



# Wat is het effect van schriftelijke exposuretherapie bij volwassenen met een posttraumatische stressstoornis?

### Referentie

Fortney JC, Kaysen DL, Engel CC, et al. Pragmatic comparative effectiveness of primary care treatments for posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2025;82:1203-5.  
DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2025.2962. Erratum in: *JAMA Psychiatry* 2025;82:1256.  
DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2025.3719

### Duiding

Lena Van de Wynkele, student derde master geneeskunde, UGent, Pauline Stas, klinisch psycholoog, wetenschappelijk medewerker Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie en Tom Poelman, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, UGent.  
Geen belangenvermenging met het onderwerp

## Klinische vraag

Wat is bij volwassen personen met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) het effect op de ernst van de symptomen wanneer als initiële behandeling schriftelijke exposuretherapie versus SSRI's aangeboden wordt en wat is het effect van het toevoegen van schriftelijke exposuretherapie versus switchen naar SNRI's bij onvoldoende respons op SSRI's?

## Achtergrond

De 12-maandenprevalentie en de lifetime prevalentie van posttraumatische stressstoornis (PTSS) wordt geschat op respectievelijk 4% (1) en 1% (2). Volgens de huidige richtlijnen is traumagerichte psychotherapie de eerstekeusbehandeling van PTSS (3,4). Maar wegens een vaak beperkte toegang tot of bereidheid van de patiënt om psychologische behandelingen op te starten, richt de initiële behandeling zich in veel gevallen op SSRI's en SNRI's. Deze worden als eerstekeus farmacotherapie voor PTSS beschouwd (4). Omdat het afbouwen van antidepressiva een tijdrovend en soms moeilijk traject is, zou het vermijden van antidepressiva door in te zetten op psychotherapie een enorm voordeel kunnen betekenen voor zowel de zorgvragers als de hulpverleners. Schriftelijke exposuretherapie of *Written Exposure Therapy (WET)* is een nieuwe vorm van traumagerichte therapie met beperkte tijdsbelasting. Personen met PTSS worden in life sessies gevraagd hun traumatische ervaringen neer te schrijven (exposure). Een recente studie vergeleek WET met SSRI's en SNRI's (5).

## Samenvatting

### Bestudeerde populatie

- rekrutering in de Verenigde Staten via eerstelijnszorgsettings, waarvan 7 federaal erkende gezondheidscentra en 8 medische centra voor Veteran Affairs
- inclusiecriteria: volwassenen die systematisch gescreend werden voor PTSS op basis van minstens 3 positieve items op de **DSM-5 PTSD Primary Care Check List (PCL-5)**, en aangevuld met twee extra criteria: blootstelling aan een traumatische gebeurtenis (criterium A van de DSM-5-criteria voor PTSS) en minstens matig ernstige PTSS-symptomen (PCL-5-score  $\geq 33$ )

- exclusiecriteria: geplande of in de laatste 2 maanden gemaakte afspraak voor gespecialiseerde gezondheidszorg; diagnose van schizofrenie, schizo-affectieve stoornis, bipolaire stoornis, dementie; zwangerschap; verandering van psychotrope medicatie in de afgelopen 2 maanden of huidig gebruik van venlafaxine; oordeel van de arts dat deelname aan de studie niet voordelig is; geen Engels of Spaans kunnen spreken
- uiteindelijke inclusie van 700 personen met een gemiddelde leeftijd van 45,1 jaar (SD 15,4 jaar); 368 (62,1%) mannen, 212 (35,8%) vrouwen, 1 transgender man (0,2%), 1 (0,2%) transgender vrouw; 424 (71,6%) veteranen, 168 (28,4%) niet-veteranen, bij 108 ongekend; PCL-5 gemiddeld 52,8 (SD 11,1) wat wijst op aanzienlijke symptomatische belasting; voor de veteranen was gevecht/oorlog de meest voorkomend traumatische gebeurtenis (32,4% van alle deelnemers), andere traumatische gebeurtenissen waren seksueel geweld (16,1%), fysiek geweld (14,1%), ongeval (11,1%), kindermishandeling (9,9%) en levensbedreigende ziekte (9,7%).

### Onderzoekopzet

Pragmatische RCT met 1:1:2 randomisatie over drie behandeltrajecten, met stratificatie per rekruteringscentrum:

1. SSRI, met toevoeging van WET indien onvoldoende respons op SSRI (<10 punten daling op PCL-5) na 4 maanden (n=169)
  2. SSRI, met overschakeling naar SNRI bij onvoldoende respons op SSRI (<10 punten daling op PCL-5) na 4 maanden (n=179)
  3. WET, met overschakeling naar SSRI bij onvoldoende respons (<10 punten daling op PCL-5) na 4 maanden (n=352)
- de interventies waren:
    - WET (Writing Exposure Therapy): vorm van psychotherapie waarbij de zorgvrager tijdens de sessie schrijft over de traumatische gebeurtenis (exposure), en dat gedurende 6 sessies van 30 minuten, onder begeleiding van opgeleide (handleiding, 6 u les en supervisie bij eerste twee casussen) therapeuten
      - sessie 1 bestond uit psycho-educatie over PTSS en exposure
      - sessies 2-6 bestonden uit het neerschrijven van de ergste herinnering aan de traumatische gebeurtenis (focus op details, gedachten en gevoelens)
    - SSRI: sertraline, paroxetine, of fluoxetine (op basis van voorkeur en behandelgeschiedenis van de zorgvrager)
    - SNRI: venlafaxine.

### Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: verschil in ernst van de symptomen van PTSS, gemeten op basis van de PCL-5-score, na 4 en 8 maanden
- secundaire uitkomstmaten: comorbide aandoeningen (angst en depressie), (mentaal) functioneren; ongewenste effecten, slaap, alcoholgebruik, middelengerelateerde gevolgen, gebruik van hulpverlening, tevredenheid over de zorg, therapietrouw
- analyses volgens intention to treat
- lineaire, logistische en negatieve binomiale regressie, naargelang continue gegevens, binaire gegevens en aantal episodes.

### Resultaten

- na 4 maanden:
  - geen statistisch significante verschillen in daling van PCL-5-score tussen de groep die startte met WET en de groepen die startten met SSRI; in alle groepen zag men een daling van PCL-5-score met gemiddeld >10 punten
  - geen statistisch significante verschillen tussen de groep die startte met WET en de groepen die startten met SSRI op vlak van secundaire uitkomstmaten, behalve meer

bezoeken van een mentale gezondheidsspecialist in de WET-groep (gemiddeld verschil van 0,71 met 95% BI van 0,52 tot 0,90; Cohen's d 2,04)

- na 8 maanden:
  - meer daling van PCL-5-score met overschakeling naar SNRI bij onvoldoende respons na initiële behandeling met SSRI in plaats van toevoeging of verderzetten van WET (gemiddeld verschil van 10,19 met 95% BI van 4,97 tot 15,41;  $p < 0,001$ ; Cohen's d 0,91)
  - meer verbetering van depressie, angst, mentaal functioneren en slaap met overschakeling naar SNRI bij onvoldoende respons na initiële behandeling met SSRI in plaats van toevoeging of verderzetten van WET.

### **Besluit van de auteurs**

De resultaten van deze studie toonden aan dat de behandeling van posttraumatische stressstoornis in de eerstelijns zowel met SSRI's als met schriftelijke exposuretherapie haalbaar en effectief is. Voor patiënten zonder respons op SSRI's is overschakeling naar SNRI's effectiever dan toevoeging van schriftelijke exposuretherapie.

### **Financiering van de studie**

Dit onderzoek werd gefinancierd via een subsidie van het Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI); een auteur werd betaald door het National Center for Advancing Translational Sciences en het Loan Repayment Program van het National Institute on Drug Abuse; de financierders hadden geen invloed op het verloop van de studie.

### **Belangenconflicten van de auteurs**

Twee auteurs verklaren dat ze vergoedingen kregen van het Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) tijdens deze studie; twee ontvingen een vergoeding van het National Institutes of Health (NIH), van wie één ook niet-financiële steun van de NEMAHealth; twee auteurs ontving royalties van de American Psychological Press, waarvan één voor zijn bijdrage aan een handboek, maar allen buiten deze studie; er werden geen andere belangen gemeld.

## **Bespreking**

### **Beoordeling van de methodologie**

Het gaat hier om een pragmatische studie die de overschakeling naar verschillende alternatieve behandelingen vergelijkt na het falen van een initiële therapie voor PTSS. Het pragmatische design zorgt er enerzijds voor dat de studie aansluit bij de praktijk, maar vergroot anderzijds ook de kans op confounding. De inclusie van de deelnemers gebeurde met een vragenlijst in plaats van een volledig diagnostisch interview. Deelnemers konden na randomisatie de behandeling weigeren of voor een andere behandeling kiezen. Ook de dosis van SSRI's en SNRI's werd niet vastgelegd, wat voor extra klinische heterogeniteit gezorgd kan hebben. De auteurs voerden een a priori steekproefberekening uit om een verschil van 4,08 punten na 4 maanden follow-up en 7,99 punten na 8 maanden follow-up te kunnen aantonen. Hiervoor planden ze een rekrutering van 700 personen, rekening houdend met 20% uitval na 4 en na 8 maanden en 40% zonder respons op de behandeling na 4 maanden. In werkelijkheid was de uitval beperkt tot respectievelijk 16,9% en 19,1% en was er 41,1% non-respons op SSRI's. Er werden dus voldoende deelnemers geïncludeerd om type 2-fouten te vermijden.

### **Bespreking van de resultaten**

De onderzoekers gebruikten een duidelijke klinisch relevante uitkomstmaat, waarvoor ze vooraf een drempelwaarde definieerden. Ze beschouwden minder dan 10 punten daling op de PCL-5-score als klinisch falen en meer dan 10 punten daling als klinisch relevant resultaat. Een statistisch significant verschil tussen een initiële behandeling met SSRI en WET werd niet gevonden. Deze studie toont dus geen superioriteit aan van WET ten opzichte van SSRI's. Aangezien er in de huisartsenpraktijk

veel aandacht wordt besteed aan het afbouwen van (chronisch) gebruik van antidepressiva, zou men op basis van de resultaten van deze studie kunnen stellen dat WET een volwaardig alternatief is om SSRI's te vermijden. Het ontbreken van een non-inferioriteitsdesign laat echter niet toe om hierover definitieve uitspraken te doen. Zowel de groep met SSRI's als de groep met WET vertoonden op 4 maanden een daling in PTSS-symptomen en bij gebrek aan een controlegroep zonder specifieke behandeling kunnen we een spontaan herstel bovendien niet uitsluiten. Volgens eerdere studies zou WET wel superieur gebleken zijn ten opzichte van een wachtlijstcontrolegroep bij personen na een verkeersongeval (enkelvoudig trauma) (6), en non-inferieur aan Cognitive Processing Therapy (7) of Prolonged Exposure therapy (8). Behalve de afwezigheid van een echte controlegroep werden aanvullende behandelingen niet gerapporteerd, waardoor de invloed van andere interventies op het resultaat niet kan uitgesloten worden. Daarnaast leidt na falen van SSRI de switch naar SNRI in vergelijking met toevoegen van WET wel tot een statistisch significante sterkere daling van de PCL-5-score. Deze daling bedraagt ongeveer 10 punten en kunnen we dus als klinisch relevant beschouwen. In tegenstelling daarmee leidde het toevoegen van WET na het falen van SSRI niet tot een klinisch relevante verbetering. De therapietrouw van de deelnemers was beperkt tijdens het verloop van de studie: slechts 144 van de 278 deelnemers (51,8%) gebruikte een SSRI tijdens  $\geq 80\%$  van de voorgeschreven dagen en slechts 111 van de 352 deelnemers (31,5%) begonnen aan WET en ronden deze therapie ook af. De lage therapietrouw kan het werkelijke effect gemaskeerd hebben, maar geeft anderzijds wel een realistischer beeld van de effectiviteit. Er werden geen statistisch significante verschillen in ongewenste effecten gerapporteerd tussen de verschillende groepen.

We kunnen ons afvragen in hoeverre de resultaten van deze studie extrapoleerbaar zijn naar de Belgische zorgcontext. De populatie werd gerekruteerd via een systematische screening en niet op basis van een hulpvraag. Dat gaf een grote diversiteit van zorgvragers, hulpverleners en gezondheidscentra. Er werden veel veteranen (71%) geïnccludeerd. Sensitiviteitsanalyses toonden echter geen significant verschil in de resultaten wanneer men met de specificiteit van deze populatie rekening hield. Daarnaast werd ook geen verschil gevonden wanneer men rekening hield met benzodiazepinegebruik, antidepressivagebruik, en drug- en alcoholproblemen. De onderzoekers maakten geen onderscheid tussen enkelvoudig en herhaald trauma, wat mogelijk wel een invloed kan hebben op de effectiviteit van de behandeling. WET is in België momenteel geen courante therapie. De WET-behandeling werd uitgevoerd door opgeleide therapeuten die een training van 6 uur genoten. Zowel de training als de toepassing vragen dus weinig tijd, wat implementatie in onze zorgcontext mogelijk zou maken. Het is echter belangrijk dat er vooreerst meer onderzoek komt dat de WET-behandeling vergelijkt met andere traumagerichte behandelingen.

### **Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?**

Volgens de Nederlandse richtlijn van de Federatie Medisch Specialisten start men een behandeling voor PTSS niet met farmacotherapie (3). Farmacotherapie is alleen te overwegen voor een symptoomgerichte aanpak bij ernstige PTSS-klachten en bij onvoldoende respons op een psychologische behandeling of als er geen directe toegang tot psychologische behandeling bestaat. Voor een traumagerichte behandeling bij personen met PTSS is er de keuze uit de volgende psychotherapieën: EMDR-therapie, Imaginaire Exposure/Prolonged Exposure, Cognitive Processing Therapy of Cognitieve Therapie, Imaginaire Rescripting, BEPP, NET of Writing therapy (WET). Het is belangrijk om de voor- en nadelen (waaronder effectiviteit en aanvaardbaarheid) van deze therapieën met de zorgvrager te bespreken en zijn/haar omgeving erbij te betrekken (shared decision making). De therapierespons moet goed gemonitord worden en bij onvoldoende respons moet een andere vorm van psychotherapie overwogen worden. Dit komt overeen met de aanbevelingen van de Nederlandse GGZ-Standaarden (4).

## **Besluit van Minerva**

Deze pragmatische gerandomiseerde gecontroleerde studie toont aan dat er geen verschil bestaat tussen SSRI's en schriftelijke exposuretherapie voor de verlichting van de symptomen van een posttraumatische stressstoornis na 4 maanden. Alhoewel de non-inferioriteit met deze studie strikt

genomen niet is aangetoond, zou men de keuze van een initiële behandeling meer kunnen baseren op de voorkeur van de patiënt en de beschikbaarheid/ toegankelijkheid van de behandeling. Bij personen die na 4 maanden onvoldoende reageren op een initiële behandeling met SSRI's, blijkt uit deze studie dat switchen naar SNRI's effectiever is dan alsnog schriftelijke exposuretherapie aan de behandeling met SSRI's toe te voegen.

## Referenties

1. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med* 2017;47:2260-74. DOI: 10.1017/S0033291717000708
2. Darves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, et al; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *J Trauma Stress* 2008;21:455-62. DOI: 10.1002/jts.20357
3. PTSS. Federatie Medisch Specialisten Nederland. Richtlijndatabase 2025. Publicatie: 10/03/2025. Beoordeeld: 6/03/2025. Url: [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/ptss/farmacotherapie\\_-\\_ptss.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/ptss/farmacotherapie_-_ptss.html)
4. Psychotrauma en stressgerelateerde stoornissen. GGZ-Standaard. Beoordeeld: 1/12/2020. Url: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressgerelateerde-stoornissen/behandeling-en-begeleiding/medicamenteuze-behandeling-volwassenen/medicatie-bij-ptss>
5. Fortney JC, Kaysen DL, Engel CC, et al. Pragmatic comparative effectiveness of primary care treatments for posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2025;82:1203-5. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2025.2962. Erratum in: *JAMA Psychiatry* 2025;82:1256. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2025.3719
6. Sloan DM, Marx BP, Bovin MJ, et al. Written exposure as an intervention for PTSD: a randomized clinical trial with motor vehicle accident survivors. *Behav Res Ther* 2012;50:627-35. DOI: 10.1016/j.brat.2012.07.001
7. Sloan DM, Marx BP, Lee DJ, Resick PA. A brief exposure-based treatment vs cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder: a randomized noninferiority clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2018;75:233-9. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4249
8. Sloan DM, Marx BP, Acierno R, et al. Written exposure therapy vs prolonged exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2023;80:1093-100. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2023.2810