

# DE POSTTRAUMATISCHE STRESSSTOORNIS EN ONBEGREPEN LICHAMELIJKE KLACHTEN

M. Olf

## **Inleiding**

Al lang bestaat er binnen de geestelijke gezondheidszorg veel aandacht voor het effect van ingrijpende gebeurtenissen op de psychische gezondheid van een individu [Gersons, 2002]. De veronderstelling is dat ingrijpende gebeurtenissen een persoon zodanig uit zijn evenwicht kunnen brengen, dat daardoor een tijdelijke of zelfs langdurige psychische stoornis het gevolg kan zijn. De posttraumatische stressstoornis (PTSS) is een ernstige psychische aandoening die kan ontstaan ten gevolge van het meemaken van een ingrijpende ofwel traumatische gebeurtenis. Vaststaat, dat deze leidt tot een aanzienlijk functieverlies in werk, maar ook in relaties, en dat de stoornis de neiging heeft te persisteren [Gersons and Carlier, 1998]. Naast de PTSS kunnen ook andere klachten optreden na het meemaken van een schokkende gebeurtenis, zoals depressieve klachten, middelen misbruik, angstklachten en onbegrepen lichamelijke klachten ofwel lichamenlijk onverklaarde klachten (LOK). Er is ook grote co-morbiditeit van deze stoornissen als gevolg van een traumatische gebeurtenis. Bij circa 80% van de mensen met PTSS is enige andere stoornis aanwezig [Kessler et al., 1995].

Deze bijdrage richt zich op hoe PTSS en LOK herkend kunnen worden en worden behandeld. Dit artikel betreft met name de omschrijving en behandeling van acute en chronische ongecompliceerde PTSS. Eerst zal worden ingegaan op de diagnose van de posttraumatische stressstoornis en de behandeling daarvan. Vervolgens wordt aandacht besteedt aan herkenning en behandeling van lichamenlijk onverklaarde klachten.

## **Posttraumatische stressstoornis**

Alhoewel gemiddeld 50% van alle mensen ooit een traumatische gebeurtenis meemaakt, ontwikkelt niet iedereen die aan een ingrijpende/traumatische gebeurtenis wordt blootgesteld, een PTSS. De life time prevalentie van PTSS is 7,8 % [Kessler et al., 1995]. Ook blijkt uit onderzoek dat de life time prevalentie onder vrouwen twee keer zo hoog is als bij mannen (10,4%

Tabel 1: De definitie van PTSS volgens DSM IV [American Psychiatric Association, 2001].

309.81 Posttraumatische Stresstoornis (PTSS)

- A. De betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij *beide* van de volgende van toepassing zijn:
- (1) betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen
  - (2) tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid, of afschuw  
NB. Bij kinderen kan dit zich in plaats hiervan uiten in chaotisch of geagiteerd gedrag.
- B. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op *één (of meer)* van de volgende manieren:
- (1) recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen.  
NB. Bij jonge kinderen kan dit zich uiten in de vorm van terugkerende spelletjes waarin de thema's of aspecten van het trauma worden uitgedrukt.
  - (2) recidiverend akelig dromen over de gebeurtenis  
NB. Bij kinderen kunnen angstdromen zonder herkenbare inhoud voorkomen
  - (3) handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt.  
(hertoe behoren ook het gevoel van het opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties en dissociatieve episodes met flashback, met inbegrip van die welke voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie).  
NB. Bij jonge kinderen kunnen traumaspecifieke heropvoeringen voorkomen
  - (4) intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken
  - (5) fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken
- C. Aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit *drie (of meer)* van de volgende:
- (1) pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma te vermijden
  - (2) pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden
  - (3) onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren
  - (4) duidelijke verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten.
  - (5) gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen
  - (6) beperkt uiten van affect (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben)
  - (7) gevoel een beperkte toekomst te hebben (bijvoorbeeld verwacht geen carrière te zullen maken, geen huwelijk, geen kinderen, of geen normale levensverwachting).
- D. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit *twee (of meer)* van de volgende:
- (1) moeite met inslapen of doorslapen
  - (2) prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen
  - (3) moeite met concentreren
  - (4) overmatige waakzaamheid
  - (5) overdreven schrikreacties
- E. Duur van de stoornis (symptomen in B, C, en D) langer dan één maand.
- F. De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperking in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

De diagnose PTSS kent verder drie specificaties:

- Acut: indien de duur van de symptomen korter dan drie maanden is
- Chronisch: indien de duur van de symptomen drie maanden of langer is
- Met verlaat begin: indien het begin van de symptomen ten minste zes maanden na het trauma ligt

vs 5.0%) [Kessler et al., 1995; Breslau et al., 1998]. PTSS komt ook vaker voor bij groepen die gekarakteriseerd kunnen worden als hoog risicogroepen [Foa, 2000] zoals oorlogsveteranen [Saxon et al., 2001], maar ook personen in traumagevoelige beroepsgroepen zoals de politie [Carlier, 1998], brandweer [Ursano et al., 1999; Beaton et al., 1999], personeel van geldinstellingen [Kamphuis en Emmelkamp, 1998] of bij het openbaar vervoer. Tevens vormen hulpverleners tijdens rampen, dat wil zeggen personen die praktische en psychische hulp aanbieden bijvoorbeeld Rode Kruis personeel en Slachtofferhulp, en hulpverleners bij humanitaire hulporganisaties een groeiende hoog risicogroep wat betreft blootstelling aan schokkende/traumatische gebeurtenissen [Hodgkinson en Shepherd, 1994].

Sinds de introductie van de posttraumatische stressstoornis in 1980 als een van de angststoornissen in de DSM III (Diagnostic en Statistic Manual van de Amerikaanse Vereniging voor Psychiatrie) is de belangstelling voor dit onderwerp groot [Bryant, 2000; Friedman, 1996; Rosenberg et al., 2001; Breslau et al., 1998]. Na een aantal aanpassingen van de diagnose PTSS in de daaropvolgende edities van de DSM, luidt de huidige DSM IV diagnose van PTSS als volgt (zie tabel I).

Voorwaarde voor het stellen van de diagnose PTSS is dat aan het criterium A wordt voldaan, dat wil zeggen dat men een traumatische ervaring hebben meegemaakt. PTSS kan het gevolg zijn van uiteenlopende traumatische gebeurtenissen, van de meest extreme zoals langdurig geweld in de kindertijd of concentratiekamp ervaringen, tot kortere en vaker voorkomende gebeurtenissen als verkeersongelukken. Het gemeenschappelijke element is dat een traumatische gebeurtenis een stressreactie tot gevolg heeft, een biopsychologische respons, die bij sommige mensen leidt tot een chronische psychische stoornis. Dus ook de subjectieve ervaring van de gebeurtenis is van fundamenteel belang ten aanzien van de diagnose. Er moet sprake zijn van gevoelens van intense angst, hulpeloosheid of afschuw *in reactie op* een zeer specifieke ingrijpende ervaring.

Ook kenmerkend is dat het in de DSM IV gaat om een clustering van symptomen, een bepaalde tijdsduur en dat er sprake is van beperking in het (beroepsmatig) functioneren. Wat betreft de clustering van symptomen zijn

er sprake van drie groepen, te weten herhaaldelijke onwillekeurige herbeleving van de gebeurtenis (Cluster B), vermijding van confrontaties met het gebeurde (Cluster C), en een verhoogde staat van prikkelbaarheid, ofwel hyperactivatie (Cluster D). Deze symptomen zijn in eerste instantie (direct na een traumatische gebeurtenis) als normale reacties te beschouwen, dat wil zeggen als uitingen van een, vaak tijdelijk, verstoord evenwicht dat men moet proberen terug te vinden. Het hervinden van het evenwicht kan enkele weken, enkele maanden en soms enkele jaren in beslag nemen. De acute posttraumatische stressreactie kan beschouwd worden als een in de natuur gegeven respons, gericht op overleving [Gersons, 2002]. Een dysfunctionele toestand ontstaat dus wanneer deze verschijnselen blijven bestaan. De hyperactivatie bijvoorbeeld, is met andere woorden nuttig wanneer er gevaar dreigt, maar wordt verstoring (disfunctioneel) wanneer er geen sprake meer is van feitelijk dreigend gevaar. Bij de ontwikkeling van een PTSS kan er gesproken worden van een stagnatie van een (normaal) verwerkingsproces dat zich uit in aanhoudende, intensieve en onbeheersbare stressklachten [Foa, 2000].

Verskillende studies hebben aangetoond dat de diagnose PTSS door de huisarts vaak gemist wordt [e.g. Samson et al., 1999, Taubman-Ben-Ari et al., 2001]. Dit is van belang omdat de huisarts een cruciale rol speelt in het behandelen van mensen die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt zoals fysiek geweld, auto-ongelukken, brand of andere rampen en vervolgens symptomen van PTSS zouden kunnen ontwikkelen.

Wat betreft comorbiditeit (d.w.z. wanneer twee of meer stoornissen naast elkaar voorkomen), bestaat er consensus over het feit dat individuen die blootgesteld zijn aan een trauma kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van een aantal andere problemen [Ursano et al., 1999] onder andere depressieve-, angst- en aan een middel gebonden stoornissen. Alcoholmisbruik en depressie zijn de meest frequent voorkomende comorbide verschijnselen [Foa, 2000; Breslau et al., 2000] die klinische aandacht vereisen bij de vaststelling en behandeling van een PTSS. Maar ook comorbiditeit met lichamelijke klachten vraagt bijzondere aandacht vanwege de mogelijke impact op het verloop van de PTSS en de functionele beperking.

### **Onbegrepen lichamelijke klachten**

Het is reeds lang bekend dat stress kan leiden tot gezondheidsklachten. Dit betreft zowel zelfgerapporteerde gezondheid als psychobiologische correlaten [Olf et al., 1991, 1995]. Het is dan ook niet verwonderlijk dat een extreme stressor in de vorm van een traumatische gebeurtenis niet alleen tot psychische klachten kan leiden maar ook lichamelijke klachten tot gevolg

heeft. Het gaat hierbij vooral om veel voorkomende lichamelijke klachten waarvoor geen medische verklaring gevonden kan worden. Het betreft klachten als moeheid, rugpijn, hoofdpijn, pijn op de borst, maagdarm klachten, hartkloppingen, spierpijn, misselijkheid, benauwdheid, duizeligheid, etc. Voor deze subjectieve gezondheidsklachten zijn verschillende termen in omloop. Vaak worden ze Medically Unexplained Symptoms (MUS) genoemd of wel Lichamelijk Onverklaarde Klachten (LOK).

De dichtst in de buurt komende psychiatrische diagnose somatisatiestoornis heeft een relatief lage prevalentie [e.g. Swartz et al., 1987]. In epidemiologische studies worden daarom vaak andere definities gehanteerd, zoals 'abridged somatization', gedefinieerd als 4 of meer somatisatie symptomen bij mannen en 6 of meer bij vrouwen of wordt gebruik gemaakt van het aantal somatisatie symptomen als een continuüm.

Naast somatisatiestoornis worden verschillende labels gebruikt om patiënten met lichamelijk onverklaarde klachten te beschrijven, vaak zijn ze afhankelijk van lokale cultuur en gebruik [bijv. White et al., 2000]. Min of meer dezelfde symptomen kunnen zo ook gelabeld worden als chronische vermoeidheidssyndroom, burnout, ME, subklinische depressie, surmenage, posttraumatische stress stoornis, lage bloeddruk, etc [Wessely et al., 1990, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000; Reid et al., 1999; Olf et al., 1995]. Deze klachten gaan gepaard met een aanzienlijk gebruik van de zorgconsumptie en vormen een uitdaging voor de huisarts in diagnostiek en behandeling [Deykin et al., 2001].

In tabel II staan de criteria zoals aangehouden in het nazorgproject van de Vliegkamp Bijlmermeer [Van Rood, Van Hemert, Hengeveld, 2000] waarbij patiënten voor een PTSS dan wel een LOK behandeling in aanmerking kwamen. Van belang is dat naast het feit dat er geen medische oorzaak gevonden wordt de gevolgen van de klachten de klachten in standhouden of een aanzienlijk lijden of functionele beperking veroorzaken. Daarnaast mag de klacht geen uiting zijn van een andere psychische stoornis.

Tabel II: Lichamelijk onverklaarde klachten.

<p>Indicaties LOK</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1 of meer lichamelijke klachten als hoofdklacht</li><li>- geen somatisch verklaring voor of niet adequaat somatisch te behandelen</li><li>- gevolgen van de klachten houden de klachten in stand of veroorzaken aanzienlijk lijden of functionele beperking</li><li>- klacht is geen uiting andere psychische stoornis</li></ul> <p>Contra-indicaties zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- te behandelen somatische stoornis</li><li>- organische psychische stoornis (met name dementie)</li><li>- psychotische stoornis</li><li>- alcohol/middelen gebruik</li></ul> <p>Relatieve contra-indicatie:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- somatisatie- of conversiestoornis</li><li>- ernstige persoonlijkheidsproblematiek</li></ul> <p>Geen contra-indicaties zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- As I stoornis ten gevolge van de klachten (bijvoorbeeld angst- of depressieve stoornis)</li><li>- psychofarmaca</li><li>- waanideeën betreffende het lichaam of de oorzaak van de klachten zolang de patiënt bereid is de ideeën te onderzoeken</li></ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Verskillende studies hebben aangetoond het meemaken van een traumatische ervaring zowel PTSS als lichamelijke klachten tot gevolg kan hebben. Bij oorlogsveteranen werden een verhoogd aantal lichamelijke klachten gevonden gepaard gaande met PTSD [bijvoorbeeld Shalev et al., 1990; Lindy et al., 1992], maar ook bij slachtoffers van rampen bleek dat mensen met PTSD meer klaagden over lichamelijke klachten dan degenen zonder PTSD [bijvoorbeeld Escobar et al., 1992; McFarlane et al., 1994]. In een studie van Andreski et al. [1998] werd gevonden dat mensen met PTSD een 3 tot 4 keer zo hoge kans hadden op 'abridged somatization'. De Golfoorlog heeft bij het militaire personeel ook geleid tot een onverwacht hoog aantal medische en psychiatrische condities waarvan de oorzaak onhelder was. Tienduizenden militairen bleken lichamelijk onverklaarde klachten te hebben die begonnen waren tijdens of na de Golfoorlog. De studie van Ford et al. [2001] toonde aan dat PTSS samenging met LOK en toegeschreven werd aan de Golfoorlog.

Ook de prospectieve studie naar de vuurwerkcramp in Enschede heeft tot gevolg dat een groot aantal mensen enkele weken na en anderhalf jaar na de ramp nog te kampen hebben met symptomen van PTSS en lichamelijke klachten [Van Kamp & Van der Velden, 2001].

## **Behandeling van PTSS**

Wat betreft de behandeling van PTSS, zal in deze bijdrage aandacht worden besteed aan de cognitieve gedragstherapeutische behandeling van PTSS, met specifieke aandacht voor een kort eclecticisch behandelingsprotocol voor PTSS, ontwikkeld door Gersons en Carlier [Gersons et al., 2000]. Ook aan bod komt een recent ontwikkelde behandelmethode, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) [Shapiro, 1989b; Shapiro, 1996a]. Er zijn ook aanwijzingen dat in sommige gevallen psychofarmaca effectief zijn in de behandeling van PTSS. In dit artikel beperken wij ons echter tot de meest gehanteerde psychologische behandelingen.

In diverse onderzochte methoden van succesvolle behandeling van PTSS blijkt dat een vorm van blootstelling aan de traumatische gebeurtenis (exposure) werkzaam is [Foa et al., 1995; Van Minnen en Arntz, 1998]. Exposure therapie vormt samen met cognitieve gedragstherapie de twee cognitieve gedragstherapeutische benaderingen van PTSS behandeling. Tijdens exposure-behandelingen wordt men herhaaldelijk geconfronteerd met de (meest) angst oproepende herinneringen aan de traumatische gebeurtenis [Van Minnen en Arntz, 1998]. Exposure vindt vooral imaginair plaats door de persoon te instrueren zich het trauma zo levendig mogelijk voor te stellen, alsof het opnieuw gebeurt. De persoon vertelt hierover in detail met het benoemen van zoveel mogelijk gevoelens. Door hun ogen te sluiten en het verhaal in de ik-vorm en de tegenwoordige tijd te vertellen wordt de levensechtheid van het gebeurde gefaciliteerd. De afgelopen jaren zien we een toenemende focus op imaginaire exposure, volgens Bryant [Bryant, 2000] vanwege de zich opdringende onaangename herinneringen (herbelevingen Bryant) als fundamentele 'doelwitsymptoom' in de behandeling van PTSS.

Cognitieve gedragstherapie richt zich op een verscheidenheid aan angsthanteringsstrategieën ten einde de angst te doen afnemen, zoals relaxatietraining, ademhalingsoefeningen, cognitieve herstructurering maar ook biofeedback, distractietechnieken en sociale vaardigheids-/assertiviteitstraining [Friedman, 1996]. Bovengenoemde technieken ofwel strategieën vormen al dan niet in combinatie met elkaar, samen met exposure, de gangbare cognitieve gedragstherapie voor PTSS [Foa, 2000]. De effectiviteit van exposure is inmiddels empirisch onderbouwd [Rothbaum, Meadows et al., 2000] en is in de praktijk relatief eenvoudig toepasbaar [van Minnen & Arntz, 1998]. In Nederland is echter nog geen goede effectstudie gedaan. Momenteel loopt er bij het Topzorgprogramma Psychotrauma van de MFO Psychiatrie AMC/De Meren een gerandomiseerde gecontroleerde trial waarbij wij de effectiviteit van een

kortdurende gedragstherapeutische interventie onderzoeken [Sijbrandij et al., 1998]. De interventie bestaat uit vier sessies met als doel de behandeling van acute posttraumatische stressreacties ter voorkoming van de ontwikkeling van een chronische PTSS. Vooral geschikt en voortbouwend op een model van Edna B. Foa [Foa et al., 1995] bevat de interventie elementen van exposure (imaginaire), educatie over de posttraumatische stressreacties, ontspanningsoefeningen en cognitieve herstructurering. Dit laatste houdt in dat cliënten worden geconfronteerd met na het trauma ontstane veranderingen in wereldbeeld en opvattingen over zichzelf (bijvoorbeeld 'Ik ben kwetsbaar' of 'Ik kan niemand vertrouwen').

In de tachtigerjaren is door Gersons en Carlier een kort eclecticisch behandelingsprotocol voor PTSS ontwikkeld, waarin een scala aan werkzame psychotherapeutische elementen zijn ondergebracht en gerangschikt. De behandeling heeft als doel het reduceren van de symptomen van PTSS door de getroffen personen weer controle te geven over hun leven. De behandeling bestaat uit zestien meestal wekelijkse sessies van 45 tot 60 minuten. Het woord 'eclecticisch' in de behandeling duidt op een combinatie van psychodynamische, cognitief-gedragstherapeutische en directieve psychotherapeutische theorieën, zoals bekend uit de literatuur [Gersons & Carlier, 1998]. De behandeling bestaat uit vijf essentiële elementen, te weten:

- 1) psycho-educatie;
- 2) imaginaire exposure;
- 3) schrijfpoddrachten en memorabilia;
- 4) betekenisverlening c.q. integratie;
- 5) afscheidsritueel.

Tijdens psycho-educatie wordt, meestal in aanwezigheid van de partner, aan de cliënt de samenhang geschetst tussen zijn/haar symptomen en de traumatische ervaring, alsmede de invloed van deze symptomen op het functioneren. Imaginaire exposure (zoals ook bij de Foa methode) vindt plaats in combinatie met ontspanningsoefeningen. De exposure heeft hier als doel het aan de oppervlakte brengen van extreme emoties van o.a. angst, woede, verdriet, die de cliënt nog niet volledig of zelfs helemaal niet heeft ervaren. In feite gaat het dus om een zorgvuldig gestuurde herbeleving van het trauma waarbij de cliënt controle behoudt door bijvoorbeeld op elk moment zijn ogen te kunnen openen. Vaak is er bij 'beroepsgetraumatiseerden' zoals de politie en brandweer sprake van meer dan één traumatische gebeurtenis. In dat geval wordt de belangrijkste uitgekozen, de zogeheten kerntraumatische gebeurtenis. De ervaring leert dat 4-6 sessies voldoende zijn om het hele gebeuren de revue te laten passeren



en alle emoties tot uitbarsting te laten komen [Gersons, 2002]. Habituatie heeft dan plaatsgevonden. Schrijfpoddrachten en memorabilia (dat wil zeggen voorwerpen dat concreet of symbolisch verband houden met het trauma) hebben eveneens als doel de moeilijke gevoelens die met de traumatische gebeurtenis verband houden, naar boven te brengen. De schrijfpoddracht, vaak genoemd een doorlopende brief, waarin moeilijke en agressieve gevoelens kunnen worden geuit, worden niet tijdens de sessies en in aanwezigheid van de therapeut uitgevoerd. Memorabilia (bijvoorbeeld kleding of krantenartikelen) kunnen worden gebruikt voor het terughalen van herinneringen en gevoelens, en ook voor het afscheidsritueel.

Betekenisverlening c.q. integratie houdt in dat men zich, na de ontlading van emoties, beter voelt en (voor het eerst) realiseert dat zijn/haar leven ingrijpend is veranderd. In deze fasen van de therapie wordt (kort) aandacht besteed aan existentiële kwesties zoals kwetsbaarheid en het eindigen van het leven, maar ook een meer positieve (waardevolle) kijk op het leven. Het thema 'hoe kijk ik nu tegen mijzelf en de wereld aan' ligt dus hier ten grondslag [Gersons & Carlier, 1998]. Niet zelden wordt zo de basis gelegd voor een nieuwe start, in het werk of op een ander gebied.

De behandeling wordt afgesloten met het afscheidsritueel, een ritueel om de traumatische ervaring te accepteren en achter zich te laten. Het afscheidsritueel kan worden gezien als een terugkeer- of herenigingsritueel [Gersons 2002] in de wereld van de naasten. Dat kan de vorm aannemen van het begraven of verbranden van bepaalde memorabilia of de brief in het bijzijn van naasten, op een door de cliënt uitgekozen geschikte plaats. Dit behandelprotocol is oorspronkelijk onderzocht in een gerandomiseerde gecontroleerde trial bij een politiepopulatie [Gersons et al., 2000] en is effectief gebleken ten aanzien van de behandeling van PTSS, comorbide verwerkingsstoornissen en werkhervatting [Gersons et al., 2000].

In 1989 zagen we de opkomst van een nieuwe behandeling voor PTSS, de zogenaamde Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Als pionier rapporteerde Shapiro [Shapiro, 1989b] een succesratio van 100% na een enkele behandelsessie. Mede als gevolg hiervan werd EMDR al snel een onderwerp van debat en onderzoek [Deville and Spence, 1999]. De techniek van EMDR berust op de blootstelling van cliënten aan vooraf geselecteerde traumatische beelden en cognities terwijl men op instructie de heen en weer bewegende vinger van de therapeut met zijn ogen volgt. Saccadische oogbewegingen worden hierdoor geïnduceerd [Cusack and Spates, 1999]. Tevens wordt aan de cliënt gevraagd om zich te focussen op een aantal sensorische, fysiologische en cognitieve aspecten van het trauma die hij/zij op dat moment beleeft. Feitelijk gaat het dus om het opsporen van aan de

herinnering verbonden cognities en de bijbehorende emoties en lichamelijke reacties. Hierop volgt de desensitisatie met betrekking tot traumatische herinnering. Dat wil zeggen dat de cliënt als het ware minder gevoelig wordt voor aan de traumatische gebeurtenis gekoppelde herinneringen. Verder wordt de cliënt op bepaalde momenten bijgestaan bij het ontwikkelen en accepteren van een positieve cognitie betreffende zichzelf en het trauma, ter vervanging van een disfunctionele negatieve cognitie. Voor een uitgebreidere beschrijving wordt verwezen naar Shapiro [Shapiro, 1989, 1999].

Wat betreft empirische ondersteuning voor deze behandeltechniek zijn er strijdige standpunten [Devilley and Spence, 1999; Friedman, 1996] de Jongh & ten Broeke 1998]. Verscheidene gecontroleerde studies zijn gerapporteerd die zich roemen op de positieve effecten van EMDR [Shapiro, 1989b; Wilson et al., 1996; Carlson et al., 1998]. Daarentegen, in een studie van Devilly en Spence [Devilley and Spence, 1999] waarin EMDR wordt vergeleken met een variant van een cognitief-gedragstherapeutische behandeling, is gevonden dat laatstgenoemde methode statistisch en klinisch meer effectief bleek ten aanzien van het verminderen van traumagerelateerde psychopathologie. Daarnaast bestaat de suggestie dat EMDR in feite een gemaskeerde exposure therapie is en dat de saccadische oogbewegingen irrelevant zijn [Friedman, 1996]. De kritiek bestaat dat er te weinig empirische ondersteuning is voor de effectiviteit van EMDR. Tegenstanders pleiten voor meer methodologisch verantwoorde gerandomiseerde gecontroleerde trials om de effectiviteit van EMDR beter in kaart te brengen [Friedman, 1996].

### **Behandeling LOK**

Zowel patiënt als arts zijn vaak ontevreden over de behandeling van LOK [Lin et al., 1991]. Vaak ondergaan patiënten uitgebreide medische onderzoeken en krijgen een ongeschikte medische behandeling. Naast ongemak brengt dit ook hoge kosten met zich mee.

Onze ervaring is dat wanneer LOK secundair is aan een PTSS de klachten met een effectieve PTSS behandeling grotendeels verdwijnen. De behandeling van LOK zoals uitgevoerd in het Bijlmernazorgproject in samenwerking met de Universiteit Leiden [Van Hemert et al., 1993], staat kort beschreven in tabel III. Er zijn nu duidelijke aanwijzingen voor de effectiviteit van psychologische interventies voor onverklaarde klachten, in het bijzonder voor cognitieve gedragstherapie [bijvoorbeeld Speckens et al. 1995; Mayou & Sharpe, 1997]. Deze interventies zijn effectiever dan conventionele medische zorg en bovendien goed geaccepteerd door patiënten. Het betreft een geïntegreerde aanpak waarbij het aanhouden van

lichamelijke klachten het best begrepen kan worden in termen van een interactie tussen fysiologische processen, psychologische factoren en de sociale context. Van belang is de patiënt te erkennen in zijn/haar klacht.

Vervolgens worden factoren in kaart gebracht die de klacht in stand zouden kunnen houden, inclusief fysiologische afwijkingen, misinterpretatie en misattributie van lichamelijke sensaties, disfunctionele gedachten, coping gedrag en sociale stressoren. In de behandeling worden deze factoren systematisch aangepakt, bijv. met behulp van gedragsexperimenten gericht op het doorbreken van de vicieuze cirkel van symptomen en hun gevolgen.

Tot nu toe wordt de behandeling echter niet uitgebreid toegepast en is gelimiteerd tot een aantal hierin gespecialiseerde therapeuten. Ook blijft onder medici LOK vaak als een fysieke aandoening gezien. De angst om iets “organisch” te missen in combinatie met te weinig kennis van psychische stoornissen maakt het vaak eenvoudiger de aandacht op lichamelijke klachten te richten. Ook het feit dat de patiënt zelf in veel gevallen niet gericht is op een psychologische behandeling maakt het voor de arts nog complexer.

Bij huisartsen is ook onderzoek gedaan naar interventies die uitgaan van een standaard set aanbevelingen voor de behandeling van patiënten met LOK. Deze betreffen o.a. regelmatige afspraken, kort lichamelijk onderzoek bij elk bezoek, zoeken naar tekenen van ziekte los van de klachten, het vermijden van extra onderzoek en ziekenhuis opnames tenzij duidelijk geïndiceerd, en het begrijpen van lichamelijke klachten als een vorm van emotionele communicatie. Deze strategie leverde een aanzienlijke vermindering van klachten op en een reductie in de kosten van ca. 30% [Smith et al., 1995].

Tabel III: Schematisch overzicht behandeling LOK.

<p>Klacht:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- interventies gericht op verminderen van de klacht:</li><li>- medicatie</li><li>- fysiotherapie</li><li>- hypnose</li><li>- etc.</li></ul> <p>Ideeën over de klacht:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ideeën onderzoeken</li><li>- alternatieven formuleren</li><li>- toetsen middels gedragsexperimenten</li></ul> <p>Cognitieve en emotionele gevolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- gedachten stop</li><li>- afleiding</li><li>- onderzoeken/uitdagen van niet helpende gedachten</li><li>- medicatie</li></ul> <p>Gedragmatige gevolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- plannen van activiteiten</li><li>- opbouwen van activiteiten</li><li>- doorbreken van gewoontegedrag</li></ul> <p>Lichamelijke gevolgen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ontspanningsoefeningen</li><li>- ademhalingsoefeningen</li><li>- conditie opbouw</li></ul> <p>Sociale gevolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- probleem-oplossen</li><li>- begeleiding bij werkhervatting</li><li>- relatie- of gezinsgesprekken</li></ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Conclusie

De posttraumatische stressstoornis is een ernstige psychische aandoening die kan ontstaan na het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis. De diagnose PTSS is op het oog een relatief makkelijk te stellen diagnose. Wanneer een persoon vertelt dat hij/zij blootgesteld is aan een traumatische gebeurtenis en huidige psychische problemen aan deze blootstelling toeschrijft, zou er sprake kunnen zijn van een PTSS [Friedman, 1996]. Echter, PTSS populaties en presentaties zijn verre van homogeen en de diagnose wordt vaak gemist. Daarnaast gaat de PTSS vaak samen met comorbide stoornissen als depressie, middelenafhankelijkheid of met onverklaarde lichamelijke

klachten. LOK kunnen ook los van een PTSS het gevolg zijn van een traumatische gebeurtenis.

Dat geen enkele behandelingsstrategie dus gelijkwaardig effectief is voor alle getroffen, zou geen verbazing moeten opwekken [Bryant, 2000]. Op het gebied van behandeling van reeds ontstane PTSS blijkt exposure weliswaar effectief, maar over de werkzaamheid van andere behandelmethoden, zoals EMDR, is minder bekend. Ook is nog niet systematisch onderzocht wat het effect van PTSS behandeling op comorbide klachten zoals LOK. Van belang is daarom zorgvuldig onderzoek naar de werkzaamheid van de verschillende behandelingen en de persoonsgebonden variabelen die het effect beïnvloeden.

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4 ed. 2001. Washington DC:
- Arendt M, Elklit A. Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatr.Scand* 2001;104;423-37.
- Beaton R, Murphy S, Johnson C, Pike K, Corneil W. Coping responses and posttraumatic stress symptomatology in urban fire service personnel. *J Trauma Stress* 1999;12;293-308.
- Bisson JI, Jenkins PL, Alexander J, Bannister C. Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *Br J Psychiatry* 1997;171;78-81.
- Bramsen I, Dirkzwager AJ, Van der Ploeg HM. Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: a prospective study of former peacekeepers. *Am J Psy* 2000;157;1115-9.
- Breslau N, Davis GC, Peterson EL, Schultz LR. A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biol Psy* 2000;48;902-9.
- Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis, GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psy* 1998;55;626-32.
- Brown, J, Cooper C, Kirkcaldy B. Occupational stress among senior police officers. *Br J Psychol* 1996; 87(Pt 1);31-41.
- Bryant RA. Cognitive Behavioral Therapy of Violence-related Posttraumatic Stressdisorder. *Aggression & Violent Behavior* 2000;5;1;79-97.
- Carlier IV, Voerman AE, Gersons BP. The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomatology in traumatized police officers. *Br J Med Psycho* 2000;73(Pt 1);87-98.
- Carlier I.VE, Gersons BPR, Lamberts RD. *Ingrijpende gebeurtenissen in Politiewerk* 1994; Arnhem: Gouda Quint.
- Carlier IVE. Psychotrauma en zingeving bij de politie. In: Reenen, P.v., (Ed.) *De Geest van Blauw. Ethiek en zingeving van politiewerk* 1998, Arnhem: Gouda Quint.
- Carlier IVE, Gersons BPR. Debriefing: interventies na acute traumatisering. In: Gersons, B.P.R. and Carlier, I.V.E., (Eds.) *Behandelingsstrategieën bij Posttraumatische Stress-stoornissen* 1998;33-41. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Carlier IVE, Gersons BPR. Brief prevention programs after trauma. In: Violanti, J.M., Paton, D. and Duthie, R., (Eds.) *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues and perspectives* 2000;65-80. Illinois: Springfield.
- Carlson JG, Chemtob CM, Rusnak K, Hedlund NL, Muraoka MY. Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1998; 11;3-24.
- Cusack K, Spates CR. The cognitive dismantling of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *J Anx Disord* 1999;13;87-99.
- Devilly GJ, Spence SH. The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive- behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *J Anxiety.Disord* 1999;13; 131-57.
- Deykin EY, Keane TM, Kaloupek D, Fincke G, Rothendler J, Siegfried M, Creamer K. posttraumatic stress disorder and the use of health services. *Psychosm Med* 2001;63:835-41.
- Escobar JI, Canino G, Rubio-Stipec M, Bravo M. Somatic symptoms after a natural disaster: a prospective study. *Am J Psy* 1992;149;965-7.

- Everly GS Jr, Boyle SH. Critical incidents stress debriefing (CISD): a meta-analysis. *Int J Emerg Ment Health* 1999;1;165-8.
- Foa, EB. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *J.Clin.Psychiatry* 2000;61(Suppl 5);43-8.
- Foa EB, Hearst-Ikeda 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.
- Ford JD, Campbell KA, Storzbach D, Binder LM, Anger WK, Rohlman DS. Posttraumatic stress symptomatology is associated with unexplained illness attributed to Persian Gulf War military service. *Psy Med* 2001;63;842-9.
- Friedman MJ. PTSD diagnosis and treatment for mental health clinicians. *J Community Ment Health* 1996;32;173-189.
- Gersons BPR. Afscheidsrituelen bij de behandeling van posttraumatische stress stoornissen 2002. Anonymous.
- Gersons BPR, Carlier, IVE. Kort eclecticisch behandelingsprotocol voor posttraumatische stress-stoornis. In: Gersons, B.P.R. and Carlier, I.V.E., (Eds.) *Behandelingsstrategieën bij Posttraumatische Stress-stoornissen* 1998;58-69. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gersons BP, Carlier IVE, Lamberts RD, Van der Kolk BA. Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. *J.Trauma Stress* 2000;13;333-47.
- Herman J. *Trauma and Recovery* 1992; New York: BasicBooks.
- Hodgkinson PE, Shepherd MA. The impact of disaster support work. *J Trauma Stress* 1994;7;587-600.
- Hovens JEJM. Vaststellen van de posttraumatische stress-stoornis. In: Gersons BPR. and Carlier IVE, (Eds.) *Behandelingsstrategieën bij Posttraumatische Stress-stoornissen* 1998;25-32. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Joseph S, Yule W, Williams R, Hodgkinson P. The Herald of Free Enterprise disaster: measuring post-traumatic symptoms 30 months on, *Br J of Clin Psychol* 1993;32;327-31.
- Van Kamp I, Van der Velden PG. Vuurwerkcramp Enschede: lichamelijke en geestelijke gezondheid en ervaringen met de ramp: rapportage van het gezondheidsonderzoek. 2001; RIVM rapport 630930 002/IVP rapport 99 2001 2.
- Kamphuis JH, Emmelkamp PM. Crime-related trauma: psychological distress in victims of bankrobbery. *J.Anxiety.Disord* 1998;12;199-208.
- Kaplan Z, Iancu I, Bodner E. A review of psychological debriefing after extreme stress. *Psychiatr Serv* 2001;52;824-7.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psy* 1995;52;1048-60.
- Lindy JD, Green BL, Grace M. somatic reenactment in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Psycho & Psychosom* 1992;57;180-6.
- Mayou R, Sharpe M. treating medically unexplained physical symptoms. *BMJ* 1997;315;561-2.
- McFarlane AC, Atchison M, Rafalowicz E, Ppav P. physical symptoms in posttraumatic stress disorder. *J Psy Res* 1994;38;715-26.
- Mitchell JT. When disaster strikes ...The critical incident stress debriefing process. *J Emerg Med Serv JEMS*;8;36-9.
- Olff M, Brosschot JF, Godaert GL. Coping styles and health. *Personality and individual differences* 1993;15;81-90.
- Olff M, Brosschot JF, Godaert GL, Benschop RJ, Ballieux RE, Heijnen CJ, De Smet MBM, Ursin H. Modulatory effects of defence and coping on stress-induced changes in endocrine and immune parameters. *Int J Beh Med* 1995;2;85-103.
- Pine DS, Cohen JA. Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry* 2002;5;519-31.

- Reid S, Crayford T, Nimnuan T, Richards S, Hotopf M. Recognition of medically unexplained symptoms – do doctors agree? *J Psychosom Res* 1999;47;483-5.
- Rose S, Bisson J, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2001.
- Rosenberg SD, Mueser KT, Friedman MJ, Gorman PG, Drake RE, Vidaver RM, Torrey WC, Jankowski MK. Developing effective treatments for posttraumatic disorders among people with severe mental illness. *Psy Serv* 2001;52;1453-61.
- Rothbaum BO, Meadows EA, Resick PA, Foy DW. Cognitive-Behavioral Therapy. In: Foa, E.B., Keane, T.M. and Friedman, M.J., (Eds.) *Effective treatments for PTSD; Practice guidelines from the International Society of Traumatic Stress Studies* 2000;60-83. New York: Guildford Press.
- Saxon AJ, Davis TM, Sloan KL, McKnight KM, McFall ME, Kivlahan DR. Trauma, symptoms of posttraumatic stress disorder, and associated problems among incarcerated veterans. *Psy Serv* 2001;52;959-64.
- Speckens A, Van Hemert A, et al. "Cognitive behavioural therapy for medically unexplained symptoms; a randomised controlled trial." *BMJ* 1995;311;1328-32.
- Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Traumatic Stress* 1996;9;3,455-71.
- Samson AY, Bensen S, Beck A, Price D & Nimmer C. posttraumatic stress disorder in primary care. *J Fam Prac* 1999;48;222-7.
- Shalev AY, Bleich A, Ursano RJ. Posttraumatic stress disorder: somatic comorbidity and effort tolerance. *Psychosom* 1990;31;197-203.
- Shapiro F. Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psy* 1989b;20;211-17.
- Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): evaluation of controlled PTSD research. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1996a;27;209-18.
- Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *J Anx Disord* 1999;13;35-67.
- Sijbrandij EM, Carlier IVE, Gersons BPR. Gerandomiseerd vergelijkend onderzoek van verschillende vormen van psychologische ondersteuning ter preventie van de posttraumatische stressstoornis. (Onderzoeksprotocol) 1998.
- Taubman-Ben-Ari O, Rabinowitz J, Feldman D, Vaturi R. Posttraumatic stress disorder in primary care settings: prevalence and physicians' detection. *Psy Med* 2001;31;555-60.
- Ursano RJ, Fullerton CS, Vance K, Kao TC. Posttraumatic stress disorder and identification in disaster workers. *Am J Psy* 1999;156;353-9.
- Van Hemert AM, Hengeveld MW, Bolk JH, Rooijmans HGM, Vandenbroucke JP. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic. *Psychol Med* 1993;23;167-73.
- Van Minnen A, Arntz A. Cognitief-gedragstherapeutische behandeling van patiënten met een posttraumatische stressstoornis: langdurige imaginaire exposure. In: Gersons, B.P.R. and Carlier, I.V.E., (Eds.) *Behandelingsstrategieën bij Posttraumatische Stressstoornissen* 1998;50-57. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wagner D, Heinrichs M, Ehlert U. Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *American Journal of Psychiatry* 1998;155;12;1727-32.
- Wessely S. Chronic fatigue syndrome: a twentieth century illness? *Scan J Work & Env Health* 1997;23(Suppl 3);7-16.
- Wessely S, Nickson J. Symptoms of low blood pressure: a population study. *Br Med J* 1990;362-5.
- Wessely S. Mass psychogenic illness. *N Eng J Med* 2000;342;129-30.



- Wessely S, Chalder T, et al. Psychological symptoms, somatic symptoms and psychiatric disorder in chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a prospective study in primary care. *Am J Psy* 1996;153:1050-9.
- Wessely S, Chalder T, et al. "The prevalence and morbidity of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a prospective primary care study." *Am J Publ Health* 1997;87:1449-55.
- Wessely S, Hotopf, et al. *Chronic fatigue and its syndromes*. Oxford, Oxford University Press 1998.
- Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999;354:936-9.
- White K, Speechley M, Harth M, Ostby T. Co-existence of chronic fatigue syndrome with fibromyalgia syndrome in the general population. A controlled study. *Scan J Rheum* 2000;29:44-51.
- Wilson DL, Silver SM, Covi WG, Foster S. Eye movement desensitization and reprocessing: effectiveness and autonomic correlates. *J Behav Ther Exp Psy* 1996;27:219-29.
- Yehuda R. Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Can J Psy* 1999;44:34-9.

*Dr Miranda Olff*  
*Topzorgprogramma Psychotrauma*  
*MFO Psychiatrie AMC/De Meren*  
*Tafelbergweg 25*  
*1105 BC Amsterdam*  
*T: 020 566 2356*  
*F: 020 691 9019*  
*E: m.olff@amc.uva.nl*

