

Ieder dempt zijn eigen schrik

6 januari 2007 (pagina K07)

Maarten Evenblij

De één wil veel erover praten, de ander alleen maar films kijken na een erge gebeurtenis. Er is geen standaard-reactie noch dito therapie, zegt psycholoog Sijbrandij. Door Maarten Evenblij

Marit Sijbrandij.

'Niemand heeft er iets aan als je mee gaat snotteren'

Al vroeg na een traumatische gebeurtenis kan worden voorspeld of volwassenen er al dan niet ernstige psychische nadelen van zullen ondervinden. Hun helpen door ze direct opvang en gesprekken aan te bieden, heeft echter geen zin en werkt soms averechts. Rustig wachten en in de gaten houden, is het devies.

'De interessantste vraag is misschien niet hoe het komt dat sommige mensen psychische trauma's niet zelfstandig kunnen verwerken, maar hoe het komt dat de grootste groep mensen dat wel kan', vindt drs. Marit Sijbrandij.

Sijbrandij is psycholoog en werkt bij [AMC](#) de Meren, afdeling psychotrauma, in Amsterdam met mensen die uiteenlopende psychische trauma's meemaakten.

'Ik behandel geen patiënten, maar stel wel diagnoses en doe wetenschappelijk onderzoek naar het effect van psychotrauma's en de behandeling ervan. We hebben honderden mensen gesproken die iets ernstigs is overkomen. Van een verkeersongeluk en eenvoudige beroving tot heftig geweld, brand en verkrachting. Daarbij ging het om een enkelvoudige actuele gebeurtenis, dus geen systematische verkrachting of aanhoudend geweld in bijvoorbeeld de jeugd. Die gebeurtenis was het feitelijke startpunt van mijn onderzoek.'

Sijbrandij kreeg haar slachtoffers doorgestuurd door de politie, brandweer, slachtofferhulp en andere hulpverleners in de regio Amsterdam. 'Die verhalen raken je wel, maar je sluit je er ook voor af. Niemand heeft er iets aan als je gaat zitten meesnotteren. Soms word je geraakt door een detail, zoals een vrouw die van haar portemonnee is beroofd en daardoor ook de foto van haar pas overleden echtgenoot is kwijtgeraakt.'

'Ik kom zelf geregeld langs een plek waar een meisje van haar fiets werd getrokken; een tijd lang heb ik me daar wel wat angstig gevoeld. Op een goed moment ga je rationaliseren dat het jou toch niet overkomt, omdat . . . Onzin, natuurlijk, maar puur zelfbescherming.'

'Tijdens het onderzoek werd ik door de politie gebeld dat mijn man een verkeersongeluk had gekregen en in het ziekenhuis lag. Het was gelukkig niet ernstig, maar het heeft even geduurd voordat ik me realiseerde dat het hier om een naaste ging en niet om een van mijn onderzoeksdeelnemers.'

Ongeveer 5 procent van de deelnemers aan Sijbrandij's onderzoek, waarop ze op 7 februari promoveert, ontwikkelde een post traumatische stressstoornis (PTSS) na de gebeurtenis. 'Dat is laag als je naar de (internationale) literatuur kijkt. Daar zie je vaak percentages van 10 tot 30.'

Verkeersongevallen wat lager, inter-persoonlijk geweld wat hoger. Voor heftige trauma's zoals verkrachting is het zelfs 40 tot 60 procent. Sommige ongevallen, zoals die bij sport, veroorzaken daarentegen zelden PTSS. Volgens de definitie van een PTSS moeten de klachten langer aanhouden dan een maand na de gebeurtenis.'

Die klachten betreffen zaken als levendige herbeleving van de gebeurtenis (flash backs), angst, schrikachtigheid, vermijdingsgedrag, gevoelens van emotionele afstomping en irritatie, vergeetachtigheid, concentratie- en slaapproblemen. Sijbrandij: 'De klachten beginnen meestal direct, maar soms ook pas een aantal weken later. Duren ze langer dan een maand, dan is het PTSS.'



Voor haar onderzoek interviewde en onderzocht Sijbrandij bijna vijfhonderd personen die een traumatische gebeurtenis meemaakten. 'Er is geen normale manier van verwerken, geen scenario dat je móet volgen. De een wil er veel over praten, terwijl de ander dagenlang alleen maar films wil kijken. 'De ene manier is niet beter dan de andere. Dat is een achterhaald idee. Wel moeten de verschijnselen langzaam verminderen. Is dat na een maand nog niet zo, dan is hulp zoeken aan te raden.'

Als die hulp niet wordt gezocht, ontstaan er geen extra problemen. Het trauma raakt niet zo 'ingesleten' dat het maar moeilijk door therapie te genezen is. 'Ook dat is achterhaald', stelt Sijbrandij. 'De huidige behandeling met cognitieve gedragstherapie of [EMDR](#) helpt goed. Het succes vermindert niet naarmate het trauma langer geleden is opgelopen.

'Tot de jaren '70 was er bij psychische trauma's vooral een houding van "niet zeuren, maar doorgaan", dus vooral weer aan de slag. Daarna is er heel veel onmiddellijke zorg verleend, het kon niet vroeg genoeg geschieden. Nu neigen we er meer toe mensen alleen te begeleiden als ze daarom vragen.

'We brengen ze op de hoogte van de risico's die ze lopen en de hulp die ze kunnen vragen, ook al is dat pas over een hele tijd, zelfs tien jaar later. Lang wachten met hulp zoeken, is dus niet slecht voor de genezing van de PTSS.'

Echt goed voorspellen wie wel of geen PTSS-stressstoornis krijgt, lukt niet. Hoe ernstiger het geweld en hoe meer er sprake is van opzet door de veroorzaker, hoe groter de kans op PTSS.

Ook mensen die vóór het trauma al klachten hadden, hebben een grotere kans op PTSS. Vrouwen lopen een iets hoger risico, net als op depressie en angststoornis in het algemeen. Mannen die ooit een depressie hadden, zijn ook gevoeliger voor PTSS.

De reactie tijdens het trauma heeft ook invloed op de kans op PTSS. Wie in een psychische shock raakte of de gebeurtenis meemaakte alsof hij er niet bij was maar er vanaf een afstandje naar keek, loopt een groter risico. Kortom, een complex en nog lang niet opgehelderd beeld, ongeschikt voor het voorspellen van PTSS.

Een test met vier eenvoudige vragen echter, voorspelt met 85 procent zekerheid of iemand binnen twee maanden PTSS ontwikkelt, ontdekte Sijbrandij.

'De selectie kan al in de eerste week worden gedaan. Antwoorden mensen 'ja' op vragen naar snelle schrikreacties, veel irritaties, grote gespannenheid, zoals hartkloppingen, en een gevoel van afstomping of verdoofdheid, dan hebben ze een grote kans op PTSS. Dan is het goed dat mensen zelf, of eventueel een hulpverlener, in de gaten houden of hun situatie verbetert.'

Iedereen screenen en zonnodig behandelen heeft geen zin, meent Sijbrandij. Want er zijn veel mensen die vanzelf herstellen. Bovendien lijkt een snelle behandeling niet meer succes te hebben dan een late. 'Wel moeten mensen actief op de hoogte worden gesteld van de hulp die ze kunnen krijgen, ook van hun huisarts.

Versnelling 'Wij vonden dat 56 procent van de mensen die een PTSS overhouden aan een trauma, binnen een half jaar vanzelf geen klachten meer heeft. Als mensen wél voor hun PTSS worden behandeld, is dat 74 procent. Dat lijkt wel een verschil, maar het is niet significant. We kunnen hooguit spreken van een versnelling van de genezing door cognitieve gedragstherapie. Hoe de verhoudingen na een jaar liggen, weten we niet.'

Als de stoornis meestal vanzelf overgaat, is er dan wel sprake van een groot probleem? 'Ik weet het niet', bekent Sijbrandij. '90 procent van de mensen krijgt tijdens het leven minstens één keer te maken met een traumatische gebeurtenis. In Amerika gemiddeld zelfs bijna vijf keer.

Dat is zoveel dat je bij trauma's nauwelijks meer kunt spreken van bijzondere gebeurtenissen. Misschien is bij iemand met PTSS wel sprake van een abnormale reactie op een gebeurtenis die vrij veel voorkomt.



'Aan de andere kant zijn er ook, gelukkig minder voorkomende, trauma's zoals verkrachting, die meestal wel leiden tot PTSS. Als je alle cijfers bij elkaar optelt, denk ik wel dat er een grote groep mensen is die een trauma heeft opgelopen en graag behandeld wil worden. Voor hen is er te weinig aanbod. Er is geen reden waarom we die mensen zouden laten wachten.'

Een eerste opvang voor traumaslachtoffers die verder gaat dan het verschaffen van informatie, vindt Sijbrandij nutteloos, zelfs gevaarlijk. 'Het direct praten over het gebeurde en het uiten van emoties – de eenmalige individuele debriefing – zoals wordt gepropageerd, blijkt niet zinvol. Ze voorkomt geen PTSS. Sterker: mensen die veel spanningen, slaap- en concentratieproblemen en schrikreacties hebben, krijgen door het uiten van hun emoties juist vaker PTSS.

'De eerste hulpverlening moet zijn gericht op praktische ondersteuning. Werkgevers die organisaties in de arm nemen voor het opvangen van traumaslachtoffers, moeten dan ook terughoudend zijn met de eerste psychische opvang.

'Ze zitten niet automatisch safe bij het voorkomen van PTSS door het inschakelen van een bureau. Slachtoffers hebben er vaak wat aan als ze een kaartje van de werkgever krijgen. Dat kun je niet door een bureau laten doen.'

Copyright: Evenblij, Maarten