

Complex trauma en complexe PTSS

Wat is het en wie heeft het?

Jackie June ter Heide, Rolf Kleber en Trudy Mooren

-
- Er bestaat onder clinici veel onduidelijkheid over wat de concepten complex trauma en complexe posttraumatische stressstoornis (PTSS) behelzen. Dit heeft ongewenste consequenties voor de behandeling, omdat de behandelrichtlijnen voor complexe PTSS afwijken van die voor PTSS. In dit artikel wordt verhelderd wat er onder complex trauma en complexe PTSS verstaan wordt, om zo bij te dragen aan een meer gefundeerd gebruik van deze termen. Complex trauma wordt gekenmerkt door elementen als herhaling, langdurigheid, interpersoonlijke context en verstoring van ontwikkelingsfasen. Complexe PTSS is niet als afgebakende classificatie opgenomen in het *'Diagnostic and statistical manual of mental disorders'* (DSM) en kan niet als diagnose zonder PTSS gesteld worden. Het is van belang complex trauma en complexe PTSS te specificeren in een beschrijvende diagnose. Daarnaast is het belangrijk er niet automatisch van uit te gaan dat patiënten met complex trauma wel complexe PTSS zullen hebben; bij veel patiëntengroepen is dit niet onderzocht of zijn de prevalenties relatief laag.
-

F.J.J. TER HEIDE is klinisch psycholoog bij de Stichting Centrum '45 te Oegstgeest en bij het ARQ Research Programme te Diemen. E-mail: j.ter.heide@centrum45.nl.

R.J. KLEBER is hoogleraar bij de afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht en werkt bij het ARQ Research Programme te Diemen.

T.M. MOOREN is klinisch psycholoog bij de Stichting Centrum '45 te Oegstgeest en bij het ARQ Research Programme te Diemen.

De auteurs bedanken Annemiek Warnik voor het becommentariëren van een eerdere versie van dit artikel. Het literatuuronderzoek werd financieel mogelijk gemaakt door Stichting Centrum '45 en een OOG-subsidie van ZonMW voor de eerste auteur. Stichting Centrum '45 is partner in de ARQ psychotrauma expertgroep.

Inleiding

Ruim 7 procent van de Nederlanders ontwikkelt op enig moment in hun leven een posttraumatische stressstoornis (PTSS; American Psychiatric Association, 2000; De Vries & Olf, 2009). PTSS kan ontstaan als gevolg van enkelvoudige traumatische gebeurtenissen, maar ook als gevolg van meer complexe traumatische ervaringen. Ook de posttraumatische klachten zelf kunnen variëren in complexiteit. De termen complex trauma en complexe PTSS worden - hoewel ze niet als zodanig zijn opgenomen in de *'Diagnostic and statistical manual of mental disorders'* (DSM) - veel gebruikt in de diagnostiek en indicatiestelling van getraumatiseerde patiënten. Het gebruik van deze termen heeft consequenties voor de behandeling, omdat de richtlijnen voor behandeling van PTSS en voor complexe PTSS inhoudelijk van elkaar verschillen.

In de 'Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen' (Van Balkom e.a., 2013) wordt geadviseerd patiënten die lijden aan PTSS te behandelen met traumagerichte cognitieve gedragstherapie of EMDR in combinatie met psychoeducatie en activatie. De ISTSS *expert consensus*-behandelrichtlijnen voor complexe PTSS bij volwassenen (Cloitre e.a., 2012) schrijven echter een gefaseerde behandeling voor, waarin de eerste fase in het bijzonder gericht wordt op psychosociale stabilisatie, de tweede fase op het verwerken van traumatische ervaringen en de derde fase op psychosociale re-integratie. Het verschil tussen de behandelrichtlijnen voor PTSS en voor complexe PTSS schuilt met name in de nadruk op een stabilisatiefase. Terwijl de behandelrichtlijnen voor PTSS voorschrijven dat vermijding moet worden opgeheven en de patiënt moet worden geconfronteerd met traumatische herinneringen, stellen de behandelrichtlijnen voor complexe PTSS dat de patiënt eerst stabiel genoeg moet zijn om confrontatie met traumatische herinneringen aan te kunnen. Om een uitweg te vinden uit het dilemma van al dan niet stabiliseren, is nog veel onderzoek nodig. In dit artikel willen wij het gebruik van de termen complex trauma en complexe PTSS aanscherpen, zodat die termen niet ongefundeerd vallen en de behandelaar niet onnodig belandt in het genoemde dilemma.

Dat er verwarring bestaat over de betekenis van deze termen is overigens niet verbazingwekkend. Wat is er complex: de traumatische ervaringen, de gevolgen ervan of de behandeling? Net zoals posttraumatische klachten verschillende benamingen hebben gehad (bijvoorbeeld traumatische neurose, *shell shock* en Da Costa's syndroom; Friedman e.a., 2011) voordat ze als posttraumatische stressstoornis werden gecodeerd (PTSS; American Psychiatric Association, 1980), zo is er in de zoektocht naar een passende omschrijving van complexe vormen van deze klachten een aantal termen de revue gepasseerd. Simpele versus complexe PTSS (Cloitre e.a., 2011), het vergelijkbare *disorders of extreme stress not otherwise specified* (DESNOS; Van der Kolk e.a., 2005), *developmental trauma disorder* (Van der Kolk, 2005) en *enduring personality change after catastrophic experience* (EPCACE; World Health Organization, 1992) zijn hier voorbeelden van, evenals vagere omschrijvingen als *the complexity of adaptation to trauma* (Van der Kolk e.a., 1996), *complex posttraumatic self-dysregu-*

lation (Ford e.a., 2005) of *complex posttraumatic states* (Briere & Spinazzola, 2005). Ook bij de beschrijving van de eraan ten grondslag liggende ervaringen worden steeds andere accenten gelegd: type-I- versus type-II-trauma (Terr, 1991), complex trauma (Herman, 1992) of het meer gespecificeerde ‘posttraumatic stress disorder related to childhood abuse’ (Cloitre, 2002).

Wat betekenen nu precies de termen complex trauma en complexe PTSS, en op welke patiënten zijn dergelijke labels van toepassing? In dit artikel wordt een poging gedaan deze voor klinici en patiënten relevante vragen te beantwoorden en op die manier bij te dragen aan een meer uniform en empirisch ondersteund gebruik van deze termen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Omdat in Nederland (in tegenstelling tot de meeste andere landen, waar de ICD meer gangbaar is) gewerkt wordt met de DSM, beperken wij ons tot bespreking van concepten (en voorlopers daarvan) die bedoeld waren voor inclusie in de DSM. EPCACE en de conceptualisatie van complex trauma als een combinatie van meerdere gebieden van disfunctioneren (Stöfel & Mooren, 2010) blijven hier daarom buiten beschouwing.

Wat is het?

Net zoals de PTSS-classificatie in DSM-IV-TR is opgebouwd uit een cluster waarin traumatische ervaringen worden gedefinieerd (cluster A) en drie clusters waarin de resulterende klachten worden beschreven (cluster B, C en D; in de DSM-5 bestaat cluster C uit twee gedeelten), wordt in de literatuur over complex trauma aandacht besteed aan zowel traumatische ervaringen, als de klachten die daar het gevolg van zijn. Complexe traumatische ervaringen worden daarbij gelabeld als ‘complex trauma’ en complexe posttraumatische klachten als ‘complexe PTSS’ (Courtois & Ford, 2009).

Complex trauma

Sinds het vastleggen van de PTSS-classificatie in de DSM-III is er gedebatteerd over welke ervaringen te definiëren zijn als traumatisch: gaat het om ongebruikelijke ervaringen? Moet de persoon er lichamelijk aan blootgesteld zijn geweest? Met welke emoties moet de persoon ten tijde van het trauma hebben gereageerd? Bij elke nieuwe versie van de DSM keerde dit debat terug (Friedman e.a., 2011; McFarlane, 1995). Naast de discussie over welke ervaringen al dan niet als traumatisch kunnen worden gedefinieerd, ontstond gaandeweg discussie of er binnen het scala aan traumatische ervaringen betekenisvol onderscheid gemaakt kan worden tussen verschillende typen traumatische ervaringen.

Een voorzet voor een onderscheid werd gedaan door Terr (1991). Bij getraumatiseerde kinderen onderscheidde zij kinderen als type I (eenmalige traumatische ervaring) en type II (langdurige, herhaalde traumatische ervaringen). Aan deze twee typen koppelde zij twee stoornissen: de type-I-stoornis (gekenmerkt door heldere herinneringen, het zoeken naar verklaringen voor de gebeurtenis, en visuele mispercepties) en de type-II-stoornis (gekenmerkt

door ontkenning en psychische verdoving, zelfhypnose en dissociatie, en razernij). Tiers onderscheid tussen type-I- en type-II-traumata is, in tegenstelling tot de bijbehorende stoornissen, klinisch nog steeds in gebruik. Als predictor voor complexe posttraumatische klachten schiet het aantal traumatische ervaringen enigszins tekort, omdat het meemaken van meerdere traumatische ervaringen juist het risico op PTSS vergroot (Brewin e.a., 2000; Ozer e.a., 2008).

Herman voegde daarom aan het onderscheid tussen enkelvoudige en meervoudige traumata een inhoudelijk onderscheid toe: of de getroffene al dan niet was onderworpen aan 'totalitaire controle gedurende een langere periode (maanden tot jaren)' (Herman, 1993, p. 121). Betrokken bij de vrouwenbeweging noemde zij als voorbeelden huiselijke mishandeling en seksueel misbruik van vrouwen en kinderen, seksuele exploitatie, maar daarnaast ook meer wereldlijke voorbeelden als gijzeling, krijgsgevangenschap en het overleven van concentratiekampen en religieuze sekten. Het meemaken van dergelijke ervaringen zou leiden tot een syndroom genaamd complexe posttraumatische stressstoornis (zie hierna). Net als in de PTSS-classificatie werden binnen dit syndroom de vereiste traumatische ervaringen vastgelegd als eerste criterium.

Hermans ideeën over complexe traumatische ervaringen, het bijbehorende construct van complexe PTSS en de bijpassende behandeling bleken voor veel klinici aantrekkelijk. In de voorbereidende fase voor de DSM-IV (de zogenaamde *field trial*) werd complexe PTSS onderzocht, met als doel te achterhalen of het als op zichzelf staande diagnose kon worden opgenomen in een volgende versie van de DSM. Hiertoe werd een nieuwe classificatie ontworpen: *disorders of extreme stress not otherwise specified* (DESNOS). Het onderworpen zijn (geweest) aan totalitaire controle werd hierbij als criterium geschrapt, om te kunnen beoordelen onder welke groepen complexe PTSS al dan niet voorkwam. DESNOS is uiteindelijk niet als diagnose opgenomen in DSM-IV (zie hierna). Wel worden elementen ervan genoemd onder de aanvullende kenmerken van PTSS. Hierbij wordt gesteld dat de aanvullende kenmerken veelal worden aangetroffen in samenhang met een interpersoonlijke stressor. Deze voorzichtige omschrijving biedt weinig houvast, omdat interpersoonlijke traumatische ervaringen - in tegenstelling tot niet-persoonlijke traumatische ervaringen (zoals natuurrampen) - ook een verhoogd risico geven op PTSS (zie Kessler e.a., 1995). Voor het bepalen van het risico op complexe PTSS werkt een dergelijke omschrijving dan niet meer onderscheidend.

De *field trial* kende als belangrijke bevinding dat DESNOS vooral voorkomt bij slachtoffers van vroeg (< 14 jaar) interpersoonlijk trauma (Van der Kolk e.a., 2005). Naar aanleiding van deze bevinding werd nieuw onderzoek naar complex trauma in het bijzonder gericht op slachtoffers van lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik. Van der Kolk poneerde een nieuwe diagnose - *developmental trauma disorder* (DTD) - met, in navolging van de PTSS-classificatie, een duidelijk omschreven A1- en A2-criterium: het moet gaan om 'meervoudige of chronische blootstelling aan één of meer vormen van ontwikkelingsremmend, interpersoonlijk trauma (zoals verlating, ver-

raad, fysieke mishandeling, seksueel misbruik, bedreiging van de lichamelijke integriteit, dwangpraktijken, emotionele mishandeling, getuige zijn van geweld en dood), in combinatie met subjectief ervaren ‘razernij, gevoel van verraad, angst, berusting, verslagenheid en schaamte’ (2005, p. 404). DTD is niet opgenomen in de DSM-5, omdat onderbouwend onderzoek ernaar ten tijde van het verschijnen van de DSM-5 nog niet afgerond was.

Concluderend kan gesteld worden dat er op dit moment geen overeenstemming bestaat over welke elementen kenmerkend zijn voor complex trauma (Resick e.a., 2012). In recente richtlijnen voor behandeling van complexe PTSS wordt complex trauma gedefinieerd als: ‘Blootstelling aan herhaalde of langdurige gevallen of meerdere vormen van interpersoonlijk trauma, vaak plaatsvindend onder omstandigheden waar ontsnapping niet mogelijk is door fysieke, psychische, ontwikkelingsgerelateerde, gezins- of omgevingsgebonden, of sociale beperkingen’ (Cloitre e.a., 2012, p. 4). De nadruk ligt hierbij op het interpersoonlijke element. In de DSM-5 is de nadruk op een interpersoonlijke stressor juist losgelaten en wordt gesproken van ‘langdurige, herhaalde en ernstige traumatische gebeurtenissen’ (DSM-5, 2013, p. 276). Het voorstel van Van der Kolk, dat complex trauma gebeurtenissen betreft die de ontwikkeling remmen (en die dus per definitie plaatsvinden in vroegere levensfasen), is hierbij wat naar de achtergrond verschoven. Gezien het gebrek aan overeenstemming over wat complex trauma behelst, lijkt het voor behandelaren verstandig om in communicatie over hun patiënten (zoals behandelplannen en verwijfsbrieven) complexe kenmerken van de traumageschiedenis te specificeren, ofwel te spreken van langdurig of herhaald of interpersoonlijk of vroeg trauma.

Complexe PTSS

Ging het in de voorafgaande paragraaf om de situaties die aanleiding of oorzaak voor de klachten vormen, in deze paragraaf gaat het om de gevolgen zelf. De zoektocht naar een passende omschrijving voor complexe gevolgen van zeer ingrijpende ervaringen speelde al in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw, toen het begrip PTSS werd gecreëerd. Vooral de auteurs van onderzoeken naar de late gevolgen van schokkende ervaringen tijdens de Tweede Wereldoorlog worstelden met het vraagstuk of de gevolgen van het verblijf in een concentratiekamp (zoals somatische klachten, chronische depressie, verstoorde agressieregulatie en langdurige klachten) niet dusdanig gecompliceerd en ernstig zijn dat ze onder een andere noemer geplaatst moeten worden dan de gevolgen van enkelvoudige schokkende gebeurtenissen (zie o.a. Kleber, 1994; Niederland, 1971; Tas, 1946). Hetzelfde vraagstuk keert terug in latere discussies rond complexe PTSS.

In 1992 hield Herman een invloedrijk betoog voor de diagnose ‘complexe PTSS’. Patiënten met complexe PTSS zouden, naast de genoemde traumatische ervaringen, voldoen aan veranderingen in affectregulatie, bewustzijn, zelfbeeld, beeld van de dader en systemen van betekenisgeving. Waarom suggereerde Herman een nieuwe diagnose, in plaats van zich te beperken tot het stellen van de PTSS-diagnose met eventuele comorbide stoornissen?

Courtois en Ford (2009) geven hiervoor de verklaring dat de PTSS-classificatie alleen ontoereikend zou zijn om de klachten en beperkingen die volgen op blootstelling aan complexe traumata te beschrijven. Weliswaar kunnen daarvoor aanvullend comorbide stoornissen gediagnosticeerd worden, maar deze leiden tot een veelheid aan mogelijke combinaties die geen samenhangend syndroom vormen. Bij deze veelheid aan diagnoses kunnen de PTSS-klachten uit beeld raken, evenals de traumatische ervaringen die eraan ten grondslag liggen. Patiënten kunnen dan gediagnosticeerd worden met allerlei meer of minder ernstige stoornissen, zonder eveneens erkenning en aandacht te krijgen voor de traumatische achtergrond hiervan.

Ter voorbereiding op de PTSS-*field trial* werden de symptomen van getraumatiseerde kinderen, slachtoffers van huiselijk geweld en overlevenden van concentratiekampen geïnventariseerd en door Herman gegroepeerd (Van der Kolk e.a., 2005). In het voorstel voor een DESNOS-diagnose werden haar complexe-PTSS-criteria vrijwel volledig overgenomen, met enkele aanpassingen: haar omschrijving van de traumatische stressor werd geschrapt en een somatisatiecluster werd toegevoegd. Ook het cluster ‘veranderingen in beeld van de dader’ bleek uiteindelijk niet houdbaar, omdat dit cluster alleen relevant is na interpersoonlijke traumatische ervaringen. Het uiteindelijke DESNOS-voorstel zag er als volgt uit.

- *Veranderingen in regulatie van affect en impulsen.* Affectregulatie, modulering van woede, zelfdestructiviteit, suïcidale preoccupatie, moeite met het reguleren van seksuele betrokkenheid, nemen van excessieve risico’s (het eerste plus één criterium vereist).
- *Veranderingen in aandacht of bewustzijn.* Amnesie, voorbijgaande dissociatieve episoden, depersonalisatie (één criterium vereist).
- *Veranderingen in zelfbeeld.* Ineffectiviteit, permanente beschadiging, schuld en verantwoordelijkheid, niemand kan mij begrijpen, minimaliseren (twee criteria vereist).
- *Veranderingen in relaties met anderen.* Onvermogen tot vertrouwen, opnieuw slachtoffer worden, anderen tot slachtoffer maken (één vereist).
- *Somatisatie.* Stofwisseling, chronische pijn, cardiopulmonale klachten, conversieklachten, seksuele klachten (twee criteria vereist).
- *Veranderingen in systemen van betekenisgeving.* Wanhoop en hopeloosheid, verlies van voorheen steunende geloofsovertuigingen (één criterium vereist).

De *field trial* leverde echter onvoldoende ondersteuning op voor een op zichzelf staande DESNOS-diagnose: slechts bij 4-6 procent van de deelnemers kwam DESNOS zonder PTSS voor (Van der Kolk e.a., 2005). Naar aanleiding van deze bevindingen werden de kenmerken van DESNOS of complexe PTSS in de DSM-IV geschaard onder de aanvullende kenmerken van PTSS. De omschrijving daarvoor is als volgt: ‘Problemen in affectmodulatie; zelf-destructief en impulsief gedrag; dissociatieve symptomen; somatische klachten; gevoelens van ineffectiviteit, schaamte, wanhoop of hopeloosheid; het gevoel permanent beschadigd te zijn; een verlies van voorheen steunende overtuigingen; vijandigheid; sociaal terugtrekken; het gevoel constant bedreigd te worden; problemen in relaties met anderen; of een verandering

van oorspronkelijke kenmerken van de persoonlijkheid' (2000, p. 425). Deze aanvullende kenmerken zijn beschrijvend en behoren niet tot de specificaties voor de PTSS-classificatie, die beperkt zijn tot acuut, chronisch en met verlaat begin.

Omdat DESNOS formeel geen posttraumatische klachten bij kinderen beschreef, werd na het verschijnen van de DSM-IV een voorstel gedaan voor de genoemde Developmental Trauma Disorder (DTD; Van der Kolk, 2005). Deze stoornis behelst de volgende kenmerken.

- Patroon van herhaalde disregulatie in reactie op traumatische triggers, op het gebied van affect, somatiek, gedrag, cognitie, relaties en zelfattributie.
- Onophoudelijke veranderde attributies en verwachtingen: negatieve zelfattributie, wantrouwen naar beschermende verzorger, verlies van de verwachting beschermd te worden door anderen, verlies van vertrouwen beschermd te worden door maatschappelijke organisaties, gebrek aan mogelijkheden voor sociale gerechtigheid of vergelding, onvermijdelijkheid van toekomstig slachtofferschap.
- Functionele beperking op het gebied van onderwijs, familierelaties, relaties met leeftijdsgenoten, justitie, werk.

Net zoals complexe PTSS, zou de diagnose DTD aandacht kunnen vragen voor de rol van kindermishandeling bij kinderen met verschillende diagnoses waarvan de traumatische oorzaak vaak onvoldoende wordt onderkend (Lindauer, 2012). De diagnose is echter, zoals gezegd, niet geïnccludeerd in DSM-5.

De huidige stand van zaken is dus als volgt. De DSM-IV-TR doet geen uitspraak over de benaming van complexe posttraumatische klachten. Complexe PTSS kan niet genoteerd worden als as-I-stoornis, maar alleen beschrijvend (en in aanvulling op een PTSS-classificatie) gesteld worden. Er hoeft daarbij geen sprake te zijn van een minimum aantal bijkomende kenmerken, zoals dat in het voorstel voor de DESNOS-diagnose wel het geval is. Hoewel interpersoonlijke stressoren in de DSM genoemd worden als predisponerend tot complexe PTSS, zijn er voor het vaststellen van complexe PTSS geen specifieke traumatische ervaringen vereist buiten het gebruikelijke A-criterium. Complexe PTSS noch DTD zijn als op zichzelf staande diagnoses opgenomen in de DSM-5. Wel heeft het debat over complexe PTSS bijgedragen aan de toevoeging van een dissociatief subtype en zijn sommige kenmerken ervan toegevoegd aan de PTSS-classificatie in de DSM-5 (zoals risicovol en zelfdestruïctief gedrag, en negatieve veranderingen in cognities en stemming; Cloitre e.a., 2012; Friedman e.a., 2011).

In de literatuur worden DESNOS en complexe PTSS vaak als synoniemen gebruikt, waarbij de term complexe PTSS de overhand lijkt te nemen. De discussie over de inhoud van complexe PTSS is daarbij nog niet beslecht. Waar DESNOS zes symptoomclusters kent, is er recentelijk in de richtlijnen voor de behandeling van complexe PTSS (Cloitre e.a., 2012) maar sprake van vijf: moeite met emotieregulatie, verstoring van relationele capaciteiten, veranderingen in aandacht en bewustzijn (zoals dissociatie), negatief beïnvloede geloofsovertuigingen en somatisch lijden of desorganisatie. Een boei-

ende ontwikkeling is dat in de ICD-11 (in voorbereiding; de uitgave is vermoedelijk in 2015) wordt gewerkt aan een nieuwe en officiële diagnose complexe PTSS. De omschrijving (Maercker e.a., 2013) lijkt te worden gebaseerd op met name de conceptualisering van Cloitre: een wat kalere, meer empirisch georiënteerde beschrijving, dan de oorspronkelijke versie van Herman. Een dergelijke ICD-diagnose kan het onderzoek naar complexe PTSS een impuls geven, maar biedt de Nederlandse behandelaar helaas geen soelaas, omdat in Nederland wordt gewerkt met de DSM. Omdat de DSM weinig handvatten biedt voor het vaststellen van complexe PTSS, is het ook bij gebruik van de term complexe PTSS belangrijk dat de behandelaar duidelijk specificceert om welke klachten het gaat, in aanvulling op een PTSS-diagnose. Zo kan voorkomen worden dat de klachten omschreven worden als complex, zonder dat duidelijk wordt van welke en hoeveel klachten er sprake is en soms zelfs zonder dat er sprake is van een PTSS-diagnose.

Wie heeft het?

In de voorgaande paragrafen zijn de definities van complex trauma en complexe PTSS kunstmatig gescheiden. In werkelijkheid bestaat er natuurlijk een vicieuze cirkel, met twee mogelijke aanknopingspunten. In het eerste geval vermoedt de clinicus (in navolging van Herman) complex trauma bij patiënten die zich aanmelden met brede, diffuse psychische klachten. In het tweede geval verwacht de clinicus (in navolging van Terr) complexe PTSS bij patiënten met herhaalde, langdurige, interpersoonlijke traumatische ervaringen (zoals seksueel misbruik en lichamelijke mishandeling in de kindertijd, huiselijk geweld, gijzeling, krijgsgevangenschap, gevangenschap in een concentratiekamp, marteling, gedwongen prostitutie of slavernij, geronseld zijn als kindsoldaat, genocide en georganiseerd geweld). Bij welke groepen komt complexe PTSS nu daadwerkelijk voor?

Het enige instrument voor het meten van complexe PTSS dat uitgebreid psychometrisch is onderzocht (Pelcovitz e.a., 1997; Zlotnick & Pearlstein, 1997; Scoboria e.a., 2008) is het Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). Dit betreft een klinisch interview waarmee de DESNOS-criteria uitgevraagd kunnen worden. Om de volledige diagnose complexe PTSS te stellen, dient dan aanvullend nog een klinisch interview voor PTSS te worden afgenomen. De prevalentie van de volledige diagnose complexe PTSS is onderzocht bij groepen met specifieke traumatische ervaringen en bij specifieke groepen psychiatrische patiënten (zie tabel 1).

Complex getraumatiseerde populaties bij wie de prevalentie van complexe PTSS is onderzocht, zijn veteranen, burgerslachtoffers, vluchtelingen en slachtoffers van (vroegkinderlijk) interpersoonlijk geweld. Opvallend is dat het meeste onderzoek naar complexe PTSS onder getraumatiseerde populaties bij veteranen is verricht, hoewel veteranen juist de doelgroep vormen waarop de oorspronkelijke PTSS-classificatie geënt is en je dus zou verwachten dat de PTSS-classificatie voor hen volstaat. Bij veteranen worden ook de hoogste prevalenties van complexe PTSS gevonden, gevolgd door de groep

Tabel 1 Huidige prevalentie van complexe PTSS onder getraumatiseerde* populaties.

Onderzoek	Populatie	N	CPTSS** n (%)
	<i>Complex trauma</i>		
Ford (1999)	Hulpzoekende veteranen	84	26 (31)
Jongedijk (1996)	Hulpzoekende veteranen	21	8 (38)
Newman (1996)	Hulpzoekende veteranen	10	10 (100)
Morina (2007)	Kosovaarse studenten	55	0 (0)
Morina (2008)	Kosovaarse burgerslachtoffers	102	1 (0)
Teodorescu (2012)	Hulpzoekende vluchtelingen	61	9 (15)
Van der Kolk (2005)	Slachtoffers van vroegkinderlijk interpersoonlijk geweld	148	35 (24)
	Slachtoffers van interpersoonlijk geweld op latere leeftijd	87	16 (18)
	Slachtoffers van rampen (controle-groep)	59	2 (3)
	Overig (controlegroep)	226	11 (5)
	<i>Complexe problematiek</i>		
Barnow (2005)	Patiënten met borderlinepersoonlijkheidsstoornis	41	16 (39)
Sack (2013)	Patiënten met borderlinepersoonlijkheidsstoornis	131	65 (50)
Ford (2008a)	Patiënten met ernstige psychische stoornissen	38	12 (32)
Ford (2008b)	Patiënten met middelenafhankelijkheid	231	95 (41)
Scoboria (2008)	Gedetineerden	327	13 (4)
Zucker (2006)	Patiënten met PTSS	155	25 (16)

PTSS = posttraumatische stressstoornis; CPTSS = complexe posttraumatische stressstoornis.

* Onder 'getraumatiseerd' wordt verstaan: blootgesteld aan potentieel traumatische gebeurtenissen.

** PTSS en DESNOS, gemeten met klinische interviews.

slachtoffers van (vroegkinderlijk) seksueel misbruik. De prevalentiecijfers bij vluchtelingen en burgerslachtoffers blijven hierbij achter. Ook onder getraumatiseerde psychiatrische populaties worden hogere prevalenties gevonden.

De bevindingen vormen een bevestiging voor het pleidooi van Herman om bij patiënten met brede, diffuse psychische problematiek beducht te zijn op achterliggende complexe PTSS: hoge prevalenties worden inderdaad onder dergelijke groepen aangetroffen. De verwachting dat er bij alle patiënten met complex trauma wel sprake zal zijn van complexe PTSS, wordt er echter niet door bevestigd: er lijkt verschil in prevalenties tussen verschillende populaties, en naar sommige populaties is onvoldoende onderzoek gedaan. Vooral bij hulpzoekende groepen (zoals gemartelde vluchtelingen, voormalig kindsoldaten en slachtoffers van gedwongen prostitutie) is onder-

zoek nodig, om het vóórkomen van complexe PTSS te bepalen. Voor klinici is het belangrijk dat bepaalde typen traumatische ervaringen (herhaald, langdurig, interpersoonlijk, op jonge leeftijd) kunnen dienen als *marker* voor complexe PTSS, maar op zichzelf onvoldoende redenen vormen om van complexe PTSS te spreken.

Conclusie

De constructen complex trauma en complexe PTSS spreken veel klinici aan; ze herkennen er de ervaringen en klachten in van getraumatiseerde patiënten die zich in eerste instantie niet presenteren met een welomschreven PTSS. Ook het gerelateerde fasenmodel voor traumabehandeling bezit, op één of andere manier, *clinical sense*. Voor klinici die werken met dergelijke patiënten bieden de complex-traumaliteratuur en de DSM vooralsnog onvoldoende duidelijkheid. Het ontbreken van een vastomlijnde diagnose belemmert de communicatie tussen klinici.

Het is mooi om te veronderstellen dat de introductie van een nieuwe classificatie in de DSM vooral steunt op empirische inzichten en klinische praktijkervaringen, maar de sociologische, ideologische en economische dimensies zijn minstens even belangrijk (Young, 2004). Zowel DESNOS als DTD zijn in dit proces gesneuveld en de resterende elementen in de DSM bieden diagnostisch weinig houvast. Onderzoekers worden, in hun zoektocht naar effectieve behandelingen voor complexe PTSS, eveneens gehinderd door het gebrek aan een welomschreven diagnose (Resick e.a., 2012).

De discussie over het al dan niet faseren van behandeling voor complexe PTSS, is dan ook nog niet beslecht. Om de kloof tussen *experience* en *evidence* te overbruggen, is het van groot belang dat zowel voor- als tegenstanders van het complexe-PTSS-concept onderzoek doen naar het klachtenpatroon van patiënten met complexe traumatische ervaringen en naar de *timing* en effectiviteit van al dan niet gefaseerde behandeling bij patiënten met complexe PTSS. Intussen doen klinici er verstandig aan om - wanneer zij spreken van complex trauma en complexe PTSS - zo duidelijk mogelijk te specificeren om welke ervaringen en klachten het gaat, zodat deze (in samenspraak met de patiënt) uitgangspunt kunnen vormen voor de behandeling.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Revised 4th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- 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.
- Barnow, S., Plock, K., Spitzer, C., Hamann, N., & Freyberger, H. J. (2005). Trauma, Temperaments- und Charaktermerkmale bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer posttraumatischer Belastungsstörung. *Verhaltenstherapie*, 15, 148-156.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Briere, J. & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 401-412.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C. & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 615-627.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Ford, J. D., Green, B. L., Alexander, P., Briere, J., e.a. (2012). The ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults. Internet: www.istss.org/ISTSS_Complex_PTSD_Treatment_Guidelines/5205.htm.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R. & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067-1074.
- Courtois, C. A. & Ford, J. D. (Eds.) (2009). *Treating complex traumatic stress disorder: an evidence-based guide*. New York/London: Guilford Press.
- Ford, J. D. (1999). Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: Associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 3-12.
- Ford, J. D. (2008a). Ethnoracial minority background, psychological trauma, PTSD and DESNOS among urban low-income women with severe mental illness. *Journal of Psychological Trauma*, 7, 170-184.
- Ford, J. D. & Smith, S. F. (2008b). Complex posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults receiving public sector outpatient substance abuse disorder treatment. *Addiction Research and Theory*, 16, 193-203.
- Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., Hart, O. van der, & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 437-447.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A. & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 750-769.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Herman, J. L. (1993). *Trauma en herstel: de gevolgen van geweld - van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Jongedijk, R. A., Carlier, I. V. E., Schreuder, B. J. N. & Gersons, B. P. R. (1996). Complex posttraumatic stress disorder: an exploratory investigation of PTSD and DESNOS among Dutch war veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 577-586.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kleber, R. J. (1994). Late gevolgen van de Tweede Wereldoorlog. *De Psycholoog*, 29, 125-131.

- Kolk, B.A. van der (2005). Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408.
- Kolk, B.A. van der, Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A. & Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, 83-93.
- Kolk, B.A. van der, Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389-399.
- Lindauer, R.J.L. (2012). Child maltreatment - clinical PTSD diagnosis not enough?: Comment on Resick et al. (2012). *Journal of Traumatic Stress*, 25, 258-259.
- Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A., e.a. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet* (geaccepteerd).
- McFarlane, A.C. (1995). The severity of the trauma: issues about its role in posttraumatic stress disorder. In R.J. Kleber, C.R. Figley & B.P. Gersons (Eds.), *Beyond trauma: cultural and societal dynamics* (pp. 31-54). New York: Plenum Press.
- Morina, N. & Ford, J.D. (2008). Complex sequelae of psychological trauma among Kosovar civilian war victims. *International Journal of Social Psychiatry*, 54, 425-436.
- Morina, N. & Stangier, U. (2007). Komplexe Traumatisierung als Folge ziviler Kriegserlebnisse: Eine Kurzmitteilung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 373-379.
- Newman, E., Orsillo, S.M., Herman, D.S., Niles, B.L. & Litz, B.T. (1995). Clinical presentation of disorders of extreme stress in combat veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 628-632.
- Niederland, W.G. (1971). Introductory notes on the concept, definition and range of psychic trauma. In H. Krystal & W.G. Niederland (Eds.), *Psychic traumatization: after-effects in individuals and communities* (pp. 1-11). Boston: Little, Brown and Company.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2008). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3, 3-36.
- 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.
- Resick, P.A., Bovin, M.J., Calloway, A.L., Dick, A.M., King, M.W., Mitchell, K.S., e.a. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 241-251.
- Sack, M., Sachsse, U., Overkamp, B. & Dulz, B. (2013). Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*, 84, 608-614.
- Scoboria, A., Ford, J., Lin, H-J. & Frisman, L. (2008). Exploratory and confirmatory factor analyses of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress. *Assessment*, 15, 404-425.
- Stöfsel, M. & Mooren, T.M. (2010). *Complex trauma. Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tas, J. (1946). Psychische stoornissen in concentratiekampen en bij teruggekeerden. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 1, 143-150.

- Teodorescu, D.-S., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T. & Lien, L. (2012). Mental health problems and post-migration stress among multi-traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53, 316-332.
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Vries, G.J. de & Olff, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 259-267.
- World Health Organization (1992). *International Classification of Diseases (ICD-10)*. Genève: World Health Organization.
- Young, A. (2004). When traumatic memory was a problem: On the historical antecedents of PTSD. In G.M. Rosen (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: issues and controversies* (pp. 127-146). Chichester: John Wiley & Sons.
- Zlotnick, C. & Pearlstein, T. (1997). Validation of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 243-247.
- Zucker, M., Spinazzola, J., Blaustein, M. & Kolk, B.A. van der (2008). Dissociative symptomatology in posttraumatic stress disorder and disorders of extreme stress. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 19-31.