënt in de weg staan, zoals comorbide problematiek of meer praktische problemen, zoals schulden of huisvestingsproblemen (van Dijk, 2013). Deze hiërarchie geeft zowel de cliënt als de hulpverlener structuur. De genoemde gedragingen worden geanalyseerd met behulp van een 'ketenanalyse', waarin de cliënt zo precies mogelijk de keten van gebeurtenissen beschrijft tussen de

eerste trigger en het uiteindelijke gedrag, de positieve en negatieve gevolgen van het gedrag, en hoe het in de toekomst kan worden voorkomen. DGT is bij uitstek een gedragstherapie waarin het aanleren van nieuwe vaardigheden en het inzetten van nieuw gedrag centraal staat. Het is zodoende van meerwaarde in de verwerking van traumatische gebeurtenissen uit het verleden, omdat de cliënt tegelijkertijd vaardiger wordt in het inzetten van niet-traumagerelateerd gedrag.

De inhoud van de DGT-behandeling en de houding van de DGT-therapeut komen onder andere voort uit twee belangrijke uitgangspunten. Allereerst is dat de *biosociale theorie*. Deze theorie geeft weer hoe kinderen met een kwetsbare predispositie die opgroeien in een omgeving waarin structureel invaliderend op hun emoties wordt gereageerd emotieregulatieproblemen kunnen ontwikkelen (Linehan, 2016).

Het tweede belangrijke uitgangspunt van DGT is de *dialectiek*. Linehan (2002) omschrijft de dialectiek als een filosofisch wereldbeeld dat uitgaat van een doorlopend veranderende werkelijkheid, waarin alles met elkaar verbonden is. Volgens de dialectiek bestaat er nooit slechts één kant aan een situatie of ervaring; iets is nooit zwart-wit. Er is niet één oplossing de beste, maar juist door de tegenstellingen naast elkaar te leggen, ontstaan er nieuwe ideeën en oplossingen (van Dijk, 2013).

Het gedachtegoed achter DGT is bepalend voor de attitude van de DGT-therapeut naar cliënten en collega's (Linehan, 2016). Vanuit haar ervaring met suïcidale cliënten beschrijft Linehan (2002) de therapeutische relatie als essentieel binnen de behandeling. Een achttal veronderstellingen helpt de DGT-therapeut om niet bevooroordeeld te zijn en komt de relatie met de cliënt ten goede (zie box 1). Om een constructieve therapeutische relatie op te bouwen is het van belang dat de therapeut al deze veronderstellingen ter harte neemt.

Box 1: De acht basisveronderstellingen uit DGT (Linehan, 2002)

- 1 Cliënten doen wat ze kunnen.
- 2 Cliënten hebben de wil om beter te worden.
- 3 Cliënten moeten harder werken, gemotiveerder zijn voor verandering en nog meer hun best doen.
- 4 Ook wanneer cliënten hun problemen niet zelf hebben veroorzaakt, zijn zij degenen die ze moeten oplossen.
- 5 Voor cliënten met borderlineproblematiek (en suïcidaliteit) voelt het leven op dit moment onverdraaglijk.
- 6 In alle essentiële contexten moeten cliënten nieuw gedrag aanleren.
- 7 Cliënten kunnen niet falen in de behandeling (mogelijk sloten de therapie of behandelaar onvoldoende aan).
- 8 Voor therapeuten die werken met cliënten met borderline-persoonlijkeitsproblematiek en suïcidaliteit is steun nodig.

Behandelprogramma van de klinische DGT-PTSS

In het DGT-PTSS-behandelprogramma van de Traumaverwerkingskliniek bij GGZ Friesland komen cliënten in behandeling met zowel een PTSS, meestal ten gevolge van meervoudige vroegkinderlijke traumatisering, als met emotieregulatieproblemen (denk aan: eetproblemen, zelfbeschadiging, suicidaliteit, dwangklachten). Zij krijgen een klinische opname van 12 weken, waarbij er enerzijds traumaverwerking met behulp van imaginaire exposure (en optioneel EMDR) wordt ingezet, en anderzijds emotieregulatievaardigheden worden aangeleerd met behulp van DGT. Twee van deze cliënten zijn 'Maaïke' en 'Klaas'. Hun namen zijn gefingeerd; beide cliënten gaven mondeling en schriftelijk toestemming voor de publicatie van dit artikel. Via hun behandeling geven we een kijkje in de keuken van dit behandelprogramma door de ogen van de therapeut.

Casus Maaïke Maaïke meldt zich voor een intakegesprek bij de Traumaverwerkingskliniek. Ze is eerder behandeld voor haar eetstoornis en werd vanuit de afdeling eetstoornissen verwezen naar de Traumaverwerkingskliniek voor het klinische DGT-PTSS-programma. Zij is 26 jaar en worstelt met herbelevingen en overspoelende emoties. Om haar hevige emoties te dempen, gebruikt ze dagelijks cannabis, sport ze overmatig en eet ze te weinig. Er is sprake van een PTSS (dissociatief subtype), kenmerken van een borderline-persoonlijkheidsstoornis, emotieregulatieproblemen, cannabisgebruik, een restrictief eetpatroon en eenzaamheid. In haar voorgeschiedenis kreeg zij te maken met vroegkinderlijk seksueel misbruik, fysieke mishandeling binnen het gezin en affectieve verwaarlozing. Op 16-jarige leeftijd verhuisde zij naar een pleeggezin. Zij had vervolgens meerdere relaties waarin zij seksueel misbruikt en fysiek mishandeld werd. Ze werd in het verleden meerdere malen verwezen voor intensieve persoonlijkheidsbehandeling, maar zag daarvan af om zich te kunnen richten op het volgen van een opleiding. Deze opleiding ronde zij echter niet af. Op dit moment heeft ze een prettige relatie, waarin haar grenzen gerespecteerd worden. Nu er meer rust in haar leven is, wil ze graag behandeling. Door de meegemaakte traumata is zij ervan overtuigd dat ze er alleen voor staat in het leven en dat anderen misbruik van haar maken als zij zich kwetsbaar toont. Ze stelt hoge eisen aan zichzelf en ze is perfectionistisch ingesteld. Dat maakt haar tegelijkertijd ook een doorzetter. Haar krachtbronnen zijn onder andere haar intelligentie, haar liefde voor dieren en momenteel de gezonde relatie met haar partner. Ze is gemotiveerd voor behandeling. Ze geeft aan deze investering te willen doen om zich vervolgens opnieuw te kunnen oriënteren op werk en opleiding.

Maaïke zit tegenover me. Ik zie een kleine, jonge vrouw, die goed uit haar woorden komt en mij een stevige handdruk geeft. Ze verdwijnt bijna in de grote fauteuil. Toch maakt ze een sterke indruk. De woorden die ze kiest en de duidelijkheid waarmee ze haar verhaal vertelt, geven

haar iets krachtigs. Ze weet wat ze wil. Tegelijkertijd geeft ze mij het gevoel dat ik niet te dicht bij haar mag komen. Ik ben onder de indruk van de forse traumatisering en verwaarlozing die ze heeft moeten meemaken. Als ik wat meer doorvraag naar haar gevoel, zie ik haar trillen. Als het gaat om deze heftige emoties, komen de woorden niet meer vanzelf. Zoekend naar woorden en soms stotterend probeert ze woorden te geven aan haar gevoel. Haar doelen? 'Ik wil grip krijgen op mijn herbelevingen, en minder gespannen en schrikachtig door het leven gaan' en: 'Ik wil ook op seksueel gebied kunnen genieten van mijn relatie en mij minder alleen voelen.'

Casus Klaas Klaas is 50 jaar als hij met forse PTSS-klachten, cluster B persoonlijkheidsproblematiek, emotieregulatieproblemen, alcoholmisbruik en een conversiestoornis in de vorm van pseudo-epileptische aanvallen verwezen wordt naar het klinische DGT-PTSS-programma. Voorgaande behandelingen in zijn leven richtten zich op de eerder gestelde borderline-persoonlijkheidsstoornis met narcistische trekken. Klaas leerde om bij oplopende gevoelens van agressie van anderen weg te lopen. Hij bouwde zijn alcoholgebruik af, maar zijn lijdensdruk bleef hoog en zijn PTSS-klachten werden zichtbaarder. In de voorgeschiedenis is er sprake van seksueel misbruik door verschillendeaders, jarenlange ernstige fysieke mishandeling, emotionele mishandeling en verwaarlozing door zowel zijn biologische ouders, als in het kindertehuis en in een pleeggezin. Ook heeft hij een pestverleden. Vanaf zijn achttiende kwam Klaas in het criminele circuit terecht, waarna hij voor meerdere delicten in detentie zat. Hij was getuige van fysiek geweld, waaronder de mishandeling van een goede bekende met dodelijke afloop en de suïcide van een medegevangene. Ook gebruikte hij zelf fysiek geweld. 'Klinische behandeling is wat anders dan detentie.' Ik heb Klaas aan de telefoon en we bespreken zijn mogelijke deelname aan het behandelprogramma. Klaas meldde zich in het weekend bij de crisisdienst. Hij heeft veel alcohol gedronken en weet niet meer hoe hij zijn spanning moet hanteren. Ik bel hem hierover na het weekend op. Ik wil graag begrijpen waarom hij juist dit weekend contact opnam met de crisisdienst. Klaas vertelt dat hij erg gespannen is voor de behandeling. Als ik hierop doorvraag, vertelt hij dat hij het gevoel heeft dat hij zich vrijwillig laat opsluiten, terwijl hij niets heeft gedaan. Ik hoor de spanning in zijn stem en vraag door over dit gevoel. Klaas denkt dat het komt door zijn periode in detentie. Ik hoop dat hij de behandeling aangaat, omdat ik denk dat hij er veel baat bij kan hebben. Tegelijkertijd heb ik in mijn achterhoofd dat hij degene is die zich moet committeren aan het behandelprogramma. Gaandeweg zakt zijn spanning en hoor ik hem met meer vastberadenheid zeggen dat hij de behandeling echt wil. Als ik ophang, heb ik er vertrouwen in dat ik Klaas de volgende dag mag verwelkomen.

Klaas verwoordt tijdens het opnamegesprek zijn hulpvraag: 'Ik wil graag minder last hebben van nachtmerries, herbelevingen en pseudo-epileptische aanvallen. Ook wil ik leren met boosheid om te gaan zonder agressief te worden en de controle te verliezen. Ik wil angst en verdriet durven voelen en uiten.'

In gesprek met Klaas wordt verder duidelijk dat hij ervan overtuigd is dat anderen niet te vertrouwen zijn en dat mensen misbruik van hem zullen maken als hij kwetsbaar is. Hij leerde als kind zichzelf te beschermen door net zo lang te vechten tot de ander uitgeschakeld was. Tot slot gelooft hij dat hij er zelf niet toe doet. Hij leerde om emoties als angst, verdriet, schaamte en schuld weg te drukken of ze om te zetten in boosheid en agressie. Tegelijkertijd is hij bang om de controle over zijn boosheid en agressie te verliezen. Hij verdooft emoties met alcohol en cannabis, door voortdurend bezig te blijven en het uiterste van zichzelf te vragen. Vermoeidheid of pijn voelt hij niet.

Ik hoop dat Klaas zijn strijd lust en doorzettingsvermogen kan aanwenden voor de behandeling. Hij is gemotiveerd voor behandeling, is toekomstgericht en weet ondanks alles te kijken naar de positieve dingen in zijn leven (het contact met zijn kinderen, hobby's en een opleiding die hij mogelijk wil volgen na behandeling). Tot slot: Klaas zit in de Ziekte wet, heeft door zijn alcoholgebruik leverproblemen, en heeft weinig steun en sociale contacten.

Klinische DGT-PTSS: het behandelproces

Als er, zoals bij Maaïke en Klaas, sprake is van complexe problematiek, is het opstellen van een goede casusconceptualisatie essentieel. In de kliniek doen we dit samen met de cliënt en stellen we vervolgens samen een behandelplan op. Na de intake- en diagnostiekfase vindt er voor de start van de behandeling een commitmentgesprek plaats. Een belangrijk principe binnen de DGT en de klinische DGT-PTSS is commitment: werkelijke verbondenheid aan de therapiedoelen, en duidelijkheid en afstemming over de wederzijdse verwachtingen. We gaan ervan uit dat cliënten gemotiveerd zijn, maar zeker bij dit type problematiek verwachten we dat die motivatie onder druk komt te staan en cliënten ondanks deze motivatie nog een stapje extra moeten zetten om de behandeling tot een succes te maken. Dit is conform een van de acht veronderstellingen uit box 1: cliënten moeten beter hun best doen, harder werken en gemotiveerder zijn voor verandering.

Casus Maaïke Tijdens het commitmentgesprek met Maaïke komt haar moeite met eten en haar overmatig sporten aan de orde. We bespreken het belang om dit in de behandeling aan te pakken en haar bereidheid hiertoe. Maaïke geeft aan hier absoluut aan te willen werken, maar niet telkens eetlijsten in te willen vullen. Ik ga daarmee akkoord. Het is im-

mers geen behandeling voor eetproblemen. ‘Wat ga je dan doen om voldoende te eten, zodat je deze therapie goed kunt volgen?’ Maaïke geeft aan ons op te zoeken om zich te laten coachen als ze zich niet houdt aan haar eetlijst (die ze eerder met collega’s van de afdeling eetstoornissen heeft opgesteld). Een prima voorstel wat mij betreft. Ik geef hierbij aan dat we dan een ontbrekende-schakelanalyse kunnen gebruiken om te onderzoeken waarom het niet gelukt is om voldoende te eten en wat er mogelijk in de keten van ervaringen ontbreekt om nieuw gedrag in te zetten. Voor mij als therapeut kan het adviseren van een analyse lastig zijn. Je wilt cliënten immers leren om gedrag te onderzoeken en hun niet het idee geven dat ze het niet goed doen. Zeker niet bij een cliënt als Maaïke, die al zulke hoge eisen aan zichzelf stelt. De analyse roept aanvankelijk frustratie op bij Maaïke: ‘Moet ik dan nog meer mijn best doen? Het is al zoveel!’ Ik snap haar reactie en zeg: ‘Ik kan me goed voorstellen dat het lastig is om nieuw gedrag in te zetten. Waar had je dat in jouw verleden moeten leren?’ Maaïke blijft even stil en reageert dan: ‘Ik vind jou maar vies lief.’ Ik glimlach en geef aan: ‘Dat lijkt mij ook heel onwennig. Laten we samen zoeken naar wat je nu nodig hebt om vriendelijker met jezelf om te gaan als je zoveel hevige emoties voelt.’

Als cliënten geïndiceerd zijn voor en gecommitteerd aan de klinische DGT-PTSS-behandeling, kunnen zij deelnemen aan het programma. De DGT-PTSS-behandeling bij GGZ Friesland is een 12 weken durend programma, dat in drie fasen is verdeeld. Cliënten krijgen een aantal vaste modules aangeboden en kiezen daarnaast een aantal optionele modules, zoals beschreven in tabel 1. De nadruk in de individuele therapie ligt op het behandelen van de PTSS, maar naast meer symptoomgerichte doelen werken cliënten ook aan persoonlijke en herstelgerichte doelen.

Tabel 1 *Overzicht van de modules gedurende de drie fasen van klinische DGT-PTSS*

Individueel	Groep
Individuele therapie (inclusief IE)^{2,3} Exposure in vivo^{2,3,*} DGT-dagboekbespreking ^{1,2,3} Mindfulness ^{1,2,3} Mentorgesprek ^{1,2,3} Systeemtherapie ^{1,2,3} Psychomotorische therapie ^{2,3,*} Beeldende therapie: nachtmerrie-training ^{2,3,*} Contact met ervaringsdeskundige ^{1,2,3}	Skillstraining – basis ^{1,2} en expert ^{2,3} Psycho-educatie ^{1,2} Eigenwaarde ^{2,3,*} Beeldende therapie ^{1,2,3} Het leven veroveren ^{2,3} Psychomotorische therapie ^{1,2,3} Sportmodules: ► Mindful bewegen ^{1,2,3} ► Ochtendsport ^{1,2,3} ► Krachttraining ^{1,2} ► Escrima <i>martial arts</i> ^{1,2,3} ► Sportgroep voor allen ^{1,2,3} ► Zelfverdediging ^{*,1,2,3}

Noot.¹ = Behandelfase 1; ² = Behandelfase 2; ³ = Behandelfase 3; * = Facultatieve module.

Fase 1 beslaat de eerste 2 weken van de behandeling. Hierin stelt de cliënt met behulp van de behandelaar een behandelplan op, met persoonlijke doelen aan de hand van zijn of haar eigen waarden. Verder schrijven cliënten in fase 1 een biografie, stellen ze een levenslijn op en wordt het indextrauma bepaald (het cluster van traumatische ervaringen waardoor de cliënt de meeste klachten ervaart).

We kijken een stukje mee bij een sessie van Klaas. De doelen die Maaïke en Klaas samen met hun behandelaar hebben opgesteld, zijn weergegeven in tabel 2. Deze doelen schrijven Maaïke en Klaas vervolgens SMART uit. Klaas bedacht bij zijn doel om anderen meer te durven vertrouwen dat hij de klimwand wilde beklimmen met een man (de psychomotorisch therapeut) die hem zekert.

Tabel 2 Globale weergave van de persoonlijke doelen van Maaïke en Klaas

Persoonlijke doelen van Maaïke	Persoonlijke doelen van Klaas
Hoofddoel: Afname PTSS-klachten Subdoelen/persoonlijke doelen: ▶ Geen drugs meer gebruiken ▶ Opleiding starten na behandeling ▶ Meer intimiteit met partner ▶ Meer verbinding maken met kennissen/vrienden ▶ Mijzelf kwetsbaar opstellen in belangrijke vriendschappelijke contacten ▶ Lief zijn voor mijn lichaam door aangename activiteiten in te plannen	Hoofddoel: Afname PTSS-klachten Subdoelen/persoonlijke doelen: ▶ Irritatie en boosheid uiten op acceptabele manier ▶ Kwetsbare emoties toelaten en uiten ▶ Hulp vragen ▶ Anderen meer vertrouwen ▶ Gezonder leven (regelmatig en gezond eten, sporten en stoppen met alcohol) ▶ Starten met een opleiding ▶ Tijd besteden aan kinderen, partner en hobby's ▶ Sociaal netwerk uitbouwen

Casus Klaas Klaas leest me zijn uitgebreid beschreven biografie voor. Het valt mij op dat hij over het algemeen de moeilijke situaties niet uit de weg is gegaan, maar dat hij niets heeft geschreven over het seksueel misbruik dat hem als jong kind is overkomen. Ik complimenteer hem met zijn uitgebreide schrijven en het dapper voorlezen van zijn biografie. Dan bespreek ik met Klaas dat hij niets geschreven heeft over het misbruik. Klaas zegt dat hij niet goed weet waarom hij het misbruik onbesproken liet. Als ik vraag of hij het wellicht vermijdt, geeft hij aan dat hij niet denkt dat dit het geval is. Om tot het bepalen van het indextrauma te komen, bespreken we op welke manier hij nu last heeft van het seksueel misbruik. Hij heeft er geen intrusieve symptomen van, maar het lijkt wel veel effect te hebben gehad op zijn cognities. Hij is er onder andere door gaan geloven dat 'mensen niet te vertrouwen zijn', 'ik er niet toe doe', 'anderen mij zien als een gebruiksvoorwerp' en dat 'als ik mij kwetsbaar opstel, mensen daar misbruik van maken'. Klaas vertelt de meeste PTSS-symptomen te hebben van de jarenlange, ernstige mis-

handeling door zijn vader. Daarom besluiten we de imaginaire-exposuresessies hierop te gaan richten.

59

Aan het einde van de tweede week presenteert de cliënt aan het behandelteam in het kort wat zijn indextrauma en persoonlijk behandelplan zijn. Op dat moment wordt bekeken of de cliënt daadwerkelijk zover is om aan de tweede fase van de traumaverwerking te beginnen. Een heel enkele keer wordt besloten om de eerste fase met een week te verlengen of dat iemand toch stopt met de behandeling. Redenen hiervoor hebben vaak te maken met de motivatie voor de behandeling of de aanwezigheid van praktische belemmeringen waardoor de timing van het traject toch niet passend is. Het team let op of de cliënt in staat is vermijding te doorbreken en vaardigheden in te zetten om te zorgen dat er voldoende contact met het hier-en-nu blijft.

Casus Klaas Als Klaas zijn indextrauma en behandelplan aan het team presenteert, vertelt hij over zijn meest heftige herinnering aan het fysieke geweld door zijn vader. Het is de herinnering waar hij de meeste nachtmerries en herbelevingen van heeft. Hij vertelt dat zijn vader hem ooit probeerde te wurgen, maar dat Klaas uiteindelijk de overhand kreeg en zijn vader bewusteloos sloeg. Hij dacht hem te hebben vermoord. Tijdens het vertellen let hij op zijn ademhaling en zet hij een paar keer zijn voeten stevig op de grond, om het contact met het hier-en-nu vast te houden. Ik zie dat de spanning bij Klaas hoog is. Zijn handen en benen trillen. De collega's van het team complimenteren Klaas met hoe hij vertelt over de gebeurtenis, zonder de moeilijke momenten en woorden te schuwen. Dit lijkt hem goed te doen.

Klaas laat ook zien wat zijn persoonlijke waarden, doelen en gekozen behandelmodules zijn.

De voorzitter van het behandelteam valideert de inspanning van Klaas in het aangaan van deze spannende situatie en het presenteren van zijn persoonlijk behandelplan. De complimenten doen Klaas zichtbaar goed. Vervolgens laten alle leden van het behandelteam aan Klaas weten op welke manier zij kunnen bijdragen aan zijn behandeltraject. Klaas is klaar voor het volgende deel van de behandeling. We wensen hem veel succes bij het vervolg.

In de tweede fase (week 3 tot en met 10) staat traumaverwerking centraal, waarbij er tweemaal per week een imaginaire-exposuresessie plaatsvindt. Op de overige dagen luisteren cliënten de opnamen terug. De casus geeft een voorbeeld van wat Klaas ervoer tijdens een imaginaire-exposuresessie.

Casus Klaas Klaas is bang om tijdens de exposure de controle over zijn boosheid te verliezen en agressief te worden. Hij vertelt mij dat hij wel eens verbaal agressief en fysiek bedreigend is geweest tegenover een mannelijke therapeut die voor Klaas te snel ging. Klaas wil dit te allen

tijde voorkomen. Naast de hoge spanning die Klaas voelt voorafgaand en tijdens de eerste exposuresessies, voel ik in eerste instantie ook enige spanning. Hoewel Klaas al een aantal vaardigheden geleerd heeft en ik Klaas vertrouw in zijn wil om niet agressief naar mij te worden, ken ik ook zijn voorgeschiedenis. Deze aarzeling breng ik tijdens een consultatieteam in, zodat ik Klaas goed kan blijven coachen. Gaandeweg de sessies voelt Klaas boosheid zonder agressief te worden en voelt hij de voor hem kwetsbare emoties, zoals angst, verdriet en machteloosheid. Hij durft dit steeds meer te laten zien in het bijzijn van verschillende behandelaren en toetst op die manier zijn overtuigingen over zichzelf en anderen aan de realiteit. In plaats van straffend te zijn of misbruik van hem te maken, exploreren en valideren de behandelaren zijn emoties. Hij hoeft zijn emoties niet weg te maken, zoals hij in zijn leven leerde.

Tijdens een van de exposuresessies heeft Klaas het gevoel te stikken op het moment dat hij bij het moment van wurgen komt. Hij voelt ongeloof en verdriet over het feit dat hij als 16-jarige jongen berustte in de verwachting dood te gaan op het moment dat zijn vader hem probeerde te wurgen: 'Dan was ik van alle ellende af.' Aan de ene kant komen negatieve cognities op over het uiten van kwetsbare emoties: 'Ik ben zwak' en: 'Ik mag niet zwak zijn, maar ik moet vechten.' Aan de andere kant krijgt Klaas meer compassie voor zichzelf wanneer hij zich realiseert dat hij zich als jonge jongen zo diep ellendig voelde dat hij het niet erg vond als hij er niet meer zou zijn.

Indien nodig worden cognitieve technieken toegevoegd om hardnekkige kerncognities die verwerking in de weg staan, te bewerken. Dit was het geval bij Maaïke.

Casus Maaïke Maaïke heeft over het seksueel misbruik door haar vader veel zelfverwijt. Hierdoor zijn andere emoties nauwelijks toegankelijk en keurt zij die sterk af. Door het uitdagen van haar schuldgedachten middels de socratische dialoog en het schrijven van een onschuldpleidooi lukt het haar om haar angst te voelen en ook het gigantische verdriet toe te laten over wat ze gemist heeft bij haar vader. Het is begrijpelijk dat ze graag gezien wilde worden door haar vader en dat daardoor het misbruik ook een dubbele lading heeft.

In het consultatieteam laat ik mij bevragen of ik me niet te veel laat afleiden door het zelfverwijt van Maaïke en daarmee juist de traumaverwerking uit het oog verlies. Ik realiseer mij door de kritische vragen van een collega dat ik niet aan het vermijden ben, maar dat dit precies het snijvlak is bij deze complexe doelgroep van mensen met trauma en persoonlijkheidsproblematiek waarvoor cliënten naar deze behandeling komen.

Ook andere therapeutische technieken kunnen toegevoegd worden als de behandelaren inschatten dat het past binnen het behandeltraject van de

cliënt, zoals een schrijfpdracht (bijvoorbeeld een boze brief) of imaginaire rescripting, zoals bij Maaïke.

61

Casus Maaïke Wanneer ik in het beeld stap en Maaïke weghaal bij haar vader, en opkom voor haar intense behoefte dat haar vader haar gewoon aardig vindt zonder dat ze er iets voor hoeft te doen, stromen de tranen over haar wangen. Na de oefening gaf Maaïke aan: 'Ik weet dat het niet echt zo is gegaan, maar wat zou dat fijn zijn geweest. Dat had ik zo graag gewild!'

Verder maken cliënten tijdens de behandeling ketenanalyses om hun therapieverstorend gedrag in kaart te brengen.

Casus Klaas Klaas vult een ketenanalyse in van een situatie waarin hij een pseudo-epileptische aanval krijgt, om meer te begrijpen waardoor die aanvallen in gang worden gezet en wat dan helpend gedrag is. Vanuit zijn overtuiging dat hij 'moet vechten tot hij erbij neervalt', werkt hij binnen de behandeling zo hard tot hij niet meer kan. Dit kan dan uitlopen op een pseudo-epileptische aanval. Door het invullen van de ketenanalyse realiseert Klaas zich dat zijn spanning sneller oploopt dan hij denkt en dat als hij dit eerder leert opmerken, hij er op een eerder moment naar kan handelen.

In de negende week vertelt de cliënt aan het behandelteam hoever hij of zij is met traumaverwerking, evalueert de cliënt met het team in welke mate de doelen zijn behaald en wat aandachtspunten voor het vervolg zijn. Dit 'negenwekenteam' wordt afgerond met het 'kralenritueel'. Ieder aanwezige teamlid geeft de cliënt een kraal en geeft aan waar de kraal voor staat. Dit kunnen bijvoorbeeld krachtige eigenschappen van de cliënt zijn, die hij of zij kan inzetten in de toekomst, of juist wat de cliënt nog meer gegund is, zoals zelfcompassie. De casus beschrijft de evaluatie van Maaïke tijdens het 'negenwekenteam'.

Casus Maaïke Alle collega's die op de vrijdag werken zijn aanwezig in de ruimte voor beeldende therapie, waar wij aan grote tafels zitten. Maaïke en ik komen samen binnen. Ik hang haar persoonlijkedoelenformulier op een bord, zodat iedereen de doelen kan lezen. Samen gaan we voor de groep zitten. Als Maaïke gevraagd wordt te vertellen waar ze allemaal aan heeft gewerkt, gaat ze staan. Ik zie haar stevig met beide benen op de grond staan. Ze vertelt de groep behandelaren met een trotse blik wat haar gelukt is in de therapie. Zo is het haar gelukt om haar angstige verwachtingen uit te dagen, namelijk dat zij gek zou worden als ze de traumaherinnering echt onder ogen ziet. Het inzetten van skills (onder andere een skippybal) helpt haar om spanning te verdragen, waardoor ze voor het eerst ruimte voelt voor haar verdriet en gemis. Als ze dit vertelt, zie ik haar ogen waterig worden. Dapper om te zien hoe ze dat laat ge-

beuren en even stevig voor ons blijft staan. Ze vertelt: 'Ik ben niet alleen de confrontatie aangegaan met mijn trauma, maar het is mij zelfs ook gelukt om mijn boosheid naar de juiste mensen te richten en niet meer mezelf kapot te maken.' Als ik om mij heen kijk, zie ik trotse collega's die net als ik met bewondering aan het luisteren zijn.

Maaikes PTSS-klachten zijn afgenomen. Nu wil ze de laatste weken gebruiken om in de systeemtherapie meer verbinding met haar partner en haar schoonfamilie te ervaren, maar ook te kijken naar wat ze wil op het gebied van werk en opleiding. Ik kan het niet laten om aan te vullen dat ze ook geen trek meer heeft in cannabis en meer plezier ervaart in bewegen zonder dat het extreem hoeft te worden. Als belangrijk aandachtspunt voor de toekomst geeft Maaïke aan dat ze wel een sterke lichamelijke vermoeidheid ervaart, die ze nog niet goed kan plaatsen. Ze wil de afrondende ambulante nazorg van de kliniek volgen, om vervolgens de ggz achter zich te laten en zich te richten op werk en opleiding.

Tijdens het kralenritueel geef ik haar een kraal en spreek daarover uit: 'Deze kraal staat voor warmte en kracht. Ik gun je de warmte om bij jezelf stil te blijven staan en de kracht om op je eigen gevoel te vertrouwen in contact met anderen.' Ik zie haar lip een beetje trillen. Ik merk ook een kleine trilling in mijn eigen stem. Het emotioneert haar en mijzelf dan ook enigszins.

De derde, afrondende fase (weken 11 en 12) staat in het teken van radicale acceptatie en integratie van het geleerde in de dagelijkse praktijk. Tijdens deze oefening in de individuele therapie schrijven cliënten op (en spreken dit later tijdens de sessie uit) dat ze erkennen dat ze traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt, welke impact dit op hun leven had en wat ze geleerd hebben over hoe zij ermee om kunnen en willen gaan. De oefening wordt afgerond door naar de toekomst te kijken en uit te spreken waar de cliënt volledig voor gaat in de toekomst. Het idee is dat wanneer iemand in staat is tot radicale acceptatie van zowel het verleden als het directe heden, er gekeken kan worden naar wat hij of zij wil veranderen in de toekomst.

Casus Maaïke Aan het einde van de individuele therapie spreekt Maaïke haar radicale acceptatie hardop uit: 'Ik erken dat ik in mijn jeugd seksueel misbruikt ben en dat dat mijn leven beïnvloed heeft, in de zin dat mijn angst mijn leven beheerst heeft, ik mijzelf pijn heb gedaan om niet te hoeven voelen en mij teruggetrokken heb uit sociale contacten om niet opnieuw overheerst te worden. Ik kan daar nu anders mee omgaan, omdat ik mij realiseer dat ik vriendelijk naar mezelf kan zijn, in plaats van net zo straffend en kleinerend als mijn ouders. Ik kan het aan om heftige emoties te verdragen en ga ze niet meer actief wegmaken.' Tijdens het uitspreken van haar radicale acceptatie zie ik nog steeds die kleine, maar krachtige vrouw, die nu haar emoties toelaat. Tranen springen in haar ogen. Die hoeven niet langer weggemaakt te worden.

Naast de radicale acceptatie is er in de laatste 2 weken aandacht voor de toekomst en neemt de cliënt afscheid. Ook Klaas sluit zijn behandeling af. Hij neemt afscheid van zijn medecliënten en de behandelaren.

Casus Klaas Ik ga afscheid nemen van Klaas. We staan stil bij wat hij heeft bereikt. Hij ervaart een sterke daling in PTSS-klachten, en pseudo-epileptische aanvallen doen zich nog maar zelden voor. Een van de dingen waar hij erg trots op is, is het oefenen met vertrouwen stellen in mannen door tijdens de PMT de klimwand te beklimmen en zich te laten zekeren door de mannelijke PMT'er. Klaas heeft nog PTSS-klachten van traumata uit zijn periode in het criminele circuit en zijn detentietijd. Die pakt hij in ambulante behandeling verder op. Klaas heeft meer grip gekregen op zijn boosheid en agressie. Hij vertelt dat het hem hielp om tijdens de individuele PMT te oefenen met gecontroleerd boksen en dat hij conflicten met behandelaren leerde te bespreken, nadat de ergste woede wat was gedaald.

Bij het afscheid zijn Klaas en ik beiden emotioneel geraakt. Klaas vertelt dat hij in het verleden weinig voelde bij dit soort momenten: 'Ik benaderde het zakelijk.' Nu voelt hij verdriet, omdat hij een band heeft durven opbouwen met mij en andere behandelaren, en we nu afscheid van elkaar nemen. Zelf ben ik ontroerd omdat zijn verdriet zijn ontwikkeling gedurende de behandeling illustreert. Klaas staat zichzelf meer toe om emoties te voelen, zonder destructief gedrag in te zetten. Het voelt daarom goed om samen aandacht te schenken aan het afscheid. Tegelijkertijd voel ik ook verdriet, omdat ik afscheid neem van Klaas met wie ik mij als behandelaar verbonden heb gevoeld. Zelf zegt hij over deze periode: 'Dit was de eerste plek waar ik echt kon laten weten hoe het met mij gaat.'

Discussie

De behandeling van cliënten met ernstige PTSS en comorbide problematiek na vroegkinderlijk trauma kan behandelaren voor een uitdaging stellen. Met dit artikel gaven we een kijkje in de keuken van klinische DGT-PTSS, een behandelprogramma dat bedoeld is voor cliënten met juist deze combinatie van klachten. De behandelvorm kent een aantal waardevolle aspecten. Allereerst zijn traumagerichte behandeling en persoonsgerichte behandeling in deze behandelvorm geïntegreerd. De cliënt werkt tegelijkertijd aan PTSS en comorbide klachten. Bij veel cliënten komen deze comorbide klachten, zoals eetproblemen en persoonlijkheidsproblematiek, voort uit hun voorgeschiedenis met vroegkinderlijke traumatisering en verwaarlozing. Verder is het programma enerzijds geprotocolleerd, anderzijds sterk afgestemd op de specifieke hulpvraag, doelen en klachten van de individuele cliënt. Het modulaire karakter van het programma en de onderliggende DGT-principes maken het programma flexibel. Ook zorgen de

structuur van het behandelprogramma en de DGT-attitude ervoor dat het gehele behandelteam op een consistente wijze werkt. Om dit te waarborgen, is training van het gehele behandelteam in DGT nodig. Bovendien helpt het consultatieteam de behandelaar om scherp te blijven op de DGT-principes. Ten slotte is de aandacht voor persoonlijk en functioneel herstel een krachtig aspect, naast de focus op symptomatisch herstel.

Cliënt Maaïke had al een lange psychiatrische voorgeschiedenis, met behandelingen gericht op ofwel haar eetproblemen ofwel haar persoonlijkheidsproblematiek ofwel haar PTSS. Zij had onvoldoende geprofiteerd van die eerdere behandelingen en het was in haar geval helpend om intensief 12 weken aan de combinatie van klachten te werken. Voor Klaas leken de holding en het behandelkader helpend om belangrijke stappen te zetten in het doorbreken van vermijding en het leren contact te maken met zijn emoties. Hij heeft zijn behandeling poliklinisch vervolgd. Beiden lijken te hebben geprofiteerd van het geïntegreerde karakter van het programma.

De klinische indruk bestaat dat een kleinere groep cliënten *niet* optimaal profiteert van de behandeling. Redenen hiervoor die het behandelteam tegenkomt zijn divers. Ze variëren van fors wantrouwen over hulpverlening tot forse somatische klachten, waardoor het programma niet goed volledig te volgen is. Er loopt wetenschappelijk onderzoek waarin dit nader onderzocht wordt, zodat de indicatiestelling verder kan worden aangescherpt.

Een mogelijk nadeel van klinische DGT-PTSS is dat het protocol uitgaat van IE als traumaverwerkingstechniek, terwijl er meerdere technieken in de GGZ Zorgstandaard (GGZ Standaarden, 2020) beschreven staan als voorkeursbehandeling bij PTSS. De mogelijke voorkeur van de cliënt voor een van deze technieken wordt niet standaard besproken. De flexibiliteit van het programma maakt het overigens wel mogelijk voor het behandelteam en de cliënt om om te schakelen van IE naar bijvoorbeeld EMDR wanneer dit voor de cliënt passender of effectiever lijkt.

Een andere uitdaging in deze geïntegreerde behandelvorm is om een juiste balans te behouden tussen enerzijds effectieve traumaverwerking en anderzijds oog te houden voor comorbide problematiek. Zo zouden de agressieproblemen van Klaas ertoe kunnen leiden dat de behandelaar te voorzichtig wordt in het inzetten van exposure. Dat zou de behandeling van Klaas niet ten goede komen.

Tot slot is een aandachtspunt dat klinische DGT-PTSS gezien moet worden als een intensivering en versnelling van de langer lopende behandeling van PTSS en comorbide persoonlijkheidsproblematiek. Dit betekent dat er nauw moet worden samengewerkt met verwijzende instellingen, wat in de praktijk lastig te realiseren kan zijn.

Uit de beschreven casuïstiek komt het beeld naar voren dat Maaïke en Klaas goed hebben geprofiteerd van dit gecombineerde aanbod. Of zij van een andere behandelsetting, zoals een kortdurende traumagerichte behandeling, net zo goed hadden geprofiteerd, valt niet te zeggen. Uitgaande van de dialectiek bestaat er geen gouden standaard. Anders gezegd: er is geen *one size fits all* voor deze diverse doelgroep. Wetenschappelijk onderzoek

naar voorspellers voor therapiesucces kan helpen om beter te kunnen bepalen welke behandeling het beste aansluit bij welke cliënt. Maaïke en Klaas hebben baat gehad bij deze intensieve behandeling, die niet op zichzelf staat, maar die net als kortdurende intensieve traumabehandeling nazorg behoeft. De klinische implicatie hiervan is dat meer samenwerking en overleg tussen verschillende behandelsettingen en verwijzers ertoe kan leiden dat we van elkaar kunnen leren en op die manier de meest passende behandelvorm voor iedere specifieke cliënt kunnen vinden.

Concluderend kunnen we stellen dat de verschillende nieuwe behandelvormen die de afgelopen jaren beschikbaar zijn gekomen goed nieuws zijn voor cliënten met ernstige traumagerelateerde problematiek na vroeg-kinderlijk trauma. Klinische DGT-PTSS is een van die nieuwe behandelingen. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen welke behandelvorm het meest geschikt is voor wie, zodat we de middelen die we in de ggz tot onze beschikking hebben zo goed mogelijk kunnen benutten.

Annemieke Kamstra, Milou Wiersum en **Sybolt de Vries** zijn werkzaam bij de GGZ Friesland. De eerste auteur is tevens verbonden aan het Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Centrum Psychiatrie.

Mirjam Meek is klinisch psycholoog, VGCT-supervisor en eigenaar van MeJa Centrum voor Zwangerschap en Psyche.

Frederike Jörg en **Robert Schoevers** zijn werkzaam bij het Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Centrum Psychiatrie.

Correspondentieadres: Annemieke Kamstra/Milou Wiersum, GGZ Friesland, Sixmastraat 2, 8932 PA Leeuwarden. E-mail: annemieke.kamstra@ggzfriesland.nl

Summary

Inpatient trauma focused treatment combined with dialectical behaviour therapy: A look inside a Dutch inpatient DBT-PTSD facility illustrated with two cases

Inpatient Dialectical Behavioural Therapy combined with trauma treatment (DBT-PTSD) focuses on clients with severe posttraumatic stress disorder (PTSD) and comorbid complaints. Previous research demonstrated the effectiveness of the treatment program in a randomized controlled trial with a 'treatment as usual' condition in a group of women with a PTSD after childhood sexual abuse. The treatment, which on the one hand is protocolised, and on the other hand adaptable to the individual complaints and treatment goals of the patient, is illustrated with two cases. 'Maaïke' and 'Klaas', two clients with an extensive trauma history and a long psychiatric background, benefitted from this integrated treatment program. Beside a severe PTSD, they suffered from very different forms of comorbid complaints. Inpatient DBT-PTSD is part of recent developments in the trauma field and exists in the treatments on offer for patients with severe trauma related complaints within the Netherlands.

Keywords *posttraumatic stress disorder (PTSD), dialectical behavioural therapy (DBT), trauma treatment, borderline personality disorder*

Referenties

- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I., & Steil, R. (2013). Dialectical behavior therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 221-233. <https://doi.org/10.1159/000348451>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P. A., Stiglmayr, C., Schmahl, C., & Priebe, K. (2020). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD) compared with cognitive processing therapy (CPT) in complex presentations of PTSD in women survivors of childhood abuse: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 77, 1235-1245. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148>
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 50, 60-72. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.009>
- Diessen, A., & ten Broeke, E. (2014). Schematherapie en EMDR gecombineerd bij complexe traumagerelateerde problematiek. *Gedragstherapie*, 47, 232-249.
- Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Liness, S., Albert, I., Deale, A., Stott, R., & Clark, D. M. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *The American Journal of Psychiatry*, 171, 294-304. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13040552>
- GGZ Standaarden. (2020). *Psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen/introductie
- Gutner, C. A., Gallagher, M. W., Baker, A. S., Sloan, D. M., & Resick, P. A. (2016). Time course of treatment dropout in cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8, 115-121. <https://doi.org/10.1037/tra0000062>
- Harned, M. S. (2022). *Treating trauma in dialectical behavior therapy: The DBT Prolonged Exposure Protocol (DBT PE)*. The Guilford Press.
- Harned, M. S., Korslund, K. E., & Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 7-17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.008>
- Linehan, M. M. (2002). *Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis: Theorie en behandeling*. Pearson Benelux.
- Linehan, M. M. (2016). *De DGT vaardigheden: Handleiding voor de vaardigheidstraining dialectische gedragstherapie* (L. M. C. van den Bosch, Nederlandse bewerking). Pearson Assessment and Information.
- Oprel, D. A. C., Hoeboer, C. M., Schoorl, M., de Kleine, R. A., Cloitre, M., Wigard, I. G., van Minnen, A., & van der Does, W. (2021). Effect of prolonged exposure, intensified prolonged exposure and STAIR+ prolonged exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 1851511. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1851511>
- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24, 213-223. <https://doi.org/10.1177/1049731513503047>
- Sciarrino, N. A., Warnecke, A. J., & Teng, E. J. (2020). A systematic review of intensive empirically supported treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 33, 443-454. <https://doi.org/10.1002/jts.22556>
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen,

H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD012955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>

van Dijk, S. (2013). *Dialectische gedragstherapie in de praktijk: Een praktische werkwijzer voor professionals*. Hogrefe Uitgever.