

Inhoudstafel

EERST LUIK: PSYCHISCHE IMPACT VAN VERKEERSONGEVALLEN

1.	Inleiding		
	3		
2.	Epidemiologie		4
3.	PTSD en depressie		
	8		
4.	Trauma en psychodynamische psychologie		10
5.	Opnieuw PTSD en depressie		
	16		
6.	De fobische reactie op een ongeval		19
7.	Het stressor-criterium en het probleem van de causaliteit		22
8.	Psychisch rijmt op fysisch		
	29		
9.	Indicatoren van PTSD		
	32		
10.	Specifieke problemen met het onderzoek		35
11.	Een theoretisch kader vanuit de cognitieve neurowetenschappen en de psychodynamische psychologie		38
12.	Onderzoek en resultaten		51

TWEEDE LUIK: SUBJECTIEVE PERCEPTIE VAN DE VERKEERSVEILIGHEID

I. VOORBEREIDING

A.	De bestaande literatuur		
	68		
B.	Onderzoeksopzet		
	75		
C.	Instrument		76
D.	Procedure		78
E.	Demografische gegevens		79

II. RESULTATEN

A.	Perceptie van de verkeersveiligheid		88
B.	Causale attributie van de verkeersonveiligheid		111
C.	Causale attributie van verkeersongevallen		156

III. BESPREKING	
A. Perceptie van de verkeersveiligheid	168
B. Causale attributie van de verkeersonveiligheid	171
C. Causale attributie van verkeersongevallen	174
D. Suggesties voor het beleid	174
 Bibliografie	 177

*EERSTE LUIK: PSYCHISCHE IMPACT VAN
VERKEERSONGEVALLEN*

1. Inleiding¹

"Een 19-jarige vrouw reed na een ruzie met haar vriend terug naar huis. Haar wagen ging verscheidene malen over kop, toen de remmen de controle verloren in een gladde bocht. Ze verliest haar linkerarm tot net onder de schouder. In het ziekenhuis wordt de arm terug bevestigd. Enkele dagen later begint de patiënte te klagen over pijnlijke flashbacks waarin ze het ongeluk levendig voor zich ziet. Ze had schrik om te gaan slapen omwille van terugkerende nachtmerries, ze stond weigerachtig tegenover armversterkende oefeningen, uit schrik dat haar arm er zou afvallen. Occasioneel kende ze korte periodes van realiteitsverlies, waarin ze voelde dat haar arm zich zou losmaken en haar vaarwel zou wuiven." (Walker, 1981)

We vertalen hier één van die zeldzame gevalsbeschrijvingen uit de specifieke literatuur rond verkeersongevallen. Het opzet van deze tekst is een nadere blik te werpen op die internationale literatuur, een nadere blik werpen op onderzoeken die ons tot een begin van begrip kunnen brengen omtrent bovenstaand fragment - bij uitbreiding omtrent verkeerstraumatologie

Heden ten dage behoort de diagnose 'Posttraumatische Stress Stoornis' (PTSD) tot één der meest modieuze van het psychiatrische spectrum. Het concept begon aan een explosieve opgang sinds het in 1980 voor de eerste maal in de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) werd opgenomen. Het lijkt evident dat we in dat vaarwater terechtkomen, wanneer we de loupe boven de psychische impact van verkeersongevallen houden.

Hoewel de term 'traumatische neurose' reeds meer dan anderhalve eeuw ingang heeft gevonden, vormden de twee wereldoorlogen toch een belangrijke versnelling in het onderzoek naar deze pathologie. Die geschiedenis zullen we later ten dele van naderbij bekijken. Voor een uitgebreide bespreking menen we hier niet de plaats te hebben. De geïnteresseerde lezer hoeft nochtans niet op zijn honger te zitten: die geschiedenis vormde reeds het onderwerp van een aantal publicaties

¹ We gaan ervan uit dat alle informatie betreffende personen en instellingen die in deze studie aan bod komen als vertrouwelijke informatie behandeld worden.

(Trimble, 1981; Barrois, 1988 ...), waarvan het werk van Trimble het nauwst aansluit bij ons specifieke onderwerp.

We moeten onmiddellijk duidelijk maken dat PTSD niet de enige diagnose is die genoemd wordt in het kader van verkeersongevallen. Ook de fobie, de depressie, de hoofdpijn, de angstige toestanden, somatoforme pijnstoornissen, seksuele disfuncties, obsessief-compulsieve stoornis,... dienen zich aan in de literatuur. Voornamelijk de fobie (voor verkeer) en de depressie nemen het leeuwenaandeel voor hun rekening. PTSD, depressie en fobie zullen we in deze bespreking dan ook de meeste aandacht schenken. We hopen een aantal stappen op te bouwen, om tot een theoretisch kader te komen dat die drieling betekenisvol tot onderlinge dialoog brengt.

2. Epidemiologie

Een posttraumatische stress stoornis (PTSS) treedt op nadat een persoon een trauma meemaakte, i.e. een gebeurtenis die buiten het scala van de gewone menselijke ervaringen valt en die een ernstige bedreiging vormt voor de fysieke integriteit van de betrokkene of andere personen. De volgende drie clusters van symptomen zijn kenmerkend: (i) een voortdurende herbeleving van de traumatische ervaring, (ii) aanhoudende vermijding van prikkels die bij het trauma horen of afstomping van de algemene reactiviteit, (iii) aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (DSM-IV).

Voor wie de literatuur terzake doorneemt, wordt stilaan duidelijk dat er van eenheid in resultaten geen sprake is. Enerzijds is er dus die enorme variatie aan mogelijke psychische consequenties van verkeersongevallen (cfr. supra), anderzijds lopen de cijfers over het relatieve aandeel van al die diagnoses sterk uiteen. We zullen straks een nadere blik bieden op die wijd uiteenlopende resultaten.

Vooraleer we dat doen, dienen we op te merken dat de gehanteerde definities, de gehanteerde criteria voor de diagnoses, een niet onbelangrijk aandeel hebben in die variatie. De DSM-categorisering mag dan al een uniform werkinstrument lijken aan te bieden, ook daar is enige willekeur niet

zonder gevolgen. Dit kan mooi geïllustreerd worden aan de hand van de criteria voor het stellen van een diagnose PTSD volgens die DSM. Zo wordt criterium C (avoidance and psychic numbing), een noodzakelijke voorwaarde voor die diagnose, beschouwd als een remmer van het aantal diagnoses (Blanchard e.a., 1995; Green e.a., 1993; Buckley e.a., 1996).

We zullen ons tot bovenstaande inleidende opmerkingen beperken. Ze hebben tot doel te waarschuwen voor al te veel optimisme: Jà, er is inderdaad al heel wat onderzoek verricht terzake, maar néén, de resultaten springen niet als een hecht blok in het oog. Dit behoeft vanzelfsprekend geen nadeel te zijn. Laten we ons nu over die resultaten buigen:

Globaal beschouwd, kunnen we stellen dat een 'substantiële minderheid' na een verkeersongeval te kampen krijgt met sociale, fysische en psychologische problemen (Mayou e.a., 1997). Met andere woorden: de toestand is ernstig, doch niet hopeloos. Het lijkt ons aangewezen om de situatie correct in te schatten, om nadien de slachtoffers van verkeersongevallen niet echt te traumatiseren met een overdaad aan therapeutische bezorgdheid. Auto-ongelukken blijken in relatie tot trauma, de meest antagonistische combinatie van frequentie en impact te hebben (Norris, 1992). De frequentie aan verkeersongevallen is ongemeen hoog. De auteur vermeldt dat 1% van de (Amerikaanse) bevolking jaarlijks een ongeval meemaakt, en dat we over onze gehele levensloop beschouwd, een kans van 1 op 4 hebben om erin betrokken te raken.

Wat betekent dit voor België? Het totale aantal slachtoffers van verkeersongevallen - zonder hier te specificeren naar categorieën slachtoffers - bedroeg in 1996, 68.259 personen (Belgisch Instituut voor Verkeersveiligheid, 1996). Tegenover die indrukwekkende aantallen (in absolute cijfers uitgedrukt), staat dus dat een 'substantiële minderheid' ook effectief een posttraumatische problematiek (wat niet gelijk kan gesteld worden aan PTSD) ontwikkelt (+/- 12%). In absolute aantallen bekeken, zijn die verkeersslachtoffers echter verantwoordelijk voor het grootste aandeel PTSD's.

Ter vergelijking dient zich de seksuele aanranding aan. Hoewel de frequentie hiervan beduidend lager ligt, is de kans op PTSD veel groter.

Als we daarna frequentie en ernst samen beschouwen, blijkt een verkeersongeval de op één na meest voorkomende bron van

posttraumatische problematieken te zijn. Het hoeft dan ook niet te verwonderen, en het is ook geenszins overbodig, dat recentelijk een boek verschenen is, dat helemaal aan dit onderwerp gewijd is (Mitchell, 1997). Daaruit mag zelfs blijken dat alle grote psychiatrische aandoeningen méér voorkomen bij slachtoffers van ongevallen dan in de gewone populatie (p.37). Het is voorbarig om hierin een lineair causaal verband te lezen, maar het stemt, in verband met ons onderwerp, tot nadenken. Zoals we eerder aanstipten, beslaan de consequenties van ongevallen een breed spectrum. Toch springen fobie, depressie en PTSD in het oog. Ons goed bewust van een zekere willekeur in de keuze, en zonder alle anderen te willen negeren, zullen we onze aandacht toch voornamelijk op die driedelige grootheid richten. Het voornaamste argument hiervoor, bestaat in de vaststelling dat voor deze drie diagnoses vergelijking tussen verschillende onderzoeksresultaten mogelijk is. Over vele andere psychische gevolgen, zoals bvb. hoofdpijn, bestaat er aanzienlijk minder literatuur, waarmee geenszins iets gezegd is over het betrokken leed.

PTSD	DEPRESSIE	FOBIE	BRON
10%	-	25%	<i>Mayou e.a., 1997</i>
75%	-	-	<i>Hickling e.a., 1992</i>
-	-	77%	<i>Kuch e.a., 1985</i>
12%	-	-	<i>Norris, 1992</i>
10%	10% (mood disorder)	-	<i>Mayou e.a., 1993</i>
18/56	4/56	6/56	<i>Dalal e.a., 1993</i>
6/24	-	-	<i>Green e.a., 1993</i>
-	21%	35%	<i>Parker, 1977</i>
10/20	-	-	<i>Hickling e.a., 1992</i>
46%	-	-	<i>Blanchard e.a., 1994</i>
39.2%	81.8%	-	<i>Blanchard e.a., 1995</i>
12%	-	-	<i>Green, 1994</i>
+/- 33 %	-	-	<i>Bryant e.a., 1996</i>
14.5%	-	38.2%	<i>Kuch e.a., 1994</i>

tabel 1: overzicht onderzoeksresultaten inzake diagnoses PTSD, Depressie en Fobie.

Bovenstaande tabel illustreert de sterk uiteenlopende onderzoeksresultaten rond ons onderwerp. Een groot deel van de variatie is begrijpelijk doordat iedereen met verschillende populaties werkte (van mensen die medische hulp zochten tot patiënten die voor psychologische

bijstand werden doorverwezen). Het is evident dat onder die laatste groep mensen de percentages veel hoger zullen zijn.

Daarnaast is het tijdstip van het onderzoek van belang. Er dient een duidelijk onderscheid gemaakt te worden tussen acute en langdurige reacties. De frequenties liggen vanzelfsprekend hoger in de acute fase, om dan geleidelijk af te nemen in de daaropvolgende maanden.

Ons lijkt onderzoek bij een populatie die na een verkeersongeval medische verzorging nodig had, het meest interessant. Ook dan is er van representativiteit van 'verkeersslachtoffers' geen sprake, maar het lijkt ons de meest werkbare opzet. Het follow-up onderzoek van Mayou en collega's (Mayou e.a. 1993) geeft een accuraat beeld van de consequenties tot een jaar na het ongeval. Het betreft een onderzoek bij slachtoffers met meerdere verwondingen of whiplash, die niet langer dan 15 minuten buiten bewustzijn geweest zijn. Acute, vrij ernstige emotionele distress was gewoon. Daarnaast leed 1/5 van die mensen aan een acuut stress syndroom, getypeerd door gemoedsstoomissen en schrikbarende herinneringen aan het ongeval. Hoewel angst en depressie over de loop van één jaar verbeterden, bleef 10% van de slachtoffers er sterk onder lijden. In combinatie leed ook 10% aan een PTSD. Fobische angst voor het verkeer was algemener.

In navolging van Van der Kolk, McFarlane en Weisaeth, in hun grote overzichtswerk rond traumatische stress (1996, p.160), weerhouden we het onderzoek van Mayou als accuraat en illustratief voor de epidemiologie van een aantal psychische consequenties na verkeersongevallen.

Brom e.a. (1993) komen, zonder op de hoogte te zijn van de resultaten van Mayou, tot eenzelfde conclusie en ramen de incidentie aan posttraumatische problemen op +/- 10%. We vermelden dit, omdat de meeste auteurs logischerwijze de andere onderzoeken kennen en er zich vaak op baseren. Brom 's studie kan hier in zekere zin als controlestudie aangehaald worden.

In het vervolg van deze tekst zou ik de aandacht willen richten op twee opvallende punten die ons doorheen de literatuur bijgebleven zijn.

Ten eerste is er het probleem van de overlap tussen PTSD en depressie. Fenomenologisch hebben we er geen moeite mee beiden te erkennen als

een gevolg van een voorgaand trauma. Maar theoretisch dient de vraag toch gesteld te worden naar de relatie tussen beiden. Wat maakt dat ze zo vaak samen aangetroffen worden? We nemen daarna de psychodynamische psychologie als vertrekbasis voor een denkpiste die in dit probleem enig licht kan doen schijnen. In een volgende stap zullen we de fobie in deze bespreking betrekken.

Een tweede opvallend gegeven is de ambigue rol die fysische verwondingen spelen in het al dan niet aanhouden van een posttraumatische problematiek. Logischerwijze zou men er van kunnen uitgaan dat een slechte fysieke toestand na een verkeersongeval, het slachtoffer gevoeliger maakt voor psychische problemen. Nu wordt dat inderdaad beaamd door verscheidene onderzoeken terzake, maar anderzijds vinden verscheidene auteurs geen bevestiging voor deze gedachtegang.

3. PTSD en depressie

Angst, depressie, mood disorder, emotional distress.... ze worden allen steevast genoemd in een bespreking van psychische problemen na verkeerstraumata. Waar we eerder zagen dat de kans op PTSD veel hoger was na bvb. seksuele aanranding dan na ongevallen, blijkt dit voor depressie en angst anders te verlopen. Of iemand nu slachtoffer van een aanval of van een ongeval was, de daaropvolgende angst en depressie zullen identiek zijn (Shepherd e.a., 1990). Analooq aan de bevindingen van Norris (1992) bevinden ook zij dat psychiatrische symptomen meer voorkomen bij de eerste groep.

De acute faze mag dan al qua angst en depressie gelijklopend zijn, na drie maanden blijkt de ongevallengroep op alles significant lager te scoren. (Shepherd e.a., 1990). Dat een ongeval makkelijker extern kan geattribueerd worden, wordt door de auteurs als een mogelijke verklaring naar voor geschoven. Mogelijke verklaringen laten we nog even terzijde.

Hoewel die relatief snelle afname van angst en depressie bevestigd wordt door collega's, blijft 10% er na 1 jaar onder lijden. (Mayou e.a., 1993)

Een eerste bevinding lijkt ons dan ook dat angst en depressie een klinisch meer frequent gevolg zijn - na verkeersongevallen - dan een echte PTSD. Ze behoren in een eerste tijd tot de acute reacties.

PTSD blijkt echter zelden alleen aangetroffen te worden. Algemeen overschouwd (dus ruimer bekeken dan louter verkeerstraumata) bestaat de grootste comorbiditeit tussen depressie en PTSD (van der Kolk e.a., 1996, p.443). Green (1994) specificceert in een literatuuroverzicht twee populaties. Onder Viëtnam-veteranen gaat PTSD meest samen met een 'major depression' en 'substance abuse'. Onder de burgerbevolking gaat het samen met sexuele dysfuncties (41%), major depression (32%), obsessive-compulsive disorder (27%) en fobias (18%). Samenvattend besluit hij dat over beide groepen PTSD slechts in 6% der gevallen geïsoleerd wordt aangetroffen. Het frequentst correleert het met depressie, fobie en angststoornis.

Ook Blanchard en collega's (1994) komen tot gelijklopende bevindingen. Uit hun onderzoek blijken 'major depression', 'mood disorder' en 'anxiety disorder' heel frequent op te treden. De bevindingen van Green (1994) i.v.m. de hechte band tussen PTSD en 'substance abuse' weerleggen zij wanneer het verkeersongevallen betreft. PTSD en depressie vertonen dan weer een grote overlap. Bovendien voegen zij hier een interessant gegeven aan toe: indien het slachtoffer reeds worstelt met een depressie voor het ongeval, lijkt hij of zij gepredisponerd tot het ontwikkelen van een PTSD na het ongeval.

Een jaar later zullen Blanchard e.a. (1995) dit nogmaals bevestigen door gedetailleerde informatie te beschrijven. Ze concluderen dat niet minder dan 53% van de PTSD-groep eveneens tegemoet komt aan de criteria voor een 'major depression'. Hun bevinding dat een voorgaande depressie het subject lijkt te predisponeren tot PTSD, wordt hier bevestigd: 50% van de mensen met een PTSD blijkt eerder een depressie te hebben gehad. In hun controlesample, bestaande uit mensen zonder PTSD, blijkt dit 'slechts' 23% te zijn. McDonald en Davey komen daarentegen tot de conclusie dat de frequentie van depressie bij verkeersslachtoffers niet hoger ligt dan bij de normale bevolking (1996).

De voorgaande auteurs leggen zich volledig toe op het zo objectief mogelijk vastleggen van de psychische gevolgen na verkeersongevallen. Uit hun onderzoeken blijkt er een opmerkelijke correlatie te bestaan tussen een aantal van die zaken.

Ook een auteur als Barrois (1988) die zich, in tegenstelling tot de tot hiertoe aangehaalde onderzoekers, voornamelijk baseert op zijn jarenlange klinische ervaring met getraumatiseerden (in hoofdzaak door oorlogssituaties), merkt op dat onder meer depressieve symptomen zich vaak toevoegen aan de klassieke DSM-criteria voor PTSD. Deze depressieve symptomen omschrijft hij als desinteresse, vermoeidheid, daling van seksuele activiteit, verlies van eetlust, periodes van wanhoop en in tranen uitbarsten.

We stellen samen met Taylor en Koch (1995) dat een belangrijke vraag voor toekomstig onderzoek zich moet richten op de interactie tussen enerzijds pijn, depressie en neuropsychologische beschadigingen en anderzijds fobieën voor verkeer en PTSD t.g.v. verkeersongevallen.

Zoals we in het begin aankondigden zullen we bij de psychodynamische psychologie te rade gaan, om een hypothese omtrent dit samengaan van depressie en PTSD, te formuleren. We zagen dat de literatuur waarop we ons tot hiertoe gebaseerd hebben, nalaat een verklarend kader te bieden voor de correlatie tussen PTSD en depressie.

4. Trauma en Psychodynamische psychologie

We willen op voorhand de beperking beklemtonen waaraan deze bespreking onvermijdelijk onderhevig zal zijn. Het onderwerp trauma binnen de psychodynamische psychologie is van een zodanige complexe aard, dat het binnen het bestek van deze tekst onmogelijk binnen ons bereik ligt om dat exhaustief te behandelen. Alleen al de diversiteit van benadering binnen het psychodynamische veld - waarbij de Anglo-saxische en de franse benadering exemplarisch kunnen zijn - staat ons dat niet toe.

Ten tweede moeten we differentiëren naar de aard van het trauma. Enerzijds - en binnen de psychodynamische psychologie het meest voordehandliggende - is er het trauma van seksuele aard. Anderzijds besteedde Freud doorheen zijn oeuvre geregeld aandacht aan incidentele traumata, met de zogenaamde 'railway spine of - brain' en de oorlogsneurosen als grote voorbeelden. Gezien het onderwerp van deze tekst ligt het voor de hand dat we voornamelijk aandacht zullen besteden aan die 'railway spine', al zal het niet steeds op die manier benoemd worden.

Het is één der eerste benamingen voor de posttraumatische problematiek. Voor de naamgeving vond men inspiratie bij de hersenschudding, de 'concussion of the brain'. In navolging hiervan veronderstelde men een 'concussion' van de zenuwen t.g.v. een ongeval, die verantwoordelijk gesteld werd voor de daaropvolgende symptomen. De discussie over de organische of psychische aard van die 'concussion' kon beginnen.

Het onderscheid naar aard van trauma - al dan niet seksueel - zoals we het hier geschetst hebben, ontsnapt niet aan een zekere willekeur. Waar nodig zullen we ondermeer bij de seksuele traumata te leen gaan. Voor een uitvoerige bespreking van de geschiedenis van het trauma binnen de psychodynamische psychologie, verwijzen we de lezer naar andere werken (Barrois, 1996 en Briole e.a., 1994).

Als leidraad geven we - vanuit een psychodynamische invalshoek - één der meest typerende eigenschappen van een trauma mee: het gaat om een *confrontatie met het onbenoembare* (o.m. Verhaeghe, 1997).

Freud leert de hysterie ten gevolge van trauma kennen bij zijn leermeester Charcot. Die voert na de vrouw, nu ook de man het veld van de hysterie binnen via de traumatische hysterie. En passant moet de tot dan toe nog steeds ingang vindende genitale etiologie van de hysterie plaats ruimen. Daarmee komt ook een einde aan het 'alleenrecht' van de vrouw op hysterie. Eén der meest door Charcot beschreven traumata die de man tot hysterie brengen, zijn treinongevallen (de zgn. railway spine of - brain). Het grote, eindeloze debat omtrent de causaliteit kan beginnen. Charcot plaatst zich lijnrecht tegenover Oppenheim, die gelooft in een neurologische beschadiging van het zenuwstelsel - naar analogie van een hersenschudding - die aan de traumatische neurose ten grondslag zou liggen.

Charcot voert het idee van *functionele laesie* in, en zal in de traumatische hysterie een mechanisme vermoeden dat op suggestieve wijze zijn invloed doet gelden. Het is volgens hem ook niet het trauma op zich dat zijn invloed nalaat, het gaat bij uitstek om de bijhorende *emoties*. Freud's herdenking van Charcot's 'ideeën' is baanbrekend. Nemen we als didactisch voorbeeld een verlamming van een been t.g.v. een treinongeval: Freud zal argumenteren dat 'het been' zodanig energetisch bezet is, dat de 'voorstelling' ervan, de 'idee' (hiervoor gaat hij te leen bij Charcot) niet langer toegankelijk is voor associaties.

We brengen even het typerende aan een trauma in herinnering: het onverwoordbare karakter. We zien dat dit aspect impliciet reeds besloten ligt in Freud's hoofdzakelijk energetische conceptie van traumatologie.

Een andere toevoeging van Freud aan Charcot vinden we in de constatactie dat hij reeds zeer vroeg aandacht gaat besteden aan het belang van de familie- en levensgeschiedenis en aan voorgaande traumata (Libbrecht e.a., 1995).

De jonge Freud's theorie - beter zou zijn, 'zeker' de jonge Freud - had bij uitstek een posttraumatisch karakter. Aangezien zijn aandacht zal verschuiven, weg van de verleidingstheorie met infantiele seksuele ervaringen, gaat dat karakter aan het wankelen. Zijn ommekeer, m.n. zijn ongeloof in zijn neurotica's die hij tentoon spreidt in brief 69 aan Fliess, is genoegzaam bekend. Waar hij eerst geloofde in het reële karakter van de seksuele verleiding, legt hij nu de nadruk op de fantasie van zijn patiëntes.

Het fantasma komt op die manier het vraagstuk van het trauma zowel bemoeilijken als verrijken. Het zal de eigenheid uitmaken van de Freudiaanse theorie (rond trauma). Getuige daarvan is Lacan's herlezing van Freud.

Niettemin zal het vraagstuk van het 'echte', 'niet-seksuele' trauma herhaaldelijk opduiken. Denken we maar aan zijn inleidende colleges in 1917-1918, 'Aan gene zijde van het lustprincipe' en 'Mozes en het monotheïsme'. Freud erkende dus 'stressoren' (WOI, treinongelukken) die een typische problematiek tot gevolg hebben, tot een 'traumatische neurose' toe. Die differentieerde hij van 'gewone' neurosen, doch slaagt er nooit echt in het verschil te verklaren. In die zoektocht beschrijft hij reeds de kern-clusters van de huidige DSM-typering (Wilson John P., 1994).

Ondanks de nuchtere vaststelling dat het voor Freud een nooit opgehelderd probleem is gebleven (wat hij zelf toegeeft), betekent de psychodynamische lezing van een trauma als een onverwoordbare gebeurtenis, een interessante stap vooruit. Het biedt een alternatief - een aanvulling zo u wil - voor een strikt economisch model. Ook Freud dacht vaak over trauma in termen van energie. Zijn beroemdste uitwijding daarover, is ongetwijfeld te vinden in 'Aan gene zijde van het lustprincipe' (Freud, 1920). Excitatie van buitenaf die sterk genoeg zijn om door de

prikkelwering heen te breken, noemen wij *traumatisch*." (p.125) Logischerwijze bestaat het probleem voor het getraumatiseerde subject er dus in, die overtollige excitatie te binden. "het mislukken van deze binding zou een met traumatische neurose overeenkomende storing veroorzaken" (Freud, 1920, p.132). Dit "binden" interpreteren we dus met "verwoorden". Deze vertaling is geen vervorming van Freud's ideeën ten tijde van 'Jenzeits'. Daarvoor springt één passage al te zeer in het oog.

In hoofdstuk twee van 'Aan gene zijde van het lustprincipe' gaat Freud in op het probleem van de traumatische herhaling in dromen van slachtoffers van 'zware mechanische schokken, treinbotsingen en andere levensgevaar opleverende ongevallen' (p.105). "Waarom toch", zo stelt hij zich vertwijfeld de vraag, "plaatsen die mensen zich in hun dromen terug in de traumatische situatie?" Waarom dromen ze niet over hun leven zoals dat voor het ongeval was, of zoals het zou zijn als alle problemen van de baan zouden zijn? Dit zou veel meer in overeenstemming zijn met Freud's algemene regel omtrent het wensvervullende aspect van de droom. Als die traumatische herhaling wensvervullend is - besluit Freud zonder er zelf veel geloof aan te hechten - zouden we aan de masochistische tendensen van het Ik moeten denken (p. 107).

Net op het punt waarop zijn gedachtegang voor een onneembare vesting lijkt te staan, pauzeert hij even en komt zo bij onze passage terecht. Freud stelt immers voor om de traumatische neurose even te laten voor wat ze is en besluit het psychische apparaat verder te bestuderen via het kinderspel. En daar komen we terecht bij het beroemde 'Fort-Da' spelletje, dat Freud bij een kleinzoon observeert. Bij afwezigheid van zijn geliefde moeder, vult het kind de tijd met een klosje aan een touw. Zo gooit hij dat onder meer over de rand van zijn bed, met een langgerekt "Oooooo" (Fort=weg) als gevolg. Bij het terug optrekken, klinkt het verheugd "da". Het kind verwerkt via zijn spelletje - symboliseert- de aan- en afwezigheid van zijn moeder. Via de herhaling van het traumatische komt het kind tot symbolisering. Bovendien bedeeft het zichzelf met de actieve rol in het spel, in tegenstelling tot zijn passief ondergaan van het gaan en komen van de moeder.

Is het niet méér dan toevallig dat Freud deze uitstap naar het kinderspel en de symbolisatie maakt, op het moment dat hij vastgelopen is in de traumatische herhaling? We menen dat we tussentijds kunnen besluiten dat Freud er naast een economische opvatting omtrent trauma, ook reeds een

structurele op na hield, al bleef die vrijwel steeds in de schaduw van het economisch principe.

Een structurele benadering als alternatief en/of aanvulling op een economische benadering. Vandaag vinden we diezelfde dichotomie nog steeds terug in de anglo-saxische en de franse (psychodynamische) visie. Die eerste wordt geconcretiseerd in de befaamde Posttraumatische Stress Stoornis (PTSD). Dat concept 'stress' kunnen we misschien beschouwen als de 'moderne' invulling van Freud's 'excitatie' en dus van het economisch principe. Claude Barrois (1988) wijdt een hoofdstuk aan dit onderwerp en maakt een klein beetje brandhout van dit moderne concept. Bij Briole en collega's (1994) vinden we zijn kritische bemerkingsen samengebundeld:

1. "Stress" negeert de psychische aard van een trauma, dat steeds existentieel van aard is.
2. "Stress" is een organisch concept, dat onaangepast is voor de psychische aard van een trauma.
3. Het past ook niet binnen het 'antwoord' dat het subject tracht te geven op het trauma.
4. De mondiale verspreiding van een zo onaangepaste term noemt hij als laatste fout.

Dat onze opdeling anglo-saxisch versus Franstalig al te arbitrair is, bewijst de Amerikaanse Cathy Caruth (1996)..... Zij stelt "het feit van het trauma overleefd te hebben" als centraal (existentieel, cfr. Barrois) probleem. "I will argue... that trauma is not simply an effect of destruction but also, fundamentally, an enigma of survival" (p.58). "In trauma, that is, the outside has gone inside without any mediation" (p.59). 'Mediatie' lezen we op diverse manieren: Freud's 'excitatie-barrière', mediatie door 'verwachtingsangst' (cfr. ultra, in de bespreking van de fobie), talige mediatie, fantasma (cfr. supra), ...

Colette Soler (1997) vertaalt die indeling als een ethisch vraagstuk. Daartoe vertrekt ze vanuit een kleine wijziging in de klassieke definiëring van een trauma: "trauma" is volgens haar de naam die gegeven wordt wanneer het van buiten komt, m.a.w. wanneer het subject overvallen wordt *zonder verband met het verlangen of het onbewuste*.

Het discours van de psychodynamische psychologie zal niettemin fundamenteel de subjectieve implicatie centraal stellen, eerder dan het

traumatisme. Daartegenover staat een maatschappelijk discours dat volmondig voor de kant van het trauma kiest. Het subject wordt op die manier herbenoemd als een 'slachtoffer'.

Deze betekenaar "slachtoffer" kan qua therapeutisch effect moeilijk onderschat worden, al worden er vraagtekens bij geplaatst. Briole e.a. (1994) spreken in dit verband over één der mogelijke "suppleties" van het subject voor zijn ontmoeting met het traumatische. Die suppleties bieden een alternatief aan, voor de afwezigheid van een (on)mogelijke verwoording van het trauma. Zich identificeren met het statuut van slachtoffer biedt een uitweg. Uiteraard bestaan er andere suppleties:

- terugvallen op een groepsideaal
- de roep om wraak
- zich aan een verheven doel wijden
- politiek engagement (denken we maar aan Paul Marchal)
- een dwang om te getuigen
- ...

"Alibi" is een andere manier om deze omgang met het trauma te concipiëren (Stasse, 1997). Het klinisch fragment waarrond Stasse zich centreert, illustreert hoe het subjectieve binnensluipt in de reactie op het wezenlijk a-subjectieve van een trauma, van een verkeersongeval. Een vrouw ziet voor haar ogen haar eigen kind verongelukken op straat. Als reactie roept de vrouw uit "Maman, maman". Enerzijds is deze vrouw inderdaad een 'slachtoffer', de dood van haar kind is 'accidenteel', viel niet te voorspellen, is 'malvenu'. Maar ogenblikkelijk ent zich iets fantasmatisch.

Het trauma constitueert een soort 'état dans l'état', een "Fremdkörper" (cfr. supra: Freud's herdenking van Charcot). Dit vreemde (onverwoorde) in onszelf zal effecten ressorteren, die -willen ze een zeker productief werk verzetten - de 'drie tijden van een wals' moeten doornaken: herinneren, herhalen, doorwerken. (Couvreur, 1988). Het is op de laatste beweging van de wals dat de hele voorgaande opdeling anglo-saxisch - franstalig, organische 'stress' - psychisch trauma, slachtoffer - subject,... zich centreert. Nog volgens Couvreur passeert die beweging noodzakelijkerwijs langs het object, ze moet langs de relatie tot de ander.

Op dit punt waarop het object in rekening gebracht wordt, beëindigen we een onvolledige bespreking van de psychodynamische benadering van het trauma. We menen nu een behoorlijke basis gelegd te hebben, om onze

eerder gestelde vragen aan te vatten. Wat valt er te zeggen over de grote samenloop van PTSD en depressie? Wat is het aandeel van een fysieke verwonding in de posttraumatische problematiek?

Beginnen we met die eerste vraag.

5. Opnieuw PTSD en depressie

Net zoals we in het begin de PTSD voorstelden als één der meest opgang makende psychiatrische diagnoses, kunnen we over depressie vaststellen dat het een modieus begrip is geworden.

Een omschrijving van de fenomenologie van de depressie lijkt ons hier overbodig, de geïnteresseerde vindt zijn gading in de DSM-IV, p. 317 e.v. (Mood Disorders). Algemeen kunnen we dit geheel aan verschijnselen samenvatten door te stellen dat het verlangen verdwijnt, dat de persoon met niets of niemand nog een emotionele band onderhoudt.

N.a.v. het artikel van Colette Soler over trauma formuleerden we een ethisch dilemma dat verbonden is aan de keuze voor een welbepaalde conceptie rond trauma: ofwel staat het trauma centraal, ofwel het (lijdende) subject. Diezelfde keuze dient geformuleerd te worden voor depressie. Wellicht moet rond elke lijden van een subject diezelfde basale vraag gesteld worden, maar we vinden het niettemin niet toevallig dat PTSD en depressie elkaar ook op dit punt vervoegen.

Bij PTSD lijkt het antwoord op de vraag naar 'de oorzaak' voor de hand te liggen. Indien een subject met een depressieve klacht bij een arts, een therapeut,... belandt, gaat men onverwijld op zoek naar diezelfde 'oorzaak'. In het geval van een depressie die volgt op een trauma, i.c. een verkeersongeval, zouden we kunnen spreken van een 'reactionele depressie', die ook wel eens als een 'legitieme depressie' omschreven wordt (Israel, 1980, p. 160). De vraag naar de oorzaak dreigt zo te verworden tot een legitimatie van de depressie: "Il s'agit de justifier les symptômes par une cause extérieure <<honorable>>, entraînant l'approbation de tous: deuil, échec, chagrin, traumatisme surtout" (idem). Het trauma is maatschappelijk dus een legitieme oorzaak voor een depressie. Net zoals we dat voor PTSD bespraken, lijkt daardoor het subject uit het zicht te verdwijnen, het kan er niets aan doen, is louter slachtoffer van de loop der zaken. Israel gaat

tegen deze tendens in, en postuleert dat het onbewuste steeds het determinerende element is, zelfs waar het 'dépressions réactionnelles traumatiques' betreft (idem).

Laten we ons in het verdere verloop buigen over wat nu net zou uitmaken dat depressie en PTSD vaak in elkaars buurt te vinden zijn.

In een psychodynamisch kader stelt de depressie het probleem dat het geen symptoom - in de betekenis van talig gedetermineerd compromis - is. Het duidt voor de psychodynamische psychologie een 'passagemoment' aan, dat zowel gelukt als mislukt kan zijn, en dat behoort tot wat men wel eens de symbolische realisatie van het subject pleegt te noemen (Verhaeghe, 1994, p. 194).

Dè referentietekst bij Freud is natuurlijk "Rouw en melancholie" (Freud, 1917). Voor beide processen - rouw en melancholie - postuleert hij éénzelfde mechanisme dat aan de basis ligt: objectverlies. Voor onze depressie impliceert dit dat het daar gaat om een proces van afbraak, van desidentificatie. Dat een persoon die een verkeersongeval heeft meegemaakt, al dan niet met fysische letsels tot gevolg, zich niet meer dezelfde voelt als voorheen, dat er iets geraakt is aan de identiteit die hij opgebouwd had, is niet moeilijk indenkbaar. Dit is de ingang waarlangs het trauma als oorzaak gesteld wordt. Ook vanuit Freud's economische kader omtrent trauma valt dit te begrijpen. Economisch omschreef Freud het trauma als een onverwachte overrompeling van de excitatie-barrière, wat tot het gevolg heeft dat het subject gaat twijfelen aan zichzelf als totaliteit - e.d. aan zijn identiteit. Terwijl Freud toch gekend staat voor zijn uitvinding van het onbewuste, aarzelt hij wat betreft de traumatische neurose, hij weet niet goed hoe hij die met elkaar moet verbinden - "het is ons ook nog niet gelukt ze aan onze gezichtspunten te onderwerpen" (Freud, 1916-1917a). Zeker niet als het de infantiele ervaringen betreft, die in elke andere neurose zo centraal staan. Wèl noemt hij de traumatische neurose een opvallend voorbeeld waarbij de relatie tussen neurose en Ik geaccentueerd wordt (Freud, 1916-1917b). Ik of identiteit, waaraan iets verloren gegaan is.

De vraag blijft open om welk object het gaat en waarom het door dat trauma niet meer functioneert.

Uit deze korte bespreking van het aan de depressie onderliggende proces, distilleren we in hoofdzaak de centrale rol die het *objectverlies* daarin speelt.

Op dit punt proberen we de brug te bouwen die ons naar de PTSD kan voeren. De meest onderbouwde theoretische brug die we tot nog toe aangetroffen hebben, valt terug te vinden bij Claude Barrois zijn rijke werk "Les névroses traumatiques" (1988). De klinische praktijk toont volgens hem frequent "l'intrication de la symptomatologie dépressive et du syndrome psychotraumatique" (p. 192). Wanneer hij daaropvolgend de noodzaak van 'opérateurs conceptuels' beklemtoont, noemt hij naast 'le conflit' en 'le traumatisme psychique', net dat van 'perte d'objet'.

Barrois gaat vervolgens een onderscheid maken tussen 'la perte de l'autre comme objet total' en 'la perte d'objet partiel'. De eerste problematiek zullen we als rouw terugvinden. Ten derde noemt hij 'La perte de soi-même en totalité', een compositie van de twee vorige vormen van objectverlies. Hij brengt ons een stap verder door ons te doen opmerken dat een verandering van het verloren gegaan object, gepaard gaat met een verandering van affect: de dreiging van het verlies van zichzelf - m.a.w. datgene wat een psychisch trauma declencheert, evoceert 'l'effroi' of 'l'horreur'. 'La douleur' of 'la tristesse depressive' kunnen zich hierbij aansluiten.

Op een andere plaats zal Barrois spreken over *manifestaties van de structuur van de persoonlijkheid*, die de pathologie ten gevolgen van trauma zullen vervoegen. Daartoe rekent hij ondermeer depressieve verschijnselen (Barrois, 1985).

Hypothetisch besluiten we dat een trauma ondermeer sporen nalaat door zijn invloed op de 'identiteit'. Deze is beschadigd, de persoon 'voelt zich niet meer als voorheen', er is sprake van 'desidentificatie', wat verschijnt als 'depressie'. Daarop ent zich het fenomenologisch gekende Posttraumatische Stress Syndroom (volgens de Anglo-Saxische benadering) of een Traumatische neurose (volgens een meer psychodynamische invalshoek). Deze laatsten begrijpen we als een - falend - antwoord van het subject op de gebeurtenis die zijn leven en identiteit vertekend heeft. Dit omvat in essentie een zich steeds herhalende herneming van het trauma.

6. De fobische reactie op een ongeval

Schrik voor de wagen, schrik voor het verkeer, schrik voor de plaats of de omgeving van het ongeval: misschien lijkt dit wel de meest logische reactie, de meest begrijpelijke reactie van een subject dat betrokken is geraakt in een verkeersongeluk.

Voor een overzicht van de frequentie waarin een dergelijke fobie opduikt, verwijzen we u naar de overzichtstabel op p.9.

Binnen de Freudo-Lacaniaanse psychoanalyse wordt aan de fobie een structurerende waarde toegekend. Hoe onnoemelijk vervelend het in de ogen van een buitenstaander soms ook mag lijken, voor de psychische economie van het subject, heeft die fobie - naast het lijden - een meerwaarde.

Het affect dat gekoppeld is aan de fobie, is de schrik of de vrees. De schrik of de vrees *voor iets*. Dit in tegenstelling tot de angst, een affect dat niet kan gelieerd worden aan zo'n object. Sigmund Freud legde in zijn bespreking van een fobie bij een vijfjarige jongen duidelijk het verband bloot tussen angst en fobie. In navolging van Freud beschouwen we de fobie als een bewerking van de angst. De angst is immers een massief affect dat het gehele subject overspoelt. Om aan die onleefbare situatie paal en perk te stellen, zal het subject in sommige gevallen de weg van de fobie opwandelen. De winst is duidelijk: het massale wordt gekoppeld aan en gereduceerd tot een object, dat dan ten allen tijde moet vermeden worden.

Ons subject dat het slachtoffer is geworden van een ongeval, heeft nood aan een psychische verdediging. De evidente weg die voor hem open ligt, bestaat eruit net die situaties te vermijden die hem uit zijn evenwicht gebracht hebben. Door het ontwikkelen van een fobie voor verkeer, tracht hij of zij zichzelf een veilige toekomst te garanderen. De fobie bestaat dus uit het installeren van een 'substituutvoorstelling': "de totale geassocieerde omgeving van de substituutvoorstelling wordt met een bijzondere intensiteit bezet, zodat ze van een hoge gevoeligheid voor excitaties blijf kan geven. Excitatie van een of ander punt van deze vooropbouw moet, krachtens de verbinding met de substituutvoorstelling, de stoot tot een geringe angstontwikkeling geven, die nu gebruikt wordt als signaal om door een nieuwe vlucht van de bezetting de verdere voortgang van de angstontwikkeling te belemmeren. (Freud, 1915b)

Ons subject ontwikkelt via de fobie m.a.w. een *signaalfunctie*, een instrument dat hem of haar signaleert dat een angstwekkende situatie dreigt te ontstaan. Die signaalfunctie is hier van bijzonder belang. Opmerkelijk is dat het subject deze in ons geval a.h.w. zelf moet in elkaar knutselen. Normaliter gaat het om een automatisch proces, dat kan vergeleken worden met een algemener gekend verschijnsel: de *fight-or-flight reactie*. We kennen allemaal situaties waarin we, zonder er een bewust aandeel in te hebben, a.h.w. organisch voorbereid worden op een gevaarssituatie. Dit gaat gepaard met een aantal lichamelijke voorbereidingen (verhoogde hartslag), die ons paraat maken om te reageren op dreigend gevaar.

Essentieel binnen een psychodynamische benadering van traumatische neuroses (of PTSD binnen een ander kader) is nu net het ontbreken van die signaalangst of die fight-or-flight reactie. In dat geval wordt er gesproken over een *schrikneurose*. Causaal is in dit geval de massale kwantiteit aan affect waardoor het subject, zonder psychische voorbereiding, overspoeld wordt.

We kunnen echter niet poneren dat die afwezigheid van voorbereiding in het geval van verkeersongevallen een constante is. Het zou daarentegen wel een interessant gegeven te zijn om op te nemen in ons verdere onderzoek. Zijn mensen zonder enige voorbereiding - die het ongeval m.a.w. niet hebben zien aankomen - gevoeliger voor een posttraumatische pathologie? Dat lijkt toch Freud's gedachtegang te zijn, zeker zoals hij die aan Ernest Jones per brief te kennen geeft. Ze corresponderen in dit fragment omtrent de Traumatisch Neurose. Er staat een boek op stapel over oorlogsneurosen en Freud stelt Jones de volgende theoretische uitwerking voor: "First consider the traumatic neurosis of peace. ... Angst is a protection against shock (Schreck). Now the condition of the trauma seems to be that the soul had no time to recur to this protection and is taken by the trauma unprepared..." (brief van 18 februari 1919).

Een stap verder, naar het typische aan het posttraumatische syndroom: de herhaling. Subjecten worden geteisterd door levendige herinneringen aan het voorval, ze herbelevén steeds weer een filmisch verslag, in hun dromen nemen die herbelevingen het statuut van nachtmerries aan. Dit is een vreemd verschijnsel, aangezien de klassieke freudiaanse droomleer zou verwachten dat slachtoffers zouden dromen over hun voorspoedig herstel, of in hun dromen zouden ontsnappen aan het ongeval, ..

Een mogelijke hypothese voor deze ogenschijnlijke contradictie, is dat die subjecten via die herhaling een barrière trachten te construeren, dat ze toch nog trachten een signaalangst te ontwikkelen.

Zo zien we dus een kader verschijnen dat depressie, PTSD of traumatisch neurose en fobie tot een zinvolle verbinding brengt. Door een verkeersongeval wordt een subject geraakt in zijn identiteit. Iedereen weet wel dat ongevallen voorkomen, maar denkt ze zelf te kunnen voorkomen. Op het moment dat men dan totaal onverwacht toch het slachtoffer wordt, wanneer de mentale barrière zonder waarschuwing doorbroken wordt, lijkt het begrijpelijk dat een depressie het gevolg is. We herhalen dat we dit in navolging van een aantal auteurs een passagemoment genoemd hebben, een desidentificatie.

PTSD en fobie krijgen een andere plaats toebedeeld. Ze fungeren beiden op een radicaal verschillende wijze als verwerkingspogingen. De eerste zal gekarakteriseerd worden door een tot mislukken genoopt herhalen van de gebeurtenissen, met de bedoeling achteraf toch nog tot signaalangst en verwoording te komen.

De fobie bouwt op een andere manier een bescherming op voor het subject. Het is eigenlijk een 'gelukke' manier om signaalangst te creëren. 'Geluk' plaatsen we tussen relativiserende aanhalingstekens, want dat geluk gaat ten koste van ander levensgeluk.

7. Het stressor-criterium en het probleem van de causaliteit

Waar dat in den beginne niet het geval was, worden ernstige verkeersongevallen in de recentere versies van de "Diagnostical and Statistical Manual" (DSM) erkend als stressoren die een Posttraumatische Stress Stoornis tot gevolg kunnen hebben.

De benaming 'Posttraumatisch' stelt een voorafgaandelijk trauma als oorzaak van de daaropvolgende problemen centraal. 'Post hoc ergo propter hoc' is de onderliggende redenering. Hoe aannemelijk dit zich ook

aandient, een argumentatie die zich baseert op een logische tijdsordening, voldoet niet als bewijs.

We stellen geenszins in vraag dat de problemen die we opsomden (PTSD, depressie, fobie,...)bij een slachtoffer van een verkeersongeval, ten tonele zijn verschenen na het ongeval. We menen echter wel dat daarmee niet verklaard is waarom ze verschenen zijn, welke mechanismen aan de grondslag van een trauma liggen en die 'posttraumatische' problemen tot leven wekken. Waarmee we geenszins de indruk willen geven dat dit antwoord reeds voor het oprapen ligt.

Achter de vraag van het traumatisme binnen de psychodynamische psychologie, ligt een andere vraag: een vraag naar de oorzaak van symptomen bij het subject (Soler, 1997). Het antwoord heeft consequenties voor de manier waarop de mens in zijn problemen staat (met de uitersten verantwoordelijkheid - slachtoffer) en voor de manier waarop aan de behandeling vorm zal worden gegeven.

De typering van PTSD binnen de DSM-IV bestaat uit 6 criteria (A t.e.m. F). Hier wijden we ons aan criterium A, het stressor-criterium:

The person has been exposed to a traumatic event in which both of the following were present:

- (1) *the person experienced, witnessed, or was confronted with an event or events that involved actual or threatened death or serious injury, or a threat to the physical integrity of self or others*
- (2) *the person's respons involved intense fear, helplessness or horror.*

Note: In children, this may be expressed instead by disorganised or agitated behavior.

We zullen twee verschillende wegen bewandelen om te illustreren dat de logische sequens trauma - posttraumatiek fenomenologisch inderdaad tot de realiteit behoort, maar dat we een ruimer theoretisch kader nodig hebben om het te begrijpen. De eerste weg loopt over het psychodynamische concept *fantasma*, de tweede behelst de freudiaanse notie van de *nachträglichkeit*.

Laten we beginnen bij het begin: het fantasma. Binnen de Lacaniaans-freudiaanse literatuur is er een onoverzienbare hoeveel artikelen geschreven rond dit onderwerp. We zien ons tot beperking genoodzaakt en zullen in hoofdzaak de rode draad volgen die Briole e.a. aanreiken. Hun werk "Le traumatisme psychique" biedt een uitstekend overzicht van o.m. de psychodynamische benadering van trauma (Briole e.a., 1994).

Het trauma valt o.m. te definiëren als een ontmoeting met het reële (Lacan, 1973). Het reële is in essentie wat niet gesymboliseerd is. Kortom, het is een ontmoeting met iets waarvoor we geen woorden hebben, waar misschien zelfs geen woorden voor bestaan. Iets 'indicible' dringt zich zodoende op aan het subject, dat bvb. een ongeval heeft meegemaakt. Lacan zal via een spitsvondig woordspelletje spreken van '*troumatisme*'. Het reële is ditgene wat steeds op dezelfde plaats verschijnt, is het ondraaglijke waartegen het subject botst wanneer het zich niet beschermt met zijn fantasma. Het is het ondraaglijke dat ten alle koste vermeden moet worden. Het reële is traumatiserend (Quackelbeen, 1991, p.48).

Dit tekort aan woorden ligt aan de basis van het bestaan van de neurotische mens. Iedereen moet met dat tekort leven en zoekt er zijn eigen particuliere manier van omgaan mee. Het is dit laatste wat we hier het fantasma noemen. Het is dit fantasma dat er, wat ons onderwerp betreft, bijvoorbeeld voor zorgt dat wij allemaal 'rationeel' wel 'weten' dat verkeersongevallen tot de orde van de dag behoren, maar dat het 'ons' wel niet zal overkomen. Dit ter illustratie, met de vanzelfsprekende beperking dat dit ene voorbeeld niet voor iedereen geldt.

We merken dus dat het fantasma in de meeste gevallen een bescherming biedt tegen het onverwachte. We menen dat bij de mensen die geen psychische problemen ondervinden - hoewel ze ook een ongeval meegemaakt hebben - dit fantasma zijn werkzaamheid heeft behouden. Ze nemen de draad van het leven gewoon weer op, zonder nog veel acht te slaan op het gebeurde. Anderen slagen daar iets minder in, het ongeval deed barsten ontstaan in die psychische barrière die het fantasma vormt. Men spreekt over een '*traversée sauvage du fantasme*', een wild doorbreken, een '*effraction*'.

Door die twee groepen te onderscheiden - zelfde ongeval, maar de ene groep lijkt er in tegenstelling tot de andere geen hinder van te ondervinden - zijn we genoodzaakt een verschil te introduceren tussen een gebeurtenis

(évènement) en een ongeval (accident). Het eerste is een quasi neutraal gegeven, zoals we er ons zoveel uit de eigen levensloop voor de geest kunnen halen. Het tweede is steeds het resultaat van een beoordeling, met een voedingsbodem in het subjectieve bestaan. "Nous pensons ..., que l'accident, par opposition à l'évènement, est *ce qui précipite l'homme dans le tragique*, et que, loin de sombrer dans l'oubli, il constitue par excellence l'éternel revenant dans le syndrome de répétition." (Barrois, 1988, p.131) Nog volgens Barrois is het in hoofdzaak de confrontatie met de dood die determinerend zal zijn voor de beoordeling van de gebeurtenis als een 'accident'.

In de definiëring van de 'stressor' volgens de DSM-IV lezen we dat er sprake moet zijn van een confrontatie met de dood. Dit is één der belangrijkste themata waaraan het fantasma zijn 'levensnoodzakelijkheid' ontleent. Net zoals we eerder schreven over ongevallen, wéét ieder mens dat hij sterfelijk is. Nochtans leeft in elk van ons een soort irreële hoop dat dat nét voor ons niet zo is. In ieder geval vermijden we zo vaak als mogelijk er over te denken en wat buiten kijf staat: niemand is in staat zich zijn eigen dood voor te stellen, we kunnen het niet in woorden vatten (Freud, 1915a, p.56-57) - Freud stelt dat in het onbewuste de dood niet gerepresenteerd is. De dood is dus het reële bij uitstek, dat wat niet kan gesymboliseerd worden.

Wie echter, door een ernstig ongeval, niettemin meende de dood voor ogen te hebben, is die illusie van onsterfelijkheid kwijt, zijn fantasma is ruw doorbroken, of anders geformuleerd: de ontoereikendheid ervan is bloot gelegd. In zekere zin heeft het trauma een existentieel karakter (Barrois, 1988; Caruth, 1996). Het maakt ook de ingang begrijpelijk die Caruth kiest om het trauma te theoretiseren: de kern van het probleem bestaat uit het feit dat men het 'overleefd' heeft. "I will argue that trauma is not simply an effect of destruction but also, fundamentally, an enigma of survival." (Caruth, 1996, p.68). Barrois noemt het een plotse intimiteit met de dood, waardoor het overrompelde subject geleerd heeft dat de dood beantwoordt aan een absolute logica en een radicaal toeval (Barrois, 1988, p.9). Net datgene waarmee we niet willen leven, niet kunnen leven en ons dus onder de vorm van het fantasma een bescherming aanmeten.

Wat we hier in algemene, theoretische termen verhalen, vindt bij ieder mens een particuliere invulling. Zo zal de vraag of een ongeval al dan niet traumatisch is, ondermeer slechts beantwoord kunnen worden vanuit de

particuliere manier waarop het slachtoffer zijn fantasma geconstrueerd heeft. We zijn dus van mening - elkeen uit de kliniek zal dat bevestigen - dat een 'absoluut trauma' niet bestaat. Wat wel geldt, is dat iedereen potentieel kan getraumatiseerd worden, net doordat we een per definitie wankelbaar fantasma hebben. In de natuur bestaat dat absolute wel: zo zal een meteorinslag aan de wetten van Newton beantwoorden, zijn baan is berekenbaar en zijn inslag laat sporen na. Voor de mensen bestaan zo'n wetten van Newton niet, het traject van die meteor (bvb. een trauma) kan, door dat fantasma, bewerkt worden (J.-A. Miller, geciteerd in Le Boulengé, 1997).

Paradoxaal moeten we dus besluiten dat het fantasma enerzijds beschermt tegen het reële en dus tegen het traumatische, maar dat het anderzijds ook - door zijn illusoire en essentieel onvolmaakte dimensie - een belangrijke factor is in het ontstaan van een getraumatiseerd subject.

Door deze - te korte - bespreking van het fantasma in het kader van posttraumatische problemen, hebben we gepoogd een theoretisch kader te construeren voor de fenomenologische kenmerken die in de DSM onder het stressor-criterium zijn opgenomen.

Onze volgende bespreking van de freudiaanse notie van de *nachträglichkeit* dringt nog dieper door in het hart van onze probleemstelling rondom de causaliteit.

Inleidend beklemtonen we een opdeling die de aard van het trauma betreft. Enerzijds zijn er traumata van seksuele aard, waarvan de vroegkinderlijke seksuele ervaringen steeds een centrale rol gespeeld hebben in de ontwikkeling van de psychoanalyse. Anderzijds zijn er traumata zonder seksueel kenmerk. De oorlogsneurosen en de traumatische neuroses t.g.v. treinongevallen (railway brain of - spine) maken geregeld hun opwachting in Freud's oeuvre.

Deze laatste leunen natuurlijk het nauwst aan bij ons onderwerp. Nochtans zijn we van mening dat ook de studie van de seksuele traumata een rijke bron kan zijn voor ons thema. Zo heeft de notie *nachträglichkeit* zijn wortels in de psychosexualiteit en de daartoe behorende traumata. Niettemin is die notie niet zonder belang voor de vormen van trauma die hier centraal staan.

Het concept zag het levenslicht om het verschijnsel te benoemen dat een gebeurtenis pas na een geruime tijd - a.h.w. in een tweede tijd - een werkelijk traumatisch statuut krijgt, met alle bijhorende symptomen. Freud roept het concept voor het eerst in bij de bespreking van het geval 'Emma' in zijn 'Ontwerp voor een natuurwetenschappelijke psychologie' (Freud, 1992{1895b}). Emma lijdt onder de dwang dat zij niet alleen een winkel kan binnengaan. Ze geeft aan dat de oorzaak daarvoor moet gezocht worden in een ervaring op 12 - jarige leeftijd, toen ze in een winkel uitgelachen werd door twee verkopers, waarbij ze zich tot één van beiden seksueel aangetrokken voelde. Verder onderzoek reveleert echter een eerdere scène, op 8-jarige leeftijd, toen ze tweemaal om snoep ging bij een kruidenier. Die kneep haar doorheen haar kledij in de genitaliën. Niettemin ging ze er toch nog eens heen. Kortom, pas door het voorval op 12-jarige leeftijd, krijgt die eerdere ervaring een traumatisch karakter. "Oorzaak van deze stand van zaken is de vertraging van de puberteit met de rest van de ontwikkeling van het individu" (Freud, 1992 {1895}, p. 49).

Samenvattend kunnen we stellen dat op het moment van de eerste betasting, dit niet als traumatisch ervaren werd, doordat het meisje toen nog niet 'wist' dat er iets fout was. Pas 4 jaar later, door een ander ongelukkig voorval, herinnert zij zich (onbewust) het eerdere incident en herinterpreteert dit nu als traumatisch.

Via de drie fazen die Balint in dit proces noodzakelijk acht om tot een 'trauma' te komen, willen we een link leggen naar onze vorm van trauma. Balint postuleert dus drie tijden:

- 1.toestand van afhankelijkheid, vertrouwen van het kind in de volwassene
- 2.die volwassene doet iets opwindend, iets schrikbaar of iets pijnlijk.
- 3.plots krijgt fase 2 een nieuwe betekenis, doordat die volwassene plots doet alsof punt 2 nooit gebeurd is, of aangeeft dat het heel slecht was wat het kind gedaan heeft, ... (Balint, 1969).

Een louter descriptieve benadering richt de aandacht exclusief op fase 2, ook wat betreft traumata t.g.v. verkeersongevallen. Men legt een directe relatie tussen punt A (ongeval) en een daaropvolgend punt B (PTSD). Daarbij negeert men de fazes 1 en 3. Balint suggereert ook voor traumata door ongevallen eenzelfde voorafgaandelijke fase. "This constellation may even throw some light on the dynamism of trauma in adult life, like

explosions, aircraft or railway accidents, etc. It is very likely that in these situations the starting relationship between the individual and his environment was confident and trusting, the accident struck him unprepared, destroying his trust." (Balint, 1969, p.432)

We herkennen hierin sporen van onze voorgaande bespreking van het fantasma, waarbij we het voorbeeld gaven dat we allen 'rationeel' wel weten dat ongevallen aan de orde van de dag zijn, maar dat wij er wel aan zullen ontsnappen. Zo zien we dat het nuttig is, soms een uitstap naar traumata van seksuele aard te maken, om zodoende inspirerende hypothesen te verzamelen omtrent ons onderwerp.

Die après-coup beweging in de herbetekening van een gebeurtenis tot trauma, schuiven we hier ook naar voor als een hypothese ter verklaring van de vaststelling dat sommige subjecten een ongeval meemaken en daar pas na verloop van tijd (soms maanden na datum) plots psychische problemen beginnen door te ondervinden. De DSM-IV specificiert deze categorie op het einde van de criteria voor PTSD en spreekt dan over *PTSD with delayed onset*. Het zou kunnen dat zij door een nieuwe gebeurtenis (nieuw ongeval van zichzelf of naasten, ...) plots hun eerdere ongeval als werkelijk doodsb bedreigend gaan interpreteren, met de nodige consequenties. Veel is daar niet voor nodig, zo merkt Freud op. Vaak is de hernieuwing van het affect, mits spoedig na het trauma, voldoende. Hij geeft er zelfs het voorbeeld van een treinongeval, waar de gruwelcènes die in de droom hernomen worden, het schrik-affect hernieuwen (Freud, 1895a).

Op deze manier geformuleerd, lijkt het erop of er steeds een soort incubatieperiode is tussen gebeurtenis en traumatisch effect. Deze kan variëren van minuten tot maanden.

Algemeen gesteld telt niet wat objectief gebeurd is, maar draait het om de manier waarop het subject ermee omgaat. Balint waarschuwt dan ook terecht dat de therapeut er zorg dient voor te dragen fase 3 niet te herhalen, om zodoende het subject via een 'foute' herbetekening niet te traumatiseren.

Lacan zal met een term uit de instinctenleer spreken over een 'Prägung' van de traumatische gebeurtenis, een soort inprenting zonder echt betekenis te dragen. Die inprenting is niet geïntegreerd in het verbale systeem. Ze komt terug aan de orde van de dag in de loop van de vooruitgang in de symbolische wereld. Die vooruitgang betekent "la

réintégration du passé, et elle met en fonction dans le jeu des symboles la 'Prägung' elle même, qui n'est là atteinte qu' à la limite, par un jeu rétroactif, 'nachträglich' écrit Freud. (Lacan, 1975, p.215)

Door die symbolisering - bij uitstek een gemiste symbolisering, cfr. supra - rijzen de effecten op en neemt de gebeurtenis het statuut van trauma aan.

Tot besluit van dit onderdeel omtrent de causaliteit, stellen we dus dat de lineaire opeenvolging van trauma en daaropvolgende psychische problemen beantwoordt aan een fenomenologische werkelijkheid. Maar door de introductie van het fantasma en de nachträglichkeit - die overigens onderling niet zonder verband zijn - menen we aangetoond te hebben dat ze niet helemaal 'naar waarheid' is.

We eindigen met een verrassend gelijklopend onderzoeksresultaat, deze maal niet vanuit psychodynamische hoek. Feinstein en Dolan onderzochten 48 personen na een fysisch trauma, allen met ongeveer even ernstige verwondingen. Ze konden geen bevestiging vinden voor de DSM-III-R visie dat de ernst van de stressor correleert met het ontwikkelen van een PTSD.

'Distress post injury', indicatief voor de problemen met cognitieve assimilatie - kunnen we zeggen de symbolisering? - van de traumatische gebeurtenis daarentegen, had een hoge predictieve waarde. (Feinstein and Dolan, 1991).

8. Psychisch rijmt op fysisch

Eerst en vooral willen we hier opnieuw de beperkingen aangeven, waaraan wij onvermijdelijk onderhevig zullen zijn. Eén grote inperking willen we hier benadrukken: we kunnen in dit onderzoek onmogelijk subjecten opnemen, die te lijden hebben onder een door een ongeval opgelopen hersentrauma.

Logischerwijze zouden we kunnen veronderstellen dat de prognose voor een posttraumatische problematiek, zal beïnvloed worden door de mate waarin het subject fysisch geraakt is. Deze hypothese vindt ook behoorlijk wat ondersteuning in de wetenschappelijke literatuur.

Daarnaast denken we in de eerste plaats aan het klinisch gegeven dat sommige subjecten zich wonderwel goed houden gedurende hun fysieke revalidatie, om dan psychisch bergaf te rollen wanneer dat achter de rug is.

Green screende in 1994 de literatuur van de voorbije vijf jaar rond PTSD. Zij stootte daarbij op de problematiek die we hier aankaarten. Haar review noopte haar tot de conclusie dat de onderzoeksresultaten niet toelaten consistente bevindingen te formuleren omtrent het verband tussen de mate van verwonding en PTSD (Green, 1994). Louter als hypothese schuift zij naar voor dat het misschien de 'perceived less of function' is, die bepalend zou zijn. We laten de vraag open.

Mayou e.a. (1997) noemen drie predictoren voor een PTSD, 5 jaar na een verkeersongeval met verwonding.

- 1.physical outcome
- 2.postaccident intrusive memories
- 3.emotional distress

Daar voegt hij het gegeven aan toe dat personen die na 5 jaar nog steeds verwickeld zijn in compensatieprocedures, zonder zicht op genoegdoening, er slechter aan toe zijn. Meestal - zo denken de auteurs luidop - betreft het mensen met ernstiger fysieke problemen. (Mayou e.a., 1997; Mayou e.a., 1993).

Niemand die fysiek weer de oude werd, had nog te kampen met een PTSD. Op hun 100% diagnoses PTSD, waren er 56% met 'minor' en 44% met 'major' fysieke problemen.

Nog volgens hun onderzoek was er een relatie tussen een 'poor social outcome' en nog steeds lopende fysieke problemen.

Is het m.a.w. de langdurigheid van de verwondingen, tot de onomkeerbaarheid toe, die chronificerend werkt ?

Fysische verwondingen komen wel meer voor, ze kunnen bezwaarlijk louter op de rekening der verkeersongevallen geschreven worden. Wat met brandwonden ? Bij elke verwonding is er een objectieve en een subjectieve zijde. De objectieve zijde valt in het geval van brandwonden 'eenvoudig' te bepalen: het percentage verbrand oppervlak. Daarnaast is er dan het

daaraan gekoppeld emotioneel lijden en de sociale steun. Deze subjectieve factoren lijken van meer bepalend belang te zijn voor het ontwikkelen van een PTSD (Perry e.a., 1992). De oplopende ernst der brandwonden blijkt niet te correleren met oplopende diagnoses.

De auteurs koppelen hier de bedenking aan vast dat de DSM-bepaling voor de stressor louter objectief omschreven is.

Geïsoleerd blijkt de ernst van het trauma weinig predictieve waarde te hebben. De psychische en sociale toestand onmiddellijk nadien, voldoen beter.

Green e.a. (1993) vergeleken twee groepen slachtoffers, gedifferentieerd volgens het al dan niet onderhevig zijn aan een PTSD. Die twee groepen vielen niet van elkaar te onderscheiden op het vlak van :

1. ernst van de verwondingen
2. physical outcome
3. reported levels of subjective distress
4. perceived severity of the accident.

De mate waarin ze zich met de dood bedreigd hadden gevoeld, scoorde wel een significant verschil.

Er valt m.a.w. geen rechtlijnig verband te trekken tussen de ernst der verwondingen, de uiteindelijke uitkomst en de kans op PTSD.

In de lijn van de eerder vermelde hypothese van Green (1994), als zou de bepalende factor de 'perceived less of function' zijn, lezen we een onderzoek dat zich specifiek richt op het hier aangekaarte probleem. "The impact of severity of physical injury and perception of life threat on PTSD (Blanchard e.a., 1995). Hoewel de mate van verwonding inderdaad een predictor is, mist het toch specificiteit. Er is daarentegen wel een indicatie dat het de 'waarneming' van de verwonding is, die zijn invloed zou doen gelden. Die conclusie wordt gedeeld door Taylor e.a. (1995), daar ook zij slechts tot predictie kunnen besluiten indien het gaat om 'dramatic and highly visible injuries'. Ter bewijsvoering: enkel uitwendige, levensgevaarlijke verwondingen zouden predisponeren tot problemen. In het geval van inwendige - en dus niet zichtbare - verwondingen, zou dat veel minder het geval zijn.

Veel vragen blijven dus nog om een antwoord vragen.

9. Indicatoren van PTSD

We zullen nu het onderzoek dat concreet naar PTSD gebeurd is, proberen samen te vatten. Gezien de vele medische, psychische en ook juridische kwesties die voortvloeien uit de problematiek van PTSD stelt men zich reeds geruime tijd de vraag hoe men de stoornis zo spoedig mogelijk kan vaststellen (Lowenstein: 2001; Douglas et al., 1999; Neal et al., 2000; Mayou, 2000; Bloom, 1999). Een andere relevante vraag is of vroegtijdige psychotherapeutische interventies de kans op PTSD verkleinen (Blanchard en Veazey, 2001). Ondertussen is reeds een resem mogelijke indicatoren naar voor gebracht in de literatuur.

a. geslacht

Lowenstein kwam tot de conclusie dat PTSD frequenter voorkomt bij meisjes dan bij jongens (Lowenstein, 2001). Korol en collegae stelden vast dat bij meisjes de symptomen van PTSD eerder toenemen terwijl ze bij jongens eerder afnemen.

b. leeftijd

Het onderzoek van Haukeland resulteerde in volgende gegevens: volwassenen lopen meer kans op PTSD dan kinderen (Haukeland, 1996). De ontwikkeling van PTSD heeft volgens deze auteur niks te maken met de ernst van de verwondingen maar wel met de mate waarin de situatie als levensbedreigend werd ervaren. Tyano et al. Stellen daarentegen dat er wel een correlatie is tussen de graad van verwondingen en PTSD (Tyano et al. 1996) Verder kwamen zij tot de vaststelling dat acute stress symptomen een indicator waren voor de ontwikkeling van PTSD.

c. pretraumatische psychopathologie

Ook wat de co-morbiditeit betreft lopen de resultaten ver uit elkaar. Hoger gingen we reeds in op de relatie tussen PTSD en depressie. Het onderzoek van McDonald et al. komt tot omgekeerde conclusies als dat van

Breslau et al.: Volgens het eerste onderzoek is er een hoge graad van comorbiditeit tussen PTSD enerzijds en persoonlijkheidsstoornissen en alcoholmisbruik anderzijds (McDonald et al., 1996). Het onderzoek van Breslau kwam tot de conclusie dat er geen correlatie was tussen PTSD en alcoholmisbruik (1991). Volgens laatstgenoemde is alcoholmisbruik eerder een indicator voor de ontwikkeling van PTSD. Andere indicatoren zijn, nog steeds volgens Breslau: vroege scheiding van de ouders, neuroticisme, pre-existerende angst en een familiegeschiedenis die in het teken van de angst staat.

Een ander factor die indicatief zou zijn voor de ontwikkeling van PTSD is het feit of men bij het ongeval alleen was: wie alleen is op het ogenblik van het ongeval heeft meer kans om PTSD te ontwikkelen (Birmes et al., 1999).

Schnyder en collegae vonden dat mensen die psychisch gezond waren voor het trauma aanzienlijk minder kans hadden op PTSD (Schnyder et al., 2001). Het grootste deel van de variantie in PTSD-symptomen was volgens hun onderzoek verklaarbaar aan de hand van psychosociale variabelen. Ook Bramsen legde zich toe op het verband tussen pretraumatische persoonlijkheidskenmerken en de ontwikkeling van PTSD. Hij kwam tot de conclusie dat de pretraumatische aanwezigheid van neuroticisme een belangrijke indicator was van de ontwikkeling van PTSD na een trauma. Mueser stelt dat PTSD vaak een co-morbide stoornis is die zich ent op een reeds bestaande psychopathologie (Mueser et al., 1998).

Koopman kwam tot de vaststelling dat dissociatie een meer voorspellend effect had dan angststoornissen vlak na een trauma (Koopman et al. 1994). Shalev bereikte een gelijkaardige conclusie: Peritraumatische dissociatie is een sterke predictor van PTSD (Shalev et al. , 1996). Deze laatste bevinding is echter problematisch te noemen. We komen hier verder nog op terug.

d. fysiologische factoren

Verschillende onderzoeken hebben zich ook toegelegd op het zoeken naar meer objectieve indicatoren, vooral van fysische aard. Hawk et al. vonden dat er een correlatie was tussen de aanwezigheid van sporen stresshormonen in de urine en de ontwikkeling van PTSD bij mannen; bij

vrouwen was er echter geen correlatie (Hawk et al. 2000). Delahanty kwam tot eenzelfde conclusie met dat verschil dat hier geen verschil tussen mannen en vrouwen gevonden werd (Delahanty et al., 2000).

e. Subjectieve factoren

Een voor het opzet van onze studie interessanter domein is het onderzoek naar de relatie tussen cognities m.b.t. het ongeval en de ontwikkeling van PTSD. Jeavons en collegae stelden vast dat waarschijnlijk een grote correlatie is tussen de 'subjectieve' opvattingen m.b.t. het ongeluk en de ontwikkeling van PTSD. Zij besluiten dan ook dat de eerder objectieve variabelen weinig indicatief zijn (Jeavons et al., 2000). Mayou en Bryant stelden vast dat de frequentie van PTSD bij mensen die tijdens het ongeval bewusteloos waren en amnesie hadden m.b.t. het ongeval quasi nihil is (Mayou & Bryant, 1993). Bryant kwam tot dezelfde conclusie (Bryant et al., 1999).

Ook Fedoroff kwam tot gelijkaardige conclusies: de subjectieve graad van angst en pijn waren betrouwbaardere predictoren voor PTSD dan de objectieve gegevens van het ongeval (Fedoroff et al., 2000). Ook de attributie van de verantwoordelijkheid voor het ongeval zou een rol spelen: PTSD zou vaker voorkomen bij slachtoffers die een andere partij de schuld geven voor het ongeval dan bij die slachtoffers die zichzelf verantwoordelijk achten (Hickling et al. 1999). Ook de pretraumatische opvattingen over de veiligheid van de wereld zouden een rol spelen: een lage pretraumatische inschatting van de veiligheid zou meer kans geven op PTSD (Cascardi et al. 1996).

Verschillende studies die nagaan in welke mate getuigen van ongevallen (politieagenten, vrijwilligers, ...) kans maken op PTSD lijken er ook eerder op te wijzen dat PTSD het gevolg is van subjectieve opvattingen betreffende het ongeval dan van objectieve gegevens (Mitchell, 2000). Smith kwam tot de conclusie dat bij deze groep die indirect aan een trauma wordt blootgesteld vroegere psychiatrische diagnoses een indicator waren voor de ontwikkeling van PTSD; dit was niet het geval voor de groep die rechtstreeks aan het trauma was blootgesteld (Smith et al., 1993).

Al deze bevindingen zijn coherent met wat we hierboven als kritiek gaven op het criterium van de stressor. Dit is trouwens de expliciete

conclusie van Perry: de evaluatie van de ernst van de stressor is grotendeels subjectief bepaald (Perry et al. 1992). Het onderzoek van Udwin kwam tot de conclusie dat noch de objectieve kenmerken van de stressor, noch de subjectieve evaluatie ervan een voorspellende waarde had m.b.t. PTSD. De sterkste indicator bleek volgens zijn onderzoek psychosociale factoren uit de kindertijd te zijn. Ook Paris stelt vast dat trauma een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde is voor PTSD; persoonlijkheidskenmerken en de levensgeschiedenis spelen hierbij een cruciale rol (Paris, 2000). Onderzoek bij kinderen vond gelijkaardige indicatoren: vroegere psychopathologie, stress bij de ouders zouden indicatief zijn voor PTSD (Daviss et al., 2000).

Brewin komt dan echter weer tot de conclusie dat de objectieve variabelen meer predictief zijn voor de ontwikkeling van PTSD dan de eerder subjectieve factoren (Brewin et al., 2000). Udwin stelt dat eventuele pretraumatische psychologische problemen, traumageschiedenis, ... wel degelijk een decisieve impact hebben op de ontwikkeling van PTSD (Udwin et al., 2000). Ook het gebrek aan sociale steun na het ongeval zou een indicator zijn (Udwin et al., 2000; Stephens et al. 1997).

10. Specifiek problemen met het onderzoek

Een eerste probleem waarmee we ons geconfronteerd zien is de vaagheid van de diagnose. Bij nader toezien blijken er al snel verschillende "diagnoses" onder de noemer PTSD te worden gegroepeerd. Een van de factoren die dit mogelijks kunnen verklaren is de theorieleze aanpak m.b.t. de diagnose. We stellen vast PTSD een puur beschrijvend etiket is waarbij met de onderliggende causaliteit weinig rekening wordt gehouden.

Het meest frappante komt deze vaagheid tot uiting in het verschil tussen PTSD zoals gedefinieerd door DSM-IV en ICD10. DSM is het diagnostisch instrument van de American Psychiatric Association. De wereldgezondheidsorganisatie is verantwoordelijk voor de ICD. Het spreekt voor zich dat elke discrepantie tussen de criteria een groot verschil zal uitmaken in onderzoek en epidemiologische studies waar deze criteria strikt worden toegepast. Een vergelijking tussen beide criteria leert dat het aantal gediagnosticeerde PTSD's bij toepassing van de ICD10-criteria meer dan twee keer zo hoog ligt dan bij toepassing van de DSM-IV criteria (Peters et al.: 1999).

Over verschillende criteria bestaat er onenigheid. Volgens sommigen is emotionele verdoving een essentieel onderdeel van PTSD (Feeny et al., 2000). Anderen daarentegen zijn van mening dat dit symptoom eerder het gevolg van is van de overlap met depressie en dissociatie.

Ook de verschillende vragenlijsten die gehanteerd worden om PTSD vast te stellen lijken weinig betrouwbaar te zijn (Foa et al., 1993).

Een zeer specifiek probleem dat onze aandacht verdient en dat we in onze literatuurstudie niet behandeld hebben is de Acute Stress Stoornis (ASD). Het betreft hier een relatief nieuw diagnostisch etiket dat in 1994 aan de DSM-IV werd toegevoegd. Verschillende studies kwamen sindsdien tot de conclusie dat ASD een zeer sterke predictor is voor de ontwikkeling van PTSD (Koren et al., 1999; Frommberger et al. 1998; Harvey et al. 1998; Classen et al., 1998; Harvey, 1999; Bryant et al., 1999; Solomon, 1999; Brewin et al. 1999). De twee belangrijkste verschillen tussen ASD en PTSD zijn de aanwezigheid van dissociatieve symptomen en de tijd. Bij PTSD gaat men ervan uit dat er geen dissociatieve symptomen zijn. Om PTSD vast te stellen moeten de symptomen dertig dagen na het trauma aanwezig zijn. ASD daarentegen heeft betrekking op symptomen die zich de eerste dagen na het ongeval voordoen. De diagnose ASD werd in de DSM toegevoegd omdat niet iedereen die de eerste maand na een trauma psychopathologische symptomen vertoont ook effectief PTSD ontwikkelt (Marshall et al., 1999). Het geven dat men nu vaststelt dat ASD een sterke predictor is van PTSD lijkt ons dus niet enkel bijzonder ironisch maar bovendien logisch weinig coherent.

Een ander probleem is dat de officieuze diagnose en dus ook het onderzoek steeds specifieker wordt (Carson et al., 2000; Dougall et al., 2000). Dit is ongetwijfeld het gevolg van het feit dat men zich voor deze officieuze diagnoses vooral baseert op de aard van de stressor. Zo heeft men het over PTSD bij Vietnamverpleegsters, oorlogsveteranen die blootstonden aan mosterdgas, auto-ongevallen, motorfietsongevallen, ... De resultaten worden steeds gedetailleerder en men weigert elke veralgemening. Het resultaat hiervan is dat men zich kan afvragen wat uiteindelijk de waarde van zulk een onderzoek is.

Ongetwijfeld heeft het weinig verklarende of theoretisch kader van al deze onderzoeken daar wel een en ander mee te maken. Men doet empirisch onderzoek en om de een of andere reden is men er trots op dat men deze resultaten als het ware naakt laat. Er worden quasi geen pogingen

ondernomen om op basis van de resultaten van dit empirisch onderzoek te komen tot een beter begrip of een beter inzicht van PTSD. Waarom is bijvoorbeeld de subjectieve evaluatie van de stressor een mogelijke predictor van PTSD? Waarom hebben vrouwen zogenaamd meer kans op PTSD dan mannen? De pogingen om deze onderzoeksresultaten te integreren in een verklarende theorie blijven meestal achterwege.

Dit draagt ongetwijfeld ook bij tot het weinig coherente karakter van al de verschillende onderzoeken. Voor elke predictor die door empirisch onderzoek is gevonden, bestaan er evenveel empirische onderzoeken die de voorspellende kracht van deze predictor weerleggen. Het resultaat is een ongelooflijke hoeveelheid van onderzoeken en publicaties waarbij men door de bomen het bos niet meer ziet. PTSD is waarlijk een terrein waar de onderzoeker al snel elke vaste grond onder de voeten voelt verdwijnen. Waar te beginnen? Welk onderzoek biedt enig houvast voor verder onderzoek. We hebben er dan ook voor gekozen om niet te vertrekken bij het bestaande empirisch onderzoek, maar te vertrekken bij een theoretisch kader.

11. Een theoretisch kader vanuit de cognitieve neurowetenschappen en de psychodynamische psychologie

a. Inleiding

Recent wordt meer aandacht besteed aan de neurobiologische basis van PTSD. Uit verschillende studies blijkt dat de stoornis gepaard gaat met specifieke neurobiologische en fysiologische veranderingen binnen hersensystemen die betrokken zijn bij de verwerking en de integratie van geheugeninhouden (Bremmer e.a., 1991). Aangezien deze aandoening zich zowel uit in neurobiologische veranderingen als in psychische symptomen wordt ze best bestudeerd vanuit een kader dat neurowetenschappelijke en klinisch-psychologische data integreert. Het is onze bedoeling hierin een alternatief te vinden voor de vaak zeer vage en contradictorische empirische studies.

Een dergelijk kader moet in eerste instantie toelaten de rol van de verschillende geheugensystemen binnen deze stoornis verder te specificeren. PTSD heeft dus vele kenmerken die verband houden met een disfunctie van het geheugen: desorganisatie en onvolledigheid van het geheugen met betrekking tot het trauma, het spontaan oprijzen van herinneringen aan het trauma onder de vorm van flashbacks, intrusieve herinneringen aan het trauma.

Bovendien stelt men actueel vast dat effectieve behandelingen van PTSD zeer vaak het trauma proberen reconstrueren aan de hand van een geschreven of gesproken verhaal (Brewin, 2001). Een andere vaststelling is dat PTSD-patiënten aan het einde van hun psychotherapie langere verhalen produceren over het trauma dan aan het begin (Foa et al., 1995). Brewin relateert deze bevindingen aan de symptomen van dissociatie die men vaak vaststelt bij PTSD-patiënten (Brewin, 2001). Hij stelt dat er in de behandeling vaak sprake is van twee fazen: enerzijds zijn er perioden waarin het subject actief probeert om zijn herinnering aan het trauma te reconstrueren, daarnaast zijn er ogenblikken waarop het subject overvallen wordt door flashbacks en intrusieve herinneringen. Deze twee fazen wisselen af in de loop der behandeling en het is in de tweede fase dat de symptomen van dissociatie (emotionele verdooving, depersonalisatie, ...) voorkomen. De introductie van een tijdssequens bij het in beschouwing nemen van de symptomen lijkt ons een zeer realistisch perspectief. De symptomen van dissociatie zijn niet absoluut.

b. Het geheugen

Binnen de neurowetenschappelijke theorie van de multipale geheugensystemen maakt men een onderscheid tussen het declaratief en het impliciet geheugen. Het eerste vormt een verzameling van systemen die samen een geheugen vormen voor objecten, personen, plaatsen en gebeurtenissen. Het declaratief geheugen omvat representaties die potentieel vatbaar zijn voor bewuste herinnering, verbale reflectie en expliciete expressie (Eichenbaum, 1997; Squire, 1994). Het tweede is eveneens samengesteld uit verschillende systemen en staat in voor gewoontes, vaardigheden, en gevoelstoestanden. In tegenstelling tot het declaratief geheugen dat zich uit in bewuste herinneringen zijn de impliciete

geheugensystemen volledig onbewust en manifesteren ze zich enkel in geautomatiseerd, routinematig gedrag.

Voor de studie van PTSD is in het bijzonder het verband tussen emotioneel geladen ervaringen en geheugen van belang. Een emotioneel geladen ervaring wordt normaal gezien parallel opgeslagen in het emotioneel impliciet en in het declaratief geheugensysteem. Wanneer een dergelijke ervaring gereactiveerd wordt, dan wordt zowel de emotionele herinnering (onbewust) als de herinnering aan de emotionele ervaring (declaratief) gereconstrueerd.

De eerste bestaat uit de onbewuste activatie van lichamelijke responsen (sympathisch zenuwstelsel, fight/flight gedrag, vrijlaten van stresshormonen, ...) Dit levert een emotie op die we kunnen begrijpen als de perceptie van veranderingen in het eigen lichaam. We zullen zodadelijk zien welke neurologische correlaten dit onbewust geheugensysteem heeft. De tweede wordt gereconstrueerd aan de hand van het proces van 'pattern completion': een subset van de trekken die een particuliere gebeurtenis van het verleden omvat, wordt gereactiveerd, en deze reactivatie verspreidt zich dan over de andere constituerende trekken van die ervaring (Schacter et.al., 1998). Dit levert een uitgebreide coherente herinnering op van de gebeurtenis binnen zijn spatio-temporele context die de emotie omvat als een koud feit (LeDoux, 1998). Het declaratief geheugen is vooral een functie van de mediale temporale kwab en de hippocampus. Bij het opslaan en ophalen van informatie uit het declaratief geheugen interageren deze structuren met de prefrontale cortex, een zone waarvan men aanneemt dat ze onder andere de site is van uitvoerende controle en die van cruciaal belang is voor de talige functies (we komen hier zodadelijk op terug). Eén van de functies van deze controle kan bijvoorbeeld de inhibitie van bepaalde herinneringen zijn (Bjork, 1989)

Het is dit verloop dat bij PTSD verstoord is. Bij blootstelling aan traumatische niveau's van stress wordt het declaratieve geheugen immers disfunctioneel en het impliciet geheugensysteem hyper-responsief (Metcalf & Jacobs, 1996; LeDoux, 1998; Kandel, 1999). De declaratieve verwerking van de traumatische gebeurtenis is bijgevolg beperkt, terwijl in het impliciete systeem een intense en gemakkelijk reactiveerbare herinnering wordt opgeslagen.

Doordat deze herinnering niet gegrond is binnen een verhaal en een spatiotemporele context kenmerkt ze zich door een fragmentair en irrationeel karakter. Ze leidt verder tot een hypergevoeligheid voor traumagerelateerde stimuli en tot een herbeleving van onderdelen van de traumatische gebeurtenis. Het is dus vooral het impliciet geheugen dat hier verschijnt als het systeem dat aanleiding geeft tot de specifieke symptomen van PTSD (Krikorian & Layton, 1998: 362).

Parallel aan dit onderscheid tussen declaratief en impliciet geheugen spreekt men vaak over het onderscheid tussen procedureel en autobiografisch geheugen. Het procedurele geheugen komt grosso modo overeen met het impliciet geheugen en het autobiografisch met het declaratief geheugen.

De vastgestelde verstoring kan echter evengoed begrepen worden als een verstoorde interactie tussen het declaratief en het impliciet geheugensysteem, aangezien iets wat declaratief minder gewicht krijgt impliciet meer gewicht krijgt. Vanuit de theorie van de multipale geheugensystemen is tot op heden echter nog onvoldoende onderzoek gebeurd naar de interactie tussen de onderscheiden systemen (LeDoux, 1998: 224). Onbeantwoorde vragen betreffen (i) de manier waarop de verschillende geheugensystemen met elkaar interageren; (ii) het belang van deze interactie voor het normaal functioneren; (iii) de oorzaken van het dysfunctioneren van de interactie. Verder blijft binnen genoemd model ook onverklaarbaar dat slechts 30% van de personen die een traumatische gebeurtenis meemaakten ook PTSD ontwikkelen. Waarschijnlijk ligt de oplossing hiervoor in de derde vraag betreffende de oorzaak van de disfunctie tussen de verschillende systemen.

c. disfuncties in het autobiografisch geheugen en trauma

Het grote voordeel van deze theorie is dat ze erin slaagt een coherente verklaring te geven van het klinisch tableau van PTSD en tezelfdertijd neurologisch onderbouwd is. Eén van de hersenstructuren die instaan voor het opslaan van de nieuwe informatie is de hippocampus, vooral dan in relatie tot het autobiografisch geheugen. Schade aan de hippocampus leidt tot een deficit in het korte-termijn geheugen (Buckley et al. 2000).

Wanneer mensen geconfronteerd worden met stressvolle situaties scheiden ze bepaalde steroïden af. Eén van de hersenstructuren die een centrale rol speelt bij het vrijlaten van deze hormonen is de amygdala (Ledoux, 1998). De hormonen binden zich aan receptoren in de hippocampus, van waaruit de hoeveelheid vrijgelaten steroïden gereguleerd wordt. De geheugenproblemen van mensen die lang aan stress hebben blootgestaan kunnen van hieruit verklaard worden: onderzoek heeft immers aangetoond dat de hippocampus blijvend beschadigd kan worden wanneer hij gedurende te lange blootstaat aan deze steroïden (Ledoux, 1998).

Deze theorie vormt het vertrekpunt van de verklaring voor PTSD die Buckley geeft (Buckley et al., 2000). Onderzoek bij PTSD-patiënten heeft immers uitgewezen dat er sprake is van verschillende geheugendefecten (Bremner et al., 1993; Hannay et al., 1985). Hun theorie is, ons inziens, echter beperkt door een logische contradictie: enerzijds gaan ze ervan uit dat de geheugenproblemen een essentieel onderdeel uitmaken van het klinisch tableau van PTSD, m.a.w. dat deze problemen het gevolg zijn van het trauma (cf. de neurologische theorie). Anderzijds stellen ze dan wel dat geheugenproblemen en het IQ een predictor zijn van PTSD.

Desalniettemin komen ze tot enkele interessante conclusies: er is inderdaad substantiële evidentie dat personen met PTSD geheugenproblemen vertonen voor traumaneutrale informatie. Deze uitspraak is natuurlijk zeer algemeen. Over welk type van geheugen gaat het hier?

Buckley komt tot de vaststelling dat er geen probleem is met betrekking tot het opslaan van informatie, alle tests wijzen erop dat het om een probleem van herinneren gaat, om een probleem met het ophalen van opgeslagen informatie (Buckley et al., 2000). Dit zou verklaard kunnen worden vanuit de vaststelling dat langdurige blootstelling aan stressvolle stimuli schade aan de hippocampus toebrengt. Vraag die zich hierbij natuurlijk stelt: wat dan met PTSD-patiënten die niet lang blootgesteld waren aan stressvolle stimuli? De studies waarop Buckley zich baseert, werden uitgevoerd enerzijds op ratten (de neurologische studies) en anderzijds op Vietnamveteranen (m.b.t. het geheugen).

d. verbaal geheugen en trauma

Daarnaast is er een hele reeks van studies die aantoont dat het vooral om een deficit in het verbale geheugen gaat. Bremner en collegae stelden vast dat kinderen die het slachtoffer van misbruik waren geweest, problemen hadden met het verbale korte-termijn geheugen (Bremner et al., 2000). Daarnaast stelden ze vast dat er met betrekking tot bijvoorbeeld het visueel geheugen geen verschil was tussen de groep misbruikte kinderen en de controlegroep. Ook Gil stelde vast dat een groep PTSD-patiënten substantiële problemen vertoonde m.b.t. zowel het verbale korte-termijn geheugen als het verbale lange-termijngeheugen (Gil et al., 1996). De studie van Yehuda toonde aan dat er geen sprake was van een probleem met betrekking tot het aandachtsmechanisme maar opnieuw een deficit van het verbale geheugen (Yehuda et al., 1995). Vasterling kwam tot een gelijkaardige conclusie (Vasterling et al., 1997).

e. Automatische verwerking van stimuli

Een derde theoretische piste die in deze benadering geïntegreerd wordt betreft het verwerken van stimuli. Binnen de meer informatieverwerkende theorieën over het psychisch functioneren maalt men heden ten dage een onderscheid tussen wat men de strategische en de automatische verwerking van stimuli noemt.

Strategische verwerking van stimuli is het gevolg van een door het bewustzijn gecontroleerde inspanning. Automatische verwerking gebeurt buiten het bewustzijn om, is met andere woorden onbewust en onvrijwillig (Buckley et al., 2001). Vele klinische symptomen van PTSD (de flashbacks, de intrusieve herinneringen, ...) gebeuren buiten de bewuste controle van het subject. Het onderscheid tussen deze twee processen kan dus nuttig zijn voor een beter begrijpen van PTSD.

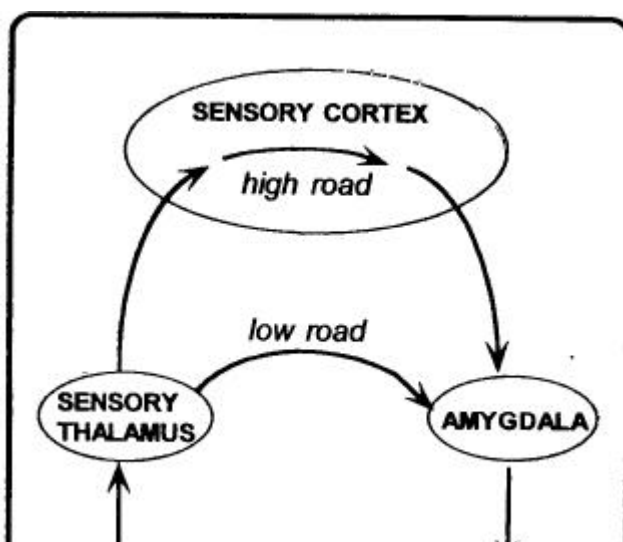
Opnieuw kan deze lijn van onderzoek steunen op een stevig neurologisch fundament. Laten we opnieuw vertrekken bij klinisch onderzoek: Buckley en collegae stellen vast dat PTSD-patiënten negatieve informatie (gerelateerd aan het trauma) sneller verwerken dan neutrale of positieve. Dit blijkt bij een controlegroep niet het geval te zijn. Zij baseren zich hiervoor op een uitgebreid literatuuronderzoek (Buckley et al., 2001). Voor het onderzoeken van de automatisch verwerking maakt men gebruik van een subliminaal Stroop-paradigma, waarbij een bepaald woord zo'n korte tijd getoond wordt dat het geen toegang krijgt tot het bewustzijn. Men spreekt hier over het voorbewust verwerken van stimuli (McNally et al.,

1996). Ook wat de strategische verwerking betreft van traumarelevante stimuli stelt men vast dat ze de aandacht van proefpersonen met PTSD afleiden.

f. neurologische gegevens betreffende angst

De neurologische onderbouw hiervan werd blootgelegd door Ledoux (Ledoux, 1998). De klassieke neurowetenschappen gingen ervan uit dat een informatie die de hersenen bereikt vanuit de thalamus doorgestuurd wordt naar de centra die instaan voor de verwerking ervan (in casu de sensorische cortex). Het ontstaan van een emotie, een affect, of een gevoel zo men wil werd beschouwd als een bijproduct van deze corticale verwerking. Men dacht dat de informatie vanuit de cortex verder doorgestuurd werd naar centra die instaan voor de emotionele respons.

Ledoux toonde daarentegen aan dat er een soort van court-circuits bestaat tussen de thalamus en de amygdala. Informatie die emotioneel geladen is passeert met andere woorden niet eerst door de cortex maar gaat van de thalamus onmiddellijk naar de amygdala die instaat voor een emotionele respons. Informatie over externe stimuli bereikt de amygdala dus langs twee wegen. Enerzijds is er de directe verbinding met de thalamus en anderzijds is er de indirecte verbinding thalamus-cortex-amygdala. De directe verbinding thalamus-amygdala is een kortere, dus snellere, verbinding dan de indirecte. Gezien deze 'binnenweg' de cortex links laat liggen, is de informatie niet aangepast door corticale verwerking. Het resultaat is dat de amygdala enkel een ruwe representatie van de externe stimulus ontvangt. De directe verbinding stelt ons daarentegen wel in staat om te reageren op potentieel gevaarlijke stimuli alvorens we weten wat de stimulus eigenlijk is. Het betreft hier dus een automatische reactie op een stimulus zoals hierboven beschreven.



De amygdala ontvangt informatie van een hele reeks structuren in de hersenen waaronder dus de thalamus maar ook de hippocampus, de mediale prefrontale cortex, ... Deze laatste twee gegevens zijn relevant voor het begrijpen van de reactie op een trauma.

De hippocampus, welke gerelateerd is aan het autobiografisch geheugen, staat in voor het creëren van de context van emoties (Ledoux, 1998). Zoals we hoger reeds stelden, is de hippocampus betrokken bij het opslaan en ophalen van herinneringen. Gezien de hippocampus (en gelijkaardige corticale structuren) info versturen naar de amygdala is het dus mogelijk dat emoties opgewekt worden door herinneringen. De mediale prefrontale cortex is betrokken bij wat men extinctie noemt. Dit proces bestaat erin dat stimuli die door de ervaring of door leerprocessen angst opwekken, deze angstopwekkende functie min of meer verliezen.

Ledoux toont verder aan dat emoties op minstens twee manieren worden opgeslagen: impliciet en expliciet (cf. supra). Het emotionele geheugen systeem dat de amygdala en aanverwante hersenstructuren omvat is zo'n impliciet geheugensysteem. De hippocampus is betrokken bij het declaratief of autobiografisch geheugen betreffende emoties.

In traumatische situaties functioneren impliciet en expliciet geheugen parallel. Wanneer men later geconfronteerd wordt met stimuli die aan het trauma gerelateerd zijn, zullen beide systemen waarschijnlijk actief zijn. Het declaratief systeem stelt ons in staat om te weten wat we aan het doen waren, met wie we waren, ... op het ogenblik van het trauma. Het impliciet systeem zal ervoor zorgen dat de spieren zich opspannen, dat bloeddruk en hartslag veranderen, dat hormonen vrijgelaten worden, ...

Ledoux heeft aangetoond dat de connecties die op deze wijze in de amygdala gelegd worden onverwoestbaar zijn (Ledoux, 1998). Deze vaststelling heeft belangrijke gevolgen voor de behandeling. De onbewuste, herinnering is met andere woorden onverwoestbaar. Dat mensen desalniettemin van hun angsten verlost kunnen worden (al dan niet na psychotherapie), suggereert dus dat, niettegenstaande de herinneringen die in de amygdala opgeslagen zijn onverwoestbaar zijn, we er wel controle over kunnen uitoefenen. We kunnen de spontane angstreactie inhiberen. Extinctie heeft met andere woorden niks te maken corticale controle over de output van de amygdala.

Nog steeds volgens Ledoux zijn er twee manieren om deze inhibitie uit te voeren. De ene heeft te maken met het impliciet geheugen en de andere met het expliciet, declaratief geheugen. Cognitieve gedragstherapie maakt gebruik van impliciete leerprocessen bij de bestrijding van pathologische angstreacties. Psychoanalyse zou daarentegen gebruik maken van het declaratief geheugen en die hersenstructuren die instaan voor de taal. Hierin zou ook een verklaring kunnen liggen dat psychoanalyse een langer proces is dan gedragstherapie. Ook het feit dat de reconstructie van de traumatische gebeurtenissen therapeutisch effectief is, zou hierin zijn verklaring kunnen vinden.

Deze neurologische bevindingen lijken de eerdere stellingen over traumagerelateerde disfuncties te bevestigen.

g. Inhibitie

Wellicht is het nuttig iets langer stil te staan bij deze inhibitie. De meeste psychologen gaan ervan uit dat de mens een soort van cognitieve modellen maakt van zijn omgeving die hem in staat stellen efficiënt op deze omgeving in te werken.

Eén van deze mogelijke modellen kan tot stand komen via conditionering. Conditionering is een mechanisme waarbij een associatie tussen twee feiten wordt gelegd. Deze associatie houdt in dat het ene feit het andere representeert. Het klassieke voorbeeld van Pavloviaanse conditionering kan hier verhelderend zijn: bij het zien van voedsel komt de speekselproductie van de hond op gang. Wanneer men net voor de

presentatie van het voedsel een bel laat horen, zal, na dit x aantal keer herhaald te hebben, de speekselproductie van de hond op gang komen alleen al bij het horen van de bel, m.a.w. zonder dat hij voedsel ziet, ruikt, ... Het geluid van de bel is voor de hond een teken geworden voor het krijgen van voedsel: het belgeluid *representeert* voor de hond het krijgen van voedsel. We kunnen hier spreken van een zeer elementaire vorm van kennis, van een zeer elementair model van de buitenwereld.

Deze kennis of dit model is dus niet noodzakelijk vatbaar voor bewustzijn. Deze conditioneringsprocessen welke frequent gebruikt worden bij dieren en in de gedragstherapie hebben als eigenschap dat ze een redelijk éénduidige relatie leggen tussen een teken en dat wat het representeert. De representant functioneert als index voor het gerepresenteerde.

We stellen echter vast dat de mens naast deze primitieve manier van kennisverwerving en representatie zich ook van een meer complexe vorm van representatie kan bedienen: de taal (Peirce, 1955). Karakteristiek voor de taal is dat ze op een andere wijze verwijst naar de buitenwereld dan een teken. De taal is in essentie een systeem dat naar iets extern verwijst door eerst intern te refereren. Een woord verkrijgt betekenis door het feit dat het naar andere woorden verwijst (Deacon, 1997). Wie de betekenis van een woord wil weten, zoekt dit woord op in een woordenboek waar hij een verklaring vindt die ook in woorden is uitgedrukt.

De voordelen van deze manier om een representatie van de buitenwereld te maken zijn makkelijk te vatten. Het is een veel plastischer en economisch kennissysteem dan het indexicale. Men is met minder middelen in staat om een veel adequater model van de wereld te construeren: het enige wat opgeslagen dient te worden in het geheugen zijn de syntax en de tokens waaraan gerefereerd wordt. Deze tokens worden opgeslagen in die hersendelen die instaan voor de verwerking van zintuiglijke prikkels. We kunnen dus stellen dat het herinneringsresten zijn die vooral van auditieve aard zijn. De talige representatie is dus abstracter van aard dan de concrete indexicale representatie.

Bij de mens vinden we dus beide wijzen van representatie. Het is op basis van deze representatie van de buitenwereld dat men tot actie overgaat. De representaties die gebaseerd zijn op geconditioneerde associaties vertonen weinig vrijheid en lijken veelal op mechanismen. Symbolische

representaties zijn daarentegen veel minder voorspelbaar omdat ze, omwille van hun niet-lineair en recursief karakter, veel gevoeliger zijn voor initiële condities (Deacon, 1997). Maar wat is de relevantie hiervan bij het zoeken naar indicatoren van PTSD?

We kunnen stellen dat de leerprocessen zoals we die beschreven hebben met betrekking tot de amygdala vooral van indexicale aard zijn. Het betreft hier eenvoudige verbanden en redelijk automatische en mechanische gedragspatronen. Bovendien is de precieze inhoud van deze herinneringen of representaties niet vatbaar voor bewustzijn. We kunnen dus stellen dat het procedureel geheugen vooral uit indexicale kennis bestaat. Het autobiografisch geheugen, dat wel vatbaar is voor bewustzijn, daarentegen, bedient zich vooral van symbolische of talige kennis.

We vermeldden hoger reeds dat bij PTSD-patiënten vooral problemen met het verbaal geheugen vastgesteld werden. Het niet-verbale geheugen daarentegen kan hyperactief zijn met betrekking tot het trauma (cf. de flashbacks die vooral visueel van aard zijn). Wat is hier nu echter de oorzaak van? Is de traumatische gebeurtenis enkel in het niet-verbale geheugen opgeslagen? Is er sprake van dissociatie tussen het declaratief en het impliciet geheugen? We zijn van mening dat de meeste gegevens in de richting van deze laatste verklaring wijzen. Meer bepaald zullen we er van uitgaan dat er sprake is van een gebrek aan inhibitie waardoor de informatie uit het impliciete geheugen niet adequaat verwerkt kan worden in het declaratief geheugen. En hier komen we uit bij de specifieke relatie tussen taal, inhibitie en de prefrontale cortex.

Het is reeds lang geweten dat het menselijk brein niet alleen groter is dan dat van primaten, maar dat ook de proporties tussen de verschillende structuren verschillen. Eén van de meest frappante vaststellingen is dat de prefrontale cortex bij de mens in verhouding tot de rest van het brein 2 keer groter is bij de mens dan bij primaten. Deacon heeft op basis van neurologisch, klinisch en experimenteel onderzoek aangetoond dat er een belangrijk verband is tussen inhibitie, taal en de prefrontale cortex (Deacon, 1997). Om toegang tot de talige representatie te krijgen is het noodzakelijk dat primitiever vormen van kennisverwerving (zoals de geconditioneerde respons) afgeleerd of inactief worden. Volgens Deacon is het dus niet zo dat een grotere geheugencapaciteit verantwoordelijk is voor taalverwerving. Integendeel, het is omdat de mens zijn geheugen talig organiseert, dat hij

een schijnbaar grotere geheugencapaciteit heeft. Het gaat dus om de herstructurering van informatie.

Bij de mens is er volgens Deacon dus sprake van een hiërarchische organisatie van de verschillende representatiesystemen (of geheugensystemen) waarbij het talige ontstaat op een primitiever geheugensysteem (conditionering) en de werking van dit primitiever geheugensysteem zal beïnvloeden. Wil iets talig opgeslagen worden dan moet de primitievere respons geïnhibeerd worden. En dit is precies het werk van de prefrontale cortex. Studies met apen met beschadiging aan de prefrontale cortex tonen aan dat ze problemen hebben met het korte-termijn geheugen, aandacht, het onderdrukken van een respons en het plaatsen van iets in een context. Het gaat hier dus niet zozeer om een geheugendeficit maar om het falen om een bepaalde reeks associaties te subordoneren aan een andere reeks (Deacon, 1997).

Dit laatste is precies nodig om iets talig te verwerven. De prefrontale cortex zorgt dus voor inhibitie van handelingen op basis van eenvoudige correlatieve stimulusrelaties. Inhibitie door de prefrontale cortex is dus noodzakelijk bij de overgang van eenduidige indexicale associaties naar talige of symbolische associaties om referentie te organiseren. Nochtans is de prefrontale cortex niet de site van de taal: haar rol bestaat voornamelijk uit de constructie van de gedistribueerde mnemonische architectuur die talige referentie mogelijk maakt, niet in het opslaan of ophalen van informatie (Deacon, 1997).

Bij elke cognitieve activiteit is er dus sprake van competitie tussen verschillende delen van het brein om de informatie in 'de taal' eigen aan de betreffende hersenstructuren op te slaan. De prefrontale cortex functioneert dus als mogelijksvoorwaarde voor de constructie van symbolen en voor een grotere invloed van deze talige systemen op de motoriek. Wat de mens doet wordt met andere woorden meer bepaald door deze talige systemen dan door de emotionele systemen.

h. Het psychodynamisch model

Binnen het psychodynamisch model wordt elke ervaring als een netwerk van herinneringsbeelden opgeslagen in een geheugensysteem dat bemiddelt tussen de periferie (waarneming en motorische afvoer van de opgenomen prikkel) en het inwendige van het organisme (Freud, 1992: 3-7).

Dit geheugen vormt een dynamische structuur die zich tijdens de ontwikkeling diversifieert tot een systeem bestaande uit verschillende lagen (talige, visuele, ...) waarvan de totstandkoming overeenstemt met opeenvolgende levensfasen (Freud, 1998: 175-176). Binnen deze verschillende geheugensystemen wordt elke gebeurtenis geassocieerd met reeds bestaande herinneringen. Er zijn verschillende modi van associatie: conceptueel, vormelijk, op basis van vormgelijkheid, op basis van nabijheid in tijd en/of ruimte, ... Deze ontwikkeling impliceert tevens de mogelijkheid van een (partiële) transcriptie van de herinneringsbeelden van de niet-talige systemen naar de talige met behoud van de oorspronkelijke registratie(s). Elke gebeurtenis wordt dus in principe in meerdere geheugensystemen opgeslagen waarbij de respectievelijke complexen van herinneringsbeelden beschouwd kunnen worden als evenzoveel onderling geassocieerde transcripties (Ibid.). Dit model impliceert bijgevolg (i) een hoge mate aan interactie (transcriptie en associatie) tussen de verschillende lagen die de afvoer van excitatie mogelijk maakt en (ii) de particulariteit of historiciteit van het geheugensysteem. Dit laatste is een gevolg van de stelling dat er verschillende associatiemodi zijn en dat de opslag van nieuwe gebeurtenissen ingebed is in reeds bestaande herinneringen. In de particuliere historiciteit van de verschillende geheugensystemen kunnen we misschien ook de verklaring vinden voor het feit dat niet iedereen PTSD ontwikkelt na een trauma.

i. Besluit

Binnen de neurowetenschappen vinden we dus een aantal onderzoeksresultaten terug die onze psychodynamische theorie lijken te ondersteunen. Het menselijk geheugen is samengesteld uit verschillende geheugensystemen die informatie op verschillende wijzen opslaan. Meer bepaald is er enerzijds een duidelijk onderscheid tussen een expliciet systeem dat informatie talig codeert, anderzijds een expliciet (onbewust) systeem dat een veel eenvoudigere stimulus-respons (of indexicale) associatie opslaat. Bij PTSD lijkt er sprake te zijn van een dissociatie tussen deze geheugensystemen die we kunnen begrijpen als het uitblijven van corticale inhibitie van de geconditioneerde emotionele respons. Dit kan verklaard worden door het feit dat op het ogenblik van het trauma, als gevolg van de prikkelintensiteit, geen adequate symbolische constructie gemaakt werd van het trauma. Het resultaat hiervan is dat de herinnering in het impliciet geheugen niet geïnhibeerd wordt vanuit de corticale centra, en dat dit impliciet geheugen de respons produceert. Een effectieve behandeling van PTSD bestaat er dan ook in om ook in het declaratief geheugen een

inscriptie van het trauma te bewerken die in staat is om de vereiste inhibitie over de emotionele respons uit te voeren.

Door de specifieke problemen die we ontmoetten bij de implementatie waren we gedwongen ons oorspronkelijk onderzoeksopzet en hypothesen bij te sturen. We besloten te onderzoeken op welke wijze mensen na een trauma proberen om dit trauma een plaats te geven in hun leven, m.a.w. het integreren in hun autobiografisch geheugen. We gaan ervan uit dat wanneer ze dit doen ze minder kans lopen op een posttraumatische problematiek. We gingen kort na het ongeval op bezoek bij de subjecten. Er werd een semi-gestructureerd diepte-interview afgenomen waarbij we de subjecten om een zo gedetailleerd mogelijk verslag van het ongeval te geven. We vroegen hen ook hun leven zoals dat er voor het ongeval uitzag te beschrijven en ons te vertellen wat volgens hen de impact van het ongeval op hun leven zou zijn. We vroegen hen ook hun verwondingen te beschrijven. De subjecten werden helemaal vrij gelaten te vertellen wat ze wilden. Het was immers onze bedoeling na te gaan hoe ze de traumatische gebeurtenis in hun leven integreerden. Bij de beschrijving van het ongeval vroegen we ook of ze het, net voor het gebeurde, zagen aankomen en nog een laatste poging konden doen om te anticiperen. Tevens vroegen we hen wat hun eerste gedachte was na het ongeval, omdat we vermoeden dat de integratie van het trauma onmiddellijk na het trauma begint en dus wel eens de lijnen zou kunnen volgen van deze eerste gedachten. Bij de beschrijving van hun leven vroegen we hen te vertellen over hun professioneel en sociaal leven, hun gezin te beschrijven, en over de besteding van hun vrije tijd. We dienen dus als beperking van het onderzoek rekening te houden met het feit dat we de subjecten actief hielpen om het trauma te integreren en een plaats te bieden in hun levensgeschiedenis. In feite gingen we dus na wat de effecten waren van een korte interventie kort na het ongeval die erop gericht was het trauma een plaats in hun leven te geven. Wegens het kleine aantal subjecten en de afwezigheid van een controlegroep kan het hier niet meer dan een verkennende studie betreffen.

12. Onderzoek en resultaten

Kort na de literatuurstudie werden een twintigtal klinieken uit Oost en West-Vlaanderen aangeschreven met de vraag of ze hun medewerking aan dit onderzoek wilden verlenen. We kregen antwoord van vijf klinieken. Twee

wilden niet meewerken wegens de belasting voor de dienst. Twee klinieken (Deinze en Aalst) verklaarden akkoord te gaan. Ze voegden hier echter wel aan toe dat de overgrote meerderheid van de verkeersslachtoffers in het Universitair Ziekenhuis van Gent opgenomen werden. Dat Universitair ziekenhuis antwoordde ons dat we een aanvraag bij het ethisch comité dienden in te dienen. We deden dit ook en kregen de zegen van het ethisch comité. Hierop ontstond een maandenlange discussie met een aantal artsen van het UZ. De hoofdgeneesheer van de dienst spoedgevallen had het dossier overgemaakt aan het hoofd van de psychiatrische dienst om zijn goedkeuring te geven. Hierna werd nog een aantal maanden onderhandeld met deze arts. Zijn eindconclusie was dat er geen probleem was om mee te werken. Na deze verdragingsmanoeuvres was het echter te laat om eventuele subjecten een jaar na het ongeval nog te interviewen. Ondertussen was met de klinieken in Aalst en Deinze een vruchtbare, zij het wel zeer kleinschalige, samenwerking op gang gekomen. Het hoofd van de spoedgevallendienst contacteerde verkeersslachtoffers met de vraag of ze bereid waren mee te werken aan het onderzoek. Indien dit het geval was, belde hij ons de naam door waarop wij een afspraak maakten. Op deze manier konden we een beperkt aantal personen interviewen waarvan we er uiteindelijk vier konden weerhouden.

1. José²

José is een vrouw van tweeënveertig. Ze is opgenomen in het ziekenhuis na een ongeval met een bromfiets. Haar voornaamste letsel, naast enkele schaafwonden en blauwe plekken, is een bekkenbreuk. Het was haar eerste ongeval. José was boodschappen gaan doen met de brommer en toe ze weer op weg naar huis was, werd ze door een auto die rechts afsloeg, onderschept.

Wanneer ik bij haar op de kamer kom en nadat ik kort het opzet van het onderzoek uit de doeken doe, begint ze spontaan te vertellen. Vijf jaar voordien werd haar toen zeventienjarige zoon op zijn bromfiets aangereden door een dronken automobilist. De zoon verloor bij dit ongeval het leven.

² Alle gegevens van de patiënten werden volledig geanonimiseerd.

José is manifest ontevreden over de te lichte veroordeling van de dader die er met een tijdelijk rijverbod (volgens haar woorden slechts enkele dagen) van af kwam.

Hierop volgt een korte beschrijving van het gezin dat naast haar echtgenoot ook nog uit vijf kinderen bestaat waarvan de oudste vierentwintig is en de jongste elf. Haar echtgenoot werkt buitenshuis terwijl zij de zorg voor hun boerderij met een dertigtal dieren op zich neemt. Ze beweert veel vrienden te hebben, maar het werk op de boerderij en de kinderen zorgen er toch voor dat ze niet vaak buitenkomt, tenzij om boodschappen te doen.

Ze zegt dat ze veel geluk gehad heeft met het ongeval: was ze een beetje anders gevallen, was ze naar eigen zeggen dood geweest. Ook deze uitspraak lijkt te duiden op de wijze waarop de zoon gestorven is. Ze had het ongeval helemaal niet zien aankomen. Ze heeft dan ook geen pogingen meer ondernomen om het ongeval te voorkomen. Ze getuigt van veel begrip voor de automobiliste die haar aangereden heeft. "Waarschijnlijk heeft ze me gewoon niet gezien, er zijn daar al veel accidenten gebeurd op die manier. Als ze het niet gezien heeft, heeft ze het niet gezien, hé."

Dat het ongeval onmiddellijk een plaats krijgt in haar levensverhaal blijkt wanneer we haar naar haar eerste gedachten na het ongeval vragen. Ze zegt voortdurend aan haar verongelukt kind gedacht te hebben.

Ze zegt veel pijn te hebben van haar bekkenbreuk. Ze is niet tevreden met haar letsel: ze zegt veel liever een arm gebroken te hebben dan haar bekken. Haar grote zorg is het werk. Ze vreest dat ze een tijdje niks zal kunnen doen op de boerderij. Naast deze gegronde zorg stooten we op een meer irrationele angst. Ze blijkt enorm veel schrik te hebben dat ze een krom been zal hebben, "dat het scheef zal groeien". De boerderij doet ze helemaal alleen, noch haar kinderen, noch haar echtgenoot houden zich bezig met de dieren. Ze hoopt op een snel herstel in functie van de boerderij. Opnieuw begint ze over het kromme been. Deze angst blijkt het gevolg te zijn van het feit dat ze momenteel gehandicapt is bij het stappen. "T is toch geen zicht voor een vrouwmens van 42 om met kromme poten te lopen."

Wanneer ze boodschappen gaat doen, passeert ze regelmatig langs het kerkhof om het graf van haar zoon te bezoeken. Ze zegt nog hele dagen aan haar verongelukte zoon te denken. Ze heeft een tijdje

kalmeringsmiddelen genomen na het ongeval van haar zoon. Ze zegt zelf dat ze die ook wel nodig had. Ze heeft wel nog langer slaappillen genomen. De gedachte aan haar verongelukte zoon weerhield haar ervan in te slapen. Ze heeft ook regelmatig gedroomd dat haar zoon weer zou leven. Opnieuw zegt ze dat ze er hele dagen mee bezig is. Het ongeval van haar zoon lijkt haar nu ook veel meer bezig te houden dan haar eigen ongeval. Het ongeval van haar zoon had haar nochtans niet verhinderd om nog met de brommer te rijden. Ook nu zegt ze dat haar eigen ongeval haar er niet van zal weerhouden om opnieuw met de brommer te rijden.

De zorg om snel te revalideren en de angst voor het 'kromme been' zijn de enige dingen die ze kwijt wil over de toekomst. De inschrijving van haar eigen ongeval lijkt zich vooral te enten op het ongeval van de zoon.

2. Leo en Jacqueline

Leo en Jacqueline vormen een koppel dat net een zeer zwaar ongeval gehad heeft. Bij een uitwijkmanoeuvre op de autosnelweg verloor Leo de controle over het stuur. De wagen gaat vervolgens driemaal over de kop en belandt naast de weg. Beide zijn zwaar gekwetst. In de wagen bevonden zich ook hun zoontje en hun tweejarig dochttertje. Jacqueline en de twee kinderen werden uit de wagen geslingerd. Allen waren gedurende korte tijd buiten bewustzijn. Het tweejarig dochttertje kwam in een beek terecht en op het ogenblik dat Leo en Jacqueline weer bij bewustzijn kwamen was ze reeds doodgevroren. Het verlies van hun dochter zal de rode draad van dit gesprek, dat moeizaam verloopt, vormen.

Jacqueline heeft haar bovenarm op twee plaatsen gebroken. Leo heeft een kleine hersenbloeding gehad en heeft verwondingen aan het hoofd. Het zoontje (met wie we niet gesproken hebben) had zijn been gebroken en had enkele snijwonden aan het hoofd en de vingers. Het dochttertje had enkel een aantal schrammen en was gestorven door onderkoeling. Leo en Jacqueline bekommeren zich niet om hun verwondingen en voorzien een lastige toekomst. Ze weten niet hoe ze dit verlies ooit weer te boven zullen komen.

Op dit punt in het gesprek worden we gestoord door de hoofdverpleger die, niettegenstaande de hoofdgeneesheer op de hoogte is van onze aanwezigheid, de legitimatie van onze aanwezigheid bevestigd wil

zien. We zijn getuige van een gesprek tussen de hoofdverpleger en Leo. Leo vraagt of het mogelijk is om het bed te verlaten. Het antwoord van de hoofdverpleger is dat dit tegenaangewezen is. Dit is het antwoord waar Leo het, na herhaald om uitleg vragen, mee moet doen. In plaats van open informatie te geven wordt Leo als het ware aangemaand om toch verstandig te zijn. Hij zal zelf toch ook wel voelen dat hij niet in orde is. Gisteren had hij toch pijn aan zijn benen. Op dit ogenblik mengt Jacqueline zich in het gesprek en zegt dat, gezien hun dochter volgende week toch begraven wordt, Leo het bed wel zal moeten verlaten. Deze mensen krijgen op hun vraag om afscheid te nemen van hun dochter opnieuw enkel als antwoord dat het “tegenaangewezen is”. Deze manier van omgaan met mensen die net een zwaar ongeval achter de rug hebben, een kind verloren hebben, en zich vertwijfeld afvragen hoe hun leven er na dit verlies zal uitzien lijkt ons allerminst adequaat. Vanuit ons theoretisch kader kunnen we stellen dat deze mensen hun poging om bijkomende informatie te krijgen waarmee ze de herinnering aan het ongeval zouden kunnen structureren, abrupt wordt stilgelegd. Het lijkt ons belangrijk te zijn dat wie geconfronteerd wordt met mensen na een verkeersongeval op zijn minst eerlijke informatie geeft om de preciaire toestand niet erger te maken door onzekerheid en vertwijfeling.

Na deze storing vervolgen Leo en Jacqueline hun verhaal. Vorig jaar nog hadden ze een ongeval gehad, zonder gekwetsten. Hun verhaal blijkt een aaneenschakeling van tegenslagen te zijn, vooral van financiële aard. Hun vorig accident, waarbij ze hun auto verloren, was ongetwijfeld een zware financiële kater. Jacqueline zegt dat ze voor het ongeluk geboren is en is zeer pessimistisch over de toekomst. Het grote lichtpunt in hun leven waren hun twee kinderen en daar is nu dus ook aan geraakt. “Dit komen we nooit meer te boven,” zegt ze, “we zullen ons best doen, maar ja.”

Ook Leo en Jacqueline hadden het ongeval niet zien aankomen. De hulpdiensten waren slechts na een halfuur ter plaatse. Jacqueline laat zich negatief uit over de voorbijrijdende auto's. Ze zegt een aantal pogingen ondernomen te hebben om voorbijrijdende wagens te doen stoppen om hulp te krijgen, wat slechts na een aantal pogingen lukte.

Het eerste waar ze allebei aan dachten toen ze weer bij bewustzijn kwamen waren hun kinderen. In eerste instantie vonden ze de kinderen niet. De oudste zoon werd eerst gevonden, niet ver van de wagen. Vervolgens werd het dochtertje gevonden in het water. Pogingen tot reanimatie hadden geen succes. Ondertussen was een aantal ramptoeristen rond het meisje

komen staan en volgens Leo en Jacqueline bood niemand hulp aan. Wat ze zich vooral herinneren waren de mensen die voortdurend vroegen “leeft ze nog?” Het uitblijven van hulp hebben ze beide schijnbaar als bijzonder schrijnend beleefd. Ze gaan er ook van uit dat indien de hulpdiensten vroeger ter plaatse waren, hun dochter niet overleden zou zijn. Of dit ook effectief zo is, is natuurlijk een open vraag, maar deze gedachte heeft zich diep in hun bewustzijn ingeschreven. Het is duidelijk dat ze de schuld voor de dood van de dochter bij de hulpdiensten leggen. Volgens medische rapporten heeft het dochttertje twintig tot dertig minuten in het water gelegen. Op het ogenblik dat ze haar vonden, leefde ze nog. Jacqueline vertelt hoe ze probeerde om auto's te laten stoppen om het meisje in een warme omgeving te leggen, echter tevergeefs. Jacqueline vertelt hoe de familie die uiteindelijk wel stopte Turken waren. Hierop volgt een aanklacht tegen de Belgen die doorreden. Het gesprek blijft verdergaan over hulp verlenen. Jacqueline omschrijft zichzelf als een behulpzaam iemand voor het ongeval. Ze zegt dat dit nu niet langer het geval zal zijn.

We vragen expliciet hoe ze de gevolgen van hun lichamelijke letsels inschatten. Het antwoord is zeer kort: dat zal wel genezen. Ze denken dat ze er op lange termijn geen last van zullen hebben. Het verlies van de dochter daarentegen, zal wel een grote impact hebben. Al snel blijkt dat de kinderen een bindmiddel waren tussen Leo en Jacqueline. Bij problemen hielden ze zich staande door de kinderen. Hoe het nu verder moet weten ze niet.

Hierop volgt het verhaal over hun buurvrouw wiens driejarig kleinkind een aantal jaren geleden overleed aan koolstofvergiftiging. Jacqueline had toen gedacht: “ik hoop dat mij dit nooit overkomt.”

Ook hun relatie verliep niet altijd vlekkeloos. Jacqueline herhaalt dat ze hun problemen nooit op de kinderen hebben uitgewerkt. Opnieuw zegt ze dat de kinderen eigenlijk de steun van hun relatie waren. Het dochttertje wordt omschreven als een goedlachs kind, het zonnetje in huis. Jacqueline verwacht problemen in de relatie nu zij er niet meer is. Ze spreekt zelfs even over een mogelijke breuk. Ze zegt dat er iets gebroken is in hun relatie en dat de band minder hecht zal zijn. Opnieuw vragen we naar de fysiek letsels. Jacqueline zegt: “iets dat gebroken is, doet altijd pijn. Maar de andere pijn, het verlies, ...”. Leo bevestigt dit.

3. Geert

Geert is een bijzonder opgewekt man. Wanneer we hem bij het begin van het interview uiteenzetten dat we niet in objectieve gegevens geïnteresseerd zijn maar in zijn verhaal, begint hij onmiddellijk te lachen: "Mijn verhaal? Dat zal dan kort zijn, er is er geen want ik weet van niks meer." Hij heeft een black-out voor gans de maand na zijn ongeval. Hij heeft van horen zeggen dat hij met zijn wagen op een tractor is ingereden. "Dan ging het licht uit", zegt hij.

De eerste week lag Geert in coma, in zijn eigen woorden "zo goed als dood." Daarna heeft hij nog een tweetal weken verdoofd van de pijn gelegen. Van deze weken herinnert hij zich ook niks meer. Wanneer we Geert interviewen is hij sinds een tweetal weken bij zijn positieven.

We worden onmiddellijk geconfronteerd met een moeilijk te volgen verhaal over "zeverderij met de kameraden". Geert beweert onmiddellijk stevig geselecteerd te hebben in zijn vriendenkring en een aantal mensen weggestuurd te hebben. Het blijkt dat hij oorspronkelijk geen bezoek mocht hebben en dat een aantal vrienden toch probeerden om hem te bellen en te bezoeken. Veel duidelijker wordt hij niet.

Hij is een beetje ontstemd over de verslaggeving van zijn ongeval op de regionale televisie. Daar had men klaarblijkelijk gezegd dat de bestuurder ongedeerd was en de passagier zwaar gekwetst was. In feite was het net omgekeerd; de passagier had niks en Geert, de bestuurder, was zwaargewond. Hierop vertelt hij dat ook de passagier nog bij hem komt om "te zeveren". Het motief daartoe is volgens Geert geld. Ook de passagier heeft hij weggestuurd met de boodschap niet meer terug te komen.

Het beschrijven van Geerts kwetsuren is niet eenvoudig. Hij heeft een nieuw been gekregen, zijn gezicht was "weg" en is opgelapt met metalen stukken. De revalidatie verloopt schijnbaar vrij goed. Geert zegt dat het ziekenhuispersoneel niet goed begrijpt dat hij eerst zo lang voor dood gelegen heeft en dat hij nu reeds zo fit is.

Geerts leven was voor het ongeval "serieuze bochten aan het nemen". In negatieve zin, zo voegt hij eraan toe. Maar nu zijn hoofd "weer nuchter is", komt hij tot de vaststelling dat het hier toch wel in orde is als hij het goed doet. Hij was werkeloos op het ogenblik van het ongeval. Nu heeft

hij daarentegen weer nieuwe plannen voor het leven. Hij beweert dat die gedachten nu allemaal teruggekomen zijn.

De relatie met zijn vader was voor het ongeval nogal woelig. Heftige discussies afgewisseld met kalmere periodes. Ook beweert Geert dat hij op een bepaald ogenblik door al zijn vrienden in de steek gelaten werd omdat het uit was met een vriendin. Maar eigenlijk gaf hij hier niet om. Na het ongeval komen ze op bezoek maar ook zij zijn niet meer welkom.

Voor het ongeval was Geert een frequent sporter. Dit stopte echter op het ogenblik dat hij een knieblesure opliep en een operatie diende te ondergaan. Daarna verloor hij het doel van zijn leven en begon “anders” te leven. Maar nu bruist hij weer van leven en zegt dat men hem wel voldoende zal steunen om er ook effectief iets van te maken.

Wat het ongeval betreft weet hij niks meer, niettegenstaande hij verwoedde pogingen ondernam om zich iets te herinneren. Hij zegt enkel nog te weten waarom hij langs daar reed. Wanneer we vragen waarom dat dan was, zegt hij opnieuw wat hij uit secundaire bron vernomen heeft over het ongeval. Hij voegt eraan toe zelf niets meer te weten, zelfs niet waarom hij langs daar reed.

Op dat ogenblik in het interview zegt hij soms raar te dromen. Hij droomde dat hij in zijn kamer gebracht werd en uit het raam zag hoe 4 maal 4 (aandrijving) wagens snelheidsraces hielden op de parking. Tevens had hij met zijn jongere zusje, dat hij wou leren biljarten, een discussie over de aanwezigheid van een biljarttafel in de kantine beneden. Naar eigen zeggen was hij rijp voor het zothuis. Hij vertelt een verhaal over een tractortje dat op de parking rijdt en zegt “weeral iemands benen die naar de container gevoerd worden.”

Wanneer we vragen wat zijn plannen zijn voor de toekomst zegt hij dat hij muziek wil maken, een nieuwe job vinden en leren stappen, tenminste, als zijn hoofd niet uit elkaar valt. Voor de rest, zegt hij, zal het er van afhangen hoe het met papa zal zijn. Volgens Geert is het probleem dat hij en zijn vader teveel op elkaar lijken: ze maken zich allebei snel druk. Vader is hem reeds veel komen bezoeken en was in het begin “dag en nacht” aanwezig. Maar ook Vader is door Geert al een keer buitengegoid waarna hij een aantal dagen niet meer kwam. Op Geerts vraag werden de bezoeken van vader hervat. Op Geerts verzoek werd op de deur een bordje

opgehangen met “geen bezoek”. Toen hij vader aan de deur zette, zei hij “en dat geldt voor jou ook!” Geert heeft het bordje laten ophangen om “zeverderij” te vermijden.

4. Bespreking en suggesties voor het beleid

We hebben hier dus drie verschillende verhalen over hoe mensen kort na een trauma een poging doen om dit trauma te verwoorden en het op deze wijze een plaats te geven in hun verleden en toekomst. De ernst van het ongeval en het de impact op het leven van de subjecten lijkt ook nogal uiteen te lopen. In het eerste geval werden we geconfronteerd met een vrouw met een bekkenbreuk. Zij is op geen enkel ogenblik buiten bewustzijn geweest en komt er al bij al met redelijk lichte kwetsuren vanaf. Het koppel dat we interviewden had zwaardere kwetsuren, was enkele minuten buiten bewustzijn en verloor een kind bij het ongeval. Het vierde subject had zeer zware verwondingen, zweefde een tijdje tussen leven en dood, en was gedurende een aantal dagen in coma.

Viermaal werden we geconfronteerd met lijdende mensen die proberen te verwoorden wat hen overkomen is. We krijgen dus ook sterk uiteenlopende verhalen. Zijn er gelijkenissen tussen deze verhalen?

Beginnen we bij Leo en Jacqueline. Het gesprek komt steeds opnieuw bij hun overleden dochter uit. Het verlies van de dochter heeft duidelijk een veel grotere impact op Leo en Jacqueline dan de verwondingen die ze bij het ongeval opliepen of het ongeval zelf. Gelijk welk onderwerp we proberen aan te snijden, binnen de kortste keren was de dochter opnieuw het onderwerp van het gesprek.

Hypothetisch zouden we kunnen stellen dat Leo en Jacqueline een deel van hun levensverhaal herschreven rond de overleden dochter. Het is moeilijk in te schatten wat de impact van de dochter was toen ze nog leefde, maar we vermoeden dat deze kleiner was dan nu ze dood is. Jacqueline vertelt ons over de talrijke problemen of tegenslagen die het koppel heeft moeten doorstaan. Ze treedt hierover weinig in detail, het enige wat we over deze tegenslagen te weten komen is dat ze vooral van financiële aard zijn. Jacqueline vertelt dat de kinderen als een soort van bindmiddel tussen haar en haar echtgenoot functioneerden. Nu de dochter er niet meer is schat ze

de kansen van het koppel om samen te blijven lager in. De zoon wordt hierbij schijnbaar over het hoofd gezien.

We stellen dus vast dat Leo en Jacqueline de dood van hun dochter als het ware gebruiken om het trauma een plaats te geven in hun leven. Het verleden wordt opnieuw geschreven en in dit nieuwe verhaal wordt een belangrijke plaats voor de dochter gereserveerd. Ook hun visie op de toekomst (die weinig rooskleurig is) staat volledig in het teken van de overleden dochter.

Met enige empathie kunnen we stellen dat dit begrijpelijk is. Welke elementen vinden we in het verhaal van José terug? José's spreken volgt een drietal grote lijnen. Enerzijds is er de angst dat haar kwetsuur en revalidatie haar zal verhinderen haar beroep verder uit te oefenen. Een tweede denkpijn is het verlies van haar zoon in een gelijkaardig ongeval. Tenslotte is er de 'irrationele' angst dat haar been krom zal groeien.

De eerste gedachten die ze na het ongeval had, betroffen de dood van één van haar zonen in een ongeval dat enige jaren voordien plaatsgreep. We kunnen vermoeden dat de reden hiervoor dubbel is. Het verlies van een kind is ongetwijfeld iets dat lang blijft rondspoken in de gedachten van de overgebleven ouders. Anderzijds is er de gelijkenis tussen het ongeval waarbij de zoon om het leven kwam en het ongeval waar José bij betrokken was.

Naarmate het ongeval meer naar het verleden schuift, duikt de tweede associatielijijn op: de angst dat haar been krom zal groeien en de angst om als gevolg hiervan niet meer te kunnen werken op haar boerderij. We kunnen stellen dat het ongeval, net als bij Leo en Jacqueline, gemakkelijk een plaats vindt in het levensverhaal. Bij Leo en Jacqueline was het de dood van de dochter die ingeschreven werd in de geschiedenis van tegenslagen van het koppel.

Bij José gebeurde de initiële inscriptie van het ongeval en het trauma binnen een gedachtereeks betreffende het ongeval van de zoon. Het is alsof het ongeval van de zoon functioneert om de nieuwe gebeurtenissen, in casu haar eigen ongeval, een bepaalde plaats te geven in haar levensverhaal.

We stellen dus vast hoe bepaalde gebeurtenissen uit iemands verleden als basis dienen voor de integratie van nieuwe informatie. José vertaalt een stuk van haar onbehagen naar het verdriet dat ze nog steeds koestert om haar gestorven zoon.

Eigenlijk worden we geconfronteerd met een omgekeerde situatie. Bij José wordt het eigen ongeval in haar verhaal geïntegreerd middels de associatie met herinneringen aan de omstandigheden waarin ze een kind verloor. Bij Leo en Jacqueline wordt het verlies van het kind geïntegreerd in hun geschiedenis van tegenslagen. Wat de toekomst betreft draait alles bij José rond de “scheve” benen. Ze voorziet weinig impact van het ongeval voor haar sociaal en recreatief leven. Ze is daarentegen wel bang dat ze professioneel niet meer zal kunnen functioneren als gevolg van haar kromme been. Haar toekomstvisie is dus grotendeels bepaald door een bepaalde idee die ze over haar verwonding heeft. Waar we bij Leo en Jacqueline zagen dat verleden en toekomst geschreven werden aan de hand van de overleden dochter, stellen we bij José vast dat ze twee verschillende evenementen gebruikt om haar verhaal over toekomst en verleden te structureren. In tegenstelling tot Leo en Jacqueline spelen haar verwondingen en de associaties die ze daarbij heeft wel een belangrijke plaats in het verhaal dat ze van het trauma construeert.

Op basis van deze twee gevallen kunnen we stellen dat de verwoording en de omschrijving van het trauma in beide gevallen een ander karakter heeft. Het lijkt alsof alles rond het trauma door het subject beleefd wordt vanuit een gekozen standpunt. Het standpunt (de herinneringen waar het trauma mee geassocieerd wordt) lijkt redelijk ‘vrij’ gekozen te kunnen worden.

Bij Geert stellen we iets gelijkaardig vast. In tegenstelling tot de andere drie subjecten is Geert de enige die uitgesproken vrolijk is. Nochtans was hij het slachtoffer van een zwaar ongeval en had hij, van alle personen die we interviewden, de zwaarste verwondingen.

Geert beschouwt zijn ongeluk en het feit dat hij overleefde (hij zweefde naar eigen zeggen een tweetal weken tussen leven en dood) als de start van een nieuw leven, bijna als een nieuwe kans die hem geboden wordt. In het verhaal dat hij vertelt zijn er twee elementen die voortdurend terugkomen: zeverderij en buiten zetten.

De twee elementen zijn met elkaar verbonden. De reden waarom hij veel mensen (met uitzondering van zijn vader) de deur wijst is omdat ze komen 'zeveren'. Wat hij precies bedoelt met zeveren is onduidelijk. Het lijkt alsof Geert zijn plannen om een nieuw leven te beginnen kracht wil bijzetten door het oude 'buiten te gooien'. Zijn kwetsuren vindt hij schijnbaar minder belangrijk. Ook hier zien we dus een vrij beperkt aantal elementen gehanteerd worden om het trauma een plaats in het levensverhaal te geven.

Het grote verschil tussen Geert en de anderen lijkt zijn enorm positieve instelling te zijn. Maar wars van dit verschil stelden we tijdens het interview met Geert een gelijkaardige manier van verwerken vast. Het trauma wordt aan één of twee dingen opgehangen, krijgt via de associatie met een aantal andere gedachte-inhouden een coherente plaats aangewezen. Hoe we dit verschil in emotie kunnen verklaren is ons echter niet duidelijk.

De mens is in eerste instantie een talig wezen, zo luidde onze uitgangsstelling. Hij bedient zich van de taal om te begrijpen wat hem overkomt. Er bestaan andere modaliteiten waarlangs de mens de wereld kan begrijpen maar heden ten dage lijkt men het er over eens dat deze talige modaliteit bij de mens de meest gebruikte is en dat deze talige modaliteit van begrijpen de andere naar het tweede plan verwijst (Brewin, 2001; Ledoux, 1998; Deacon, 1997).

We baseerden ons hiervoor op het psychodynamisch model. Binnen dit kader kan een trauma begrepen worden als iets wat in eerste instantie gebrekkig of niet talig ingeschreven wordt in het levensverhaal van de patiënt.

Dit is het grote verschil tussen het psychodynamisch model en het meer cognitief geïnspireerd model van Brewin (Brewin, 2001). Brewin gaat ervan uit dat een adequate posttraumatische opvang erin bestaat dat men de mensen helpt een min of meer coherent verhaal van het ongeval te laten construeren. Wij gaan er eerder van uit dat het vooral een kwestie is van het ongeval (of breder: het trauma) te integreren in de reeds bestaande levensgeschiedenis en een gamma aan plannen en toekomstverwachtingen.

We gingen tevens uit van de idee dat deze levensgeschiedenis of, zo men wil, het autobiografisch geheugen bij elk individu anders is en dit omwille van een aantal redenen. Vooreerst staat iedereen bloot aan andere ervaringen. De gebeurtenissen die in dit talig model gevat worden zijn niet

voor iedereen dezelfde. Daarnaast zal de wijze waarop nieuwe gebeurtenissen worden opgeslagen beïnvloed worden door wat reeds opgeslagen is. Dit komt erop neer dat nieuwe evenementen niet in een vacuüm terechtkomen maar dat ze geïntegreerd worden in het reeds bestaande levensverhaal/autobiografisch geheugen. Daarnaast gaan we er ook van uit dat aan wat iemand overkomt een verschillende waarde wordt toegekend al naargelang de inhoud van dit levensverhaal.

Toegepast op ons thema van trauma betekent dit dat we van mening zijn dat het niet zozeer de objectieve kenmerken van het trauma (of het ongeval) zijn die traumatiserend werken, maar wel de subjectieve inschatting van het trauma. Kort gezegd, de aspecten aan het ongeval die men beklemtoont en de wijze waarop deze geïntegreerd worden in het levensverhaal zullen bepalen of men al dan niet een posttraumatische problematiek ontwikkelt.

Dit zou een verklaring kunnen zijn voor de ongelooflijke diversiteit en contradicties die we in de literatuur over indicatoren van posttraumatische stoornissen tegenkwamen: men gaat op zoek naar objectieve criteria zoals de hoeveelheid trauma's die een individu reeds meemaakte, het geslacht, ...

Ons psychodynamisch model kwam tot stand op basis van klinische beschrijvingen maar we vonden bevestiging in een aantal recente neurologische bevindingen. We beschouwen het gebruik van dit model omwille van deze dubbele fundering als gerechtvaardigd.

Beperkingen van het onderzoek

Verder onderzoek is zeker noodzakelijk. De grootste beperking van dit onderzoek is duidelijk: slechts vier proefpersonen. We kunnen dus over weinig meer dan verkennend onderzoek spreken. De resultaten dienen dan ook eerder beschouwd te worden als indicatief voor verder onderzoek.

Niettegenstaande er in de literatuur vaak gepleit wordt voor een interdisciplinair onderzoek van posttraumatische fenomenen, is de stemming ten velde anders. Vele klinieken bleken, om wat voor reden dan ook, niet bereid om met ons mee te werken. Deze geringe bereidheid zou wel eens een grote hinderpaal kunnen zijn voor verder onderzoek.

Ook het door ons gehanteerde protocol zou veel beter kunnen. We kunnen stellen dat twee gesprekken van ongeveer een uur elk, veel te weinig is. Een betere setting zou een combinatie van psychotherapie en onderzoek zijn. Men zou een aantal mensen gedurende een tiental gesprekken kort na het ongeval kunnen volgen. Het opzet hoeft niet per se psychotherapeutisch te zijn, maar, indien onze hypothesen correct zijn, en dit onderzoek lijkt dit toch zeer provisorisch aan te tonen, dan is de setting in se therapeutisch.

Suggesties voor het beleid

Niettegenstaande we onze resultaten dus slechts als indicatief kunnen omschrijven, zijn er toch enkele dingen die in het oog springen. Een eerste praktische conclusie die we uit ons onderzoek kunnen halen is het belang van het verwoorden, van de constructie van een verhaal rond het trauma en de integratie ervan in de levensgeschiedenis. Zeer concreet betekent dit dat slachtoffers van verkeersongevallen op zijn minst ondersteund zouden moeten worden bij deze taak.

De praktische verwezenlijking hiervan is waarschijnlijk geen sinecure. Alle diensten die we contacteerden en die antwoorden hadden het over overbelasting. Het betrof hier natuurlijk de spoedgevallendiensten. Wanneer de patiënten naar een andere dienst verplaatst worden, zou deze ondersteuning eventueel daar kunnen gebeuren.

De idee die we hier naar voor brengen impliceert misschien wel een mentaliteitswijziging bij een aantal mensen die werkzaam in deze sector. We kunnen ons niet van de indruk ontdoen dat men de patiënten vaak op vriendelijke wijze de mond snoert wegens tijdsgebrek, onbegrip, ... We krijgen de indruk dat pogingen van patiënten om de verwerkingsarbeid rond het trauma te verrichten niet altijd ondersteund worden. Dit impliceert immers dat men ook de tijd neemt om te luisteren naar wat de patiënt zegt zodat deze laatste ook de kans krijgt zelf een verhaal over het trauma te construeren. We konden één keer ondervinden hoe een hoofdverpleger een patiënt het zwijgen oplegde met de voortdurende herhaling van de vriendelijke woorden: "Ik versta dat zeer goed."

Wat wij voorstellen op basis van onze literatuurstudie, en onze onderzoeksresultaten lijken ons hierbij gelijk te geven, is daarentegen dat de constructie van een verhaal over het trauma door de patiënt zelf de kans op

een posttraumatische problematiek verlaagt. Indien mogelijk zouden patiënten dus actief aangemoedigd moeten worden om de gebeurtenissen voor zichzelf te beschrijven en te kaderen binnen de bredere context van hun levensverhaal. We herhalen nogmaals dat deze resultaten slechts indicatief zijn en zeker verder onderzocht zouden moeten worden in een intensiever protocol dan dat dit bij ons onderzoek het geval was.

Komen we tot ons tweede punt: bij alle subjecten die we interviewden, constateerden we de voortdurende terugkeer van een aantal elementen. Op basis van ons theoretisch kader gaan we ervan uit dat deze repeterende elementen de talige verwerking en integratie in een bredere context tot doel hadden.

Wat hierbij vooral opviel was de potentiële diversiteit van organiserende elementen die bij de verwerking van het trauma in de praktijk konden worden gebracht. Eenmaal was het het verlies van de dochter, een andere keer het begin van een nieuw leven, en nog een andere keer de vrees kromme benen te hebben en niet meer te kunnen functioneren als voorheen. We gaan ervan dat al deze verschillende elementen een zelfde functie hebben: beschrijving en organisatie in een bredere context van het trauma.

Ook hier kunnen we een belangrijke conclusie voor de praktijk uit trekken. Een aantal mensen voltrekt deze verwerkingsarbeid op een manier die zich meer tot begripen leent. Een andere groep maakt hiervoor gebruik van op het eerste zicht meer irrationele elementen. Bij de eerste groep kunnen we denken aan het verhaal over de dode dochter, voor de tweede groep kunnen we de kromme benen als voorbeeld nemen. De kans bestaat dat men de tweede groep sneller het zwijgen zal opleggen dan de eerste groep omwille van de particulariteit van het verwerkingsproces.

Het lijkt inderdaad plausibel dat men mensen die tegen de verpleging over hun verwondingen of over hun overleden naasten spreken sneller zal begripen en hen meer een forum zal geven dan iemand die schijnbare onzin uitkraamt. We kunnen dan ook hier besluiten dat het belangrijk is dat men de patiënt zelf actief een verhaal laat creëren over het ongeval en de impact op hun leven. In beide gevallen lijkt het over een zelfde verwerkingsproces te gaan.

Hierin zou een verklaring kunnen liggen van het feit dat personen met zware verwondingen minder kans hebben op een posttraumatische problematiek. Het zou kunnen dat men hun leed meer *au sérieux* neemt dan bij iemand die er eigenlijk nog goed van afkomt en als gevolg hiervan meer luisterbereidheid toont. Wellicht is het niet overbodig om diensten die regelmatig met verkeersslachtoffers te maken hebben uit te rusten met een klinisch psycholoog. Enige voorzichtigheid blijft echter geboden en verder onderzoek zou zeker meer licht kunnen werpen op vragen waarop wij het antwoord schuldig bleven.