



RUUD A. JONGEDIJK

Sleutelen aan een concept

De gevolgen van psychotraumatische ervaringen: meer dan PTSS alleen?

De diagnose posttraumatische stress stoornis, kortweg PTSS, is uitermate populair. Maar wat houdt PTSS eigenlijk in en is het wel toereikend om de klachten van trauma- getroffen en te beschrijven? Hier raken we de basis van de psychiatrische diagnostiek en vooral van het DSM-systeem. Binnen de geestelijke gezondheidszorg is het diagnostische classificatiesysteem, de DSM-IV (APA 1994) toonaangevend geworden. De DSM wordt algemeen beschouwd als standaard voor psychiatrische classificatie. Naast veel voordelen, kleven er ook vele, soms ernstige nadelen aan het DSM classificatie systeem (zie: Jongedijk, 2001). Daarom dient het met de nodige voorzichtigheid te worden gebruikt.



Achilles (foto ANP)

'The concept of traumatic neuroses does not appear to cover the multitude and severity of clinical manifestations of the survivor syndrome' (Niederland 1968)

Inleiding

De definitie van PTSS is deels gebaseerd op vrij arbitraire afspraken, gemaakt door experts, en deels op wetenschappelijk onderzoek. Vanaf 1980 heeft het wetenschappelijk onderzoek naar PTSS een hoge vlucht genomen. Zo telt de medische zoekmachine 'Medline' een enkel gepubliceerd artikel in 1980, maar al meer dan 600 artikelen in 2005. Mede hierdoor heeft PTSS haar bestaansrecht bewezen. Echter, een van de problemen is dat men steeds weer bewijst, dat hetgeen is gedefinieerd inderdaad bestaat. Maar wat daar buiten valt, wordt over het hoofd gezien.

Recent hebben Rosen e.a. (2008) een aantal problemen beschreven met betrekking tot de diagnose PTSS. Een van die problemen is het feit dat het meemaken van een trauma niet nodig is om PTSS-klachten te ontwikkelen. Dit zou de diagnose minder valide maken. McHugh en Treisman (2007) stellen, dat veel symptomen van PTSS non-specifiek zijn, inclusief het trauma-criterium. Zij stellen 'dat wanneer klachten ontstaan *na* een trauma dit nog niet betekent dat ze zijn ontstaan *door* het trauma'. Vaak zou PTSS als diagnose niet nodig zijn om de klachten te beschrijven.

In dit artikel is de vraag aan de orde of PTSS wel toereikend is om de psychische symptomen weer te geven die cliënten ondervinden na een schokkende gebeurtenis. Diverse symptomen

die veelvuldig voorkomen, maar die niet zijn beschreven binnen het PTSS-kader komen aan bod. Tot slot worden enkele alternatieven voor het huidige PTSS-concept beschreven.

Symptomen na psychotrauma

PTSS kent een drietal symptoomclusters. Echter, cliënten vertellen vaak nog veel meer symptomen, klachten en gebreken. Deze vallen vaak buiten het bereik van PTSS. Dat is op zich niet uniek. Dit fenomeen is al eerder aan de kaak gesteld voor andere diagnoses, zoals schizofrenie. Andreasen (1979) beschreef bij schizofrene patiënten wel achttien verschillende spreek- en denkstoornissen, terwijl in de DSM slechts een enkele van deze stoornissen wordt beschreven. Gevolg is, dat veel symptomen uit het zicht verdwijnen, niet alleen bij de individuele cliënt, maar ook uit de psychiatrie als zodanig (Jongedijk 2001).

Symptomen die niet of onvoldoende zijn beschreven binnen PTSS maar wel regelmatig worden gezien bij getraumatiseerde cliënten, zijn onder andere (zie tabel 1): woede, wraakgevoelens, schuldgevoel, schaamte, dissociatieve symptomen, psychosomatische klachten, wantrouwen, walging, problemen met het hanteren van emoties en affecten, gebrek aan veerkracht, gebrek aan sociaal steunsysteem, hertraumatisering en verminderde lichamelijke gezondheid. De beschrijving van enkele symptomen volgt hierna.

Woede en wraak

Homerus beschreef al zo'n 800 jaar voor Christus de verandering die Achilles ondergaat

in de Trojaanse oorlog: hij wordt een gevoelloos persoon, hij ontwikkelt gevoelens van onkwetsbaarheid en leeft woede en wraakgevoelens uit. Hij raakt als het ware 'gedehumaniseerd'.

Woede en wraak zijn geen onbegrijpelijke gevoelens voor getroffenen van ernstige schokkende gebeurtenissen. Bij veel cliënten komt woede zelfs voor als voornaamste en vaak meest hinderlijke klacht, óók voor de omgeving.

De wetenschappelijke literatuur toont een duidelijke relatie aan van PTSS met woede. Winkel (2007) sprak onlangs in zijn oratie van 'Posttraumatic Anger'. Er zou zo een sterke associatie bestaan tussen de *ernst* van PTSS en de mate van boosheid. Ook bij de reddingswerkers van 9/11 (Twin Towers) werd bij degenen met PTSS significant meer woede gevonden dan bij hen (met dezelfde ervaringen) zonder PTSS. Studies hebben inmiddels aangetoond, dat niet alleen de zogenaamde 'state anger' (de aanwezige boosheid) hoger is bij ernstiger PTSS, maar ook de 'anger reactivity' (boosheid naar aanleiding van).

Woede is een symptoom, en achter het symptoom schuilt doorgaans een hele cascade van reacties en problemen. Zo blijkt 'PTSS-woede' significant geassocieerd te zijn met verminderd gezinsfunctioneren, fysieke en emotionele mishandeling en verminderde algehele lichamelijke gezondheid. Tevens, niet onbelangrijk, blijkt woede behandeling en herstel van PTSS te bemoeilijken.

Walging

Walging ('disgust') is een weinig beschreven

klacht of symptoom in de psychiatrie. Wat is walging en waar dient het toe?

Walging is een defensieve reactie om te beschermen tegen besmetting of infecties. Het kan hierbij gaan om bedorven voedsel, maar ook om lichaamsvloeistoffen zoals bloed, urine, ontlasting of sperma. Ook sommige dieren kunnen walging veroorzaken, zoals spinnen, slangen of reptielen.

Vrijwel iedereen zal wel ergens walging over voelen. Een kluwen krioelende maden zal velen de maag doen omkeren. Dat lijkt een normale reactie. Net als angst en pijn bedoeld zijn als bescherming, biedt walging hier ook bescherming. Soms is de mate van walging extreem, of is het onderwerp van de walging niet functioneel. Dan is er sprake van psychische problematiek. Recent werd geconstateerd, dat er ten onrechte weinig aandacht bestaat voor walging als symptoom in de psychiatrie (Olatunji en McKay, 2007). Diverse psychiatrische stoornissen hebben een associatie met walging. Over de relatie tot PTSS is nog weinig, maar wel iets bekend. Walging kan voortkomen uit verschillende associaties met diverse traumatische gebeurtenissen. Velen kennen de veteranen die een aversie hebben tegen bijvoorbeeld de geur van dieselolie. En seksueel getraumatiseerde vrouwen kennen aversie tegen bijvoorbeeld transpiratiegeur en andere seksuele geurassociaties. Dit leidt vaak tot overdreven veel wassen (gevoel vies te zijn; walging van zichzelf), eetproblemen en automutilatie (walging van het eigen lichaam).

Steil e.a. (2007) hebben recent onderzoek gedaan bij cliënten met PTSS en zij vonden wal-

ging significant meer voorkomen bij personen met PTSS dan zonder PTSS. Tevens vonden zij een correlatie tussen walging en de *ernst* van de PTSS.

TABEL 1: DIVERSE 'TRAUMASYMPTOMEN' DIE NAAST PTSS KUNNEN VOORKOMEN

- Walging
- Woede
- Wraakgevoelens
- Affect en emotie dysregulatie
- Schuldgevoel
- Schaamte
- Dissociatie
- Somatisatie
- Wantrouwen
- Veerkracht vermindering
- Gebrek aan sociaal steunsysteem
- Her-traumatisering
- Geheugen problemen
- Lichamelijke reacties

Somatisatie

Al heel lang worden psychosomatische symptomen in verband gebracht met psychisch trauma. Da Costa beschreef al in 1871 het 'soldiers heart'; hartklachten die ontstaan bij militairen onder stress. Zeker aan het einde van de 19e eeuw werd een scala aan lichamelijke klachten beschreven bij seksueel getraumatiseerde cliënten door psychologen en psychiaters als Briquet, Charcot, Janet, Breuer en Freud. Veel klachten hadden een 'neurologische' uitingsvorm, zoals zwakte, flauw vallen en verlammingen. In de Eerste Wereldoorlog kwamen dergelijke klach-

ten ook veel voor. Na de Tweede Wereldoorlog beschreven psychiaters als Bastiaans de vele psychosomatische klachten binnen het Post-Concentratiekamp Syndroom.

Recenter onderzoek heeft aangetoond, dat bij 80% van de cliënten met een somatisatie-stoornis seksueel trauma in de jeugd voor kwam. Men had last van uiteenlopende klachten, zoals chronische pijn, maag-darmklachten en conversieklachten. Bij militairen met traumatische ervaringen en ook na rampen is er vaak een toename van 'medisch onverklaarbare klachten' ofwel psychosomatische klachten. Behalve met traumatische ervaringen is PTSS ook geassocieerd met diverse psychosomatische klachten, zoals cardiovasculaire klachten, ademhalingsklachten, klachten van het bewegingsapparaat en neurologische klachten (Sack e.a. 2007).

Complexe PTSS

Vanuit het besef dat PTSS onvoldoende de lading dekt van de klachten die zich na traumatisering voordoen, is het concept complexe PTSS of Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DES NOS) geïntroduceerd. DES NOS omvat symptomen zoals dissociatie, verandering in de regulatie van emoties en affecten, somatisatie symptomen, verandering in zingeving. In de ICD-10 (internationaal gehanteerde lijst van ziekten) wordt gesproken van duurzame persoonlijkheidsverandering na een catastrofale gebeurtenis.

Al met al komt het begrip DES NOS tegemoet aan onze kritiek op PTSS als een te beperkt diagnostisch concept. Behandelaars omarmen het begrip, omdat het zoveel meer recht doet

aan hun cliënten in de dagelijkse behandelpraktijk. Echter, DES NOS is een complex begrip, met zoveel uiteenlopende symptomen, dat een reguliere behandeling moeilijk kan worden ingezet. Ondanks diverse, ook recente publicaties, zal DES NOS in de DSM zeer waarschijnlijk geen plaats verwerven.

Hoe nu verder?

Recent zijn er in de aanloop van de DSM-V, de vijfde editie van de DSM, werkgroepen gevormd om te bekijken wat er veranderd zal worden aan de PTSS-criteria. Hierover valt nog niet veel definitiefs te zeggen op dit moment. Wel zijn er enkele auteurs die zich sterk maken voor hun concepten van traumatisering. Twee daarvan zullen hier worden besproken.

Dimensioneel model

Miller maakt zich al enige jaren sterk voor een meerdimensioneel model van PTSS. Hij meent dat met name complex getraumatiseerde cliënten beter kunnen worden beschreven met een PTSS / temperamentdimensie. Bij een dimensionele benadering bevinden zich de klachten van de betreffende cliënt op een continuüm. Dat is geheel anders dan bij de DSM, waar sprake is van afgegrensde categorieën. Miller beschrijft de subtypen 'internaliserende PTSS' en 'externaliserende PTSS'. Aan de ene kant staan de vermijdende, sombere en/of angstige, somatiserende, introverte cliënten (internaliserend). Aan de andere kant de extraverte, zich (te) makkelijk uitende, dominante, soms boze of agressieve en weinig angst voelende cliënten (externaliserend). En alle varianten daar tussen.

Prototypen bestaan niet bij een dimensioneel model. Dat is enerzijds lastig, omdat het de herkenbaarheid vermindert, maar het doet de werkelijkheid meer recht.

De vele symptomen die cliënten kunnen vertonen na traumatisering, kunnen voor een belangrijk deel in dit model worden weergegeven. Miller stelt, dat dit model ook relevant is voor behandeling. De externaliserende cliënten vertonen een verminderde PTSS-behandelrespons. Dat komt overeen met de eerder genoemde verminderde behandelrespons bij PTSS-clieënten met veel woede. Misschien dient een reguliere PTSS behandeling bij dergelijke cliënten te worden aangepast.

Factor model

Binnen het onderzoek naar symptoomclusters worden vaak vier factoren gevonden (Krueger e.a. 1999), die bij PTSS onderscheiden kunnen worden. Twee daarvan blijken vrij specifiek te zijn voor PTSS, te weten de clusters 'herbeleving' en 'actieve vermijding'. Andere symptoomclusters, zoals passieve vermijding, verminderde belangstelling, concentratieproblemen en verhoogde prikkelbaarheid blijken minder specifiek. Deze symptoomclusters zijn sterk geassocieerd met depressieve klachten. Zo wordt wel een onderscheid gemaakt tussen de 'angstige herbelevende (meer acute) PTSS' en de 'depressieve, dysfore (meer chronische) PTSS'.

Is deze tweedeling van belang? Dat zou volgens de auteurs het geval zijn. Men stelt wel dat bij de 'angstige PTSS' meer een trauma gerichte behandeling zou moeten plaatsvinden (expo-

sure therapie bijvoorbeeld), terwijl bij de 'depressieve PTSS' variant cognitieve therapie en activerende, rehabiliterende behandeling eerder aangewezen zal zijn (Miller e.a. 2007).

Conclusies

Over PTSS als diagnostische categorie zal het laatste woord voorlopig nog niet zijn gezegd, ook niet na de totstandkoming van de DSM-V. Hoe moet een behandelaar in de praktijk nu verder? Het belangrijkste is te beseffen dat een DSM-diagnose geen echte diagnose is. Het is een indeling, een vaak arbitraire samenvoeging van symptomen, die nog niets zegt over de individuele cliënt. Voor een behandelindicatie is een DSM-classificatie onvoldoende.

Voor de diagnostiek is het van belang een goede anamnese af te nemen, en bewust te zijn van de gevaren van het DSM-systeem (Jongedijk 2001). In ieder geval is het van belang, om in de anamnese niet te snel toe te werken naar een DSM-classificatie. Meestal vindt de diagnostiek in de praktijk immers top down plaats. Anders gezegd, men 'vindt' enkele symptomen, of een trauma, en gaat van daaruit verder zoeken naar de andere symptomen, die nodig zijn om de diagnose te stellen. Symptomen die daar niet in passen, worden terzijde geschoven. Ook het gebruik van stoornis-specifieke diagnostische vragenlijsten is *top down* diagnostiek.

Zeker bij getraumatiseerde cliënten wordt al snel toegewerkt naar de diagnose PTSS, terwijl dit lang niet altijd het geval hoeft te zijn. Hier treedt een bias op, die een bijwerking is van het PTSS-concept (Rosen e.a. 2008) en in het algemeen van het DSM-systeem.

Kortom, bij top down diagnostiek wordt te snel toegewerkt naar een specifieke diagnose als PTSS waarbij vele symptomen over het hoofd worden gezien. Daarom dient, volgens goede diagnostische principes, de diagnostiek niet top down, maar *bottom up* plaats te vinden. Het goed uitvragen van alle klachten van een cliënt en pas daarna classificeren en diagnosticeren van alle mogelijke diagnostische mogelijkheden, doet het meeste recht aan de klachten van de cliënt (McHugh en Treisman 2007). Diagnostiek heeft implicaties voor het behandeltraject. En evidence based behandelen is zeer afhankelijk van - evidence based - diagnostiek, en die dient bottom up plaats te vinden.

Dit artikel is een bewerking van een lezing, gehouden op het congres van de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma, 28 november 2007.

RUUD A. JONGEDIJK is psychiater en manager Centrum '45, locaties Noordwijkerhout en Diemen.

Literatuur

- Andreasen, N.C., 'Thought, language and communication disorders', in: *Archives of General Psychiatry* vol. 36 (1979) pp. 1315-1321.
- APA, *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (4th edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
- Jongedijk, R.A., 'Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem. Een kritisch overzicht', in: *Tijdschrift voor Psychiatrie* vol. 43 (2001) pp. 309-319.
- McHugh, P.R. & G. Treisman, 'PTSD: a problematic diagnostic category', in: *Journal of Anxiety Disorders* vol. 21 (2007) pp. 211-222.
- Miller, M., D. Forbes, A. Flood, K. Koenen & P. Resnick. *PTSD and a internalizing / externalizing model of posttraumatic psychopathology*. Symposium (Abstract #179873), 23rd ISTSS Annual Meeting, Baltimore, USA, 2007.
- Niederland, W.G., 'Clinical observations on the survivor syndrome', in: *International Journal of Psychoanalysis* vol. 49 (1968) pp. 313-315.
- Olatunji, B.O. & D. McKay, 'Disgust and psychiatric illness: have we remembered?', in: *British Journal of Psychiatry* vol. 190 (2007) pp. 457-459.
- Rosen, G.M., R.L. Spitzer & P.R. McHugh, 'Problems with the post-traumatic stress disorder and its future in DSM-V', in: *British Journal of Psychiatry* vol. 192 (2008) pp. 3-4.
- Sack, M., C. Lahmann, B. Jaeger & P. Henningsen, 'Trauma prevalence and somatoform symptoms', in: *The Journal of Nervous and Mental Disorder* vol. 195 (2007) 11, pp. 928-933.
- Steil, R., *PTSD: a disgust-related disorder?* Voordracht symposium: PTSD: only an anxiety disorder? (Abstract #179918), 23rd ISTSS Annual Meeting, Baltimore, USA, 2007.
- Winkel, F.W., *Post traumatic anger: missing link in the wheel of misfortune*. Lecture delivered on the official acceptance of the Intervict office of professor of Psychological Victimology at Tilburg University on October 17, 2007.