

Is er een plaats voor de Complexe Posttraumatische Stress Stoornis? PTSS en DES NOS nader beschouwd.

door: R.A. Jongedijk, I.V.E. Carlier, J.N. Schreuder en B.P.R. Gersons

Gepubliceerd in 1995, no. 1

Samenvatting

Aan de hand van een literatuuronderzoek wordt in dit artikel geïllustreerd dat de posttraumatische stress-stoornis (PTSS) waarschijnlijk onvoldoende de symptomatologie weergeeft van ernstig en langdurig getraumatiseerde patiënten. Aandacht wordt besteed aan de in dit verband recent ontwikkelde concepten Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DES NOS) en Complexe PTSS. Bij een beperkt aantal Nederlandse veteranen werden de gestructureerde interviews SCID-R PTSS en SCID DES NOS afgenomen. De veteranen vertoonden ernstige posttraumatische symptomatologie.

DES NOS lijkt geassocieerd met PTSS. Vanuit verschillende invalshoeken bezien lijkt aanvulling van het PTSS-concept met DES NOS van waarde te kunnen zijn.

Inleiding

De *Posttraumatische Stress-stoornis* (PTSS) (APA 1987) is niet de enige psychiatrische stoornis die het gevolg kan zijn van een psychotraumatische gebeurtenis. Het is al veel langer bekend dat ook andere stoornissen kunnen volgen op een psychotrauma.

Horowitz (1986) sprak in dit verband van de 'stress response syndromes' en Van der Kolk (1988) van het 'trauma spectrum'. Behalve PTSS vallen hieronder onder meer rouwreacties, aanpassingsstoornissen, stemmingsstoornissen en reactieve psychosen. Ook is inmiddels duidelijk aangetoond dat er wanneer er wél sprake is van PTSS, in een groot percentage van de gevallen andere psychiatrische stoornissen kunnen worden gediagnostiseerd. Bovendien wordt het steeds aannemelijker dat traumatisering in de vroege jeugd geassocieerd is met de borderline persoonlijkheidsstoornis en verscheidene dissociatieve stoornissen. PTSS is in DSM-III-R echter de enige stoornis waarbij een psychotraumatische gebeurtenis tot de diagnostische criteria behoort.

Recent is hierin een wijziging gekomen. In DSM-IV wordt de Acute Stress-stoornis geïntroduceerd als tweede traumaspecifieke diagnose (APA 1993). Daarnaast zijn pogingen gedaan om het concept *Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified* (DES NOS) in combinatie met PTSS ook wel *Complexe PTSS* ('Complex PTSD') genoemd, in de psychiatrische diagnostiek in te voeren (Herman 1992, 1993; Van der Kolk e.a. 1992a, 1992b). Deze pogingen zijn gedaan, omdat men van mening is dat PTSS onvoldoende de symptomatologie weergeeft waarmee ernstig getraumatiseerde patiënten zich presenteren.

DES NOS is niet als aparte code in DSM-IV vastgelegd. Onder het hoofdstuk 'geassocieerde descriptieve' kenmerken (van PTSS) worden de DES NOS-criteria als *associated constellation of symptoms in association with an interpersonal stressor* beschreven (APA 1993). In ICD-10 bestaat de categorie *Duurzame persoonlijkheidsverandering na een catastrofale ervaring*, die wel een code heeft (F 62.0) en die gelijkenis vertoont met DES NOS (WHO 1992).

In dit artikel zal in een beperkt literatuuronderzoek worden geprobeerd PTSS en DES NOS in een diagnostisch perspectief te plaatsen. Daarnaast zal verslag worden gedaan van een kleinschalig beschrijvend onderzoek bij patiënten met ervaringen als Nederlands oorlogsveteraan.

Historisch overzicht PTSS is weliswaar een vrij nieuw begrip, maar de verschijnselen van PTSS bestaan al veel langer (Gersons en Carlier 1992).

Literaire auteurs waren de wetenschappelijke onderzoekers ver vooruit in hun beschrijvingen van traumareacties; auteurs als Lucretius en Shakespeare, maar ook recentere literatoren hebben goede beschrijvingen gegeven van posttraumatische symptomen (Jongedijk 1993).

Wetenschappers houden zich vanaf het eind van de vorige eeuw bezig met posttraumatische reacties. Door de jaren heen zijn aan de posttraumatische syndromen vele verschillende namen gegeven: Shell Shock, Soldiers Heart, Railway Spine, Traumatische Neurose, Combat Neurosis, Stacheldraht Krankheit, Post-Concentratiekamp Syndroom, Accident Neurosis, Post-Vietnam Syndrome, Rape Trauma Syndrome, Post-Sexual Abuse Syndrome en Torture Syndrome.

Er blijkt sprake van een heterogene groep stoornissen.

Sommige begrippen verwijzen bijvoorbeeld naar kortdurende reacties en andere naar meer chronische. Kardiner (1969) schreef in dit verband: It is hard to find a province of psychiatry in which there is less discipline than this one. There is practically no continuity to be found anywhere en Boulanger (1990) schreef recent over PTSS: 'A state of anarchy and a call to arms'.

Desondanks zijn er in het verleden wel degelijk pogingen ondernomen om enige diagnostische ordening binnen de traumadiagnostiek aan te brengen. Men zag na de Tweede Wereldoorlog in dat de toenmalige diagnostiek bij de ernstige en langdurig getraumatiseerde holocaust-slachtoffers tekortschoot. Zo stelde men onder meer: 'Attempts to fit concentration-camp survivors into pre-existing nosological categories have been on the whole unsuccessful' (Krystal en Nederland 1968) en The concept of traumatic neuroses does not appear to cover the multitude and severity of clinical manifestations of the survivor syndrome (Nederland 1968b). De geciteerde auteurs probeerden een tweedeling in de diagnostiek aan te brengen, met aan de ene kant de traumatische neurose als een zelflimiterende stoornis, waarbij de egofuncties redelijk intact zouden blijven. Hiernaast formuleerden zij het 'survivor syndrome', dat vergeleken met de traumatische neurose veel ernstiger en invaliderender zou verlopen en veel langer zou aanhouden. Dit chronisch verlopende syndroom zou worden gekarakteriseerd door vele symptomen, waaronder depressieve symptomen, angstreacties, nachtmerries, slaapstoornissen, stoornissen in geheugen en concentratie, emotionele onthechting, ernstige psychosomatische klachten en persoonlijkheidsveranderingen met langdurig verstoorde objectrelaties (Krystal en Nederland 1968, Nederland 1968a).

Andere auteurs in die periode beschreven soortgelijke syndromen, die ook wel als *persoonlijkheidsveranderingen* na traumatisering door de holocaust werden aangeduid. Centraal stond bij deze stoornissen een ernstig en langdurig dysfunctioneren op interpersoonlijk en maatschappelijk gebied (Bychowski 1968, Eitinger 1964, Koenig 1964, Tanay 1968, Wough 1968). Maar niet alleen bij slachtoffers van de holocaust werden persoonlijkheidsveranderingen aangetoond. Bij 80% van de overlevenden van de grote dambreuk van 1972 bij Buffalo Creek vond men twee jaar na de ramp behalve klachten die passen bij traumatische neurose, ook karakterveranderingen. Gevonden werden klachten als verstoorde objectrelaties, met psychisch conservatisme, sociale isolatie, gebrek aan zelfvertrouwen en ambitie, en daarbij gevoelens van hulpeloosheid, zinloosheid en demoralisatie (Titchener en Kapp 1976, Indy en Titchener 1983).

In Nederland is regelmatig gepubliceerd over posttraumatische symptomatologie bij holocaust-slachtoffers. Voor de stoornissen werden verschillende termen gebruikt, waaronder KZ-Syndroom (Bastiaans 1974), Post-Concentratiekamp Syndroom (Cohen 1969, Musaph 1973) en Existentieel Emotioneel Stress Syndroom (Hustinx 1973, Blijham 1984). Deze syndromen werden evenals bij Nederland e.a.

beschreven als *multisymptomatisch* en veelal werd ook hier melding gemaakt van veranderingen op het vlak van het *interpersoonlijk functioneren*. Dergelijke veranderingen zouden bestaan uit onder meer sociale terugtrekking, zelfvervreemding en stoornissen in het hechtgedrag (Musaph 1973), of een chronisch geworden blokkering van goede menselijke betrekkingen (Bastiaans 1974).

Er kan worden geconcludeerd dat in de literatuur van vóór de introductie van PTSS herhaaldelijk is verwezen naar een concept dat verder reikt dan dat van de traumatische neurose, zowel voor wat de ernst en het beloop betreft als voor wat de symptomatologie aangaat.

PTSS en Complexe PTSS

Na de introductie van PTSS in 1980 bestond er enerzijds tevredenheid over de grotere diagnostische duidelijkheid. Anderzijds werd echter een zekere onvrede duidelijk. Immers: PTSS zou zowel de acute als de chronische reacties op uiteenlopende soorten trauma's dienen te beslaan. Door verschillende auteurs werd beargumenteerd dat PTSS als enige traumaspecifieke diagnose de grote variatie in symptomen die werd gevonden bij een deel van de slachtoffers mogelijk onvoldoende zou omvatten.

Sommige auteurs (Lerer 1988, Ciccone e.a. 1988, Kolb 1989b) pleitten ervoor PTSS te zien als een spectrumstoornis met kern -symptomen zoals herbelevingen, en daarnaast een scala van heterogene, toegevoegde symptomen. Veelvuldig zijn symptomen beschreven die niet goed passen binnen het huidige PTSS-concept. Voorbeelden hiervan zijn vitale uitputting (Falger en Op den Velde 1991, Op den Velde e.a. 1990), somatisatiesymptomen (Van der Ploeg en Kleijn 1989, Escobar e.a. 1992) en dissociatieve fenomenen (Carlson en Rosser-Hogan 1991). Ook werden pathologische veranderingen in relaties en in identiteit beschreven (Solomon e.a. 1987, Terr 1991, Van der Kolk 1988). Kolb (1989b) schreef onder meer dat 'at one time or another PTSD may appear to mimic every personality disorder'. Daarbij stelde hij dat enkelvoudige trauma's zoals auto-ongelukken doorgaans heel andere gevolgen hebben dan de langdurige en ernstige ervaringen van frontsoldaten of holocaust-overlevenden. De laatste groepen zouden kunnen lijden aan wat hij de langdurige, ernstige persoonlijkheidsdesorganisatie noemde (Kolb 1989a; 1989b).

Ook hier keert weer het begrip persoonlijkheidsverandering na psychotraumatische ervaringen terug. Horowitz (1986) pleitte voor invoering van de term *posttraumatic character disorder* en zag deze stoornis als eindpunt van een falende traumaverwerking. Brende (1983) schreef: 'Pronounced identity changes have been found in Vietnam veterans that bear a notable similarity to the disorder of self typically found in borderline and narcissistic patients'. Parsons (1984) volgde Brende en noemde dergelijke stoornissen *post-traumatic self disorders*. Titchener (1986) pleitte voor de term *post-traumatic decline*, Rosenheck beschreef het *malignant post-Vietnam stress syndrome*, Goderez (1987) greep terug op Nederland en sprak van het *survivor syndrome*, terwijl Parson (1990) elders het *posttraumatic demoralization syndrome* beschreef. Het betreft hier syndromen die zich volgens de desbetreffende auteurs zouden onderscheiden van PTSS in zowel symptomatologie als in beloop, en die veel overeenkomst vertonen met aspecten van persoonlijkheidsverandering. Met het nieuwe concept DES NOS blijkt er nu een grote symptoom-overlapping te bestaan (Jongedijk 1991).

Disorders of Extreme Stress

Herman, een groot pleitbezorger voor DES NOS, concludeerde in een recent literatuuroverzicht dat er voldoende gronden zijn om het PTSS-concept uit te breiden (Herman 1992, 1993). Er zou een spectrum van stoornissen bestaan, lopende van de kortdurende stressreactie na een enkelvoudig acuut trauma, via de 'gewone' PTSS tot de complexe stoornis van extreme stress (DES NOS). De gewone PTSS (*simple PTSD*) zou tekortschieten in de beschrijving van de symptomatologie die voorkomt bij met name slachtoffers van ernstige, langdurige traumatisering van vooral interpersoonlijke aard. Dit is het geval bij slachtoffers van onder andere concentratiekampen, werkkampen, martelingen of aanhoudende seksuele traumatisering.

Allereerst stelt Herman dat de symptomatologie tekortschiet. De symptomen bij deze slachtoffers zouden complexer en diffuser zijn en langer aanhouden dan bij PTSS. Ten tweede zijn er karakteristieke persoonlijkheidsveranderingen in objectrelationele zin en in de zin van de identiteit. Ten slotte is er een kwetsbaarheid voor herhaalde traumatisering of kwetsing. Zij pleitte voor de term complexe PTSS; de 'gewone' PTSS zou meer opgaan voor welomschreven, beperkte traumatisering.

DES NOS is gedefinieerd als een syndroom met uiteenlopende symptomen. Die symptomen zijn gegroepeerd in zeven categorieën (I-VII) met 27 subcategorieën. Steeds gaat het bij deze symptomen om veranderingen ten opzichte van de situatie van voor het trauma.

De eerste categorie is de verandering in de regulatie van het affect en de impulsen (I). Dit kan blijken uit de subcategorieën als affectlabiliteit (A), gebrekkige agressieregulatie (B), automutilatie (C), suïcidale preoccupatie (D), problemen in de regulatie van seksuele behoeften (E) en risicovol gedrag (F). Verandering in aandacht en bewustzijn (II) omvat de subcategorieën amnesie (A) en tijdelijke dissociatieve episodes en depersonalisatie (B). Verandering in de zelfperceptie (III) staat onder meer voor hulpeloosheidsgevoelens (A), het gevoel blijvende schade te hebben opgelopen (B), schuldgevoelens (C), schaamte (D), een niemand-kan-het-begrijpen-gedachte (E) en minimaliseren van de ervaringen (F). De veranderde perceptie van de dader (IV) wil zeggen dat men de dader idealiseert (B) of bijvoorbeeld overmatig gepreoccupeerd is met wraakgevoelens (C). Verandering in relaties met anderen (V) houdt in dat men anderen wantrouwt en zich sociaal isoleert (A), herhaaldelijk opnieuw slachtoffer wordt van nare gebeurtenissen (B) of juist anderen tot slachtoffer maakt (C). Somatisatie (VI) betreft een scala van klachten betreffende maag/darm (A), chronische pijn (B), hart/longen (C), conversie (D) en seksuele symptomen (E). Ten slotte is er de verandering in zingeving (VII), met hopeloosheid en pessimisme ten aanzien van de toekomst (A) en verlies van vaste overtuigingen (B), zoals het gevoel dat het leven zijn betekenis heeft verloren en belangrijke veranderingen in ethische of godsdienstige overtuiging.

De DES NOS-criteria zijn onderzocht in de 'Five Site PTSD Field Trial for DSM-IV' (Van der Kolk e.a. 1992b). Een belangrijke uitkomst is dat DES NOS vrijwel niet voorkomt zonder PTSS. Om die reden zou DES NOS geen aparte stoornis zijn, maar geassocieerd zijn met PTSS (complexe PTSS). Verder blijkt dat vroege, chronische en meer interpersoonlijke traumatisering vaker leidt tot PTSS met DES NOS dan latere, en dat bij traumatisering na het vijfentwintigste jaar de kans om DES NOS te krijgen zeer sterk afneemt.

Vraagstelling, methode en procedure

De vraagstellingen luiden als volgt. Welke symptomen, behorende tot PTSS en tot DES NOS, worden aangetroffen bij de onderzoekspopulatie? Hoe vaak komen de diagnosen PTSS en DES NOS voor en hoe verhoudt PTSS zich tot DES NOS? Verder is een belangrijk doel van deze studie om de Nederlandse vertaling van de SCID-DES NOS te onderzoeken op klinische bruikbaarheid.

Het onderzoek werd verricht bij veteranen, die zich bij Centrum 45 hadden aangemeld voor poliklinische behandeling. Onder veteranen worden verstaan: alle gewezen militairen met de Nederlandse nationaliteit, die het Koninkrijk der Nederlanden hebben gediend in oorlogsomstandigheden of daarmee overeenkomende situaties.

Het gestructureerde interview voor de Posttraumatische Stress-stoornis volgens DSM-III-R, de SCID-R-PTSS (Spitzer e.a. 1985, Koster van Groos 1986), werd gebruikt om de PTSS-symptomatologie te inventariseren. De SCID-DES NOS (Van der Kolk e.a. 1992a, Carlier e.a. 1992) werd gebruikt om na te gaan of symptomen van DES NOS voorkomen bij de onderzoekspopulatie.

De SCID-DES NOS bestaat uit 48 items (vragen), verdeeld over 7 categorieën en 27 subcategorieën. Voor de scoring werd gebruik gemaakt van criteria die werden gebruikt in de PTSD Field Trials for DSM-IV (Van der Kolk e.a. 1992b). Elk item kan worden beantwoord met 'ja' (het symptoom is aanwezig bij de patiënt) of 'nee'. Om te voldoen aan categorie I, is subcategorie A verplicht, samen met een van de resterende vijf subcategorieën. Voor categorie II is A of B vereist, voor categorie III twee van de zes subcategorieën, voor V een van de drie, voor VI twee van de vijf en voor categorie VII is een van de twee subcategorieën vereist. Er is sprake van DES NOS wanneer aan alle categorieën is voldaan; alleen categorie IV is facultatief.

Er werd vanwege de betrouwbaarheid van de antwoorden steeds gevraagd naar de huidige klachten, niet naar de life-time diagnose.

Alle veteranen die zich vanaf 1 januari 1992 tot 1 oktober 1992 hadden aangemeld voor behandeling bij Centrum '45, werden benaderd met het verzoek om deelname aan het onderzoek. De interviews volgden binnen vier weken na het intake-gesprek, vóór de behandeling werd begonnen, en werden verricht door de eerste auteur.

Resultaten

De onderzoeksgroep en algemene karakteristieken - Het aantal veteranen dat zich had aangemeld in de onderzoeksperiode bedroeg 28. Van deze 28 personen waren er twee ten tijde van de start van de interviews reeds in behandeling en vijf veteranen werden na de intake naar elders verwezen of zagen af van verdere behandeling. Er resteerden dus 21 personen, die allen bereid waren om te participeren in het onderzoek.

De gemiddelde leeftijd bedroeg 65,9 jaar (spreiding: 60 tot 73). 19 van hen vochten in Nederlands-Indië van 1945 tot 1950; twee van hen streden in de meidagen van 1940 in Nederland. De gemiddelde leeftijd bij het begin van de oorlogshandelingen lag op 19,8 jaar (spreiding: 17 tot 26 jaar). De gemiddelde duur van de oorlogservaringen bij Nederlands-Indië-veteranen was 2,81 jaar (spreiding: 2 tot 4 jaar). *Beschrijving van enkele ervaringen* - In de meidagen van 1940 werden 275.000 militairen gemobiliseerd. Ruim 2000 van hen zijn omgekomen. De Politie Acties in Nederlands-Indië (1945-1949) waren vergelijkbaar met een guerrillaoorlog, met twee grote offensieven (medio 1947 en december 1948). Het aantal Nederlands-Indië-militairen bedroeg ongeveer 170.000; 2500 van hen zijn omgekomen door contact met de vijand en 2000 door ziekten of ongevallen.

De ervaringen van de veteranen liepen uiteen, maar allen hadden ernstige traumatische situaties meegemaakt. Het merendeel van de Nederlands-Indië-veteranen moest patrouille lopen in vijandig gebied en werd regelmatig geconfronteerd met beschietingen. Velen zagen dat hierbij kameraden of vijanden werden gedood. Men trof burgers en medesoldaten dood aan, soms gescalpeerd of naakt en door de klewang verminkt. Men zag hoe burgers werden gedood of men beschoot zelf burgers en

dorpen. Chauffeurs van de aan- en afvoertroepen lagen vaak onder vuur. Soms kwamen zij 's nachts met pech geïsoleerd in vijandelijk gebied te staan.

Veel Nederlands-Indië-veteranen gingen niet vrijwillig, kenden het doel van hun missie niet ('Indië bevrijden van de Japanners, politionele acties'), wisten niet wat hen te wachten stond en werden, eenmaal terug in Nederland, nauwelijks opgevangen en in veel gevallen vijandig bejegend.

Sommige Indië-veteranen hadden al eerder bijzondere ervaringen in de Tweede Wereldoorlog meegemaakt. Hieronder vallen gedwongen tewerkstelling in Duitsland, werkkampen, onderduiken of het meemaken van bombardementen. Enkelen hebben aan het einde van de oorlog, vanuit het toen al bevrijde Zuid-Nederland (1944), meegevochten met de geallieerden om Noord-Nederland te bevrijden. *Diagnostische resultaten* - Het aantal gemelde symptomen van PTSS in de gehele onderzoeksgroep, dus ook bij de patiënten zonder volledige PTSS, was indrukwekkend. Ongeveer 90% van de patiënten vertoonde één of meer van de vier herbelevingssymptomen die DSM-III-R kent (PTSS-criterium B); 71,4% meer dan drie van de zeven symptomen passend bij vermijding (criterium C); en 85,7% meer dan twee van de zes symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (criterium D).

De diagnose PTSS kon worden geteld bij 14 patiënten (67%). Twee patiënten scoorden twee vermijdingssymptomen, terwijl drie of meer noodzakelijk zijn voor de diagnose PTSS. Daarbij bleken zij ernstige hinder van herbelevingen te ondervinden. Zij hadden dus forse posttraumatische klachten zonder dat PTSS kon worden gediagnostiseerd. Deze bevinding komt overeen met eerder onderzoek (Carlier e.a. 1994); dergelijke PTSS-varianten worden in de literatuur wel partiële PTSS of subthreshold PTSD genoemd.

De veteranen scoorden aanzienlijk bij de DES NOS-items. 15 van de 21 veteranen scoorden op vier of meer DES NOS-categorieën, 10 op vijf of meer, en 8 op zes of meer categorieën. Acht patiënten voldeden aan alle criteria voor DES NOS (38%). Deze veteranen met DES NOS vertoonden tevens PTSS. DES NOS komt in dit onderzoek niet voor zonder PTSS, hetgeen het concept complexe PTSS ondersteunt en in overeenstemming is met de PTSD Field Trial (Van der Kolk e.a. 1992b).

Alle patiënten uit de onderzoeksgroep samen scoorden vrij hoog op de DES NOS-categorieën I tot VII, met percentages die variëren tussen 62% (categorie I) en 81% (categorie III). De facultatieve categorie IV, verandering in de perceptie van de dader, scoort slecht (14%). Ook dit is conform eerder onderzoek (Van der Kolk e.a. 1992b).

Sommige subcategorieën scoren vrij hoog, zowel bij de PTSS- als bij de complexe-PTSS-groep. Dit is het geval bij onder meer I-A (affectabiliteit), I-B (agressieregulatie), II-A (amnesie), III-B (gevoel van blijvende schade), V-A (wantrouwen) en VI-B (chronische pijnklachten). Sommige subcategorieën scoren echter over de gehele linie laag, zoals I-C (automutilatie), III-F (minimaliseren van de ervaringen), V-B (revictimisatie) en de gehele categorie IV.

Van belang voor het onderscheid tussen de twee PTSS-vormen zijn de bevindingen ten aanzien van de verschillen in DES NOS-scores tussen veteranen met 'gewone' PTSS (6 patiënten) versus veteranen met complexe PTSS (8 patiënten). De belangrijkste scoreverschillen tussen de twee patiëntengroepen zijn gevonden voor II-B (dissociatie), VI-D (conversie) en VII-A (wanhoop en hopeloosheid). Kleinere verschillen werden gevonden bij I-A, I-B, I-D (suïcidale preoccupatie), III-E ('niemand kan het begrijpen'), de somatisatie-items VI-A (maag/darm) en VI-C (hart/longen) en VII-B (verlies van overtuigingen). Op al deze subcategorieën scoorden de veteranen met complexe PTSS hoger dan de veteranen met 'gewone' PTSS. Deze subcategorieën zouden dus enige waarde kunnen hebben met betrekking tot het diagnostische onderscheid tussen PTSS en complexe PTSS.

De verschillen tussen de patiënten-subgroepen bleken gering voor de subcategorieën met hoge scores II-A, III-B, III-C (schuldgevoelens), III-D (schaamte) en VI-B. Eveneens gering bleken de verschillen voor de laag gescoorde subcategorieën I-E (regulatie van seksuele behoeften) en III-A (hulpeloosheid). Binnen dit kleine onderzoek bleken deze subcategorieën geen waarde te hebben bij discriminatie tussen de twee diagnoses. Voor sommige bevindingen kan dit verklaard worden. Amnesie (II-A) bijvoorbeeld is een symptoom dat zowel tot de criteria van PTSS als die van DES NOS behoort. III-B (gevoel van blijvende schade) lijkt meer geassocieerd met traumatisering in het algemeen, en dus inderdaad zowel met PTSS als met DES NOS.

Opmerkelijk is dat subcategorie III-F (minimaliseren) hoger scoort in de 'gewone' PTSS-groep dan in de complexe-PTSS-groep en somatisatie als gehele categorie (VI) hoger scoort in de niet-PTSS-groep dan in de 'gewone' PTSS-groep. Mogelijk heeft dit toch te maken met de kleine groep patiënten. **Nabeschouwing Vanwege de kleine onderzoeksgroep en het inventariserend-beschrijvende karakter van deze studie kunnen geen harde conclusies worden getrokken.**

Vanuit het literatuuroverzicht bezien, lijkt er op theoretische en klinische gronden zeker plaats voor een aanvullende traumaspecifieke diagnostische categorie naast PTSS. DES NOS-symptomen lijken overeen te komen met symptomen die door verschillende auteurs eerder in de literatuur zijn beschreven bij ernstig en langdurig getraumatiseerde patiënten.

Uit de resultaten van de gestructureerde interviews is gebleken dat de veteranen (ten gevolge van oorlogservaringen die ongeveer 45 jaar geleden hebben plaatsgevonden) veel en ernstige posttraumatische symptomen vertoonden. Van hen had 90% één of meer symptomen van herbeleving en 48% scoorde op vijf of meer DES NOS-categorieën. Ongeveer 67% voldeed aan de criteria voor PTSS en 38% aan die voor DES NOS. De groep veteranen vertoonde dus DES NOS-symptomatologie, die niet wordt omvat door de diagnose PTSS. Daarnaast bevestigt dit onderzoek dat DES NOS is geassocieerd met PTSS.

De indrukwekkende psychopathologie die bij de onderzochte veteranen werd gevonden, is een deels te verklaren verbinding. De militairen vormen een selecte groep, die zich voor hulp heeft gewend tot een gespecialiseerd instituut. Verder kan een rol spelen dat alle patiënten voorafgaande aan de interviews een intake-gesprek hebben gehad. Dergelijke gesprekken kunnen herbelevingen oproepen en dus klachten verergeren.

Wie PTSS krijgt en wie complexe PTSS, kan niet worden gezegd. Zo vertoonde bijvoorbeeld één meidagen-veteraan zowel PTSS als DES NOS, de ander geen van beide. Het was niet de doelstelling van dit onderzoek om dergelijke relaties aan te tonen. Zo is er bijvoorbeeld ook niet gekeken naar de invloed van eerdere of andere traumatisering.

Is er bestaansrecht voor DES NOS? Ons lijkt dit zeker. Zowel in diagnostische als in therapeutische zin lijkt onderscheid tussen PTSS en complexe PTSS van belang te kunnen zijn. Complexe PTSS met symptomen als agressieregulatiestoornissen, dissociatie en demoralisatie kan bijvoorbeeld een andere behandeling noodzakelijk maken dan 'gewone' PTSS.

DES NOS is geen eenvoudig te hanteren ziekte-eenheid. Er zijn bijvoorbeeld geen kern-symptomen zoals bij PTSS (herbelevingen) of bij de depressieve stoornis (sombere stemming). DES NOS bestaat uit veel, onderling weinig samenhangende symptomen. Tussen DES NOS en PTSS-symptomen bestaat enige overlapping (bijvoorbeeld agressie en amnesie). De SCID-DES NOS is omvangrijk, maar voldoende goed af te nemen en voldoet in de klinische praktijk.

Zoals eerder vermeld, zal complexe PTSS of DES NOS niet als aparte stoornis in DSM-IV worden geïntroduceerd. Verder empirisch onderzoek zal nodig zijn om DES NOS zijn bestaansrecht te geven.

Literatuur (verkorte versie)

American Psychiatric Association (1993), DSM IV Draft Criteria.

APA, Washington DC.

Bastiaans, J. (1974), Het KZ-syndroom en de menselijke vrijheid.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 118, 1173-1178.

Boulanger, G. (1990), A state of anarchy and a call to arms: the research and treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 20, 5-15.

Brende, J.P. (1983), A psychodynamic view of character pathology in Vietnam combat veterans. *Bulletin Menninger Clinic* 47, 189-216.

Bychowski, G. (1968), Permanent character changes as an aftereffect of persecution. In: H. Krystal (red.), *Massive psychic trauma*. Int. Universities Press, New York.

Carlier, I.V.E., R.A. Jongedijk, R.D. Lamberts en B.P.R. Gersons (1992), Nederlandse vertaling van de SCID-DES NOS. *IGP Project*, Academisch Medisch Centrum, afd. Psychiatrie, Amsterdam.

Carlier, I.V.E., R.D. Lamberts en B.P.R. Gersons (1994), Vroege psychische gevolgen van traumatische politie ervaringen: enkele eerste bevindingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2, 81-93.

Gersons, B.P.R. en I.V.E. Carlier (1992), Post-traumatic stress disorder: a history of a recent concept. *British Journal of Psychiatry* 161, 742-748.

Goderez, B.I. (1987), The survivor syndrome; massive psychic trauma and posttraumatic stress disorder. *Bulletin Menninger Clinic* 51, 96-113.

Herman, J.L. (1992), Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress* 5, 377-391.

Herman, J.L. (1993), Sequelae of prolonged and repeated trauma: evidence for a Complex Posttraumatic Syndrome (DES NOS). In: J.R.T. Davidson en E.B. Foa (red.), *Posttraumatic Stress Disorder and beyond*. APA, Washington DC.

Jongedijk, R.A. (1991), Posttraumatische persoonlijkheidsverandering. *Voordracht Psychotrauma Studiegroep*, Amsterdam.

Jongedijk, R.A. (1993), Posttraumatische verschijnselen in de literatuur: is fictie ook vakwerk? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 35, 287-302.

Koenig, W. (1964), Chronic or persistent identity diffusion. *American Journal of Psychiatry* 120, 1081-1084.

Kolb, L.C. (1989b), Heterogeneity of PTSD (letter). *American Journal of Psychiatry* 146, 811-812.

Krystal, H. en W.G. Niederland (1968), Clinical observations on the survivor syndrome. In: H. Krystal (red.), *Massive psychic trauma*. Int. Universities Press, New York.

Lindy, J.D. en J. Titchener (1983), Acts of God and Man: Long-term Character Change in survivors of disasters and the law. *Behavioral Sciences Law* 1, 85-96.

Musaph, H. (1973), Het post-concentratiekamp syndroom. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 28, 207-217.

Niederland, W.G. (1968a), Clinical observations on the survivor syndrome. *International Journal of Psychoanalysis* 49, 313-315.

Parson, E.R. (1984), The reparation of the self: clinical and theoretical dimensions in the treatment of Vietnam combat veterans. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 14, 4-56.

Parson, E.R. (1990), Post-traumatic Demoralization syndrome (PTDS).

Journal of Contemporary Psychotherapy 20, 17-33.

Rosenheck, R. (1985), Malignant post-Vietnam syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry* 55, 166-176.

Titchener, J.L. (1986), Post-traumatic decline: a consequence of unresolved destructive drives. In: C.R. Figley (red.), *Trauma and its wake*. Volume II, 5-19. Brunner/Mazel, New York.

Titchener, J.L. en F.T. Kapp (1976), Family and character change at Buffalo Creek. *American Journal of Psychiatry* 133, 295-299.

Van der Kolk, B.A., D. Pelcovitz, J.L. Herman, S. Roth, S.J. Kaplan en R.L. Spitzer (1992a), *Structured Clinical Interview for Disorders of Extreme Stress N.O.S. (SCID DES NOS)*.

Van der Kolk, B.A., R. Mandel, P. Pelcovitz, S. Roth (1992b), Updata of DES NOS data analysis. *Voordracht I.S.T.S.S.-congres*, Amsterdam.

Een volledige literatuurlijst is op te vragen bij de eerste auteur.

Summary: Is there a place for the Complex Post-Traumatic Stress Disorder?

The Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) possibly inadequately represents the symptomatology of severely traumatized patients. In this article this is pointed out from the historic perspective.

Also in the more recent literature there are several propositions for a diagnostic category besides PTSD.

Attention is placed at the recently developed concept Disorders of Extreme Stress N.O.S. (DES NOS) or Complex PTSD. In a small investigation structured interviews (like SCID-DES NOS) have been taken off at Dutch war veterans. The results are discussed.

De auteurs zijn respectievelijk psychiater, afd. psychiatrie Reinier de Graaf Gasthuis te Delft; psycholoog-projectleider, afd. psychiatrie AMC te Amsterdam; psychiater-directeur Centrum '45 te Oegstgeest; en hoogleraar psychiatrie AMC te Amsterdam. Correspondentieadres: R.A. Jongedijk, Reinier de Graaf Gasthuis, Polikliniek Psychiatrie, Postbus 5012, 2600 GA Delft. Met dank aan dr. B.A. van der Kolk voor het beschikbaar stellen van de Engelstalige versie van de SCID-DES NOS en aan prof.dr. C.A.L. Hoogduin voor lezing van een eerdere versie van het artikel. Dit onderzoek liep parallel aan een onderzoeksproject op Centrum '45, dat wordt gesubsidieerd door de Stichting Algemene Loterij Nederland en Stichting Fondsenverwerving Militaire Oorlogs- en Dienstslachtoffers en aanverwante doeleinden.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 19-5-1994.