Kortdurende eclectische psychotherapie voor een Turkse patiënte met een posttraumatische stressstoornis

Y. GÜZELCAN, M. OLFF, N. SPERMON, B.P.R. GERSONS

SAMENVATTING *Allochtonen hebben een verhoogde kans op een posttraumatische stressstoornis. Communicatieproblemen en cultuurverschillen kunnen de adequate behandeling van een posttraumatische stressstoornis in de weg staan. Bij een 55-jarige Turkse patiënte met een posttraumatische stressstoornis na de vuurwerkramp in Enschede, bleek kortdurende eclectische psychotherapie succesvol te zijn.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)11, 795-799]

TREFWOORDEN immigranten, posttraumatische stressstoornis, psychotherapie, Turks

De prevalentie van de posttraumatische stressstoornis (PTSS) is afhankelijk van de mate van blootstelling aan traumatische gebeurtenissen. In de VS is de levensprevalentie bij mannen 5% en bij vrouwen 10-12% (Breslau e.a. 1998). In een aantal onderzoeken is aangetoond dat de prevalentie van PTSS hoger is bij allochtonen dan bij autochtonen (Galea e.a. 2002; Ozer e.a. 2003). Onder meer migratie, acculturatie, discriminatie en heimwee spelen hierbij een belangrijke rol (Bhugra 2004; Hovey & King 1996; Williams & Williams-Morris 2000).

Om de levenskwaliteit en het psychisch en sociaal functioneren van PTSS-patiënten te verbeteren is behandeling van PTSS noodzakelijk (Van Etten & Taylor 1998; Sherman 1998). Volgens de richtlijn van het National Institute for Clinical Excellence zijn cognitieve gedragstherapie (CGT) en *Eye Movement Desensitization & Reprocessing* (EMDR) de behandelingen van eerste keuze (Van Etten & Taylor 1998; National Institute for Clinical Excellence 2005; Sherman 1998). Tegenwoordig wordt ook onderzoek gedaan naar het effect van psychotherapie op PTSS bij allochtonen en vluchtelingen. Cultuurspecifieke factoren en communicatieproblemen zijn sterk van invloed op het effect van de behandeling (Kortmann 2002; Nobles & Sciarra 2000).

Onderstaand presenteren wij een allochtone patiënte met PTSS, bij wie kortdurende eclectische psychotherapie (KEP) – grotendeels bestaande uit CGT – is toegepast. De cultuurspecifieke factoren die bij een dergelijke behandeling een rol spelen, worden besproken.

GEVALSBESCHRIJVING

Een 55-jarige Turkse vrouw wordt verwezen werd voor diagnostiek en behandeling van angstklachten die waren ontstaan na de vuurwerkramp in Enschede. Uit de anamnese blijkt dat zij meteen na de vuurwerkramp last heeft gekregen van nachtmerries, herbelevingen, prikkelbaarheid, boosheid en somberheid. Dertig jaar geleden was zij uitgehuwelijkt en tegen haar zin in naar Ne-

derland geëmigreerd op aandringen van haar echtgenoot. Ingrijpende gebeurtenissen in het leven van patiënte zijn seksueel misbruik op 10-jarige leeftijd en het verlies van haar eerste kind.

Haar nachtmerries gaan niet alleen over de vuurwerkramp, maar ook over die gebeurtenissen. Haar boosheid betreft haar gedwongen komst naar Nederland. Ze is teleurgesteld omdat zij niet goed Nederlands heeft kunnen leren, waardoor zij geen opleiding heeft kunnen volgen en niet heeft kunnen integreren in de Nederlandse maatschappij. Een groot gevoel van heimwee naar Turkije overheerst. Patiënte zou graag terugkeren en langere tijd in haar vaderland verblijven. Zij vindt dat zij dit niet kan doen, omdat haar twee volwassen kinderen in Nederland wonen.

Bij patiënte wordt de DSM-diagnose (American Psychiatric Association 1994) PTSS gesteld met behulp van het *Structured Clinical Interview for* DSM-IV *Axis I Disorders – patient edition* (SCID-I; Spitzer e.a. 1995) en de *Zelfinvullijst* PTSS (Carlier e.a. 1998). Patiënte geeft aan psychotherapie te prefereren boven een medicamenteuze behandeling.

Er wordt gekozen voor korte eclectische psychotherapie (KEP) (Gersons & Olff 2005.). Hoewel de klachten na de vuurwerkramp ontstaan zijn, wordt ook stilgestaan bij eerdere trauma's, het migratieproces, het leven in Nederland en de eventuele remigratie naar Turkije. Tijdens de eerste behandelafspraak wordt aan patiënte uitleg gegeven over de relatie tussen trauma en symptomen en wordt haar verteld dat naast de vuurwerkramp ook eerder genoemde trauma's een bijdrage hebben geleverd aan haar klachtenpatroon en van invloed zijn op het resultaat van de behandeling (psycho-educatie).

Gedurende 5 sessies wordt er aandacht besteed aan de 'imaginaire *exposure*'. Tijdens deze sessies worden haar ervaringen tijdens de vuurwerkramp doorgenomen, waarbij heftige emoties van verdriet en onmacht tevoorschijn komen. Daarbij blijkt tevens dat patiënte tijdens de explosie diverse verschijnselen van peritraumatische dissociatie had.

De cognitieve herstructurering, betekenisverlening en het afscheidsritueel vinden plaats tijdens 7 sessies. Tijdens de cognitieve herstructurering wordt aandacht besteed aan negatieve cognities die zijn veroorzaakt door de vuurwerkramp, eerdere trauma's en het emigratieproces. Gedurende deze sessies realiseert patiënte zich steeds meer hoeveel impact de diverse trauma's op haar psyche, sociaal functioneren en persoonlijke ontwikkeling hebben gehad.

Patiënte stuurt als schrijfopdracht een brief aan haar keuringsarts. In deze brief uit zij haar boosheid op de overheidsinstellingen: zij acht deze verantwoordelijk voor de vuurwerkramp. Als afscheidsritueel verbrandt patiënte na 12 sessies haar afscheidsbrief en enige officiële brieven betreffende de vuurwerkramp. De stenen die tijdens de explosie in haar tuin terechtgekomen waren, laat ze weghalen.

Alle gesprekken worden in het Turks gevoerd, omdat patiënte de Nederlandse taal onvoldoende beheerst. Bovendien kan zij in het Turks beter uiting geven aan haar gevoelens.

Na 12 sessies zijn de depressieve klachten en de PTSS-klachten duidelijk verminderd. Patiënte gaat daarna samen met haar man voor een langere periode naar Turkije. Dit is een positief effect van de psychotherapie. Voor de psychotherapie durfde zij dit niet. Zij wilde haar kinderen niet in Nederland achterlaten omdat zij bang was dat er iets ergs met hen zou gebeuren. Enige maanden na de behandeling laat zij weten dat het nog steeds goed met haar gaat.

BESPREKING

Psychotherapie is aantoonbaar effectief bij patiënten met PTSS, ook als zij uit niet-westerse culturen komen (Başoğlu e.a. 2003; Neuner e.a. 2004; Rittenhouse 2000). Als herbelevingen en nachtmerries op de voorgrond staan, is het belangrijk dat 'exposure' onderdeel van de behandeling is (Adshead 2000). Wanneer negatieve zelfbeelden op de voorgrond staan, is cognitieve therapie belangrijk (Adshead 2000). Örücu (1996) stelt dat gedragstherapie bij een allochtone patiënt wel mogelijk is,

maar dat het ruimdenkendheid en veel creativiteit vereist van de therapeut. De kortdurende therapie (KEP; Gersons & Olff 2005), die gekozen is voor bovenbeschreven patiënte, bevat zowel 'exposure' als cognitieve herstructurering. Bij eerder onderzoek werd de effectiviteit van deze behandeling al aangetoond (Gersons e.a. 2000; Lindauer e.a. 2005).

Een aantal factoren bemoeilijken adequate behandeling van allochtone patiënten met PTSS, zoals communicatieproblemen, eerdere trauma's, psychosociale stress en culturele factoren.

De taalbarrière beïnvloedt zowel de afname van de anamnese (en daarmee de diagnose) als de communicatie tussen patiënt en psychotherapeut (en daarmee de behandeling) (Bischoff e.a. 2003; Kirmayer 2001). Het is noodzakelijk dat een patiënt goed geïnformeerd wordt en voorlichting krijgt over wat hij van een psychotherapeutische behandeling mag verwachten. Dit zijn aspecifieke factoren van psychotherapie en deze versterken de motivatie van de patiënt (Kortmann 2002). Daarbij kan miscommunicatie tot secundaire traumatisering leiden (Sondergaard & Theorell 2004). Als bij de behandeling de moedertaal gesproken wordt, neemt het effect van de behandeling toe. Als een patiënt over zijn verleden spreekt en in het bijzonder over herinneringen die een psychische invloed gehad hebben, kan hij deze beter in de moedertaal verwoorden, daardoor kan de therapeut beter zien wat de psychische gevolgen ervan zijn. Dit is echter niet altijd mogelijk. Gebruik van een tolkentelefoon is dan een goede optie (Baxter & Cheng 1996; Lears & Abbott 2005). Bij gebruik van een tolk dienen goede afspraken gemaakt te worden over de geheimhouding. Bij voorkeur wordt bij alle sessies dezelfde tolk gebruikt en er moet voor gewaakt worden dat de tolk geen bekende van de patiënt is. Als het over een traumatische gebeurtenis gaat van bijvoorbeeld politieke of seksuele aard, moet de tolk zorgvuldig gekozen worden. Het is aan te bevelen dat de therapeut voor en na de sessie met de tolk een gesprek heeft en dat er tijdens de behandeling extra informatie uitgewisseld kan worden.

Bij niet-westerse culturen gaat het bij een trauma niet zozeer om de schuldvraag maar om het gevoel van schaamte. Patiënten zijn bang om openlijk over hun trauma te praten (bv. seksueel misbruik) uit angst voor de consequenties (bv. eerwraak of zelfdoding). De gedachte dat de eer hersteld moet worden zit diep geworteld. Patiënten met PTSS hebben een basaal wantrouwen in de medemens. Schaamte maakt het nog moeilijker om een vertrouwensband te creëren tussen arts en patiënt. Daarom hebben allochtone patiënten extra ruimte en tijd nodig om de behandelaar te vertrouwen. Kennis van de culturele achtergrond en goede communicatiemiddelen kunnen dit vertrouwen bevorderen. Als de traumatische gebeurtenis seksueel misbruik is, is het extra belangrijk dat vrouwelijke allochtone patiënten een vrouwelijke behandelaar krijgen. Als de behandelaar ook dezelfde etnische achtergrond heeft, is het belangrijk dat patiënt en behandelaar niet tot dezelfde kennissenkring behoren, omdat dat het schaamtegevoel bij de patiënt zou kunnen versterken.

Eerdere trauma's en psychosociale stressfactoren (migratie, heimwee, discriminatie en acculturatie) spelen een belangrijke rol bij het ontstaan van PTSS. Zo is het bovenbeschreven patiënte niet gelukt om in de Nederlandse maatschappij te integreren. Mede hierdoor ontstond sterke heimwee.

Deze factoren verdienen de nodige aandacht in de behandeling (Marshall & Suh 2003). Bij KEP komen deze factoren tijdens de cognitieve herstructurering, de betekenisverlening en het bepalen van het toekomstperspectief aan bod.

CONCLUSIE

Het succes van psychotherapie bij allochtone patiënten met PTSS lijkt vergroot te worden door tijdens de therapie ook aandacht te besteden aan cultuurspecifieke elementen.

LITERATUUR

Adshead, G. (2000). Psychological therapies for posttraumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry, 177*, 144-148.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Başoğlu, M., Livanou, M., Sarcioğlu, E., e.a. (2003). A brief behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder in earthquake survivors: results from an open clinical trial. *Psychological Medicine, 33*, 647-654.

Baxter, H., & Cheng, L.Y. (1996). Use of interpreters in individual psychotherapy. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry, 30*, 153-156.

Bhugra, D. (2004). *Migration and mental health. Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*, 243-258.

Bischoff, A., Bovier, P.A., Rrustemi, I., e.a. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social science & medicine, 57*, 503-512.

Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., e.a. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry, 55*, 626-632.

Carlier, I.V., Lamberts, R.D., van Uchelen, A.J., e.a. (1998). Clinical utility of a brief diagnostic test for posttraumatic stress disorder. *Psychosomatic Medicine, 60*, 42–47.

Etten, M. van, & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 5*, 126-144.

Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., e.a. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *New England Journal of Medicine, 346*, 982-987.

Gersons, B.P., Carlier, I.V., Lamberts, R.D., e.a. (2000). Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 333-347.

Gersons, B.P., & Olff, M. (2005). *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stress-stoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Hovey, J.D., & King, C.A. (1996). Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among immigrant and second-generation Latino adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 1183-1192.

Kirmayer, L.J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*(*Suppl. 13*), 22-28.

Kortmann, F. (2002). Relativeren van eigen normen; interculturele psychotherapie. In E. van Meekeren, A. Limburg-Okken & R. May (Red.), *Culturen binnen psychiatrie-muren* (pp.112-122). Amsterdam: Boom.

Lears, L.O., & Abbott, J.S. (2005). The most vulnerable among us. *Health Progress, 86*, 22-25.

Lindauer, R.J.L., Gersons, B.P.R., Van Meijel, E.P.M. e.a. (2005). Effets of brief eclectic psychotherapy in patients with posttraumatic stress disorder: randomized clinical trial. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 205-212.

Marshall, R.D., & Suh, E.J. (2003). Contextualizing trauma: using evidence-based treatments in a multicultural community after 9/11. *Psychiatric Quarterly , 74*, 401-420.

Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., e.a. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 72*, 579-587.

National Institute for Clinical Excellence. (2005). *The Management of ptsd in primary and secondary care*. London: National Institute for Clinical Excellence.

Nobles, A.Y., & Sciarra, D.T. (2000). Cultural determinants in the treatment of Arab Americans: a primer for mainstream therapist. *American Journal of Orthopsychiatry, 70*, 182-191.

Örücü, H. (1996). Gedragstherapie en allochtonen. In J. de Jong & M. van den Berg (Red.), *Transculturele psychiatrie & Psychotherapie* (pp.213-224). Meppel: Swets & Zeitlinger.

Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., e.a. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*, 52-73.

Rittenhouse, J. (2000). Using eye movement desensitization and reprocessing to treatment complex PTSD in a biracial client. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 6*, 399-408.

Sherman, J.J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatment for PTSD: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 413-435.

Sondergaard, H.P., & Theorell, T. (2004). Language acquisition in relation to cumulative posttraumatic stress disorder symptom load over time in a sample of re-settled refugees. *Psychotherapy and Psychosomatics, 73*, 320-323.

Spitzer, B., Gibbon, R.L., Janet, M., e.a. (1995). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders – patient edition (SCID-I/P, version 2.0)*. New York: American Psychiatric Press.

Williams, D.R., & Williams-Morris, R. (2000). Racism and mental health: the African American experience. *Ethnicity & Health, 5*, 243-268.

AUTEURS

Y. GÜZELCAN is psychiater en werkzaam bij de afdeling acute psychiatrie van GGZ-'s-Hertogenbosch en onderzoeker Topzorgprogramma Psychotrauma, afdeling psychiatrie van het AMC/de Meren te Amsterdam.

M. OLFF is psycholoog en hoofd van Topzorgprogramma Psychotrauma, afdeling psychiatrie van het AMC/de Meren te Amsterdam.

N. SPERMON is co-assistent geneeskunde bij de Universiteit Utrecht.

B.P.R. GERSONS is psychiater en als hoogleraar verbonden aan de afdeling psychiatrie van het AMC/de Meren te Amsterdam en lid van de Raad van Bestuur van De Meren.

Correspondentieadres: Y. Güzelcan, GGZ-'s-Hertogenbosch, afdeling acute psychiatrie, Postbus 70058, 5201 DZ 's-Hertogenbosch. Tel.: 073 6586816. Fax: 073 6991623.
E-mail: y.guzelcan@jbz.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-6-2005.

SUMMARY

A short course of eclectic psychotherapy for a Turkish patient with posttraumatic stress disorder. A case study – Y. Güzelcan, M. Olff, N. Spermon, B.P.R. Gersons –
Immigrants have a greater chance of developing posttraumatic stress disorder. Cultural differences and communication problems can have an adverse effect on treatment. In our article we describe a 55-year-old Turkish woman who suffered from posttraumatic stress disorder following the fireworks disaster at Enschede and who was treated successfully with a short course of eclectic psychotherapy.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)11, 795-799]

KEY WORDS immigrants, posttraumatic stress disorder, psychotherapy, Turkey