

Jeugd- traumata en geneeskunde: kennen om te herkennen en erkennen

F. VAN DEN EEDE

Jeugdtraumata zoals seksueel misbruik, fysieke mishandeling en emotionele verwaarlozing en mishandeling zijn erg prevalent en vormen een belangrijk maatschappelijk probleem. De voorbije maanden werd er in de media veel aandacht besteed aan dit onderwerp, onder meer naar aanleiding van de pijnlijke onthullingen over seksueel misbruik in de Rooms-Katholieke Kerk. Een positief aspect is dat de maatschappelijke erkenning van slachtoffers stilaan toeneemt. Ondanks de belangrijke impact van jeugdtraumata op de volksgezondheid is er echter te weinig aandacht voor de klinische gevolgen ervan, niet in het minst in de patiëntenzorg en in het medisch onderzoek en onderwijs.

Het is welbekend dat jeugdtraumata een risicofactor vormen voor psychiatrische stoornissen. M. De Venter, K. Demyttenaere en R. Bruffaerts (schriftelijke mededeling 2010) brachten de literatuur over het verband tussen jeugdtraumata en mentale gezondheid in kaart. Zij vonden sterke verbanden met affectieve stoornissen en met aan middelen gebonden stoornissen. Verder vormen jeugdtraumata ook een risicofactor voor talrijke andere psychiatrische stoornissen, zoals dissociatieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, seksuele stoornissen en eetstoornissen.

Niet alleen psychisch Minder bekend daarentegen is het gegeven dat grootschalig epidemiologisch onderzoek heeft aangetoond dat jeugdtraumata ook een risicofactor vormen voor talrijke onverklaarde lichamelijke klachten (functionele stoornissen) en voor somatische aandoeningen op latere leeftijd (Felitti e.a. 1998; McCauley e.a. 1997; Romans e.a. 2002). Zo komen chronische pijn, chronische vermoeidheid, functionele dyspepsie en spastisch colon meer voor bij slachtoffers van jeugdtraumata. Op somatisch vlak werd er onder meer een samenhang gevonden met cardiovasculaire, pulmonale, oncologische, reumatologische, endocriene, gynaecologische en urologische aandoeningen. Deze gegevens wijzen op het belang van primaire preventie, evenals op de noodzaak van secundaire preventie in de gehele gezondheidszorg.

Coherent geheel De effecten van jeugdtraumata kunnen gemedieerd worden door directe gevolgen (zoals cerebrale schade en seksueel overdraagbare aandoeningen) en door psychologische processen en gedragsmatige factoren, bijvoorbeeld een patroon van overactiviteit of uitgesproken risicogedrag. Wetenschappelijk onderzoek in de voorbije jaren heeft bovendien toenemend bewijs geleverd voor neurobiologische effecten op latere leeftijd. Het best gedocumenteerd in dit verband zijn de ontregelingen in het stress-systeem, vooral van de hypothalamus-hypofyse-bijnieras (HHB-as) (Heim e.a. 2010; Trickett e.a. 2010). Zie hiervoor ook het themanum-

mer over stress en psychiatrie (augustus 2009); te vinden op www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl.

De bevindingen vanuit de diverse wetenschappelijke studies blijken ook steeds meer een coherent geheel te vormen. Zo heeft onafhankelijk gerepliceerd onderzoek aangetoond dat de genetische variaties in het corticotropinreceptorgen, die via een interactie met jeugdtraumata samenhangen met depressie bij volwassenen, eveneens gepaard gaan met een disfunctie van de HHB-as (Binder e.a. 2010). Er wordt momenteel veel epigenetisch onderzoek verricht naar de effecten van jeugdtraumata op methyleringsprocessen in met de HHB-as gerelateerde genen (Binder e.a. 2010; Claes 2010; Heim e.a. 2010).

Breder perspectief Het neuro-endocrien systeem en de invloed ervan op de andere orgaansystemen, zoals het cardiovasculair en het immuunsysteem, vormen ongetwijfeld een interessante invalshoek om de dualistische valkuil tussen psyche en soma te overbruggen en om verder onderzoek te verrichten in dit domein (Chrousos 2009; Van Houdenhove 2007). Met de factor jeugdtrauma dient men dan ook meer rekening te houden in wetenschappelijk onderzoek en in klinische effectstudies. Vanuit methodologisch standpunt lijkt dit op het eerste gezicht niet evident, maar recente ontwikkelingen in het psychosociale stressonderzoek bieden interessante handvatten om de rol van deze factor op een valide en betrouwbare wijze in te schatten (Luyten 2007).

Onderwijs en praktijk Tot slot wil ik het belang van meer aandacht voor jeugdtraumata in het medisch onderwijs benadrukken. Niet alleen dient de rol van jeugdtrauma als kwetsbaarheidsfactor onderwezen te worden, ook de psychologische aspecten en het concreet bespreekbaar maken ervan in de dagelijkse klinische praktijk dienen aan de orde te komen. Dit geldt ook voor de behandelings- en verwijsmogelijkheden voor slachtoffers. In dit opzicht vormen communicatietrainingen voor studenten geneeskunde uiteraard een absolute noodzaak.

In mijn praktijk als psychiater stelde ik de voorbije maanden meermaals vast dat de recente onthullingen in de media bij slachtoffers van misbruik herbelevingen met zich mee brengen en dat deze ook aanleiding kunnen geven om hun misbruikervaringen bij zorgverleners te bespreken (*disclosure*). Hoe dezen hiermee omgaan, kan erg bepalend zijn voor de verdere prognose (Dallam 2009). Zijn onze collegae uit de eerstelijnszorg en uit andere medische disciplines hier voldoende op voorbereid?

LITERATUUR

- Binder EB, Nemeroff CB. The CRF system, stress, depression and anxiety-insights from human genetic studies. *Mol Psychiatry* 2010; 15: 574-88.
- Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. *Nat Rev Endocrinol* 2009; 5:374-81.
- Claes SJ. Hoe gaat het met de psychiatrische genetica? *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 429-31.
- Dallam S. Where does it hurt? How victimization impacts presentation and outcomes in primary care. In: Banyard VL, Edwards VJ, Kendall-Tackett KA, red. *Trauma and physical health*. New York: Routledge; 2009. p. 134-62.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, e.a. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998; 14: 245-58.
- Heim C, Shugart M, Craighead WE, Nemeroff CB. Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Dev Psychobiol* 2010; 52: 671-90.
- Luyten P. Life stress-onderzoek: methodologische aspecten en relevantie voor de klinische praktijk. In: Van Houdenhove B, red. *Stress, het lijf en het brein. Ziekten op de grens tussen psyche en soma*. Leuven: Lannoo Campus; 2007. p. 197-220.
- McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, e.a. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *JAMA* 1997; 277: 1362-8.

Romans S, Belaise C, Martin J, Morris E, Raffi A. Childhood abuse and later medical disorders in women. An epidemiological study. *Psychother Psychosom* 2002; 71: 141-50.

Trickett PK, Noll JG, Susman EJ, Shenk CE, Putnam FW. Attenuation of cortisol across development for victims of sexual abuse. *Dev Psychopathol* 2010; 22: 165-75.

Van Houdenhove B. Op de grens tussen psyche en soma: termen, concepten en classificatie. In: Van Houdenhove B, red. *Stress, het lijf en het brein. Ziekten op de grens tussen psyche en soma*. Leuven: LannooCampus; 2007. p. 15-33.

AUTEUR

F. VAN DEN EEDE is wnd. medisch coördinator van de dienst psychiatrie in het UZA, en is tevens verbonden aan het Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Faculteit Geneeskunde Universiteit Antwerpen (UA).

Correspondentieadres: prof. dr. Filip Van Den Eede, Dienst Psychiatrie, Universitair Ziekenhuis Antwerpen, Wilrijkstraat 10, 2650 Edegem, België.
E-mail: filip.van.den.eede@uza.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Childhood trauma and health care: To know is to recognize and to acknowledge