

Het psychotrauma en zijn behandeling. Hoofdpijnen

J. Lansen*

Inleiding

Het psychotrauma als ernstige en veelal blijvende ontwrichting van de persoonlijkheid is lange tijd onderbelicht gebleven. In de klassieke psychoanalytische opvattingen bestond veel aandacht voor het psychotrauma, maar de essentie bleef lange tijd dat alleen die traumata die in de vroege jeugd plaatsgevonden hadden, een blijvende invloed op de persoonlijkheid zouden uitoefenen. Ernstige beschadiging van de persoonlijkheid op latere leeftijd door een psychotrauma kwam eigenlijk niet te pas in de psychoanalytische leer, wel een tijdelijke ontwrichting. Zou er toch blijvend letsel op latere leeftijd optreden, dan was dat te wijten aan een vooraf bestaande en wellicht nog niet aan het licht getreden psychische onevenwichtigheid.

Er is nog een andere oorzaak voor het uitblijven van erkenning voor het fenomeen én voor de lijdens aan de gevolgen. Zowel onder therapeuten als meer algemeen maatschappelijk schrokken ervan terug te erkennen dat de ene mens blijvend beschadigd kan zijn door de slechtheid van de andere mens, zoals bij incest, vervolging en marteling het geval is. Freud moest al ervaren dat de publieke verontwaardiging én de medische professie hem drongen in de richting van ontkenning van de realiteit van traumatische vroegkinderlijke ervaringen; de fantasie van de patiënt zou een belangrijker rol spelen. Ook vervolgingsslachtoffers uit de Tweede Wereldoorlog in Europa en Vietnamveteranen in Amerika hebben ervaren hoe maatschappelijk én medisch ongeloof in de weg stonden van erkenning en adequate behandeling.

Het duurde tot het eind van de zeventiger jaren voordat er binnen de Diagnostic and Statistic Manual van de American Psychiatric Association duidelijk aandacht aan posttraumatische stoornissen als aparte categorie gegeven zou worden (de Post-Traumatic Stress Disorder, kortweg PTSD, in de DSM-III R).

Het bovenstaande laat iets zien van de ingewikkeldheid en verwarring die er rondom het begrip psychotrauma bestaat. Ghislaine Boulanger (1990) zegt hierover (vertaling J. Lansen): 'Hoewel sinds de publikatie van DSM-III de research en behandeling op het gebied van de posttraumatische stress-stoornis zichtbaar en snel gegroeid zijn, is er toch algemeen sprake van verwarring en een onvermogen om uit deze gegevens verdere algemene conclusies te trekken of erop voort te bouwen.'

Uit haar beschrijving en uit de verdere literatuur mag men concluderen dat de opvattingen nog weinig vastliggen. Dat geldt voor de definitie van een psychotrauma als gebeuren, dat geldt

* De heer Lansen is psychiater en oud-directeur van de Joodse Geestelijke Gezondheidszorg.

ook voor de gevolgen van een trauma in termen van psychische stoornissen en dat geldt zeker ook voor de behandeling.

Niet alleen theoretische vragen en strijdpunten spelen een rol. Minstens even sterk doen zich factoren gelden als maatschappelijke erkenning (stigma of heldendom?), politieke vragen, strijd om uitkeringsrechten, het veld van de belangengroeperingen ('ons trauma is erger dan dat van jullie').

Behandelaars hebben meestal slechts ervaring met specifieke groepen trauma-patiënten (bijvoorbeeld incestslachtoffers, oorlogsgetroffenen) of traumatische gebeurtenissen (de holo-caust, gijzelingen, rampen zoals omslaan van een veerboot, schietincidenten).

Het posttraumatische stress-spectrum en de PTSD

De rubriek Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is vooral gebaseerd op het werk van Horowitz (1986), een Amerikaans psychoanalyticus die opvattingen uit de psychoanalytische theorie heeft samengevoegd met enkele concepten uit de moderne stress-benadering en uit theorieën over de cognitieve informatieverwerking. De posttraumatische stress-stoornis wordt volgens hem gekenmerkt door uitingen van:

1. *herbeleving* (intrusive symptoms), zoals zich herhalende en zich opdringende herinneringen aan de traumatische gebeurtenis (flash-backs); zich herhalende dromen over de gebeurtenis; ontredde bij blootstelling aan met het trauma geassocieerde stimuli;

2. *ontkenning* (denial symptoms), zoals pogingen om gedachten, gevoelens en situaties die verband houden met het trauma te vermijden; onvermogen zich belangrijke aspecten van het trauma te herinneren; gevoelens van onthechting en vervreemding en inperking van het gevoelsleven in het algemeen;

3. *verhoogde prikkelbaarheid* (hyperarousal symptoms), bijvoorbeeld moeite met in- en doorslapen; snel geprikkeld raken of woede-uitbarstingen krijgen, concentratieproblemen, verhoogde waakzaamheid en versterkte schrikreacties.

Op dit, hierboven enigszins vrij weergegeven, PTSD-concept is nogal wat kritiek losgekomen (Lansen 1990). Er zijn nogal wat psychische ziektebeelden die later als ernstige gevolgen van een trauma aan de dag kunnen treden. Het is daarom beter, te spreken van een posttraumatisch stress-spectrum.

Voorbeelden van die latere ziektebeelden zijn:

- chronische depressiviteit en lusteloosheid;
- somatoforme stoornissen (De Loos 1990);
- stoornissen in persoonlijke relaties en in het werk door 'self-disorders';
- allerlei verslavingsverschijnselen: aan werk, alcohol, medicatie, drugs.

Er zijn ook andere kanttekeningen te maken.

Een bepaalde school, in ons land vertegenwoordigd door Van

der Hart (1991), legt de nadruk op de dissociatieve verschijnselen (onder andere multiple personality disorder) onder de post-traumatische stoornissen. Interessant is dat Van der Hart de verloren gegane opvattingen van Janet over psychische energie, dissociatie, trauma en histerie weer doet herleven.

Een aparte categorie die de aandacht verdient wordt gevormd door de jongeren (Wolters 1991).

Daarnaast wordt thans van psychoanalytische zijde een duidelijk diagnostisch onderscheid gemaakt tussen trauma, ontwikkelingsinterferentie en neurose (Groen-Prakken 1991).

Daarmee is echter nog geen voldoende begripsverheldering geschapen. Hebben het trauma op vroegkinderlijke leeftijd en het trauma op latere leeftijd (door vervolging, marteling enzovoorts) wel zoveel met elkaar te maken? Of zou hier de bekende vergelijking opgaan van het wezenlijke verschil tussen een luchtballon en een vliegtuig, die allebei met de luchtvaart te maken hebben, maar die je moeilijk tot elkaar kunt herleiden?

Een bijzondere groep van als kind getraumatiseerden vormen de zogenaamde child-survivors uit de Tweede Wereldoorlog. Zij hebben als kind de concentratiekampen in Europa en het toenmalige Nederlands-Indië, of langdurige onderduik overleefd. Zij krijgen dikwijls klachten in een latere levensfase, zo omstreeks het vijftigste jaar.

Indirect getroffen zijn er ook.

De levenspartners van getraumatiseerden hebben vaak zwaar te lijden onder getroffenheid van hun partner. Vele jaren van zorgen voor of tobben met een zwaar lijden drukken hun stempel. Het gedrag van de getroffene is ongewild en onbewust dikwijls niet gemakkelijk. De vertekening van het wereldbeeld van het slachtoffer, vaak in eenvoudige schema's van aanval/vijand en slachtoffer, bemoeilijkt de onderlinge omgang en het contact met derden.

De kinderen van getraumatiseerden kunnen ernstig beïnvloed worden in hun ontwikkeling. Hét voorbeeld daarvan is natuurlijk de naoorlogse generatie (joodse, Indische, ook wel uit verzetskringen) waarbij in de gezinnen allerlei dynamiek heeft gespeeld die onder andere problemen inzake identiteit en autonomie heeft geschapen.

Een kleine groep van indirect getroffen wordt gevormd door behandelaars van getraumatiseerden. Zij kunnen er soms niet meer tegen en dat gaat verder dan alleen het verschijnsel van 'opgebrand' zijn. Langs verschillende wegen kan het trauma worden doorgegeven. Een mijns inziens wat ongelukkige term hiervoor is 'vicarious traumatization' (McCann en Pearlman 1990).

Hierboven kwamen we de Amerikaanse psychoanalyticus Horowitz al tegen, die een integratie van allerlei theoretische scholen tot stand bracht. Zo maakte hij een model voor de verwerking van schokkende ervaringen.

Mensen hebben over zichzelf en over andere mensen en de wereld opvattingen opgebouwd; ze zijn zich hier vaak niet van bewust. In de cognitieve psychologie worden deze opvattingen 'schemata' genoemd.

Elke ingrijpende ervaring nu confronteert de mens met informatie die tot dan toe niet aanwezig was. De mens wordt als het ware 'ontregeld': nieuwe regels, verwachtingen en ideeën over zichzelf, de andere mens en de andere wereld moeten worden opgebouwd.

Een psychotrauma is een ernstige schok, een sterke ontregeling. Een schokverwerkingsproces vindt daarbij plaats. Daarbij moet een sterke verandering optreden van oude schemata in de richting van nieuwe, om de situatie onder controle te krijgen.

Horowitz spreekt bij een psychotrauma van een *schokverwerkingsyndroom*. Dat kan een normaal verloop hebben en ziet er dan als volgt uit:

1. Eerst komt de *outcry-fase*. Hierbij treedt de eerste emotionele, vaak vrijwel reflexmatige reactie op, zoals bijvoorbeeld 'Kijk uit!'

In sommige gevallen treedt geen outcry-fase op en is er gelijk van ontkenning sprake.

2. De *ontkenningsfase* (vergelijk de 'denial symptoms' van het PTSD-concept.) Ontkenning is het mechanisme waarmee de persoon zich afschermt tegen zijn emotionele reacties op het gebeuren; het geeft tijd en ruimte om niet overspoeld te raken door emoties. Hij tracht op overmatige wijze zijn denken, voelen en handelen te beheersen.

3. De *herbelevingsfase* (zie ook 'intrusive symptoms' van het PTSD-concept). Hierbij is er sprake van een bijna dwangmatig herbeleven van een gebeurtenis in associaties, dromen en fantasieën. Dit wordt gezien als noodzakelijk voor het cognitieve reconstrueren.

In tegenstelling tot de ontkenningsfase is er juist een falen van de innerlijke beheersing, waardoor de persoon het gevoel heeft overspoeld te raken door herinneringen en gevoelens.

4. *Doorwerkingsfase*. In deze fase is er sprake van het onder ogen zien van de gebeurtenis en de consequenties die die voor het hele leven heeft.

5. *Voltooiingsfase*. Hierbij is er een terugkeer van de proporties van het dagelijks leven, waarbij de betekenis van het gebeurde geïntegreerd is in de wijze waarop de persoon zichzelf en de wereld rondom hem ziet.

Een dergelijk fraai beloop van een schokverwerkingsproces bij een psychotrauma doet zich lang niet altijd spontaan voor. Ontkenningsfasen en herbelevingsfasen lopen dooreen. Verschijnselen van ontkenning en van herbeleving kunnen

elkaar afwisselen, soms binnen betrekkelijk korte tijd (binnen één therapie-uur soms!).

Het beeld is soms voor de omstanders (en de betroffene zelf) chaotisch. Maar in een aantal gevallen komt alles toch 'vanzelf' voor elkaar, zonder dat er veel hulp geboden hoeft te worden.

Het is wel verstandig die hulp te bieden, zo vroeg mogelijk al. Daarom is er bij gijzelingen, bankovervallen, rampen of andere incidenten terecht sprake van een soort van directe opvang, een crisisinterventie. Deze bestaat vaak uit concrete hulp en informatie en soms ook uit psychologische ondersteuning en begeleiding van kortdurende aard. Het is hier niet de plaats om daarover uit te weiden.

Wanneer het schokverwerkingssyndroom niet spontaan tot een nieuw evenwicht leidt, of wanneer de crisisinterventie niet toereikend is, spreekt men van stoornissen in de verwerking. Verschijnselen van de PTSD of van het posttraumatische stress-spectrum blijven na zes tot twaalf maanden nog bestaan en vergen therapeutische hulp vanuit de tweede lijn (riagg en polikliniek) of ook wel de derde lijn van de geestelijke gezondheidszorg (opname).

Het gaat dan dus om de behandeling van herbelevings- en ontkeningsverschijnselen die niet verdwenen zijn, maar die langduriger en ook veel heviger optreden respectievelijk hun blokkades uitoefenen.

Ook kunnen de verschijnselen van verhoogde prikkelbaarheid blijven bestaan, als uitingen van verhoogde activiteit van het sympathische zenuwstelsel of mogelijk andere cerebrale stoornissen.

Verder kunnen na een langdurige periode van latentie (soms tientallen jaren), bijvoorbeeld bij diegenen die als kind in een concentratiekamp verbleven, verschijnselen uit het posttraumatische stress-spectrum een aanwijzing vormen dat verdere therapie noodzakelijk is.

Behandeling van het psychotrauma

Wanneer praktische hulp, crisisinterventie, psychologische ondersteuning en begeleiding gefaald hebben of, bijvoorbeeld in het geval van de oorlogsgetroffenen en vervolgd in de Tweede Wereldoorlog, veelal ontbroken hebben, komt in een latere periode de ambulante of klinische behandeling vanuit de geestelijke gezondheidszorg aan bod.

Er zijn dan allerlei mogelijkheden tot behandeling:

- kortdurende psychodynamische psychotherapie volgens Horowitz;
- traumadesensitisatie;
- flooding;
- schrijfopdrachten;
- hypnose;
- medicamenteuze therapie;
- groepstherapie;
- enzovoorts.

Soms is een aantal van deze methodieken al in een eerder stadium toegepast gedurende kortere tijd.

Het is nog lang niet uitgemaakt welke methoden hier de beste zijn. Waarschijnlijk is het niet zoveel anders dan in de 'gewone' psychotherapie, waar het probleem van de 'beste' benadering ook lang niet opgelost is. Het is het ingewikkelde verhaal van de therapeut, de methode en de patiënt, waarbij allerlei variabelen een rol spelen. Voorlopig wordt in de Nederlandse situatie dit gecompliceerde probleem benaderd (opgelost durf ik niet te zeggen) door een intake-procedure, gevolgd door een indicatiestellingsbespreking met multidisciplinaire inbreng, waarbij diverse methoden overwogen worden. Het kan daarbij niet anders zijn dan dat individuele ervaringen van therapeuten, belangstelling voor speciale methoden, teamtradities en persoonlijke hoedanigheden een grote rol spelen. Misschien is dat voor het ogenblik ook niet zo erg en wellicht is zo'n procedure bij gepsycho-traumatiseerde patiënten ook wel het beste: multidisciplinaire diagnostiek en indicatiestelling in een team, dat een multimethodisch behandelpakket kan aanbieden.

Het is onmogelijk om op al deze behandelmethoden in te gaan. Kort noem ik er twee:

1. Van de individuele benadering de *kortdurende psychodynamische therapie* volgens Horowitz. Dit is een vorm van individuele psychotherapie waarbij de therapeut zich met een 'mix' van ondersteunende en ontregelende benaderingen aanpast aan de fasen van de verwerkingsstoornis. Eerst moet een psychologisch veilige werkrelatie ontstaan. Daarna kan de therapeut beurte- lings ondersteunend optreden bij een gebrek aan interne controle (bij herbelevingen) en ontdekkend, meer confronterend bij een overmaat aan interne controle (bij ontkenningfenomenen).

2. *Groepstherapie*. Het gaat hier om een groep van lotgenoten. Ik doel hier duidelijk op een therapeutische groep en niet op een zelfhulpgroep. Zelfhulpgroepen zijn zeker op hun plaats in diverse stadia, maar hebben therapeutische beperkingen.

Groepstherapie wordt vaak gezien als een eerste keus bij de behandeling (Van der Kolk 1990). Groepstherapie geeft niet alleen de mogelijkheid tot het delen van gevoelens en ervaringen binnen een groep mensen die gelijke ervaringen hebben doorgemaakt. Veel trauma-slachtoffers zijn gefixeerd in een eenzijdige rol, waarbij ze het gevoel hebben geen invloed op hun situatie te hebben (men noemt het in vakjargon wel een 'externe locus of control'). Binnen een groep kunnen de leden leren elkaar psychologisch te helpen en zich daarmee als nuttig te ervaren voor anderen. Er is binnen de groep flexibiliteit van rol. Men kan van elkaar en aan elkaar leren hoe men uit zijn eenzijdige rolpositie komen kan. Een therapeut kan dit onderlinge proces begeleiden en stimuleren en doet daarbij iets wezenlijk anders dan hij in een individuele therapie zou kunnen doen.

Waar spontaan herstel niet is opgetreden, de crisisinterventie gefaald of ontbroken heeft, waar ook de methoden uit de vorige paragraaf niet afdoende blijken te helpen, is langer durende hulpverlening vereist.

Groepstherapie is soms zo'n langer durende therapie (Lansen en Cels 1992). Soms is een psychoanalytische benadering van langdurige aard gewenst, vaak in een gemodificeerde vorm (narcoanalyse bijvoorbeeld, of de methode-Bastiaans met LSD). Hier is niet altijd even duidelijk waarom langer durende hulpverlening noodzakelijk is.

In een aantal gevallen is die echter duidelijk wel aanwezig. Daarvan noem ik:

1. Een vóór het trauma bestaande psychische kwetsbaarheid. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij een voor het trauma bestaande neurose, die wellicht tot het moment van het trauma niet openbaar was. Afgezien van de eigen dynamiek van het trauma, zoals bij Horowitz beschreven, kan het trauma ook allerlei intrapsychische conflicten reactiveren rondom schuldgevoel, agressie, verlatingsangst en andere angsten uit de vroege jeugd.

We mogen dit alles niet omkeren door te zeggen dat een vooraf bestaande neurose of persoonlijkheidsstoornis perse inhoudt dat een later optredend psychotrauma 'dus' slechter verdragen zal worden. Er zijn talloze voorbeelden van het tegendeel.

2. Zij die als kind ernstig getraumatiseerd zijn (verblijf in een concentratiekamp, onderduik op vele adressen zonder de ouders, incestervaringen).

Hun ontwikkeling is daardoor vaak ernstig gestoord geraakt. Toch is dit jeugdtrauma vaak overdekt door een verder schijnbaar normale psychologische en sociale ontplooiing. Veel later, soms tientallen jaren later, kunnen deze mensen decompenseren met een zeer hardnekkig ziektebeeld.

3. Bij bijzondere beschadiging van de persoonlijkheidsstructuur door het psychotrauma: bij ernstige 'Zelf'-stoornissen. We kunnen hierbij denken aan de 'Zelf-psychologie' (Kohut), waarbij het vooral gaat om stoornissen in de achting voor zichzelf, de eigenwaarde (meestal veel te laag en ernstig gestoord, ook in de regeling van die achting). We kunnen echter ook denken aan het 'Zelf' als structuur in de zin van de interne representaties, waarover vooral de objectrelatietheorie gaat. Dit is moeilijk in het kort uit te leggen.

Het gaat vooral om - dit lijkt op de 'schemata' van Horowitz en uit de cognitieve psychologie - dat het basale schema 'Zelf-Ander' heel vaak door het trauma geregredieerd is, versimpeld is tot een schema uit de heel vroege jeugd, van slachtoffer-agressor, van zwak-sterk, van goed-slecht, van superieur-inferieur. De objectrelatietheorie kent deze schema's in een veel sterker affectieve zin dan met de schemata van Horowitz het geval is (die zijn meer cognitief).

Ook hier geldt overigens een relativering van de duidelijkheid. Dát stoornissen in het 'Zelf' aanwezig zijn, is duidelijk. Waarom ze wel bij de ene en niet bij de andere getraumatiseerde mens optreden is dan weer niet zo duidelijk. Misschien treden ze wel bij elk zwaar psychotrauma op, maar vindt ook hier vaak spontaan herstel plaats.

De langer durende hulpverlening die in deze gevallen op zijn plaats is, is vaak van ondersteunende aard. Zeker kan men proberen ook hier nog met individuele psychotherapie en groepspsychotherapie hulp te bieden. Deze therapieën zullen dan langdurig zijn en veel supportieve elementen bevatten. In veel gevallen echter zijn maatregelen vanuit het sociaal-psychiatrische pakket noodzakelijk. Ik denk aan steunende individuele contacten door de psychiater, sociaal-psychiatrische verpleegkundige en maatschappelijk werkende, in goed onderling contact en vaak medicamenteus ondersteunend. Verder aan begeleiding van partner en gezin, van stimulering in het meedoen aan zelfhulpgroepen, hulp bij werk, uitkering en huisvesting, enzovoorts. Het is vaak ook nodig om verzorgend personeel, bijvoorbeeld in verzorgingshuis en verpleeghuis, goed voor te lichten over wat de getraumatiseerde patiënt wel en niet hebben kan, de specifieke fobieën (voor douches bijvoorbeeld) en de noodzaak een open oor te hebben voor de dikwijls nare verhalen.

Slot

Het bovenstaande verhaal bevat de neerslag van langdurige ervaring van medewerkers uit de Joodse Geestelijke Gezondheidszorg (JAGGZ te Amsterdam en het Sinai-Centrum te Amersfoort) en van mijzelf met mensen die door oorlog, vervolging en marteling getraumatiseerd zijn. Vanzelfsprekend gaat het daarbij vooral om eerste en tweede generatie joodse oorlogsgetroffenen, maar er is eveneens door ons veel ervaring opgedaan met getraumatiseerden uit andere categorieën oorlogsgetroffenen (Indisch, verzet, burger-oorlogsgetroffenen) en met meer recent getraumatiseerde mensen (onder andere vluchtelingen).

Een klein deel van ons kent deze ervaringen uit eigen ondervinding, vandaar dat aan de vraag van wetenschappelijk vereiste distantie tot het onderwerp door ons niet geheel kan worden voldaan.

Ik blijf echter volhouden dat de ervaring met zoveel getroffen mensen voldoende afstand geeft om te kunnen zeggen dat men tegenover veel publikaties op dit gebied een kritische blik moet blijven behouden. Er is een groot gevaar van sektevorming op dit gebied: rondom soorten van trauma (incest, oorlog), rondom behandelmethoden, waar eenzijdige schoolvorming dreigt, rondom theorieën (sommige psychoanalytici die niet uit hun denkkader kunnen komen of sommige aanhangers van dissociatietheorieën).

Ik heb geprobeerd hoofdlijnen te schetsen. Velen kunnen zich

daarbij te kort gedaan voelen. Ik hoop toch dat met name de behandelaars van 'man-made psychotrauma' - uw televisiescherm levert vrijwel dagelijks dit soort tragedies op - aan het overzicht van mijn ervaring veel hebben.

Literatuur

- Boulanger, G. (1990). A state of anarchy and a call to arms: the research and treatment of post-traumatic stress disorder. In: *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 20 (1), pp. 5-15
- Groen-Prakken, H. (1991). Trauma en ontwikkelingsinterferentie. In: *ICODO-Info* 8 (3), pp. 14-31
- Van der Hart, O. (1991). Trauma, dissociatie en hypnose. Amsterdam, Swets en Zeitlinger.
- Horowitz, M.J. (1986). *Stress Response Syndromes*. New York, Jason Aronson.
- Van der Kolk, B. (1990). De rol van de groep bij het ontstaan en het overgaan van de reactie op een trauma. In: *ICODO-Info* 7 (3/4), pp. 31-46
- Lansen, J. (1990). Een kritische opinie over het begrip posttraumatische stressstoornis. In: *ICODO-Info* 7 (1), pp. 11-18
- Lansen, J. en J.P. Cels (1992). Psycho-educative group psychotherapy for Jewish child-survivors of the Holocaust and non-Jewish child-survivors of Japanese concentration camps. In: *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, vol. 29 (1), pp. 22-32
- De Loos, W. (1990). Psychosomatic manifestations of chronic posttraumatic stress disorder. In: Wolf, M.E. en A.D. Mosnaim (eds), *Posttraumatic Stress Disorder: etiology, phenomenology and treatment*. Washington D.C., American Psychiatric Press, pp. 94-105
- McCann, I.L. en L.A. Pearlman (1990). Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. In: *Journal of Traumatic Stress*, vol. 3 (1), pp. 131-149
- Wolters, W.H.G. (1991). *Psychotrauma's bij jongeren*. Baarn, Ambo