

Voorlichting

Leven met een trauma

Informatie voor de cliënt en de directe omgeving

Arnold van Emmerik en Ed Berretty*

Psychopraxis jaargang 09, nummer 4 (juli 2007) p. 160-164

Inhoud

- Wat is er bij een PTSS aan de hand?
- Hoe heeft het zover kunnen komen?
- Wat staat het slachtoffer te wachten?
- Opvang kort na een traumatische gebeurtenis?
- Wat betekent PTSS voor de omgeving?
- Welke behandelingen zijn er?
- Hoe gaat het verder?
- Adressen

Ieder van ons kan als slachtoffer of als getuige in een levensbedreigende situatie terecht komen: in het verkeer, door menselijk geweld of door een natuurramp. De een lukt het beter dan de ander om daarna de draad weer op te pakken. Sommige mensen slagen daar onvoldoende in en krijgen bepaalde klachten, zoals nachtmerries of andere herbelevingen. Ze vermijden krampachtig alles wat hen aan zo'n traumatische ervaring doet terugdenken en hun gevoelens raken afgevlakt. Tegelijkertijd staan ze voortdurend op scherp, en zijn ze lichamelijk erg gespannen. We noemen dit een posttraumatische stress-stoornis, kortweg een PTSS. Bijna 8% van alle mensen krijgt hier ooit last van. In deze bijdrage zetten we op een rij wat bekend is over het ontstaan, het verloop en de behandeling van deze stoornis.

Wat is er bij een PTSS aan de hand?

Er zijn meerdere soorten trauma's. Soms is een trauma iets wat mensen elkaar aandoen, zoals bij een overval of verkrachting. Dat ligt anders bij trauma's zoals een tsunami of een aardbeving. Soms is een trauma eenmalig, soms is er sprake van herhaling. Ook bestaat er een verschil tussen een volwassene die één keer een trauma meemaakt en iemand die als kind aan een serie trauma's blootgesteld is geweest. De laatstgenoemde heeft de kans gemist om zich ongestoord tot een volwassene te ontwikkelen. Soms kan dit soort vroege schade later hersteld worden, maar soms lukt dat niet. Die laatste groep houdt aan een trauma een PTSS over. Zoals uit de naam blijkt, gaat het om een stoornis die vooral wordt gekenmerkt door stress en die ontstaan is na (in het Latijn: 'post') een trauma. De klachten die bij een PTSS voorkomen worden in kader 1 genoemd. Het zijn er heel wat. Een ezelsbruggetje om ze te onthouden is dat je ze in drie groepen kunt verdelen: herbelevingen, vermijding en lichamelijke spanningsverschijnselen. Veel mensen met een PTSS hebben ook een depressieve stoornis of problemen met alcohol, drugs, of andere middelen.

Hoe heeft het zover kunnen komen?

Er bestaat niet één algemeen aanvaarde verklaring voor de verschijnselen van een PTSS. De drie belangrijkste verklaringen zijn:

- Iemand met een PTSS heeft de traumatische ervaring anders opgeslagen in zijn geheugen dan iemand zonder de stoornis. De herinneringen aan het trauma zijn losgekoppeld van de omstandigheden van het trauma en van andere herinneringen. Dit leidt tot de gedachte dat altijd en overal gevaar dreigt, wat allerlei lichamelijke spanningsverschijnselen met zich meebrengt.
- Een trauma wordt in het geheugen gelijktijdig op twee manieren opgeslagen. De ene manier is actief: er wordt bewust over het trauma nagedacht. De andere manier is passief, het slachtoffer is zich er niet van bewust. Deze onbewust opgeslagen informatie over het trauma zorgt voor de onverwachte herbelevingen en de neiging om alles te vermijden wat de herbelevingen kan oproepen.

- Mensen onthouden belangrijke gebeurtenissen in de vorm van netwerken. In die netwerken slaan ze de herinnering aan zintuiglijke indrukken, reacties en hun betekenis op. Sommige zintuiglijke indrukken brengen (ongewild) meteen het gehele netwerk in actie.

In de eerste opvatting wordt dus het aanhoudende gevoel van dreiging als het belangrijkste kenmerk van de stoornis gezien. Centraal in de tweede theorie staat de bewuste en onbewuste manier waarop een trauma in het geheugen wordt opgeslagen. De derde opvatting wijst op het herhaaldelijk onnodig actief worden van netwerken in het geheugen. De meeste verklaringen benadrukken dus dat bij een PTSS de werking van het geheugen verstoord is.

1 Kenmerken van PTSS

Herbelevingen: je beleeft het trauma dikwijls opnieuw. Je herkent tenminste één van de volgende verschijnselen:

- Nare herinneringen aan het trauma -beelden, gedachten, of zintuiglijke ervaringen- dringen zich vaak op.
- Je hebt geregeld angstige dromen over het trauma.
- Soms reageer je alsof het trauma opnieuw plaatsvindt.
- Je voelt je beroerd als je wordt geconfronteerd met iets wat met het trauma in verband staat.
- Als dat laatste gebeurt heb je lichamelijke reacties zoals een snellere hartslag of ademhaling, je gaat trillen of zweten.

Vermijding: je hebt de neiging om dingen te vermijden die met het trauma in verband staan, of je hebt sinds het trauma een verdoofd gevoel. Je herkent tenminste drie van onderstaande verschijnselen:

- Je probeert gedachten, gevoelens, of gesprekken die met het trauma te maken hebben te vermijden.
- Je probeert activiteiten, plaatsen en mensen te vermijden die herinneringen aan het trauma oproepen.
- Je kunt je een belangrijk onderdeel van het trauma niet herinneren.
- Je interesse voor (vroeger) waardevolle activiteiten is sterk afgenomen.
- Je voelt je vervreemd van anderen, net alsof je er niet bijhoort.
- Je gevoelens zijn vlak geworden.
- Je hebt het idee dat je toekomst beperkter is geworden ('ik zal niet trouwen', 'ik kan geen kinderen meer krijgen', 'ik kan geen carrière meer maken', 'ik zal korter leven').

Lichamelijke spanning: je bent meer gespannen of opgewonden dan voor het trauma. Je herkent tenminste twee van de volgende verschijnselen:

- Je valt of blijft moeilijk in slaap.
- Je bent prikkelbaar of hebt woede-uitbarstingen.
- Je hebt moeite met concentreren.
- Je bent overdreven waakzaam.
- Je bent schrikachtig.

Bovendien:

- bestaan je klachten langer dan een maand.
- belemmeren je klachten je in de dagelijkse omgang met anderen, in je werk, of op een belangrijk ander gebied.

Zelftest 2

Een psycholoog of een psychiater gebruikt vaak een vragenlijst om de klachten in kaart te brengen.

Hieronder staat een aantal vragen uit zo'n lijst:

- Je denkt aan het trauma, zonder dat je dat wilt.
- Je zorgt ervoor, niet van streek te raken als je aan het trauma denkt of eraan herinnerd wordt.
- Je probeert het trauma uit je herinnering te bannen.
- Je valt of blijft moeilijk in slaap omdat beelden en gedachten over het trauma door je hoofd gaan.
- Bij vlagen heb je sterke gevoelens over het trauma.
- Je droomt over het trauma.
- Je blijft dingen die je aan het trauma herinneren uit de weg gaan.
- Je hebt een gevoel alsof het niet gebeurd is, alsof het niet echt is.
- Je hebt geprobeerd er niet over te praten.
- Beelden ervan spoken vaak door je hoofd.
- Andere dingen doen je er steeds weer aan denken.
- Je weet dat je er nog heel wat gevoelens over hebt, maar houdt er geen rekening mee.
- Je hebt geprobeerd er niet aan te denken.

- Iedere herinnering brengt de gevoelens weer terug.
- Je gevoel erover is als het ware verdoofd.

Hoe meer klachten van toepassing zijn, des te groter de kans dat er sprake is van een PTSS. Om dat zeker te weten is altijd onderzoek nodig door een psycholoog of psychiater.

Wat staat het slachtoffer te wachten?

Er is een flinke kans dat een onbehandelde PTSS vanzelf overgaat. Dat een trauma niet altijd leidt tot een PTSS heeft te maken met verschillen tussen mensen in innerlijke kracht en kwetsbaarheid, ondergaane stress en beschikbare steun. Er is een grotere kans op een PTSS bij:

- weinig steun van de directe omgeving na een trauma;
- veel andere bronnen van stress (stress na een trauma);
- een zeer ernstig trauma (stress).

De kans op een PTSS is -in iets mindere mate- ook groter bij:

- een problematische jeugd (stress);
- lagere intelligentie (kwetsbaarheid);
- een lagere sociale of economische positie (kwetsbaarheid);
- misbruik in de jeugd (stress);
- vrouwen (kwetsbaarheid);
- het hebben van familieleden met psychiatrische problemen (stress of kwetsbaarheid);
- de aanwezigheid van andere trauma's (stress);
- psychiatrische problemen ook al vóór het trauma (kwetsbaarheid);
- weinig opleiding (kwetsbaarheid).

Wanneer tijdens of direct na een trauma dissociatie optreedt, is de kans groter dat een PTSS volgt. Voor 'dissociatie' bestaat geen eenvoudig woord; 'vervreemding', 'scheiding' en 'splitsing' komen misschien het dichtst in de buurt. Dissociatie heeft veel vormen, maar wordt vaak beschreven als een onwerkelijk gevoel waarbij het lijkt alsof je op de automatische piloot staat, of het trauma verschijnt als in een droom of een film. Ook kan het lijken alsof de dingen heel traag gebeuren.

Opvang kort na een traumatische gebeurtenis?

Eenmalige opvang direct na een trauma ('debriefing') mag niet opgedrongen worden. Deze vorm van opvang kan een PTSS niet voorkomen. Er zijn zelfs aanwijzingen dat debriefing de kans op een PTSS vergroot. Met wat nu bekend is over de opvang van traumaslachtoffers, lijkt het het beste om de eerste uren, dagen en weken vooral informatie en praktische hulp te geven. Er moet vlak na een trauma meestal veel worden geregeld (bijvoorbeeld nieuwe huisvesting of een begrafenis, aangifte doen bij de politie of de verzekering), terwijl de spanning, het verdriet en de chaos juist dan vaak het grootst zijn. Naast deze praktische hulp is sociale steun in deze fase gewenst. Deze steun verkleint de kans op een PTSS. Familie, vrienden of bekenden kunnen iemand eens opbellen, en vragen of ze op een of andere manier iets kunnen betekenen. Ze kunnen een luisterend oor bieden en een schouder om op uit te huilen als iemand dat nodig heeft. Er zijn aanwijzingen dat mensen (het aanbod van) opvang na een trauma waarderen. Dring echter niets op. Het is van belang dat opvang vrijwillig wordt ontvangen. Als iemand geen emoties toont of wil tonen is dat ook goed; iedereen verwerkt een trauma op zijn of haar eigen manier. Houd regelmatig de vinger aan de pols. Als iemand na drie of vier weken nog steeds klachten heeft, is het verstandig om een deskundige psycholoog of psychiater in te schakelen. Deze kan onderzoeken of iemand een PTSS heeft of een andere psychische problemen (zoals een depressie of een alcoholprobleem) en eventueel een behandeling voorstellen.

3 Praktijkvoorbeeld

In 2005 verscheen het boek 'Herinneringen aan Srebrenica' van Hendrina Praamsma, Jet Peekel en Toni Boumans. Maar liefst 171 soldaten vertellen in dit boek over hun ervaringen in Srebrenica en over hoe het hun verging na terugkeer naar Nederland. Ynse Schellens, destijds 22 jaar en gewondenverzorger in Dutchbat III, werd beschoten en gegijzeld. Hij zag en rookte de lijken die op en naast de weg lagen. Over zijn klachten vertelt hij het volgende: 'Ik heb dit verhaal heel vaak verteld in de media, voor kranten en tv. Ik dacht dat het me hielp bij de verwerking ervan, maar achteraf bleek dat niet zo te werken. Zo'n vijf jaar later kreeg ik er last van. Toen drong pas tot me door dat het allemaal echt was geweest. Ik werd heel emotioneel. Als Ester, mijn vriendin, een keer iets zei wat niet zo goed viel, kon ik daar vreselijk van in de war raken, ik was gauw in tranen. Ik was agressief, boos om niks, totaal opgefokt. Ik sloeg de gaten in de muur, om mijn agressie maar kwijt te kunnen. Ik mocht niet meer gaan stappen van Ester. Zij zag dat het echt niet meer houdbaar was. Als er iemand op mijn tenen zou gaan staan, dan zou ik hem een hoek geven. Soms hoopte ik zelfs dat er iemand tegen me aan zou lopen, zodat ik een 'reden' had om hem helemaal te verbouwen. Ze vond dat ik hulp nodig had. Ik las in een veteranenblad een artikel over een jongen die dezelfde dingen had als ik, daar herkende ik veel in. Er stond een telefoonnummer bij en zo ben ik bij het Centraal Militair Hospitaal terechtgekomen. Daar ben ik een tijd in behandeling geweest vanwege PTSS.'

Wat betekent PTSS voor de omgeving?

Een PTSS heeft meestal een negatieve invloed op de directe omgeving van het slachtoffer. Dit is op allerlei manieren merkbaar: school gaat moeizaam, werk bevreemdt niet, het ontbreekt aan hobby's, in de vrije tijd geeft niets plezier of er bestaat een tekort aan contacten. De mate van de negatieve invloed wisselt sterk. Het maakt veel uit of het slachtoffer als kind een gezonde basis heeft kunnen leggen. Is dat gelukt, dan kan daar later in het leven bij een PTSS op worden teruggevallen. Vooral teveel stress en een tekort aan steun eerder in het leven laten vaak onuitwisbare sporen na in iemands zelfvertrouwen en weerbaarheid. Zelfs na een traumatische jeugd slagen mensen er gelukkig vaak in iets positiefs voor zichzelf op te bouwen. Vooral een veilig plekje voor zichzelf en de beschikbaarheid van iemand bij wie ze altijd kunnen aankloppen zijn belangrijk. Blijvende steun van langere duur zonder dat die opgedrongen wordt is en blijft echter het allerbelangrijkste!

Welke behandelingen zijn er?

Er bestaan verschillende vormen van behandeling voor PTSS waarvan de werkzaamheid in wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld. Bij cognitieve therapie worden onjuiste negatieve automatische gedachten systematisch onder de loep genomen. Automatische gedachten zijn een uiting van onderliggende fundamentele gedachten over hoe mensen zelf, anderen en de wereld in elkaar steken. Na een trauma worden deze gedachten vaak een stuk negatiever. Het is de bedoeling om meer realistische gedachten te bedenken en deze zo vaak mogelijk in de praktijk te testen in de vorm van een gedragsexperiment. Dit helpt patiënten met een PTSS om geleidelijk de meest negatieve, niet-realistische gedachten bij te schaven. Bij gedragstherapie staat exposure (blootstelling) op de voorgrond. Onder begeleiding van de behandelaar roepen betrokkenen de herinneringen aan het trauma op. Dat kan zowel in het echt ('in vivo') als in de verbeelding ('imaginair'). Op die manier kan iemand 'wennen' aan de traumatische herinneringen en de pijnlijke kanten ervan iets verzachten.

Een alternatief voor cognitieve gedragstherapie bij een PTSS is EMDR, een betrekkelijk nieuwe techniek, die minder tijd en inspanning vergt. De cliënt volgt met de ogen de hand van de behandelaar die heen en weer beweegt voor diens gezicht. Onbevredigend is dat nog onbekend is hoe EMDR precies werkt. Een ander alternatief is schrijftherapie. Ook hierbij speelt imaginaire exposure een belangrijke rol. Omdat iemand thuis, op een veilige plek, kan schrijven en daarbij zelf de mate van exposure kan bepalen is deze techniek voor veel mensen niet zo bedreigend. Ten slotte kunnen medicijnen, vooral bepaalde antidepressieve middelen (de zogenaemde SSRI's) voorgeschreven worden door de behandelend arts.

Hoe gaat het verder?

In de meeste gevallen gaan klachten na een trauma ook zonder behandeling vanzelf over. Bij een minderheid heeft een trauma een PTSS tot gevolg. Verkrachting leidt in bijna de helft van de gevallen tot een PTSS. Mishandeling en beroving leiden in 20% tot een PTSS en een verkeersongeluk in 15% van de gevallen. In enkele gevallen leidt een trauma pas (jaren) later tot een PTSS. Na een geslaagde behandeling is de kans groot dat de geboekte vooruitgang behouden blijft. Een rechtszaak over een trauma kan voor het slachtoffer leiden tot terugval, maar ook tot een afrekening voor eens en voor altijd. De kans op een terugval wordt kleiner door regelmatig een soort onderhoudstherapie toe te passen. Bij behandeling van een PTSS wordt door de behandelaar al tijdens de behandeling aandacht geschonken aan terugvalpreventie. Dit gebeurt bijvoorbeeld door de cliënt de mogelijkheid te bieden om na afsluiting van de behandeling bij dreigende terugval opnieuw contact op te nemen en voorrang te krijgen.

Adressen

Voor hulpverlening aan slachtoffers van een trauma

Hieronder geven we beknopte informatie over een aantal instellingen in Nederland en België voor hulpverlening na een trauma. Er zijn veel meer instellingen dan hier worden genoemd. Ook kunnen mensen terecht bij sommige psychologen die buiten een instelling werken. De huisarts kent de mogelijkheden in de buurt.

AMC De Meren: www.amcdemeren.nl

Angstcentrum, ambulant consultatie-, advies & behandelingscentrum voor angsten, fobieën & emotionele problemen: www.angstcentrum.be

Centrum '45: www.centrum45.nl

Instituut voor Psychotrauma: www.psychotrauma.nl

Interapy: www.interapy.nl

PsyQ, programma psychotrauma: www.psyq.nl/programma/psychotrauma

Rivierduinen, Psychotraumacentrum Kinderen en Jeugd: www.ggzkinderenenjeugd.nl

Slachtofferhulp Nederland: www.slachtofferhulp.nl

Universitair Medisch Centrum Utrecht, Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren: www.umcutrecht.nl/subsite/Psychotraumacentrum

Voor informatie over (de behandeling van) een PTSS

Angst, Dwang en Fobie stichting: www.adfstichting.nl

IvP/POBOS, Instituut voor trauma en welzijnzorg: www.pobos.be

Stichting Omgaan met angst: www.omgaanmetangst.nl

Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling

ggz/Trimbos-instituut: www.ggzrichtlijnen.nl

Trefpunt Zelfhulp, voor informatie over groepen of personen die rond posttraumatische stress actief zijn: www.zelfhulp.be

Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid: www.geestelijke-gezondheid.be/zibe8.html

* Deze bijdrage is een bewerking van *Leven met een trauma* (Houten: Bohn Stafleu Van Loghem, 2007), dat beide auteurs voor de reeks van 'Van A tot ggZ' schreven.

Arnold van Emmerik, psycholoog, is als universitair docent verbonden aan de Universiteit Leiden, Faculteit Sociale Wetenschappen, sectie Klinische en Gezondheidspsychologie (aemmerik@fsw.leidenuniv.nl). Daarnaast is hij als behandelaar werkzaam in het programma angststoornissen van PsyQ, psychomedische programma's, onderdeel van de Parnassagroep in Den Haag; *Ed Berretty*, klinisch psycholoog en psychotherapeut, is manager zorg van het programma angststoornissen van PsyQ, psychomedische programma's, onderdeel van de Parnassagroep in Den Haag. Ook coördineert hij de psychotherapie in de opleiding tot psychiater van de Parnassagroep.

© 2007, Bohn Stafleu van Loghem, Houten