

Posttraumatische stress-stoornis

D.H. ARENTZ

Arentz DH. Posttraumatische stress-stoornis. Huisarts Wet 1999;42(9):395-8.

Aan de hand van twee casus wordt gedemonstreerd dat ook huisartsen te maken krijgen met patiënten met verschijnselen van posttraumatische stress-stoornis, en dat zij deze patiënten in eenvoudige gevallen zelf kunnen behandelen. Over etiologie en therapie wordt steeds meer bekend. Er zijn inmiddels twee therapieën met een aangetoond effect: imaginaire exposure en de gestructureerde schrijfofdracht. Ook op cognitief niveau blijken deze methoden te werken. Mogelijk zullen verdere ontwikkelingen, onder andere op het gebied van neuro-imaging, op termijn tot nieuwe therapeutische mogelijkheden leiden. Of de huisarts de therapie zelf ter hand zal nemen, hangt af van zijn belangstelling en van de ernst van de verschijnselen. Bij ernstige dissociatieve verschijnselen kan beter worden verwezen.

D. Arentz, huisarts, Gezondheidscentrum 'Schalkwijk', Postbus 4090, 2003 EB Haarlem.

Inleiding

Posttraumatische stress-stoornis (PTSS) is een diagnose die in de belangstelling staat. Sinds 1980 is hij als zodanig opgenomen in de DSM¹ en sindsdien is de kennis over traumaverwerking aanzienlijk toegenomen. Aan de hand van twee casus wil ik laten zien dat eenvoudige gevallen, zoals die in de huisartspraktijk kunnen voorkomen, in de eerste lijn te behandelen zijn met gestructureerde schrijfofdrachten, ontspanningsoefeningen en imaginair 'exposure'.

Casus A

Patiënte A, een 60-jarige vrouw, werd op kerstavond op weg naar de kerk neergeslagen door een tasjesdief. Op de EHBO van het ziekenhuis in de buurt werd een contusie van het linkeroog en de bovenlip geconstateerd.

Een paar dagen later meldde patiënte zich op het spreekuur van de huisarts, waar zij nog eens uitgebreid haar verhaal deed. Er bleek gelukkig geen sprake van ernstig lichamelijk letsel, maar wel van slapeloosheid en herbelevingen, en zonder haar echtgenoot durfde zij niet meer de straat op. Er was contact met slachtofferhulp. Inmiddels was de dader gepakt en zou hij moeten voorkomen. Vooralsnog werden de klachten geduid als normale reacties op een acuut trauma en afgesproken werd om af te wachten of de tijd deze wond zou helen. Mochten er na een maand nog klachten zijn, dan zou de vrouw opnieuw aan de bel trekken.

Twee maanden later meldde de echtgenoot, die regelmatig voor zijn diabetescontrole kwam, dat het niet goed ging met zijn vrouw: zij kwam de deur niet meer alleen uit en had nog steeds last van slaapstoornissen. De vrouw werd uitgenodigd voor een uitgebreider consult om te kijken hoe ernstig de fobische klachten waren, en of het Riagg hiervoor ingeschakeld diende te worden. Tevens werd gevraagd om de traumatische gebeurtenis eens op te schrijven, met alles eromheen wat door haar hoofd spookte als zij bij-

voorbeeld wakker lag. Dit beleid werd ondersteund met temazepam 10 mg zo nodig voor de nacht.

Bij een volgend bezoek bleek dat het schrijven haar al flink wat lucht had gegeven. Zij begreep heel goed dat het vermijden van de straat haar op korte termijn hielp de angst te beheersen, maar op langere termijn haar actieradius steeds kleiner zou maken. Bij het zien van geweld op de tv, bijvoorbeeld bij het nieuws, reageerde ze nog snel met huilbuien.

Wij maakten samen een ontspanningsbandje, bedoeld om haar aandacht te richten op ontspanning en een rustige ademhaling, en haar een suggestie van veiligheid te geven: een veilige ruimte waarin zij beschermd zichzelf kon zijn. Met dit bandje werd geoeftend zodat zij het thuis zou kunnen gebruiken om te ontspannen en angst en arousal te verminderen, en meer in het bijzonder om het inslapen te vergemakkelijken.

Een maand later bleek ze haar recreatieve zwemmen hervat te hebben; alleen fietsen durfde ze nog niet. De tasjesdief was voorgekomen en had een alternatieve straf gekregen. Op een nieuw ontspanningsbandje werden suggesties gegeven voor het verlagen van het niveau van waakzaamheid en voor de mogelijkheid een streep onder deze episode te zetten. Afgesproken werd dat zij na een maand zou opbellen om te vertellen of de verbeteringen doorzetten of dat zij meer hulp nodig had. Het bleek dat zij iedere week een stapje vooruitging, met name in het hervatten van haar normale activiteiten, en dat er geen terugval meer optrad.

Casus B

Patiënte B, een 39-jarige vrouw bezocht het spreekuur met klachten van hartkloppingen, pijn op de borst, duizeligheid en angst. Hoewel ze voornamelijk bang was voor een ernstige hartaandoening, bleken de klachten geprovoceerd te zijn door een ernstige ziektegeschiedenis in haar directe omgeving. Tegelijk lagen er ook relaties met de belevenissen van vijf jaar terug toen haar dochter van 6 jaar werd opgeno-

men met een maligne T-cel-lymfoom. De gebeurtenissen van toen spookten nog frequent door haar hoofd, zowel overdag als 's nachts en konden haar nog zeer emotioneren. Ze kon er met weinig mensen nog over praten, en had het idee dat ze er een streep onder moest zetten. Wanneer haar dochter voor controle naar het ziekenhuis moest, ging haar man altijd mee en zij eigenlijk nooit, omdat dit tot herbelevingen leidde. Ze was bang iets ernstigs te mankeren, had haar sport gestaakt en zat in de ziekteket.

De diagnose werd gesteld op psychosomatische klachten en hypochondrie ten gevolge van stress, en PTSS ten gevolge van de traumatiserende ervaringen van de levensbedreigende ziekte van haar dochtertje. Om de lichamelijke klachten wat te beheersen werd ze naar een fysiotherapeut gestuurd voor ademhalings- en ontspanningsoefeningen. Om greep op en inzicht in haar psychische klachten te krijgen, werd haar gevraagd een dagboekje bij te houden waarin ze een kwartier per dag zou opschrijven wat haar zoal bezighield.

Na een paar weken bleek dat het schrijven haar zeer geholpen had: alle lichamelijke symptomen werden versterkt als ze emotionerende herinneringen aan de bewuste ziekteperiode opriep en opschreef; de vicieuze cirkel van angst en klachten was haar duidelijk geworden. Het had haar bovendien geholpen om weer met haar man en andere vertrouwde mensen in de omgeving te praten over wat haar bezighield.

Toch bleken de lichamelijke klachten hardnekkiger dan aanvankelijk werd gedacht; met name op de momenten dat haar dochter voor controle naar het ziekenhuis ging of iets banaals mankeerde, kwamen de klachten terug. De angst voor de dood en slapeloosheid waren toch zo sterk dat de behandeling moest worden ondersteund met een lichte dosering van een antidepressivum voor de nacht (doxepine 25 mg AN). Hiermee was ze in staat haar oude activiteiten, zoals werk en sport, weer op te pakken en de vicieuze cirkel van vermijding en angst te doorbreken.

Een half jaar later en zeven consulten verder functioneerde ze redelijk, maar nog

steeds met 25 mg doxepine voor de nacht, omdat een poging tot staken de klachten deed herleven.

Dagnostiek

Na een traumatiserende gebeurtenis zullen veel mensen symptomen ontwikkelen die op PTSS lijken: herbelevingen, toegenomen arousal en de neiging om alles wat eraan doet denken te vermijden. Men spreekt tot een maand na de gebeurtenis van acute stress-stoornis.²⁻⁴ Wanneer deze verschijnselen in de loop van een maand verminderen, spreekt men van verwerking en na drie maanden is de helft van de patiënten hersteld. Als de verschijnselen niet minder worden, spreekt men van PTSS.¹⁻⁴ Officieel gaat het dan om drie symptomencomplexen: herbelevingen zoals nachtmerries en flashbacks, vermijdingsgedrag en verhoogde arousal, zoals slapeloosheid, woedeuitbarstingen en angst (*kader*). Uiteraard kan er nog veel meer

aan de hand zijn ten gevolge van het trauma, zoals persoonlijkheidsstoornissen, verslavingen, of dissociatieve stoornissen, afhankelijk van onder andere ernst en duur van het trauma.^{2,3}

Bij een dissociatieve stoornis zijn de verschijnselen een eigen leven gaan leiden en zijn zij ontsnapt aan de bewuste controle van de persoonlijkheid. De patiënt heeft last van lacunes in het geheugen, van verwarring over eigen identiteit en van deperonalisatie en derealisatie.³

Bij het stellen van de diagnose PTSS moet men zich realiseren dat de verschijnselen vaak gepaard gaan met klachten van vermoeidheid, slapeloosheid, hoofdpijn en angst.³ Dit zijn dus verschijnselen waarachter een PTSS schuil kan gaan. Zoals beschreven in de NHG-Standaard Angststoornissen, moet men de reële angst van PTSS onderscheiden van de andere vormen van angststoornissen.⁵ Verder bestaan er ook mengbeelden, zoals bij de tweede patiënt. In die gevallen moet men aandacht besteden aan meer dan

Posttraumatische stress-stoornis (PTSS) volgens de DSM-IV

- A Blootstelling aan een traumatische gebeurtenis met een reactie van angst, hulpeloosheid of afschuw.
- B Herbeleven van het trauma:
 - herinneringen, waaronder voorstellingen, gedachten of waarnemingen;
 - nachtmerries;
 - herhaling van het trauma in handelen of voelen, waaronder herbeleving, illusies, hallucinaties, dissociatieve episodes met flashbacks;
 - intens lijden bij confrontaties met dergelijke gebeurtenissen;
 - fysiologische reacties bij confrontatie.
- C Vermijden van prikkels die hoorden bij het trauma of afstomping:
 - van gedachten, gevoelens of gesprekken behorend bij het trauma;
 - van personen die herinneren aan het trauma;
 - van herinneringen aan het trauma;
 - minder belangstelling en deelname aan activiteiten;
 - gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen;
 - verminderd uiten van affect;
 - weinig verwachting van de toekomst;
- D Symptomen van verhoogde prikkelbaarheid:
 - moeite met inslapen of doorslapen;
 - prikkelbaarheid of woedeuitbarstingen;
 - overmatige waakzaamheid;
 - overdreven schrikreacties.
- E Duur van de symptomen langer dan een maand.
- F Significant lijden of beperking in functioneren.

Acuut: symptomen korter dan 3 maanden.
 Chronisch: symptomen langer dan 3 maanden.
 Verlaat begin: begin van de symptomen langer dan 6 maanden na het trauma.

PTSS alleen: de reële angst voor de gezondheid van haar dochter en de irreële angst van haar hypochondrie.

Therapie

In beginsel is de behandeling van PTSS gericht op exposure en cognitief herstructureren.^{2,6,7}

Oorspronkelijk werd gedacht dat vermijding de essentiële factor was die het ziektebeeld in stand hield: door de angstreactie werd alles wat aan het trauma deed denken vermeden, zodat de angst niet kon uitdoven: de PTSS als fobie.⁷ En inderdaad exposure, de herhaalde blootstelling aan de herinnering van het trauma, leidt tot verwerking. Psychologisch geheugenonderzoek heeft aannemelijk gemaakt wat deze verwerking inhoudt: de traumatische ervaring is via het sensorische geheugen binnengekomen en heeft het korte-termijngeheugen (werkgeheugen) overspoeld. Daardoor zijn deze ervaringen niet van een betekenis voorzien en met hun zintuiglijke en emotionele lading in het lange-termijngeheugen terechtgekomen. Daar zijn ze slecht toegankelijk door gebrek aan connotatie (amnesieverschijnselen) en tegelijk dringen ze zich op onverwachte momenten op met hun zintuiglijke kwaliteiten (herbelevingen). Bij verwerking verliezen de ervaringen de zintuiglijke kwaliteit en worden ze van een betekenis voorzien. Dit voorzien van een nieuwe betekenis is het proces van cognitief herstructureren. Op deze manier kunnen ze als herinneringen worden opgeslagen en weer worden opgehaald als dat uitkomt.⁷

Neurobiologisch onderzoek heeft dit proces nader gelokaliseerd in verschillende hersencentra door middel van neuroimaging. Waarschijnlijk zijn bij PTSS de amygdala en hippocampus overactief (het impliciete geheugen) en de gyrus prefrontalis inferior en Broca minder actief (het expliciete geheugen).⁸

De meest gebruikte behandeling is de imaginaire exposure waarbij de patiënt tot in detail over zijn ervaringen moet vertellen, totdat een uitdoving van de bijbehorende emoties optreedt. Ook het afluiste-

ren van deze gesprekken die op de band zijn opgenomen, helpt om de angst te doen uitdoven.⁷ Omdat de patiënt van zichzelf geneigd zal zijn het trauma te vermijden en dus juist niet alle details wil vertellen, heeft de therapeut een forse vaardigheid nodig in het voeren van de vereiste 'Socratische dialoog': net zo lang doorvragen tot de essentiële feiten die tot een veranderd inzicht kunnen leiden, zijn blootgelegd, zoals bij cognitieve therapie in het algemeen.^{7,9}

Bewezen effectief is ook het opschrijven van de ervaringen, al of niet met de instructie om speciaal te letten op de passende emoties of cognities gedurende bijvoorbeeld vijf maal drie kwartier in twee weken.^{2,10,11} In een recent onderzoek is deze methode zelfs via e-mail effectief gebleken.¹² Hierbij werd het duidelijkst geïnstrueerd in een structuur van drie fasen, waarin men in een periode van vijf weken in totaal tien maal 45 minuten moest schrijven.

Begonnen werd met de fase van exposure of actualisatie, waarin men vier maal moet schrijven over de feitelijke gebeurtenissen, tot in het kleinste detail, en met de bijbehorende zintuiglijke ervaringen en emoties. Om de blootstelling zo indringend mogelijk te laten zijn, moesten de deelnemers schrijven in de tegenwoordige tijd en in de eerste persoon enkelvoud.

In de tweede fase werden de deelnemers aangemoedigd te schrijven vanuit het perspectief dat zij een hypothetische vriend of vriendin die een vergelijkbaar trauma was overkomen, moesten adviseren. Hierbij moest het accent liggen op wat de positieve betekenis van de ervaring zou kunnen zijn. Ook in deze fase van cognitief herstructureren werd vier maal geschreven.

In de laatste fase werd nog twee maal geschreven met aandacht voor afscheid en delen met een ander. Er moest een waardig document worden gemaakt, dat verstuurd, opgeborgen of verbrand kon worden om een punt achter de zaak te zetten.

Wat hierbij het meest werkzame bestanddeel is, de exposure, het cognitief herstructureren of het afscheidsritueel, is nog geen uitgemaakte zaak, maar de deelnemers vonden alle drie de fasen nuttig (en

de exposure het moeilijkst). In ieder geval is gebleken dat schrijven een elegante en kostenbesparende methode is.

In het licht van het bovenstaande is het begrijpelijk dat zowel praten over de traumatische gebeurtenissen als het opschrijven hiervan als het luisteren ernaar kunnen leiden tot een nieuwe kijk op de gebeurtenissen en dus tot verwerking.

Bij ernstige PTSS, zoals bij dissociatieve stoornissen, ligt het voor de hand dat de huisarts verwijst naar iemand met specifieke kennis en kunde op het terrein van traumaverwerking.¹¹ Naarmate het trauma ernstiger en langduriger was, maar ook langer geleden heeft plaatsgevonden (zeker bij traumata in de kinderjaren), zal men sneller geneigd zijn om te verwijzen. Wanneer men in zo'n geval zou stimuleren tot exposure, zou dit tot ongecontroleerde emoties en herbelevingen kunnen leiden.

Op theoretische gronden zou ook contra-conditionering een therapiemogelijkheid zijn: het aanbieden van een respons die onverenigbaar is met de oorspronkelijke emotie van de patiënt. Zo verdringt trots een gevoel van vernedering, beheersing een gevoel van controleverlies, en ontspanning het gevoel van angst voor gevaar.¹³ De effectiviteit van deze en andere soorten technieken is echter nog onvoldoende onderzocht.⁷ Nieuwe ontwikkelingen zijn er volop, maar verkeren nog in een experimenteel stadium en zijn nog niet bruikbaar voor de huisarts.¹⁴ De essentie van de verwerking lijkt duidelijk; hiervoor is exposure nodig.

Beschouwing

Bij patiënte A was eigenlijk sprake van een acute stress-stoornis en een dreigende PTSS. Of de huisarts met zijn optreden een PTSS heeft voorkomen, kan niet worden gezegd. Wel heeft hij met eenvoudige middelen die in de eerste lijn passen, patiënte in korte tijd weten te begeleiden naar een normaal bestaan. Het schrijven heeft hij dubbel gebruikt: als snel middel om het probleem in kaart te brengen en als een exposure-techniek voor de patiënt. De

temazepam en de ontspanningsoefeningen dienden om tijdelijk de arousal te verminderen en om de vrouw door de spannende tijd heen te helpen. Overigens zal het gebruik van diazepinen leiden tot minder exposure en minder verwerking, wat contraproductief kan zijn. Met mate gebruikt is het een mooi middel om de exposure te doseren.

De positieve suggesties bij de ontspanningsoefeningen zou men ook nog kunnen beschouwen als contra-conditionering van de angst (een veilige situatie versus het beangstigende trauma).¹³ Zelf nam zij de exposure in vivo ter hand, zodat zij tenslotte zichzelf genas en al doende haar nieuwe cognities over het gebeurde kon ontwikkelen.

Patiënte B had een trauma ondergaan zoals dat eigenlijk veel voorkomt in de huisartspraktijk: wie een ernstige ziekte krijgt of dit meemaakt van een naaste, zowel in de diagnostische als in de behandelingsfase, krijgt vaak zoveel tegelijk te verwerken dat het stress-systeem overbelast raakt. Ook zo iemand kan verschijnselen van PTSS gaan vertonen, zelfs nog jaren later naar aanleiding van een gebeurtenis die het verleden triggert. Dat patiënte daarnaast verschijnselen van hypochondrie ontwikkelde, maakte het ingewikkelder. Maar omdat er sprake was van herbelevingen, vermijdingsgedrag en arousal, was er ook duidelijk sprake van een PTSS.

Ook in dit geval bleek schrijven een belangrijk middel om het verleden opnieuw

mee te maken en te doorstaan en om er een nieuwe betekenis aan te geven. Ontspanningsoefeningen, ditmaal gegeven door een fysiotherapeut, hielpen patiënte de stressverschijnselen te reduceren, en met sport kon zij haar zelfvertrouwen weer opbouwen. Tenslotte hielp het tricyclische antidepressivum doxepine in lage dosering haar om het stress-systeem weer enigszins in evenwicht te brengen en om de slapeloosheid te bestrijden, zonder de nadelen van een diazepine.

Literatuur

- 1 American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Washington DC: APA, 1994.
- 2 Schoutrop M, Lange A. Gestructureerd schrijven over schokkende ervaringen: resultaten en werksame mechanismen. *Directieve Therapie* 1997; 17:77-96.
- 3 Van der Hart O, Boon SD, Op den Velde W. Trauma en dissociatie. In: Van der Hart O, redactie. Trauma, dissociatie en hypnose. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger, 1991.
- 4 American Psychiatric Association (APA). DSM-IV patiëntenzorg. Diagnostiek en classificatie van psychische stoornissen voor de geneeskunde. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1996.
- 5 Neomagus GJH, Terluin B, Aulbers LPJ, et al. NHG-Standaard Angststoornissen. *Huisarts Wet* 1997;40:167-75.
- 6 Van den Hout MA, Merckelbach H. Over exposure. *Directieve Therapie* 1993;3:192-203.
- 7 Arntz A. Exposure en de behandeling van posttraumatische stressstoornis. In: Hoogduin CAL, et al. Jaarboek psychiatrie 94/95. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994: 171-82.
- 8 Vermetten E, Raaijmakers W, Gersons B. Trauma, dissociatie en het geheugen: neurobiologische aspecten. *Directieve Therapie* 1998;18:275-313.
- 9 Arntz A. Principes en technieken van de cognitieve therapie. *Directieve Therapie* 1991;4:252-68.
- 10 Pennebaker JW. Putting stress into words. Health, linguistic and therapeutic implications. *Behavior Research Therapy* 1993;31:539-48.
- 11 Van der Hart O, Boon SD. Schrijfopdrachten en hypnose voor de verwerking van traumatische herinneringen. In: Van der Hart O, redactie. Trauma, dissociatie en hypnose. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger, 1991.
- 12 Van de Ven JP, Lange A, Schrieken B, et al. Intertap: de resultaten van een kortdurende geprotocolleerde behandeling van posttraumatische stress via Internet. *Directieve Therapie* 1999;19: 5-39.
- 13 Korrelboom K, Ten Broeke E. Trauma, geheugen en contra-conditionering van de UCS-representatie. *Directieve Therapie* 1998;18:217-35.
- 14 Ten Broeke E, De Jongh A, Wiersma K, Gimbire F. Psychotherapie bij posttraumatische stressstoornis: de stand van zaken. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 1997;23:305-28. ■

Abstract

Arentz D. Post-traumatic stress disorder. Huisarts Wet 1999;42(9):395-8.

Patients with symptoms of post-traumatic stress disorder often consult their general practitioner. Increasingly more is known about etiology and therapies to deal with this disorder. Recent literature indicates that imaginary exposure and structured writing assignments are effective. Two case histories illustrate that general practitioners can deal with this themselves but that more complicated cases, such as patients with dissociative disorders, should be referred to a specialist.

Correspondence D.H. Arentz, MD, Gezondheidscentrum 'Schalkwijk', PO Box 4090, 2003 EB Haarlem, The Netherlands.