

Begeleiding en behandeling van patiënten met een posttraumatische stressstoornis, deel 2

R.A. Jongedijk, psychiater

Stichting Centrum '45, Oegstgeest/Diemen

In een vorig artikel werd de diagnostiek van het psychotrauma en van de posttraumatische stressstoornis PTSS beschreven.¹ Huisartsen worden zeer regelmatig geconfronteerd met ernstige ingrijpende gebeurtenissen bij hun patiënten en zeker ook met de gevolgen ervan, zoals de psychische stoornis PTSS.

Naast een snelle en juiste herkenning en diagnose van PTSS dient de huisarts ook de eerste opvang en begeleiding te kunnen doen bij zowel acute traumatische gebeurtenissen als langer durende, meer chronische PTSS. Daarnaast dient de arts de behandelmogelijkheden te kunnen inschatten. Van belang bij de aanpak van opvang is rekening te houden met de triggers die herbelevingen kunnen oproepen. Hier zal bij worden stilgestaan. Vervolgens zal de directe opvang worden beschreven en ten slotte komt de meer specialistische behandeling aan bod.

Reactivering van traumatische herinneringen

Voor diagnostiek, maar zeker ook voor interventies is het belangrijk te onderzoeken bij welke factoren of in welke situaties de psychotraumaklachten toenemen. We spreken van reacterende factoren of *triggers*. Het inventariseren van deze triggers helpt de patiënt bij het herkennen en dus eventueel voorkomen van een toename aan angstklachten en herbelevingen en kan zo een rol spelen bij de begeleiding en behandeling.

Alle mogelijke *situaties uit het dagelijkse leven* kunnen traumatische herinneringen reacteren. Dit kunnen geuren of beelden zijn, of gevoelens van angst, boosheid of machteloosheid. Het kunnen echter ook situaties zijn die doen herinneren aan de traumatische situatie van toen, zoals een uniform van een treinconducteur (associatie met militairen), vuurwerk (met gewerschoten), overvliegende vliegtuigen of televisiebeelden van geweld of oorlog. Ook *aan de tijd gerelateerde factoren* kunnen een rol spelen. Dit kunnen zijn 'verjaardagsreacties', zoals reacties op de datum 4 mei, de datum van een verkrachting, een ander geweldsdelict, roofoverval of ramp. Deze reacties hoeven niet jaarlijks op te treden; soms treden ze wekelijks of dagelijks op, bijvoorbeeld voor het naar bed gaan zoals bij sommige incestslachtoffers.

Een belangrijke reacterende factor kan zijn een *medisch onderzoek, ziekenhuisopname en/of verpleeghuisopname*. Het gevoel geen zeggenschap meer te hebben over het eigen leven kan leiden tot gevoelens van onzekerheid en machteloosheid die doen denken aan de traumatische ervaring. Ook kan een opname doen denken aan de internering zoals in oorlogssituaties plaatsvond. In medische situaties kunnen heel specifieke triggers voorkomen. Het toedienen van sedatie of anesthesie, en het in bad brengen of fixeren kan leiden tot paniek, verzet of agressiviteit vanwege het verlies van controle en machteloosheid. Naalden, bij infusen of bij bloedafname of elektroden van een ECG-apparaat, kunnen worden geassocieerd met bijvoorbeeld marteling in het land van herkomst van vluchtelingen. Lichamelijk onderzoek kan paniek (en agressie) oproepen bij seksueel getraumatiseerde personen en bij slachtoffers van ander lichamelijk geweld zoals martelingen.

Ook de *lichamelijke en/of psychische toestand* van de patiënt kan aanleiding zijn tot reactivering. Herbelevingen kunnen optreden of toenemen bij algehele lichamelijke verminderde spankracht ten gevolge van lichamelijke ziektes en functiestoornissen, veroudering, achteruitgang van zintuiglijke functies of dementie. Er kunnen ook specifieke reacterende factoren optreden. Huidige intestinale klachten kunnen worden geassocieerd met de dysenterie uit het interneringskamp. Ook psychische gemoedstoestanden, zoals woede, verdriet, gevoelens van verlatenheid of depressiviteit, kunnen worden geassocieerd met vroegere traumatische situaties en dus herinneringen reacteren.

Actuele trauma's kunnen oude trauma's reacteren. Een voorbeeld is een aanranding bij een vrouw die in de vroege jeugd slachtoffer is geweest van incest. Bedreigingen en andere geweldssituaties kunnen eerder meegemaakte trauma's van gewelddadige aard reacteren. In Israël kregen oorlogsgetroffenen uit de Tweede Wereldoorlog versterkt last van herbelevingen ten tijde van de Golfoorlog.

Ten slotte kan het *doorvragen over aspecten van de traumatische ervaring* leiden tot reactivering. Veel artsen zijn hierdoor tijdens de anamnese zeer voorzichtig bij getraumatiseerde patiënten. Maar soms is doorvragen van belang voor meer helderheid en begrip, en soms wil de patiënt zelf veel vertellen.

Opvang van traumage getroffenen

Een juiste, snelle en begripvolle opvang kan waarschijnlijk veel langetermijnproblemen voorkomen. Dit kan zijn na de acute fase van de schokkende gebeurtenis, maar ook na het hernieuwd optreden van klachten bij een reeds bestaande of uitgestelde PTSS.

Sociale steun

In *tabel 1* staat een aantal adviezen genoemd die kunnen worden gebruikt door de hulpverlener, maar die ook kunnen worden gebruikt door de betrokkene en de omgeving. Immers, de omgeving, het sociale steunsysteem is in de periode na het trauma vele malen belangrijker dan de professionele hulpverlening. Het sociale steunsysteem kan de thuisomgeving zijn. Echter, soms staan partner en familieleden ver af van de ernstige gebeurtenissen en kunnen zij zich moeilijk inleven. Bij beroepsgerelateerde trauma's wordt opvang door de personeelsleden onderling zeer gewaardeerd. Politiefunctionarissen begrijpen elkaar vaak, bijvoorbeeld na ernstige schietincidenten, beter dan het thuisfront. Hetzelfde geldt voor andere hulpverleningsfunctionarissen en voor militairen. Na rampen kunnen herdenkingsbijeenkomsten van getroffenen van de ramp helpen. Als er geen sociaal netwerk is, is professionele hulpverlening echter onontbeerlijk. In de eerste lijn zullen gesprekken moeten worden gevoerd, met name om het beloop te

volgen, het sociale steunsysteem te bevorderen en in te grijpen als klachten verergeren of persisteren, er psychiatrische stoornissen ontstaan en/of blijvend verminderd functioneren op diverse levensterreinen. Verder is begeleiding belangrijk in de fase waarin de omgeving het idee heeft dat de betrokkene nu maar weer gewoon verder moet en dat het nu wel lang genoeg heeft geduurd.

Debriefing

Er is geen onderzoek gedaan naar moeilijk operationaliseerbare interventies zoals 'ondersteuning'. Wel is er de laatste jaren onderzoek gedaan naar professionele acute opvang na trauma's, de zogenoemde *debriefing*. Debriefing vindt meestal plaats binnen enkele dagen na grote traumatische gebeurtenissen zoals rampen. Het zijn vaak groepsbijeenkomsten, maar ook wel individuele zittingen, waarbij gefaseerd aan de orde komen de feiten, de gedachten met betrekking tot de gebeurtenis, het uiten van emoties (emotionele ventilatie) en voorlichting over stressreacties.² Uit een aantal gerandomiseerde onderzoeken is gebleken dat deze wijze van opvang doorgaans geen positief en soms een schadelijk effect heeft op het beloop van de PTSS-klachten. Wel werd de opvang steeds zeer gewaardeerd door de betrokkenen, wat een niet onbelangrijk gegeven is. Het blijft vooralsnog gissen naar de oorzaak van deze bevinding. Wellicht dat de emotionele ontladingen en de vele

Tabel 1

Adviezen bij de opvang na schokkende gebeurtenissen

<ul style="list-style-type: none">• De eerste opvang dient snel plaats te vinden. Bij signalen of vermoeden van schokkende ervaringen: maak (actief) contact.
<ul style="list-style-type: none">• Blijf de betrokkene volgen. Maak een vervolgafpraak om het beloop te vervolgen.
<ul style="list-style-type: none">• Geef steun, bemoediging en begrip.
<ul style="list-style-type: none">• Geef de betrokkene de gelegenheid het verhaal te vertellen wanneer deze daar behoefte aan heeft. Hierdoor is het mogelijk de gebeurtenissen te reconstrueren en greep te krijgen op wat er is gebeurd. Probeer niets op te dringen, maar 'volg' de patiënt in diens behoefte.
<ul style="list-style-type: none">• Vraag wat er is gebeurd, hoe het is verlopen tijdens en na de gebeurtenis, hoe de directe opvang was, hoe de omgeving reageerde.
<ul style="list-style-type: none">• Neem de tijd. Bespreek niet te veel in één keer; maak liever vervolgafspraken.
<ul style="list-style-type: none">• Start niet zomaar een 'verwerkingsbehandeling'. Het gaat in eerste instantie om steun, immaterieel en zo nodig materieel. Laat de patiënt bepalen hoe de steun dient te verlopen of schat zelf in hoe de steun dient te zijn.
<ul style="list-style-type: none">• Laat in het gesprek empathie blijken; veroordeel of beschuldig niet. Geef geen commentaar. Praat zelf niet te veel. Bagatelliseer de gebeurtenis niet. Verwijs niet te veel naar de toekomst. Geef aan dat emoties zoals huilen en verdriet 'mogen'.
<ul style="list-style-type: none">• Wanneer op te rationele wijze het verhaal wordt verteld, informeer dan tevens naar gedachten en gevoelens. Leg niet te sterk de nadruk op het uiten van emoties. Tracht irreële gedachten/gevoelens zoals schuldgevoelens en schaamte bespreekbaar te maken.
<ul style="list-style-type: none">• Leg uit dat de betrokkene zelf kan en moet aangeven wanneer hij het gesprek niet meer denkt aan te kunnen.
<ul style="list-style-type: none">• Leg uit dat het goed is in verband met de verwerking het verhaal te vertellen, maar dat er ook plaats moet zijn voor ontspanning en de gewone dingen van het leven. Adviseer er ook met anderen over te praten, bijvoorbeeld met partner, ouders of vrienden. Dit geeft begrip en sociale steun.
<ul style="list-style-type: none">• Informeer hoe de omgeving ermee omgaat. Is men betrokken en steunend? Vindt men het 'gezeur' of vindt men 'dat het nu wel over moet zijn', dan is interventie in de sociale omgeving gewenst. Informeer dan de omgeving over traumareacties en beklemtoon de noodzaak van begrip en steun.
<ul style="list-style-type: none">• Stimuleer het vasthouden aan de dagelijkse activiteiten, zoals werk en vooral ook sociale activiteiten en hobby's.
<ul style="list-style-type: none">• Stimuleer contacten met lotgenoten of, bij grotere rampen, bezoek aan rouw- en herdenkingsbijeenkomsten.
<ul style="list-style-type: none">• Indien klachten persisteren of toenemen (bijvoorbeeld het ontwikkelen van psychiatrische stoornissen) en/of disfunctioneren in dagelijkse activiteiten en relaties blijft bestaan, overweeg dan verwijzing naar overige hulpverleningsinstanties.
<ul style="list-style-type: none">• Doorverwijzing bijvoorbeeld naar: slachtofferhulp (misdriften of verkeersongevallen) voor gesprekken, praktische adviezen en hulp; algemeen maatschappelijk werk; eerstelijns psycholoog; tweedelijns geestelijke gezondheidszorg; gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

KERNPUNTEN

- Alle mogelijke *situaties uit het dagelijkse leven* kunnen traumatische herinneringen reactiveren.
- De eerste lijn heeft een rol in het volgen van het beloop, het bevorderen van het sociale steunsysteem, het ingrijpen indien klachten verergeren of psychiatrische stoornissen ontstaan en/of blijvend verminderd functioneren optreedt.
- *Debriefing* wordt vaak zeer gewaardeerd door de betrokkenen, maar heeft doorgaans geen positief en soms een schadelijk effect op het beloop van de PTSS-klachten.
- Er kan bij PTSS worden gekozen uit een aantal *evidence-based* behandelvormen zoals diverse vormen van *exposure*-therapie, cognitieve gedragstherapie en *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR).
- Bij PTSS heeft medicamenteuze behandeling over het algemeen niet de voorkeur. Indien toch gewenst, hebben selectieve serotonine heropnameremmers hebben de eerste voorkeur.
- Bij PTSS is sociale steun voorspellend voor het beloop van PTSS. Hierbij heeft de huisarts een belangrijke taak.

voorlichting over traumareacties zo kort na het trauma te veel van het goede zijn, de weerstand verzwakken en meer stress geven dan wenselijk is. Hierdoor zou het natuurlijke verwerkingsproces negatief kunnen worden beïnvloed.

Twee opties worden in de literatuur aangedragen als alternatief voor het klassieke debriefingmodel. Het opvangmodel zou dienen te worden toegepast zonder de emotionele en de educatieve component. Dit betekent dat vooral steun, geruststelling, erkenning (het verhaal laten doen; het feitenrelaas) en begrip worden gegeven. Een andere optie is de betrokkenen volgen en zodra PTSS (of een andere psychische stoornis) ontstaat, direct behandelen.³ In ieder geval heeft opvang wel twee belangrijke voordelen: de betrokkenen waarderen het, en het stelt de hulpverlener in staat de klachten te volgen, zodat ingrijpen beter mogelijk is wanneer er psychische stoornissen ontstaan.

De belangrijkste regel in gesprekken is om de patiënt te volgen en te respecteren. De patiënt dient aan te geven wat hij wel of niet aankan en de hulpverlener moet inschatten of dit reëel is.

Behandeling

Wanneer PTSS ontstaat, dient er tijdig met een behandeling te worden begonnen. In het algemeen wordt PTSS behandeld met psychotherapie, met een voorkeur voor traumagerichte (*trauma-focussed*) psychotherapie. Medicatie kan effectief zijn en kan dienen als aanvulling wanneer de PTSS-klachten te heftig zijn om in psychotherapie aan te pakken of indien er comorbide stoornissen zoals een depressie optreden.^{2,4,5} Complexe of chronische PTSS met comorbiditeit kan een geheel andere benadering vergen, evenals traumapatiënten met specifieke problematiek, zoals asielzoekers en vluchtelingen.

Traumagerichte therapie dient door daarin gespecialiseerde professionals te worden verricht. Hierbij is goede diagnostiek en indicatiestelling van belang. Er kan bij PTSS worden gekozen uit een aantal *evidence-based* behandelvormen. Hieronder vallen diverse vormen van exposuretherapie/cognitieve gedragstherapie en *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR).

Deze therapievormen zijn allen kortdurende therapieën, met een zittingduur variërend van 45 tot 90 minuten en een therapieduur variërend van vijf à zes zittingen tot 16 à 20 zittingen.

In ene aantal gespecialiseerde instellingen bestaan voor de meer complexe patiënten meer intensieve behandel mogelijkheden, zoals dagbehandeling en klinische behandeling.

Exposuretherapie

In (imaginaire) *exposure*therapie wordt de patiënt gestimuleerd om de nare herinneringen aan de gebeurtenissen herhaald te herbeleven. Om (emotionele) vermijding te voorkomen is de therapeut directief en zal deze stimuleren het hele verhaal in alle details te laten bespreken en beleven. Meestal worden audio-opnamen gemaakt, die de patiënt thuis nog meermaals moet beluisteren. De blootstelling vindt in principe in vitro plaats (imaginaire exposure). Het principe is dat wanneer de gebeurtenis en alle emoties en gedachten die daarbij een rol spelen onder ogen worden gezien, de angst afneemt en dus ook de vermijding afneemt.

Cognitieve gedragstherapie

Er bestaat een aantal hiervan afgeleide therapievormen. Eén is de cognitieve gedragstherapie (CGT). Hierbij worden ook de disfunctionele cognities behandeld, zoals 'het is mijn schuld dat het gebeurde' of 'als ik het anders had gedaan dan ...' In de korte eclecticische behandeling voor PTSS (KEP) is naast exposure veel ruimte voor rituelen en betekenisgeving.² Binnen de *narrative exposure therapy* (NET) wordt exposure gegeven in samenhang met het levensverhaal, zodat de gebeurtenissen geïntegreerd raken in het levensverhaal van de patiënt en niet geïsoleerd blijven bestaan.

EMDR

Een de laatste jaren zeer populaire therapievorm is *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR). In deze bijzondere vorm van behandeling dient de patiënt zich, heel eenvoudig gesteld, het traumatische beeld voor te stellen. Vervolgens zal een afleidende stimulus worden aangeboden, met een afwisselend links-rechtspatroon. Dit kan de therapeut

Noot: Stichting Centrum '45

Stichting Centrum '45 is het landelijke instituut voor diagnostiek en behandeling van psychotraumaklachten ten gevolge van vervolging, oorlog en geweld. Centrum '45 is onderdeel van Stichting Arq. Arq verbindt en ondersteunt diverse gespecialiseerde organisaties rondom het thema psychotrauma.

Binnen Centrum '45 worden diverse patiëntengroepen behandeld, zoals oorlogsgetroffenen uit de diverse oorlogen zoals WO II, maar ook vluchtelingen met oorlogs- en/of geweldservaringen en veteranen van de diverse vredesmissies. Ook mensen die door hun beroep zijn getraumatiseerd, worden behandeld. Hierbij valt te denken aan politiefunctarissen, ambulancepersoneel, treinmachinisten, brandweerfunctionarissen, maar ook mensen die in het buitenland zijn getraumatiseerd als burger in oorlogen of vanuit hun beroep als hulpverlener. Tevens worden kinderen en gezinnen binnen Centrum '45 behandeld.

Centrum '45 biedt specialistische zorg voor complexe psychotraumaklachten. Het aanbod varieert van poliklinische behandeling, eendaagse dagbehandeling tot klinische behandeling. Voor acutere problematiek of problematiek die minder specialistische zorg behoeft, kan men terecht bij eerste- of tweedelijns ggz-voorzieningen in de regio. Voor acute opvang na schokkende incidenten kan het Instituut voor Psychotrauma worden ingeschakeld.

Stichting Centrum '45 is te bereiken via **0800-2245245**. Zie ook **www.centrum45.nl**

Websites

Enkele websites van landelijke instellingen inzake gevolgen van psychotrauma zijn:

www.pdcentrum.nl (Psychotrauma Diagnose Centrum); www.ivp.nl (Instituut voor Psychotrauma), www.arq.nl (Stichting Arq); www.pharos.nl (Kenniscentrum vluchtelingen en gezondheid); www.impact-kenniscentrum.nl (Kenniscentrum psychosociale zorg na rampen); www.cogis.nl (Kenniscentrum vervolging oorlog en geweld); www.lcv.nl (Landelijk Centrum voor Vroegkinderlijke chronische Traumatisering).

zijn, die met de hand horizontale bewegingen maakt die de patiënt met de ogen dient te volgen. Het kan ook een koptelefoon zijn met afwisselend links en rechts geluiden. EMDR is een effectief traumagerichte behandeling, die vaak snel werkt.

Medicatie

Medicatie is bij de behandeling van PTSS eveneens mogelijk, maar verdient in eerste instantie niet de voorkeur. In het algemeen wordt PTSS behandeld met psychotherapie, met een voorkeur voor boven beschreven behandelvormen en kan medicatie dienen als aanvulling. Voor PTSS hebben op dit moment selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's) en mirtazepine en paroxetine de voorkeur. Zij laten een ten opzichte van placebo redelijke, significante verbetering zien op de PTSS-symptomen.^{4,5}

Overige medicatie die mogelijk effectief is, zijn tricyclische antidepressiva, anticonvulsiva (lamotrigine, topiramaal) en prazosine. Medicamenteuze behandeling van de PTSS zal doorgaans in de tweede of derde lijn plaatsvinden.

Voor PTSS zijn op dit moment in Nederland geen geneesmiddelen geregistreerd. Wanneer de PTSS-klachten te heftig zijn om in psychotherapie te behandelen, of indien er comorbide stoornissen zoals depressie optreden dan kan medicatie zinvol zijn. Opmerkelijk genoeg is er vrijwel geen onderzoek gedaan naar benzodiazepinen bij PTSS, hoewel

deze geneesmiddelen vaak worden voorgeschreven vanwege de veelvoorkomende slaapproblematiek.^{2,6}

Conclusies

Een juiste opvang na schokkende, traumatische gebeurtenissen is van groot belang. Met name sociale steun is voorspellend voor het beloop van PTSS. De huisarts heeft een belangrijke taak bij de begeleiding van de getraumatiseerde patiënt, het volgen van het beloop van de traumaklachten en het eventueel tijdig doorverwijzen van de patiënt naar meer of minder gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

Literatuur

1. Jongedijk RA. Diagnostiek en behandeling van de psychische gevolgen van psychotraumatische gebeurtenissen. Deel I: De diagnostiek van de posttraumatische stress stoornis. *Modern Medicine*. 2010;34:111-5.
2. Gersons BPR, Olff M (red). *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stress-stoornissen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.
3. Foa EB, Hearst D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *J Consult Clin Psychol*. 1995;63:948-55.
4. NICE. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guideline 26, March 2005. <http://www.nice.org.uk/CG026NICEguideline>.
5. Jongedijk RA. Hoe effectief is medicatie bij de posttraumatische stress stoornis? Een kort overzicht voor de praktijk. *Psyfar Nascholingstijdschr Psychofarmacol*. 2006;1:34-6.
6. Berg MP van den, Jongedijk RA. Farmacotherapie van de post-traumatische stress stoornis. Een literatuuroverzicht van placebogecontroleerd onderzoek. *Tijdschr Psychiatrie*. 2004;6:357-68.