

Diagnostiek van de posttraumatische stressstoornis, deel I

R.A. Jongedijk, psychiater

'Stichting Centrum '45, Oegstgeest/Diemen

Na traumatische gebeurtenissen kunnen diverse psychische stoornissen ontstaan. De bekendste is de posttraumatische stressstoornis (PTSS). De diagnostiek kan gehinderd worden door diverse factoren. Traumatische gebeurtenissen en PTSS komen echter veelvuldig voor. Hierdoor zijn herkenning van de symptomatologie en het diagnosticeren van PTSS ook voor de huisarts van groot belang.

CASUÏSTIEK

Een 52-jarige politiemans durft sinds een jaar de staat niet meer op en doet alleen nog kantoorwerk. Hij is angstig op straat, schrikt van ieder geluid en reageert de laatste periode op het werk snel aangebrand. Thuis maakt hij veel ruzie met zijn vrouw.

Een 30-jarige Afrikaanse wordt 's nachts vaak in paniek wakker, want dan denkt ze dat de rebellen haar komen halen. Ze hoort hen schreeuwen; ze voelt dan weer de pijn aan haar littekens. Ze ruikt nog de transpiratiegeur. Overdag is ze te moe en te geprikkeld om haar kinderen te verzorgen.

Een 33-jarige ex-militair uit Bosnië kan sinds zijn terugkeer naar Nederland niet goed meer wennen aan het dagelijkse leven. Hij is prikkelbaar, slaapt slecht, voelt zich onbegrepen, maakt zich druk om de kleinste dingen. Hij is uitgevallen op zijn werk vanwege een reorganisatie. 'Alles moest anders', zo zegt hij, 'en daar kan ik niet tegen'.

Een 19-jarige jonge vrouw heeft littekens op haar armen omdat ze zich sinds een halfjaar snijdt. Ze heeft plotselinge heftige woedeaanvallen en droomt 's nachts over de man die haar driekwart jaar geleden heeft aangerand. Haar dromen zijn vermengd met beelden van haar vader, die haar als kind enkele malen per week 's avonds in haar bed opzoekt.

Een 45-jarige ambulancemedewerker heeft het afgelopen jaar diverse malen hulp verleend bij ernstige auto-ongevallen waarbij mensen zeer zwaar gewond en verminkt uit de autowrakken moesten worden gezaagd. Hij raakte volledig in paniek toen hij onlangs werd geroepen bij een man die zwaargewond was nadat hij was neergestoken op straat. Omstanders schreeuwden dat hij te laat was. Sindsdien is hij ziek thuis; voelt zich verdoofd en somber. 's Nachts ziet hij beelden van bloed en schreeuwende jongeren.

Inleiding

De bovenstaande vijf patiënten hebben vijf verschillende verhalen, met vijf verschillende achtergronden en ervaringen, maar hebben toch veel met elkaar gemeen. Allen hebben ernstige schokkende gebeurtenissen meegemaakt en allen hebben daar aanzienlijke psychische gevolgen aan overgehouden.

Iedere huisarts heeft vele patiënten in de praktijk met ernstige schokkende gebeurtenissen in de voorgeschiedenis. In de algemene bevolking (in de Verenigde Staten) heeft 40-60% van de inwoners ooit een of meer ernstige schokkende gebeurtenissen meegemaakt en 3 tot 7,8% heeft gedurende het leven een PTSS doorgemaakt.^{1,3} In de eerstelijns gezondheidszorg heeft 22% van de patiënten een PTSS doorgemaakt en globaal 11% voldeed op een zeker moment aan de criteria voor een PTSS.^{3,4}

De psychiatrische comorbiditeit is zeer hoog. Meer dan 65% van de PTSS-patiënten heeft tevens een andere psychiatrische stoornis, voornamelijk een depressieve stoornis of een stoornis in middelengebruik. Ook de medische consumptie is hoog.^{3,6}

Ondanks deze prevalentie en de hoge ziektelast wordt de diagnose PTSS vaak gemist. Van de psychiatrische patiënten met een PTSS werd in de praktijk slechts een zeer klein deel als zodanig herkend; cijfers variëren van 25% tot zelfs minder dan 1%.^{7,8} In een onderzoek bij Nederlandse huisartspraktijken werd gevonden dat huisartsen op de hoogte zijn van 7,9% van de ingrijpende gebeurtenissen. Hierbij bleek wel dat hoe ernstiger de gebeurtenis was, hoe hoger het percentage werd.⁵

Psychisch trauma

Trauma betekent letterlijk 'letsel' of 'verwonding'. Bij een psychisch trauma of psychotrauma kán er sprake zijn van lichamelijk letsel zijn, maar dat hoeft niet. Dat maakt de definitie van psychotrauma niet eenvoudig. Hoewel sommige gebeurtenissen zeer ingrijpend zijn, zoals overlijden van de partner, ontslag of ernstige ziekte, zijn dit geen psychotrauma's. Er dient onderscheid te worden gemaakt tussen de 'gewone' nare of stressvolle gebeurtenissen en traumatische gebeurtenissen. Een psychotrauma heeft een veel sterkere impact en de stressgerelateerde gevolgen blij-

ven langer bestaan, ook wanneer de traumatische situatie niet meer van toepassing is.

In het DSM-IV-classificatiesysteem wordt een psychotrauma gedefinieerd als blootstelling aan een of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of ernstige verwonding met zich meebracht of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van de betrokkene of anderen. Om aan te geven dat de gebeurtenis grote indruk dient te maken, dienen daarnaast als reactie op die gebeurtenis intense angst, hulpeloosheid of afschuip op te treden (tabel 1).⁹

Niet alleen is de prevalentie van trauma hoog, ook treden vaak verscheidene trauma's gedurende het leven op. Van de patiënten in de eerste lijn die ooit een trauma hadden meegemaakt, had meer dan 80% meer dan één trauma meegemaakt en 50% meer dan vier.⁸

Mannen krijgen meer te maken met ernstige verwonding of ongeval, fysiek geweld, bedreiging en oorlogshandelingen. Vrouwen ondervinden meer verkrachting, seksueel geweld, incest en mishandeling als kind.^{1,2}

Traumagevolgen: historisch overzicht

In thy faint slumbers I by thee have watch'd, / And heard thee murmur tales of iron wars / Speak terms of manage to thy bounding steed, / Cry "courage! To the field!" (...) Thy spirit within thee hath been so at war, / And thus hath so bestirr'd thee in thy sleep, / That beads of sweat have stood upon thy brow / And in thy face strange motions have appear'd.

Zo beschreef Shakespeare in *Koning Henry IV* hoe de vrouw van een dappere soldaat 's nachts een posttraumatische nachtmerrie van haar man opmerkte.

Psychotraumatische gebeurtenissen en hun gevolgen zijn natuurlijk niet nieuw. In Babylonische geschriften van 2000 v. Chr. werden al de psychische gevolgen beschreven van de vernietiging van de belangrijke stad Nippoer. Veel literatoren en historici beschreven posttraumatische stressreacties.¹⁰

Gaandeweg kwam ook de wetenschappelijke literatuur op gang. En hiermee ook een lange reeks steeds wisselende benamingen voor de posttraumatische stoornissen. Da Costa beschreef in 1871 het *irritable heart syndrome* ten tijde van de Amerikaanse burgeroorlog, en legde hiermee de nadruk op het hart. Met de komst van treinen en treinongevallen werd meer de nadruk op de werwelkolom gelegd met termen als *concussion of the spine* (Erichsen in 1882) of *railway spine* (Page in 1885). Page beschreef ook, tot vier jaar na de ramp, depressieve klachten, slaapstoornissen, schrikreacties en nachtmerries.

De wetenschappelijke psychotraumatiliteratuur volgde de oorlogen en rampen door de decennia heen. Vooral de Eerste en Tweede Wereldoorlog en de Vietnamoorlog zorgden voor wisselende terminologie: *shell shock*, *war neurosis*, *battle shock*, *combat exhaustion*, concentratiekamp- of KZ-syndroom, *survivor syndrome* en *post-Vietnam syndrome*. Maar naast oorlogsterminologie werden ook termen

beschreven die verwijzen naar andersoortige trauma's, zoals *rape trauma syndrome*, *post-sexual abuse syndrome* en het Bijlmersyndroom.

In 1980 werd in het toonaangevende psychiatrische diagnostische classificatiesysteem DSM-III de diagnose posttraumatische stressstoornis (PTSS) geïntroduceerd. De ontwikkeling van dit diagnostische concept werd versneld door de gevolgen van de Vietnamoorlog. Veel veteranen kregen psychische klachten, gerelateerd aan hun oorlogservaringen, zoals flashbacks en nachtmerries. Grote aantallen kregen ook stoornissen in alcohol- en drugsgebruik, pleegden suïcide en raakten maatschappelijk ontwricht. PTSS werd als diagnostisch begrip vanaf nu losgekoppeld van de aard van het trauma.

PTSS: diagnostiek

Volgens de DSM-IV kan PTSS worden geclassificeerd wanneer het voldoet aan een aantal verschillende symptomen (tabel 1).

Herbelevingen zijn de meest indrukwekkende symptomen-groep van de PTSS. Herbelevingen brengen de patiënt in een zeer angstige en emotionele staat en komen vaak jaren achtereen en met een indringende, soms hallucinerend werkelijke kwaliteit terug. Het kunnen dromen of nachtmerries zijn, maar ook flashbacks en psychische en/of fysiologische reacties ten gevolge van blootstelling aan *triggers* die op de traumatische gebeurtenis lijken. Het verleden dringt zich als het ware op in het heden.

Naast de zich opdringende herbelevingen zijn er de vermijdingssymptomen voor PTSS, zoals het vermijden te denken, spreken of horen over de gebeurtenis of soortgelijke gebeurtenissen. Patiënten met PTSS ten gevolge van oorlogen verdragen het vaak slecht oorlogsbeelden op het televisiejournaal te zien. Getraumatiseerde politieagenten trekken zich terug op het bureau uit angst op straat te worden geconfronteerd met situaties die lijken op het trauma. Incestslachtoffers krijgen later vaak problemen bij de seksuele relatie met hun partner, omdat seks hen doet denken aan de incest.

Het derde symptoomcluster van PTSS bestaat uit symptomen van verhoogde prikkelbaarheid. Men schrikt van plotselinge geluiden, zoals vuurwerk. Veel traumagetroffenen zijn overmatig prikkelbaar, wat kan leiden tot woede-uitbarstingen in relaties of op het werk.

Uit het bovenstaande blijkt dat veel PTSS-symptomen kunnen worden opgeroepen door situaties of gedachten. Dit noemt men *triggers* of reacterende factoren. In de begeleiding en/of behandeling is het van belang deze te kennen (zie een volgend artikel).

PTSS kan alleen worden gediagnosticeerd wanneer er sprake is van een traumatische gebeurtenis. Dat maakt PTSS binnen de DSM-IV vrij uniek. Het suggereert een etiologisch verband tussen de gebeurtenis en de diagnose. Dat verband is slechts beperkt aanwezig. De kans om PTSS te krijgen na traumatische gebeurtenissen varieert sterk al naar gelang de aard van het trauma. Gemiddeld is de verhouding niet 1 op 1, maar ongeveer 1 op 5. Echter, sommige schokkende gebeurte-

Tabel 1*Diagnostische DSM-IV-criteria van PTSS⁹*

Criterium A: Blootstelling aan een traumatische ervaring waarbij:	
1.	men heeft ondervonden, getuige is geweest van of was geconfronteerd met een of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of anderen.
2.	tot de reacties behoorden intense angst, hulpeloosheid of afschuw.
Criterium B: De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd (minimaal één):	
B-1	Recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen, voorstellingen, gedachten of waarnemingen aan de gebeurtenis
B-2	Recidiverend akelig dromen over de gebeurtenis
B-3	Handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt
B-4/ B-5	Intens psychisch lijden en/of fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken
Criterium C: Aanhoudende vermijding van prikkels die bij het trauma horen of afstomping van de algemene reactiviteit (drie of meer):	
C-1	Pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma te vermijden
C-2	Pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden
C-3	Onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren
C-4	Duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten
C-5	Gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen
C-6	Beperkt uiten van affect (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben)
C-7	Gevoel een beperkte toekomst te hebben
Criterium D: Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (twee of meer):	
D-1	Moeite met inslapen of doorslapen
D-2	Prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen
D-3	Moeite met concentreren
D-4	Overdreven waakzaamheid
D-5	Overdreven schrikreacties
Criterium E: Duur van de stoornis langer dan één maand	
Criterium F: De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen op belangrijke terreinen, zoals sociaal of beroepsmatig functioneren	
Specificeer: acuut indien de symptomen korter dan 3 maanden duren; chronisch indien langer dan 3 maanden; met verlaat begin indien het begin van de symptomen langer dan 6 maanden na het trauma ligt	

nissen, zoals verkrachting, geven een zeer grote kans op het ontwikkelen van PTSS, gemiddeld meer dan 50%.²

De stoornis dient langer dan een maand te bestaan. Daarbij moet de PTSS in significante mate lijden of beperkingen op belangrijke terreinen, zoals sociaal of beroepsmatig functioneren, veroorzaken.

Om tot de diagnose PTSS te komen dient de arts zich open te stellen voor de achtergrond van de patiënt, in het bijzonder voor de traumavoorgeschiedenis. Er zal eerst een klinische indruk moeten worden verkregen door middel van een gerichte anamnese. PTSS en andere psychische stoornissen en symptomen dienen te worden uitgevraagd. Voor traumagetroffenen is er de vierdimensionale klachtenlijst 4DKL, die men onder andere via de website

www.deschokteboven.nl zelf kan invullen. Deze lijst screent traumagetroffenen op vier klachtendimensies.

De uiteindelijke diagnose PTSS dient bij voorkeur te worden gesteld door middel van gestructureerde diagnostische meetinstrumenten. Bij onduidelijkheid of bij complexere traumaproblematiek dient consultatie te worden aangevraagd bij een ggz-instelling waar veel kennis bestaat over traumastoorntissen. Een mogelijkheid voor laagdrempelige, maar specialistische diagnostiek is het Psychotrauma Diagnose Centrum, PDC (zie kader).

Diagnostiek en comorbiditeit

Het is niet altijd eenvoudig de diagnose PTSS te stellen. Patiënten presenteren zich vaak met vage psychische of

Het Psychotrauma Diagnose Centrum (PDC), een initiatief van Stichting Centrum '45, richt zich specifiek op specialistisch diagnostisch onderzoek naar de psychische gevolgen van traumatische gebeurtenissen. Op grond van dit onderzoek geven de specialisten van het PDC een onafhankelijk advies aan verwijzers over eventuele behandel mogelijkheden.

Binnen één onderzoeksdag verricht het PDC zowel psychiatrisch, psychologisch als psychodiagnostisch onderzoek. Hierbij wordt naast algemene psychopathologie specifiek aandacht geschonken aan de traumatische gebeurtenissen en schokkende ervaringen in het leven van de betrokkene.

Aan het eind van de onderzoeksdag wordt de diagnose met de patiënt besproken en krijgt deze uitleg over behandel mogelijkheden. De huisarts ontvangt vervolgens binnen twee weken een onafhankelijk advies met suggesties voor de meest adequate en efficiënte (trauma)behandeling, inclusief informatie waar deze zou kunnen plaatsvinden. Het PDC is te bereiken via 0800-2 732 732, info@pdcentrum.nl of www.pdcentrum.nl.

ook somatische klachten. Soms komt men met depressieve klachten of paniek- en angstklachten. Vaak worden de angst en paniek gemaskeerd door een boze, onhandelbare, maar soms ook onbereikbare of achterdochtige houding. In veel gevallen dempt men de angsten door middelenmisbruik. Er bestaat veel symptoomoverlapping met andere psychische stoornissen, zoals de depressieve stoornis en diverse angststoornissen. Ook komt comorbiditeit veel voor. In ongeveer driekwart van de gevallen gaat PTSS samen met een andere psychische stoornis zoals depressie, onverklaarbare lichamelijke klachten, alcoholmisbruik en overige verslavingen en angststoornissen zoals fobieën. De diagnose PTSS zal in deze gevallen de kans lopen op de achtergrond te blijven.

Bij complexe traumatisering, vooral in de vroege jeugd, treden vaak zeer complexe psychische stoornissen op, zoals (heftige) stemmingswisselingen, dissociatieve fenomenen, interpersoonlijke problemen, automutilatie, langer durende suïcidaliteit. Deze klachten lijkt op de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en worden wel aangeduid als 'complexe PTSS'. De borderlinepersoonlijkheidsstoornis is overigens deels geassocieerd met ernstig, langer durend vroegkinderlijk trauma.

Een andere belangrijke oorzaak waardoor de diagnose PTSS over het hoofd wordt gezien, hangt samen met de vermijdingssymptomen. Patiënten vertellen niet graag over pijnlijke gebeurtenissen uit hun leven omdat deze angst oproepen, maar ook schuldgevoel en schaamte. Soms willen ze hun arts er niet mee belasten. Anderzijds zijn ook artsen geneigd zeer pijnlijke en/of schaamtevolle gebeurtenissen bij hun patiënten te vermijden, uit angst voor reacties bij de patiënt, maar ook uit angst voor reacties bij zichzelf, en zullen dan niet doorvragen.

Beloop van PTSS

PTSS kent vaak door de jaren heen een langdurend en fluctuerend beloop, waarbij in bepaalde perioden de herbelevin-

gen op de voorgrond staan en in andere perioden vooral de vermijding en de verhoogde prikkelbaarheid.

In onbehandelde groepen bedroeg in onderzoeken de mediane duur van PTSS 64 maanden, en bij ruim 30% was sprake van een chronisch beloop. Anderen vonden dat ruim 50% van de PTSS-patiënten na een halfjaar niet meer voldeed aan de diagnose. Dat wil niet zeggen dat er geen klachten meer bestaan. Negentien jaar na de Vietnamoorlog had 15% van de Vietnamveteranen nog een volledige PTSS en 11% had symptomen van PTSS zonder te voldoen aan de diagnose. Bij slachtoffers van verkrachting voldeed vier maanden na de verkrachting gemiddeld 45% van de vrouwen aan PTSS en na vijftien jaar werd nog een prevalentie tot 17% gevonden.

Verskillende factoren kunnen het beloop van PTSS beïnvloeden. Het meest genoemd zijn sociale steun als beschermende factor, en als risicofactoren de ernst en de duur van de traumatische gebeurtenis, het meemaken van verdere ingrijpende gebeurtenissen in het leven, eerdere traumatische ervaringen (bijvoorbeeld in de jeugd) en eerdere psychische stoornissen.¹

Conclusies

Na traumatische gebeurtenissen kunnen diverse psychische stoornissen ontstaan. De bekendste is de PTSS. De diagnostiek kan worden gehinderd door diverse factoren, zoals onbekendheid bij de hulpverlener van trauma en de gevolgen, te grote voorzichtigheid met het doorvragen naar traumatische gebeurtenissen in de voorgeschiedenis, vermijding van patiënt erover te spreken en comorbiditeit die de PTSS-symptomen kan verhullen.

Traumatische gebeurtenissen en PTSS komen veelvuldig voor. Hierdoor is herkenning van de symptomatologie en het diagnosticeren van PTSS ook voor de huisarts van groot belang.

In een volgend artikel wordt beschreven hoe de opvang, begeleiding en behandeling van traumagetroffenen dienen plaats te vinden.

KERNPUNTEN

- Na traumatische gebeurtenissen kunnen diverse psychische stoornissen ontstaan, waaronder PTSS.
- In de eerstelijns gezondheidszorg heeft 22% van de patiënten een PTSS doorgemaakt.
- Van de psychiatrische patiënten met een PTSS wordt in de praktijk ongeveer een kwart als zodanig herkend.
- PTSS-symptomen kunnen worden opgeroepen door situaties of gedachten.
- De diagnose PTSS dient bij voorkeur te worden gesteld door middel van gestructureerde diagnostische meetinstrumenten, zoals voor de huisarts de 4-DKL-vragenlijst.
- In circa driekwart van de gevallen gaat PTSS samen met een andere psychische stoornis, zoals depressie, onverklaarbare lichamelijke klachten, middelenmisbruik en/of angststoornissen.

Literatuur

1. Gersons BPR, Olf M (red.). Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stressstoornissen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.
2. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1995; 52:1048-60.
3. Stein MB, McQuaid JR, Pedrelli P, et al. Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. Gen Hospital Psychiatry. 2000;22(4):261-9.
4. McQuaid JR, Pedrell ME, McCahill ME, et al. Reported trauma, posttraumatic stress disorder and major depression among primary care patients. Psychol Med. 2001;31:1249-57.
5. Mol SSL. Huisartsenhulp na ingrijpende gebeurtenissen. Huisarts Wet. 2004;47(7):331-4.
6. Weisberg RB, Bruce SE, Machan JT, et al. Nonpsychiatric illness among primary care patients with trauma histories and posttraumatic stress disorder. Psychiatr Serv. 2002;53:848-54.
7. Davidson J, Smith R. Traumatic experiences in psychiatric outpatients. J Traumatic Stress. 1990;3:459-75.
8. Bruce SE, Risa B, Weisberg RT, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in primary care patients. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2001;3(5):211-7.
9. APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington, DC: APA, 1994.
10. Jongedijk RA. Posttraumatische verschijnselen in de literatuur: is fictie ook vakwerk? Tijdschr Psychiatrie. 1993;35:287-302.

BOERHAAVE-CURSUS

Diagnostische strategieën, 22 april 2010

Geaccrediteerd door het College voor Accreditatie Huisartsen van de KNMG voor 6 punten



Voor deze cursus zijn een aantal klachten en ziektebeelden gekozen die de huisarts en specialist ouderengeneeskunde in zijn/haar dagelijkse praktijk voor diagnostische dilemma's kunnen plaatsen. De benadering in deze cursus zal pragmatisch zijn, rekening houdend met de diagnostische mogelijkheden van huisarts en specialist ouderengeneeskunde.

Aan de orde komen strategieën, die u zou kunnen volgen bij het vaststellen van de diagnose. Wat speelt er mee? Welke benaderingswijzen zijn er en wat is dan de uitkomst. Kun je wisselen van strategie en is een volgorde aan te brengen? Wat is *evidence*

based, en wat doen we op het gevoel? Wat is de waarde van een beslissing, en de waarde van de mening van uw collega's? Dit en meer maken het geheel tot een informatieve en vooral praktisch toepasbare cursus.

Leerdoel

Kennis nemen van de criteria die relevant zijn bij de diagnostiek van de patiënt en die toepassen in de dagelijkse praktijk. De trajecten beoordelen die horen bij de verschillende gevolgde strategieën.