

## ONDERZOEK

# De rol van traumagerichtheid in therapie: laten we onze patiënten onnodig lijden?

De richtlijnen wijzen steevast naar traumagerichte therapieën, zoals traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CGT) en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als 1<sup>e</sup> keus behandelingen, maar kloppen de richtlijnen wel? Volgens Benish en collega's (2008) maakt het niets uit welke therapie we inzetten. De uitkomsten van hun onderzoek leidden tot een felle discussie met grote namen aan beide fronten.

Steven Benish en collega's publiceerden in 2008 hun meta-analyse met data van 958 cliënten in PTSS behandeling. Hun doel was hoogst ongebruikelijk: waar de afgelopen decennia waren gewijd aan het zoeken van de beste behandelmethoden met de veronderstelling dat sommige therapieën beter zijn dan anderen, testen Benish e.a. het omgekeerde. Zij stellen: *alle behandelingen die therapeutisch zijn bedoeld, zijn gelijkwaardig effectief.*

Benish e.a. verzamelden alle artikelen over hoogkwalitatieve behandelstudies en includeerden voor hun analyses studies die 'bona fide' PTSS psychotherapie voorschreven. Een psychotherapie is 'bona fide' als deze therapeutisch bedoeld is, namelijk: geleverd door een universitair getrainde therapeut, afgestemd op de cliënt, waarbij via in-

teractie een behandelrelatie tussen therapeut en cliënt ontstaat, en de behandeling bestaat uit een gevestigde psychologische aanpak (gebaseerd op psychologische principes, behandelprotocollen, of wetenschappelijk bekende behandelingsrediënten). Therapieën die niet specifiek bedoeld zijn om PTSS te behandelen, maar zich richten op het controleren van de non-specifieke variabelen, werden geëxcludeerd. Bij *non-specifieke variabelen* gaat het om therapeut- en cliëntvariabelen die voorkomen in alle therapieën en dus niet uniek zijn voor een bepaalde therapie, bijvoorbeeld een luisterend oor, het geven van empathie, et cetera. Onderzoekers gebruiken deze 'controle' therapieën vaak in plaats van wachtlijsten, omdat het ethisch verantwoord is een cliënt behandeling aan te bieden tegenover geen behandeling, en om de meerwaarde van veelbelovende therapieën in relatie tot non-specifieke zorg te onderzoeken.

Benish e.a. vonden in hun meta-analyse geen significante verschillen tussen de PTSS psychotherapieën. De verschillen in *effect size* (Cohen's d) tussen de therapieën waren gemiddeld minder dan 0.19 (heel laag), waren willekeurig en hingen niet af van een bepaald type behandeling. In andere woorden: geen van de therapieën was effectiever dan de ander. Op basis hiervan con-

cluderen de auteurs dat een niet-trauma gerichte behandeling, bijvoorbeeld psychodynamische therapie of hypnotherapie, evengoed werkt als EMDR. Benish e.a. stellen zich dan ook kritisch op tegen voorkeursbehandelingen. Er zijn geen behandelingspecifieke ingrediënten van essentieel belang voor het behandelingsucces. Patiënten zijn juist gebaat bij een zo breed mogelijk therapieaanbod, afgestemd op de wensen, behoeften en achtergrond van iedere cliënt. Deze conclusie wordt volgens de auteurs ondersteund door de uitkomsten verschillende 'ontmantel' studies. Hierbij worden specifieke componenten van een therapie onderzocht in plaats van de therapie in zijn geheel. Uit deze studies zou blijken dat de componenten onderling uitwisselbaar zijn en niet verschillen in effectiviteit. Benish e.a. stellen dat er 'gemeenschappelijke' factoren zijn die de behandeling beïnvloeden, ongeacht welke therapie men gebruikt. Als tip raden Benish e.a. aan te zorgen dat cliënten niet voortijdig met behandeling stoppen, omdat de invloed hiervan waarschijnlijk zwaarder weegt dan het type therapie. Zo stellen de auteurs dat ongeveer 20% van alle cliënten voortijdig stopt met de 1<sup>e</sup> keus therapie TF-CGT. Kortom, weg met het voorrecht van de voorkeursbehandelingen als EMDR en TF-CGT.

## ONDERZOEK

Een protest breekt los! Onder leiding van Anke Ehlers beoordelen grote namen, zoals Bisson, Creamer en Schnurr, het werk van Benish e.a. (Ehlers e.a., 2010). Hun tegenwoord: Benish e.a. hebben ongelijk. Ehlers e.a. stellen als belangrijkste argument dat het includeren van 'bona fide' behandelingen volgens de classificatievoorwaarden van Benish e.a. de uitkomsten vertekenen. Benish e.a. excluseren bijvoorbeeld onrechte ondersteunende (persoonsgerichte) therapieën. Deze therapievormen worden veel gegeven aan PTSS-cliënten om PTSS therapeutisch mee te behandelen, niet om te controleren voor non-specifieke variabelen, stellen de auteurs. De door Benish en collega's gehanteerde criteria zouden te subjectief en ondoorzichtig zijn, en zorgen ervoor dat juist die studies die het verschil aantonen tussen minder goede en betere therapieën, ofwel traumagerichte versus niet-traumagerichte therapieën, werden verwijderd uit de analyses. Soms zijn Ehlers e.a. weinig genuanceerd, bijvoorbeeld met de hint van beschuldiging dat de gehanteerde selectiecriteria gekozen zijn omdat ze het 'gelijkheidsargument' van PTSS-behandelingen in de kaart spelen. Geen malse kritiek.

Maar, onder leiding van Bruce Wampold slaat

het kamp Benish terug (Wampold e.a., 2010). Ze stellen dat hun classificatievoorwaarden objectiever zijn dan die van voorgaande meta-analysen. Ondersteunende therapieën, zoals gegeven in de behandelstudies, komen niet overeen met de dagelijkse praktijk. Geen behandelaar zal bijvoorbeeld zijn cliënt weerhouden om over traumatische herinneringen te spreken. Ondersteunende therapieën zijn daarnaast nauwelijks in één categorie te scharen omdat de inhoud van deze therapieën per studie sterk uiteenloopt. Sterker nog, het opdelen van therapieën in categorieën staat juist nieuwe inzichten in werkzame behandel-ingredienten in de weg vanwege de grote overlap tussen therapieën. Vele studies bevatten behandel-ingredienten van andere behandelorientaties, inclusief psychodynamische theorieën. Het onderscheid dat Ehlers et al. op basis van de NICE richtlijnen maken tussen traumagerichte en niet-traumagerichte therapie is ook helemaal niet zo makkelijk te maken als men doet geloven, volgens Wampold et al. Zo overlapt TF-CGT aanzienlijk met niet-traumagerichte *Stress Inoculation Training* (SIT), toch wordt SIT als niet-traumagericht gezien. Een neurofeedback studie wordt gecategoriseerd als exposure terwijl patiënten geen mogelijkheid hebben over de traumatische herinnering te praten. Hypnotherapie en psychodyna-

mische therapieën worden als niet-traumagericht opgenomen terwijl beiden ruimte geven – zelfs bevorderen – om over traumatische herinneringen en bijbehorende intrapsychische conflicten te spreken. De auteurs stellen dat als er een verschil is tussen traumagerichte en niet-traumagerichte therapie, huidig onderzoek dit nog niet weet aan te tonen.

Er is hier sprake van een wezenlijk verschillende visie met aan de ene kant Benish en Wampold e.a. die menen dat alle therapieën bedoeld om PTSS te behandelen even goed werken. En aan de andere kant Ehlers e.a. die beweren dat dit alleen klopt wanneer het gaat om traumagerichte therapieën onderling, maar niet klopt voor niet-traumagerichte versus traumagerichte therapieën. De discussie draait hoofdzakelijk om wat men onder therapie verstaat. Moeten we alle therapieën die PTSS klachten verminderen betrekken in de analyses? Of moeten we therapieën uitsluiten als ze niet (geheel) overeenkomen met hoe ze in de praktijk worden gegeven? Waarop baseren we of een therapie bedoeld is om PTSS te verminderen en wanneer zou deze niet geschikt zijn? Moeten we nu onze aandacht richten op gemeenschappelijke factoren aanwezig in alle therapieën of op de onderliggende principes en technieken van

specifieke traumagerichte behandelingen? Het onderzoeksbudget is beperkt, dus keuzes moeten gemaakt worden, wat zou u als lezer doen? Mijn geloof in de meerwaarde van traumagerichte therapie is in ieder geval aan het wankelen gebracht. Wie de waarheid in pacht heeft zal nog moeten blijken. Beide kampen erkennen de behoefte aan extra onderzoek naar alternatieve behandelmethoden en spreken de wens uit om meer te begrijpen van de werkzame mechanismen van non-specifieke variabelen. En zo worden gepolariseerde standpunten weer meer vanuit gemeenschappelijke overeenkomsten bekeken.

Voor de lezer zijn de hier besproken artikelen zeer waardevol; het is geweldig om te lezen hoe door discussie de standpuntenstrijd wordt uitgevochten. Meningingen worden gevormd, nauwgezet geformuleerd en gestut met empirische kennis, om vervolgens afgebroken te worden door de tegenpartij. De felheid van de discussie plaatst onze basisaannamen in de schijnwerpers en onderwerpt ze aan kritisch denken en wetenschappelijke toetsing. Het ontlokt een ballet van behoud van bestaande inzichten en de zoektocht naar nieuwe inzichten uit. Zo komen Ehlers e.a. met richtlijnvoorstellen om de transparantie en kwaliteit van toekomstige meta-analysen te vergroten, en verdiepen Wampold e.a. de bijdrage van behandelaren op het herstel. Mijn advies: lees deze artikelen nauwgezet, kies een standpunt, discussieer en neem weer afstand (we weten tenslotte nog niet wie gelijk hebben). Voor wie het nog niet kan loslaten: het werkt ontvullend dat men ervan uitgaat dat grofweg 25% van de behandel-

effectiviteit afhangt van het type therapie, terwijl 75% afhangt van non-specifieke variabelen en natuurlijk beloop (Schnurr, 2007). Al valt daar vast ook over te discussiëren.

### Literatuur

- Benish, S., Z.E. Imel & B.E. Wampold, 'The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons', in: *Clinical Psychology Review* 28 (2008) pp.746-758.
- Ehlers, A., J. Bisson, D.M. Clark, M. Creamer, S. Pilling, D. Richards, P.P. Schnurr, S. Turner & W. Yule, 'Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder?', in: *Clinical Psychology Review* 30 (2010) 2, pp. 269-276.
- Schnurr, P.P., 'The rocks and hard places in psychotherapy outcome research', in: *Journal of Traumatic Stress* 20 (2007) 5, pp.779-792.
- Wampold, B.E., Z.E. Imel, K.M. Laska, S. Benish, S.D. Miller, C. Flückiger, A.C. Del Re, T.P. Baardseth & S. Budge, 'Determining what works in the treatment of PTSD', in: *Clinical Psychology Review* 30 (2010) pp. 923-933.

JORIS HAAGEN is onderzoeker aan de Universiteit Utrecht en Cogsicope redactielid.