

Praktijkboek Psychotrauma

Redactie: Ankie Driessen en Willie Langeland

ISBN 978 90 8850 737 3

NUR 770/875

© 2017 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot Uitgeverij SWP (Postbus 12010, 1100 AA Amsterdam-Zuidoost) te wenden.

Voorwoord

Psychotrauma betekent verwonding van de geest. Bij verwonding denken we automatisch aan het lichaam. We weten dat verwondingen *plotseling* kunnen optreden, bijvoorbeeld wanneer we ons snijden of bij een val iets breken. Moeder Natuur is hierop berekend. Soms treedt spontaan herstel op, in andere gevallen moet er een dokter aan te pas komen. Na het herstel is vaak niets meer te zien, maar soms is er nog een litteken. Naast plotselinge verwondingen zijn er *langduriger* beschadigingen, bijvoorbeeld door luchtverontreiniging of schadelijke voedingsstoffen. De gevolgen daarvan zijn minder duidelijk dan bij een plotselinge verwonding, maar vaak ernstiger: bijvoorbeeld chronische luchtweginfecties of kanker.

Dit uitstapje naar lichamelijke verwonding en beschadiging maak ik niet zomaar. Je ziet soortgelijke beschadigingen – plotselinge (acute) en langdurige (chronische) – bij psychische verwonding. Bij acute schokkende gebeurtenissen zijn de gevolgen vaak herkenbaar aan posttraumatische verschijnselen en is herstel, al dan niet met psychische littekens, spontaan of met behulp van traumatherapie goed mogelijk. Chronische psychische beschadiging laat zich veel minder gemakkelijk herkennen, is minder gemakkelijk te behandelen en kan langdurige, of zelfs levenslange schade berokkenen.

Dit boek is gemaakt vanuit de nadrukkelijke wens hierin niet te berusten, maar ervaringsdeskundigen en hulpverleners, al dan niet in opleiding, zo goed mogelijk te voorzien van kennis en vaardigheden om mensen, jong en oud, die aan schokkende gebeurtenissen of chronische psychische beschadiging hebben blootgestaan, te helpen weer zo goed mogelijk te functioneren.

Ofschoon het een boek voor de praktijk betreft, is het voorzien van een gedegen theoretische basiskennis op een aantal gebieden, waaronder typen trauma en verschillende vormen van beschadiging. Het biedt een breed spectrum aan behandelmogelijkheden, met veel aandacht voor kinderen en jeugdigen. Het gaat ook in op speciale thema's, zoals De Nieuwe GGZ, de inzet van ervaringsdeskundigen en het gebruik van zorgstandaarden. Daarnaast wordt bij de gevolgen van psychotrauma niet alleen gelet op gezondheid en welzijn, maar ook op de economische impact voor onze maatschappij.

Dit praktijkboek, door deskundigen geschreven, is bestemd voor hulpverleners, docenten en studenten (SPH, pedagogiek, MWD, verpleegkunde), psychologen, psychiaters (in opleiding), gezinscoaches en iedere andere professional die werkt met

mensen met trauma's. Het biedt hulpverleners en ervaringsdeskundigen tal van gereedschappen om te gebruiken in individuele gevallen. Maar ik denk dat meer mogelijk is. Naarmate wij als maatschappij beter gaan beseffen hoe veelvuldig kinderen, volwassenen en ouderen blootstaan aan schokkende gebeurtenissen en chronisch psychotrauma, zullen we meer oog krijgen voor de zeer uiteenlopende gevolgen ervan. Enerzijds stelt dit ons in staat om mensen met psychotrauma sneller en beter te behandelen. Anderzijds verplicht dit ons tot een veel grotere inspanning om psycho-traumatisering, bijvoorbeeld door kindermishandeling, te voorkomen. Ook voor die praktijk, die van politiek en samenleving, is dit boek geschreven.

Frits Boer

Emeritus hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie bij het AMC

Inhoudsopgave

Inleiding	13
Hoofdstuk 1	
Psychotrauma: historische ontwikkelingen	15
<i>Erik de Soir</i>	
1. Inleiding	15
2. De posttraumatische stressstoornis: enkele historische beschouwingen	15
3. De potentieel traumatiserende gebeurtenis als oorzaak van psychotrauma volgens de klassieke Frans-Europese opvattingen	16
4. Inspiratie uit het psychodynamisch traumamodel volgens Freud	17
5. Besluit	19
Hoofdstuk 2	
Enkelvoudig trauma en complex trauma: klachtenpatronen en behandeling	21
1. Inleiding	21
2. Seksuele traumatisering	22
<i>Een bewerking van een interview van Ankie Driessen met Iva Bicanic</i>	
2.1 Inleiding	22
2.2 Reacties op korte termijn	22
2.3 Reacties op lange termijn	24
2.4 Centrum Seksueel Geweld	24
2.5 Visie op complexe PTSS	25
2.6 Behandeling van (complexe) PTSS	26
3. Complexe PTSS en gefaseerd behandelen: bron van discussie	28
<i>Jackie June ter Heide</i>	
Hoofdstuk 3	
Meervoudig trauma: van begrip naar behandeling op maat	32
<i>Laura K. Hüning</i>	
1. Inleiding	32
2. Meervoudig trauma vanuit een beschrijvend oogpunt	32
3. Classificeren versus begrijpen van trauma	34
4. Meervoudig trauma gezien vanuit de structurele diagnostiek	38
5. Implicaties voor de praktijk	40
6. Samenvatting	41

Hoofdstuk 4

Complex trauma en de ontwikkeling van complexe traumagerelateerde stoornissen 43

Annemiek van Dijke, Kathleen Thomaes en Willie Langeland

1. Inleiding	43
2. Wat is complex trauma?	43
3. Trauma en de stresshuishouding in het lichaam	44
4. Complex trauma, emotieregulatie en gehechtheid	45
5. Complexe traumagerelateerde stoornissen	46
5.1 <i>Complexe PTSS en dissociatieve subtype van PTSS</i>	47
5.2 <i>Andere complexe traumagerelateerde stoornissen</i>	49
6. Diagnostiek van complexe traumagerelateerde stoornissen	49
7. Behandeling van complexe traumagerelateerde stoornissen	51

Hoofdstuk 5

Diagnostiek van dissociatieve stoornissen 57

Suzette Boon en Onno van der Hart

1. Inleiding	57
2. De DSM-5 dissociatieve stoornissen	59
2.1 <i>Prevalentie</i>	60
3. Uitdagingen bij het beoordelen van dissociatieve stoornissen	61
4. Dissociatieve symptomen die wijzen op een opdeling van de persoonlijkheid	65
5. Dissociatieve stoornissen beoordelen: een proces in twee stappen	66
5.1 <i>Onderzoeksinstrumenten ter beoordeling van dissociatie</i>	67
6. Conclusie	69

Hoofdstuk 6

Behandelingsaspecten van de posttraumatische stressstoornis 72

Eric Vermetten

1. Introductie	72
2. Kernuitspraken en de diagnose PTSS	73
3. Beloop: het ontstaan van PTSS-symptomen	74
4. Comorbiditeit	75
5. Verklaringsmodellen	75
5.1 <i>Psychologische verklaringsmodellen</i>	75
5.2 <i>Biologische verklaringsmodellen</i>	77
6. Behandeling	77
6.1 <i>Psychologische behandeling</i>	78
6.2 <i>Farmacotherapie</i>	81

6.3 Vaktherapie en nieuwe vormen van therapie	82
6.4 Aandachtspunten bij chronische en complexe PTSS	82
7. Probleemgebieden in de behandeling	83
8. Prognose en preventie	84
9. Juridisering en claims, impact op behandeling	84

Hoofdstuk 7

Trauma bij kinderen en adolescenten	87
<i>Ramón Lindauer en Marloes de Kok</i>	
1. Schokkende gebeurtenissen	87
2. Prevalentie van schokkende gebeurtenissen	88
3. Type schokkende gebeurtenissen	88
4. Gevolgen van traumatische gebeurtenissen	89
5. Screening	91
6. Diagnostiek	91
7. Behandelingen	93

Hoofdstuk 8

Creatief omgaan met potentieel traumatiserende ervaringen bij kinderen	101
<i>Lies Scaut</i>	
1. Inleiding	101
2. Creatief werken met kinderen na trauma	102
2.1 Tekenen	102
2.2 Schrijven	103
2.3 Spelen	103
2.4 Helden en helpers maken	104
2.5 Eerste Hulp-koffertjes	104
3. Besluit	105

Hoofdstuk 9

Vroegkinderlijke traumatisering	107
<i>Marina Reijns</i>	
1. Inleiding	107
2. Vroegkinderlijke traumatisering	107
3. Gevolgen op de korte termijn	108
4. Classificatie	109
5. Diagnostiek	110

Hoofdstuk 10

Behandel mogelijkheden van complexe PTSS in de residentiële zorg voor jeugd 114

Paul Prins en Karin Nijhof

1. Inleiding 114
2. Stabiliseren of niet? 115
 - 2.1 *Motiveren, aanleren van vaardigheden en stabiliseren* 116

Hoofdstuk 11

Preventie van psychotrauma in de kindertijd 120

Cees Hoefnagels en Els Jonker

1. Inleiding 120
2. Het voorkomen van ingrijpende gebeurtenissen 120
3. Het voorkomen van traumagerelateerde klachten 122
4. Het voorkomen van psychotrauma; de kracht van steun en traumasensitief werken 124
5. Handreikingen voor professionals 126

Hoofdstuk 12

Psychologische triage bij calamiteiten en rampen: Het CRASH-model 128

Erik de Soir

1. Inleiding 128
2. Vroegtijdige interventie na ingrijpende gebeurtenissen 128
3. Vroegtijdige interventie op basis van het CRASH-model 129
 - 3.1 *De emotionele ventilatiesessie* 131
 - 3.2 *De recuperatiesessie* 132
 - 3.3 *De stabilisatiesessie* 133
4. Besluit 134

Hoofdstuk 13

Economische gevolgen van trauma 135

Silvia M.A.A. Evers

1. Inleiding 135
2. Economische gevolgen van een trauma 135
 - 2.1 *Kosten voor zorg en welzijn* 136
 - 2.2 *Kosten voor slachtoffer, omgeving en andere sectoren* 137
3. Kosten van kindermishandeling 137
4. Conclusie 138

Hoofdstuk 14

Trauma en vluchtelingen **139**

Marloes de Kok en Aram Hasan

1. Inleiding 139
2. Maatschappelijke context 140
3. Het diagnostisch beeld 140
4. Behandeling 142

Hoofdstuk 15

Nieuwe ontwikkelingen in de Nederlandse ggz en in de politiek **145**

1. Inleiding 145
2. Trauma en De Nieuwe GGZ 145
Alie Weerman
3. Ervaringsdeskundigheid: de onderzoeker 147
Alie Weerman
4. Ervaringsdeskundigheid: de deskundige 148
Ankie Driessen
5. De Zorgstandaard Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen 150
Ellen Klaassens, Rolf Kleber en Ruud Jongedijk
6. Politieke ontwikkelingen 153
Renske Leijten

Nawoord **157**

Dirk De Wachter

Bijlage

De CRIES-13 kind- en ouderversie **159**

CRIES-13 kindversie 161

CRIES-13 ouderversie 165

Over de auteurs **169**

Inleiding

Psychotrauma kent veel gezichten. De afgelopen jaren is in Nederland de maatschappelijke belangstelling voor de ingrijpende gevolgen van traumatische gebeurtenissen sterk toegenomen. Veel mensen zijn in staat traumatische gebeurtenissen met steun van hun eigen familie en vrienden te verwerken. Professionele hulp is geboden bij degenen die het niet zelf kunnen verwerken, want confrontatie met een eenmalige traumatische gebeurtenis of blootstelling aan chronische of zich herhalende traumatische ervaringen kan tot ernstige en soms ook langdurige gevolgen leiden, voor zowel het slachtoffer als zijn omgeving. In dit boek is de aandacht gericht op trauma en stressorgerelateerde stoornissen zoals de posttraumatische stressstoornis (PTSS) en de complexe PTSS, maar ook dissociatieve stoornissen komen aan bod.

De keuze van Ankie Driessen om een praktijkboek psychotrauma samen te stellen, volgde uit het feit dat een beknopt boek dat meerdere aspecten van psychotrauma belicht in het Nederlandse taalgebied nog niet beschikbaar was. Het boek is bedoeld voor opleidingen aan het hbo of voor hulpverleners, zoals de huisarts of gezinscoach, die te maken hebben met mensen die getraumatiseerd zijn. Dit praktijkboek kan mogelijk helpen om vroegtijdig signalen op te vangen van de gevolgen van traumatische gebeurtenissen en bij het voorkomen van psychotrauma.

Het boek is ingedeeld op basis van een aantal thema's. Allereerst komt de *geschiedenis* van de posttraumatische stressstoornis aan bod (hoofdstuk 1). Duidelijk wordt dat de gevolgen van traumatische ervaringen pas sinds het einde van de jaren tachtig van de vorige eeuw worden erkend. Vervolgens wordt de aandacht gericht op *verschillende traumatypen – van enkelvoudig tot complex trauma – en op de diagnostiek en behandeling van diverse traumagerelateerde stoornissen*. Om verschillende posttraumatische reacties en stoornissen te presenteren, komen diverse slachtoffer- en leeftijdsgroepen aan de orde, waaronder (jong)volwassenen (hoofdstuk 2-6) en kinderen en adolescenten (hoofdstuk 7-10). Daarna volgen *preventie* van psychotrauma in de kindertijd (hoofdstuk 11) en de *opvang van slachtoffers en hulpverleners* direct na calamiteiten en rampen (hoofdstuk 12). Ten slotte volgt een aantal hoofdstukken met speciale thema's, namelijk *economische gevolgen van trauma* (hoofdstuk 13), handelingsadviezen voor hulpverleners als praktisch handvat voor diagnostiek en behandeling van *getraumatiseerde vluchtelingen* (hoofdstuk 14) en *trauma en nieuwe ontwikkelingen in*

de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg en in de politiek (hoofdstuk 15). In dit laatste hoofdstuk komen de inzet van ervaringsdeskundigheid, de Zorgstandaard Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen en ontwikkelingen op politiek vlak aan de orde. De structuur van hoofdstuk 2 en hoofdstuk 15 verschilt van die van de overige hoofdstukken. In deze twee hoofdstukken bespreken verschillende auteurs vanuit verschillend perspectief een bepaald thema. De keuze van de thema's in het boek is deels praktisch, deels de persoonlijke voorkeur van de samensteller van het boek geweest.

Er werkten veel auteurs mee aan dit boek. De auteurs gebruiken verschillende termen in de diverse hoofdstukken. Er wordt gesproken over schokkende of ingrijpende gebeurtenissen, trauma, (potentieel) traumatische gebeurtenissen of ervaringen. Schokkende of ingrijpende gebeurtenissen hoeven niet traumatisch te zijn. De term potentieel traumatische gebeurtenis of ervaring wordt hier ook wel voor gebruikt. Of een gebeurtenis daadwerkelijk een trauma is, hangt af van de invloed die de gebeurtenis heeft op de gezondheid, het welbevinden en het functioneren van het individu dat eraan wordt blootgesteld. De verschillende auteurs gebruiken dezelfde termen op dezelfde manier.

Ankie Driessen heeft zich ingespannen om in dit boek de kennis bijeen te brengen van een groot aantal Nederlandse en Belgische experts, therapeuten, artsen, onderzoekers, ervaringsdeskundigen en van een beleidsmedewerker. Vanaf het begin had ze voor ogen om een boek samen te stellen met een brede insteek en van een hoog educatief en informatief gehalte, waarbij zoveel mogelijk is uitgegaan van *evidence-based* – wetenschappelijk onderbouwde – kennis, waar mogelijk aangevuld met praktijkkennis. Om de tekst goed leesbaar te houden zijn de auteurs spaarzaam geweest met verwijzingen; deze zijn opgenomen in de literatuurlijst. Ook is gekozen voor één persoonsvorm; waar 'hij' staat kan dus ook 'zij' gelezen worden, en andersom.

We willen alle auteurs en adviseurs zeer hartelijk bedanken. Zonder hen was dit boek niet tot stand gekomen. Ook bedanken we Frits Boer, Henk Weerheijm en Margreet Bal. Frits Boer heeft Ankie Driessen geadviseerd bij het opzetten van de structuur en de indeling van het boek. Henk Weerheijm heeft eerste versies van hoofdstukken becommentarieerd. Margreet Bal heeft het interview met Iva Bicanic uitgewerkt.

Ankie Driessen (samenstelling en redactie)

Willie Langeland (redactie)

Psychotrauma: historische ontwikkelingen

Erik de Soir

1. Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een kort overzicht van de geschiedenis van de posttraumatische stressstoornis op basis van een verkenning van de fenomenen en de klinische beschrijvingen van psychotrauma in de vorige eeuwen. In wat volgt, wordt duidelijk dat de huidige omschrijving van de posttraumatische stressstoornis in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^e editie* (DSM-5) hoofdzakelijk gebaseerd is op een klinisch beeld van symptomen en minder op de inhoudelijke betekenis van traumatisering (zie ook hoofdstuk 3).

2. De posttraumatische stressstoornis: enkele historische beschouwingen

De kennis over de impact van traumatiserende ervaringen vindt zijn oorsprong in de beschrijving van de verschrikkingen die soldaten op het slagveld tegenkwamen. In de velddagboeken van Odysseus staan reeds beschrijvingen van angst, paniek en afwijkend of gestoord gedrag tijdens en na gevechtssituaties. Ook Shakespeare toonde in zijn werk begrip voor de psychologische reacties na deelname aan een oorlog. In *Henry IV part II* laat hij de echtgenote van Hotspur een beschrijving van het gedrag van haar man geven, die vandaag zou worden geduid als posttraumatische stress.

De geschiedenis staat bol van terminologie die in feite telkens hetzelfde fenomeen beschrijft: de psychische reacties van soldaten tijdens of na oorlogsgeweld of ramp-situaties. De meest voorkomende termen waren het *railroad spine syndrom*, het *irritable heart (soldiers' heart) syndrome*, *l'effet du vent du boulet*, *shell shock*, *combat fatigue*, *combat exhaustion*, *Kriegsneurosen* en *battle shock*. De term *battle shock* vindt zijn oorsprong omstreeks 1973 ten tijde van de Yom Kippur-oorlog tussen Israël en Egypte.

Gedurende de eerste drie dagen van die oorlog werden vijftienhonderd soldaten afgevoerd, waarvan negenhonderd in een toestand van *battle shock*.

Sigmund Freud (1856-1939) stuurde een tijdlang het wetenschappelijk onderzoek en de behandeling van oorlogstrauma's de pathologische weg op door te spreken over *Kriegsneurosen*. Deze term was in die tijd misleidend en bestempelde slachtoffers van schokkende ervaringen vaak ten onrechte als psychiatrische patiënten. Het gevolg hiervan was namelijk dat de eerste behandelingen voor oorlogstrauma's gebeurden aan de hand van psychiatrische methodes die slechts gedeeltelijk tegemoetkwamen aan het gewenste effect, zoals de behandeling door sederende of kalmerende medicatie, elektrotherapie, slaapkuren, hypnose of behandelingen die een gecontroleerd afreageren van emoties (abreactie via een cocktail van amfetamines en barbituraten) konden bewerkstelligen.

De posttraumatische stressstoornis (PTSS) is pas sedert 1980 in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) opgenomen als psychiatrische diagnose door de ervaringen met oorlogsveteranen uit de Vietnamoorlog. Intussen is het besef gegroeid dat het psychische syndroom dat ontstaat naar aanleiding van verkrachting, geweld in het gezin, martelingen, incest, rampsituaties, gijzelingen, verkeersongevallen en andere schokkende ervaringen in wezen van hetzelfde type is. PTSS wordt op dit ogenblik (in de DSM-5) omschreven als een stressgerelateerde stoornis waarin symptomen van herbeleving (van de schokkende ervaring), stemmingsstoornissen, vermijdings- en/of ontkenningssymptomen (zoals het vermijden van plaatsen, personen en activiteiten die herinneren aan de schokkende ervaring) en een blijvende verhoogde opwinding (hyperarousal) het dagelijks leven van de getroffen overheersen en een zeer negatieve invloed hebben op het functioneren in het dagelijks leven (sociaal, psychologisch, professioneel en privé).

3. De potentieel traumatiserende gebeurtenis als oorzaak van psychotrauma volgens de klassieke Frans-Europese opvattingen

De potentieel traumatiserende gebeurtenis kan bij de getroffen ervaar aanleiding geven tot een psychische pathologie, maar dit gebeurt niet vanzelfsprekend. Veel mensen beschikken immers over voldoende veerkracht om na confrontatie met een potentieel traumatiserende gebeurtenis geen psychotrauma te ontwikkelen. De confrontatie met een potentieel traumatiserende gebeurtenis kan dus een veelheid van gevolgen in zeer diverse aspecten inhouden. In deze diversiteit is echter ook een zekere stabiliteit te bespeuren: sommige dingen vindt nu eenmaal niemand fijn en

bepaalde ervaringen laten bij iedereen die ze meemaken een onuitwisbare indruk na.

Volgens de klassieke Franse trauma-interpretatie is de potentieel traumatiserende gebeurtenis plots, gewelddadig, onvoorspelbaar en buitengewoon. Ze overweldigt de defensiemogelijkheden van het psychisch apparaat: het subject (de getroffene) ondergaat agressie en/of bedreiging, waardoor zijn psychisch evenwicht in gevaar komt. Volgens deze opvatting is het trauma (hier als oorzaak beschouwd) een (psychische) verwonding in de oorspronkelijke zin van het woord.

François Lebigot (2005) benadrukt in zijn publicaties vooral de brutaliteit van het gebeuren die voor het subject een confrontatie is met het 'reële van de dood'. Door deze plotselinge confrontatie met de dood komt het subject terecht in een plotse, maar tijdelijke siddering en 'verstening door angst' – zoals in de mythe van de Medusa uit de Oudheid, waarbij hele legers versteenden als ze de Medusa recht in de ogen keken. Deze siddering, verstening, blokkering, waardoor het subject in contact komt met de totale leegte, het niets, een toestand van absolute verlatenheid, vinden we terug in het moeilijk te vertalen Franse woord *effroi* (*effroi de la mort*).

Het trauma ontstaat aldus, volgens Lebigot, door deze plotselinge confrontatie met de dood waardoor het subject geconfronteerd wordt met een als direct ervaren levensbedreiging, die leidt tot die specifieke toestand van *effroi* en *ontreddering* die zo typisch is voor traumagetroffenen. Deze toestand van *effroi*, dus een combinatie van buitensporige angst, gruwel en extreme verlatenheid, is voorspellend voor de ontwikkeling van een posttraumatisch syndroom. Op de lange termijn kan deze toestand zelfs aanleiding geven tot een blijvende verandering binnen in de persoon.

4. Inspiratie uit het psychodynamisch traumamodel volgens Freud

Sigmund Freud voorzag in een psychodynamisch traumamodel. François Lebigot (2005) beschrijft goed hoe Freud het *psychisme* omschrijft als een beperkt volume dat omgeven wordt door een membraan dat hij de *prikkelbarrière* noemt. Volgens de Freudiaanse visie bestaat er binnen in het psychisme een netwerk van mentale voorstellingen waartussen kleine hoeveelheden energie circuleren. De prikkelbarrière is omgeven door een soort positieve energie die de interne werking van het psychisme beschermt tegen overmatige prikkeling van buitenaf. Op basis van deze eenvoudige voorstelling van het psychisme kan inzicht verkregen worden in het verschil tussen stress en trauma.

Volgens deze Freudiaanse theorie zou een grote hoeveelheid energie of prikkeling het beschermende membraan rond het psychisme – de prikkelbarrière – (gedeeltelijk) kunnen vervormen. Deze uitgeoefende spanning van buitenaf (*to stress* wil letterlijk zeggen ‘spanning opvoeren’) brengt een belemmering teweeg op het vlak van de vrije circulatie van energie tussen de mentale voorstellingen (weergaves van de realiteit) binnen het psychisme en brengt aldus een zeker psychisch lijden teweeg. Dit gebeurt wanneer het psychisme onder stress komt. Indien de spanning echter niet meer toeneemt, of verdwijnt, dan verdwijnt ook het onbehagen of lijden en kan het psychisme zijn evenwicht hervinden.

Voor Freud is het verrassingselement fundamenteel bij het ontstaan van een trauma. Daarom moet een trauma, binnen deze context, anders gezien worden: een vitale bedreiging verrast en overvalt het subject (de getroffene) in een rusttoestand. Het bedreigende element of beeld, drager van een zeer grote hoeveelheid energie, doorboort de prikkelbarrière en nestelt zich binnen in het psychisme, waardoor ogenblikkelijk een grote verstoring van de werking van het psychisme tot stand komt.

Volgens deze Freudiaanse visie is het effect van stress en trauma verschillend in de tijd. Stress veroorzaakt een psychisch lijden dat blijft voortduren zolang de externe dreiging (spanning) aanhoudt; wanneer de stress verdwijnt, gaat het membraan stukje bij beetje terug naar zijn oorspronkelijke vorm. De interne werking van het psychisme kan aldus opnieuw ongestoord verdergaan, zelfs indien er mogelijke interne wijzigingen zijn ontstaan op basis van de verliezen die door de externe bedreiging zijn veroorzaakt. Het trauma laat echter – in principe voor altijd – een bron van interne verstoring na die ook nog voelbaar zal blijven indien de bedreiging al opnieuw weg is. Stress en trauma gaan echter vaak ‘hand in hand’: in die gevallen is er tegelijkertijd indrukking en vervorming van de prikkelbarrière en binnendringing door een vreemd, verstrend beeld.

In het geval van een trauma, faalt de functie die instaat voor de afscherming van het psychisme tegen overmatige prikkeling en wordt de prikkelbarrière doorboord: het psychisch apparaat wordt aldus het slachtoffer van een plotse binnendringing. Nadat de externe prikkelingen het psychisme abrupt zijn binnengedrongen, doet dit laatste al het mogelijke om deze te verwerken of om ze terug te kaatsen. Maar deze inspanningen falen ingeval van een traumatiserende impact. De gebeurtenis wordt dus door het psychisch apparaat als een vreemd lichaam ervaren, een ziekmakende kern die spreekwoordelijk niet verteerd kan worden. Metabolisatie zou alleen kunnen indien de ervaring getransformeerd kan worden in een verhaal dat kan worden ingeschreven in de autobiografie van het leven.

Op klinisch vlak zullen eerst de tekens en signalen van stress zich doen voelen; pas later zal een herhalingsyndroom zich voordoen, als een getuige van de plotse binnendringing van het psychisme door een niet-integreerbare kern, een bron van interne verstoring die voelbaar blijft.

5. Besluit

In dit hoofdstuk werd psychotrauma besproken vanuit een historisch en fenomenologisch oogpunt. Het trauma werd beschreven als een verbreking van de continuïteit van het leven; een ruptuur tussen het *betekende* en de *betekenaar*: zolang er geen woorden (betekenaars) zijn om de gebeurtenis of de ervaring uit te drukken (te symboliseren) zal er geen herstel zijn. Deze benadering laat toe om in eenvoudige bewoordingen uit te leggen wat traumatiserend is.

Het reële beeld van de dood kan zich op drie wijzen voltrekken: 1) wanneer het leven van de persoon zelf in gevaar is en hij de zekerheid heeft zijn eigen dood te zien (bijvoorbeeld bij beknelde verkeersslachtoffers); 2) wanneer het reële beeld van de dood gezien wordt door de dood van iemand anders (bijvoorbeeld de ervaringen van militairen in gevechtsoperaties); en 3) wanneer personen betrokken zijn in de dood van een ander, of voorbereid op de dood van een ander, bijvoorbeeld door zelf een actor in het gebeuren te zijn (bijvoorbeeld bij een beul). In deze gevallen worden de getroffen op abrupte en vaak gewelddadige wijze figuurlijk lamgeslagen door de gebeurtenis en dit omwille van verschillende redenen: de plotsheid, het onverwachte en de sterke identificatie met de slachtoffers (de gewonden of de doden).

De reacties op potentieel traumatiserende gebeurtenissen zijn echter uiteenlopend en het is moeilijk om een lijn te trekken in het geheel van de symptomen die in de DSM-5 staan opgesomd onder de noemer van posttraumatische stressstoornis. In vele gevallen vertoont de getroffene van een potentieel traumatiserende gebeurtenis slechts enkele symptomen, maar het subjectief lijden kan dan toch erg groot zijn. De literatuur over PTSS is nog volop in ontwikkeling en de hoop bestaat dat klinische en fenomenologische beschrijvingen, zoals in dit hoofdstuk, en de resultaten uit wetenschappelijk onderzoek steeds meer naar elkaar zullen toegroeien.

Literatuur

American Psychiatric Association (2015). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition)*. Washington, DC: Author.

Barrois, C. (1998). *Les névroses traumatiques*. Paris: Editions Dunod.

Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*. Paris: Editions Dunod.

Soir, E. de (2010). *Stress en trauma bij de politie*. Antwerpen/Apeldoorn: Maklu Uitgevers.