



Marinearts onderzoekt weeskinderen Haïti
(bron: Ministerie van Defensie)

w e t e n s c h a p

Psychotrauma nader beschouwd

De wetenschappelijke aandacht voor de gevolgen van schokkende gebeurtenissen of potentieel traumatische gebeurtenissen is de afgelopen 25 jaar enorm toegenomen (Hermans, 2011; Hovens & Van der Ploeg, 2002). Een recente zoektocht met alleen de trefwoorden 'PTSD (PTSS)' en 'post traumatic stress' levert 127 artikelen op voor het jaar 1986. Eenzelfde zoektocht over het jaar 2011 brengt de teller op 1851 artikelen: een ruime vertienvoudiging. Ter vergelijking: met de trefwoorden 'depression' en 'depressive' zijn de aantallen artikelen respectievelijk 4481 (1986) en 15043 (2011): 'slechts' een ruime verdrievoudiging. In werkelijkheid zijn deze getallen natuurlijk conservatieve schattingen: lang niet alle tijdschriften zijn erin opgenomen, maar ze tonen wel een duidelijke trend.

.....
Peter van der Velden en Peter van Loon

De groeiende aandacht voor trauma

Deze ontwikkeling correspondeert nauw met de aandacht voor dit thema in de samenleving als geheel. Zo zijn in Nederland ruim 25 jaar geleden de bureaus

Slachtofferhulp opgericht (tegenwoordig Slachtofferhulp Nederland) en werd in dezelfde tijd het Instituut voor Psychotrauma gesticht. Tien jaar daarvoor werd, ten behoeve van de getroffenenen van de Tweede Wereldoorlog, Centrum '45 in het leven geroepen. Waren 25 tot 30 jaar geleden in de GGz nauwelijks (recentelijk) getraumatiseerde cliënten 'te vinden', tegenwoordig hebben veel zo niet bijna alle GGz-instellingen

specialistische kennis in huis voor de behandeling van trauma's. Ook in de moderne wereld van e-Health zijn effectieve behandelmogelijkheden voor getroffen en met ernstige posttraumatische klachten ontwikkeld en beschikbaar (Lange et al., 2003). Sinds 2006 is er een Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP).

Anders dan bijvoorbeeld na het vliegtuigongeval op Tenerife in 1977, heeft opvang en nazorg na rampen tegenwoordig een zeer prominente plek, inclusief gezondheidsonderzoek. Inmiddels vervullen de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD's) daarin een belangrijke regierol. Ook binnen de wetgeving rondom arbeidsomstandigheden (Arbo-wet) hebben schokkende gebeurtenissen zoals agressie en geweld vanaf begin jaren '90 een belangrijke plek gekregen (Evers & Van der Velden, 1993), zowel wat preventie als wat opvang en nazorg betreft. In dit juridische perspectief moet ook het spreekrecht en de schriftelijke slachtofferverklaring genoemd worden (Lens, Pemberton & Groenhuisen, 2010). Dit zijn rechten van groepen slachtoffers van criminaliteit, die hun oorsprong hebben in de (onbewezen) gedachte dat uitoefening van deze rechten de verwerking van schokkende gebeurtenissen ten goede zou komen.

Keerzijde

Het begrip psychotrauma is nu zo sterk ingeburgerd, dat tegenvallende voetbalprestaties en lastige collega's gemakkelijk als 'trauma's' worden aangeduid. Zodra er iets heel ergs gebeurt, lijkt 'trauma' de beste term. Zelfs in kwaliteitskranten worden bijvoorbeeld echtscheidingen trauma's genoemd. Een beroerdere inflatie van het begrip is moeilijk denkbaar. Het thema is zo populair dat bijvoorbeeld crisis en branden, door de media welhaast direct geassocieerd worden met trauma's, en getroffen en van rampen publiek bezit zijn geworden (Van der Velden et al., 2004).

Schokkende gebeurtenissen en psychische stoornissen

Voorop gesteld: na de meeste typen schokkende gebeurtenissen, laten veel getroffen en binnen enkele weken of maanden 'spontaan' herstel zien. De vraag hoe vaak voortdurende ernstige psychische klachten of psychische stoornissen voorkomen na dergelijke schokkende gebeurtenissen is, ondanks de vele studies, gemakkelijker gesteld dan beantwoord. Immers, van welke psychische stoornissen willen we de prevalenties weten: depressieve of stemmingsstoornissen, dissociatieve stoornissen, angststoornissen waaronder de PTSS of middelenstoornis? Over welke periode spreken we dan, de afgelopen maanden, jaar of vijf jaren?

Wat psychische stoornissen na schokkende gebeurtenissen onder volwassenen betreft, is de prevalentie van PTSS ten opzichte van andere psychische stoornissen zoals depressie het vaakst systematisch onderzocht.

Zo komt het onderzoek 'Main Traumatic Events in Europe: PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey' tot de conclusie dat de twaalfmaands prevalentie van PTSS in Europa 1.1% zou zijn: dus circa 1% van alle volwassen Europeanen zou in de afgelopen twaalf maanden gedurende minstens een maand alle symptomen hebben gehad van PTSS (Darves-Bornoz et al., 2008).

Dit twaalfmaands prevalentiecijfer moet niet verward worden met het aantal PTSS-gevallen op dit moment. Het betekent ook dat in die groep van 1.1%, mensen zitten die ook in het jaar of jaren ervoor al kampten met PTSS. Hoe die verhoudingen precies liggen is onduidelijk. Wel blijkt uit onderzoek dat verkrachtingen en seksueel misbruik bijvoorbeeld gepaard gaan met een groter risico op PTSS dan bijvoorbeeld natuurrampen.

Niettemin kunnen we stellen dat slechts bij een variabele (kleine) minderheid psychische stoornissen waarneembaar zijn na een schokkende gebeurtenis. Die nuancering is belangrijk, omdat er ook studies zijn, zoals onder reddingswerkers, die tonen dat confrontaties met schokkende beelden en ervaringen niet of nauwelijks gepaard hoeven te gaan met (ernstige) psychopathologie. Zo bleken Britse *body handlers* voor de inzet even gezond als na de inzet bij een ramp (Alexander & Wells, 1991), zoals ook werd vastgesteld bij Nederlandse *Urban Search and Rescue workers* die bij de ramp in Haïti werden ingezet (Van der Velden et al., 2011).

Psychische stoornissen in het algemeen

Al deze cijfers moeten we wel plaatsen tegen de achtergrond van de prevalentie van psychische stoornissen in het algemeen. Zo blijkt uit het bekende NEMESIS-2-onderzoek, uitgevoerd onder een representatieve groep van ruim 6600 volwassen Nederlanders in 2007-2009, dat de twaalfmaands prevalentie van stemmingsstoornissen en angststoornissen respectievelijk 6.1% en 10.1% is (De Graaf et al., 2010). Maar liefst 17.5% had volgens dit onderzoek in een periode van twaalf maanden met enigerlei psychische stoornis(sen) te kampen, dus circa een op de zes volwassen Nederlanders. Het percentage mensen dat kampt met psychische of levensproblemen, maar in formele zin niet voldoet aan de criteria van een psychische stoornis volgens de DSM, is (nog) groter.

Risicofactoren voor PTSS

Dat brengt ons tot de vraag welke factoren ertoe bijdragen dat getroffen en na de gebeurtenis met psychische stoornissen of ernstige stressklachten kampen: welke risicofactoren zijn te onderscheiden? Ook hier geldt wederom de vraag: risicofactoren met betrekking tot welke specifieke klachten of stoornissen na schokkende gebeurtenissen, en met betrekking tot klachten op de korte, middellange of lange termijn? Wanneer

we ons beperken tot PTSS zonder tijdsafbakening, dan wordt in de wetenschappelijke literatuur vaak een onderscheid gemaakt tussen zogenaamde *pre-*, *peri-* en *post-event factoren*. In het bestek van dit artikel beperken we ons tot een drietal saillante risicofactoren; voor een uitvoeriger overzicht verwijzen we naar de meta-analyses van Brewin en collega's (2000) en Ozer en collega's (2003).

Pre-event risicofactoren

Ten eerste is, zoals beschreven, op basis van onder meer de uitkomsten van het NEMESIS-onderzoek duidelijk dat – los van de vraag van welke psychische stoornissen of stressklachten we de risicofactoren willen kennen – een deel van de mensen, die met schokkende gebeurtenissen zijn geconfronteerd, daarvoor al met ernstige psychische klachten kampen. Deze eerdere klachten vormen een risicofactor voor latere klachten (Yzermans et al., 2005). In de alledaagse praktijk van crisismanagement (Van Loon, 2008), opvang en nazorg na schokkende gebeurtenissen is dat herkenbaar: veelal blijken bijvoorbeeld getroffen medewerkers waarover de chef of leidinggevende zich zorgen maakt, medewerkers te zijn die al met stressklachten kampen, al dan niet vanwege werkstress, echtscheiding, ernstige ziekte in de familie of andere narigheid (Kleber & Van der Velden, 2010). Zo bleek uit een onderzoek bij politieagenten dat circa de helft van de agenten met ernstige psychische klachten, reeds ruim twee jaar tevoren met deze klachten te kampen had (Van der Velden et al., 2010). Met andere woorden: het functioneren van getroffenen vóór schokkende gebeurtenissen, waaronder ook bijvoorbeeld iemands persoonlijkheid, genetische factoren, copingrepertoire, zelfredzaamheid en bestaande systeem van sociale steun, is medebepalend voor het functioneren daarna.

Peri-event risicofactoren

Een tweede risicofactor, of eigenlijk groep van factoren, wordt gevormd door datgene wat getroffenen hebben gevoeld, gezien, gehoord en gedaan tijdens de gebeurtenis: de zogenaamde peri-traumatische ervaringen. Opvallend is nu dat de uitkomsten van studies tonen dat dergelijke factoren in zijn algemeenheid eigenlijk weinig verklaren hoe het met getroffenen op termijn gaat, en voornamelijk met betrekking tot de ontwikkeling van PTSS-klachten (Brewin et al., 2000). De genoemde studies onder reddingswerkers wezen daar ook al op. Deze uitkomsten zijn vooral opmerkelijk, omdat bijvoorbeeld PTSS wordt toegeschreven aan de schokkende gebeurtenis, met andere woorden: de kenmerkende gevoelens van angst, hulpeloosheid of afschuw bijvoorbeeld, blijken niet of nauwelijks systematisch samen te hangen met PTSS (Rosen & Lilienfield, 2008). Wat deze peri-traumatische emoties betreft, staat de laatste decennia vooral de zogenaamde peri-traumatische dissociatie centraal (Ozer et al., 2003): getroffenen die dergelijke intense *emoties* van



Nederlandse marinier tussen puinhopen op Haiti
(bron: Ministerie van Defensie)



Mariniers proberen menigte in bedwang te houden
(bron: Ministerie van Defensie)



Voedselverstreking
(bron: Ministerie van Defensie)

vervreemding en verwarring zouden hebben tijdens of vlak na de gebeurtenis zouden (veel) meer kans lopen op bijvoorbeeld PTSS. Een recente systematische review toont echter dat prospectieve studies die rekening houden met stressklachten in de eerste dagen of weken, nauwelijks vinden dat deze peri-traumatische dissociatie samenhangt met latere klachten in tegenstelling tot, wederom, deze initiële stressklachten (Van der Velden & Wittmann, 2008).

Post-event risicofactoren

Een derde en belangrijke risicofactor betreft een geringe of het ontbreken van zogenaamde 'social support', zoals praktische, emotionele en informatieve steun. Diverse studies tonen dat getroffen en die dergelijke steun ontberen, waaronder begrip en erkenning, een grotere kans lopen op bijvoorbeeld PTSS dan getroffen en die wel deze steun hebben of krijgen (Guay et al., 2006). Maar, de relatie tussen steun en klachten is tegelijkertijd complex. Er zijn duidelijk aanwijzingen dat veel steun in de eerste weken en maanden bijdraagt aan een reductie van klachten, maar dat op langere termijn veel klachten ertoe (kunnen) leiden dat getroffen eerder minder steun krijgen (Kaniasty & Norris, 2008).

Wel moet constant in ogenschouw worden genomen dat 'een hoger risico op' niet hetzelfde betekent als dat getroffen dus betreffende klachten ontwikkelen: er is alleen een grotere kans. Met betrekking tot sociale steun bijvoorbeeld is deze nuancering belangrijk, omdat weliswaar veel getroffen behoefte hebben hun ervaringen te delen – zie het werk van Pennebaker – en daarmee steun verwerven, maar dus niet allemaal. Een ongerichte overdaad aan aandacht of belangstellende vragen kan de behoefte aan rust, die getroffen ook hebben, verstoren. En ook hier geldt: een eventueel gebrek aan steun kan evengoed een signaal zijn van een gebrek aan sociale steun dat ook vóór het gebeurde aanwezig was (Drogendijk et al., 2011). Kortom, er zijn redenen aan te voeren om voorzichtig te zijn met het toeschrijven van gesignaleerde problemen aan (alleen) de gebeurtenis (Greenberg & Wessely, 2009).

Diagnostiek en behandeling

Heftige emoties in de eerste dagen of weken zijn dus niet meteen een teken van ziekte. Uit bovenstaande cijfers blijkt juist dat de meeste mensen beschikken over een dosis veerkracht: ze zijn in staat zich te herstellen, met erkenning, begrip, aandacht en praktische steun uit hun eigen sociale omgeving (familie, vrienden, collega's, enzovoort). Vaak gaat het daarbij ook om het reduceren van allerlei bronnen van stress die met de gebeurtenis gepaard gaan, zoals het bieden van gezinszorg als gezinsleden, die vanwege letsel van dierbaren vaak en voor lange tijd naar het ziekenhuis moeten. Of meer professionele zorg nodig is, hangt telkens af van de (behoeften van) getroffen en de context waarin zij zich bevinden: zo spelen na bijvoorbeeld moord fa-

milieurechercheurs een belangrijke informatieve en steunende rol, zorgt slachtofferhulp bij strafrechtzaken voor bijvoorbeeld juridische bijstand, en kunnen geestelijken bij mogelijke geloofsdilemma's van belang zijn. Waar genoemde steun vanuit de eigen sociale omgeving om allerlei redenen tekortschiet, kunnen hulpverleners deze bieden. Gezamenlijk doel is zoveel als mogelijk bij te dragen aan het reduceren van bronnen van stress en reacties, herstel en rust, zonder te vervallen in quasi wetenschappelijke interventies.

Echter, daar waar sprake is van persistente klachten of psychische stoornissen na schokkende gebeurtenissen, is het zaak betreffende getroffen en tijdig te verwijzen naar GGZ voor diagnostiek en behandeling. Op dat moment zijn verdere begeleidings- of counsellingsgesprekken gericht op verminderen van klachten niet meer effectief en dienen dan afgeraden en beëindigd te worden. Op de site www.ggzrichtlijnen.nl staat voor de meeste psychische stoornissen, waaronder PTSS, beschreven welke therapievormen *evidence-based* zijn, dat wil zeggen op basis van ondermeer RCT-studies de voorkeur verdienen. Wat PTSS betreft, zijn dat vooral cognitieve gedragstherapie, waaronder ook EMDR en Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP).

Literatuur

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, 4th ed. Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association A.P.A.
- Brewin, C.R., Andrews, A., & Valentine JD (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748-766.
- Darves-Bornoz, J.M., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J.M., Kovess-Masfety, V., Lepine, J.P., Nachbaur, G., Negre-Page, L., Vilagut, G., & Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 455-462.
- Drogendijk, A.N., Velden, P.G. van der, Gersons, B.P.R., & Kleber, R.J. (2011). Lack of social support among ethnic minorities after a disaster: A comparative study. *British Journal of Psychiatry, 198*, 317-322.
- Evers, G., & Velden, P.G. van der. (1993). Agressie en geweld op het werk een 'nieuw' Arbo-risico. *Arbeidsomstandigheden, 93*, 2, 83-85.
- Greenberg, N., & Wessely, S. (2009). The dangers of inflation: Memories of trauma and post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry, 194*, 479-480.
- Hermans, F. (2010). *Trauma en beschaving: Een historisch-sociologisch onderzoek naar de opkomst en verbreiding van de zorg voor slachtoffers van*

- schokkende gebeurtenissen. Diemen/Amsterdam: Arq/Boom.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 327-338.
 - Hovens, J.E., & Ploeg, G.J. van der. (2002). Hoe het trauma het gewone leven binnendrong: De geschiedenis van de PTSS sinds de negentiende eeuw. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 803-811.
 - Kaniasty, K., & Norris, F.H. (2008). Longitudinal linkages between perceived social support and posttraumatic stress symptoms: sequential roles of social causation and social selection. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 274-281.
 - Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Ven, J.P. van de, Schrieken, B., & Emmelkamp, P.M. (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71, 901-909.
 - Loon, P. (2008). Psychosociaal crisismanagement na calamiteiten: Casussen en interventies. *Psychologie & Gezondheid*, 36, 111-116.
 - Lens, K.M.E., Pemberton, A., & Groenhuijsen, M.S. (2010). *Het spreekrecht in Nederland: Een bijdrage aan het emotioneel herstel van slachtoffers?* Tilburg: INTERVICT.
 - Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
 - Rosen, R.M., & Lilienfeld, S.O. (2008). Posttraumatic stress disorder: an empirical evaluation of core assumptions. *Clinical Psychology Review*, 28, 837-568.
 - Velden, P.G. van der, Loon, P., Benight, C.C., & Eckhardt, T. (2012). Mental health problems among search and rescue workers deployed in the Haiti earthquake 2010: A pre-post comparison. *Psychiatric Research*. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.02.017.
 - Velden, P.G. van der, Pemberton, A., Loon, P., & Beumer S. (2004). *Slachtoffers niet gebaat bij trauma hype*. VOLKSKRANT (11 oktober 2004).
 - Velden, P.G. van der, Kleber, R.J., Grievink, L., & Yzermans C.J. (2010). Confrontations with aggression and mental health problems in police officers: The role of organizational stressors, life-events and previous mental health problems. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2, 135-144.



Prof. Dr. Peter van der Velden is verbonden aan het Instituut voor Psychotrauma (IVP) en is bijzonder hoogleraar bij de Universiteit van Tilburg (UvT). Van der Velden doet onderzoek naar de zelfredzaamheid van getroffenen van rampen en calamiteiten. De leerstoel vormt een belangrijke aanvulling op het onderzoeksprogramma van Intervict, dat zich bezighoudt met de rechten van slachtoffers en de maatschappelijke en psychologische aspecten van slachtofferschap. Het onderzoek ligt in het verlengde van zijn werk bij het IVP, partner in Arq. Bij het IVP doet Van der Velden voornamelijk onderzoek naar de gevolgen van rampen en calamiteiten, agressie en geweld, en oorlog, zoals posttraumatische klachten en middelengebruik.



Peter van Loon is sinds 1 oktober 2011 als zelfstandig ondernemer actief op het terrein van crisis, stress en trauma. Hij treedt op als adviseur, opleider en hulpverlener voor bedrijven, organisaties en overheden. Na ruim 25 jaar werkzaam te zijn geweest in diverse GGZ-instellingen, maakte hij in 2000 de overstap naar het Instituut voor Psychotrauma (IVP). Hier vervulde hij met veel plezier ruim 11 jaar de functies van senior adviseur crisismanagement en hoofd afdeling hulpverlening. Hij beschikt - naast een brede en gedegen theoretische achtergrond - over zeer veel praktijkervaring in de advisering aan verantwoordelijke bestuurders, directies en/of crisismanagers. www.peter-vanloon.nl