

# De posttraumatische stress-stoornissen

*W. Op den Velde*

## Inleiding

Het is in ons land vooral Bastiaans geweest, die baanbrekend onderzoek heeft verricht en belangrijke theorieën heeft opgesteld over het verband tussen belastende oorlogservaringen en de late gevolgen. De aandacht bij de bestudering van de oorlogsgevolgen richtte zich aanvankelijk vooral op de groep mensen die uit een Duits concentratiekamp was teruggekeerd. Deze overlevenden hebben vrijwel zonder uitzondering blootgestaan aan onvoorstelbare psychische en lichamelijke belasting ten gevolge van gruweldaden, terreur en mishandeling. Dat dit tot blijvende schade aan de gezondheid kon leiden, was te verwachten. Toch bleek dat veel teruggekeerden uit de concentratiekampen zich schijnbaar goed herstelden. Bij velen van hen was, na de initiële herstelfase, geen sprake van manifeste stoornissen in het maatschappelijk en beroepsmatig functioneren. Geleidelijk aan echter werd duidelijk dat de in de kampen ondergane belasting op langere termijn toch ernstige gevolgen kon hebben.

Het bij oudere concentratiekampoverlevenden, na een vaak jarenlang klachten-vrije interval, optredende ziektebeeld kreeg bekendheid als het KZ-syndroom. De ervaring leerde dat de verschijnselen van het KZ-syndroom ook konden voorkomen bij mensen die niet tijdens het nazi-regime in een concentratiekamp gevangen hadden gezeten. Het KZ-syndroom kan ontstaan bij hen die in Japanse internerings- of krijgsgevangenkampen verbleven, en bij hen die langdurig werden verhoord, gemarteld en vastgehouden onder mensonwaardige omstandigheden. Daarom wordt in de Angelsaksische literatuur vaak gesproken over 'survivor syndrome'.

De verschijnselen van het KZ-syndroom blijken ook veelvuldig te ontstaan bij mensen die tijdens de bezetting nimmer zijn gearresteerd of gevangen gehouden. Het gaat om mensen die langdurig moesten onderduiken, vervolgd en ex-verzetsdeelnemers. In dit verband wordt de algemene term 'oorlogssyndroom' wel gebezigd, hoewel in veel medische dossiers en keuringsrapporten de diagnose KZ-syndroom of kamp-syndroom wordt aangetroffen.

Vanaf de veertiger jaren begint ook de bestudering van psychische stoornissen, die ontstonden als gevolg van andere stressoren dan gewapende strijd of vervolging. Waarschijnlijk was de eerste uitgebreide studie van de gevolgen van een niet militaire kalamiteit de bestudering van de slachtoffers van de Cocoanut Grove-ramp. Gedurende de zestiger jaren werden ook vergelijkingen gemaakt met de slachtoffers van industriële ongevallen en verkeersongelukken. Verschillende soorten van letsels werden op hun gevolgen onderzocht, zoals brandwon-



den, hersenletsel en whip-lash-frakturen (Scrignar 1984; Andreasen 1985).

In deze en latere studies wordt de verbinding tussen het begrip 'trauma' en het begrip 'stress' verder uitgewerkt.

Een trauma wordt daarbij gezien als een extreme stress-situatie tengevolge van buitengewone stressoren, zoals rampen, oorlogen en ongelukken.

In het derde diagnostisch statistisch handboek (DSM-III) van de American Psychiatric Association dat in 1980 werd gepubliceerd, is men er in geslaagd de stoornissen in de verwerking van zowel militaire als niet-militaire kalamiteiten onder één noemer samen te vatten. Daarvoor is het begrip post-traumatische stress-stoornis gekozen. Inmiddels is er in 1987 een herziene versie van DSM-III gepubliceerd (DSM-III-R) waarin nogal wat veranderingen zijn aangebracht ten opzichte van de vorige versie, onder andere ten aanzien van de criteria voor de post-traumatische stress- stoornissen.

### Diagnostische criteria

In het psychiatrisch klassifikatie systeem DSM-III-R worden ten aanzien van de post-traumatische stress-stoornissen de volgende diagnostische criteria onderscheiden\*.

**A.** De betrokkene heeft een gebeurtenis meegemaakt, die buiten het gebied van de gewone menselijke ervaring ligt en die bij bijna iedereen duidelijke ontred-dering teweeg zou brengen, bijvoorbeeld:

1. Ernstige bedreiging van iemands leven of lichamelijke integriteit.
2. Ernstige bedreiging of letsel van kinderen, echtgeno(o)t(e) of andere naaste verwanten of vrienden.
3. Plotselinge vernietiging van huis of leefgemeenschap.
4. Het zien van iemand anders die kortgeleden ernstig gewond is geraakt, of is omgekomen ten gevolge van een ongeluk of lichamelijk geweld.

**B.** De traumatische gebeurtenis wordt steeds weerkerend herbeleefd op ten minste één van de volgende manieren:

1. Zich herhalende en op indringende wijze optredende herinneringen aan de gebeurtenis.
2. Zich herhalende dromen over de gebeurtenis.
3. Een plotseling gedrag of gevoel alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt door associatie met een prikkel afkomstig uit de omgeving, of uit de eigen gedachtenwereld (met inbegrip van onjuiste waarnemingen, hallucinaties en flashbacks die men bijvoorbeeld heeft bij het wakker worden of onder invloed van alcohol).

\* Bij de opsomming van de diagnostische criteria van DSM-III-R is voor een belangrijk deel gebruik gemaakt van de vertaling van dr. N. van Loenen Martinet-Westerling (zie ICODO-Info, 4e jrg., nr.4, dec. '87).



4. Intense psychische ontreddeing bij blootstelling aan gebeurtenissen, die een aspekt van de traumatische gebeurtenis symboliseren of daarop lijken. Deze ontreddeing kan bijvoorbeeld plaatsvinden op de datum van de traumatische ervaring.

C. Het blijvend vermijden van prikkels die in verband gebracht worden met de schokkende gebeurtenis (het trauma) of een verminderde betrokkenheid in het algemeen, zoals blijkt uit tenminste drie van de volgende punten die niet aanwezig waren voor het trauma:

1. Pogingen gedachten of gevoelens, die verband houden met het trauma, te vermijden.
2. Pogingen om activiteiten of situaties, die herinneringen oproepen aan het trauma, te vermijden.
3. Onvermogen zich een belangrijk aspekt van het trauma te herinneren.
4. Opvallend verminderde belangstelling bij belangrijke activiteiten (bij jonge kinderen bijvoorbeeld verlies van pas verworven ontwikkelingsgebieden, zoals zindelijkheid of spraakvermogen).
5. Gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen.
6. Inperking van het gevoelsleven, bijvoorbeeld het vermogen om lief te hebben.
7. Gevoel weinig toekomst te hebben, bijvoorbeeld niet verwachten carrière te maken, te trouwen, kinderen te krijgen of lang te zullen leven.

D. Blijvende verhoogde waakzaamheid, die niet aanwezig was voor het trauma, blijkend uit twee van de volgende verschijnselen:

1. Moeite met inslapen en doorslapen.
2. Snel geprikkeld raken of woedeuitbarstingen krijgen.
3. Concentratieproblemen.
4. Verhoogde waakzaamheid.
5. Versterkte schrikreaktes.
6. Fysiologische reakties bij blootstelling aan gebeurtenissen, die een aspekt van de traumatische gebeurtenis symboliseren of daarop lijken. (Bijvoorbeeld een vrouw die verkracht werd in een lift, begint te zweten wanneer zij een lift binnengaat).

E. Duur van de stoornis (dat wil zeggen de aanwezigheid van genoemde symptomen in criteria B, C en D) is tenminste één maand. Het is ook mogelijk dat er sprake is van een verlate post-traumatische stress- stoornis. Kenmerk hiervan is dat de eerste symptomen pas optreden tenminste zes maanden na het trauma.

## Pathogenese

Hoewel de traumatische situatie vaak fysieke aspekten heeft, ontbreekt nooit een invloed die zware psychologische belasting betekent. Daarbij gaat het om intense angstgevoelens, kontroleverlies, machteloosheid en direkte bedreiging met vernietiging. De traumatisering kan ondergaan worden als eenling (verkrach-



ting, ongeval), of als lid van een bepaalde groep (militairen, concentratiekampgevangenen, natuurrampen).

De traumatiserende omstandigheden kunnen sterk verschillen in aard, duur en ernst. Sommige omstandigheden, zoals gevechtshandelingen in geregeld militair kader, worden door zoveel mensen ondergaan, dat haast van een normale levenservaring moet worden gesproken. Militaire akties bestaan gewoonlijk uit een serie korte perioden van blootstelling aan gevaar en dreiging, afgewisseld met langere rustpauzen. De meeste mensen kunnen militaire aktie gedurende weken tot maanden goed verdragen, maar er ontstaan problemen wanneer het jaren duurt. Andere traumatische situaties zijn kortdurend en zeer intens van aard, zoals natuurrampen en ongevallen. Omdat de stress-situatie daarbij gewoonlijk volkomen onverwachts komt, is het slachtoffer totaal onvoorbereid.

De ernst van het trauma wordt versterkt, wanneer bijvoorbeeld meerdere familieleden zijn omgekomen. Indien het slachtoffer deels verantwoordelijk is voor de ramp, zoals bij verkeersongelukken het geval kan zijn, wordt de verwerking belemmerd door schuldproblematiek. Wanneer de traumatische situatie gekenmerkt is door opzettelijke wreedheid en onmenselijkheid, zoals in de concentratiekampen, wordt de invloed van de stress versterkt.

De traumatiserende werking van de omstandigheden wordt vergroot wanneer het slachtoffer machteloos wordt gemaakt en geen enkele mogelijkheid heeft om zich teweer te stellen. Daarbij is van groot belang om welke reden men in de traumatiserende situatie wordt geplaatst. Deportatie en gevangenschap op grond van ras of geloof, louter omdat men tot een groep behoort die door de machthebbers wordt vervolgd, heeft een geheel andere doorwerking dan deportatie en gevangenschap als reactie op bijvoorbeeld verzetsdeelname. De verzetsdeelnemers die werden gearresteerd, gemarteld en gevangengehouden, konden dit tenminste nog enigszins relateren aan een zelf gemaakte keuze. Voor vele Joodse overlevenden van de ghetto's en concentratiekampen zijn hun ontberingen op geen enkele wijze als zinvol te beschouwen.

## De aard van de patiënt

Uiteenlopende persoonlijke kenmerken beïnvloeden de vatbaarheid voor extreme stress. Het gaat om de leeftijd waarop het trauma inwerkt, de persoonlijkheidsontwikkeling, reeds bestaande psychiatrische stoornissen, erfelijke factoren en de mate van sociale ondersteuning.

In het algemeen zijn jonge en oude mensen in het bijzonder kwetsbaar. Zo werd bij een groep kinderen met zware brandwonden na een jaar bij 80% een traumatische stress-stoornis gevonden, en bij slechts 30% van een groep volwassenen met vergelijkbare brandwonden (Andreasen 1985). Men mag aannemen dat kinderen nog onvoldoende afweermechanismen hebben om zware fysieke en emotionele traumatisering te verwerken.

De beschikbaarheid van sociale ondersteuning lijkt van grote invloed te zijn op het beloop en de kans op herstel.



Alleenstaanden, gescheiden en economisch gehandicapte mensen lopen een verhoogd risico. Dit betreft niet alleen de sociale context van de directe leefomgeving, zoals familieverband of werkmilieu, maar ook de samenleving in zijn algemeenheid. De geallieerde militairen die na de Tweede Wereldoorlog thuis kwamen werden als oorlogshelden beschouwd, en genoten daardoor een zeker aanzien en respekt. Heel anders was de situatie met de Amerikaanse militairen, die na frontdienst in Vietnam terugkeerden. Mede door de intensieve berichtgeving, waarbij ook de negatieve aspecten van de Vietnam-oorlog brede bekendheid kregen, werden deze militairen met gemengde gevoelens door het thuisfront ontvangen. Zij werden niet meer automatisch beschouwd als nationale helden, maar zij waren tevens verdacht als mogelijke oorlogsmisdadigers.

Dit kan verklaren waarom relatief weinig geallieerde militairen, actief tijdens de Tweede Wereldoorlog, een verlate posttraumatische stress-stoornis ontwikkelden, terwijl van de Amerikaanse Vietnam-veteranen meer dan 50% in meer of mindere mate de verschijnselen van een late of chronische posttraumatische stress-stoornis ging vertonen (Yager e.a. 1984).

Tijdens de Duitse bezetting zijn zeer veel Polen zwaar vervolgd. Hoewel de getallen niet gemakkelijk vergelijkbaar zijn, bestaat de indruk dat van de Poolse overlevenden van de concentratiekampen een kleiner percentage een posttraumatische stress-stoornis ontwikkelde, dan de Nederlandse groep die in een concentratiekamp verbleef. Dit wordt in verband gebracht met een betere sociale opvang en erkenning van oorlogsslachtoffers in Polen (Hendriks 1975).

## Beschouwing

Bij het bestuderen van de uitgebreide literatuur over de medische en psychologische bevindingen bij overlevenden van bovengenoemde existentieel traumatiserende omstandigheden valt op:

1. De symptomatologie van de post-traumatische stress-stoornissen blijkt in hoge mate onafhankelijk te zijn van de oorzakelijke omstandigheden. Steeds weer worden vrijwel dezelfde verschijnselen en een overeenkomstig beloop vermeld. Het klassieke posttraumatische syndroom, gekenmerkt door repeterende nachtmerries, angstverschijnselen, verminderde aanspreekbaarheid, slaapstoornissen, afgenomen concentratie, prikkelbaarheid, overgevoeligheid en depressieve verschijnselen, blijkt te kunnen ontstaan na zeer uiteenlopende overweldigende stress omstandigheden.

2. Wanneer men de raciale kenmerken en sociale achtergronden van de patiëntengroepen bij de beschouwing betreft, lijken die factoren weinig invloed te hebben op symptomatologie en beloop; het gaat om universele menselijke reactievormen.



3. Over de vraag of bepaalde psychiatrische aandoeningen een predispositie veroorzaken bestaat een verschil van mening. In de in de literatuur gesuggereerde verbanden is nauwelijks een vast patroon te herkennen. Reeds premorbide aanwezige psychiatrische ziekten of persoonlijkheidsstoornissen schijnen vooral het beloop ongunstig te kunnen beïnvloeden.
4. Ten aanzien van de theorieën over de pathogenese blijkt dat fysieke traumata en ondervoeding geen noodzakelijke voorwaarden voor het ontstaan vormen. Extreme en vaak langdurige angstbeleving ontbreekt echter nooit. De posttraumatische stress-stoornissen uit het DSM-III systeem zijn geheel terecht ondergebracht onder de groep "angststoornissen".
5. Zowel de omstandigheden waaronder de stress werd ondergaan, als de sociale verhoudingen na de traumatisering, hebben grote invloed op de kleuring van bepaalde symptomen en het beloop. Vele gedurende het Nazi-bewind vervolgte Joden konden hun oude levenspatroon niet meer opnemen, omdat hun bezittingen en familieleden vernietigd waren. Voor de Joden die zich in Israël wilden vestigen, brak een tijd aan van grote onzekerheid, ontheemding, en vaak weer een gedwongen verblijf in kampen. Gevoelens van verbittering lijken sterk opgeroepen te worden door blijken van maatschappelijke onverschilligheid konfrontatie met onrechtvaardigheid en neo-fascistische ontwikkelingen.
6. Ten aanzien van behandeling in een medisch/psychologisch kader is het beeld niet optimistisch. Veel van de posttraumatische stoornissen nemen een moeilijk te beïnvloeden chronisch en invaliderend beloop. De mogelijkheden van zowel somatisch gerichte als psycho-therapeutische behandeling zijn beperkt.
7. De mogelijkheden van preventie zijn nog nauwelijks systematisch onderzocht. Na blootstelling aan extreme traumatiserende omstandigheden lijkt een goede sociale opvang, begrip, tolerantie en erkenning van groot belang te zijn. Aan deze factoren dient niet alleen in de directe leefomgeving (gezin, familie, werk) maar ook in breder maatschappelijk verband te worden voldaan. Gevoelens van miskenning kunnen gemakkelijk leiden tot symptoomversterking en gedragsstoornissen.
8. Ten aanzien van behandeling doet zich de vraag voor of deze moet worden geboden door op dit terrein gespecialiseerde behandelteams, in daarvoor speciaal op te richten klinieken. De onder 7. genoemde punten zijn daarbij van belang. Een eerste vereiste is dat de eerste-lijns gezondheidszorg over bekendheid met posttraumatische stress stoornissen beschikt. Vroegtijdige herkenning is voor een goede begeleiding van de patiënten en hun familieleden essentieel. Gespecialiseerde behandelafdelingen brengen een risico met zich mee dat patiënten te snel en te gemakkelijk worden doorverwezen. Anderzijds kan vanuit gespecialiseerde instellingen bijgedragen worden aan onderzoek, ontwikkelen van betere behandelmethoden en uitdragen van kennis en ervaring.



9. In de afgelopen jaren is een stroom van publikaties verschenen over de zogenaamde tweede generatie. Het gaat daarbij om kinderen, geboren na de Tweede Wereldoorlog, van ouders die zeer zware oorlogsstress hebben overleefd. Gezien de vaak ernstige verstoring van gezinsverhoudingen, die kan worden waargenomen bij lijdens aan een posttraumatische stress-stoornis, lijken deze kinderen een risikogroep te vormen.

Het verschijnsel van transgenerationale overdracht van stress-stoornissen trekt grote aandacht. De thans beschikbare onderzoeksresultaten betreffen vooral relatief kleine en selekte groepen patiënten, en vele individuele gevalsbeschrijvingen. Het is nog te vroeg om algemeen geldende konklusies te kunnen trekken.

Konkluderend is de wereldwijde introductie van het begrip post-traumatische stress-stoornis van groot belang. Het draagt bij aan vroegtijdige herkenning, en faciliteert onderzoek naar ontstaanswijze, preventie- en behandelmogelijkheden. Het is eigenlijk verwonderlijk dat het zo lang heeft geduurd voor deze bepaald niet zeldzame stoornissen in een gangbaar psychiatrisch diagnose-systeem werden opgenomen.

#### Literatuur:

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 3rd edition. Washington, 1980.

Andreasen, N.C., Posttraumatic stress disorder. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry IV. Baltimore/London, 1985.

Blijham, H., Het specifieke bij het existentieel emotioneel stress syndroom. Tijdschrift voor Psychiatrie, vol. 26, 564-573, 1984.

Hendriks, G., Het KZ-syndroom en de sociale omgeving. Maatschappelijk Welzijn, vol. 27, 62-68, 1975.

Kolk, B.A. van der, Psychological trauma, Washington, 1987.

Liefveld, H.J., Van KZ-syndroom tot post-traumatische stress syndroom. In: Martelingen, medische en psychosociale aspecten. Ed. J. Smeulers, Lochem, 1985.

Scrignar, C.B., Posttraumatic stress disorder. New York, 1984.

Trauma and its wake, ed. Charles R. Figley. New York: Brunner/Mazel, 1985. XXVI (Brunner/Mazel psychosocial stress series; no.4). Vol. 1: The study and treatment of post-traumatic stress disorder.

Yager, T., Laufer, R., Gallops, M., Some problems associated with war experience in men of the Vietnam generation. Arch. Gen. Psychiat., vol. 41, 327-333, 1984.