



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Intrusies bij de posttraumatische stressstoornis

Agnes van Minnen, Ineke Wessel en Muriel Hagenaars*

Samenvatting

Intrusies bij een posttraumatische stressstoornis (PTSS) hebben de vorm van herinneringen aan een traumatische gebeurtenis in het verleden. Ze zijn voornamelijk sensorisch van aard en ze komen voor in de vorm van beelden, nachtmerries, en flashbacks. Vanwege de heftige gevoelens van angst en afschuw en de bijbehorende lichamelijke reacties die intrusies oproepen, vermijden patiënten diverse situaties. Patiënten zijn voortdurend in een staat van paraatheid om adequaat op gevaar te reageren. De meest effectieve behandelvormen voor het verminderen van intrusies bij PTSS zijn exposure en cognitieve herstructurering. Intrusies nemen door deze behandelingen significant af. Bij sommige patiënten treedt aanvankelijk een toename van de intrusies op, maar dit duidt een normaal behandelverloop aan.

Inleiding

Naast symptomen van verhoogde prikkelbaarheid en vermijding wordt het klinisch beeld van een posttraumatische stressstoornis (PTSS) voornamelijk gekenmerkt door herbelevingen (DSM-IV; APA, 1994). Hierbij wordt het trauma opnieuw beleefd. Herbelevingen bevatten informatie over het verleden en worden daarom ook wel *intrusieve herinneringen* genoemd. Door het realistische en onverwachte karakter roepen herbelevingen veel gevoelens van afschuw en angst op en wordt het dagelijks functioneren er vaak ernstig door aangetast.

Het klinisch beeld

Herinneringen

Volgens de diagnostische criteria van de DSM-IV (APA, 1994) kunnen intrusies op verschillende manieren voorkomen: Ten eerste als terugkerende, indringende en onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, gepaard gaande met beelden, gedachten, of waarnemingen.

Meneer J.

Zo had meneer J., een 42-jarige man, na een ernstig auto-ongeluk waarbij zijn partner om het leven kwam, veelvuldig een angstaanjagend beeld dat bestond uit door de wind bewegende grassprietten in de berm. Meneer J. verbaasde zich erover dat hij juist deze intrusie had en niet van bijvoorbeeld het ongeluk zelf. Bij navraag bleek dat hij na het ongeluk langere tijd in de berm bij de vluchtstrook had gewacht, terwijl het ambulancepersoneel zijn vrouw

* DR. A. VAN MINNEN is als psychotherapeut en GZ-psycholoog werkzaam bij de angstpoli-kliniek van de GGZ Nijmegen en ze is verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie van de Radboud Universiteit Nijmegen.

reanimeerde. Hij staaarde naar het gras in de berm, op het moment dat een politieagent hem vertelde dat ze zijn vrouw niet hadden kunnen redden.

Het gras in de berm was onderdeel van het beeld dat meneer J. waarnam *nét* voordat de betekenis van de gebeurtenis (gevaar, verlies) tot hem doordrong. Ook gebeurtenissen *nét* voorafgaand aan het trauma, bijvoorbeeld een liedje op de radio, kunnen deze betekenis krijgen en zich in de vorm van intrusies uiten. Intrusieve herinneringen bevatten dus niet altijd de meest in het oog springende (centrale), bedreigende informatie van het trauma zelf (in dit geval de botsing), maar kunnen ook een ogenschijnlijk perifeer detail (hier het gras) bevatten, dat voorafging aan (de betekenis van) de traumatische gebeurtenis.

Opvallend is voorts dat men weinig variatie kent in intrusies. De meeste PTSS-patiënten hebben gemiddeld slechts twee (range: 1 tot 4) verschillende intrusies naar aanleiding van een trauma. Ze ervaren dus herhaaldelijk dezelfde beelden en sensaties (Hackman, Ehlers, Speckens, & Clark, 2004). Ehlers et al. (2002) nemen aan dat intrusieve herinneringen stimuli bevatten, die door hun associatie in tijd met het trauma als waarschuwingssignalen (gevaar!) fungeren. Dit verklaart waarom de inhoud van intrusies als bijzonder bedreigend en angstopwekkend wordt ervaren. De inhoud van de intrusies is volgens deze verklaring niet toevallig, maar vertegenwoordigt een belangrijk moment van het trauma. Dit kan in de therapie het aangrijpingspunt zijn.

Uit nader onderzoek bleek inderdaad dat slechts 17% van de intrusies over het ergste moment van het trauma gaat. De meeste intrusies gaan over het moment dat daaraan voorafgaat (Hackman et al., 2004). Wat verder opvalt is dat intrusies bij een patiënt met een posttraumatische stressstoornis niet zozeer voorkomen in de vorm van gedachten, maar voornamelijk in sensorische vorm en dan met name in beelden (Ehlers et al., 2002). Patiënten beschrijven het veelal als een 'flits' of een 'kort filmpje' met steeds dezelfde inhoud. Ook intrusies in de vorm van lichamelijke sensaties komen relatief vaak voor (Hackman et al., 2004), bijvoorbeeld in de vorm van pijn of het om de nek voelen van de handen van de dader. Auditieve of olfactorische intrusies (zie ook Vermetten & Bremner, 2003) komen ook voor, vooral als men het trauma niet heeft kunnen zien, bijvoorbeeld tijdens een brand met veel rook. Overigens zijn de meeste intrusies een combinatie van meerdere sensorische modaliteiten, bijvoorbeeld een beeld in combinatie met een lichamelijke sensatie. De term intrusieve *gedachten* is bij de posttraumatische stressstoornis dus niet zo toepasselijk, hoewel patiënten soms last kunnen hebben van intrusieve gedachten rondom schuld en schaamte, zoals 'Had ik nou maar...', of 'Als ik niet...'. Het verschil is dat herinneringen gaan over het trauma zelf, terwijl gedachten gerelateerd zijn aan het trauma, maar niet tot de herinnering behoren.

Andere kenmerken van intrusies bij de posttraumatische stressstoornis zijn de levendigheid, veel emoties en details (Hackman et al., 2004; Hellawell & Brewin, 2004) en een 'hier-en-nu'-karakter (Hackman et al., 2004). Patiënten rapporteren vaak dat de traumatische gebeurtenis 'op hun netvlies gebrand' is of 'in hun geheugen gegrift' staat. Opvallend is voorts dat een intrusieve herinnering niet per definitie een kopie hoeft te zijn van de werkelijke traumatische gebeurtenis. Zo kan het zijn dat tijdens een intrusie de gebeurtenis overdreven wordt, door bijvoorbeeld de toevoeging van een 'worse case scenario', ofwel: 'Wat er allemaal had kunnen gebeuren als...' (Grunert, Devine, Matloub, Sanger, & Yousif, 1988; Merckelbach, Muris, Horselenberg, & Rassin,

1998). Ook kan het voorkomen dat (delen van) eerdere traumatische gebeurtenissen in de intrusieve herinneringen worden opgenomen (Hackman et al., 2004).

Dromen

Naast herinneringen kunnen intrusies ook plaatsvinden in de vorm van terugkerende, angstopwekkende dromen, door patiënten meestal ervaren als nachtmerries.

Mevrouw K.

Mevrouw K., 24 jaar oud, had na een aanranding veelvuldig last van enge dromen over een man met een masker die haar achterna zat. In werkelijkheid had de man die haar had aangerand geen masker op, hoewel ze nooit zijn gezicht heeft kunnen zien.

In veel gevallen droomt de patiënt elke nacht hetzelfde, namelijk een herbeleving van de traumatische gebeurtenis. Hij of zij wordt dan zeer angstig wakker en slaapt moeilijk weer in. In sommige gevallen roepen dromen wel hetzelfde gevoel op, maar geven ze niet precies de inhoud weer van wat er daadwerkelijk is gebeurd (Schreuder, Kleijn, & Rooijmans, 2000). Zo kan een patiënt rapporteren dat hij of zij dromen heeft die steeds anders van inhoud zijn, maar wel steeds hetzelfde beklemmende gevoel oproepen van niet kunnen ontsnappen of verlamd zijn.

Flashbacks

Een derde vorm waarin intrusies zich voordoen, is als men plotseling voelt of handelt alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt. Dit kan onder meer gepaard gaan met het gevoel dat men het trauma opnieuw beleeft, met illusies, hallucinaties of dissociatieve momenten met flashbacks (inclusief die welke voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie). Dit is een duidelijk verschil met 'gewone' herinneringen aan het trauma, die weliswaar ook vaak heftige emoties oproepen, maar bewust opgeroepen kunnen worden en beleefd worden als herinneringen, dat wil zeggen als behorend tot het verleden. Flashbacks daarentegen dringen zich automatisch op en worden ervaren als actueel gevaar. Ze gaan vaak gepaard met dissociatieve verschijnselen, zoals het gevoel uit je lichaam te treden (Reynolds & Brewin, 1999). Deze vorm van intrusies is het meest bekend uit televisieseries en soaps, waarin het betreffende personage een uitgebreide flashback ervaart en waarbij mistige beelden het dissociatieve karakter ervan weergeven. Deze intrusies duren meestal (zeer) kort, maar kunnen wel een grote emotionele impact hebben, omdat ze als een actuele dreiging worden ervaren en er ook naar wordt gehandeld.

Ruud de Wildt

Ruud de Wildt, die getuige was van de moord op Pim Fortuyn op 6 mei 2002, ontwikkelde na deze gebeurtenis een posttraumatische stressstoornis. Hij beschreef dat hij op een dag naar buiten keek en een man met een baseball-cap voorbij zag lopen, die iets uit zijn binnenzak

wilde pakken (bron: talkshow Barend & Van Dorp, 14 maart 2003). Ruud de Wildt dook ogenblikkelijk op de grond. Hij handelde (dook op de grond) alsof er actueel gevaar was (dood), naar aanleiding van cues die de betekenis hebben gekregen van gevaar: de moordenaar van Fortuyn droeg een baseball-cap en trok zijn wapen uit zijn binnenzak.

Lichamelijke reacties

De laatste manier waarop intrusies voorkomen, zijn intens psychisch lijden of fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe prikkels, die lijken op een aspect van de traumatische gebeurtenis. Iemand kan daarvan erg overstuur of angstig raken, gevoelens van hulpeloosheid ervaren (Reynolds & Brewin, 1999), hartkloppingen krijgen of erg schrikken als er zich bijvoorbeeld op televisie een vergelijkbare situatie voordoet (zoals een film over mishandeling), of als er tijdens het winkelen een ambulance met sirene voorbijkomt.

Mevrouw L.

Mevrouw L., 32 jaar oud, werkte in een kledingwinkel, waar ze overvallen werd. Toen ze weer aan het werk ging, raakte ze elke keer zó overstuur van iedere klant die door de ramen naar binnen tuurde, wat de overvaller ook had gedaan voorafgaand aan de overval, dat ze haar werk niet adequaat kon doen, en zich ziek moest melden.

De meeste PTSS-patiënten hebben meerdere vormen van intrusies en alle verschijningsvormen van intrusies kunnen dan ook naast elkaar bestaan.

De relatie met andere PTSS-symptomen

De intrusies worden doorgaans als onvrijwillig en onverwacht beleefd. Uit onderzoek is echter gebleken dat traumatische herinneringen opgeroepen kunnen worden door confrontatie met traumatische stimuli. Als men bijvoorbeeld een film bekijkt met een situatie die lijkt op het doorgemaakte trauma, kunnen de herinneringen aan het trauma geactiveerd worden. Het is dan ook niet voor niets dat PTSS-patiënten veel verschillende situaties vermijden. Uit onderzoek blijkt dat vooral televisieprogramma's en film intrusies uit kunnen lokken (Ehlers et al., 2002). Veel patiënten rapporteren ook inderdaad dat ze zowel specifieke televisieprogramma's (indien men verkracht is, vermijdt men alle beelden die met verkrachting te maken hebben), als algemene programma's (*reality*-programma's over ongelukken en ziekenhuis; het journaal; waargebeurde verhalen) vermijden, waarin leed en ongeluk voorkomt. Vergelijken met patiënten met andere angststoornissen is het angstnetwerk van patiënten met een posttraumatische stressstoornis veel meer gegeneraliseerd (Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989). Dit betekent dat veel verschillende stimuli de connotatie 'mogelijk gevaarlijk' hebben. Dit tezamen met het feit dat PTSS-patiënten vaak geen of een beperkt gevoel van controle ervaren, maakt dat ze veel aandacht besteden aan het 'scannen' van hun omgeving op mogelijk dreigende signalen (zie ook: Buckley, Blanchard, & Neill, 2000). Daardoor zijn ze vrijwel continu voorbereid op gevaar, wat zich uit in symptomen van verhoogde prikkelbaarheid, zoals slecht slapen, slechte concentratie, geïrriteerdheid,

overdreven waakzaamheid en snel schrikken (zie ook: Litz, Orsillo, Kaloupek, & Weathers, 2000).

Waarom worden en blijven herinneringen intrusief?

Vrijwel iedereen heeft na een traumatische gebeurtenis last van intrusieve herinneringen aan het gebeurde. Zo had bijvoorbeeld 94% van een groep verkrachte vrouwen de eerste week last van intrusies over de verkrachting (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh, 1992). Bij de meeste mensen nemen deze intrusieve herinneringen na ongeveer een week tot tien dagen af (zie bijvoorbeeld McFarlane, 2000), om na een maand of drie vrijwel volledig te verdwijnen. Verondersteld wordt dat de gebeurtenis bij hen op een adequate manier in het langetermijngeheugen wordt opgeslagen en alleen in relevante situaties wordt herinnerd. Ongeveer 10 tot 15% blijft last houden van de intrusies (Breslau, 1998). De vraag is wat het verschil is tussen deze mensen en de mensen die er na verloop van tijd géén last meer van hebben.

Onderdrukkingsvaardigheden

Wellicht heeft een en ander te maken met de mate waarin men er in slaagt traumatische herinneringen te onderdrukken. Uit experimenteel onderzoek (Anderson & Green, 2001; Anderson et al., 2004) blijkt dat het actief onderdrukken van bepaalde herinneringen uit het bewustzijn, die herinneringen later ook minder beschikbaar maakt. Deze resultaten staan op het eerste gezicht haaks op een experimenteel fenomeen dat algemene bekendheid verwierf als het 'witteberen-effect' (zie bijvoorbeeld Wegner, 1989). Dat effect bestaat eruit dat de instructie om niet aan iets (een witte beer) te denken, juist resulteert in *meer* gedachten aan dat object. Het verschil tussen beide typen bevindingen lijkt te liggen in de experimentele details en de vermijdingsstrategie die bij de proefpersonen wordt uitgelokt. Bij witteberenexperimenten gaat het om het gedurende een bepaalde periode vermijden van een gedachte, een beeld (witte beer, groen konijn) of herinnering (je meest beschamende ervaring ooit; Barnier, Levin, & Maher, 2004), zonder dat de deelnemers verdere aanknopingspunten krijgen over hoe ze dat dan voor elkaar moeten krijgen. De proefpersonen in de experimenten van Anderson en collega's leren daarentegen om delen van een lange lijst met woordparen (bijvoorbeeld roddel - kakkerlak) te onderdrukken. Teneinde het tweede woord (kakkerlak) van een te onderdrukken woordpaar buiten het bewustzijn te houden, krijgen ze de expliciete instructie om hun aandacht exclusief te richten op het eerste woord van dat woordpaar (roddel). De mate waarin het focussen van de aandacht op dat eerste woord lukt, zou vervolgens verantwoordelijk zijn voor een slechter geheugen voor de onderdrukte items (tweede woord) in een latere geheugentest.

Naast deze bevindingen zijn er aanwijzingen dat mensen verschillen in de mate waarin ze ongewenste herinneringen uit hun bewustzijn kunnen weren (Engle, 2001; Yoon, May, & Hasher, 2000). Samengevat lijkt het erop dat mensen die over relatief zwakke onderdrukkingsvaardigheden beschikken, juist degenen zijn die last blijven houden van steeds terugkerende herinneringen aan trauma en zodoende een posttraumatische stressstoornis ontwikkelen. Bij de mensen die succesvol onderdrukken, zal de beschikbaarheid van de in eerste instantie zeer sterk vastgelegde herinnering aan het

trauma afnemen tot hanteerbare properties. Hierbij moet worden opgemerkt dat gangbare theoretische modellen van de PTSS (bijvoorbeeld Ehlers & Clark, 2000) in navolging van resultaten van het witteberenonderzoek (Wegner, 1989) pogingen tot vermijden van traumatische herinneringen als contraproductief zien. Onderdrukken zou eerder leiden tot een toename van intrusies. Dit idee is echter grotendeels gebaseerd op onderzoek waarbij mensen worden gevraagd hoe vaak zij *pogingen* om traumatische herinneringen te vermijden, ondernemen (bijvoorbeeld Ehlers, Mayou, & Bryant, 1998; Engelhard, Van den Hout, Kindt, Arntz, & Schouten, 2003). Hogere scores op zo'n vragenlijst kunnen dus weergeven dat die vermijding juist *niet* lukt. Kortom: het is goed voor te stellen dat niet het onderdrukken of vermijden op zichzelf, maar het mislukken daarvan als gevolg van gebrekkige onderdrukkingsvaardigheden resulteert in het blijven voortbestaan van intrusieve herinneringen. Deze verklaring is speculatief, maar biedt aanknopingspunten voor toekomstig onderzoek.

Andere stressoren

Naast individuele verschillen in onderdrukkingsvaardigheden is het ook mogelijk dat het vermogen om weerstand te bieden tegen intrusies wordt beïnvloed door andere, tijdelijke, factoren. Denk bijvoorbeeld aan een andere stressor, zoals ziekte of veroudering. Dit past bij klinische observaties dat sommige patiënten langere tijd na het trauma een PTSS kunnen ontwikkelen. Waar het eerder mogelijk was om de herinneringen aan het trauma adequaat te onderdrukken, kunnen veranderde omstandigheden iemands vaardigheden om te onderdrukken aantasten, waardoor alsnog intrusies en andere symptomen ontstaan.

Geheugen

Het voorgaande heeft met name betrekking op de invloed van onderdrukken op de al opgeslagen herinneringen. Uit onderzoek komen ook diverse aanwijzingen dat de kans op intrusies toeneemt, als het trauma niet goed in het geheugen is opgeslagen, bijvoorbeeld als men dissocieert tijdens het trauma (Ehlers et al. 1998; Engelhard et al., 2003; Holmes, Brewin, & Hennessy, 2004; Marmar, Weiss, Metzler, & Delucchi, 1996). Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de betekenis die gegeven wordt aan het trauma, maar ook aan de intrusies zelf, van invloed is op het al dan niet ontstaan van een PTSS (Ehlers & Clark, 2000). Als aan het optreden van intrusies in de eerste periode na het trauma een negatieve betekenis wordt toegekend (bijvoorbeeld: 'Ik word gek'; 'Ik ben niet normaal'; 'Het feit dat ik deze intrusies heb, betekent dat ik in gevaar ben'), worden ze juist in stand gehouden (Engelhard, Macklin, McNally, Van den Hout, & Arntz, 2001; Engelhard, Van den Hout, Arntz, & McNally, 2002).

Neurobiologen beschouwen de posttraumatische stressstoornis als een disregulatie van het normale stress-response-systeem. Kort gezegd wordt de PTSS gekenmerkt door een verlaagd cortisolgehalte en een verhoogd gehalte aan norepinephrine (Yehuda, 2004). Vooral het verhoogde niveau van norepinephrine in verband wordt gebracht met het voorkomen van intrusieve herinneringen (Lemieux & Coe, 1995).

Behandeling

Er zijn verschillende behandelmethoden mogelijk bij de posttraumatische stressstoornis, waarin het behandelen van de intrusies een hoofdrol speelt. In een recent overzicht trekken Foa & Cahill (2004) de conclusie dat elke PTSS-behandeling elementen van exposure of cognitieve herstructurering bevat. Exposure of cognitieve herstructurering kunnen we dus beschouwen als de twee hoofdbestanddelen van een PTSS-behandeling. Bij exposure wordt men blootgesteld aan de herinneringen aan het trauma (imaginaire exposure) en aan alle cues die verbonden zijn aan het trauma en die angst (en intrusies) oproepen (in vivo exposure). Voor een uitgebreide beschrijving van de exposurebehandeling zie Van Minnen en Arntz (2004). Bij cognitieve herstructurering worden de gedachten over het trauma én over de symptomen ter discussie gesteld, uitgedaagd en vervangen door meer rationele gedachten (zie voor een uitgebreide beschrijving van cognitieve therapie: Stolk, Speckens, & Verbraak, 2002).

De belangrijkste conclusie uit de overzichtsstudie van Foa en Cahill (2004) was dat enige vorm van exposure noodzakelijk is voor een goed behandelresultaat. Het beste resultaat wordt bereikt met een combinatie van imaginaire exposure en exposure-in-vivo. Opvallend genoeg verbeterde dit behandelresultaat niet als cognitieve technieken werden toegevoegd; eerder nog werd het wat slechter. Cognitieve therapie is ook effectief, maar alleen als exposure expliciet werd toegevoegd.

Deze bevinding is conform de aanbevelingen van de *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen* (2003), die naast exposure en cognitieve therapie ook Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) als effectieve behandeling aanmerkt. EMDR is een therapievorm, waarbij de patiënt zich concentreert op een angstopwekkend beeld en onderwijl kijkt naar de vinger van de therapeut die snelle bewegingen van links naar rechts maakt. Als het gevoel van angst is gedaald, wordt een positieve cognitie aan het beeld gekoppeld. Sommigen beschouwen ook deze vorm van therapie als een combinatie van exposure en cognitieve therapie (zie bijvoorbeeld Verbraak & Van Minnen, 2002).

Nemen intrusies af bij een behandeling?

Uit diverse effectstudies blijkt dat de intrusieve herinneringen significant afgenomen zijn na de (exposure en/of cognitieve) behandeling. Ondanks deze bevindingen zijn veel patiënten, maar ook therapeuten, huiverig om het trauma actief 'bloot te leggen', zoals men dat in de praktijk vaak noemt. Bij navraag blijkt dat men vooral bang is dat de intrusies dan zullen toenemen. Tijdens de exposure wordt de angst inderdaad geactiveerd, maar deze is in de praktijk goed onder controle te houden. Ter illustratie: in een onderzoek naar de mate van angstactivatie tijdens therapie bedroeg de gemiddelde angstscore (subjectieve angst op een schaal van 1-10) tijdens een sessie ongeveer 5, de hoogste score (gemiddeld) die tijdens een sessie bereikt wordt, was ongeveer 8 (Van Minnen & Hagens, 2002).

Wat betreft de intrusies is de grootste angst dat de patiënt door de confrontatie met het trauma geen controle meer heeft over de intrusies, dat deze erdoor overspoeld zal raken en daardoor zal 'decompenseren' (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004). Er is een aantal onderzoeken verricht naar het verloop van de intrusies tijdens de behandeling.

Uit een onderzoek naar patiënten die met exposure werden behandeld, bleek dat de meeste patiënten vanaf de eerste exposuresessie een lineaire afname lieten zien van het aantal intrusies (Foa, Zoellner, Feeny, Hembree, & Alvarez-Conrad, 2002). Bij ongeveer 25% van de patiënten neemt het aantal intrusies als reactie op de exposure in eerste instantie licht toe, om vervolgens weer te dalen. Als men deze patiënten vergelijkt met de groep patiënten bij wie de symptomen meteen dalen, dan kan men constateren dat het symptoomniveau vanaf de zesde behandelsessie weer gelijk verloopt, en dat de effectiviteit van de behandeling te vergelijken is met die van patiënten die geen stijging in intrusies laten zien. In een ander onderzoek werd het verloop in intrusies tijdens de behandeling vergeleken tussen patiënten die exposure kregen en patiënten die cognitieve therapie kregen (Nishith, Resick, & Griffin, 2002). Tijdens beide behandelingen bleken de intrusieve herinneringen kwadratisch te verlopen, dat wil zeggen dat de symptomen aanvankelijk iets toenamen om vervolgens te dalen. In een onderzoek van Hackman et al. (2004) werd gevonden dat niet alleen de frequentie van herbelevingen gradueel afneemt tijdens de behandeling, maar ook de kenmerkende eigenschappen van herbelevingen, te weten levendigheid, de ervaren spanning tijdens de herbeleving en de ervaring dat de herbeleving een 'hier-en-nu'-beleving is.

Voor de klinische praktijk is het van belang patiënten erop te wijzen dat de intrusies als reactie op de behandeling in eerste instantie kunnen toenemen en dit te introduceren als een normaal verschijnsel dat de aanloop is tot een daling van de symptomen. Als richtlijn kan men geven dat de symptomen slechts maximaal een kwart zullen toenemen en dat gemiddeld vanaf de zesde sessie een aanzienlijke daling te verwachten is.

Mevrouw J.

Mevrouw J., 25 jaar oud, is in haar jeugd (6 tot 11 jaar) meerdere malen seksueel misbruikt door haar neef. De PTSS-klachten ontstonden, nadat ze op 21-jarige leeftijd was verkracht. De intrusieve herinneringen die ze ervaart, zijn met name gerelateerd aan deze verkrachting en niet zozeer aan het seksuele misbruik in haar jeugd. Ze heeft regelmatig intrusieve herinneringen aan de reuk en het beeld van het schaamhaar van de dader, toen ze hem oraal moest bevredigen. De frequentie van deze intrusies duidt ze op een schaal van 0-10 (nooit tot zeer vaak) aan met een 10 bij aanvang van de behandeling. De intrusie roept intense angst en afschuw op (8, eveneens op een schaal van 0-10). De behandeling bestaat uit acht sessies langdurige imaginaire exposure, waarin ze zichzelf actief en in detail aan de herinneringen van de verkrachting blootstelt. Tijdens de imaginaire exposure is de herinnering aan de verkrachting heel levendig en roept deze voornamelijk intense walging op. De minachting in de ogen van de dader tijdens de verkrachting roept intense angst op. Daarnaast krijgt mevrouw J. exposure-in-vivo-oefeningen. Deze bestaan voornamelijk uit het bekijken van films waarin seksueel geweld voorkomt en zich (in eerste instantie niet seksueel) laten aanraken door haar partner. Na acht sessies is de frequentie van de genoemde intrusie gedaald tot 0.

Hoe werkt de behandeling dan precies?

Zoals in het voorgaande werd beschreven, kan het zijn dat iemand met een PTSS te weinig mogelijkheden heeft om de intrusies van het trauma adequaat te onderdrukken. Het doel van de behandeling zou derhalve moeten zijn om de kans op onderdrukken

te maximaliseren. Het gaat dan niet zozeer om het afleren van de angstassociatie behorende bij de traumatische herinnering (trauma = gevaar = angst), maar om het aanleren van nieuwe associaties tussen traumatische cues en een alternatieve respons (herinnering aan trauma = veilig = ontspanning). Deze nieuwe associaties moeten zo sterk zijn dat ze gemakkelijk de plaats innemen van de oude associaties. Er wordt een alternatieve gedachte-inhoud geboden, waarop patiënten hun aandacht kunnen richten. In de gangbare behandelingen van de posttraumatische stressstoornis wordt dit bereikt door langdurige en herhaaldelijke confrontatie met de angstwekkende stimuli (herinneringen aan het trauma én cues die dergelijke herinneringen oproepen). Op zichzelf voegt dit nieuwe informatie toe over het trauma (toen was het gevaarlijk, nu ben ik veilig: trauma = toen = gevaarlijk, herinnering aan trauma = nu = veilig). Expliciete cognitieve herstructurering draagt vanzelfsprekend bij aan deze herinterpretatie van de herinnering = angstassociatie. Daarnaast richt cognitieve herstructurering zich op herinterpretatie van de symptomen (dat ik herbelevingen heb van het trauma, wil niet zeggen dat ik gek of raar ben), die incompatibel is met de bestaande, pathologische informatie (zie ook de informatieverwerkingstheorie van Foa en Kozak, 1986).

Bij zowel exposure als cognitieve therapie gaat het om het bewust oproepen van herinneringen aan de traumatische gebeurtenis(sen), waarbij enige activatie van angst, subjectief en fysiologisch, noodzakelijk is. Door deze activatie van de herinnering en de bijbehorende angst is het vervolgens mogelijk om nieuwe en aanvullende cognitieve betekenissen van het trauma en de reactie daarop bij te leren. Dit betekent dat er nieuwe associaties rondom het trauma zijn bijgeleerd, die in de plaats komen van de oorspronkelijke angstreactie. Hierbij moeten we opmerken dat volgens gangbare verklaringen voor de werking van exposure (zie bijvoorbeeld Brewin, 2001) de veilige associatie zo sterk wordt gemaakt dat deze prevaleert boven de oude gevaarassociatie. De oude angstherinnering verandert dus niet wezenlijk, maar wordt overschaduwd door de nieuwe, sterkere veilige herinnering. Naar aanleiding van de theorie van Anderson (bijvoorbeeld Anderson & Green, 2001) zou men kunnen speculeren dat de werking van exposure nog een stap verder gaat. Wellicht leidt het focussen van de aandacht op nieuwe alternatieven tot een verminderde beschikbaarheid van de oude, angstaanjagende herinnering. Het verschil met de eerdere verklaring is dat het niet zozeer gaat om het veranderen van associaties, als wel dat de angstige herinnering *zelf* zou veranderen. Of deze gedachtegang klopt, zal toekomstig onderzoek moeten uitwijzen.

Wat als de behandeling niet lukt?

In de praktijk wordt een adequate behandeling van een patiënt met een posttraumatische stressstoornis door zowel de patiënt als de therapeut vaak vermeden. De behandeling wordt bijvoorbeeld steeds uitgesteld, omdat de patiënt 'er nog niet aan toe is', de behandeling wordt te snel gestopt (bijvoorbeeld omdat de klachten toenemen), of de behandeling wordt niet uitgebreid genoeg uitgevoerd. De exposure wordt niet langdurig uitgevoerd, men vermijdt naar belangrijke details te vragen, omdat ze wellicht te gruwelijk of angstaanjagend zijn, of er worden geen exposure-in-vivo-oefeningen uitgevoerd. Kortom: een groot deel van 'mislukte' behandelingen kan waarschijnlijk worden toegeschreven aan het feit dat de behandeling niet adequaat en consequent genoeg wordt uitgevoerd.

Dat laat onverlet dat sommige patiënten ondanks een adequaat uitgevoerde behandeling niet goed opknappen. Hiervoor is een aantal redenen. Ten eerste kan het zijn dat de angst niet goed wordt geactiveerd. Het kan zijn dat de patiënt zó vermijdend is, of juist zoveel symptomen van verdoving heeft dat de angstactivatie, een noodzakelijke voorwaarde voor behandeling, niet goed op gang komt. In dat geval is het belangrijk om meer sensorische cues aan de exposure toe te voegen, zowel imaginair (vraag meer naar sensorische belevingen, bijvoorbeeld: Wat zie je? Wat hoor je?) als in vivo (ruiken aan de aftershave van de dader, het luisteren naar geluiden van een krakende deur). Ten tweede kan het zijn dat de kerncognities (nog) niet boven water zijn gekomen, waardoor deze niet bewerkt kunnen worden, een tweede noodzakelijke voorwaarde voor de behandeling. Meestal gaat het hier om cognities rondom het thema schuld en schaamte, bijvoorbeeld schaamte omdat men geen verweer heeft geboden tijdens een verkrachting, of schuld omdat men de achterdeur niet goed had afgesloten zodat de indringer naar binnen kon gaan.

Als de behandeling stagneert, kan dat erop duiden dat belangrijke details van de behandeling nog niet aan de orde zijn geweest. Een vrouw die verkracht was, reageerde aanvankelijk goed op de exposuresessies, maar na verloop van tijd stagneerde de behandeling. Toen de therapeut opperde dat ze wellicht nog iets achterhiel dat te maken had met schaamte of schuld, vertelde ze aarzelend en schuld bewust dat ze tijdens de verkrachting de dader met woorden had aangemoedigd, om hem 'goed te stemmen' en in de hoop dat hij dan sneller klaar zou zijn en haar met rust zou laten. Ze had dit aan niemand verteld, omdat ze zich schuldig voelde en meende dat ze had meegewerkt aan de verkrachting. Toen dit onderdeel van het trauma eenmaal in de exposure werd opgenomen, verliep de behandeling goed en namen haar overige symptomen af.

Toekomstige ontwikkelingen

Hoewel intrusies een van de kernsymptomen zijn bij patiënten met een posttraumatische stressstoornis, is er nog verbazingwekkend weinig onderzoek gedaan naar de aard en het verloop ervan. In onderzoek valt op dat regelmatig, ten onrechte, de termen intrusieve herinneringen en intrusieve gedachten door elkaar gebruikt worden, wat de onderzoeksresultaten onnodig verwart (zie ook: Clark & Purdon, 1995). In toekomstig onderzoek zal daarin steeds meer onderscheid worden aangebracht, wat hopelijk meer informatie zal geven over de aard van intrusies.

Ook zal in de toekomst meer aandacht komen voor neurobiologische aspecten van intrusies en mogelijke beïnvloeding van intrusies op farmacologisch gebied. Ook zal men naar verwachting in toekomstig onderzoek meer ingaan op de vaardigheden die mensen kunnen gebruiken om angstopwekkende intrusies te onderdrukken.

Theoretisch gezien is het van het grootste belang dat toekomstig onderzoek zich richt op de opslag van het trauma en de relatie met het ontstaan (of beter: het voortbestaan) van intrusies en welke relaties er tussen intrusies bestaan, de betekenis die men eraan geeft en de bijbehorende emoties. Een en ander zou kunnen leiden tot meer inzicht in het ontstaan en voortbestaan van traumatische intrusies en mogelijk tot het voorkomen van pathologische intrusies na een traumatische gebeurtenis, en tot effectievere behandelmethoden.

Abstract

In Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), patients suffer from intrusive memories of a traumatic episode in the past. These memories are mainly sensory and can appear as nightmares, flashbacks or sudden images. To avoid these painful and horrific memories patients avoid a variety of situations, constantly being ready to react to possible danger. The most effective treatments of PTSD intrusions are exposure and cognitive restructuring. In some patients treatment initially elicits an increase of intrusions, which normally decreases as treatment is continued.

Referenties

- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, M.C., & Green, C. (2001). Suppressing unwanted memories by executive control. *Nature*, 410, 366-369.
- Anderson, M.C., Ochsner, K.N., Kuhl, B., Cooper, J., Robertson, E., Gabrieli, S.W., Glover, G.H., & Gabrieli, J.D.E. (2004). Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. *Science*, 303, 232-303.
- Barnier, A.J., Levin, K., & Maher, A. (2004). Suppressing thoughts of past events: Are repressive copers good suppressors? *Cognition and Emotion*, 18, 513-531.
- Becker, C.B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.
- Breslau, N. (1998). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder. In: R. Yehuda (red.), *Psychological trauma* (pp. 1-29). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Brewin, C.R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393.
- Buckley, T.C., Blanchard, E.B., & Neill, W.T. (2000). Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 28, 1041-1065.
- Clark, D.A., & Purdon, C.L. (1995). The assessment of unwanted intrusive thoughts: A review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 967-976.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., Hackman, A., Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K., & Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: the warning signal hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 995-1002.
- Ehlers, A., Mayou, R.A., & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.
- Engelhard, I.M., Hout, M.A. van den, Kindt, M., Arntz, A., & Schouten, E. (2003). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress after pregnancy loss: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 67-78.
- Engelhard, I.M., Hout, M.A. van den, Arntz, A., & McNally, R.J. (2002). A longitudinal study of "intrusion-based reasoning" and PTSD after a train disaster. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1415-1434.
- Engelhard, I.M., Macklin, M.L., McNally, R.J., Hout, M.A. van den, & Arntz, A. (2001). Emotion- and intrusion-based reasoning in Vietnam Veterans with and without chronic posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1339-1348.
- Engle, R.W. (2001). What is working memory capacity? In: H.L. Roediger III, J.S. Nairne, I. Neath, & A.M. Surprenant (eds.). *The nature of remembering: Essays in honor of Robert G. Crowder* (pp. 297-314). Washington, DC: American Psychological Association.
- Foa, E.B., & Cahill, S.P. (2004). Psychosocial Treatments for PTSD: An Overview. In: Y. Nerin, R. Gross, R. Marshall, & E. Susser (eds.). *9/11: Public Health in the Wake of Terrorist Attacks*. Cambridge, UK: Cambridge.
- Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

- Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V., & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 6*, 459-473.
- Foa, E.B., Steketee, G., & Rothbaum, B.O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualisation of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20*, 155-176.
- Foa, E.B., Zoellner, L.A., Feeny, N.C., Hembree, E.A., & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1022-1028.
- Grunert, B.K., Devine, C.A., Matloub, H.S., Sanger, J.R., & Yousif, H.J. (1988). Flashbacks after traumatic hand injuries: Prognostic indicators. *Journal of Hand Surgery, 13a*, 125-127.
- Hackman, A., Ehlers, A., Speckens, A., & Clark, D.M. (2004). Characteristics and content of intrusive memories in PTSD and their changes with treatment. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 231-240.
- Hellawell, S.J., & Brewin, C.R. (2004). A comparison of flashbacks and ordinary autobiographical memories of trauma: content and language. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 1-12.
- Holmes, E.A., Brewin, C.R., & Hennessy, R.G. (2004). Trauma films, information processing and intrusive memory development. *Journal of Experimental Psychology: General, 133*, 3-22.
- Lemieux, A.M., & Coe, C.L. (1995). Abuse-related posttraumatic stress disorder: evidence for chronic neuroendocrine activation in women. *Psychosomatic Medicine, 57*, 105-115.
- Litz, B.T., Orsillo, S.M., Kaloupek, D., & Weathers, F. (2000). Emotional processing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 26-39.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J., & Delucchi, K. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal of Psychiatry, 153*, 94-102.
- McFarlane, A.C. (2000). Posttraumatic stress disorder: A model of the longitudinal course and the role of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*, 15-20.
- Merckelbach, H., Muris, P., Horselenberg, R., & Rassin, E. (1998). Traumatic intrusions as 'worse case scenario's'. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 1075-1079.
- Minnen, A. van, & Arntz, A. (2004). Protocollaire behandeling van patiënten met een post-traumatische stress stoornis: Imaginaire exposure. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen, & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg II*. Tweede herziene druk (pp. 1-31). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Minnen, A. van, & Hagens, M.A. (2002). Fear activation and habituation patterns as early process predictors of response to prolonged exposure treatment in PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 359-367.
- Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (2003). *Posttraumatische stress-stoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nishith, P., Resick, P.A., & Griffin, M.G. (2002). Pattern of change in prolonged exposure and cognitive-processing therapy for female rape victims with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 880-886.
- Reynolds, M., & Brewin, C.R. (1999). Intrusive memories in depression and posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 201-215.
- Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Riggs, D.S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 455-475.
- Schreuder, J.N., Kleijn, W.C., & Rooijmans, H.G.M. (2000). Nocturnal re-experiencing more than forty years after war trauma. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 453-463.
- Stolk, E., Speckens, A.E.M., & Verbraak, M.J.P.M. (2002). Cognitieve therapie. In: A. van Minnen & M.J.P.M. Verbraak (red.), *Psychologische interventies bij posttraumatische stress-stoornis* (pp 95-118). Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Verbraak, M., & Minnen, A. van (2002). Wat maakt effectieve psychologische behandelingen van PTSS werkzaam? Enige beschouwingen. In: A. van Minnen & M.J.P.M. Verbraak (red.), *Psychologische interventies bij posttraumatische stress-stoornis* (pp 39-58). Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Vermetten, E., & Bremner, J.D. (2003). Olfaction as a traumatic reminder in posttraumatic stress disorder: case reports and review. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*, 202-207.
- Wegner, D.M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession, and the psychology of mental control*. New York: Penguin Books.
- Yehuda, R. (2004). Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 29-36.

Agnes van Minnen, Ineke Wessel en Muriel Hagedaars

Yoon, C., May, C.P., & Hasher, L. (2000). Aging, circadian arousal patterns, and cognition. In: D.C. Park & N. Schwarz (Eds), *Cognitive aging: A primer* (pp. 151-171). Philadelphia: Psychology Press.