

Nieuwe golf PTSS uit recente oorlogsgebieden: een rol voor niet-invasieve stimulatiemethoden?

C. BAEKEN



ARTIKEL



Begin 2012 werd op initiatief van enkele onderzoekers een Europese *task force* geïnitieerd. Het doel was bij terugkerend militair personeel uit oorlogsgebieden - met een verhoogd risico op een posttraumatische stressstoornis (PTSS) - behandeling met repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) in te zetten en het effect ervan te evalueren. Bij deze populatie bedraagt het risico op PTSS 2-17% (Creamer e.a. 2011) en de behandeling ervan is zeker niet evident. Bovendien is het risico voor chroniciteit in het bijzonder groot voor militair personeel dat meermaals in zulke gebieden ingezet wordt. Gezien de potentiële werkzaamheid van rTMS bij patiënten die lijden aan PTSS was het idee om rTMS toe te passen legitiem (Lefaucheur e.a. 2014). Hierbij is het belangrijk op te merken dat rTMS ook werkzaam lijkt voor trauma's ontstaan buiten oorlogssituaties.

Europees consortium voor rTMS

Met enkele enthousiaste collega's werd een Europees consortium opgericht waarbij het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, maar ook België en Tsjechië werden betrokken. Niet toevallig landen die op dat moment militairen gestationeerd hadden in oorlogsgebied, voornamelijk in Afghanistan en het Midden-Oosten. Het doel was tweërlei. Ten eerste wilden we nagaan of we met rTMS bij 'onze militairen' konden komen tot een gezamenlijke Europese aanpak ter voorkoming en behandeling van PTSS. Ten tweede wilden we een beter wetenschappelijk inzicht krijgen hoe de behandeling met rTMS PTSS-symptomen kon verbeteren.

Deze doelstelling was evenwel niet louter experimenteel, aangezien er reeds studies voorhanden waren die toonden dat snelle interventies mogelijk het ontstaan van PTSS konden voorkomen (Jovanovic & Ressler 2010), ook wanneer de courante behandelingen geen of onvoldoende effect hadden (Lefaucheur e.a. 2014).

Ondanks de goede internationale contacten is het Europees project inhoudelijk niet verder uitgewerkt. In relatief korte tijd werd er van overheidswege beslist om de militairen terug naar huis te halen en het momentum was voorbij. De militaire instanties werden niet meer over dit initiatief vanuit de psychiatrie ingelicht.

Nieuwe toepassingen?

Oorlogstrauma's zijn echter niet uniek voor militair personeel, maar zijn ook een risico bij de plaatselijke bevolking en burgers die al dan niet aan gevechten deelnemen. Recentelijk zijn er uit diezelfde Europese landen geen militairen, maar voornamelijk gewone jongeren (jongens, maar ook meisjes) naar oorlogsgebieden in het Midden-Oosten vertrokken. Buiten de gruwel die elke oorlog

eigen is, bereiken ons dagelijks beelden via de media die de verbeelding ver te boven gaan.

Zonder een politiek standpunt te uiten of een moreel oordeel te verkondigen, en zonder in te gaan op mogelijke politieke of religieuze beweegredenen, is het duidelijk dat voor diegenen die van deze oorlogssituaties direct getuige, slachtoffer of zelfs dader zijn, de psychische impact enorm moet zijn. Weliswaar zal niet iedereen hierbij rTMS-symptomen krijgen. Als we aannemen dat van deze jongeren er maar een gedeelte terugkomt - sommigen zullen overleden zijn of willen daar blijven -, moeten we ervan uitgaan dat een deel van de terugkomers rTMS-symptomen zal krijgen.

Sommigen zullen, al dan niet onder druk of dwang, misdaden begaan hebben en gerechtelijk vervolgd worden, sommigen zullen sterk gedesilluseerd en getraumatiseerd zijn. Wat er moet gebeuren wanneer tijdens therapie bepaalde feiten aan het licht komen waar men actief aan heeft deelgenomen, al dan niet onder een vorm van dwang, laat ik in het midden, omdat dit meer in de gerechtelijke sfeer zit. Bovendien zullen er ook vluchtelingen zijn die niet actief hebben deelgenomen, maar wel naar het Westen komen, getraumatiseerd... En van hen zal ook een gedeelte vroeger of later in psychiatrische behandeling (moeten) komen.

Hoewel de meesten van hen van Europese origine zijn en bekend met de westerse psychiatrische begrippen, zal de aanpak niet eenvoudig zijn en er zullen zich specifieke problemen voordoen waarbij onze westerse therapeutische aanpak op zijn minst gezegd suboptimaal zou kunnen zijn. Aangezien de islamitische religieuze overtuiging een specifieke medische aanpak vereist, zal de psychische begeleiding mogelijk complexer moeten zijn dan we nu aanbieden (Al-Yousefi 2012). De individuele voorkeur voor mannelijke of vrouwelijke behandelaren is hier nog maar een simpel voorbeeld van (Dargahi 2011).

Een momentum voor andere behandelopties?

Het momentum om de rTMS-techniek in te zetten bij terugkerend militair personeel mag dan tijdelijk voorbij zijn, het blijft een optie om indien nodig deze methode te gebruiken. Met dit in het achterhoofd moeten we misschien ook bij de patiënten met rTMS, afkomstig uit de groep jihadisten of vluchtelingen met een andere religieuze achtergrond, de openheid of durf hebben om alternatieve behandelingen zoals rTMS aan te bieden. Hoewel op dit moment enkel speculatief, is het niet onverstandig om deze denkoefening op zijn minst te doen en te overwegen dat het gebruik van rTMS voordelen kan hebben bij terugkerende getraumatiseerde jihadstrijders en vluchtelingen bij wie, zoals reeds gezegd, onze psychiatrische behandelopties wel eens minder efficiënt zouden kunnen zijn. Met de bedenking hierbij natuurlijk dat rTMS evenzeer als een westerse interventie beschouwd kan worden... De hamvraag is: gaan we deze denkoefening aan?

LITERATUUR

- Al-Yousefi NA. Observations of muslim physicians regarding the influence of religion on health and their clinical approach. *J Relig Health* 2012; 51: 269-80.
- Creamer M, Wade D, Fletcher S, Forbes D. PTSD among military personnel. *Int Rev Psychiatry* 2011; 23: 160-5.
- Dargahi H. The implementation of the sharia law in medical practice: a balance between medical ethics and patients rights. *J Med Ethics Hist Med* 2011; 4: 7.
- Jovanovic T, Ressler KJ. How the neurocircuitry and genetics of fear inhibition may inform our understanding of PTSD. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 648-62.
- Lefaucheur JP, André-Obadia N, Antal A, Ayache SS, Baeken C, Benninger DH, e.a. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS). *Clin Neurophysiol* 2014; 125: 2150-206.

AUTEUR

CHRIS BAEKEN, psychiater, afd.

Psychiatrie, Universitair Ziekenhuis Gent, en afd. Psychiatrie, UZ Brussel.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Chris Baeken, afd. Psychiatrie, UZ Gent, De Pintelaan 185, 9000 Gent, België.

E-mail: chris.baeken@uzbrussel.be

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

TITLE IN ENGLISH

Rising levels of PTSD from recent warzones: a role for non-invasive stimulation methods?