

# Vroeger en Verder

## Cursus voor complexe PTSS na misbruik of mishandeling

### interventiebeschrijving



## Colofon

### Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Kathleen Thomaes (ten tijde van de ontwikkeling van de interventie werkzaam bij GGZ inGeest) mede namens Ethy Dorrepaal en Nel Draijer

### Contactpersoon

Naam : Kathleen Thomaes, Sinaï Centrum

E-mail : k.thomaes@sinaicentrum.nl

### Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving	Kathleen Thomaes
Titel interventie	Vroeger en Verder
Databank(en)	Effectieve sociale interventies
Plaats, instituut	Utrecht, Movisie
Datum	november 2016

Voor meer informatie en contact verwijzen wij naar [www.movisie.nl/effectievesocialeinterventies](http://www.movisie.nl/effectievesocialeinterventies) en [www.huiselijkgeweld.nl/interventies/effectieve-interventies](http://www.huiselijkgeweld.nl/interventies/effectieve-interventies)

Het werkblad waarin deze beschrijving is gemaakt is tot stand gekomen door een samenwerking van de volgende organisaties



## Inhoud

Colofon .....	2
Samenvatting – Vroeger en Verder - .....	4
1. Probleemomschrijving.....	6
2. Beschrijving interventie .....	8
3. Onderbouwing .....	15
4. Uitvoering .....	21
5. Onderzoek naar praktijkervaringen.....	23
6. Onderzoek naar de effectiviteit.....	26
7. Aangehaalde literatuur .....	29

# Samenvatting – Vroeger en Verder

---

## Doelgroep

Vroeger en Verder is een cursus voor volwassenen met een geschiedenis van seksueel misbruik en/of lichamelijk geweld in de jeugd of in intieme relaties met een complexe posttraumatische stressstoornis (Complexe PTSS), die in hun leven worden belemmerd door nare herinneringen, nachtmerries, problemen met reguleren van woede en andere emoties, weinig zelfvertrouwen en gevoelens van schuld, schaamte en zinloosheid. Deze mensen hebben vaak genoeg talenten maar die komen niet tot uitdrukking door gemiste kansen, problemen in relaties en een negatief zelfbeeld.

---

## Doel

Het hoofddoel van de cursus is dat de klachten die horen bij een complexe PTSS zijn verminderd en cursisten meer controle hebben over hun denken, voelen en handelen.

---

## Aanpak

De cursus past in het kader van de fasegerichte behandeling. Het uitgangspunt hiervan is dat bij complexe klachten allereerst een stabielere leven nodig is (fase I), bijvoorbeeld door het opbouwen van prettige bezigheden en voldoende steun en begrip van vrienden of familie, voordat het verleden verwerkt kan worden (fase II, bijvoorbeeld EMDR, *exposure*). Vroeger en Verder start met uitgebreide uitleg over het ontstaan en in stand blijven van de klachten (psycho-educatie), als eerste stap bij het onder controle krijgen ervan. Vervolgens krijgt men oefeningen aangereikt om concentratie, slapen, ontspanning, omgaan met heftige en nare gevoelens, zelfbeeld en zelfvertrouwen te verbeteren (vaardigheden). Daardoor hoeft men minder te gaan vermijden. De cursus helpt om niet meer werkzame patronen van voelen, denken en doen, ontstaan vanuit vroeger, te doorbreken om verder te kunnen (cognitieve gedragstherapie). De cursus wordt veelal gegeven in een ggz-instelling door twee cursusleiders, bijvoorbeeld een verpleegkundige, een psycholoog en/of een psychiater. De cursus bestaat uit 20 wekelijkse bijeenkomsten met huiswerkopdrachten en wordt gevolgd door twee terugkombijeenkomsten na drie en na zes maanden. Eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid staan centraal. Individuele problemen die niet aan bod kunnen komen in de cursus, worden met de eigen behandelaar besproken.

---

## Uitvoerende organisaties

Ggz-instellingen kunnen Vroeger en Verder uitvoeren, eventueel in vrije praktijk. De cursus Vroeger en Verder (uitgegeven bij Pearson in 2008) wordt sinds 2002 aangeboden bij GGZ inGeest. Landelijk zijn meer dan 100 cursusleiders getraind, *in-company* bij bijvoorbeeld PsyQ, Altrecht, GGZ Noord-Holland-Noord, GGZ Dijk en Duin, RGC Zeeuws-Vlaanderen/Emergis en via RINO Noord-Holland.

---

## Onderzoek

In 2015 heeft een procesevaluatie plaats gevonden onder zestien cursusleiders en veertien deelnemers van twee instellingen (vijf locaties). De onderzoeksmethoden waren schriftelijke vragenlijsten, observaties analyses van administratieve gegevens en literatuur. De doelgroep van dit onderzoek bestaat uit mensen (m/v) met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) na interpersoonlijk, langdurig/herhaald fysiek en/of seksueel geweld, die tevens lijden aan andere psychiatrische stoornissen zoals persoonlijkheidsstoornissen, stemmingsstoornissen, eetstoornissen en/of verslaving. Helaas zijn er geen mannelijke deelnemers bereid

gevonden om vragenlijsten in te vullen. Eerder opgetekende opmerkingen van twee mannelijke deelnemers bij terugkombijeenkomsten zijn echter wel beschreven in het onderzoek.

### *Samenvatting van de meest relevante uitkomsten*

De richtlijnen en het evaluatieformulier om het protocol goed te blijven volgen in het Handboek worden als duidelijk ervaren (gemiddelde scores: 8, respectievelijk 7.7 op een 10-puntsschaal). Alle cursusleiders zijn tevreden tot zeer tevreden over de cursus Vroeger en Verder. Slechts een enkeling wijkt af van het protocol bij bepaalde hoofdstukken (bijvoorbeeld hoofdstuk 1 in twee sessies behandelen). Ze waarderen verschillende onderdelen van de cursus met een rapportcijfer tussen 7.7 en 8.9.

Deelnemers hadden de verwachting zichzelf beter te gaan begrijpen door de cursus en dat kwam bij velen uit. Deelnemers waardeerden hun verbetering op bepaalde symptoomgebieden met gemiddelde rapportcijfers tussen 6.5 (*flashbacks*/herbelevingen) en 7.6 (zelfbeeld) - 7.7 (reguleren gevoel, dissociatie hanteren, zingeving). Deelnemers beschrijven vooral dat zij verbeteren door erkenning en herkenning in mededeelnemers, dat zij zichzelf leren begrijpen en weer zelf de regie nemen en uit de slachtofferrol stappen. Vaardigheden als zintuigoefening, gebalde vuist, veilig slapenplan, veilige plek, anker oefening, G-schema, aanmoedigende gedachten, crisisplan en bewust zijn van kromme gedachten, werden genoemd als de vaardigheden die men daadwerkelijk toepast in het dagelijks leven en bij stress.

Beide partijen – cursusleiders en deelnemers – achten het belang van op orde zijnde randvoorwaarden, zoals vaste grote ruimten met een goed functionerende beamer, zeer groot. Cursusleiders rapporteren dat mensen vooral uitvallen door: te weinig of slecht contact met de individuele behandelaar, onveilig voelen door interactie met of uitval van groepsleden, te veel boosheid voor de dader in zich hebben, geen ruimte voor zichzelf kunnen nemen en geen of een klein steunend netwerk hebben.

De interventie wordt op grond van de aanbevelingen van deelnemers, cursusleiders en de onderzoekers aangepast op de volgende punten.

- In de volgende druk van het Handboek worden voorbeeldmails voor contact met behandelaren en tips voor gestructureerde terugkombijeenkomsten opgenomen.

- Aan de uitgever wordt voorgelegd om het Handboek te herschrijven in de hij/zij-vorm. Het boek is nu gericht op vrouwen maar het is ook voor mannen bruikbaar. Als alternatief maken we een addendum met uitleg voor mannelijke deelnemers.

Als replicatiestudies van een RCT naar deze interventie in de VS (Zlotnick et al., 1997), verrichtten wij in Nederland effectiviteitsonderzoek (twee pilotstudies en een RCT, zie Hoofdstuk 6) en een gerelateerd hersenscanonderzoek waaruit twee proefschriften zijn voortgekomen (Dorrepaal, 2013; Thomaes, 2013).

---

### **Werkzame elementen**

Vroeger en Verder is een vertaling van een protocol van Zlotnick et al. (1997) en heeft de volgende werkzame elementen.

- Een fasegerichte behandeling, met nadruk op het verwerven van veiligheid en vertrouwen als voorwaarde voor verwerking en re-integratie.
- Meer controle over zowel voelen, denken als handelen door een combinatie van psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie en het aanleren van vaardigheden.
- Nadruk op eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid.
- Aandacht voor zelfbeeld en assertiviteit.
- Aandacht voor functioneren in het dagelijks leven, lichamelijke gezondheid en dagbesteding.
- Lotgenotencontact: erkenning en herkenning.
- Relatief lange duur van de interventie ten opzichte van behandelingen voor niet-complexe PTSS (acht weken), maar relatief kort ten opzichte van behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen (één tot twee jaar): 20 wekelijkse bijeenkomsten, met een terugkombijeenkomst na drie en zes maanden.

# Uitgebreide beschrijving

---

## 1. Probleemomschrijving

---

### Probleem

De interventie Vroeger en Verder is een cursus voor volwassenen met een geschiedenis van seksueel misbruik en/of lichamelijk geweld in de jeugd of in intieme relaties, die in hun huidige leven worden belemmerd door zich opdringende herinneringen, nachtmerries, problemen met (teveel of te weinig) woede, wisselende stemmingen, weinig zelfvertrouwen en gevoelens van schuld, schaamte en zinloosheid. Deze mensen hebben vaak genoeg talenten maar die komen niet tot uitdrukking door gemiste kansen, problemen in relaties en een negatief zelfbeeld. De klachten passen bij een Complexe PTSS, dat wil zeggen een posttraumatische stressstoornis met bijkomende problemen zoals een depressieve, dissociatieve, somatoforme en/of eetstoornis en met veelal een persoonlijkheidsstoornis (DSM-IV-TR, APA 2000; Herman, 1992).

---

### Spreiding

Een traumatische gebeurtenis kan leiden tot een PTSS, gekenmerkt door: 1) het herbeleven van de traumatische gebeurtenissen (flashbacks, nachtmerries), 2) vermijding en het afvlakken van gevoelens en 3) overmatige prikkelbaarheid of 'hyperarousal' (DSM-IV-TR, APA 2000). Gemiddeld is de kans op het ontwikkelen van een PTSS na een traumatische gebeurtenis 10 tot 20% (Breslau, 1998). Ruim 9% van de Nederlandse bevolking werd slachtoffer van huiselijk geweld in de afgelopen vijf jaar. In 65% van de gevallen was sprake van lichamelijk geweld, in 8 tot 10% van seksueel geweld (Draijer, 1990; Movisie, 2013). Na seksueel geweld of lichamelijk geweld in de jeugd is de kans op het krijgen van een PTSS veel groter, namelijk meer dan 50 % (Kessler, Sonnega & Bromet, 1995). Herhaald trauma op jonge leeftijd door een dader van wie het slachtoffer afhankelijk is (complex trauma) kan de hechting verstoren en resulteren in bijkomende problemen op het gebied van emotieregulatie (boosheid, impulsiviteit, zelfbeschadigend gedrag), dissociatie (wegrakingen, onwerkelijk voelen), zelfbeeld (schuld- en schaamtegevoelens), relaties (wantrouwen), somatisatie en verminderd toekomstperspectief (Herman, 1992). Dit wordt in de DSM-IV-TR 'PTSS met geassocieerde symptomen' genoemd en is bij klinici bekend onder de naam 'Complexe PTSS'. De prevalentie van Complexe PTSS is ongeveer 1% (Ford, Stockton, Kaltman & Green, 2006).

---

### Gevolgen

Complexe PTSS-patiënten hebben vaak langdurige behandelingen gehad onder wisselende diagnoses (bijvoorbeeld eetstoornis, depressieve stoornis), voordat de invloed van complex trauma als zodanig wordt herkend en traumabehandeling ook kan worden gestart (Dorrepaal, 2013). Het is klinisch gezien een belangrijke groep vanwege hoge comorbiditeit met onder andere depressieve, dissociatieve en vooral persoonlijkheidsstoornissen (Ford & Kidd, 1998), waardoor behandelingen – gericht op een van de diagnoses – vaak niet voldoende helpen. Ze maken vaak intensief gebruik van de somatische en geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld door suïcidepogingen en zelfbeschadigend gedrag en onbegrepen lichamelijke aandoeningen. Het ziektebeloop is veelal chronisch met veel ziektedagen of werkloosheid tot gevolg (Hoing, Van Engen & Ensink, 2003). Complexe PTSS is vaak geassocieerd met kinderverwaarlozing en kindermishandeling. Niet alleen in Nederland, maar in heel Europa worden kinderen veelvuldig blootgesteld aan seksuele (9.6%), lichamelijke (22.9%) en emotionele mishandeling (29.1%) en aan lichamelijke (16.3%) en emotionele (18.4%) verwaarlozing. Conservatieve schattingen suggereren dat het gaat om 18 miljoen kinderen in Europa. Vanwege een cirkel van geweld over generaties heen, zouden

tientallen miljoenen lijden aan negatieve gevolgen van kindermishandeling en verwaarlozing gedurende hun leven (Dinesh et al., 2013).

---

## 2. Beschrijving interventie

---

### 2.1 Doelgroep

#### **Uiteindelijke doelgroep**

De doelgroep bestaat uit volwassen vrouwen en mannen die klachten hebben passend bij Complexe PTSS na een geschiedenis van seksueel misbruik en/of lichamelijk geweld in hun jeugd of in intieme relaties. Complexe PTSS is eigenlijk een combinatie van de klassieke PTSS en een comorbide persoonlijkheidsstoornis.

De klassieke PTSS kenmerkt zich door het herbeleven van het trauma (flashbacks, nachtmerries), vermijding en afvlakken van gevoel en overmatige prikkelbaarheid ('hyperarousal'). De persoonlijkheidsstoornis is vaak van het type *borderline* persoonlijkheidsstoornis, met onder andere angst voor verlating, stemmingswisselingen, emotieregulatieproblemen, zelfbeschadigend gedrag en suïcidaliteit, of van het cluster A-type, met vermijdende afhankelijkke of dwangmatige kenmerken.

Vroeger en Verder wordt toegepast bij mensen met verschillende culturele achtergronden (Turks, Marokkaans en afkomstig uit andere Afrikaanse landen, Surinaams, Antilliaans, Indonesisch). Echter, omdat met een werkboek en huiswerkopdrachten wordt gewerkt, is het wel nodig om de Nederlandse taal goed te beheersen. Vroeger en Verder wordt in aangepaste vorm ook gebruikt voor vluchtelingen (Equator, Amsterdam) en adolescenten in justitiële inrichtingen (De Bascule). Het werkboek van Vroeger en Verder is ook gebruikt als basis voor een werkboek voor dissociatieve stoornissen (Boon et al., 2013). De cursus is gericht op die mensen die (nog) niet kunnen profiteren van de eerste keuze behandeling (bijvoorbeeld EMDR, exposure) voor een klassieke PTSS, door bijvoorbeeld een bijkomende persoonlijkheidsstoornis en moeite met het reguleren van emoties. Oorspronkelijk is de cursus ontwikkeld voor vrouwen, later is dit verbreed naar mannen.

---

#### **Intermediaire doelgroep**

Er zijn geen intermediaire doelgroepen.

---

#### **Selectie van doelgroepen**

Huisartsen, vrijgevestigde therapeuten en/of andere ggz-afdelingen kunnen patiënten aanmelden voor behandeling bij de specialistische ggz-instelling waar Vroeger en Verder wordt gegeven. In het Handboek voor therapeuten is een checklist opgenomen voor een eerste telefonische screening. Vervolgens wordt een voorgesprek gepland met de kandidaat deelnemer door een van de cursusleiders (zie het *format* in het handboek). In dat gesprek wordt de voorgeschiedenis (kort) geïnventariseerd en de diagnose wordt gecheckt met gestructureerde vragenlijsten en een interview. Persoonlijke behandeldoelen worden gesteld en eventuele valkuilen voor deelname besproken.

Contra-indicaties zijn: dissociatieve identiteitsstoornis (voorheen: multipele persoonlijkheidsstoornis); actieve/huidige psychotische stoornis; middelenmisbruik moet enigszins onder controle zijn; een 'klassieke' PTSS die (sneller) reageert op exposure/EMDR; onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal; antisociale persoonlijkheidsstoornis.

---



## 2.2 Doel

### Hoofddoel

De klachten die horen bij een complexe PTSS zijn verminderd en cursisten hebben meer controle over hun denken, voelen en handelen.

---

### Subdoelen

Na afloop van de cursus:

1. kan de cursist haar/zijn emoties reguleren
  2. kan zij/hij er 'beter bij zijn', beter de aandacht naar buiten richten op het dagelijks leven
  3. heeft de cursist een beter zelfbeeld en minder gevoelens van schuld en schaamte
  4. weet zij/hij beter hoe en wanneer anderen te vertrouwen en is meer assertief
  5. let de cursist beter op haar/zijn lichamelijke gezondheid
  6. is zij/hij bezig met het opbouwen van zinvolle dagbesteding
  7. heeft zij/hij minder last van nachtmerries/herbelevingen, vermijding en overmatige prikkelbaarheid/alertheid (PTSS-klachten).
- 

## 2.3 Aanpak

### Opzet van de interventie

Huisartsen, vrijgevestigde therapeuten en andere ggz-afdelingen kunnen patiënten aanmelden voor behandeling bij de specialistische ggz-instelling waar Vroeger en Verder wordt gegeven. In het Handboek voor therapeuten is een checklist opgenomen voor een eerste telefonische screening. Vervolgens wordt een voorgesprek gepland met de kandidaat deelnemer door een van de cursusleiders (zie het format in het handboek). In dat gesprek wordt de voorgeschiedenis (kort) geïnterviewd en de diagnose gecheckt met gestructureerde vragenlijsten en een interview. Persoonlijke behandeldoelen worden gesteld en eventuele valkuilen voor deelname besproken. Ook wordt besproken wie de individuele behandelaar naast de groep zal zijn (iemand van de ggz-instelling zelf of een externe/vrijgevestigde) en hoe er tijdens de training en in geval van crisis kan worden ondersteund. Dat is in principe de verantwoordelijkheid van de patiënt en de individuele behandelaar; de cursusleiders zoeken actief per mail en per telefoon contact met de individuele behandelaar in geval van crisis. Dit staat beschreven in het Handboek voor de cursusleiders.

De cursus wordt veelal gegeven in een ggz-instelling door twee cursusleiders, bijvoorbeeld een verpleegkundige en een psycholoog of psychiater, aan een groep van tien tot veertien deelnemers. De cursus bestaat uit 20 wekelijkse bijeenkomsten van twee uur met een gestructureerde agenda en huiswerkopdrachten. Deze opdrachten worden in de bijeenkomsten goed voorbereid, zodat de cursisten er thuis gemakkelijk zelf aan kunnen werken. De cursus duurt ongeveer een half jaar en wordt gevolgd door twee terugkombijeenkomsten, na drie en na zes maanden. In de cursus staan eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid centraal. Individuele problemen die niet aan bod kunnen komen in de cursus, worden met de eigen behandelaar (zie 'locatie en uitvoerders') besproken.

Na de cursus volgt een nagesprek met een van de cursusleiders, waarbij de vragenlijsten/interviews worden herhaald en teruggekoppeld aan de patiënt. Daaruit kan een advies voortkomen voor vervolgbehandeling aan de individuele behandelaar, zoals exposure/EMDR, Dialectische Gedragstherapie (DGT) of trajectbegeleiding naar (vrijwilligers) werk.

Naast het Handboek is er een werkboek voor de deelnemers en cursusleiders (zie Hoofdstuk 4, Materialen).

### Locatie en uitvoerders

De cursus wordt gegeven op de locatie van een ggz-instelling door twee cursusleiders (psychotherapeut, psychiater en/of SPV-er), naast een individueel behandelcontact. Dat kan een bestaand behandelcontact

zijn, bijvoorbeeld met een vaste individuele behandelaar, als iemand nog geen vaste behandelaar heeft is dat een eerste vereiste. Verder is van belang dat in het individuele behandelcontact – net als in de cursus – niet in detail op de trauma's wordt ingegaan. Dit gaat in tegen het streven van de cursus naar stabilisatie en controle over de symptomen.

Voor een goede samenwerking is het noodzakelijk en wenselijk dat de groepsleiding voorafgaand aan de cursus kort contact heeft gehad met de individuele behandelaar. Zo nodig kan ook tijdens de cursus overlegd worden. De individuele behandelaar krijgt ook een overzicht van hetgeen in de cursus behandeld wordt, zodat hij/zij daar eventueel bij kan aansluiten. Bij zorgen over een deelnemer wordt de deelnemer gevraagd of deze contact wil opnemen met de individuele behandelaar. Daarbij wordt afgesproken of de cursusleider dat ook zal doen. Als iemand zonder bericht afwezig is, wordt het altijd gemeld aan de individuele behandelaar. Dit staat beschreven in het Handboek voor de cursusleiders.

---

## Inhoud van de interventie

Voorafgaand aan de cursus is er een telefonische screening (verwijzer met een van de cursusleiders) en een voorgesprek met de kandidaat deelnemer (zie hierboven bij 'Opzet van de interventie').

De cursus omvat 20 wekelijkse sessies van twee uur en twee terugkombijeenkomsten. Elke sessie is gestructureerd opgebouwd met een agenda, bespreking huiswerk van de vorige keer, een nieuwe lezing met veelal een plenaire oefening per sessie en de huiswerkvoorbereiding voor de volgende keer. Per sessie bespreekt men de volgende thema's.

### 1 Complexe Posttraumatische Stressstoornis

Psycho-educatie over trauma, biologische stressreactie, PTSS en Complexe PTSS en hoe *triggers* klachten uitlokken. Zintuigoefening (oriëntatie in het hier-en-nu, ook op cd). Huiswerk: registratie van een aantal klachten de komende week met trigger; registratie is de basis van de cognitieve gedragstherapie (CGT).

### 2 Slaapproblemen

Psycho-educatie over invloed trauma op slaap en verbeteren slaap (triggers verwijderen, omgaan met triggers, gezonde gewoonten). Huiswerk: veilig slapenplan maken (vaardigheden) en slaapregistratie (CGT).

### 3 Dissociatie

Psycho-educatie over definitie en ontstaan van dissociatie, triggers en gevolgen van dissociatie. Oefenen van aardingstechnieken, onder andere gebalde vuist oefening. Huiswerk: registratie dissociatie (voorloper G-schema uit CGT, zie ook punt 5 hieronder).

### 4 (Herkennen van) emoties, gevoelens

Psycho-educatie over basisvormen van emoties (4 B's: Boos, Bang, Blij, Bedroefd), invloed trauma op emoties, aspecten en functies van emoties. Oefening: afstemmen op gevoel. Huiswerk: registratie gevoelens komende week en beschrijven gezonde perspectieven op emoties (CGT).

### 5 G-schema

Introductie van een model voor het beschrijven van de 5 G's: Gebeurtenis, Gedachten, Gevoelens, Gedrag, Gevolg. Plenair oefenen met invullen van een G-schema. Huiswerk: invullen G-schema's over persoonlijke gebeurtenissen in die week (CGT).

### 6 Vaardigheden 1 – Afleidingstechnieken

Psycho-educatie over het belang van leren verdagen van emoties en aanleren van afleidingsvaardigheden met het acroniem VAARDIG (zie werkboek). Huiswerk: vaardigheden oefenen (DGT).

### 7 Vaardigheden 2 – Zelftroost en zelfzorg

Psycho-educatie over het belang van leren zichzelf te troosten en verzorgen en aanleren van zelftroost en zelfzorgvaardigheden (zie werkboek). Huiswerk: vaardigheden oefenen (DGT).

### 8 Vaardigheden 3 – Ontspanning, acceptatie en rust

Psycho-educatie over het belang van leren ontspannen, acceptatie en rust zoeken en aanleren van ontspanningsvaardigheden (zie werkboek). Plenaire oefening: spierspannings-/ontspanningsoefening (ook op cd). Huiswerk: geleerde vaardigheden oefenen (DGT).

## 9 Vaardigheden 4 – Veiligheid en vertrouwen in jezelf

Psycho-educatie over het belang van veiligheid en vertrouwen in zichzelf zoeken en aanleren van ontspanningsvaardigheden (zie werkboek). Plenaire oefening: verbeeldingsoefening en ankeroefening (ook op cd). Huiswerk: geleerde vaardigheden oefenen (DGT).

## 10 Herhalen en toepassen in crisisplan

Psycho-educatie over het belang van een crisisplan en introductie 10 regels voor het maken en invoeren van het persoonlijke crisisplan. Plenair: start maken met crisisplan. Huiswerk: persoonlijke crisisplan verder afmaken (DGT).

## 11 Onterechte overtuigingen

Psycho-educatie over de invloed van gedachten op gevoel en gedrag (CGT). Oorsprong, nadelen, soorten onterechte overtuigingen (10) en leren uitdagen en weerleggen ervan. Huiswerk: G-schema uitgebreid met uitdagen en weerleggen onterechte overtuigingen en dagboek positieve/rationele overtuigingen.

## 12 Kromme gedachten

Psycho-educatie over de invloed van gedachten op gevoel en gedrag (CGT). Oorsprong, nadelen, soorten kromme gedachten (10) en leren uitdagen en weerleggen ervan. Huiswerk: G-schema uitgebreid met uitdagen en weerleggen kromme gedachten en dagboek positieve/rationele gedachten.

## 13 Woede

Psycho-educatie over het ontstaan van woede, opsporen vroege signalen en problemen met woede veranderen. Huiswerk: Time-out contract maken, G-schema en toepassen geleerde vaardigheden op woede (CGT).

## 14 Assertiviteit 1

Psycho-educatie over trauma en assertiviteit en assertieve doelen (doel bereiken, relatie goed houden, zelfrespect). Oefening 'Tot hier en niet verder'. Huiswerk: dagboek assertieve vaardigheden bijhouden (zie werkboek).

## 15 Schuld en schaamte

Psycho-educatie over het ontstaan van schuldgevoel en schaamte en problemen met schuldgevoel en schaamte veranderen. Huiswerk: G-schema en toepassen geleerde vaardigheden op schuldgevoel en schaamte (CGT).

## 16 Assertiviteit 2

Aanleren richtlijnen voor assertieve vaardigheden. Oefening: rollenspel. Huiswerk: dagboek assertieve vaardigheden bijhouden (zie werkboek).

## 17 Vertrouwen opbouwen

Psycho-educatie over het ontstaan van wantrouwen en proberen vertrouwen op te bouwen. Huiswerk: G-schema en toepassen geleerde vaardigheden op wantrouwen (CGT).

## 18 Assertiviteit 3 en lichaamsbeleving

Psycho-educatie over rol assertiviteit bij lichaamsbeleving en geleerde vaardigheden laten toepassen. Huiswerk: dagboek assertieve vaardigheden bijhouden (zie werkboek).

## 19 Afscheid en toekomst

Psycho-educatie over het belang van goed afscheid nemen. Nadenken over doelen toekomst. Huiswerk: doelen toekomst verder uitwerken.

## 20 Afscheid en uitvlagen

Bespreken positieve en negatieve ervaringen met de groep en bespreken toekomstdoelen per persoon.

## 21 Terugkombijeenkomst – Drie maanden na stabilisatiecursus

Terugblikken op toekomstdoelen en delen ervaringen.

## 22 Terugkombijeenkomst – Zes maanden na stabilisatiecursus

Terugblikken op toekomstdoelen en delen ervaringen.

De cursusleiders stellen zich op als docenten die gericht zijn op kennisoverdracht. De kennisoverdracht moet gezien de problematiek en de achtergrond van de deelnemers in een extra veilige omgeving plaatsvinden, waar goede therapeutische (groeps)vaardigheden en ervaring met de doelgroep vereist worden. Er wordt spaarzaam op details van het individuele trauma ingegaan (dat wordt bewaard voor de

individuele therapeut en voor de fase II \* behandeling), om zichzelf en elkaar niet van streek te maken en voldoende concentratie te hebben om nieuwe kennis op te doen.

\* Zie hoofdstuk 3 voor uitleg over fasegerichte behandeling.

### **Kennisoverdracht in een veilige omgeving**

De interventie heet niet voor niets een cursus. De cursusleiders zijn weliswaar opgeleid tot psychotherapeut, psycholoog, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige of psychiater, maar ze stellen zich op als docenten die uitleggen, motiveren en belangstelling wekken. Als professionals die enthousiast zijn over wat goed gaat en meedenken hoe je het geleerde thuis kunt gaan benutten. Essentieel is dat iedereen uit vrije keuze meedoet en zelf verantwoordelijk is voor vooruitgang en dat eigen initiatief wordt toegejuicht. Cursusleiders tonen respect voor de inbreng van de deelnemers. Onze ervaring is dat gaandeweg de cursus de groep zelf steeds enthousiaster wordt over de eigen vorderingen en dat mensen elkaar gaan stimuleren, tips geven en toejuichen.

De cursusleiders zorgen voor duidelijke grenzen; zij houden zich aan de tijd en begrenzen deelnemers die te veel aandacht vragen of ruimte innemen. Ze stimuleren de zelfwerkzaamheid en eigen creativiteit van de deelnemers. Dat wil zeggen dat ze na een vraag niet gaan uitleggen hoe het moet, maar eerst doorvragen naar wat de betrokkene zelf al heeft geprobeerd en vervolgens rondvragen hoe anderen dat probleem hebben opgelost of aangepakt. Ze benadrukken – en dragen dat ook uit in hun eigen gedrag – dat alle deelnemers verantwoordelijk zijn voor hun eigen gedrag en vooruitgang.

### **Leren omgaan met lotgenoten**

Een ander aspect van de cursus is dat de onderlinge omgang in de groep geen onderdeel van de behandeling is. Dat gebeurt wel bij 'groepstherapieën', maar niet in deze cursus. Vanzelfsprekend houden de cursusleiders rekening met hoe de groep functioneert, maar ze gaan daar niet uitgebreid op in.

Dit zou gezien de traumatische ervaringen van iedere deelnemer een veel te onveilig gevoel geven.

Cursusleiders zijn er juist op gericht ieder een veilig gevoel te geven in de groep. Daarom doen de leiders in de pauze ook gewoon mee met de groepsleden. Het is prettig dat zij zo een gesprek kunnen voeren dat niet over de inhoud van de cursus gaat. De groepsleden vinden het vaak positief om de cursusleiders ook buiten hun rol als 'docent' mee te maken. Andersom is het ook prettig om als cursusleider te kunnen pauzeren.

Er gelden verschillende gedragsregels voor de groepsleden onderling. Deze betreffen allereerst de vertrouwelijkheid van alles wat in de cursus gezegd wordt. Ten tweede wordt er in de cursus expliciet niet over traumatische ervaringen gesproken om overbelasting van groepsleden te voorkomen en ten derde wordt, om dezelfde reden, onderling contact buiten de cursus ontmoedigd. Hoewel de cursus sociaal isolement wil verminderen en daarom contacten tussen groepsleden juist zinnig zouden kunnen lijken, blijkt het meestal te moeilijk de trauma's, klachten en gebeurtenissen in de cursus buiten het contact te houden. De vergelijking met een gezellige avond met collega's zonder over het werk te mogen praten of een sociaal gebeuren met het elftal zonder dat het over voetbal mag gaan, illustreert dit.

### **Crisismanagement**

Deelnemers kunnen zich soms overspoeld voelen door de hoeveelheid stof. Een geruststelling is dat de cursusleiders, die de inhoud van de gehele training goed overzien, vooruit en terug kunnen verwijzen en dat veel stof wordt herhaald. Ook benadrukt de groepsleiding steeds dat geen enkele deelnemer alle informatie die ze krijgt in één keer kan onthouden. Het thuis nalezen van de lezing en herhaling maken het vaak mogelijk onderdelen die niet onmiddellijk zijn opgepikt later alsnog te leren. Stapje voor stapje kan iedereen in haar eigen tempo vorderingen maken. Een veelvoorkomende valkuil is het gevoel alles goed en snel te moeten kunnen. De cursusleiders onderkennen de moeite die verandering kost en bieden tevens hoop en uitzicht op verbetering.

Het is goed te weten dat sommige deelnemers vooral gedurende de eerste periode meer klachten krijgen en/of zich er sterker van bewust kunnen worden. De cursus kan namelijk het patroon doorbreken van het zoveel mogelijk negeren van klachten. Aan de andere kant is het zich bewust worden van de klachten een

noodzakelijke stap om iets te kunnen veranderen. De vruchten worden vaak vooral in de tweede helft van de cursus geplukt. Het is trouwens niet reëel om te verwachten geheel klachtenvrij te zijn aan het einde van de cursus. Dat zou gezien de complexiteit van de klachten ongeloofwaardig zijn. Als deelnemers de drang voelen zichzelf te beschadigen, dan wordt hen verzocht dit met hun individuele behandelaar te bespreken en niet in de groep.

---

## **2.4 Ontwikkelgeschiedenis**

### **Betrokkenheid doelgroep**

De doelgroep is in de pilotfase (2002-2003) betrokken door per sessie hun mening te vragen over hoe het met ze ging en wat ze vonden van de interventie. Dit konden ze schriftelijk aangeven op gestructureerde formulieren, die zijn meegenomen in de aanpassing van het uiteindelijke Vroeger en Verder werkboek. Ook waren, naast de drie auteurs, vier behandelaren van Altrecht en twee behandelaren van GGZ Dijk en Duin, twee behandelaren van GGZ inGeest betrokken bij de totstandkoming van het definitieve werkboek en Handboek. In de pilotfase zijn per sessie hun commentaren verzameld over de werkwijze en de inhoud van de teksten die zijn gebruikt om de cursus Vroeger en Verder te verfijnen.

---

### **Buitenlandse interventie**

Vroeger en Verder is een vertaling van een protocol van Zlotnick et al. (1997): 'An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse'. Dat protocol is getest in een Amerikaanse populatie en binnen een Amerikaans gezondheidszorgsysteem. Het protocol had tot doel posttraumatische stresssymptomen te verminderen bij vrouwen met een geschiedenis van vroeg misbruik of mishandeling. Het is een gestructureerde groepsbehandeling met een gestructureerde agenda, met een nabespreking van huiswerk, een lezing gericht op psycho-educatie, het aanleren van vaardigheden en cognitieve gedragstherapeutische technieken. In 2002 heeft Caron Zlotnick haar protocol aan ons ter beschikking gesteld om de effecten van haar RCT te repliceren. Wij hebben het Amerikaanse protocol vertaald in het Nederlands en er is een vijftal sessies toegevoegd over assertiviteit (3x) en afscheid (2x) nemen (van 15 naar 20 sessies) om alle domeinen van de Complexe PTSS te bestrijken. Het protocol is wetenschappelijk onderzocht bij vrouwen in Amerika en door ons in Nederland. Inmiddels wordt het ook toegepast bij mannen en in gemengde (m/v) groepen. In juli 2008 zijn het werkboek (voor deelnemers en cursusleiders) en de Handleiding voor cursusleiders (inmiddels Handboek) uitgegeven bij Pearson (voormalig Harcourt). Het is ontwikkeld door Ethy Dorrepaal, Kathleen Thomaes en Nel Draijer met subsidies van de stichting Valerius en het ZonMw-programma GeestKracht.

---

## **2.5 Vergelijkbare interventies**

### **In Nederland uitgevoerd**

Vergelijkbare interventies in Nederland zijn de fase I behandelingen STAIR van Cloitre et al. (2010) en Seeking Safety van Najavits (2010).

---

### **Overeenkomsten en verschillen**

In Nederland wordt ook een protocol van Cloitre uitgevoerd (STAIR, 2010), dit is een vergelijkbare fase I behandeling (zie voor uitleg over fasen het hoofdstuk 'Onderbouwing'). Deze behandeling duurt echter korter (acht weken) en is uitgetest bij iets minder ernstige patiënten.

In Nederland wordt eveneens Seeking Safety (2010) van Lisa Najavits gebruikt. Deze fase I behandeling richt zich specifiek op de groep die naast (complexe) PTSS ook ernstig middelenmisbruik/verslaving heeft. Het is een individuele behandeling met 20 sessies die in persoonlijke volgorde kunnen worden uitgevoerd.

## **Toegevoegde waarde**

De toegevoegde waarde van Vroeger en Verder ten opzichte van STAIR:

- Vroeger en Verder is specifiek onderzocht voor de meest ernstige patiënten met comorbide persoonlijkheidsstoornissen.
- In deze ernstige groep: lage uitval uit behandeling en goed effect, ook in de meest ernstige groep (Dorrepaal et al., 2012a; Dorrepaal et al., 2012b; Dorrepaal et al., 2013).
- Vroeger en Verder kent een langer protocol van 20 weken, specifiek voor die groep die meer tijd nodig heeft om fase II te bereiken.
- Er wordt in het kader van Vroeger en Verder een *e-health* programma ontwikkeld om na de cursus de vaardigheden te blijven oefenen, bijvoorbeeld tijdens de fase II behandeling.

De toegevoegde waarde van Vroeger en Verder ten opzichte van Seeking Safety:

- Vroeger en Verder is niet alleen gericht op zelfbeschadigend gedrag in de vorm van middelenmisbruik, maar breder toepasbaar voor mensen met ander zelfbeschadigend gedrag (bijvoorbeeld automutilatie, overeten of hongeren, overmatig poetsen).
- Vroeger en Verder is een groepsmodel, dat gebruik maakt van het helende effect van erkenning door en herkenning in groepsgenoten.

---

### 3. Onderbouwing

---

#### Oorzaken

Volwassenen met een geschiedenis van seksueel misbruik en/of lichamelijk geweld in de jeugd of in intieme relaties, kunnen in hun huidige leven worden belemmerd door zich opdringende herinneringen, nachtmerries, problemen met (teveel of te weinig) woede, wisselende stemmingen, weinig zelfvertrouwen, en gevoelens van schuld, schaamte en zinloosheid. Factoren die dit probleem in stand houden zijn dat mensen met een complexe PTSS na mishandeling of seksueel misbruik:

- moeite hebben met het reguleren van emoties (met onder andere zelfbeschadigend gedrag, stemmingswisselingen, suïcidaliteit)
- regelmatig afwezig raken (dissociatie), waardoor men belangrijke informatie uit de omgeving mist
- een verstoord zelfbeeld hebben (met onder andere schuldgevoel en schaamte)
- wantrouwen in relaties en problemen met assertiviteit hebben
- lichamelijke klachten hebben, zonder dat daarvoor een medische verklaring is
- een beperkte levensinvulling en zingeving hebben
- last hebben van nachtmerries/ herbelevingen, vermijding en overmatige prikkelbaarheid/alertheid (PTSS-symptomen).

(Herman, 1992; Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005; Clarke, Rizvi & Resick, 2008; Cloitre et al., 2011; Dorrepaal et al., 2014; Ehlers et al., 1998; Ford & Kidd, 1998; Pelcovitz et al., 1997; Resick et al., 2008)

---

#### Aan te pakken factoren

Vroeger en Verder pakt de volgende factoren aan.

- De factor 'moeite hebben met het reguleren van emoties' sluit aan bij subdoel 1 (de cursist kan na afloop van de cursus zijn/haar emoties reguleren).
  - De factor 'afwezig raken' (dissociatie) sluit aan bij subdoel 2 (de cursist is er na afloop van de cursus 'beter bij', kan beter de aandacht naar buiten richten op het dagelijks leven).
  - De factor 'verstoord zelfbeeld' sluit aan bij subdoel 3 (de cursist heeft een beter zelfbeeld en minder gevoelens van schuld en schaamte).
  - De factor 'wantrouwen in relaties en problemen met assertiviteit' sluit aan bij subdoel 4 (de cursist weet beter hoe en wanneer zij/hij anderen kan vertrouwen en is meer assertief).
  - De factor 'lichamelijke klachten zonder medische verklaring' sluit aan bij subdoel 5 (de cursist let beter op haar/zijn lichamelijke gezondheid).
  - De factor 'beperkte levensinvulling en zingeving' sluit aan bij subdoel 6 (de cursist is bezig met het opbouwen van een zinvolle dagbesteding).
  - De factor nachtmerries/ herbelevingen, vermijding en overmatige prikkelbaarheid/alertheid (PTSS symptomen) sluit aan bij subdoel 7 (de cursist heeft minder last van deze klachten).
- 

#### Verantwoording

De subdoelen zijn dat de cursist na afloop van de cursus:

1. zijn/haar emoties kan reguleren
2. er 'beter bij is', beter de aandacht naar buiten kan richten op het dagelijks leven
3. een beter zelfbeeld en minder gevoelens van schuld en schaamte heeft
4. beter weet hoe en wanneer zij/hij anderen kan vertrouwen en meer assertief is
5. beter let op haar/zijn lichamelijke gezondheid
6. bezig is met het opbouwen van een zinvolle dagbesteding en sociale contacten



7. minder last heeft van nachtmerries/herbelevingen, vermijding en overmatige prikkelbaarheid/alertheid.
- Subdoel 1, 'het verbeteren van de emotieregulatie', gebeurt vooral door psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie (CGT) (leren herkennen van emoties, G-schema) en het aanleren van vaardigheden die in het bijzonder zijn gebaseerd op Linehan, 1993 (sessie 1 t/m 10).
  - Subdoel 2, 'er beter bij zijn', wordt gediend door vaardigheden uit sessie 2 (dissociatie), maar ook uit sessie 11 en 12 (corrigeren onterechte overtuigingen en kromme gedachten passend bij CGT).
  - Subdoel 3, 'beter zelfbeeld en minder schaamte en schuldgevoelens', vooral door psycho-educatie en CGT in de sessies 11, 12, 13 (woede) en 15 (schuld en schaamte).
  - Subdoel 4, 'veilig leren vertrouwen en assertief zijn', vooral door lotgenotencontact en hetgeen in sessies 14, 16, 17 en 18 over assertiviteit en wantrouwen wordt behandeld, maar ook door hetgeen in sessies 19 en 20 over goed afscheid nemen aan bod komt.
  - Subdoel 5, 'lichamelijke gezondheid verbeteren', door vaardigheden (bijvoorbeeld in sessie 6: afleiding waaronder sporten en zelfzorg & zelftroost en in de sessies 7, 8 en 9 over ontspanning, acceptatie en rust).
  - Subdoel 6, 'levensinvulling versterken', zit eigenlijk in de hele cursus verweven: met psycho-educatie eigen gedragspatronen beter leren herkennen en accepteren en door het aanleren van vaardigheden langzaam de vermijding doorbreken, wat noodzakelijk is om te komen tot een zinvolle dagbesteding en het aangaan van sociale contacten.
  - Subdoel 7, 'minder PTSS-klachten', vooral door sessie 2 slaapproblemen, opbouwen vaardigheden waardoor vermijding minder nodig is, oefeningen waardoor men tot rust komt bijvoorbeeld veilige plek, zintuigoefening, gebalde vuist.

Vroeger en Verder is gericht op het verminderen van complexe PTSS-klachten en op het onder controle krijgen van de meest hinderlijke klachten. Het accent ligt op het veranderen van gedrag (bijvoorbeeld minder geneigd zijn situaties uit de weg te gaan) en het aanleren van nieuwe vaardigheden. De weg waarlangs dat wordt bereikt is allereerst via psycho-educatie (1), cognitieve gedragstherapie (2) en het aanleren van vaardigheden (3). Dit alles in een relatief lange behandeling (zes maanden, ofwel 20 sessies) (4), met een gestructureerde manier van werken en binnen een fasegerichte behandeling (5). Omdat Complexe PTSS gezien kan worden als een combinatie van de klassieke PTSS en een comorbide persoonlijkheidsstoornis, zijn er in deze behandeling elementen uit de behandelrichtlijnen voor PTSS en die voor persoonlijkheidsstoornissen te vinden (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008; Balkom van et al., 2013).

### 1) Psycho-educatie

Uitleg over de klachten en hun achtergrond, zodat klachten en problemen beter worden begrepen, staat centraal in vrijwel alle sessies. Kennis is macht. Daardoor ontstaat al meer een gevoel van controle. Ook wordt er psycho-educatie gegeven over gevoelens, omdat die vaak ofwel helemaal worden weggehouden, ofwel totaal doorbreken en oncontroleerbaar zijn. Voelen is dan een bron van angst. Om deze angst enigszins te overwinnen, wordt voorlichting gegeven over gevoelens en hun samenhang met gedachten, die weer te maken hebben met de voorgeschiedenis. Psycho-educatie helpt zo van een afstandje te kijken naar je gevoelens, gedachten en gedrag. De gemoedstoestand is door alle uitleg ook makkelijker te accepteren.

Psycho-educatie is volgens de in Nederland geldende multidisciplinaire richtlijn voor angststoornissen, naast activering en vermijding tegengaan, de belangrijkste basisinterventie bij PTSS (Balkom, van et al., 2013). Hier is geen duidelijk effectonderzoek naar gedaan, maar deskundigen nemen dit als algemeen geldende regel aan.



## 2) Cognitieve gedragstherapie

De zogeheten cognitieve gedragstherapie gaat ervan uit dat gedachten, gevoelens en gedragingen met elkaar te maken hebben. Je kunt leren gedachten en ideeën die door een belast verleden ontstaan zijn, bij te stellen in het nu, waardoor je gevoel en gedrag kunnen veranderen. Daardoor leer je gevoelens beter te herkennen en benoemen, waardoor de heftigheid ervan wat afneemt.

Er worden gedragstherapeutische principes toegepast om vermijden (bijvoorbeeld van negatieve gevoelens) tegen te gaan. Mensen met chronisch trauma in hun voorgeschiedenis zijn vaak – net als borderline patiënten – bang geworden voor gevoel. Ze willen niet voelen en kennen gevoel alleen in een overweldigende, pijnlijke vorm. Hierdoor ontbreekt het hen vaak aan sturing in het leven. Ze kunnen hun gevoelsleven niet als richtinggevend gebruiken. Eén van de doelen van de cursus is dan ook dat je beter leert je emoties te reguleren door gevoelens te leren verdragen en minder te hoeven vermijden.

De route hierheen is geleidelijk. Eerst leer je door psycho-educatie en oefeningen om te onderkennen in welke situaties of bij welke triggers nare gevoelens ontstaan en word je gestimuleerd om die triggers of situaties te vermijden. Dat geeft een zeker gevoel van controle. Vervolgens worden vaardigheden aangeleerd waardoor vermijding minder nodig is. In sessie 4 en 5 wordt het G-schema geïntroduceerd, een model voor het beschrijven van de 5 G's: Gebeurtenis, Gedachten, Gevoelens, Gedrag, Gevolg. Dit schema is de basis voor de vaardighedensessies (sessie 6 tot en met 9 gericht op Gedrag), sessies 11 en 12 (gericht op Gedachten), sessie 14, 16 en 18 (gericht op assertief Gedrag) en sessies 13, 15 en 17 (waarin G-schema's worden gemaakt om complexe Gevoelens te leren begrijpen). Overigens leunen sessie 11 en 12 op een specifieke vorm van CGT, namelijk de schematherapie.

Volgens de multidisciplinaire richtlijn voor PTSS (Balkom, van et al., 2013) is de eerste keuze interventie om door middel van blootstelling aan traumadetails angstreductie te bewerkstelligen een traumagerichte cognitief gedragstherapeutische interventie, zoals exposure therapie of EMDR. Daarnaast zijn ook CGT-interventies onderzocht die minder rechtstreeks op het verwerken van het trauma gericht zijn, zoals 'cognitieve herstructurering zonder exposure' (Resick et al., 2008, Bradley et al., 2005, Balkom, van et al., 2013) en Vroeger en Verder. Cognitieve therapie bij PTSS gericht op identificatie en bijstelling van disfunctionele opvattingen met betrekking tot zichzelf als persoon, anderen, de wereld en het trauma, bleek effectief. Tijdens deze onderdelen vindt dikwijls impliciet of expliciet exposure plaats aan de herinneringen aan de schokkende gebeurtenis(sen). Deze (imaginaire) exposure is minder intensief dan bij de interventie IE en bij EMDR. CT duurt doorgaans zo'n zestien zittingen (Foa, Keane & Friedman, 2000; Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou & Trasher, 1998). CT is in deze studies vergeleken met IE, exposure *in vivo* en de combinatie van exposure en CT. CT bleek in beide studies effectief bij de behandeling van PTSS. Daarnaast is een aantal varianten van cognitieve therapie onderzocht (Bradley et al., 2005; Balkom, van et al., 2013). Dit betreft exposure plus cognitieve herstructurering (Bryant, Moulds, Guthrie, Dang & Nixon, 2003; Foa et al., 2005; Resick et al., 2008) en cognitieve therapie met of zonder beperkte (imaginaire) exposure (Resick et al., 2008). Onderzoek naar de langetermijneffecten van de behandeling van PTSS is beperkt. Veelal is de *follow-up* beperkt tot hoogstens een jaar na afsluiting van de therapie. De resultaten van de behandeling van PTSS met CGT op langere termijn (dat wil zeggen, langer dan een jaar na afsluiting van de therapie) zijn nog onduidelijk. Slechts één studie rapporteerde *follow-up* resultaten na vijf jaar (Tarrier & Sommerfield, 2004). Op basis van de beschikbare gegevens komen meta-analyses tot de voorlopige conclusie dat de positieve effecten van CGT bij *follow-up* blijven bestaan (Van Etten & Taylor, 1997; Bradley et al., 2005). Het is nog een open vraag of de resultaten zich laten generaliseren naar de behandeling van patiënten met complexe PTSS (ook al is dit het gevolg van eenmalige traumatisering), patiënten die lijden onder de gevolgen van herhaalde en langdurige traumatisering, al dan niet op jonge leeftijd. EMDR lijkt vooral effectief bij enkelvoudige trauma's die op volwassen leeftijd zijn ontstaan. Bij zes maanden was 75% van deze groep PTSS-patiënten asymptomatisch terwijl dat in de traumagroep met 'childhood onset' slechts 33% was (Van der Kolk et al., 2007). Er zijn aanwijzingen dat traumagerichte CGT niet alleen bij type I, maar ook bij type II trauma effectief is hoewel de *drop-out* dan hoog is. (Clarke et al., 2008; Hembree, Cahill & Foa, 2004; McDonagh et al., 2005; Dorrepaal et al., 2014).

### 3) Vaardigheden emotieregulatie trainen

Vervolgens krijgen de deelnemers tal van emotieregulatievaardigheden aangereikt om gevoelens van pijn, angst en verdriet te leren verdragen, waardoor ze die steeds minder hoeven te vermijden. Uiteindelijk gaat het erom gevoelens eerder te herkennen en serieus te leren nemen omdat ze heel nuttig zijn en informatie geven over wat je wilt of moet doen. Voor het aanleren van vaardigheden wordt gebruik gemaakt van de dialectische gedragstherapie (DGT) van Linehan (1993). DGT is een *evidence-based* behandeling voor borderline persoonlijkheidsstoornis gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en zen-meditatietechnieken (zie [www.moeilijkemensen.nl](http://www.moeilijkemensen.nl)).

Volgens de multidisciplinaire richtlijn voor PTSS (Balkom, van et al., 2013) moet in de diagnostische fase aandacht zijn besteed aan de mogelijkheid dat er sprake is van comorbiditeit met onder andere persoonlijkheidsstoornissen. In dat geval zal behandeling van PTSS alleen niet afdoende zijn en wordt ook gebruik gemaakt van de richtlijnen voor persoonlijkheidsstoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008). Alle aanwezige comorbide stoornissen worden successievelijk in overleg met de patiënt behandeld. Vroeger en Verder combineert de behandeling voor PTSS met die voor persoonlijkheidsstoornissen en blijkt daarin effectief (Dorrepal et al., 2012b; 2014). Aangevoerd is dat DGT een werkzame behandeling is voor de reductie van crisisopnames en symptomen (in het bijzonder suïcidaliteit, zelfbeschadigend en ander risicovol gedrag) en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) (Verheul, Van den Bosch & Koeter, 2003; Van den Bosch, Koeter & Stijnen, 2005; Koons, Robins & Tweed, 2000; Linehan, Armstrong & Suarez, 1991; Linehan, Comtois & Murray, 2006). Ook is het aannemelijk dat schemagerichte therapie een werkzame behandeling is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met BPS (Giesen-Bloo, Van Duyck & Spinhoven, 2006, Nordahl & Nysaeter, 2005). Er zijn aanwijzingen dat cognitieve therapie een werkzame behandeling is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met BPS (Brown, Newman & Charlesworth, 2004).

### 4) Relatief lange behandeling (meer dan 8-12 zittingen zoals bij PTSS) en gestructureerde manier van werken

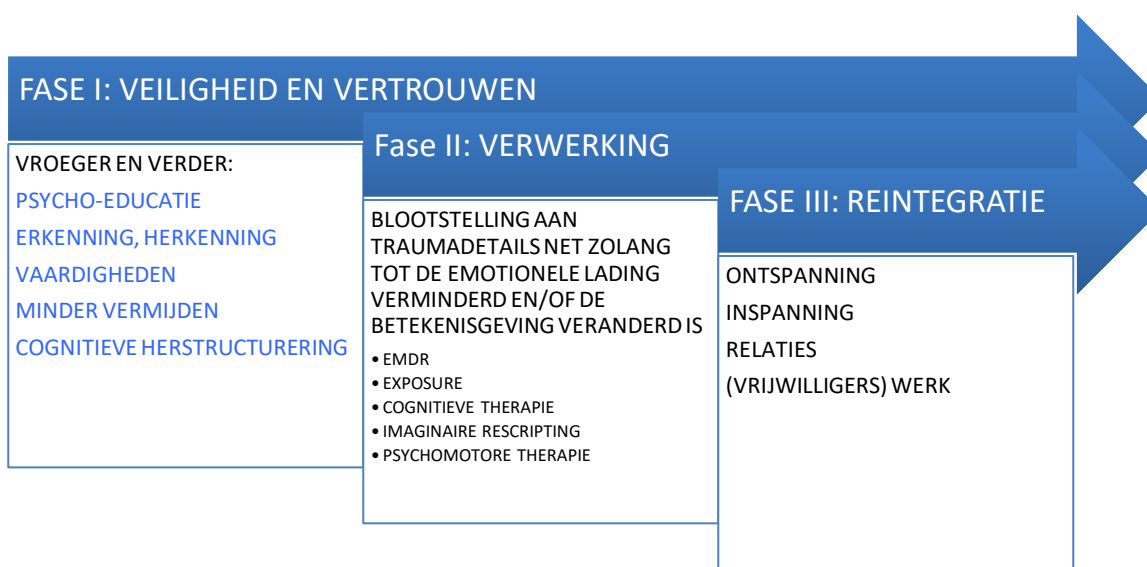
Er zijn aanwijzingen dat bij persoonlijkheidsstoornissen de mate van effectiviteit van de behandeling, bijvoorbeeld uitgedrukt in termen van herstelpercentages, gerelateerd is aan het aantal zittingen: hoe meer zittingen, hoe hoger het herstelpercentage (onder andere Bateman & Fonagy, 2001; Giesen-Bloo et al., 2006). Ook de stuurgroep voor de multidisciplinaire richtlijnen is van mening dat effectieve behandelprogramma's onder andere met elkaar gemeen hebben dat de programma's uit relatief veel zittingen bestaan (Bateman & Fonagy, 2000).

Vroeger en Verder sluit hierop aan: er zijn 20 bijeenkomsten, met nog twee terugkombijeenkomsten. Overigens is het van belang hierbij voor ogen te houden dat Vroeger en Verder ten opzichte van exposure/EMDR voor PTSS (circa acht sessies, zie Balkom, van et al., 2013) relatief lang is, maar ten opzichte van behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen (zoals bijvoorbeeld DGT, met een duur van een tot twee jaar) relatief kort (zie Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008).

### 5) Fasegerichte behandeling

De studies waarop de PTSS-richtlijn is gebaseerd hebben vaak Complexe PTSS-patiënten uitgesloten van deelname door exclusie van bijvoorbeeld suïcidaliteit. Exposure en EMDR hebben minder effect en/of meer drop-out bij bijkomende emotieregulatie problemen (Bardeen, Kumpula & Orcutt, 2013; Böttche, Kuwert, Pietrzak & Knaevelsrud, 2016; Cloitre, Stovall-McClough, Miranda & Chemtob, 2004). Zo voorspellen een hoog suïciderisico (Tarrier, Sommerfield & Pilgrim, 2000), hoge alcohol intake (Forbes et al., 2002), of veel woede ('anger') (Rizvi, Vogt & Resick, 2009; Forbes et al., 2002; Lloyd et al., 2014), problemen met hechting (Ehlers et al., 2005), dissociatieve symptomen en complexe PTSS (Ford & Kidd, 1998; Zlotnick et al., 1999; Resick et al., 2012) hogere drop-out of een slechter therapieresultaat. Comorbiditeit met ernstiger symptomen van een persoonlijkheidsstoornis is ook geassocieerd met een slechter therapieresultaat (Van

Minnen et al. 2015, Forbes et al., 2002; 2010). In 2000 bleek er slechts één RCT naar vroeg getraumatiseerde patiënten met (Complexe) PTSS te bestaan met goede diagnostiek en effectmetingen. Deze studie toonde aan dat een groepsbehandeling gericht op emotieregulatie (*affect-management*) ook PTSS-symptomen verminderde (Zlotnick et al., 1997). Op basis van klinische consensus werd een 3-fasemodel van traumabehandeling ontwikkeld, bestaande uit: fase 1) stabilisatie en symptoomreductie, met psycho-educatie, emotieregulatie vaardigheden en cognitieve technieken, 2) exposure en 3) integratie en rehabilitatie (Herman, 1992; Foa et al., 2009; Cloitre et al., 2011). Fasegericht behandelen gaat ervan uit dat bij complexe klachten allereerst veiligheid en vertrouwen, ook wel stabilisatie genoemd, nodig is (fase I). Daarna kan verwerking van het verleden (fase II) en tot slot integratie in de maatschappij (fase III) volgen. Vroeger en Verder richt zich op fase I. De bedoeling van fase I is het krijgen van een stabiel leven, bijvoorbeeld door het opbouwen van prettige bezigheden en voldoende vrienden of familie die begrip hebben en steun geven. Stabiliteit is een voorwaarde voor het verwerken van het verleden (fase II). Bij zo'n verwerkingsgerichte behandeling worden de traumatische gebeurtenissen tot in detail opgeroepen, net zo lang tot ze niet meer beangstigen. De interventie Vroeger en Verder past in het kader van de fasegerichte behandeling.



Het fasegerichte behandelen sluit aan bij wat er in de richtlijnen staat over de combinatie van een persoonlijkheidsstoornissen met PTSS.. De werkgroep is van mening dat CGT of counseling adequate behandelopties kunnen vormen wanneer de focus primair op de PTSS wordt gericht. Een exclusieve focus op de PTSS wordt echter ontraden in geval van ernstige persoonlijkheidspathologie, in het bijzonder cluster A- of cluster B-persoonlijkheidsstoornissen. In die gevallen staat de werkgroep een geïntegreerde aanpak voor waarbij niet alleen de PTSS, maar ook de persoonlijkheidsstoornis tot focus van behandeling wordt gemaakt (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008). Dit werd recentelijk bevestigd door Harned, Korslund, Foa & Linehan (2012): een geïntegreerde BPS- en PTSS -behandeling is haalbaar, acceptabel en veilig en geeft hoop op een effectieve interventie voor PTSS in een hoog-risicogroep.

Bij de toepassing van EMDR bij persoonlijkheidsstoornissen is, gelet op het gebrek aan wetenschappelijke steun, enige terughoudendheid op zijn plaats, in het bijzonder bij meervoudige en/of chronische traumatisering. In één grote longitudinale *multicenter* studie naar het beloop van persoonlijkheidsstoornissen werd cross-sectioneel vergelijkend onderzoek gedaan naar de invloed van een comorbide Complexe PTSS op BPS (Zlotnick et al. 2003). Uit deze studie blijkt dat een comorbide PTSS de DSM-IV-borderline symptomen niet verergert. Echter, patiënten met BPS en een comorbide PTSS blijken in het algemeen aan meerdere uiteenlopende comorbide As-I-stoornissen te lijden, ze blijken slechter te functioneren en een

verhoogde kans te hebben op impulsiviteit en suïcide. Daarnaast hebben deze patiënten over het algemeen meer hospitalisaties en intensievere behandeling nodig. Een aannemelijke verklaring is dat dit samenhangt met de zware belasting die het lijden aan twee zeer invaliderende stoornissen met zich meebrengt (additieve effecten). Bovendien is er evidentie dat PTSS op grond van chronisch (seksueel) misbruik in de jeugd de impulsiviteit en het risico op suïcidepogingen vergroot (Zlotnick et al., 2003). Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een effectief gebleken behandeling van patiënten met een PTSS ten gevolge van verkrachting of ernstige fysieke agressie (Feeny, Zoellner & Foa, 2002; Hembree et al., 2004). Uit deze twee vergelijkende studies onder vrouwelijke PTSS-patiënten komt naar voren dat een comorbide persoonlijkheidsstoornis niet van invloed is op de gunstige effecten van een CGT-behandeling op de PTSS-symptomatie, maar dit waren alleen patiënten met een cluster C-stoornis en niet met BPS. De PTSS-patiënten met een comorbide persoonlijkheidsstoornis blijken even goed of zelfs beter op de behandeling in de controleconditie te reageren dan de vergelijkbare groep in de CGT-conditie. De controleconditie bestond uit patiënten met sociaalpsychiatrische begeleiding (counseling). Wat betreft het algemeen functioneren bleven de patiënten met een comorbide persoonlijkheidsstoornis achter bij de PTSS-patiënten zonder een comorbide persoonlijkheidsstoornis. Verschillende behandelaars rapporteren dat zij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen behandelen met behulp van EMDR. Er is echter geen wetenschappelijke evidentie voorhanden voor de werkzaamheid van EMDR bij persoonlijkheidsstoornissen. De werkgroep is echter van mening dat een enkelvoudige behandeling gericht op de PTSS in de meeste gevallen niet toereikend is in geval van ernstige persoonlijkheidspathologie, in het bijzonder bij cluster A- of cluster B-persoonlijkheidsstoornissen, maar ook bij ernstige cluster C-persoonlijkheidsstoornissen. In die gevallen staat de werkgroep een geïntegreerde aanpak voor waarbij niet alleen de PTSS, maar ook de persoonlijkheidsstoornis focus van behandeling wordt. De werkgroep is van mening dat EMDR een interessante optie is voor de behandeling van geïsoleerde traumata bij persoonlijkheidsstoornissen en dat deze optie nader wetenschappelijk onderzocht dient te worden. Voor wat betreft meervoudige en/of chronische traumatisering zijn geen wetenschappelijke gegevens voorhanden. Op basis van klinische indrukken en ervaringen kan gesteld worden dat bij meervoudige en/of chronische traumatisering enige terughoudendheid geboden is met EMDR (Landelijke Stuurgroep richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008).

---

### **Werkzame elementen**

De volgende werkzame elementen realiseren de doelen van de interventie.

- 1) Een fasegerichte behandeling, met nadruk op het verwerven van veiligheid en vertrouwen als voorwaarde voor verwerking en re-integratie (2, 3, 5, 6).
- 2) Meer controle over zowel voelen, denken als handelen door een combinatie van psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie en het aanleren van vaardigheden (2, 3, 5, 6).
- 3) Nadruk op eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid (2, 5).
- 4) Aandacht voor zelfbeeld en assertiviteit (2, 5).
- 5) Aandacht voor functioneren in dagelijks leven, lichamelijke gezondheid en dagbesteding (2).
- 6) Lotgenotencontact: erkenning en herkenning (2, 5).
- 7) Relatief lange duur van de interventie ten opzichte van behandelingen voor niet-complexe PTSS (acht weken), maar relatief kort ten opzichte van behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen (één tot twee jaar): 20 wekelijkse bijeenkomsten, met een terugkombijeenkomst na drie en zes maanden (2, 3, 5, 6).

Betekenis scores:

2 = Veronderstelling in de aanpak

3 = Onderbouwing

5 = Praktijkervaringen

6 = Effectonderzoek

---

## 4. Uitvoering

---

### Materialen

Werkboek voor deelnemers en cursusleiders, met uitgeschreven tekst van alle lezingen van de sessies, huiswerkbladen en een cd-rom met audio-opnames van vijf ingesproken oefeningen.

Handboek voor cursusleiders, inclusief cd-rom met PowerPoint presentaties die gebruikt worden tijdens de sessies.

In het Handboek zijn tevens de volgende items opgenomen.

- Informatiefolder voor toekomstige deelnemers
- Informatiefolder voor verwijzers
- Checklist aanmelding voor de cursusleiders
- Checklist voorgesprek met kandidaat deelnemer (inclusief verwijzing naar meetinstrumenten)
- Checklist voor nagesprek met deelnemer (inclusief verwijzing naar meetinstrumenten)
- Vertrouwelijkheidsverklaring die de deelnemers tekenen bij de start van de cursus
- Toestemmingsverklaring voor eventuele onderzoeksdoeleinden
- Aanwezigheidslijst
- Evaluatieformulier voor cursusleiders (kwaliteitsbewaking van het protocol).

---

### Type organisatie

Ggz-instellingen kunnen Vroeger en Verder uitvoeren, eventueel in vrije praktijk, maar dan is het lastiger frequent een groep aan te bieden met tien tot veertien deelnemers.

De cursus Vroeger en Verder wordt uitgevoerd bij GGZ inGeest, locatie AJ Ernststraat, Amsterdam (en andere locaties, op te vragen) en [PsyQ](#), locatie Carel Reinierszkade Den Haag (en andere locaties, op te vragen).

Inmiddels werken meerdere ggz-instellingen met de cursus waaronder Altrecht, GGZ Noord-Holland-Noord, GGZ Dijk en Duin, GGZ Fryslân, RGC Zeeuws-Vlaanderen/Emergis en PsyQ Den Haag/landelijk. Verder zijn ongeveer 100 professionals getraind, bijvoorbeeld in [Goes](#), [Leiden](#), [Groningen](#), [Westelijk Noord-Brabant](#) en [Noord-Limburg](#) (zie de links voor meer informatie).

---

### Opleiding en competenties

De cursus wordt gegeven door een duo waarin cognitief-gedragstherapeutische ervaring, ervaring met de doelgroep en ervaring met het werken met groepen is vertegenwoordigd. Het koppel kan bestaan uit een psychotherapeut, psychiater en/of sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV). Om de cursus goed te kunnen geven, is het vanzelfsprekend van belang vooraf goed op de hoogte te zijn van de inhoud van de gehele cursus, zodat terug- en vooruit verwezen kan worden. Ook is het nodig dat het koppel in staat is om op deze groep – die heftige (tegen)overdrachtsgevoelens kan oproepen – te reflecteren en goed samen te werken. Bovendien moeten de cursusleiders in staat zijn volgens protocol te handelen, goede therapeutische (groeps-) vaardigheden hebben en ervaring met de doelgroep.

Meer praktisch is het ook van belang per sessie het verloop ervan goed na te bespreken en eventueel na te gaan wie een volgende keer aan bod zou moeten komen, om de aandacht zo goed mogelijk te verdelen.

Hiervoor is het evaluatieformulier ontwikkeld (zie Materialen).

RINO Noord-Holland biedt de [‘stabilisatiecursus complexe PTSS: posttraumatische stress stoornis \(PTSS\) na misbruik of mishandeling’](#) en [‘stabilisatiecursus bij complexe PTSS Vroeger en Verder – verdieping’](#) aan.

---

## Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit van de interventie wordt bewaakt door het aanbieden van:

- driedaagse train-de-trainer cursussen (via Pearson in-company of via RINO Noord-Holland)
  - verdiepingscursus RINO
  - gestructureerd protocol met werkboek en Handboek (zie boven)
  - evaluatieformulieren per sessie voor de cursusleiders
  - aanwijzingen hoe uitkomsten per deelnemer te meten met meetinstrumenten.
- 

## Randvoorwaarden

De organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie zijn:

- Het beschikken over een groepsruimte die groot genoeg is voor tien tot veertien deelnemers en de cursusleiders.
  - Aanwezigheid van pc/laptop en beamer.
  - Er wordt gewerkt aan een grote groepstafel zodat de deelnemers het werkboek voor zich op tafel kunnen leggen en aantekeningen kunnen maken.
  - Een veilige omgeving (zie 2.3).
  - Samenwerking met de individuele therapeuten van de deelnemers (zie 2.3).
  - Het is van belang dat behandelaren (in opleiding) in allerlei zorgprogramma's van de ggz alert worden gemaakt op de invloed van traumatisering op allerlei psychiatrische stoornissen. Door de verscheidenheid aan klachten melden patiënten zich namelijk niet alleen bij een afdeling voor angst- of trauma-gerelateerde stoornissen, maar ook bij psychotische, bipolaire stoornissen en op poliklinieken voor psychosomatiek.
- 

## Implementatie

Er is geen implementatieplan, omdat Vroeger en Verder inmiddels door heel Nederland is geïmplementeerd in diverse ggz-instellingen via de train-de-trainer cursussen bij RINO Noord-Holland, Pearson en in-company (zie 'Type organisatie').

---

## Kosten

De uitvoering van de interventie kost tijd:

- uren voor de twee cursusleiders (ca. 22 x 2 uur + 1 uur rondomtijd per sessie + eenmalig driedaagse train-de-trainer cursus met huiswerk)
  - kosten werkboek (€ 28,50 per patiënt)
  - kosten Handboek + werkboek per cursusleider (€ 62,50 per cursusleider)
  - eventuele kosten voor een groepsruimte, pc/laptop, beamer en koffie/thee.
-



## 5. Onderzoek naar praktijkervaringen

---

### Onderzoek en resultaten

Er is een procesevaluatie gedaan naar de ervaringen met de interventie van oktober 2014 tot januari 2015.

- A. L. Langenacker en K. Thomaes (2015) – intern, niet gepubliceerd.
- B. In deze procesevaluatie zijn 16 cursusleiders en 14 deelnemers van twee instellingen (vijf locaties) bevraagd met als onderzoeksmethodes schriftelijke vragenlijsten, observaties analyses van administratieve gegevens en literatuur. De doelgroep van dit onderzoek zijn mensen (m/v) met een posttraumatische stressstoornis na interpersoonlijk, langdurig/herhaald fysiek en of seksueel geweld die tevens lijden aan andere psychiatrische stoornissen zoals persoonlijkheidsstoornissen, stemmingsstoornissen, eetstoornissen en/of verslaving. Helaas zijn er geen mannelijke deelnemers bereid gevonden om vragenlijsten in te vullen. Eerder opgetekende opmerkingen bij terugkombijeenkomsten van twee mannelijke deelnemers zijn wel beschreven in het onderzoek.
- C. Samenvatting van de meest relevante uitkomsten:

De richtlijnen en het evaluatieformulier om het protocol goed te blijven volgen in het Handboek worden als duidelijk ervaren (gemiddelde scores: 8, respectievelijk 7.7 op een 10-puntsschaal). Alle cursusleiders zijn tevreden tot zeer tevreden over de cursus Vroeger en Verder. Slechts een enkeling wijkt af van het protocol bij bepaalde hoofdstukken (bijvoorbeeld hoofdstuk 1 in twee sessies behandelen). Ze waarderen verschillende onderdelen van de cursus met een rapportcijfer tussen 7.7 en 8.9.

Deelnemers hadden de verwachting zichzelf beter te gaan begrijpen door de cursus en dat kwam bij velen uit. Deelnemers waardeerden hun verbetering op bepaalde symptoomgebieden met gemiddelde rapportcijfers tussen 6.5 (flashbacks/herbelevingen) en 7.6 (zelfbeeld) - 7.7 (reguleren gevoel, dissociatie hanteren, zingeving). Deelnemers beschrijven vooral dat zij verbeteren door erkenning en herkenning in mededeelnemers, zichzelf te leren begrijpen en weer zelf de regie nemen, c.q. uit slachtofferrol stappen. De vaardigheden als zintuigoefening, gebalde vuist, veilig slapenplan, veilige plek, ankeroefening, G-schema, aanmoedigende gedachten, crisisplan en bewust zijn van kromme gedachten, werden genoemd als vaardigheden die men daadwerkelijk toepast in het dagelijks leven en bij stress.

Beide partijen – cursusleiders en deelnemers – vinden op orde zijnde randvoorwaarden, zoals vaste grote ruimten met een goed functionerende beamer, zeer belangrijk. Cursusleiders rapporteren dat mensen vooral uitvallen door: te weinig/slecht contact met individuele behandelaar, onveilig voelen door interactie met of uitval van groepsgenoten, te veel boosheid voor de dader in zich hebben, geen ruimte voor zichzelf kunnen nemen en geen of een klein steunend netwerk hebben.

De interventie wordt op grond van de aanbevelingen van deelnemers, cursusleiders en de onderzoekers aangepast op de volgende punten: voorbeeldmails voor contact met behandelaars en tips voor gestructureerde terugkombijeenkomsten worden opgenomen in de volgende druk van het Handboek. Aan de uitgever wordt voorgelegd om het boek te herschrijven in hij/zij-vorm. Het boek is nu gericht op vrouwen maar is ook voor mannen bruikbaar. Als alternatief maken we een addendum met uitleg voor mannelijke deelnemers.

Hieronder enkele citaten van deelnemers, zoals ook opgenomen in het Werkboek.

‘Nieuwe wegen, oude opengebroken,  
nieuwe wegen, nieuwe kansen gekregen,  
nieuwe wegen, niemand neemt je dit meer af ...  
Nieuwe wegen, met een tas vol vaardigheden voor pech onderweg.’

'Ik heb veel geleerd in de cursus. Onbewust pas ik de oefeningen toe in mijn dagelijks leven. Eigenlijk zonder dat ik het zelf in de gaten heb. Ik heb meer controle op mijn doen en laten. Ik herken emoties beter. Ik ben eindelijk niet meer zo boos op mijn vriend. Hij doet eigenlijk heel erg zijn best. Sinds die sessie over woede – waarbij ik echt heb zitten huilen van herkenning – is er iets gaan veranderen. Ik weet beter wanneer ik boos ben en op wie.'

'Ik vond het heel bijzonder om te ontdekken dat de vrouwen die in deze cursus zaten eigenlijk heel leuk waren. Ik dacht dat het heel erg aan ze en aan mij dus – te zien zou zijn wat ze allemaal hadden meegemaakt. Maar ze waren helemaal niet gek! Ik was bang dat deze cursus te diep zou gaan, maar dat viel heel erg mee, omdat er de afspraak was om niet over details van het trauma te gaan praten. Je had weinig woorden nodig. Niemand was veroordelend, er was begrip. Zonder dat je raar werd aangekeken. Dat wil in de buitenwereld nog wel eens anders zijn. En dat is heel fijn om te ervaren. Daardoor heb ik minder schaamte en ben ik wat minder hard over mezelf. Het is wel confronterend hoor, vroeger kon ik me verschuilen, je moet wel dingen durven veranderen van jezelf.'

'Voor mij was het belangrijkste van de cursus dat ik lotgenoten tegenkwam die dezelfde klachten hadden als ik. De herkenning is belangrijk omdat ik daardoor het gevoel kreeg dat ik niet de enige was. Het luchtte me op, je hebt niet meer het gevoel er alleen voor te staan. Want er is wel veel aandacht voor mishandeling en misbruik tegenwoordig, maar ik wist niet dat daar zulke klachten bij horen. Ik dacht dat het aan mij lag of een gebrek van mij was. Ik voel me nu minder alleen en denk niet meer dat die problemen aan mij liggen. Ik neem meer deel aan het leven.'

'Ik heb jaren met klachten gelopen – altijd dat afstandelijke gedoe. Ik wist niet wat het was en wat je eraan kon doen en dacht dat het aan mezelf lag. Door de cursus heb ik ontdekt: het ligt niet allemaal aan mij maar is door het verleden gekomen. Wel van geschrokken. Maar met hulp van de cursus heb ik meer begrip en ben ik minder nerveus, want ik snap waar het vandaan komt. Bij een woede-uitbarsting doe ik de gebalde vuist-oefening, of ga ik tellen en dat helpt. Ik laat me niet meer zo gaan.'

'Ik heb heel lang gedacht dat ik spanning nodig had in mijn leven. Ik zocht na de mishandeling mijn spanning in kicks zoals drugs en keihard autorijden. Nu bel ik iemand om steun te zoeken en plan leuke dingen voor mezelf. Ook kan ik genieten van de natuur. Ik heb geleerd met agressie om te gaan. En vooral: ik heb geleerd dat ik het waard ben om van te houden.'

---

## Praktijkvoorbeeld

### Een praktijkvoorbeeld in het kort (Thomaes, 2013, Inleiding proefschrift)

In 2006 kwam Nina bij de acute psychiatrische dienst met paniekaanvallen en depressieve klachten na het beëindigen van een langdurige relatie. Voor die tijd bezocht ze al een paar jaar een psychiater, die medicatie voorschreef voor een recidiverende depressieve stoornis, maar de symptomen bleven bestaan. Drie jaar later, toen ze werd geconfronteerd met huiselijk geweld bij de burens, ontregelde ze zodanig dat de acute psychiatrische dienst haar liet opnemen op een psychiatrische afdeling waar nieuwe antidepressie medicatie werd voorgeschreven. Ze was wanhopig en suïcidaal. Ze vertelde dat ze jaren geleden had ontdekt dat ze als kind herhaaldelijk seksueel misbruikt was door een werknemer van haar vader. Ze had dit wel verteld aan haar ouders, maar ze had nooit ondersteuning of begrip gekregen. Geconfronteerd met huiselijk geweld bij haar burens, was ze overweldigd door emoties en intrusieve herinneringen aan haar eigen seksuele misbruik. Naast de recidiverende depressie werd er nu een posttraumatische stressstoornis (PTSS) gediagnostiseerd en een kwetsbare persoonlijkheidsstructuur met angst voor afwijzing en overmatig moeten controleren, of wel een Complexe PTSS. Ze had een universitair diploma en werkte jarenlang als office manager. Verschillende banen mislukten en contracten werden niet verlengd en dat verklaarde ze achteraf met het hebben van problemen met ambivalente werkgevers en haar hoge verwachtingen in haar werk. Uiteindelijk was ze niet meer in staat om te werken.



Omdat ze haar emoties niet goed onder controle had, was ze niet in staat om direct te beginnen met verwerking of blootstelling aan traumadetails of EMDR. Daarom startte ze met een stabiliserende groepsbehandeling gebaseerd op psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie (Vroeger en Verder) naast een individuele behandeling. Ze leerde over overlevingsstrategieën na chronisch herhaald trauma. Het analyseren van cognitieve patronen, weten hoe deze patronen en de praktische oefeningen te veranderen om intense emoties te verdragen, gaf haar handvatten om de heftigheid van deze emoties te tolereren. Complexe PTSS-klachten verminderden en ze voelde zich meer in controle over haar leven. Toen begon ze met individuele psychotherapie gericht op de verwerking van de details van de traumatische ervaringen.

Zes jaar na haar eerste psychiatrische contact vraagt en krijgt ze een financiële vergoeding van het Schadefonds Geweldsmisdrijven vanwege haar traumatische ervaringen. Ze begint vrijwilligerswerk in een vrouwenorganisatie, ontwikkelt haar creatieve talenten en haar gevoel van eigenwaarde en groeit in de richting van een onafhankelijke vrouw. Ze durft ook een nieuwe relatie aan te gaan.

---

---

## 6. Onderzoek naar de effectiviteit

---

### Onderzoek in Nederland

Er zijn goede aanwijzingen voor effectiviteit van de interventie Vroeger en Verder voor vrouwen met een complexe PTSS. Er zijn vier studies verricht naar de interventie: 1) een Amerikaanse gerandomiseerde, gecontroleerde effectstudie (RCT, n=48), 2) in Nederland: een pilot om haalbaarheid te testen (n=11), 3) een open effectstudie (n=36) en 4) een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie (RCT, n=71). Van belang is dat elk van deze vier studies verricht zijn in een nieuwe onafhankelijke patiëntenpopulatie.

- 1) Amerikaanse gerandomiseerde, gecontroleerde effectstudie (RCT, n=48)
  - a) Referentie: Zlotnick, C., Shea, T., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, K., Begin, A., Pearlstein, T. (1997). An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *J Trauma Stress*, 10:425-36.
  - b) Beschrijving: Dit is een eerste RCT-studie naar de effectiviteit van de oorspronkelijke Amerikaanse interventie ('An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse', Zlotnick et al., 1997). Deze Amerikaanse interventie is vergelijkbaar met Vroeger en Verder (zie 2.4 in de interventiebeschrijving). Zes-en-veertig (46) vrouwen met PTSS na vroegkinderlijk seksueel misbruik werden *at random* toegewezen aan de interventie of aan een wachtlijst controlegroep. Beide groepen kregen naast het protocol of de wachtlijst gebruikelijke behandeling met individuele psychotherapie en farmacotherapie (TAU). Drop-out was 28% (13 patiënten). Primaire uitkomstmaat waren (1) de aanwezigheid en (2) de ernst van de PTSS.
  - c) Resultaat: Na de interventie voldeden nog maar twee (13%) van de patiënten die de interventie afmaakten ('completers', n = 17) aan de criteria van PTSS tegenover 10 (59%) in de wachtlijst conditie (n=16). De 'completers' van de interventie hadden statistisch significant minder PTSS-symptomen (gemeten met de gevalideerde Davidson Trauma Scale, DTS) dan patiënten uit de TAU/wachtlijstconditie ( $F(2,31) = 6.09, p = .02$ ). In het artikel van Zlotnick et al. (1997) worden geen Cohen's D effect sizes (ES) gerapporteerd, maar deze hebben we berekend met de formule  $[DTS \text{ pre-treatment} - DTS \text{ post-treatment}] / SD \text{ pre-treatment}$  (Cohen, 1992), resulterend in een grote ES van 0.96 van de interventie tegenover geen effect (ES 0.06) in de wachtlijstconditie. Er zijn geen negatieve effecten gerapporteerd
  
- 2) Een Nederlandse pilot om haalbaarheid te testen (n=11)
  - a) Referentie: Dorrepaal E., Thomaes K., Draijer P. (2006). Stabilisatiecursus als antwoord op complexe posttraumatische stressstoornis - Diagnostiek, behandeling en onderzoek bij vroeg getraumatiseerde vrouwen met een complexe posttraumatische stressstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 48: 217-222.
  - b) Beschrijving: Dit is een pilotstudie naar de haalbaarheid van de interventie in Nederland in elf patiënten met complexe PTSS na vroegkinderlijk seksueel misbruik en/of fysieke mishandeling (Dorrepaal et al., 2006). Caron Zlotnick stelde in 2002 op verzoek van de Nederlandse ontwikkelaars haar 'affect-management' protocol ter beschikking om de effecten van haar RCT te repliceren. Wij vertaalden het protocol in het Nederlands en voegden een vijftal sessies toe over assertiviteit (drie sessies) en afscheid nemen (twee sessies) om alle domeinen van de Complexe PTSS te bestrijken. De primaire uitkomstmaten waren: (1) aanwezigheid en ernst van PTSS, vastgesteld met de SCID-I (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1986) en de Davidson Trauma Scale (DTS, Davidson et al., 2002), een goed gevalideerde 17-item vragenlijst voor de aanwezigheid/ernst van de DSM-IV criteria van PTSS en (2) de aanwezigheid en ernst van de

complexe PTSS, vastgesteld met de SIDES, het gestructureerde 48-item interview voor aanwezigheid/ernst van 'Disorders of Extreme Stress' in zes symptoomdomeinen van Complexe PTSS, namelijk: I. affectregulatie, II. dissociatie, III. zelfbeeld, IV. interpersoonlijke relaties, V. somatisatie en VI. betekenisgeving (Ford et al., 2006). Secundaire uitkomstmaten waren de persoonlijkheidsstoornis (As II) diagnose gemeten met de SIDP-IV (Pfohl, Bluhm & Zimmerman, 1997), de ernst van borderline persoonlijkheidssymptomen (BPDSI, Borderline Personality Disorder Severity Inventory, Arntz et al., 2003), dissociatieve (DES (Dissociative Experiences Scale, Bernstein & Putnam, 1986), Symptom Checklist (SCL-90: Derogatis, Lipman & Covi, 1973) en depressieve symptomen (BDI, Beck Depression Inventory, Beck, Steer & Garbin, 1998). De interventie, in Nederland 'Vroeger en Verder' genaamd, bleek een duidelijke, concrete en gedetailleerde handleiding te zijn die veel structuur biedt aan patiënten en cursusleiders en goed overdraagbaar is.

- c) Resultaat: Voor de meerderheid van de patiënten (zeven van de elf) bleek het haalbaar minimaal 15 van de 20 sessies aanwezig te zijn. Van deze zeven 'completers' voldeden er direct na behandeling vijf niet meer aan de criteria van de diagnose complexe PTSS en na zes maanden follow-up zes. Deze zes patiënten boekten vooruitgang op de primaire uitkomstmaten: de gemiddelde som-score op de DTS (Davidson et al., 1997) daalde van 71 (range 28-103) naar 49 (range 14-98). Bij follow-up een half jaar later was deze score verder gedaald naar 40 (range 10-68). Dit is een vergelijkbare verbetering als die door Zlotnick en anderen (1997) gerapporteerd werd en klinisch ook merkbaar/relevant. Bij deze uitkomsten kon de zevende 'completer', die nog wel aan de diagnose voldeed, niet worden meegenomen vanwege te veel ontbrekende data, waardoor de resultaten van deze eerste pilot mogelijk iets geflatteerd zijn. Het werken in een groep lijkt het bespreken van schaamte en wantrouwen te ondersteunen en het sociaal functioneren te bevorderen. Deze voorlopige resultaten, weliswaar bij een klein aantal patiënten, ondersteunden het nut van nader effectonderzoek.
- 3) Een open effectstudie (n=36) in Nederland
    - a) Referentie: Dorrepaal E., Thomaes K., Smit, J. Van Balkom, A., Van Dyck, R., Veltman, D. & Draijer, N. (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.
    - b) Beschrijving: Deze pilotstudie is een open effectstudie (geen controlegroep) in een nieuwe groep van 36 vrouwelijke patiënten met Complexe PTSS na vroegkinderlijk seksueel misbruik en/of fysieke mishandeling (Dorrepaal et al., 2010). De pre-, post-, en zesmaands follow-up metingen zijn gedaan met bovengenoemde gevalideerde meetinstrumenten voor de primaire uitkomstmaten: PTSS (SCID-I, DTS) en complexe PTSS (SIDES) en secundaire uitkomstmaten: (borderline) persoonlijkheidssymptomen (SIDP-IV, BPDSI), dissociatieve (DES) en depressieve (BDI) symptomen. Drop-out was 33%.
    - c) Resultaat: Patiënten waren direct na de behandeling verbeterd wat betreft ernst van de PTSS (DTS) met matig tot sterke effect sizes (Cohen's D in completers' analyse = 1.06,  $p < .001$ ; Cohen's D in intention-to-treat analyse (ITT) d.w.z. in completers plus 'drop-outs' = 0.60,  $p < .001$ ) en deze effecten werden behouden in de follow-up (resp. Cohen's D in completers = 1.06,  $p < .001$ ; Cohen's D in ITT 0.62,  $p < .005$ ). Na de interventie voldeed 22% niet meer aan de criteria voor PTSS (SCID-I) en na zes maanden follow-up 35% niet meer. Bovendien voldeed 64% niet meer aan de criteria voor complexe PTSS (SIDES) na de behandeling en na zes maanden follow-up zelfs 78%. Ook wat betreft borderline en depressieve symptomen waren de patiënten direct na behandeling verbeterd (zie Tabel 2 in Dorrepaal et al., 2010).
  - 4) Een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie (RCT, n=71)
    - a) Referentie: Dorrepaal E., Thomaes K., Smit J., Van Balkom A., Veltman D., Hoogendoorn A. & Draijer N. (2012b). Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to child abuse based on psychoeducation and cognitive behavioral therapy: a multisite

randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 81(4): 217-25.

- b) Beschrijving: Dit is een gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) bij weer een nieuwe sample van 71 patiënten met Complexe PTSS met een geschiedenis van vroegkinderlijk seksueel misbruik en/of fysieke mishandeling (Dorrepaal et al., 2012b). De doelgroep was net als in de pilotstudies goed bereikt: onze RCT-populatie bestond uit goed gediagnosticeerde Complexe PTSS-patiënten van vier verschillende ggz-instellingen, met zeer ernstige PTSS-symptomen en ernstige comorbiditeit (74% had een comorbide persoonlijkheidsstoornis), relatief lage opleiding, hoge werkloosheid en fors medicatiegebruik en was daarmee representatief voor de klinische praktijk. Zij werden at random toegewezen aan ofwel de interventie naast gebruikelijke behandeling (TAU) (n=38) of aan TAU alleen (n=33). De pre-, post-, en zesmaands follow-up-metingen zijn wederom gedaan met bovengenoemde gevalideerde meetinstrumenten voor de primaire uitkomstmaten: PTSS (SCID-I, DTS) en complexe PTSS (SIDES), en secundaire uitkomstmaten: (borderline) persoonlijkheidssymptomen (SIDP-IV, BPDSI), dissociatieve (DES) en depressieve (BDI) symptomen. De interviews zijn uitgevoerd door getrainde onafhankelijke onderzoeksassistenten, die blind waren voor de randomisatie en werden opgenomen op geluidsband voor tweewekelijkse supervisie en controle op de kwaliteit van de interviews. Adherence-to-the-model van de groepstrainers is eveneens getest in supervisie en controle van geluidsbanden van de interventie. Drop-out was laag (16%).
- c) Resultaat: De effect size op de DTS van de interventie was groot (Cohen's D in completers = 1.09,  $p < .001$ ; in ITT 1.00,  $p < .001$ ) en in de controle conditie matig (Cohen's D in completers = 0.65,  $p < .005$ ; in ITT 0.61,  $p < .005$ ). Het verschil tussen de ES van de interventie ten opzichte van de wachtlijst was echter niet significant. Vervolgens was de responders analyse wel duidelijk statistisch significant: de interventie resulteerde in twee keer zoveel responders (in completers 55%; in ITT: 45%) dan na TAU alleen (in completers 24%, in ITT 21%; dat wil zeggen relatief risico = 2.3,  $p = 0.02$ ; resp. 2.1,  $p = 0.03$ ). Bovendien werd alleen in de interventie ook verbetering op hersenactiviteit bereikt (Thomaes et al., 2012). Dat het verschil in effect size tussen interventie en TAU niet statistisch significant was in deze studie, betekent niet dat er geen effect is. Het is vermoedelijk te verklaren doordat onze power berekening (de vereiste grootte van de groep om het te verwachten effect aan te kunnen tonen) was gebaseerd op de Zlotnick-studie waarin TAU geen effect had. Achteraf gezien hadden we daardoor meer mensen moeten includeren in onze studie om het verschil tussen interventie en de betere TAU in Nederland te kunnen aantonen (Dorrepaal et al., 2012b, Dorrepaal et al., 2014, Thomaes et al., 2015). Vervolgonderzoek is vanzelfsprekend noodzakelijk, maar goede aanwijzingen voor effectiviteit zijn hiermee zeker aanwezig. Er waren geen negatieve effecten te zien.

### Onderzoek naar vergelijkbare interventies

Er zijn in Nederland nog geen (afgeronde) studies naar de effectiviteit van Seeking Safety of STAIR beschikbaar.

---

## 7. Aangehaalde literatuur

---

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Arntz, A., Hoorn, M. van den, Cornelis, J., Verheul, R., Bosch, W. van den & Bie, A. de. (2003). Reliability and validity of the Borderline Personality Disorder Severity Index. *J Pers Disord*, 17: 45–59.

Balkom A.L.J.M. van, Vliet I.M. van, Emmelkamp P.M.G., Bockting C.L.H., Spijker J., Hermens M.L.M. & Meeuwissen J.A.C., namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie. (2013). Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). *Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bardeen, J., Kumpula, M. & Orcutt, H. (2013). Emotion regulation difficulties as a prospective predictor of posttraumatic stress symptoms following a mass shooting. *J Anxiety Disord*, 27(2): 188–196.  
doi: 10.1016/j.janxdis.2013.01.003.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychotherapy*, 177: 138-143.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158: 36-42.

Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G. (1998). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. *Clinical Psychology Review*, 42: 841–865.

Bernstein, E. & Putnam, F. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis*, 174: 727-735.

Boon, S., Steel, K. & Hart, O. van der. (2013). *Omgaan met traumagerelateerde dissociatie. Vaardigheidstraining voor patiënten en hun therapeuten*. Amsterdam: Pearson Assessment And Information.

Bosch, L. van den, Koeter, M., Stijnen, T., Verheul, R. & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43: 1231-1241.

Böttche, M., Kuwert, P., Pietrzak, R. & Knaevelsrud, C. (2016). Predictors of outcome of an Internet-based cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress disorder in older adults. *Psychol Psychother*, 89(1): 82-96. doi: 10.1111/papt.12069.

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162: 214-227.

Breslau, N. (2001). Outcomes of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 62: 55–59.

Brown, G., Newman, C., Charlesworth, S., Crits-Christoph, P. & Beck, A.T. (2004). An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18: 257-271.

- Bryant, R., Moulds, M., Guthrie, R., Dang, S. & Nixon, R. (2003). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4): 706-712.
- Clarke, S., Rizvi, S. & Resick, P. (2008). Borderline personality characteristics and treatment outcome in cognitive-behavioral treatments for PTSD in female rape victims. *Behaviour Therapy, 39*: 72-78.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, C., Miranda, R. & Chemtob, C. (2004). Therapeutic Alliance, Negative Mood Regulation, and Treatment Outcome in Child Abuse-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3): 411-416. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.411>
- Cloitre, M., Stovall-McClough, C., Nooner, K., Zorbass, P., Cherry, S., Jackson, C.L., Gan, W. & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: a Randomized Controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 167*: 915-924. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09081247>
- Cloitre, M., Courtois, C., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. & Green, B. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress, 24*: 615-27.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*: 155–159.
- Davidson, J., Tharwani, H. & Connor, K. (2002). Davidson Trauma Scale (DTS): normative scores in the general population and effect sizes in placebo-controlled SSRI trials. *Depr Anxiety, 15*: 75–78.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S. & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacology Bull, 9*(1): 13-28.
- Dinesh, S., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F. & Galea, G. (Eds). (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Geneva: World Health Organization.
- Draijer, N. (1990). *Sexual Traumatization in Childhood. Long-Term Impact of Sexual Abuse of Girls*. Amsterdam: SUA.
- Dorrepaal, E. (2013). *Before and beyond: Stabilizing Group Treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder related to Child abuse Based on Psycho-education and Cognitive Behavioral Therapy*. (Proefschrift, Amsterdam: Vrije Universiteit, 2013-02-28; <http://dare.uvu.vu.nl/handle/1871/39816>).
- Dorrepaal, E., Thomaes, K. & Draijer, P. (2006). Stabilisatiecursus als antwoord op complexe posttraumatische stressstoornis - Diagnostiek, behandeling en onderzoek bij vroeg getraumatiseerde vrouwen met een complexe posttraumatische stressstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 48*: 217-222.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K. & Draijer, N. (2008). *Vroeger en Verder. Stabilisatiecursus na misbruik of mishandeling. Werkboek en handboek, eerste druk*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J., Hoogendoorn, A., Veltman, D., Balkom, A. van & Draijer, N. (2012a). Clinical phenomenology of childhood abuse-related complex PTSD in a population of female patients: patterns of personality disturbance. *Journal of Trauma and Dissociation, 13*(3): 271-90.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J., Balkom, A. van., Veltman, D., Hoogendoorn, A. & Draijer, N. (2012b). Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to child abuse based on psychoeducation and cognitive behavioral therapy: a multisite randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 81*(4): 217-25.



- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J., Veltman, D., Hoogendoorn, A., Balkom, A. van & Draijer, N. (2013). Treatment compliance and effectiveness in complex PTSD patients with co-morbid personality disorder undergoing stabilizing cognitive behavioral group treatment: a preliminary study. *European Journal of Psychotraumatology*, 4: 21171 - <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21171>
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Balkom, A. van., Veltman, D., Hoogendoorn, A. & Draijer, N. (2014). Evidence based treatment for adult women with child abuse related Complex PTSD: a quantitative review. *European Journal of Psychotraumatology*, 5: 23613. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.23613>
- Ehlers, A., Clark, D., Dunmore, E., Jaycox, L., Meadows, E. & Foa, E. (1998). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress*, 11: 457-71.
- Etten, M. van & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical psychology and psychotherapy*, 5: 126-144.
- Feeny, N., Zoellner, L. & Foa, E. (2002). Treatment outcome for chronic PTSD among female assault victims with BPC: a preliminary examination. *Journal of Personality Disorders*, 16: 30-40.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. & Williams, J. (1986). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington, American Psychiatric Press.
- Foa, E., Keane, T. & Friedman, M. (2000). *Effective treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society of Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford.
- Foa, E., Hembree, E., Cahill, S., Rauch, S., Riggs, D., Feeny, N. & Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *J Consult Clin Psychol*, 73(5): 953-64.
- Forbes, D., Creamer, M., Allen, N., Elliott, P., McHugh, T., Debenham, P. & Hopwood, M. (2002). The MMPI-2 as a predictor of symptom change following treatment for posttraumatic stress disorder. *J Pers Assess*, 79(2): 321-36.
- Forbes D., Parslow R., Fletcher S., McHugh T. & Creamer M. (2010). Attachment style in the prediction of recovery following group treatment of combat veterans with post-traumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis*, 198(12): 881-4. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181fe73fa.
- Ford, J.D. (1999). Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *J Consult Clin Psychol*, 67(1): 3-12.
- Ford, J. & Kidd, P. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11: 743-61.
- Ford, J., Stockton, P., Kaltman, S. & Green, B. (2006). Disorders of extreme stress (DESNOS) symptoms are associated with type and severity of interpersonal trauma exposure in a sample of healthy young women. *J Interpers Violence*, 21: 1399-1416.
- Giesen-Bloo, J., van, Duyck, R. & Spinhoven, Ph., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63: 649-658.

- Harned, M., Korslund, K., Foa, E. & Linehan, 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. *Behav Res Ther*, 50(6): 381-6.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books. Vertaling: Trauma en herstel. Wereldbibliotheek (1993).
- Hembree, E., Cahill, S. & Foa, E.B. (2004). Impact of personality disorders in treatment outcome for female assault survivors with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18: 117-127.
- Höing, M., Engen, A. van, Ensink, B., Vennix, P. & Vanwesenbeeck, I. (2003). *Hulp aan slachtoffers van seksueel geweld: een inventarisatie en kwaliteitsevaluatie van de behandeling van slachtoffers van seksueel geweld in de GGZ en de vrouwenopvang in Nederland*. Delft (NL): Eburon.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E. Hughes, M/ & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52(12): 1048–1060.
- Kolk, B. van der, Spinazzola, J., Blaustein, M., Hopper, J., Hopper, E., Korn, D. & Simpson, W.B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68: 37-46.
- Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J., Lynch, T.R., Gonzalez, A.M., Morse, J.Q. & Bishop, K. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32: 371-390.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2008). *MULTIDISCIPLINAIR RICHTLIJN Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Langenacker, L. & Thomaes, K. (2015). *Onderzoeksverslag procesevaluatie Vroeger en Verder*. Intern, ten behoeve van Movisie, niet gepubliceerd.
- Linehan, M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorders*. New York: Guilford Press. Vertaling: Borderline persoonlijkheidsstoornis. Handleiding voor training en therapie. Amsterdam: Harcourt Book Publishers (2003).
- Linehan, M., Armstrong, H. & Suarez, A. Allmon, D., Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48: 1060-1064.
- Linehan, M., Comtois, K. & Murray, A., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K. & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63: 757-766.
- Lloyd, D., Nixon, R., Varker, T., Elliott, P., Perry, D., Bryant, R., Creamer, M. & Forbes D. (2014). Comorbidity in the prediction of Cognitive Processing Therapy treatment outcomes for combat-related posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord* 28(2): 237-40. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.12.002.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. & Thrasher, S. (1998). Treatment of psytraumatic stress disorders by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55: 317-325.



- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., Demment, C., Fournier, D. & Schnurr, P. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic post-traumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73: 515-524.
- Minnen, A van., Zoellner, L. A., Harned, M. S., & Mills, K. (2015). Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD: a literature review. *Current psychiatry reports*, 17(3): 1-16.
- Movisie. (2013). *Huiselijk geweld. Aard en omvang, gevolgen, hulpverlening en aanpak*. Utrecht: Movisie.
- Najavits, L. (2010). *Seeking Safety. Handboek behandeling trauma en verslaving* (Vertaling en bewerking: M. van der Meer-Jansma, H. de Haan & C. de Jong. Houten (NL): Bohn Stafleu van Loghum.
- Nordahl, H. & Nysaeter, T. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36: 254-264.
- Pelcovitz, D., Kolk, B. van der, Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S. & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10: 3-16.
- Pfohl, N., Blum, N. & Zimmerman, M. (1997). *Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)*. Washington: American Psychiatric Press.
- Resick, P., Galovski, T., Uhlmansiek, M., Scher, C., Clum, G. & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *J Consult Clin Psychol*, 76(2): 243-58.
- Rizvi, S., Vogt, D. & Resick, P. (2009). Cognitive and affective predictors of treatment outcome in Cognitive Processing Therapy and Prolonged Exposure for posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 47(9): 737-43. doi: 10.1016/j.brat.2009.06.003.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M. & Graham, E., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E. & Barrowclough C. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67: 13-8.
- Tarrier, N., Sommerfield C. & Pilgrim H. (2000). Relatives' expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome. *Psychological Medicine*, 29(4): 801-811. DOI: <http://dx.doi.org/> (About DOI).
- Tarrier, N. & Sommerfield, C. (2004). Treatment of chronic PTSD by cognitive therapy and exposure: 5-year follow-up. *Behavior Therapy*, 35: 231-246.
- Thomaes, K., Dorrepaal, E., Draijer, N., Ruiters, M. de, Elzinga B., Balkom, A. van, Smoor, P., Smit, J. & Veltman, D. (2009). Increased activation of the left hippocampus region in Complex PTSD during encoding and recognition of emotional words: a pilot study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*; 71(1): 44-53.
- Thomaes, K., Dorrepaal, E., Draijer, N., Ruiters, M. de, Balkom, A. van, Smit, J. & Veltman, D. (2010). Reduced anterior cingulate and orbitofrontal volumes in child abuse-related complex PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry* 71(12): 1636-44.

Thomaes, K., Dorrepaal, E., Draijer, N., Ruiters, M. de, Elzinga, B., Balkom, A. van, Smit, J. & Veltman, D. (2012). Treatment effects on insular and anterior cingulate cortex activation during classic and emotional Stroop interference in child abuse-related complex post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*; 22: 1-13.

Thomaes, K., Dorrepaal, E., Draijer, N., Ruiters, M. de, Elzinga, B., Sjoerds, Z., Balkom, A. van, Smit, J. & Veltman, D. (2013). Increased anterior cingulate cortex and hippocampus activation in Complex PTSD during encoding of negative words. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*; 8: 190-200.

Thomaes, K. (2013). *Child abuse and recovery: Brain structure and function in child abuse related Complex posttraumatic stress disorder and effects of treatment*. (Proefschrift, Amsterdam: Vrije Universiteit, 2013-02-28; <http://dare.uvu.vu.nl/handle/1871/39881>).

Thomaes, K., Dorrepaal, E., Draijer, N., Jansma, E., Veltman, D. & Balkom, A. van. (2014). Can pharmacological and psychological treatment change brain structure and function in PTSD? A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*; 50: 1-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.11.002>

Thomaes, K., Dorrepaal, E., Balkom, A. van, Veltman, D., Hoogendoorn, A. & Draijer, N. (2015). Complexe PTSS na vroegkinderlijk trauma: emotieregulatie training als aanvulling op de PTSS richtlijn. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 57(3): 171 – 182.

Verheul, R., Bosch, L.M. van den, Koeter, M.W., Ridder, M.A. de., Stijnen, T., & Brink, W. van den. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182: 135-140.

Zlotnick, C., Johnson, D., Yen, S., Battle, C.L., Sanislow, C.A., Skodol, A.E., Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Gunderson, J.G., Bender, D.S., Zanarini, M.C. & Shea, M.T. (2003). Clinical features and impairment in women with Borderline Personality Disorder (BPD) with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), BPD without PTSD, and other personality disorders with PTSD. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191: 706-713.

Zlotnick, C., Shea, T., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, K., Begin, A. & Pearlstein, T. (1997). An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *J Trauma Stress*, 10: 425-36.

Zlotnick, C., Warshaw, M., Shea, M., Allsworth, J., Pearlstein, T. & Keller, M. (1999). Chronicity in posttraumatic stress disorder (PTSD) and predictors of course of comorbid PTSD in patients with anxiety disorders. *J Trauma Stress*, 12: 89-100.