
Hoe ingrijpende gebeurtenissen beter herkennen?

Snelle interventie helpt bij acute stressreacties en trauma's

Auteurs

- › Anouck Heulot is klinisch psycholoog en dossierbeheerder bij POBOS;
- › Peter Leysen is huisarts in Antwerpen;
- › Salvatore Lo Bue is docent psychologie aan de Koninklijke Militaire School.

Inleiding

Heel wat mensen maken tijdens hun levensloop een ingrijpende gebeurtenis mee. De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* beschouwt een gebeurtenis als ingrijpend als men bedreigd is met de dood of ernstige letsels, als men getuige is van de dood of de ernstige letsels van iemand anders, als men te weten komt dat een naaste zo'n gebeurtenis heeft meegemaakt of als men herhaaldelijk blootgesteld wordt aan de aversieve details na zo'n gebeurtenis.¹

In de algemene populatie is het cumulatieve risico 60 tot 80% om tijdens zijn levensloop geconfronteerd te worden met een ingrijpende gebeurtenis zoals een ernstig ongeluk of een agressie-incident.^{2,4} De meeste herstellen op eigen kracht na een paar dagen of weken. Sommigen herstellen van een aanvankelijke acute stressstoornis (ASS) zonder noemenswaardige opvang.^{5,6} De Hoge Gezondheidsraad schat echter dat 1 tot 11% van de mensen die een ingrijpende gebeurtenis meemaken, een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontwikkelt. Ook Kessler et al. geven aan dat slechts 8% van de mensen na een ingrijpende gebeurtenis, het volledige spectrum van PTSS vertoont.³ Wanneer er sprake is van kwaad opzet, kan dit percentage oplopen tot 25 à 35%.^{3,6,7}

Huisartsen krijgen bij aanmelding van deze patiënten een divers en weinig specifiek palet van klachten gepresenteerd, wat de diagnose, behandeling en doorverwijzing bemoeilijkt.⁸ Een goede diagnose, een luisterend oor en correcte doorverwijzing zorgen ook hier voor de fundamentele stap richting herstel.

Hoe een acute stressreactie en posttraumatische stoornis herkennen?

Acute stressreactie

Casus: Willem

Tijdens de treinrit van Charleroi naar Brussel wordt Willem, werkzaam als treinbegeleider, verbaal en fysiek aangevallen door twee reizigers die geen geldig vervoersbewijs op zak hadden. Totaal onverwacht is de situatie geëscaleerd, heeft hij enkele klappen moeten incasseren en is hij met de dood bedreigd. Niemand is hem te hulp geschoten. Hij heeft zich in veiligheid kunnen brengen en de dispatch op de hoogte gebracht. Bij aankomst in het station zijn de aanvallers het perron op gevlucht en verdwenen. Willem wordt tijdens zijn retourrit vergezeld door collega's van Securail en opgewacht door zijn partner. Die nacht slaapt hij slecht. Bij het ontwaaken voelt hij zich nerveus en alleen. In de WhatsApp-groep van collega's ziet hij vele berichten verschijnen om hem een hart onder de riem te steken en sterkte te wensen. Deze erkenning doet hem deugd en geeft hem het gevoel dat hij er niet alleen voor staat.

Klachtenpatroon

Een acute stressreactie kan zich voordoen na het beleven van een ingrijpende gebeurtenis. De draagkracht wordt hier volledig overstemd door de draaglast. In de nasleep van de gebeurtenis rapporteren de betrokkenen angst, woede, prikkelbaarheid, verdoofd gevoel, schrikreacties en slaapstoornissen.⁹ Al deze klachten zijn normale reacties op een abnormale gebeurtenis en verminderen bij de meeste mensen in de loop van de komende dagen of weken.⁹

Wanneer de symptomen meer dan drie dagen (en korter dan één maand) aanhouden, is er sprake van een acute stressstoornis, ASS.¹ Als ze langer dan vier weken aanslepen, kan er sprake zijn van een posttraumatische stressstoornis, PTSS.^{1,6,10} Om een diagnose van PTSS te stellen zijn een klinisch interview en het gebruik van gevalideerde meetinstrumenten aangewezen.¹⁰

Posttraumatische stressstoornis

Casus: Annemiek

Annemiek meldt zich voor een tweede maal op korte tijd bij haar huisarts op aansturen van haar partner. Hij verwijt haar de laatste tijd erg prikkelbaar te zijn. Het minste geluid doet haar opveren en boos reageren, de kinderen worden voor het kleinste akkefietje afgesnauwd. Boosheid wisselt zich af met huilbuien en wanneer hij haar hierover aanspreekt, geeft ze aan slecht te slapen en erg moe te zijn. Aangezien haar werk en relatie merkbaar lijden onder de aanslepende klachten, verschijnt ze een tweede maal op het spreekuur. Tijdens het eerste consult, enkele weken geleden, heeft Annemiek melding gemaakt van duizeligheid, nervositeit en verlies van eetlust en slaap. Ze weet het aan het personeelstekort op de dienst tijdens de vakantieperiode en de zorg voor de kinderen. Op medisch vlak lijkt Annemiek helemaal in orde.

Klachtenpatroon

Wanneer de klachten in reactie op een ingrijpende gebeurtenis na een maand in intensiteit niet afnemen of zelfs toenemen, spreekt men van een posttraumatische stressstoornis. Het klachtenpatroon kenmerkt zich door het terugkerend, intrusief en dissociatief karakter: nachtmerries over het voorval, flashbacks waarbij de gebeurtenis 'in loop' worden afgespeeld. Bij herinnering aan het voorval, of prikkels die hierop lijken, kan de betrokkene fysiologische reacties vertonen.

Vaak zullen slachtoffers aspecten vermijden die samenhangen met de traumatische gebeurtenis. Er zijn ook veranderingen in cognitie en stemming mogelijk: amnesie, vertekend zelf- en/of wereldbeeld, verminderde geheugenfunctie, gevoelens van angst, schaamte, vervreemding en toenemend isolement.¹

Van acute stressreactie tot posttraumatische stressstoornis

Bonnano en Mancini beschrijven vier trajecten na een ingrijpende gebeurtenis: de meeste mensen hernemen 'als vanzelf' het dagelijkse leven.¹¹ Sommige lijden een tijdje aan een acute stressstoornis en herstellen zonder noemenswaardige interventies. Een minderheid blijft lijden aan een posttraumatische stressstoornis (PTSS) en een laatste groep vertoont geen symptomen in een eerste fase en ontwikkelt een PTSS maanden of zelfs jaren na de feiten.

Diverse factoren spelen een rol in het ontwikkelen van een PTSS bij de twee laatste categorieën van betrokkenen. De ernst van de ingrijpende gebeurtenis, de *appraisal* (hoe bedreigend het gebeuren door iemand wordt ingeschat), eerdere traumatisering, gender (mannen lopen meer risico een ingrijpende gebeurtenis mee te maken, maar vrouwen hebben drie keer meer kans een PTSS te ontwikkelen¹²), veerkracht, leeftijd (jongere mensen lopen eveneens meer risico een PTSS te ontwikkelen¹³), de kwaliteit van de hulpverlening en de erkenning van de omgeving voor hetgeen ze hebben meegemaakt.^{8,10} Al deze factoren dienen in beschouwing te worden genomen om in te schatten of en



Wat is bekend?

- › Een grote meerderheid van de mensen maakt in zijn leven een potentieel traumatische gebeurtenis mee.
- › Eén op tien ontwikkelt na zo'n gebeurtenis een posttraumatische stressstoornis.

Wat is nieuw?

- › Bij normale acute stressreacties ligt de nadruk op het beperken van de schade en begint het herstel met het luisteren en erkennen van de ingrijpende gebeurtenis.
- › Langdurig repetitief trauma leidt tot ernstige klachten; de betrokkenen sluiten zich af.
- › Mensen met een posttraumatische stressstoornis kunnen doeltreffend behandeld worden via EMDR: Eye Movement Desensitization & Reprocessing.

hoe snel betrokkenen de draad van het leven terug kunnen oppikken.

Hoe omgaan met grote verschillen in trauma's?

De term 'trauma' dekt een zeer grote lading. Belangrijk is het verschil te kennen tussen een type-I- en type-II-trauma, aangezien de doorverwijzing en behandeling een correcte inschatting vereisen.⁸

Men spreekt over type-I-trauma wanneer de gebeurtenis 'slechts' eenmalig was, zoals een verkeersongeluk of een verkrachting. Over het algemeen herinneren slachtoffers zich het voorval en kunnen ze rekenen op de steun van familie, vrienden en hulpverleners.

Bij type-II-trauma is er sprake van een langdurig, repetitief trauma, bijvoorbeeld kindermisbruik of oorlogssituaties. Slachtoffers van dergelijke gebeurtenissen hebben vaak ernstigere klachten, niet in het minste door het uitblijven van steun, de onmogelijkheid om over het gebeuren te praten of het gebrek aan concrete herinneringen door het dissociatieve karakter van hun klachten.³ Bovendien hebben deze mensen zelden vertrouwen in anderen en zullen hun sociale interacties hierdoor sterk verstoord worden, wat zich uiteraard ook weerspiegelt in de therapeutische alliantie.

Aanpak en behandeling van type-I-trauma

Uit recent literatuuroverzicht is gebleken dat na een ingrijpende gebeurtenis drie kerninterventies noodzakelijk zijn:

psycho-informatie, emotieregulatie en coping en cognitieve verwerking.¹⁴

Meteen na de ingrijpende gebeurtenis (wanneer mensen diverse normale acute stressreacties vertonen) ligt de nadruk op het beperken van de schade en begint het herstel met het luisteren naar en het erkennen van het gebeurde.¹⁰ Deze eerste hulp bij psychisch letsel dient niet noodzakelijk door een psycholoog te gebeuren, maar vereist wel een niet-oordelende houding en authentieke empathie. In deze fase kan de huisarts al een wezenlijk verschil maken. Een onderzoek van Van der Velden toont net duidelijk aan dat sociale erkenning (dus niet alleen erkenning door familie-

leden of naaste vrienden) een positief effect heeft op de verwerking van de klachten, terwijl afwijzing het verwerkingsproces sterk kan hinderen door versterking van de schuldgevoelens.¹⁵

Bij een acute stressreactie staan psycho-educatie, geleide ontspanning en cognitieve gedragstherapie centraal.¹⁰ Professionele hulpverleners richten zich dus in eerste instantie op screening, psycho-informatie, waarbij ze tijdens een individueel of groepsgesprek een inschatting maken van aanwezige veerkracht, eventuele premorbiditeit, beschikbare copingmechanismen en het sociale netwerk. Tijdens deze gesprekken kunnen de betrokkenen op verhaal komen

Snelle interventie via POBOS



Wanneer een huisarts een patiënt op consultatie krijgt met ASS of PTSS, kan hij/zij bellen

naar het gratis noodnummer 0800/11 011 of 03 710 59 25, mailen naar info@pobos.be of via het e-formulier van het Elektronisch Medische Dossier (EMD) de betrokkene rechtstreeks aanmelden bij POBOS. Hierbij volstaat het om in het EMD de procedure te volgen voor de doorverwijzing naar een specialist, waarbij gezocht kan worden op de naam 'POBOS' of op 'psycholoog'.

Van zodra een dossier in het dossierbeheersysteem van POBOS verschijnt, wordt contact opgenomen met de betrokkene en wordt in eerste instantie uitgezocht wie de werkgever, verzekeraar of beroepsfederatie van de betrokkene is. Als deze bij POBOS is aangesloten, vraagt POBOS toestemming aan de betrokkene of deze organisatie gecontacteerd mag worden met de vraag of zij de kosten voor de interventie op zich wil nemen.

Als de organisatie akkoord gaat, stelt POBOS een hulpverlener uit de omgeving van de betrokkene aan. Deze ziet de betrokkene (in geval van crisis) binnen de 24 uur. Net die snelheid van interveniëren is van belang in de aanpak van ingrijpende gebeurtenissen. Doordat de betrokkene zich gehoord en erkend voelt, worden de fundamenten gelegd voor het herstel van vertrouwen.¹⁵

Wanneer de betrokkene niet via zijn werkgever geholpen kan worden, bezorgt POBOS hem/haar via een e-mail een overzicht van hulpverleners uit het netwerk of van de gesubsidieerde hulp in zijn omgeving (CAW, CGG).

In dit hele proces waakt POBOS over de privacy van de cliënt, de deontologische code van de psychologen en de kwaliteit van de hulpverlening. Conform de wetgeving dienen alle psychologen die met POBOS

verbonden zijn, erkend te zijn bij de Psychologencommissie¹⁹, in het bezit te zijn van een visum²⁰ en ervaring te hebben met traumahulpverlening. Bijkomende therapeutische opleidingen zijn eveneens een vereiste. Na afloop van de behandeling stuurt POBOS systematisch een elektronische enquête naar de betrokkene waarin de snelheid, kwaliteit en het nut van de interventie worden bevraagd.

Meer informatie

Op de website www.pobos.be zijn gratis diverse leaflets over ingrijpende gebeurtenissen ter beschikking in het Nederlands, Frans en Engels. Deze kunnen gemakkelijk aan de betrokkene worden meegegeven zodat die op een later tijdstip alle informatie nog eens rustig kan door nemen.

Ervaring van een huisarts

Dr. Peter Leysen: 'Ik werd geconfronteerd met een patiënt die enkele maanden daarvoor een ernstig verkeersongeval had meegemaakt. De betrokkene meldde zich met klachten van herbeleving van het ongeval, slaapstoornissen en sterk vermijdingsgedrag, waardoor de patiënt zich begon te isoleren. Die persoon zo goed mogelijk beluisteren is een eerste stap, maar wat erna? Mijn bekommernis was om mijn patiënt zo snel mogelijk een effectieve begeleiding aan te bieden. Ik wist dat POBOS een uitgebreid netwerk van traumapsychologen heeft die snel inzetbaar zijn. Via het E-form van het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) meldde ik mijn patiënt aan. De drempel om POBOS is te schakelen is erg laag: je bent niet afhankelijk van kantooruren, je hoeft niemand telefonisch te contacteren en de opvolging gebeurt snel en goed door een daartoe opgeleide psycholoog. Als er geen financiële tegemoetkoming is via de werkgever, helpt POBOS bovendien mee te zoeken naar een andere financieringsmethode. Als die er niet meteen blijkt te zijn, volgt er een doorverwijzing.'

en het gebeurde in een coherent narratief gieten. Vervolgsafspraken en eventuele doorverwijsadressen dienen proactief te worden aangeboden, liefst op papier zodat de betrokkene dit achteraf nogmaals kan lezen.¹⁰

Bij betrokkenen die na vier weken nog steeds symptomen vertonen, en waar er dus sprake kan zijn van een PTSS, is intensievere begeleiding aangewezen. De Hoge Gezondheidsraad en het onderzoek van Powers et al. en Watts et al. vermelden de effectiviteit van imaginaire exposure en exposure in vivo.^{10,16,17} Ook via de door Shapiro ontwikkelde techniek 'Eye Movement Desensitization & Reprocessing' (EMDR) worden zeer goede resultaten behaald bij de aanpak van onverwerkte levenservaringen en PTSS.¹⁸

Casus: Willem (ASS)

Willem gaat na het incident naar zijn huisarts en wordt een aantal dagen thuis geschreven om in alle rust te herstellen van de fysieke en mentale verwondingen. Willem krijgt de tijd om zijn relaas te doen. Via het werk wordt Willem doorverwezen naar een psycholoog die hem binnen de 24 uur na aanvraag een afspraak aanbiedt. Tijdens dat eerste gesprek vertelt Willem wat er is gebeurd, wat hij heeft ervaren op het moment van de feiten en hoe hij zich nu voelt. De psycholoog kadert en normaliseert zijn klachten, vraagt door waar er stukken lijken te ontbreken, bevaart zijn gebruikelijke copingmechanismen en hulpbronnen en geeft voor de komende dagen een aantal spanningsreducerende oefeningen (bv. hartcoherentie, protocol van de veilige plek, progressieve relaxatie van Jacobson,...) mee. Willem krijgt een brochure mee die hij 's avonds nog eens kan herlezen en er wordt een nieuwe afspraak gemaakt om de continuïteit te garanderen.

Casus: Annemiek (PTSS)

De huisarts besluit Annemiek naar een psycholoog door te sturen. In het eerste gesprek verkennen zij de afgelopen weken en maanden. Annemiek vertelt dat ze deel uitmaakt van het informele interventieteam en dat er zich anderhalve maand geleden een dodelijk arbeidsongeval heeft voorgedaan. Annemiek werd toen samen met enkele collega's opgeroepen om de eerste hulp te verlenen, maar jammer genoeg hebben zij alleen kunnen vaststellen dat alle hulp te laat kwam. Wel hebben ze de interventiediensten, de politie en de begrafenisondernemer op praktisch vlak bijgestaan. Na de interventie is Annemiek terug naar haar werkplek gegaan en heeft ze getracht de dag verder te zetten, terwijl ze zich eigenlijk 'ontwricht' voelde. De dagelijkse bekommernissen van haar collega's leken haar plots vreselijk banaal en ze slaagde er niet in aansluiting bij hen te voelen. Enkele dagen later organiseert de cel Welzijn op het werk een briefing waarbij alle leden van het interventieteam kunnen verhalen over hun aandeel in de gebeurtenis. Hierdoor worden de ontbrekende stukken van de puzzel wel aangevuld en voelt ze zich iets minder verloren. Bij deze 'collega's' herkent ze reacties en gevoelens, maar ze blijft het moeilijk vinden om de dagelijkse realiteit te hernemen.

Besluit

Een groot deel van de bevolking komt ooit in aanraking met een ingrijpende gebeurtenis. Het merendeel verwerkt deze zonder nood aan noemenswaardige professionele steun. Voor de mensen die wel hulp nodig hebben, maar deze niet ontvangen (om welke reden dan ook) kunnen de gevolgen op korte en lange termijn zeer nadelig zijn.

Om deze mensen beter te helpen is het belangrijk de verschillen tussen een acute stressreactie, acute stressstoornis en posttraumatische stressstoornis te herkennen. Huisartsen kunnen dan gericht opvolgen en/of doorverwijzen. ←

› Heulot A, Leysen P, Lo Bue S. Hoe ingrijpende gebeurtenissen beter herkennen? Snelle interventie helpt bij acute stressreacties en trauma's. *Huisarts Nu* 2020;49:179-83.

Literatuur

- 1 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition). Washington, DC: Author; 2013.
- 2 de Vries GF, Olff M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress* 2009;22:259-67.
- 3 Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hugues M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1995;52:1048-60.
- 4 Vrana S, Lauerbach D. Prevalence of traumatic events and posttraumatic psychological symptoms in a non-clinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress* 1994;7:289-302.
- 5 McFarlane AC, Yehuda R. Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In: Van der Kolk B, McFarlane AC, Weisaeth L (eds.). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: The Guilford Press; 1996.
- 6 Foa EB, Rothbaum BO. *Treating the trauma of rape. Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: The Guilford Press; 1998.
- 7 Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. *Psychological Medicine* 2008;38:467-80.
- 8 Gersons B. Traumaspectrumstoornissen: van enkelvoudig trauma tot complexe PTSS. In: Vermetten E, Kleber RJ, van der Hart O (red.). *Handboek Posttraumatische stressstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- 9 Centre for Substance Abuse Treatment. *Trauma-informed care in behavioural*. Rockville: Substance abuse and Mental Health Services Administration; 2014.
- 10 Aanbevelingen inzake de preventie en het beheer van psychosociale restletsels na individuele of collectieve noodsituaties. www.health.belgium.be/sites/default/files/

uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9403_psy_incidenten_zis_pdt.pdf

- 11 Bonanno GA, Mancini AD. Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2012;24:74-83.
- 12 Breslau N. Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder. *JGSM, the official journal of the Partnership for Women's Health at Columbia* 2002;5:34-40.
- 13 Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ. 60,000 disaster victims speak: PartII. Summary and implication of the disaster mental health research. *Psychiatry* 2002;65:240-60.
- 14 Schnyder U, Ehlers A, Elbert T, Foa EB, Gersons BPR, Resick PA, et al. Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology* 2015;6:10.3402.
- 15 Van der Velden PG, Oudejans M, Das M, Bosmans MWG, Maercker A. The longitudinal effect of social recognition on PTSD symptomatology and vice versa: Evidence from a population-based study. *Psychiatry Research* 2019.
- 16 Powers MB, Halpern JM, Ferenschak MP, Gillihan SJ, Foa EB. A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review* 2010;30:635-41.
- 17 Watts BV, Schnurr PP, Mayo L, Young-Xu Y, Weeks WB, Friedman MJ. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2013;74:e541-e550.
- 18 Shapiro F. EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures (2nd ed.). New York: The Guilford Press; 2001.
- 19 Psychologencommissie. Informatie over de wettelijke bescherming van de titel van psycholoog. www.compsy.be/nl/de-titel-van-psycholoog/ (laatst geraadpleegd op 26/10/2019)
- 20 Psychologencommissie. Visum – Erkenning – Inschrijving: Wat zijn de verschillen? www.compsy.be/nl/visum-erkenning-inschrijving (laatst geraadpleegd op 26/10/2019)



bestel online

www.DMED.be



McFERMOIR

www.dokterstassen.be



Plantoedig gelooid leer

Levenslange slotgarantie

Afneembare & verstelbare schouderriem

Uitneembare & verstelbare vakverdeling

Ritsvak aan binnen- en buitenzijde

Magnetische klepsluiting

Handgemaakt

McFermoir Wout
Ranger met A4 vak aan buitenzijde