



PTSS- behandeling voor veteranen: wat werkt?

Tekst: **Leonieke Kranenburg** en **Suzanne van Veen** Fotografie: **Joost van Halm**

Joris Haagen promoveerde eind vorig jaar op zijn proefschrift *‘Setting the stage for recovery: Improving veteran PTSD treatment effectiveness using statistical prediction’*. In zijn onderzoek gaat hij in op welke factoren maken dat trauma-behandeling in deze groep al dan niet succesvol is.

Een- tot twee derde van de veteranen met PTSS ervaart geen herstel na behandeling. Het doel van jouw proefschrift was om deze responsgroep te vergroten door voorspellend onderzoek. Leg eens uit, wat is dat?

“Met voorspellend onderzoek kijk je of je, aan de hand van bepaalde kenmerken of van iemands profiel, een bepaald verloop van zijn of haar gezondheid kunt voorspellen. Bijvoorbeeld bij een profiel van PTSS kun je kijken of een comorbide depressie wel of niet een slechter behandelbeloop voorspelt.”

Voordat we naar de resultaten gaan: kun je nog iets over de veteranen in jouw studies vertellen. Waar zijn ze op hun uitzendingen heen geweest?

“Het gaat eigenlijk om een heel palet aan uitzendingen. De meest voorkomende missieachtergronden waren Libanon, voormalig Joegoslavië en recentere missies als Afghanistan en Irak. De gemiddelde leeftijd van de veteranen is veertig jaar, het zijn uitsluitend mannen met uitzendgerelateerde pathologie.”

Je maakt een onderscheid tussen drie categorieën predictoren: patiënt, interventie en setting. Laten we met de eerste categorie beginnen. Welke patiënten doen het beter of slechter in therapie?

“Dat verschilde wel wat over verschillende studies. In een meta-analyse vonden we voor het klachtenbeloop een paradoxaal effect: mensen met weinig klachten en mensen met relatief hoge klachten (wel allemaal met de diagnose PTSS) deden het relatief slechter dan veteranen met een meer gemiddeld klachtenbeloop. In de studies die we zelf deden zagen we juist een omgekeerd beeld. Wij vonden dat mensen met relatief hoge klachten het beste behandelresultaat lieten zien.

Daar heb ik over zitten nadenken en volgens mij heb ik wel een idee waar dat aan ligt. Veel mensen met hoge klachten vallen uit tijdens de behandeling en worden *drop-outs*. Als het ze echter wél lukt om in therapie te blijven, dan zie je bij die groep ook het beste behandelresultaat.” ▶

Je schrijft ook dat mensen die al eerder een niet-succesvolle behandeling hebben gehad, het ook relatief slechter doen. Heb je daar ook een verklaring voor?

“Ja, ik heb daar ik ook wel een paar verklaringen voor! De eerste reden is dat behandelverwachtingen belangrijk zijn voor therapeutisch herstel. Behandelperwachtingen worden via verschillende wegen gevormd, waaronder via verbale informatie (onder andere van de therapeut) en de eigen *eerdere ervaringen*. Mensen die eerder therapie hebben gehad en daar niet van zijn opgeknapt kunnen cynisch worden, bijvoorbeeld op basis van hun eigen leerervaringen, over de verwachte uitkomsten of ten aanzien van de kansen op herstel. Misschien gaat zo’n patiënt daarom minder lang door met therapie en plukt hij of zij er minder de vruchten van.

“Behandelverwachtingen zijn belangrijk voor therapeutisch herstel.”

Een therapeut kan echter ook invloed uitoefenen op de verwachtingen. Er is een verschil van insteek tussen enerzijds professionals die zeggen: ‘U heeft al wat geprobeerd, dat hielp niet, dus verwacht er ook maar niet te veel van’, en anderzijds professionals die zeggen: ‘Deze methodiek heeft u nog niet geprobeerd. We weten dat dit effectief is. Laten we eens zien wat het bij u doet.’ Soms zijn therapeuten onbedoeld ook cynisch geworden op basis van hun eigen leerervaringen.”

Heb je de behandelverwachtingen van de patiënt en de therapeut ook gemeten in je studies?

“Nee, was het maar zo mooi. Die zou ik in de toekomst zeker meenemen. Ik heb ze indirect afgeleid uit de studies met Nederlandse veteranen en ze spelen een centrale rol in mijn theoretische beschouwingen over behandelherstel.”

Dan nog even terug naar die comorbide depressie. Je hebt zowel bij veteranen als bij vluchtelingen gekeken naar de voorspellende waarde van deze variabele en je vond verschillende resultaten. Kun je daar meer over vertellen?

“We vonden dat bij de veteranen een comorbide depressie niet voorspellend was voor behandel succes,

terwijl dit bij vluchtelingen wel een goede voorspeller was. Zowel het hebben van de diagnose als de ernst van de depressie voorspelden bij hen een slechter resultaat van de behandeling. Dat is interessant natuurlijk, zo’n verschil. Een mogelijke verklaring zou je kunnen vinden als je kijkt naar de betekenislaag achter de depressie. Bij vluchtelingen gaat dit meer om verlieservaringen en rouw.”

Dan de voortdurende strijd om de meest effectieve therapie. Je trekt hierover in je proefschrift verschillende conclusies en spreekt ook van een verandering qua inzicht tijdens je promotietraject. Kun je dat toelichten?

“Aan het begin van mijn studie voerde ik een meta-analyse uit. Ik heb mij daarin heel strak aan de richtlijnen gehouden en zodoende alleen PTSS-therapieën opgenomen die destijds in de richtlijnen stonden. Ik trok conclusies over verschillen tussen therapieën, bijvoorbeeld dat traumagerichte behandelingen effectiever zijn dan niet-traumagerichte behandelingen. Hoewel mijn vergelijking en uitkomsten kloppen, heb ik er achteraf gezien spijt van dat ik deze vergelijking heb betrokken, omdat het geen gelijke strijd was. De niet-traumagerichte studies waren spaarzaam door de strenge richtlijn criteria en veelal verouderd. Gaandeweg ben ik me meer gaan verdiepen in werkzame mechanismen van therapie en heb ik een breder palet aan therapieën bekeken. Toen zag ik dat er meerdere bewezen effectieve therapieën zijn, zowel traumagericht als niet-traumagericht, en dat die verschillen niet zo groot zijn.”

Uit je meta-analyse kwam naar voren dat EMDR niet per se een aan te bevelen behandeling is voor PTSS bij veteranen. Zie je dat nu anders?

“Ik kon EMDR op dat moment niet aanraden, omdat de effecten een stuk lager waren dan bij andere therapieën. Maar met voortschrijdend inzicht denk ik dat die verschillen veel kleiner zijn dan we in die metaregressie zagen en dat EMDR een fraai aanbod is, in een breder behandelkader. Ons grootste risico is dat we overstappen naar een monocultuur aan therapieën die allemaal traumagericht moeten zijn. Er wordt wel eens gezegd dat er geen *geloofwaardig* tegenaanbod is voor traumagerichte therapieën. Ook dat gaat weer over het belang van verwachtingen ten aanzien van psychotherapie. Geloofwaardigheid onder patiënten en therapeuten in het werk is cruciaal. In die zin denk ik dat EMDR echt een stapje voor heeft, omdat het zo veel geloofwaardigheid bij het brede publiek heeft gekregen. Als er één behande-

ling rondom angsten of psychotrauma door leken wordt genoemd, dan is het tegenwoordig wel EMDR. Marketing is ook belangrijk.”

In de studie waarin je traumagerichte behandeling vergelijkt met niet-traumagerichte behandeling doen beide het ongeveer even goed. Maar juist in de groep die geen traumagerichte behandeling krijgt, gaat ook een deel achteruit. Welke conclusies kunnen we hieruit trekken?

“Dat is een lastige vraag, omdat we het verhaal er achter niet altijd weten. Wat betekent achteruitgang nu werkelijk? Er zijn meerdere conclusies mogelijk. Je uitgangspositie is: ‘do no harm’, wat zou pleiten voor traumagericht behandelen. Tegelijkertijd kan het zijn dat de bandeling juist dat was wat die persoon nodig had, om in contact te komen met zijn of haar klachten om vervolgens vooruit te kunnen gaan. Een andere verklaring is dat je niet de behandeling biedt die die mensen uiteindelijk nodig hebben, waardoor ze achteruitgaan.”

Dat brengt ons op de setting. Daar was de conclusie vrij helder toch?

“Die lijkt rechttoe-rechtaan: individuele gerichte therapie is effectiever. Groepstherapieën zijn ook effectief, maar stukken minder. Daarin zit misschien ook een boodschap naar de EMDR-community: als je begint met groeps-EMDR, is het heel interessant om dat tegenover individuele therapie te zetten. Spelen daar dezelfde processen? Zo zien we dat groepscohesie bij groepstherapie vaak de belangrijkste voorspeller is.”

Zou je op basis van jouw resultaten groeps-EMDR bekritisieren?

“Mijn advies is: probeer het uit maar wees behoedzaam. Als het minder werkt, trek dan je conclusies, maar test het vooral.”

Je gaat aan het eind in op de vraag of de effecten van psychotherapie afhankelijk zijn van specifieke ingrediënten of van de zogenaamde ‘common factors’. Wat is je conclusie?

“We zijn geneigd om alles te bekijken vanuit het biomedisch model voor psychotherapie: het ‘specifieke effecten-model’. Dit model richt zich sterk en zeer nauwgezet op het aantonen van de ‘unieke’ (toegevoegde) werkzaamheid van een bepaalde interventie (of therapeutisch ingrediënt) boven andere interventies. Dat heeft als gevaar dat het zorgveld, de onderzoekers en de professionals, hun aandacht bijna uitsluitend richten op be-

oogde verandermechanismen die volgens mij hoogstens een kwart van de behandelresultaten verklaren. Algemene factoren doe je dan tekort, om het effect van je therapie te vergroten. Of het nou gaat om placebo- en conditioneringmodellen, behandelverwachtingen, hoop, of de therapeutische relatie, het zijn allemaal belangrijke dingen, maar hoe vaak wordt dit uiteindelijk meegenomen in studies? Mijn conclusie is dat je specifieke en algemene factorenmodellen moet inzetten om het herstel te bewerkstelligen. Zowel in de praktijk als in de wetenschap.”

Bijna al je hoofdstukken hebben een uitgebreide alinea over klinische implicaties: ‘Wat kunnen we ermee in de praktijk?’

Waarom heb je daarvoor gekozen?

“Ik wil dat de klinische praktijk er baat bij heeft. Dat is waar we het allemaal voor doen. In de eerste plaats doen we dit onderzoek voor de veteranen. Misschien is het wel een voordeel dat ik ben ingebed in een zorginstelling [Arq, red.] en veel met therapeuten spreek. Dat vind ik heel fijn, want ik kan gelijk mijn ideeën toetsen en er komen ook hypothesen van de behandelaren uit. Die kunnen we dan onderzoeken.”

Je werkt nu als beleidsadviseur en onderzoeker bij het landelijk zorgsysteem voor veteranen (LZV). Waar ga jij je de komende jaren hard voor maken als het aankomt op beleid?

“Ten eerste is het een grote eer om een bijdrage te mogen leveren aan het veteranenveld. Ik zou me in ieder geval hard willen maken voor meer samenwerking tussen de verschillende partijen. Het landelijk zorgsysteem is een keten van twaalf organisaties die samen de basis en de gespecialiseerde zorg leveren voor uitzendgerelateerde pathologie. Er zit heel veel expertise. Ik denk dat er op het gebied van onderzoek nog kansen zijn om meer onderzoeken gezamenlijk op te zetten rondom centrale thema’s en daarmee aan slagkracht en kwaliteit te winnen. Daarbij streven we naar de meest effectieve zorg en naar een veteraan die meer invloed en controle heeft op zijn eigen behandelproces.”

Is dat ook in lijn met de goede ggz?

“Ik denk het wel, het is een wisselwerking van inspiraties. Wij putten natuurlijk ook uit wat er in de goede ggz en in de positieve gezondheidsstroom, van Huber tot Jim van Os, gebeurt. Dat is inmiddels een landelijke kruisbestuiving die ook door ons wordt opgemerkt.” ■