

Lezing prof.dr. Toine Lagro-Janssen:

# Rampen en de gezondheid van vrouwen

Tijdens het Wonca Europe Congres in Istanbul hield Toine Lagro-Janssen een keynote lezing onder de titel *Impact of disasters on women's health. A biopsychosocial approach*. Ze vertelde waarom vrouwen gevoeliger zijn voor een posttraumatische stressstoornis, wat de gevolgen van rampen zijn voor henzelf en hun (ongeboren) kinderen en hoe een gendersensitief beleid van de huisarts er moet uitzien. Onderstaand is de lezing voor u vertaald en samengevat.

## Vuurwerkramp in Enschede

Lagro-Janssen begint haar lezing met een casus over de dertigjarige Caroline. Deze zit huilend tegenover haar in de spreekkamer, zo'n halfjaar na de vuurwerkramp. Ze is zeven maanden zwanger van haar eerste, maar heeft slaapproblemen, geplaagd door nachtmerries waarin ze de explosie, het lawaai, de paniek en de brandlucht herbeleeft. Overdag is ze erg moe en reageert ze op elk geluid. Ze heeft concentratie- en eetproblemen en ze vindt het maar moeilijk om niet meer dan vijf sigaretten per dag te roken. Destijds was ze heel dicht bij het epicentrum van de explosie. Ze verloor haar huis en haar geliefde hond, en twee van haar burens raakten zwaargewond. Zij en haar echtgenoot hadden veel geluk. Na de eerste explosie renden ze weg van het vuur en die impuls redde hun leven.



## Rampen en hun gevolgen voor vrouwen

In haar lezing richt Lagro-Janssen zich op twee belangrijke genderspecifieke gevolgen van rampen, namelijk de posttraumatische stressstoornis (PTSS) en de reproductieve gezondheid. Ook illustreert ze welke consequenties dit heeft voor een goed gendersensitief beleid van de huisarts.

Ze definieert een ramp als een acute, collectief ervaren traumatische gebeurtenis met een plotseling ontstaan. Er zijn natuur-rampen, zoals orkanen, overstromingen en aardbevingen, maar rampen kunnen ook door mensenhand ontstaan, zoals bij neerstortende vliegtuigen, industriële ongelukken en terroristische aanvallen. Individuele traumatische ervaringen als seksueel misbruik of partnergeweld blijven dus buiten beschouwing. Maar dergelijke ervaringen spelen wel een rol bij de coping van vrouwen met de gevolgen van rampen.

PTSS is een veelvoorkomende psychiatrische aandoening als gevolg van rampen. Volgens de DSM luidt de definitie: een angststoornis, voorafgegaan door een traumatische gebeurtenis, met symptomen van herbeleving van de gebeurtenis, vermijding en afstomping, of prikkelbaarheid.

## Gender en PTSS

Bij vrouwen komt PTSS tweemaal zo vaak voor als bij mannen: in de loop van het leven is de prevalentie 10% bij vrouwen versus 5% bij mannen.<sup>1,2</sup> Vrouwen hebben geen grotere kans op het doormaken van traumatische gebeurtenissen dan mannen. Maar wel hebben ze een grotere kans op bepaalde typen traumatische gebeurtenissen die disproportioneel vaker tot PTSS leiden. Kijkend naar oorlogssituaties zijn mannen vaker slachtoffer van geweld en vrouwen vaker slachtoffer van verkrachting. Mannen kennen als oorzaak van PTSS het niet-seksuele geweld en oorlogservaringen, en vrouwen seksueel geweld en misbruik in de jeugd én op volwassen leeftijd.

De gendersverschillen blijven bestaan als we kijken naar specifieke typen trauma. Bij alle onderzoeken waarbij mannen en vrouwen dezelfde soort traumatische gebeurtenissen doormaakten, kwam PTSS vaker voor bij de vrouwen, vooral als het onderzoek zich niet focuste op één specifieke traumatische gebeurtenis maar zich richtte op PTSS in de loop van het leven. Vrouwen blijken ook te verschillen van mannen als het gaat om aan PTSS gerelateerde comorbiditeit. Ze hebben vaker depressies en angststoornissen gedurende hun leven. Mannen van hun kant tonen vaker agressieregulatiestoornissen, gedragsstoornissen en antisociaal gedrag. De stoornissen waarvoor vrouwen kwetsbaar zijn, zijn in hoge mate geassocieerd met PTSS.

## Welke m/v krijgt PTSS?

De vraag rijst wie PTSS zal ontwikkelen. Immers, alle mensen die aan een traumatische ervaring zijn blootgesteld, raken ontregeld. Maar slechts enkelen zullen PTSS ontwikkelen. We praten dan over coping. Om Confucius te citeren: 'Onze grootste zege ligt niet in het nooit falen, maar in het opstaan elke keer als we vallen.' En Nietzsche: 'Dat wat ons niet doodt, kan ons alleen maar sterker maken.'

In 2006 rapporteerde Stuber over een onderzoek onder mannen en vrouwen in New York City.<sup>3</sup> Het doel was om genderverschillen te onderzoeken in de prevalentie van PTSS in de loop van het leven en PTSS na een grote traumatische gebeurtenis. Tussen zes tot negen maanden na de terroristische aanvallen van 9/11 werden zowel mannen als vrouwen telefonisch geïnterviewd. Meer vrouwen (17%) dan mannen (12%) rapporteerden symptomen behorend bij levensloop-PTSS. Maar in de zes maanden na 9/11 hadden niet veel meer vrouwen (6,5%) dan mannen (5,4%) aan de terroristische aanval gerelateerde PTSS. Wel hadden vrouwen hogere scores als het ging om herbeleving en prikkelbaarheid. De hogere prevalentie van levensloop-PTSS bij vrouwen werd verklaard door:

- eerdere ervaringen van seksueel geweld (10 versus 2%);
- al bestaande geestelijke problemen (9 versus 6,5%);
- grotere paniek in de eerste uren na de gebeurtenis, te weten intense angst, hulpeloosheid en afschuw.

Al met al hebben vrouwen kennelijk een groter risico op PTSS gedurende hun leven, maar ze hebben niet meer kans op aan rampen gerelateerde PTSS. Dit komt overeen met een onderzoek dat is uitgevoerd in Enschede na de vuurwerkramp.<sup>4</sup> Het genderverschil in de prevalentie van PTSS tussen mannen en vrouwen kan worden verklaard doordat vrouwen voorafgaand vaker waren blootgesteld aan seksueel geweld en meer psychische problemen hadden, en doordat zij tijdens de ramp meer paniek ervoeren. Deze bevindingen druisen in tegen de theorieën over een bestaande vrouwelijke 'aangeboren' biologische kwetsbaarheid, in plaats van het risico op PTSS te verbinden met ervaringen met seksueel geweld.

## Reproductieve gezondheid en moederschap

Een ander specifiek probleem van vrouwen na een ramp is de impact op reproductieve gezondheid en moederschap. Enkele bevindingen uit literatuuronderzoek zijn:

- Zwangere vrouwen met een geschiedenis van geweld en trauma's maken frequent melding van ingrijpende herbelevings-symptomen. Caroline uit de inleidende casus is hiervan een voorbeeld. Zij heeft nachtmerries en reageert hypergevoelig op lawaai en brandlucht. Vrouwen met een miskraam of een doodgeboorte hebben zelfs nog vaker PTSS-symptomen. Een geschiedenis met misbruik, geweld of traumatische ervaringen, leidt tot kwetsbaarheid voor 'hertraumatisering' tijdens gebeurtenissen die op zich al ingrijpend zijn, zoals een geboorte.
- Zwangere vrouwen zijn na een ramp extreem bang voor zichzelf en hun families, maar bovenal voor hun ongeboren kind.

- Stressvolle situaties en depressieve stemmingsstoornissen geven in het algemeen een hoger risico op zwangerschapscomplicaties, zoals vroeggeboorte, laag geboortegewicht en hoge bloeddruk. Caroline heeft dus echt risico op problemen voor of na de geboorte.
- Stressvolle gebeurtenissen tijdens de zwangerschap hebben psychologische consequenties voor het ongeboren kind. Spanning en angst vóór de geboorte kunnen bij kinderen leiden tot emotionele problemen en gedragsstoornissen.
- Tot slot hebben de kinderen van vrouwen de ramp óók meegemaakt, dus ook die kunnen symptomen hebben van post-traumatische stress, zoals algehele angst, verlatingsangst en paniekaanvallen. Meisjes en zeer jonge kinderen lopen een groter risico op deze stoornissen.

## Escalatie van wat al was

En er zijn nog meer seksespecifieke problemen. Als er daklozen zijn door een ramp, ontstaan vaak overvolle opvangkampen of moeten vrouwen met hun kinderen in de open lucht leven. Je huis verliezen en in het openbaar moeten zijn, is voor vrouwen altijd gevaarlijker. Ze worden vaak verbaal en fysiek lastiggevallen door mannen, en lopen risico op seksueel geweld. Veel genderproblemen na een ramp kunnen worden gezien als een escalatie van de situatie waaraan vrouwen daarvoor het hoofd moesten bieden. Slechte sociale condities vóór de ramp betekenen bijvoorbeeld dat de armen – meestal vrouwen – zwaarder zullen worden getroffen dan anderen. En als er problemen van geweld tegen vrouwen waren vóór de ramp, dan zullen deze nog verergeren.

Huiselijk geweld wordt beschouwd als een van de belangrijkste oorzaken van verwondingen. Aangetoond is dat huiselijk geweld veel meer invloed heeft op de gezondheid van vrouwen dan louter de fysieke verwondingen. Sylvie Lo Fo Wong concludeerde in haar onderzoek dat huisartsen erg belangrijk zijn in het signaleren en bespreken van huiselijk geweld en dat zij een doorslaggevende rol kunnen spelen in de *empowerment* van mishandelde vrouwen.<sup>5</sup>

En tot slot: door seksueel misbruik en geweld kunnen genitale infecties ontstaan, maar ook ongewenste zwangerschappen, en dus de noodzaak tot veilige beëindiging daarvan.

## Een 'biopsychosociale' blik

Wat kunnen wij in de eerstelijnsgezondheidszorg doen? Of beter, wat zouden wij *huisartsen* moeten doen? De complexiteit van de emotionele en somatische consequenties van rampen maakt de noodzaak van een integrale aanpak vanuit de huisartsenpraktijk zeer groot. Een integraal ziekteconcept en een integrale benadering vormen de kracht en de sleutelpositie van de huisarts. Zoals Iona Heath al in 1995 stelde, heeft de huisarts in de kern twee rollen: die van gids en hoeder op de grens tussen klacht en ziekte, en die van getuige van de menselijke ervaring en de zoektocht naar zingeving bij klachten en ziekten.<sup>6</sup>

Een biopsychosociale blik betekent dat symptomen worden gerelateerd aan de voorgeschiedenis, de sociale context en de eigen percepties van de patiënt. Een biopsychosociale benadering is daar-

mee een van de kerncompetenties van de huisarts. Zoals gezegd heeft de (medische) voorgeschiedenis van een patiënt vóór een ramp grote invloed op de gezondheidsklachten daarna. Daarom is de huisarts bij uitstek toegerust voor het herkennen van complexe gezondheidsproblemen die zich na een ramp kunnen openbaren. Patiënten met een voorgeschiedenis van geestelijke gezondheidsproblemen zullen na een ramp vaak hun vooraf bestaande problematiek uiten bij de presentatie van klachten aan hun huisarts.

### Biopsychosociaal, gender en identiteit

De huisarts verkeert ook in uitstekende positie om gendersensitieve zorg te verlenen. Even een zijspiong naar twee belangrijke concepten van sekse en gender. Deze twee termen worden in de geneeskunde vaak als synoniemen gebruikt, maar ze betekenen iets anders. 'Sekse' betreft de biologische verschillen tussen man en vrouw: chromosomen, interne en externe geslachtsorganen, hormonen en secundaire geslachtskenmerken bepalen tezamen iemands sekse.

'Gender' betreft de psychologische, sociale en culturele aspecten: hoe mannen en vrouwen worden gezien in de samenleving, wat ze willen, denken en voelen, hoe ze zich kleden en hoe zij de wereld waarin ze leven ervaren. Ofwel: de sociale, culturele en symbolische constructie van vrouwelijkheid en mannelijkheid in een samenleving.<sup>7</sup>

Vrouwen groeien anders op dan mannen en vervullen andersoortige posities in de maatschappij. In bijna alle culturen voelen vrouwen zich bijvoorbeeld verantwoordelijk voor hun taak als zorggevers. De zorg voor het gezin en de relationele aspecten zijn van grote betekenis voor het gevoel van welzijn van vrouwen. Dit heeft te maken met het gegeven dat vrouwen tijdens het proces van socialisatie een identiteit ontwikkelen waarin 'verbondenheid' - het gevoel in relatie met de ander te staan - net zo belangrijk is als autonomie.<sup>8</sup>

Twee componenten bepalen iemands identiteit:

- zelfbewustzijn: het vermogen om je bewust te zijn van je eigen emoties en behoeften;
- Gevoeligheid voor anderen: je bewust zijn van andermans emoties en behoeften en het vermogen om empathie en intimiteit te voelen.

In alle culturen ontwikkelen vrouwen een grotere Gevoeligheid voor anderen. Na traumatische gebeurtenissen is dit een nadeel, want op dergelijke momenten moeten vrouwen meer dan ooit zorgen voor hun familie en dat onder zeer slechte omstandigheden. Het is dan moeilijk om te slagen. Aangezien vrouwen hun symptomen meer internaliseren dan mannen, zijn zij ook meer geneigd om zichzelf de schuld te geven en te denken dat ze incompetent zijn.

### Een gendersensitieve benadering

Gendersensitieve geneeskunde houdt in dat de relevante genderverschillen in somatische, psychologische en sociaalculturele aspecten van klachten worden meegewogen. We moeten de individuele geschiedenis van de patiënt, man of vrouw, binnen



Foto: Corbis

een groep, cultuur of samenleving begrijpen. Voor de zorg na een ramp betekent dit allereerst het herkennen van de hoogrisicopatiënten. Dit zijn:

- patiënten met psychische problematiek (depressie, angst), vaker vrouwen;
- patiënten met trauma's in de voorgeschiedenis, vooral vrouwen die seksueel zijn misbruikt;
- patiënten die te maken hebben met huiselijk geweld;
- zwangere vrouwen;
- vrouwen die de zorg hebben voor kleine kinderen.

Na een ramp moet elke hulpverlener zich concentreren op de selectie van slachtoffers met problemen in de voorgeschiedenis. Caroline heeft bijvoorbeeld een hoog risico. Voor de ramp had ze depressieve periodes, en ze heeft in haar jeugd weliswaar geen fysiek of seksueel misbruik meegemaakt, maar ze was wel getuige van het geweld van haar vader tegen haar moeder.

Essentieel in een gendersensitieve benadering na een ramp is allereerst voldoende aanbod van en vrije toegang tot diensten gericht op de reproductieve gezondheid en de zorg voor moeder en kind.

Een biopsychosociale benadering erkent dat het herstel van de gezondheid niet alleen afhangt van een goede medische behandeling, maar ook van het herstel van menselijke relaties en van terugkeer van hoop op een betere toekomst.

De interventies moeten zich dan ook mede richten op het versterken van de autonomie, het versterken van het zelfbewustzijn. In het bijzonder moet daarbij oog zijn voor de verhoogde Gevoeligheid voor anderen van vrouwen. Belangrijk aandachtspunt is het te veel zorgen en het te weinig grenzen kunnen stellen, opdat vrouwen hun eigen behoeften goed in de gaten leren houden. Bij vrouwen in crisis- en rampensituaties zal daarom bij een gendersensitieve aanpak vaak aan hun te grote en ondermijnende Gevoeligheid voor anderen grenzen moeten worden gesteld. Het uiteindelijke doel is dat we vrouwen helpen actieve, zelfhandelende mensen te worden die hun eigen keuzen kunnen bepalen.

## Kortom...

Concluderend kunnen we stellen:

- vrouwen hebben een hoger risico op PTSS in de loop van hun leven;
- vrouwen hebben geen hoger risico op PTSS als gevolg van rampen;
- huisartsen zouden zich moeten focussen op hoogrisicopatiënten, te weten vrouwen met trauma's of psychische problemen in de voorgeschiedenis, zwangeren, en vrouwen met de zorg voor kleine kinderen;
- een biopsychosociale benadering is van groot belang;
- de focus moet liggen op herstel en versterking van de autonomie van de vrouw binnen haar individuele context;
- aan de te grote Gevoeligheid voor anderen moeten bij vrouwen grenzen worden gesteld.

## Literatuur

- 1 Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, Stein MB. Posttraumatic stress disorder: A state of the science review. *J Psychiatric Research* 2006;40:1-21.
- 2 Tokin D, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bulletin* 2006;132:959-92.
- 3 Stuber J, Resnick H, Galea S. Gender disparities in posttraumatic stress disorder after mass trauma. *Gender Medicine* 2006;3:54-67.
- 4 Soeteman RJ, Yzermans CJ, Spreuwenberg P, Lagro-Janssen TA, Van den Bosch WJ, Van der Zee J. Changes in the pattern of service utilisation and health problems of women, men and various age groups following a destructive disaster: a matched cohort study with a pre-disaster assessment. *BMC Family Practice* 2008;9:48-52.
- 5 Lo Fo Wong S. The doctor and the woman "who fell down the stairs". Family doctor's role in recognizing and responding to intimate partner abuse [Proefschrift]. Nijmegen, 2006.
- 6 Iona Heath. The mystery of general practice: Third John Fry Trust Fellowship Monograph. London, 1995.
- 7 Lagro-Janssen ALM. De geneeskunde is niet genderneutraal: invloed van de sekse van de dokter op de medische zorg. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:1141-5.
- 8 Bekker MHJ, Van Assen MALM. Autonomy – connectedness and gender. *Sex Roles* 2008;59:532-44.

## Klinische les

# Een ongewoon beloop

Josefine Pouw, Arie Knuistingh Neven

## Inleiding

De huisarts ziet vooral alledaagse klachten, maar de zeldzaamheden horen er ook bij. Onderstaande casus laat nog eens zien dat de huisarts altijd alert moet blijven, juist bij ongewone zaken.

## Samenvatting

Pouw J, Knuistingh Neven A. Een ongewoon beloop. *Huisarts Wet* 2008;51(12):626-28.

Onder alledaagse klachten en afwijkingen gaan soms onverwachte en ernstige aandoeningen schuil. De huisarts kan deze zeldzame ziekten meestal niet snel herkennen, maar moet bij een afwijkend beloop bedacht zijn op een zeldzame en ernstige aandoening. De ziekte van Wegener is zo'n aandoening die zich kan manifesteren als een alledaagse klacht – in dit geval een gewone folliculitis.

Josefine Pouw, huisarts (destijds aios), LUMC, Afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Postzone V0-P, Postbus 9600, 2300 RC Leiden; Josefine Pouw, huisarts (destijds aios), Arie Knuistingh Neven, huisarts-epidemioloog.

Correspondentieadres: A.Knuistingh\_Neven@lumc.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

## Casus

Wilfred de Groot is een 30-jarige man met een blanco voorgeschiedenis. Hij bezoekt de huisarts vanwege een ontsteking op zijn kin. De huisarts denkt aan een folliculitis en behandelt hem met flucloxacilline. Een aantal dagen daarna meldt Wilfred zich 's avonds bij de SEH omdat de ontsteking toeneemt en inmiddels pijnlijk is. De dienstdoende assistent heelkunde vertelt hem dat de ontsteking nog niet rijp genoeg is om 'in te snijden'. De assistent verhoogt de dosis flucloxacilline en geeft pijnmedicatie (diclofenac).

Weer een paar dagen later is de pijn onhoudbaar en gaat Wilfred opnieuw naar de huisarts. De pijn straalt van de hele rechterkaak door naar het rechteroor. Ook de mondholte is zeer pijnlijk, met name het tandvlees. Hij voelt zich beroerd. De huisarts ziet een abcederende ontsteking waar pus uitkomt en een nieuw kaal plekje in de baardstreek dat lijkt op een ingegroeid haartje. De huisarts vertrouwt het niet en verwijst de patiënt direct door naar de chirurg. Daar krijgt hij na een incisie en een kweekafname een ander antibioticum voorgeschreven, namelijk clindamycine.

Drie weken na het begin van de klachten komt Wilfred via de chirurg bij de dermatoloog terecht. De situatie is onveranderd en inmiddels gebruikt hij voor de pijn paracetamol, diclofenac en tramadol. De dermatoloog ziet twee ulcererende ontstekingen op de kin. Histologisch onderzoek van het weefselbiopt toont een ulcererende granulerende ontsteking. Bacteriologisch onderzoek laat geen pathogenen zien. Uit laboratoriumonderzoek blijkt een hoge bezinking (80 mm/1<sup>e</sup> uur), een