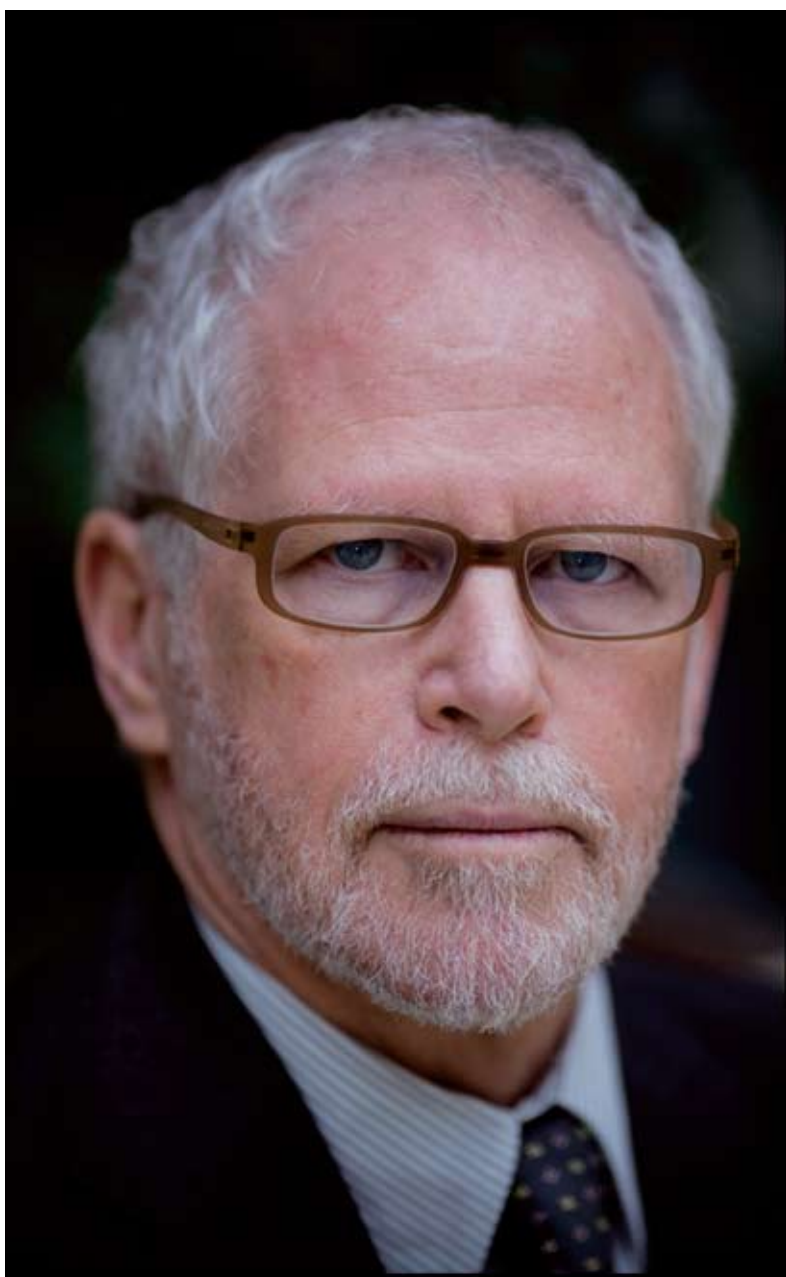


Psychiater Arie Shalev probeert PTSS te voorkomen

Nooit meer als nieuw

Sophie Broersen

Arie Shalev, psychiater in Jeruzalem, probeert een post-traumatische stressstoornis (PTSS) zo vroeg mogelijk te herkennen en te behandelen. De voorwaarden voor traumaverwerking zijn in Israël goed, stelt hij.



‘Eigenlijk is het vreemd dat een psychiater een anatomische les geeft’, zegt Arie Shalev aan het einde van het interview. ‘Want daarbij onderzoek je een dood lichaam, dat niet meer reageert op zijn omgeving. En het brein is geen geïsoleerd, maar een bij uitstek interactief orgaan. En juist daar, bij de interactie tussen hersenen en omgeving, gaat het mis bij mensen met PTSS.’

Arie Shalev (63), hoogleraar psychiatrie aan het Hadassah University Hospital in Jeruzalem, gaf vorige week in Amsterdam De Anatomische Les, een lezing op het snijvlak van geneeskunde en maatschappij, georganiseerd door het AMC en de Volkskrant. Hij sprak er over zijn onderzoek naar posttraumatische stressstoornis (PTSS) en de fundamentele rol die angst speelt in het dagelijks leven.

Leger

Shalev deed al ervaring op met PTSS tijdens zijn eerste ervaringen als psychiater, in het Israëlische leger. Later richtte hij het Hadassah Studiecentrum voor Traumatische Stress op en deed hij uitgebreid onderzoek naar de stoornis bij de vele slachtoffers van trauma's die hij dagelijks ziet.

Is Israël cru gezegd misschien het ideale land om onderzoek te doen naar PTSS? Shalev stelt echter dat de aandoening niet veel vaker in zijn thuisland voorkomt dan in de Verenigde Staten.

Bij het uitdoven van de angst lijkt het verkeerd te gaan bij PTSS. Arie Shalev: ‘PTSS’ers met een angstige ervaring doen iets compleet anders dan mentaal gezonde mensen.’

beeld: De Beeldredactie, Marco Okhuizen

‘Ten eerste valt het wel mee met het gevoel van onveiligheid in Israël. Er gebeuren vreselijke dingen, maar daar wordt goed mee omgegaan. Het is een informele, hechte gemeenschap, waarin we allemaal hetzelfde lot delen. Ik sprak ooit een jonge arts die in het leger een patiënt had verloren die ’s nachts was neergeschoten. Hij voelde zich ongelooflijk schuldig. De vader van het slachtoffer sprak met hem en zei: ‘Al was mijn zoon op de operatietafel neergeschoten, dan nog had hij het niet gered.’ Hij begreep op zo’n diep niveau wat deze jongen had meegemaakt en kon zo zijn last verlichten. Dat is een enorme troost, en van groot belang bij de verwerking van zo’n trauma.’ Ook op andere manieren wordt goed voor slachtoffers van aanslagen gezorgd, zegt Shalev. ‘De schade wordt meteen hersteld, de troep wordt opgeruimd, zodat je niet constant wordt herinnerd aan het gebeurde. Er komt zo snel mogelijk accurate informatie. Maar ook praktische zaken worden geregeld, het van school halen van de kinderen bijvoorbeeld. De slachtoffers van een aanslag worden niet aan hun lot overgelaten. Zo’n opvang kun je vergelijken met een riool: als dat er niet is, ontstaan er tal van infecties. Goede opvang van mensen kan mentale problemen voorkomen.’

Angst

Ontstaat PTSS door een te heftige angstige ervaring? Of gaat er iets verkeerd bij het verwerken van de ervaring? Om die vraag te kunnen beantwoorden, legt Shalev eerst de fundamentele werking van angst uit: ‘In ons brein bevindt zich een commandocentrum dat altijd klaar is om te reageren, op alle onverwachte gebeurtenissen, een hard geluid, de deur die opeens openslaat: de amygdala. Die kan binnen fracties van een seconde het lichaam in een staat van paraatheid brengen: de spieren spannen aan, de gezichtsuitdrukking verandert, de ademhaling past zich aan. Dat is een groot voordeel, want het is soms nodig om heel snel te reageren. Maar de informatie waarop deze reageert, is niet goed uitgewerkt. We hebben dus een systeem nodig dat corrigeert, dat een signaal afgeeft dat de kust veilig is. Dat doet onze cortex, ons hoger ontwikkelde brein, en in mindere mate de hippocampus, die contextuele informatie verleent. Maar de cortex is het belangrijkste. Als je dieren blootstelt aan een rood licht en ze tegelijkertijd een schokje geeft, zul-

len ze daarna van dat licht schrikken. Maar als dat licht telkens aangaat, zonder het schokje, dooft die angst uit. Als je de cortex uitschakelt niet, dan blijven ze schrikken, keer op keer.’ Bij dat uitdoven van de angst lijkt het verkeerd te gaan bij PTSS: ‘PTSS’ers met een angstige ervaring doen iets compleet anders dan mentaal gezonde mensen. Ik heb ook nare dingen meegemaakt, en ik kan nog steeds emotioneel worden als ik eraan terugdenk, als ik erover praat. Maar ik realiseer me dan wel dat het niet op dit moment gebeurt, het heeft voor mij een label met een bepaalde tijd en een bepaalde plek. Bij PTSS zijn er geen labels aan de herinnering geplakt. Telkens opnieuw wordt het trauma beleefd, in het hier en nu. En als ik over zoiets praat, maak ik contact en gebeurt er iets, ik verwerk het ook. Bij PTSS werkt dat niet. Ten eerste wil zo iemand eigenlijk helemaal niet praten over de gebeurtenis, omdat hij het dan opnieuw beleeft. Maar ook al vertelt hij hetzelfde verhaal duizend keer, het verandert niets, de emotie verandert niet.’

Gruwel

Shalev deed zelf onderzoek naar de schrikreactie bij mensen, door ze plots een hard geluid te laten horen. De eerste paar keren schrikt een mens, maar na verloop van tijd neemt de reactie af. Bij PTSS-patiënten is de schrikreactie heftiger en neemt deze niet of veel minder snel af. Hij keek naar veel meer meetbare, biologische factoren: hersenstructuur, functionele MRI’s, cortisol- en adrenalinengehalten, genexpressies en hartslag. Met mooie resultaten. Zo bleek een verhoogde hartslag vlak na een trauma een voorspeller van PTSS, iets dat in meerdere onderzoeken werd bevestigd. Maar Shalev relateert de resultaten: ‘Wat is de bijdrage van deze vinding aan het begrijpen van oorzaken van PTSS? Ongeveer 10 procent, niet veel. Er is niet één biologische verklaring voor het ontwikkelen van deze ziekte. En dat is jammer, want in die verklaring zou een aanknopingspunt kunnen zitten voor behandeling, een medicament dat we kunnen toedienen. Maar waarom iemand PTSS ontwikkelt, zit in een combinatie van factoren. En zeker niet alleen biologische factoren.’ Shalev maakt onderscheid tussen kenmerken voorafgaand aan het trauma, van de gebeurtenis zelf en van wat er daarna gebeurt. De biologische factoren zijn slechts een deel van de kenmerken die een patiënt al daarvoor met zich meedraagt. Van belang zijn ook wat voor jeugd iemand heeft gehad, wat voor trauma’s iemand eerder heeft meegemaakt en hoe die

PTSS’ers beleven het trauma telkens opnieuw, in het hier en nu



Na het trauma moet het slachtoffer in een veilige omgeving terecht komen, niet eenzaam zijn en er moet sprake zijn van troostend contact.

beeld: Laif, HH

zijn behandeld. De traumatische gebeurtenis moet zeer bedreigend zijn geweest en het is van belang of iemand kon ontsnappen uit de situatie, of volkomen hulpeloos was. Shalev noemt nog een belangrijk element: 'Ongeloof dat dit je kan overkomen, en gruwel. En de betekenis van het gebeurde.'

Maar het belangrijkste is volgens Shalev wat er ná het trauma gebeurt. Dan moet er uitdoving van de angstige herinnering optreden. Om dat te bevorderen, moet het slachtoffer in een veilige omgeving terecht komen, niet eenzaam zijn en er sprake zijn van troostend contact. 'Bij kinderen vinden we het normaal om ze te omhelzen als ze huilen omdat ze zijn geschrokken. Dat is ook bij volwassenen van belang, om te worden aangeraakt en getroost.' Mensen die in een isolement terecht komen, zich vervreemd voelen van de wereld om hen heen en geen echte vriendschappen hebben, lopen een hoger risico PTSS te ontwikkelen.

Voorspellen

PTSS is een hardnekkige aandoening. Genezing van chronische patiënten lijkt onmogelijk.

Volgens Shalev valt de meeste winst te behalen met preventie, door vroeg en goed in te grijpen. En hij zegt PTSS-ontwikkeling goed te kunnen voorspellen, gewoon door symptomen goed uit te vragen: 'Als ik één week na een traumatische gebeurtenis probeer te voorspellen wie er wel of niet PTSS ontwikkelt, ga ik bij 30 procent de fout in. Maar als we mensen één maand volgen, kijken hoe de symptomen zich ontwikkelen van week tot week, in ogenschouw nemen hoe mensen er voorafgaand aan het trauma aan toe waren, dan is de voorspelling betrouwbaar. Dan voorspellen we slechts 1 procent fout.' Vervolgens moet je op tijd ingrijpen. Niet met medicijnen, tenminste, niet alleen met medicijnen: 'We hebben benzodiazepinen geprobeerd. Werkt niet, waarschijnlijk omdat het effectief laten uitdoven van angst een actief leerproces vereist. We hebben medicatie geprobeerd die de adrenerge respons vermindert, met het idee dat er minder angstherinneringen worden opgeslagen. Werkt ook niet. We gebruiken SSRIs, en die kunnen de kwaliteit van leven enorm verbeteren. Maar ze genezen PTSS niet.'

Amputatie

Cognitieve gedragstherapie op het juiste tijdstip lijkt het meest succesvol. 'Als we bij een groep mensen die een trauma hebben doorgemaakt en volgens onze voorspelling de stoornis krijgen, na een maand met behandeling starten, heeft 20 procent van hen vijf maanden later nog PTSS. Van de groep mensen die op de wachtlijst komen en weken later starten met behandeling, is dat maar liefst 60 procent. Elke week vertraging reduceert het succes. Maar we kunnen dus twee derde van de gevallen voorkomen, en dat is het voornaamste doel.'

Genezen van PTSS is in een vroeg stadium mogelijk. Maar wat is genezing? 'De vraag is of iemand ooit weer "als nieuw" zal zijn. De ervaring zal nooit meer uit hun leven weg zijn, maar het domineert hun leven niet meer. Ze hebben misschien nog wel eens een nachtmerrie, maar niet elke nacht. En het is wel mogelijk om weer te genieten in het leven.'

Als iemand al jaren lijdt aan PTSS, is genezing niet meer mogelijk. Het is dan alsof je tegen iemand die een onderbeenamputatie heeft ondergaan, zegt: je zult weer lopen op twee benen. Je schept verwachtingen en vervolgens mislukking. Maar er zijn wel verbeteringen te behalen door iemand te leren leven met zijn beperkingen.'

mc