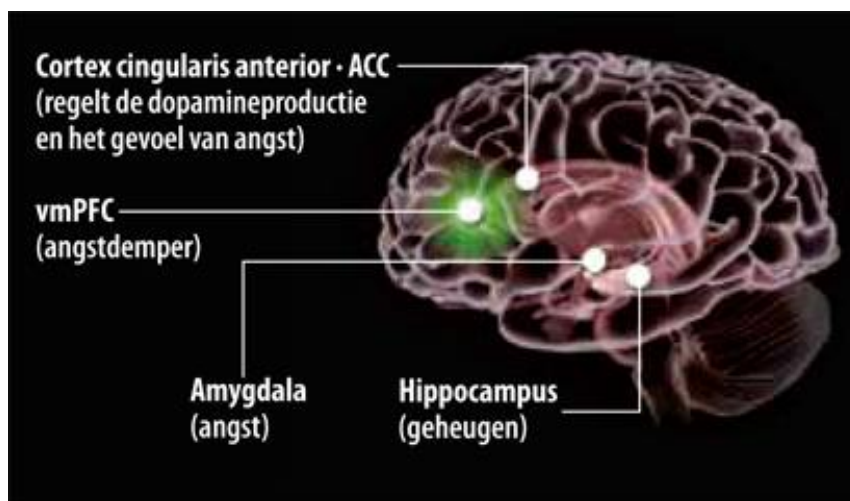


DE IC PATIËNT

Post-traumatische stress stoornis



Naam: Anne Schepers

Studentnummer: 0820695

Studiejaar: 2013

Klas: VO432

Module/Project: Leerjaar 4, Major 1

Literatuurstudie, AGZ-profiel

Stage: Atrium MC Heerlen

Afdeling: Heelkunde

Mentor/Tutor: Sandra Wetzels

Praktijkdocente: Simone Vermey

Stagebegeleiders: Henny van Tintelen,
Hanneke Gunther en Floor Heinink

Voorwoord

Deze literatuurstudie is geschreven in het kader van mijn opleiding tot HBO-verpleegkundige en betreft de Major 1 van het verdiepingsjaar aan de Hogeschool Zuyd te Heerlen. Op dit moment loop ik stage op de afdeling Heelkunde binnen het Atrium Ziekenhuis te Heerlen.

Allereerst wil ik mijn dank betuigen aan iedereen die mij geholpen en gesteund heeft tijdens het maken van deze literatuurstudie. Ik wil kort een aantal mensen bij name benoemen:

Mijn tutor van de Hogeschool Zuyd : Sandra Wetzels

Mijn werkbegeleiders : Henny van Tintelen, Hanneke Gunther en Floor Heinink

Mijn peerassessor: Ester Ancion

Mijn praktijkdocente : Simone Vermey

De dames van de medische bibliotheek binnen het Atrium MC te Heerlen

Mijn klasgenoten en collega's op de afdeling Heelkunde

Al deze personen hebben mij geholpen bij het beantwoorden van mijn leervragen en met het geven van tips en adviezen om mijn literatuurstudie tot een goed eindproduct te kunnen maken.

Voor al deze mensen mijn dank voor alle hulp.

Samenvatting

Posttraumatische stressstoornis (PTSS) is een psychische aandoening die in het DSM-IV is ingedeeld bij de angststoornissen. Men spreekt hiervan wanneer mensen 3 maanden na een traumatische ervaring psychisch en lichamelijke klachten blijven behouden. De aanleiding om hier verder onderzoek naar te doen in deze literatuurstudie is omdat de verpleegafdeling binnen de verpleegafdeling nog weinig kennis hebben omtrent de oorzaken, symptomen en gevolgen van PTSS na een IC opname, en misschien nog wel belangrijker: de verpleegkundige interventies bij PTSS. Het doel van deze literatuurstudie is dan ook dat verpleegkundigen binnen de verpleegafdeling tijdig klachten en symptomen van PTSS gaan herkennen bij de patiënten na een IC opname en hier vervolgens hun behandelingen of interventies op toepassen. Dit is tevens ook de hoofdvraag welke centraal staat in deze literatuurstudie. De deelvragen hebben betrekking op wat PTSS inhoudt, de oorzaken, symptomen en gevolgen hiervan en welke interventies of behandelingen er worden toegepast bij patiënten die na een IC opname te maken krijgen met PTSS.

Middels de vele evidence based bronnen, verkregen in de medische bibliotheek binnen het Atrium MC, werd er informatie verzameld en hieruit de hoofdzaken in deze literatuurstudie verwerkt om zodoende antwoord te kunnen geven op de hoofd- en deelvragen.

De resultaten laten zien dat PTSS ontstaat ten gevolge van een traumatische gebeurtenis of ervaring, welke na een IC opname meestal ontstaat door de toegediende sedativa en analgetica en enorme stress die de patiënten hier hebben ervaren. Tevens speelt hier de perifere ontregeling een grote rol, welke onderstaand nog uitgebreid wordt toegelicht. De klachten die PTSS met zich mee brengt zijn zowel op psychisch als op somatisch gebied vaak ingrijpend voor de patiënt en variëren van slapeloosheid tot angstaanvallen. De gevolgen van PTSS zijn veelal stress, angst en machteloosheid wat er zelfs toe kan leiden dat mensen de draad van hun leven niet meer kunnen oppakken. Gericht op patiënten met PTSS na een IC opname zijn de verpleegkundige interventies dan ook vooral gericht op coping gedrag en angstreductie. De meest voorkomende behandeling die wordt toegepast bij PTSS is eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), een vorm van exposure, en vooral geschikt omdat deze emotioneel weinig belastend is voor de patiënt.

Er kan dan ook geconcludeerd worden dat PTSS complexer is dan men aanvankelijk zou denken en het belangrijk is dat verpleegkundigen binnen de verpleegafdeling de klachten en symptomen tijdig herkennen, zodat deze hier hun interventies direct kunnen starten en de patiënt de traumatische ervaring kan verwerken.

Summary

Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a mental disorder in the DSM-IV and has been classified among the anxiety disorders. This is when people 3 months after a traumatic experience still having psychological and physical symptoms. The reason to do this research is because the nursing department haven't many knowledge about the causes, symptoms and consequences of PTSD after ICU admission, and perhaps even more important: the nursing interventions for PTSD. The purpose of this literature is that nurses in the ward timely signs and symptoms of PTSD recognize by patients after ICU admission and then their treatments or interventions can apply here. This is also the main question which is central to this literature. The sub-questions relate to what PTSD means, the causes, symptoms and consequences and what interventions or treatments are being used by patients after ICU admission to deal with PTSD.

Through the many evidence-based sources, obtained in the medical library in the Atrium MC, information was collected and the main points in this literature review process in order to provide the main and sub-questions.

The results show that PTSD occurs as a result of a traumatic event or experience, which after ICU admission is generally caused by the administered sedatives and analgesics and enormous stress that patients have experienced there. Here the peripheral dysregulation also plays a big role still below what is explained in detail. The complaints that PTSD brings with it are both psychological and somatic area often invasive for the patient and range from insomnia to anxiety attacks. The effects of PTSD are often stress, anxiety and powerlessness which even can lead to people can not pick up the thread of their lives. Focused on patients with PTSD after ICU admission, the nursing interventions therefore focus on coping and anxiety reduction. The most common treatment applied in PTSD is eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), a form of exposure, and especially suitable because these little emotionally taxing for the patient.

Therefore can be concluded than PTSD is more complex than one might think and it is important that nurses recognize the signs and symptoms timely manner within the ward. They can start their interventions immediately and the patient can handle his traumatic experience.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Summary	4
Inleiding	6
Hoofdstuk 1: Post-traumatische stress stoornis (PTSS)	8
1.1 Wat is PTSS?	8
1.2 Perifere ontregeling bij PTSS	9
Hoofdstuk 2: Symptomen van PTSS	11
2.1 Klachten en symptomen bij PTSS	11
2.1.1 Herbeleving	12
2.1.2 Vermijding	12
2.1.3 Verschijnselen van spanning en verhoogde waakzaamheid	13
Hoofdstuk 3: Verpleegkundige interventies en behandelingen bij PTSS	14
3.1 Verpleegkundige interventies	14
3.2 Behandeling van PTSS	15
3.2.1 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	16
Hoofdstuk 4: Nabeschouwing	17
Conclusie	17
Discussie van de resultaten	19
Discussie van de methoden	19
Aanbevelingen	20
Reflectie	21
Literatuurlijst	24
Bijlage:	26
Bijlage 1: Zoekstrategieën	26
Bijlage 2: Beoordelingsformulier literatuurstudie Verdiepingsjaar 2012-2013	27
Bijlage 3: Verpleegkundige Interventies volgens de NIC	31
Bijlage 4: Behandelingen bij PTSS	33
Bijlage 5: Meetinstrument voor de diagnose PTSS	34
Bijlage 6: Artikel NU.nl	36

Inleiding

Wanneer een patiënt wordt opgenomen op de Intensive Care (IC), betekent dit dat er zorg moet worden verleend aan een ernstig zieke patiënt van wie één of meerdere vitale orgaanfuncties zijn gestoord, uitgevallen of worden bedreigd (Spijkstra, J.J., Horn, J., Gielen-Wijffels, S.E.M.J., Burger, D., & Van den Berg, B., (2007). Betreffende zorgvragers vereisen intensieve bewaking en de kernbekwaamheid van een IC verpleegkundige betreft dan ook:

- Het continue bewaken en interpreteren van vitale functies
- Ondersteunen of overnemen van vitale functies
- Het voortdurend aanpassen van de zorg aan de zorgvrager welke op de IC wordt verpleegd.

Ernstig zieke patiënten die op de IC worden beademd, worden doorgaans behandeld met sedativa en analgetica. Deze middelen worden gegeven om patiënten te beschermen tegen de talloze stressfactoren en schadelijke stimuli op de IC. Deze stressfactoren kunnen onbehandeld leiden tot pijn, agitatie en motorische onrust (Jacobi J., Fraser G.L., & Coursin D.B, 2002). Te weinig sedatie en analgesie geeft kans op het ontstaan van een delier wat het ziektebeloop nadelig kan beïnvloeden en mogelijk ook verhoogde kans op post-traumatische stress stoornissen (Jacobi J., e.a., 2002).

Een post-traumatische stress stoornis ontstaat als gevolg van traumatische, ernstige stressgevendende situaties, waarbij sprake is van levensbedreiging, ernstig lichamelijk letsel of een bedreiging van de fysieke integriteit (Fonds Psychische Gezondheid, 2008). Wanneer een patiënt van de IC terug komt naar de verpleegafdeling, kan ook dit de nodige stress en gevoel van onveiligheid bij patiënten veroorzaken, daar hier een heel ander leefklimaat heerst. De overstap van IC naar verpleegafdeling is voor sommige patiënten een hele stap. Uit verschillende studies is gebleken dat patiënten na een IC-opname met een aantal verschillende klachten te maken hadden, waarvan de meeste symptomen verwijzen naar PTSS (Wiersma, 2009). PTSS kan voor mensen grote gevolgen hebben op hun dagelijkse leven. Sommige slagen er namelijk niet in de draad weer op te pakken omdat hun angst en machteloosheid blijft terugkomen en zij blijven lichamelijke en psychische klachten behouden (Fonds Psychische Gezondheid, 2008).

Het probleem op dit moment is dat er binnen de verpleegafdeling nog weinig kennis is omtrent de oorzaken, symptomen en gevolgen van PTSS na een IC opname, en misschien nog wel belangrijker: de verpleegkundige interventies bij PTSS. Dit is tevens de aanleiding voor deze literatuurstudie en in het belang van zowel de patiënten, als de verpleegkundigen is hier

dan ook onderzoek naar gedaan. In onderstaande literatuurstudie worden het ontstaan, herkennen en behandelen van PTSS dan ook verder onder de loep genomen en toegelicht. Het doel hiervan is dat de verpleegkundigen op de verpleegafdeling tijdig symptomen van PTSS gaan herkennen en hier hun interventies op kunnen aanpassen.

PICO

- P: Patiënten die na een IC opname te maken krijgen met PTSS.
I: Onderzoek naar symptomen/signalen waaraan je PTSS kunt herkennen.
C: n.v.t.
O: Herkenning van PTSS symptomen na IC opname waarop verpleegkundige behandelingen/interventies op kunnen worden toegepast.

De hoofdvraag die ik hierbij gesteld heb luidt als volgt:

Hoe kunnen symptomen van PTSS bij patiënten na een IC opname worden herkend en welke verpleegkundige behandelingen/interventies kunnen hierop worden toegepast?

Daarbij heb ik de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Wat houdt PTSS in?
2. Wat kunnen de oorzaken zijn van PTSS
3. Hoe herken je symptomen van PTSS?
4. Wat kunnen de gevolgen zijn van PTSS?
5. Welke verpleegkundige interventies kunnen worden toegepast wanneer er bij een patiënt sprake is van PTSS?

De opbouw van deze leertaak luidt als volgt:

Hoofdstuk 1: In dit eerste hoofdstuk wordt PTSS inhoudelijk toegelicht met bijbehorende oorzaken en gevolgen.

Hoofdstuk 2: In dit hoofdstuk komen de klachten en symptomen van PTSS aan bod.

Hoofdstuk 3: In dit hoofdstuk komen de verpleegkundige interventies en behandelingen bij PTSS aan bod.

Hoofdstuk 4: In dit laatste hoofdstuk komt de nabeschuiving van deze literatuurstudie aan bod met de bijbehorende conclusie, discussie, aanbevelingen en reflectie.

Hoofdstuk 1: Post-traumatische stress stoornis (PTSS)

De post-traumatische stress stoornis is opgenomen in het diagnostisch systeem American Psychiatric Association en een psychische aandoening die in het DSM-IV. Ook de perifere ontregeling speelt een rol bij het ontstaan van PTSS en beide aspecten zullen in onderstaand hoofdstuk dan ook verder worden toegelicht, evenals de oorzaken en gevolgen van PTSS.

1.1 Wat is PTSS?

Posttraumatische stressstoornis (PTSS) is een psychische aandoening en wordt geclassificeerd als een angststoornis in de DSM-IV. DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders en is het classificatiesysteem dat door de meeste hulpverleningsinstellingen gebruikt wordt om vast te stellen of sprake is van een psychiatrische stoornis (Drs. Mauritz, M., 2012). De aandoening ontstaat als gevolg van ernstige stressgevendende situaties, waarbij sprake is van levensbedreiging, ernstig lichamelijk letsel of een bedreiging van de fysieke integriteit. Deze situaties zijn voor de persoon traumatisch (AllPsych, 2011). De meeste mensen kunnen zo'n traumatische ervaring zelf verwerken, maar sommigen slagen er niet in de draad van het dagelijks leven weer op te pakken. Hun angst en machteloosheid blijven terugkomen. Die mensen kampen met lichamelijke en psychische klachten, welke kunnen wijzen op een post-traumatische stress stoornis (Fonds Psychische Gezondheid, 2008).

Belangrijkste diagnostische criteria van PTSS volgens Wallen, K., Chaboyer, W., Thalib, L., & Creed, D. (2008):

1. De betrokkene is blootgesteld geweest aan een intens schokkende ervaring en vertoont emotionele reacties zoals angst, hulpeloosheid of afschuw.
2. De gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd, bijvoorbeeld in de vorm van recidiverende en zich opdringende, onaangename herinneringen, onaangename dromen of flashbacks.
3. Aanhoudend vermijden van prikkels, zoals gedachten, gevoelens, activiteiten en plaatsen die bij het trauma hoorden.
4. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid, zoals slaap- en concentratieproblemen, overmatige waakzaamheid en schrikreacties.
5. De duur van de stoornis is langer dan een maand.
6. De stoornis veroorzaakt sterk lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren.

In epidemiologische studies schat men de proportie van mensen die ooit een PTSS hebben gehad als 7,8 per 100 mensen, tweemaal zoveel bij vrouwen als bij mannen (Vermetten, E., & Bremner, J.D., 2003). De prevalentie van de blootstelling aan traumatische gebeurtenissen in Nederland is 80,7% en verschilt niet tussen mannen en vrouwen volgens Vries, G.J. de, & Olff, M. (2009). Van de Nederlanders heeft 7,4% ooit in het leven PTSS. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met die in de Verenigde Staten, maar hoger dan die in veel Europese landen. Jongeren en vrouwen lopen gemiddeld een hoger risico op PTSS.

1.2 Perifere ontregeling bij PTSS

Ernstig zieke patiënten die op de intensive care (IC) worden beademd, worden doorgaans behandeld met sedativa en analgetica (Jacobi J., Fraser G.L., & Coursin D.B, 2002). Deze middelen worden gegeven om patiënten te beschermen tegen de talloze stress factoren en schadelijke stimuli op de IC, zoals bijvoorbeeld het ondergaan van noodzakelijke verpleegkundige handelingen en medische procedures. Deze stressfactoren kunnen onbehandeld leiden tot pijn, agitatie en motorische onrust, wat voor de patiënt zeer nadelig kan zijn: Stress leidt tot een verhoogde tonus van het sympathisch systeem en een toegenomen zuurstofverbruik en bij patiënten met onvoldoende reserves kan dit leiden tot levensbedreigende situaties (Jacobi J., Fraser G.L., Coursin D. & B, 2002). Daarnaast lijken agitatie en onrust bij te dragen aan de ontwikkeling van een delier, wat het ziektebeloop eveneens nadelig kan beïnvloeden. Sedativa worden gegeven om slaap en eventueel amnesie te induceren, maar ook om agitatie en onrust te voorkomen en te behandelen. Het geven van sedativa en analgetica is echter niet zonder gevaar en vergt van de behandelende artsen en verpleegkundigen intensieve monitoring (Spijkstra, J.J., Horn, J., Gielen-Wijffels, S.E.M.J., Burger, D., & Van den Berg, B., 2007). Te weinig sedatie en analgesie geeft kans op de bovenstaande problemen met agitatie en mogelijk ook verhoogde kans op PTSS als gevolg. Aan de andere kant kan te veel sedatie en analgesie leiden tot een langere duur tot het ontwaken, een langere beademingsduur met kans op een verhoogde morbiditeit en mortaliteit en hogere kosten. Er zijn dan ook initiatieven ontwikkeld om sedatiediepte te monitoren en sedatie en analgesie aan de hand van protocollen toe te dienen (Spijkstra, J.J., Horn, J., Gielen-Wijffels, S.E.M.J., Burger, D., Van den Berg, B., Snellen, F.T.F., 2007). PTSS is een stoornis van neuronale circuits en stressregulerende systemen in de hersenen, met een sturende rol voor limbische structuren (Kindt, M., Soeter, M., & Vervliet, B., 2009). Het ‘gedrag’ van deze neuronale circuits en systemen is bij patiënten met PTSS chronisch

verstoord volgens het Tijdschrift voor psychiatrie (2009). Bij PTSS is er sprake van overgevoeligheid van verschillende neurotransmittersystemen zoals het noradrenerge, serotonerge en dopaminerge systeem. Dit betekent dat het systeem heftiger reageert op kleine prikkels. Noradrenerge ontregeling is een systeem dat vecht-, vlucht- en vreesgedrag veroorzaakt (Meewisse, M.L., Reitsma, J.B., & de Vries, G.J., 2007). Een verhoogde sympathische activiteit in het adrenerge systeem wordt vooral gevonden in reactie op blootstelling aan traumagerelateerde stimuli en gaat gepaard met een verhoogde hartslag, bloeddruk, huidgeleiding, en noradrenaline- of na-spiegels (Meewisse e.a. 2007).

Andere regulerende systemen

De frequent voorkomende symptomen van agressie, impulsiviteit, depressie, geheugenstoornissen en slaapstoornissen bij patiënten met PTSS suggereren dat ook het serotonerge systeem een belangrijke rol speelt bij PTSS. Vooralsnog zijn er weinig studies verschenen naar de rol van het serotonerge systeem bij PTSS, terwijl in de farmacotherapeutische behandeling selectieve serotonineheropnameremmers (ssri's) eerste keuze zijn. Van de dopaminerge circuits in de hersenen is het mesoprefrontale dopamine(da)-systeem het gevoeligst voor stress. Er is echter nog weinig bekend over de rol van dopamine bij PTSS. Wel is bekend dat stress een rol speelt bij kwetsbaarheid voor psychotische stoornissen. Mogelijk komt dit tot uitdrukking bij een vorm van PTSS met secundaire psychotische symptomen, waarbij dopamine een rol zou kunnen spelen (Braakman, M.H., Kortmann, F.A., & van den Brink, W., 2009).

In bovenstaand hoofdstuk was te lezen dat PTSS in de DSM-IV wordt onderverdeeld bij de angststoornissen en er 6 belangrijke diagnostische criteria zijn waaraan deze moet voldoen. Het komt twee keer zo vaak voor bij vrouwen, als bij mannen en 7,8 van de 100 mensen hebben al eerder te maken gehad met een PTSS.

Dan is er bij PTSS ook nog sprake van perifere ontregeling wat bij betreffende doelgroep te wijten is aan sedativa en analgetica waarmee deze op de IC worden behandeld. Zowel bij het geven van teveel, als te weinig sedativa en analgetica kan dit voor de patiënt tot nadelige gevolgen leiden op psychisch of somatisch gebied, stress veroorzaken en PTSS tot gevolg hebben. In het volgende hoofdstuk wordt de symptomen van PTSS toegelicht.

Hoofdstuk 2: Symptomen van PTSS

In bovenstaand hoofdstuk werd de post-traumatische stress stoornis toegelicht met de daarbij behorende oorzaken en gevolgen en kwam tevens de perifere ontregeling bij PTSS aan de orde. In onderstaand hoofdstuk komen de symptomen van PTSS aan bod wat belangrijk is voor de verpleegkundigen binnen de verpleegafdeling, zodat zij dit tijdig gaan herkennen en hun interventies hierop kunnen afstemmen.

2.1 Klachten en symptomen bij PTSS

Mensen hebben een posttraumatische stressstoornis wanneer de lichamelijke en geestelijke klachten die ze direct na de traumatische ervaring hebben, niet binnen drie maanden verdwijnen. De gebeurtenis heeft een blijvende pijn veroorzaakt met als gevolg dat de klachten die het slachtoffer daardoor heeft, hem of haar beperken in het dagelijks functioneren (Wiersma, 2009). Soms krijgen mensen pas na maanden of jaren last van de traumatische ervaring. De klachten en symptomen die het gevolg zijn van PTSS worden onderstaand nader toegelicht. Uit verschillende studies is gebleken dat patiënten na een opname op de IC met een aantal verschillende klachten te maken hadden (Wiersma, 2009), namelijk:

Nachtmerries	Misselijkheid
Slapeloosheid	Hoofdpijn
Moeheid	Angstaanvallen
Plotselinge huilbuien	Plotselinge herbelevingen
Amnesie	Dissociatie, emotionele afzondering
Vervormde herinneringen (illusionair)	Zweetbuien, trillen en tachycardie
Gevoelsherinneringen (angst, pijn, machteloosheid)	Pessimisme (angst m.b.t. toekomstperspectief)
Onaangename feitelijke herinneringen (tube, niets kunnen uiten, e.d.)	Paranoïde wanen
Vermijdingsgedrag	

De meeste van bovenstaande symptomen verwijzen naar PTSS, maar niet iedereen die een traumatische ervaring doormaakt op de IC ontwikkelt een PTSS. Uit de betrokken studies waren dit 3-33% van de patiënten (Wiersma, 2009).

De posttraumatische stressstoornis gaat verder vaak gepaard met gevoelens van depressie en angst of uit zich in onverklaarbare lichamelijke klachten en pijn (Wiersma, 2009). Dit kan bij de patiënt een gevoel van onveiligheid met zich meebrengen en zeker wanneer deze onlangs van de IC terug naar de verpleegafdeling is gekomen. Er is bijvoorbeeld niet continue bewaking middels een monitor of altijd iemand van de verpleging bij de patiënt aanwezig wat stress en angst kan veroorzaken bij de patiënt. Zoals in hoofdstuk 1 was te lezen, wordt PTSS mede veroorzaakt door gevoelens van onrust, angst en machteloosheid (Fonds Psychische Gezondheid, 2008). De verschijnselen van posttraumatische stress wisselen elkaar af: het ene moment heeft het slachtoffer last van herbelevingen, dan weer overheersen vermijding en gevoelens van emotionele verdoving en gevoelloosheid.

2.1.1 Herbeleving

De traumatische gebeurtenis wordt steeds herbeleefd. Dat uit zich in opdringende herinneringen aan de gebeurtenis, erover dromen, handelen alsof het opnieuw gebeurt en het gevoel te hebben dat je het opnieuw beleeft. Als je aan de gebeurtenis denkt, zorgt dat voor psychisch lijden en lichamelijke reacties (Wallen, K., Chaboyer, W., Thalib, L., & Creed, D., 2008).

- Tijdens herbelevingen dringt de schokkende gebeurtenis zich in beeldvorming, geur, geluid, smaak en lichamelijke gevoelens onontkoombaar aan de persoon op. Deze beleeft alles opnieuw, alsof het op datzelfde moment gebeurt
- Nachtmerries en onrustig slapen
- Regelmatig terugkerende heftige angstreacties, met hartkloppingen en ademhalingsmoeilijkheden, hevig trillen en zweten, verlamd zijn van schrik of de neiging weg te rennen. Deze reacties komen vooral op in situaties die aan de gebeurtenis herinneren.

2.1.2 Vermijding

Verder hebben mensen met een PTSS, naast het herbeleven, de neiging zaken te vermijden die aan de schokkende gebeurtenis doen denken. Dat kan zich uiten in onderstaande aspecten en het verliezen van belangstelling voor zaken waar je eerst wel in geïnteresseerd was (Wallen, K., Chaboyer, W., Thalib, L., & Creed, D., 2008).

- De hele gebeurtenis of bepaalde momenten eruit vergeten: verdringing
- Gevoelloosheid en leven op de automatische piloot

- Ontkenning van het gebeurde en ervoor wegvlugten, bijvoorbeeld in keihard werken of overmatig drugs- of alcohol gebruik.
- Er niet over willen praten en zichzelf afsluiten voor anderen
- De plaats van het gebeurde en situaties die eraan herinneren uit de weg gaan.

Vermijding beschermt tegen de heftige emoties die een traumatische ervaring oproept. Het zorgt ervoor dat vrijwel ondraaglijke herinneringen slechts stukje bij beetje tot iemand doordringen.

2.1.3 Verschijnselen van spanning en verhoogde waakzaamheid

Naast het herbeleven en het vermijden zijn mensen vaak verhoogd prikkelbaar. Dat kan zich uiten in onderstaande aspecten (Wallen, K., Chaboyer, W., Thalib, L., & Creed, D., 2008).

- Gespannenheid, gejaagdheid, geen rust of geduld hebben en constant alert zijn
- Schrikachtigheid en overgevoeligheid
- Prikkelbaarheid, woede-aanvallen en huilbuien
- Somberheid en gebrek aan plezier en interesse
- Grote vermoeidheid, maar slecht in- of doorslapen
- Concentratieproblemen.

Bovenstaande klachten moeten heftig zijn en beperkingen geven in het functioneren thuis en op het werk en ze moeten langer dan een maand duren, wil je spreken van een PTSS. Duren ze korter dan een maand, dan spreek je van een Acute Stress Stoornis Kindt, M., Soeter, M., & Vervliet, B. (2009).

In bovenstaand hoofdstuk kwamen de klachten en symptomen van PTSS aan bod. Uit studies bleek dat er verschillende factoren van invloed zijn op het ontwikkelen van PTSS symptomen. Wanneer verpleegkundigen daadwerkelijk klachten of symptomen van PTSS herkennen, dan is het van belang dat de verpleegkundigen op de verpleegafdeling weten welke interventies of behandelingen hierbij kunnen worden toegepast. Dit wordt dan ook in onderstaand hoofdstuk verder toegelicht.

Hoofdstuk 3: Verpleegkundige interventies en behandelingen bij PTSS

In het voorgaande hoofdstuk kwamen de klachten en symptomen van PTSS aan bod. Niet minder belangrijk op de afdeling Heelkunde binnen het Atrium MC te Heerlen, zijn de verpleegkundige interventies en behandelingen bij PTSS zodat de verpleegkundigen deze kunnen toepassen wanneer zij klachten of symptomen van PTSS herkennen. Deze worden dan ook in onderstaand hoofdstuk dan ook nader toegelicht.

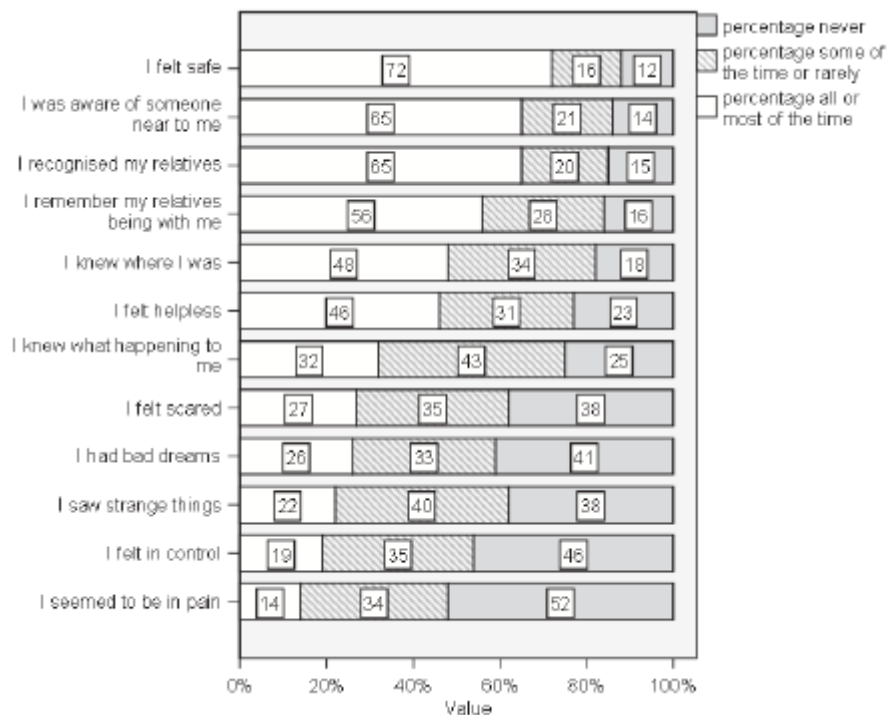
3.1 Verpleegkundige interventies

Verpleegkundigen op de IC kunnen acute stress bij patiënten met simpele interventies terugdringen. Ontspannings- en ademhalingsoefeningen, slaapmaskers en zachte muziek kunnen daarbij helpen. Zo blijkt uit een onderzoek van Britse wetenschappers (Rattray, J., Crocker, C., Jones, M., & Connaghan, J. (2010)). De interventies helpen niet alleen tijdens het verblijf op de IC. Er is ook minder risico op mentale problemen die na IC-opname kunnen ontstaan. Nu is het zo dat meer dan 50% van de patiënten na een IC-opname kampt met psychologische problemen, aldus de Britse onderzoekers.

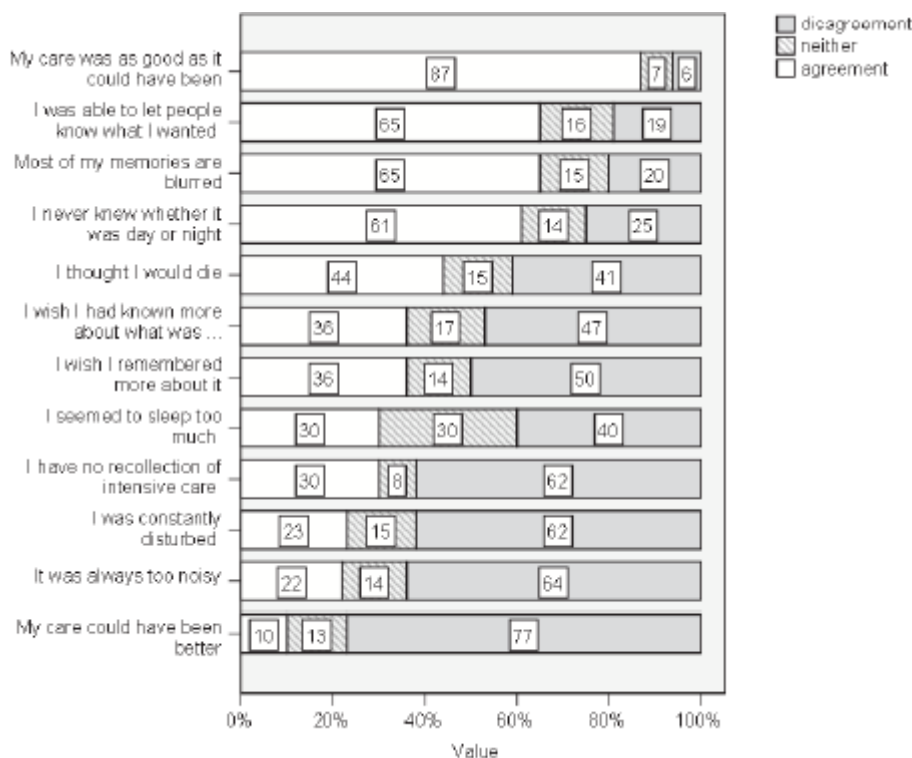
Tevens wees studie uit dat acute stress op de IC de grootste risicofactor is voor het ontwikkelen van psychische klachten na opname. Vooral patiënten die meer dan 24 uur mechanisch zijn beademd, lijden aan aanzienlijke stress tijdens en na de IC-opname. 3 maanden na ontslag lijdt 27% aan een post traumatische stress stoornis. Verder heeft 46% depressieve klachten, terwijl 44% kampt met angstklachten (Rattray, J., Crocker, C., Jones, M., & Connaghan, J. (2010)).

Verpleegkundige interventies binnen de verpleegafdeling zijn gericht op angstreductie en bevordering van coping. Angst kan verminderd worden door het bieden van veiligheid en bevorderen van oriëntatie in het heden. Coping bevorderende strategieën zijn: uitleg over posttraumatische stress, het aanleren van stabiliserende vaardigheden en het bespreekbaar maken van gevoelens van vervreemding, schaamte en wanhoop (Dorrepaal, E., Thomaes, K. & Draijer, P.J., 2006). Verder zijn er in de bijlage een aantal verpleegkundige interventies te vinden welke volgens McCloskey, J.C., & Bulechek, G.M. (2008) bij PTSS kunnen worden toegepast door de verpleegkundigen op de verpleegafdeling.

Wel is het belangrijk om te weten hoe patiënten zelf hun IC opname hebben ervaren, alvorens verder te gaan de behandeling van PTSS. Dit verklaart namelijk ook het gevoel van onveiligheid waarmee deze patiënten te maken hebben en wat na hun IC opname is terug te zien op de verpleegafdeling Heelkunde binnen het Atrium MC. Figuur 1 en 2 schetsen hier een goed beeld van (Rattray, J., Crocker, C., Jones, M., & Connaghan, J. (2010)).:



Figuur 1



Figuur 2:

3.2 Behandeling van PTSS

PTSS is volgens Vermetten, E., & Bremner, J.D. (2003) een stoornis die in principe goed te behandelen is. Essentieel is een fasegeoriënteerde benadering, waarbij een fase van symptoomstabilisatie gevolgd wordt door meer of minder typische exposurebenaderingen.

Ook eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) is een vorm van exposure. Het doel bij behandeling is enerzijds regulering en controle over de stressreactiviteit en anderzijds vermindering van de affectieve overconsolidatie van het traumatische geheugen (Vermetten, E., & Bremner, J.D., 2003). Dit wordt onderstaand verder uitgediept aan de hand van onderzoek door Wiersma (2009), welke van mening is dat PTSS goed behandelbaar is. Er zijn meerdere behandelingen mogelijk, maar uit verschillende studies kwam EMDR naar voren en boekte deze vorm van behandeling de beste resultaten. Vandaar dat deze onderstaand wordt toegelicht en de overige behandelingen kort in de bijlage worden benoemd.

3.2.1 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

EMDR is een geprotocolleerde, evidence-based behandelprocedure gericht op het ‘desensitiseren’ – verzwakken – van herinneringen aan beschadigende gebeurtenissen (De Jongh e.a., 2010). Volgens de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen uit 2003 is EMDR één van meest in aanmerking komende psychologische interventies bij de posttraumatische stressstoornis (PTSS). Een belangrijk voordeel ten opzichte van andere behandelmethoden is de snelheid waarmee resultaten worden bereikt. Daarnaast ervaren veel patiënten en therapeuten EMDR als relatief weinig emotioneel belastend. Zo werkt EMDR:

- Voorbereiding en het maken van de film
- Filmbeeld stilzetten
- Negatieve disfunctionele cognitie
- Met ogen volgen van vingerbeweging
- Spanning vaststellen
- Desensitisatie en positieve functionele cognitie
- Afsluiten en evalueren
- Beperkt aantal sessies

In bovenstaand hoofdstuk was te lezen dat PTSS ten gevolge van een IC opname kan worden terug gedrongen door op de IC al met eenvoudige interventies te starten. Studie wees uit dat acute stress op de IC ervoor zorgt dat vele patiënten hierna kampen met psychische klachten die tot PTSS kunnen leiden. De verpleegkundige interventies bij betreffende patiënten zijn gericht op angstreductie en coping gedrag. EMDR is de meest toegepaste behandeling bij PTSS daar deze emotioneel weinig belastend is en snelle resultaten boekt. Onderstaand volgt de nabeschuiving aan de hand van deze literatuurstudie.

Hoofdstuk 4: Nabeschouwing

Conclusie

Aan de hand van deze literatuurstudie kan worden geconcludeerd dat PTSS in de DSM-IV wordt geclassificeerd als een angststoornis (Drs. Mauritz, M., 2012). Mensen hebben een posttraumatische stressstoornis wanneer de lichamelijke en geestelijke klachten die ze direct na de traumatische ervaring hebben, niet binnen drie maanden verdwijnen. De gebeurtenis heeft een blijvende pijn veroorzaakt met als gevolg dat de klachten die het slachtoffer daardoor heeft, hem of haar beperken in het dagelijks functioneren (Wiersma, 2009). De prevalentie van de blootstelling aan traumatische gebeurtenissen in Nederland is 80,7% en verschilt niet tussen mannen en vrouwen (Vries, G.J. de, & Olff, M., 2009). Van de Nederlanders heeft 7,4% ooit in het leven daadwerkelijk PTSS en lopen jongeren en vrouwen een hoger risico op PTSS.

Verder speelt de perifere ontregeling een belangrijke rol bij PTSS en het toedienen van sedativa en analgetica op de IC. Deze middelen beschermen patiënten tegen talloze stress factoren, maar bij het toedienen van te weinig of juist teveel sedativa en analgetica is ook niet zonder risico's. Daarom dat deze patiënt ook moeten worden bewaakt middels intensieve monitoring (Jacobi J., Fraser G.L., Coursin D. & B., 2002). Teveel sedativa en analgetica kan ertoe leiden dat het langer duurt voordat patiënten ontwaken en te weinig kan leiden tot agitatie en onrust met eventueel een delier of PTSS tot gevolg. PTSS is een stoornis van neuronale circuits en stressregulerende systemen in de hersenen, met een sturende rol voor limbische structuren (Kindt, M., Soeter, M., & Vervliet, B., 2009). Bij PTSS is er sprake van overgevoeligheid van verschillende neurotransmittersystemen, wat betekent dat het systeem heftiger reageert op kleine prikkels. Noradrenerge ontregeling is bijvoorbeeld een systeem dat vecht-, vlucht- en vreesgedrag veroorzaakt (Meewisse, M.L., Reitsma, J.B., & de Vries, G.J., 2007). De frequent voorkomende symptomen van agressie, impulsiviteit, depressie, geheugenstoornissen en slaapstoornissen bij patiënten met PTSS suggereren dat het serotonerge systeem een belangrijke rol speelt bij PTSS. Echter is hier nog weinig onderzoek naar gedaan, terwijl in de farmacotherapeutische behandeling selectieve serotonineheropnameremmers (ssri's) eerste keuze zijn (Braakman, M.H., Kortmann, F.A., & van den Brink, W., 2009).

Uit verschillende studies is gebleken dat patiënten na een opname op de IC met een aantal verschillende klachten te maken hadden waarvan de symptomen verwijzen naar PTSS. Niet

iedereen die een traumatische ervaring doormaakt op de IC ontwikkelt een PTSS en uit de betrokken studies waren dit 3-33% van de patiënten (Wiersma, 2009).

De klachten die patiënten na een IC opname hebben kunnen een gevoel van onveiligheid met zich mee brengen. Zeker wanneer zij onlangs van de IC naar de verpleegafdeling zijn gekomen waar een geheel ander leefklimaat heerst. De verschijnselen van posttraumatische stress wisselen elkaar af en het is voor de verpleegkundigen dan ook van belang dat zij klachten en symptomen die kunnen wijzen op PTSS tijdig herkennen. Deze kunnen dan in samenspraak met de arts de juiste interventies en behandelingen starten bij betreffende patiënt. Dit is van belang omdat klachten en symptomen van PTSS niet direct inhoudt dat de patiënt ook daadwerkelijk PTSS heeft. Onbehandeld kan dit er wel te leiden en ervoor zorgen dat deze mensen de draad van hun leven niet op kunnen pakken en blijven kampen met psychische en lichamelijke klachten.

Verpleegkundigen op de IC kunnen acute stress bij patiënten terugdringen. Ontspannings- en ademhalingsoefeningen, slaapmaskers en zachte muziek kunnen daarbij helpen (Rattray, J., Crocker, C., Jones, M., & Connaghan, J. (2010). De interventies helpen niet alleen tijdens het verblijf op de IC, maar er is ook minder risico op mentale problemen die na IC-opname kunnen ontstaan. Meer dan 50% van de patiënten na een IC-opname kampt met psychologische problemen (Rattray, J., e.a. (2010).

Verpleegkundige interventies binnen de verpleegafdeling zijn gericht op angstreductie en bevordering van coping (Dorrepaal, E., Thomaes, K. & Draijer, P.J., 2006) en verdere interventies volgens de NIC (McCloskey, J.C., & Bulechek, G.M., 2008) zijn onderstaand terug te vinden in bijlage 3. Figuur 1 en 2 in hoofdstuk 3 schetsen overigens een goed beeld van de gedachten en gevoelens die patiënten hadden ervaren tijdens hun IC opname.

Volgens Rattray, J., Crocker, C., Jones, M., & Connaghan, J. (2010) is acute stress op de IC de grootste risicofactor is voor het ontwikkelen van psychische klachten na opname. Vooral patiënten die meer dan 24 uur mechanisch zijn beademd, lijden aan aanzienlijke stress tijdens en na de IC-opname. 3 maanden na ontslag lijdt 27% aan een post traumatische stress stoornis. Verder heeft 46% depressieve klachten, terwijl 44% kampt met angstklachten.

PTSS is volgens Vermetten, E., & Bremner, J.D. (2003) en Wiersma (2009) een stoornis die in principe wel goed te behandelen is. Er zijn verschillende behandelingen mogelijk, maar eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) wordt hierbij het meeste toegepast daar deze onder andere emotioneel weinig belastend is voor de patiënt. EMDR is een geprotocolleerde, evidence-based behandelprocedure gericht op het ‘desensitiseren’ –

verzwakken – van herinneringen aan beschadigende gebeurtenissen (De Jongh e.a., 2010). De overige behandelingen die mogelijk zijn bij PTSS wordt nader toegelicht in bijlage 4.

Aan de hand van bovenstaande conclusie kunnen we stellen dat PTSS complexer is dan men aanvankelijk zou denken en het tijdig herkennen en behandelen hiervan daarom ook noodzakelijk is. Voor de verpleegkundigen binnen de verpleegafdeling dus een groot aandachtspunt en in de aanbevelingen wordt dan ook een suggestie gedaan om verpleegkundigen deze kennis bij te brengen.

Discussie van de resultaten

De gevonden resultaten komen in feite allemaal met elkaar overeen. Bij de epidemiologische factoren wordt gesteld dat de proportie van mensen die ooit een PTSS hebben gehad 7,8 per 100 mensen is, tweemaal zoveel bij vrouwen als bij mannen volgens Vermetten, E., & Bremner, J.D. (2003). De prevalentie van de blootstelling aan traumatische gebeurtenissen in Nederland is 80,7% en verschilt niet tussen mannen en vrouwen volgens Vries, G.J. de, & Olff, M. (2009). Van de Nederlanders heeft 7,4% ooit in het leven PTSS waarbij jongeren en vrouwen gemiddeld een hoger risico lopen op PTSS.

Wat de perifere ontregeling betreft zien we wel dat de frequent voorkomende symptomen van agressie, impulsiviteit, depressie, geheugenstoornissen en slaapstoornissen bij patiënten met PTSS suggereren dat het serotonerge systeem een belangrijke rol speelt bij PTSS. Echter is hier nog weinig onderzoek naar gedaan, terwijl in de farmacotherapeutische behandeling selectieve serotonineheropnameremmers (ssri's) eerste keuze zijn. Dit zou dan ook tot discussie kunnen leiden want er wordt dus voor medicatie gekozen, terwijl de achterliggende gedachte hierbij niet helder is en achtergrond informatie ontbreekt.

Verder waren in de literatuur meerdere vormen van behandeling mogelijk bij PTSS, maar stond de EMDR overal bovenaan het lijstje. Het was de meest toegepaste behandeling met de minste emotionele belasting en boekte goede resultaten.

Discussie van de methoden

De methode welke ik heb gebruikt bij het opstellen van mijn literatuurstudie is naar mijn mening een goede keus geweest. Met behulp van mijn praktijkbegeleiders en tutor heb ik een goede PICO, hoofd- en deelvragen weten op te stellen die mijn onderwerp omtrent PTSS afbakenen en waarmee ik de rode draad van het verhaal kan bewaken. Aan de hand hiervan ben ik verder aan de slag gegaan met het zoeken van goede evidence based bronnen met

bruikbare literatuur en van hieruit de hoofdstukken gaan opvullen. Ik heb vanuit de vele literatuur en verschillende bronnen een selectie gemaakt, ben de vele informatie gaan ordenen en heb het concreet gemaakt om zo uiteindelijk tot een goed eindresultaat te komen. Wel bleek dat ik de bronnen niet allemaal volgens de APA-richtlijnen had geformuleerd, waardoor ik alle bronnen opnieuw moest gaan opzoeken om dit te corrigeren. Hier zal ik de volgende keer beter op letten zodat dit meteen goed gaat. Verder ben ik tevreden over het verloop en de planning van mijn literatuurstudie.

Aanbevelingen

De aanbevelingen aan de hand van deze literatuurstudie is om patiënten na een IC opname goed te observeren op klachten en symptomen die kunnen wijzen op PTSS. De meeste mensen slagen er zelf in een traumatische ervaring te verwerken, maar wanneer dit niet het geval is en zij de draad van hun leven niet weer op kunnen pakken. Het is dan ook van belang de symptomen vroegtijdig te kunnen herkennen en hier de juiste interventies en behandelingen bij te starten. Ik zou de verpleegkundigen binnen de verpleegafdeling dan ook willen aanbevelen het meetinstrument voor de diagnose PTSS (Vermetten, E., 2009) zoals in bijlage 5 vermeld wordt en de interventies volgens de NIC (McCloskey, J.C., Bulechek, G.M., 2008) zoals deze in bijlage 3 vermeld worden bij deze patiënten toe te passen. Dit om allereerst tot de conclusie te komen om de patiënt voldoet aan de kenmerken om de diagnose tot PTSS te kunnen stellen (overigens wel in samenspraak met de arts). Verder om de patiënt de juiste behandeling te kunnen bieden zodat deze de traumatische ervaring kan verwerken en de draad van zijn of haar leven weer kan oppakken.

Om tot dit punt te kunnen komen is het wellicht van belang dat de verpleegkundigen binnen de verpleegafdeling meer kennis hebben omtrent PTSS. Hierbij te denken aan het ontstaan van PTSS na een IC opname, de gevolgen hiervan of wat patiënten hier voor een gevoelens en gedachten aan over houden. Zodoende leert de verpleegkundige de gevoelens van depressie, stress, angst, onverklaarbare lichamelijke klachten en machteloosheid waarmee deze patiënten vaak te maken hebben (Wiersma, 2009) begrijpen en weten ze waarom het van belang is dit tijdig te herkennen en behandelen.

Om de verpleegkundigen binnen de verpleegafdeling deze kennis bij te brengen kan bijvoorbeeld een klinische les worden gegeven of iedereen kan schriftelijk middels een nieuwsbrief op de hoogte worden gesteld. Een andere mogelijkheid is om een protocol te ontwerpen waarin een meetinstrument voor de diagnose PTSS wordt opgenomen en de

stappen in worden verwerkt die moeten worden gevolgd om tot de juiste verpleegkundige interventies te kunnen komen. Voor de artsen is een dergelijk protocol een handig hulpmiddel op tot de diagnose PTSS te kunnen komen, maar ook om de juiste behandeling te kunnen starten.

Tot slot is het aan te raden verder onderzoek te doen in de praktijk en hierbij de 2 overige pijlers te betrekken (de klinische expertise en inbreng van de patiënt). De literatuur in namelijk bovenstaand al uitgebreid aan bod gekomen.

Reflectie

Bij deze volgt een reflectie aan de hand van de **STARR-methode**.

Situatie

Binnen de huidige situatie op de verpleegafdeling Heelkunde binnen het Atrium MC te Heerlen, is het zo dat er steeds sneller patiënten van een Intensive Care (IC) naar de reguliere afdeling komen, waar een heel ander leefklimaat heerst waarbij patiënten een gevoel van onveiligheid kunnen hebben. Patiënten hebben op de IC sedativa en analgetica gekregen om patiënten te beschermen tegen de talloze stress factoren en schadelijke stimuli op de IC, zoals bijvoorbeeld het ondergaan van noodzakelijke verpleegkundige handelingen en medische procedures (Jacobi J., Fraser G.L., & Coursin D.B, 2002). Toch kunnen zijn onbewust stress hebben ervaren door bijvoorbeeld teveel of juist te weinig sedativa of analgetica toegediend hebben gekregen en wordt een IC opname vaker als traumatisch ervaren. Mensen krijgen toch vaak meer mee dan je aanvankelijk zou denken en patiënten hebben na een IC-opname vaker klachten of symptomen van PTSS. Echter weten de verpleegkundigen binnen de afdeling deze nog niet goed te herkennen of hierop in te spelen en vandaar dan ook deze literatuurstudie.

Taak

Het was in deze literatuurstudie dan ook mijn taak om uit te zoeken wat PTSS precies inhoudt, hoe dit wordt veroorzaakt, de klachten en symptomen die patiënten hierbij hebben, welke gevolgen PTSS heeft op psychisch en somatisch gebied voor betreffende patiënten, maar nog belangrijker: hoe gaat de verpleegkundige binnen de verpleegafdeling hiermee om?

Activiteit

De activiteiten die ik heb ondernomen zijn allereerst dat ik vele evidence-based bronnen heb geraadpleegd en dan voornamelijk met behulp van de dames in de medische bibliotheek binnen het Atrium MC te Heerlen. Zij hebben mij hele goede en bruikbare bronnen weten aan te reiken. Deze bronnen ben ik gaan analyseren en interpreteren en vervolgens heb ik deze informatie in mijn literatuurstudie verwerkt. Tevens heb ik enkele boeken gebruikt welke ik thuis in mijn bezit had, zoals de NIC waar verpleegkundige interventies in terug te vinden zijn. Dit waren er echter zoveel dat ik ze in de bijlage heb moeten zetten.

Resultaten

De resultaten zijn dat 80,7% van de Nederlandse bevolking wel eens in hun leven worden bloot gesteld aan een traumatische ervaring waarbij er geen verschil is tussen mannen of vrouwen, maar slechts 7,4% ooit echt PTSS heeft gehad. Hierbij lopen jongeren en vrouwen een hoger risico op het krijgen van PTSS volgens Vries, G.J. de, & Olf, M. (2009).

Tevens speelt de perifere ontregeling ook een rol in het krijgen van een PTSS. Hierbij kan het (teveel of te weinig) toedienen van sedativa of analgetica een rol spelen, maar ook de noradregegene ontregeling (Jacobi, J., Fraser G.L., & Coursin D.B., 2002).

Verder zijn er vele klachten en symptomen die aan de kenmerken van PTSS voldoen, maar niet daadwerkelijk tot een PTSS hoeven te leiden. Wel is het goed om deze klachten te behandelen omdat deze onbehandeld anders alsnog tot een PTSS kunnen leiden.

De meest bekende en effectieve behandeling volgens de literatuur en studies is de Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) want deze is emotioneel weinig belastend. Overige vormen van behandeling heb ik in de bijlage moeten toevoegen.

Dit geldt eveneens voor de verpleegkundige interventies volgens de NIC (McCloskey, J.C., & Bulechek, G.M., 2002). Dit waren zoveel interventies dat ze in de bijlage moesten worden toegevoegd, maar coping en angstreductie is volgens de literatuur het meest relevant bij patiënten die met (klachten of symptomen van) PTSS te maken hebben (Dorrepaal, E., Thomaes, K. & Draijer, P.J., 2006).

Reflectie

Als ik aan de hand van deze literatuurstudie reflecteer op mijn eigen kennis en ervaringen, dan kan ik stellen dat ik deze literatuurstudie met plezier en toewijding heb vervuld. Dit omdat het een project betreft voor mijn afdeling waar ik het hele jaar mee bezig zal zijn, wat mijn interesse wekt en waar ik ook zelf volledig achter sta. Ik merk dat ik hierdoor meer

gedreven ben dit product tot een goed eindresultaat te brengen omdat ik het doel en de noodzaak van deze opdracht helder voor ogen heb.

Wat betreft de zoekstrategieën ben ik hier heel effectief te werk gegaan dit keer. Ik heb direct hulp en advies gevraagd bij de dames van de medische bibliotheek binnen het Atrium MC en hier ben ik heel goed op weg geholpen. Er werden mij goede bronnen aangereikt en van hieruit ben ik mijn literatuurstudie gaan opstellen en uitbreiden. Dit heeft voor mij goed gewerkt en ik had al snel de rode draad van het verhaal te pakken. Echter was het moeilijker vanuit de vele informatie die ik had onderscheid te maken tussen hoofd- en bijzaken om zodoende ook binnen het maximaal aantal pagina's te blijven.

Wat het eindresultaat betreft, ben ik tevreden over de gevonden informatie welke ik erin heb verwerkt en de vele bruikbare bronnen die ik hiervoor heb kunnen gebruiken. Naar mijn mening zitten alle aspecten erin die ik alvorens in mijn hoofd- en deelvragen heb gesteld en heb ik met de inhoudelijke informatie alle vragen kunnen beantwoorden.

Literatuurlijst

- ❖ AllPsych the virtual psychology classroom (2011). *Psychiatric disorders*. Geraadpleegd op 13 maart 2013: <http://allpsych.com/disorders/dsm.html>
- ❖ Boersma, H. (2013). 'Neusspray biedt verlichting na traumatische gebeurtenis' Geraadpleegd op: 21 april 2013.
- ❖ Braakman, M.H., Kortmann, F.A., & van den Brink, W. (2009). *Validity of 'post-traumatic stress disorder with secondary psychotic features': a review of the evidence*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 119, 15-24.
- ❖ Dorrepaal, E., Thomaes, K. & Draijer, P.J. (2006) Stabilisatiecursus als antwoord op complexe posttraumatische stressstoornis. Diagnostiek, behandeling en onderzoek bij vroeggetraumatiseerde vrouwen met een complexe posttraumatische stressstoornis. Tijdschrift voor Psychiatrie; 48: 217-221.
- ❖ Drs. Mauritz, M., (2012). *Posttraumatische stress*. Geraadpleegd op 24 april 2013: <http://www.kavanah.nl/nieuws.asp?nieuwsid=114>
- ❖ Fonds Psychische Gezondheid (2008). *Posttraumatische stress stoornis, de klap die pijn blijft doen*. Geraadpleegd op 12 maart 2013: https://www.psychischegezondheid.nl/dynamic/media/1/files/brochures_2011/FPG_P_TSS_2011web.pdf
- ❖ Grol, R. Wensing, M. (2011). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen. Elsevier gezondheidszorg.
- ❖ Jacobi, J., Fraser G.L., & Coursin D.B. (2002). *Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult*. Crit Care Med 2002; 30(1): 119-41.
- ❖ Kloet, C.S. de, Vermetten, E., & Geuze, E. (2006). *Assessment of HPAaxis function in posttraumatic stress disorder: pharmacological and non-pharmacological challenge tests, a review*. Journal of Psychiatry Research, 40, 550-567.
- ❖ Kindt, M., Soeter, M., & Vervliet, B. (2009). *Beyond extinction: erasing human fear responses and preventing the return of fear*. Nature Neuroscience, 12, 256-258.
- ❖ McCloskey, J.C., & Bulechek, G.M. (2008). *Verpleegkundige interventies*. Tweede druk. Elseier Gezondheidszorg, Maarsen.
- ❖ Meewisse, M.L., Reitsma, J.B., & de Vries, G.J. (2007). *Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis*. The British Journal of Psychiatry, 191, 387-392.

- ❖ Pool, A., Pool-Tromp, C., Veltman-van Vugt, F., & Vogel, S. (2001). *Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van HBO-verpleegkundigen*. Utrecht. NIZW.
- ❖ Prof. A. de Jong (2010). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*. Volume 26, Issue 1, pp 15-20. Geraadpleegd op 31 maart 2013:
<http://link.springer.com/article/10.1007%2F03088733?LI=true#>
- ❖ Rattray, J., Crocker, C., Jones, M., & Connaghan, J. (2010). *Patients' perception of an emotional outcome after intensive care: results from a multicentre study*. Critical Care, Colume 15. No 2.
- ❖ Spijkstra, J.J., Horn, J., Gielen-Wijffels, S.E.M.J., Burger, D., Van den Berg, B., & Snellen, F.T.F. (2007). *Herziene richtlijn analgesie en sedatie voor volwassen patiënten op de intensive care*. Geraadpleegd op 2 april 2013:
<http://nvic.nl/sites/default/files/richtlijn%20sedatie.pdf>
- ❖ Vermetten, E. (2009). *Stress, trauma en posttraumatische stressstoornis*. Tijdschrift voor psychiatrie. Artikel 51, 8.
- ❖ Vermetten, E., & Bremner, J.D. (2002). *Circuits and systems in stress*. I. Preclinical studies. Depression and Anxiety, 15, 126-147.
- ❖ Vries, G.J. de, & Olff, M. (2009). *The Lifetime Prevalence of Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder*. The Netherlands.Journal of Traumatic Stress; 22: 259–267
- ❖ Wallen, K., Chaboyer, W., Thalib, L., & Creedy, D. (2008). *Symptoms of acute Posttraumatic Stress Disorder after intensive care*. American Journal of Critical Care. Volume 17, No. 6.
- ❖ Wiersma, F.M. (2009). *Psychologische problemen na Intensive Care*. Ede

Bijlage:

Bijlage 1: Zoekstrategieën

History

Recent queries

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#42	Add	Search critical care[Jour] AND 16[volume] AND R192[page] AND 2012[pdat]	1	05:25:42
#40	Add	Search (stress disorders, post-traumatic AND intensive care) Filters: published in the last 5 years	127	05:19:47
#39	Add	Search (stress disorders, post-traumatic AND intensive care)	270	05:19:25
#28	Add	Search (#22 AND #27)	77	05:16:59
#27	Add	Search "Intensive Care"[Mesh]	18085	04:56:49
#25	Add	Search (#22 AND #24)	129	04:55:39
#24	Add	Search "Intensive Care Units"[Mesh]	51251	04:55:24
#22	Add	Search "Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh]	18821	04:55:03

Google Scholar:

<u>Zoektermen</u>	<u>treffers</u>
Behandelingen bij PTSS	1.480 (waarvan 3 bruikbaar)
Gevolgen PTSS	1.100 (waarvan 2 bruikbaar)
Oorzaken PTSS	1.570 (waarvan 1 bruikbaar)
Posttraumatische stress stoornis	9.990 (waarvan 4 bruikbaar)
Post traumatic stress disorder	524.000 (waarvan 6 bruikbaar)
PTSS	8.620 (waarvan 1 bruikbaar)
PTSS na IC opname	78 (waarvan 1 bruikbaar)
Symptomen PTSS	3.670 (waarvan 2 bruikbaar)
Verpleegkundige interventies bij PTSS	229 (waarvan 2 bruikbaar)

Ik heb al mijn bronnen verkregen middels de hulp van de dames in de medische bibliotheek binnen het Atrium MC te Heerlen en bovenstaand dan ook de zoekstrategieën van deze verkregen bronnen. Echter hebben zij mij per e-mail ook nog enkele artikels gestuurd waarvan ik de zoekstrategieën niet heb kunnen noteren.

Daarnaast heb ik gebruik gemaakt van de boeken die ik thuis in mijn bezit heb zoals de 'NIC' en 'Met het oog op de toekomst'.

Bijlage 2: Beoordelingsformulier literatuurstudie Verdiepingsjaar 2012-2013

(In onderstaand document wordt aangegeven dat een goed gekeurd voorstel voor deze literatuurstudie in de bijlage moet worden toegevoegd. Echter is dit mondeling gebeurd en heb ik hier geen schriftelijke verklaring van. Dat wilde ik hier toch graag even benoemen aangezien het in de criteria vermeld staat).

Naam student: Anne Schepers

Studentnummer: 0820695

Naam beoordelaar: Sandra Wetzels

Datum beoordeling: 18 mei 2013

Onderdeel	Feedback beoordelaar
<u>Vorm: Maximaal 10 punten</u> Alle onderdelen zijn aanwezig, schrijfstijl is correct + foutloos en lettertype is arial 11 of times new roman 12, regelafstand 1,5 en aantal bladzijdes is maximaal 20 pagina's. Inhoudsopgave is goed. Correcte literatuurverwijzing volgens de APA regels. Bij het aantal pagina's telt mee: samenvatting, summary, inleiding, hoofdstuk, nabescherwing. Overige onderdelen tellen niet mee bij het bepalen van het aantal pagina's. Tussen 20 en 35 pagina's wordt voor dit criterium 1 punt in mindering gebracht. Boven de 35 punten wordt de literatuurstudie niet meer nagekeken en moet worden ingekort. Inhoudsopgave: Titels van hoofdstukken/alinea's worden volledig weergegeven. Alleen beginpagina van een hoofdstuk/alinea wordt weergegeven. <u>Inhoud: Maximaal 82 punten</u> <u>Voorwoord: Maximaal 2 punten</u>	Toegekende punten: 8 punten Feedback: Alle onderdelen van de literatuurstudie zijn aanwezig, het lettertype en de regelafstand zijn correct, evenals de inhoudsopgave. De schrijfstijl is in orde; ondanks dat er soms kleine foutjes worden gemaakt op het gebied van spelling en grammatica is de schrijfstijl prettig en goed te volgen. Het verwijzen volgens de APA richtlijnen is nog een aandachtspunt. Er worden hier nog vrij veel fouten gemaakt, zowel in de tekst als in de literatuurlijst. Zo hoeven voorletters van auteurs niet in de tekst te worden vermeld en wordt de 'et al'-regel niet (correct) toegepast. Wanneer er sprake is van een bron geschreven door meerdere auteurs, dan worden bij de eerste vermelding in de tekst alle auteurs (tot een maximum van 5) vermeld, bv. "Volgens Wallen, Chaboyer, Thalib en Creedy (2008)...". Is een bron geschreven door 2 auteurs, dan worden deze altijd beide vermeld in de tekst. Is er sprake van 3 of meer auteurs, dan wordt bij de tweede vermelding in de tekst volstaan met de naam van de eerste auteur gevolgd door 'et al.', bv. "Volgens Wallen et al. (2008)...". Deze regel pas je nauwelijks toe. Toegekende punten: 2 punten

Voorwoord is persoonlijk. Hier wordt bijv. beschreven dat de literatuurstudie onderdeel is van major 1 van het Verdiepingsjaar van de opleiding. Verder wordt beschreven waar de student stage loopt. Ook kunnen hier een aantal mensen worden bedankt.

Samenvatting en summary: Maximaal 5 punten

De inhoud van de samenvatting en summary geeft een beeld van de inhoud van de literatuurstudie. Er staat geen informatie die niet in de rest van de studie beschreven is. Ook is het geen reflectieverslag/procesverslag.

Beschrijf in de samenvatting kort:

- de aanleiding,
- de doelstelling
- hoofd- en deelvragen
- methode/ werkwijze
- resultaten
- conclusie
- nabeschuiving

Inleiding : Maximaal 15 punten.

De aanleiding en het probleem worden stellig neergezet. Evenals de relevantie voor de doelgroep(en) en evt. de setting. Vervolgens worden de doelstelling en hoofdvraag met deelvragen geformuleerd. Er is op gelet dat de hoofdvraag en deelvragen richting geven aan de literatuurstudie. Beschrijf de gebruikte methodiek zoals die is toegepast. Beschrijf in de leeswijzer kort de inhoud van de literatuurstudie.

Hoofdstuk : Maximaal 40 punten.

De hoofdstukken worden netjes ingeleid met een korte inleiding en de hoofdstukken worden afgesloten met een korte samenvatting/conclusie. Een link wordt gelegd met het volgende hoofdstuk.

De methode van zoeken en bestuderen van de literatuur wordt beschreven. De inhoud van de hoofdstuk geeft feitelijk antwoord op de hoofd- en deelvragen, en wordt onderbouwd (in eigen woorden) vanuit verschillende conceptuele literatuur en vooral ook (onderzoeks)artikelen.

Feedback:

Het voorwoord is persoonlijk. Daarnaast wordt de plaats van de literatuurstudie in het verdiepingsjaar beschreven, wordt de stageafdeling genoemd en worden de betrokkenen bedankt.

Toegekende punten: 3 punten

Feedback:

De samenvatting geeft een goed beeld van de inhoud van de literatuurstudie en bevat geen informatie die niet in de literatuurstudie is beschreven. De summary is soms moeilijk te volgen. Ook is de vertaling niet altijd correct. Zo wordt het volgende gesteld: "...and what interventions or treatments are being used by patients after ICU submission to deal with PTSD." Deze formulering suggereert dat de literatuurstudie zich richt op interventies en behandelingen van PTSS die worden toegepast door patiënten zelf.

Toegekende punten: 14 punten

Feedback:

Heldere inleiding waarin aanleiding en probleem duidelijk worden neergezet, het doel wordt beschreven en de hoofd- en deelvragen duidelijk worden geformuleerd. Op p. 6 wordt gesteld dat de overstap van IC naar verpleegafdeling voor sommige patiënten een grote stap is. Hier had je nog kunnen toelichten waarom dit het geval is. Daarnaast zou ik hoofdvraag 2 en 4 over de oorzaken en gevolgen van PTSS onder hoofdvraag 1 opgenomen hebben, aangezien de oorzaken en gevolgen in hoofdstuk 1 vooral indirect terugkomen.

Toegekende punten: 35 punten

Feedback:

Hoofdstukken worden netjes ingeleid en afgerond, en geven een antwoord op de hoofd- en deelvragen. Ik mis soms wel een link tussen bepaalde informatie en de hoofdvraag. Zo ga je op p. 15 en 16 in op de behandeling van PTSS, maar in hoeverre heeft de verpleegkundige hier een taak in? Is de verpleegkundige bv. betrokken bij het toepassen van EMDR? Als dit niet het geval is, heeft de paragraaf over de behandeling van PTSS niet direct een toegevoegde waarde, aangezien de hoofdvraag zich richt op

De resultaten van de studie in de literatuur worden hier gegeven en onderbouwd in relatie met de hoofd- en deelvragen. De gebruikte literatuur wordt toegepast. Het onderwerp/probleem wordt vanuit verschillende gezichtspunten beschreven. Bronnen worden duidelijk volgens APA vermeld, citaten worden aangegeven.	<i>verpleegkundige</i> interventies en behandelingen. Daarnaast rijzen er soms ook vragen naar aanleiding van de beschreven informatie. Zo wordt er op p. 9 ingegaan op gebruik van sedativa en analgetica op de IC, maar in hoeverre draagt dit bij aan de perifere ontregeling, die in deze paragraaf centraal staat? Denk er verder aan dat je tabellen en figuren in de tekst toelicht. Zo verwijst je op p. 14 naar figuur 1 en 2, maar doordat je deze niet toelicht moet de lezer zelf uitzoeken wat de figuren betekenen en wat de meerwaarde ervan is. Dit wordt me nu niet duidelijk.
Nabeschuwing: Maximaal 20 punten	Toegekende punten: 11 punten
Conclusie Beschreven wordt de conclusie die uit de resultaten van de literatuurstudie naar voren komt. Antwoord op de hoofd- en deelvragen wordt gegeven vanuit de genoemde bewijzen uit de literatuur.	Feedback: In de conclusie wordt antwoord gegeven op de hoofd- en deelvragen. De conclusie is echter nog teveel een samenvatting van wat eerder aan bod is gekomen, vaak in exact dezelfde bewoordingen als in de hoofdtekst. Hier had je meer in eigen woorden mogen beschrijven hoe de bevindingen uit de literatuur ingezet kunnen worden om de hoofd- en deelvragen te beantwoorden.
Discussie van de resultaten De gevonden resultaten worden ter discussie gesteld. Wat werd gevonden, wat werd niet gevonden? Spreken de resultaten elkaar tegen, versterken de resultaten elkaar, zijn de resultaten betrouwbaar, toepasbaar enz. Het gevonden bewijs wordt beoordeeld.	De discussie van de resultaten is duidelijk, maar ook hier gebruik je vaak exact dezelfde bewoordingen als in de hoofdtekst.
Discussie van de methode De gebruikte methodiek wordt beschreven. Is de gebruikte methode de juiste geweest, is die betrouwbaar.	De discussie van de methode is duidelijk. Je had hier wel nog wat uitgebreider in mogen gaan op hoe je literatuur hebt geselecteerd en in hoeverre de gekozen literatuur betrouwbaar is.
Aanbevelingen Aanbevelingen worden in de richting van de hoofdvraag gegeven. Voorstellen worden gedaan ten aanzien van verder onderzoek, aanpassingen in de praktijk, vernieuwingen, verbetering van kwaliteit, toepassing van resultaten enz.	De aanbevelingen sluiten vrij goed aan bij de bevindingen van de literatuurstudie. De aanbeveling om gebruik te maken van het PTSS meetinstrument van Vermetten (2009) komt wel uit de lucht vallen, omdat dit instrument in de literatuurstudie nog niet aan bod is gekomen.
Reflectie/procesverslag Er wordt kritisch gekeken naar het proces en leerproces dat doorlopen is en eventuele leerpunten worden vermeld aan de hand van een model bv. Korthagen.	Er wordt gereflecteerd op basis van het STARR model. Hier lijken de evaluatie van het product en het proces enigszins door elkaar te lopen. Zo zijn de resultaten weer grotendeels een samenvatting van de bevindingen van de literatuurstudie.
Literatuur- en bronnenlijst Volgens de APA regels	De literatuurlijst bestaat uit kwalitatief goede artikelen. Het correct toepassen van de APA

Bijlage

In ieder geval uitgebreide zoekstrategie, goedgekeurd voorstel, beoordelingslijst en eventueel andere bijlagen.

Proces: Maximaal 8 punten

Bij de beoordeling van het proces worden aspecten meegewogen als: mate van zelfstandig functioneren van de student, mate waarin student initiatieven heeft genomen, communicatie met relevante personen, mate waarin begeleiding/sturing vanuit de opleiding nodig is geweest.

richtlijnen is echter nog een aandachtspunt. Naar een artikel uit een tijdschrift verwijs je bv. als volgt:

Auteur, A. A., Auteur, B. B. & Auteur, C. C. (jaartal). Titel van artikel. *Titel van tijdschrift*, jaargangnummer (issuenummer), paginanummers.

Jij geeft nu vaak de titel van het artikel cursief weer, maar de titel van het tijdschrift en het jaargangnummer dienen cursief te worden weergegeven. Verder hoeft je titels van auteurs (Dr./Prof.) niet in de referentie op te nemen.

Voldaan. Zorg er wel voor dat je, wanneer je in de tekst naar een bijlage verwijst, duidelijk aangeeft welke bijlage je bedoelt. Dit is nu niet altijd duidelijk. Naar bijlage 6 wordt in de tekst helemaal niet verwezen.

Toegekende punten: 8 punten

Feedback:

Ik ben van mening dat je niet veel sturing nodig hebt gehad en dat je goed en respectvol communiceert.

Beoordeling:

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer 81/10 = 8,1

Eventuele opmerkingen: zie feedback

Handtekening beoordelaar: Sandra Wetzels

Bijlage 3: Verpleegkundige Interventies volgens de NIC

Onderstaand volgen een aantal verpleegkundige interventies met bijbehorende activiteiten, welke volgens de NIC (McCloskey, J.C., Bulechek, G.M., 2008) verband houden met post-traumatische stress na een IC-opname.

Angstreductie

Beperken van gevoelens van ongerustheid, angst, onheil of onbehaaglijkheid.

- Een kalme en geruststellende houding aannemen
- Aandachtig luisteren
- Proberen te begrijpen hoe de patiënt de stress-situatie ervaart
- Schep een vertrouwelijk klimaat
- Moedig de patiënt aan gevoelens, ervaringen en angsten te uiten
- Geef de patiënt zo nodig medicijnen om de angst te verminderen

Bevordering van de coping

De patiënt helpen zich aan te passen aan vermeende stressoren, veranderingen of bedreigingen die hem/haar belemmeren in de vervulling van taken/rollen.

- Ga na hoeveel inzicht de patiënt heeft in het ziekteproces
- Probeer stress situaties vanuit het oogpunt van de patiënt te bekijken
- Schep situaties die de autonomie van de patiënt bevorderen
- Help de patiënt geschikte doelen te stellen voor korte en lange termijn
- Help de patiënt na te gaan van welke middelen hij/zij gebruik kan maken om de gestelde doelen te bereiken
- Ga na in hoeverre de patiënt behoefte heeft aan sociale steun

Bevordering van de slaap

Bevorderen van een regelmatig slaap/waakritme.

- Stel vast welk slaap/activiteitenpatroon de patiënt heeft
- Streef er in de planning van de zorg naar het slaap/waakritme zo min mogelijk te verstoren
- Ga na welke effecten het medicatiegebruik kan hebben op het slaap/waakritme
- Pas de omgeving aan om de slaap te bevorderen

Counseling

Toepassen van een interactief hulpverleningsproces dat gericht is op de behoeften, problemen of gevoelens van de patiënt, met als doel de coping- en probleemoplossende vaardigheden en interpersoonlijke relaties te verbeteren of te ondersteunen.

- Toon empathie, warmte en echtheid
- Stel doelen
- Moedig de patiënt aan zijn gevoelens te uiten
- Help de patiënt na te gaan wat zijn sterke krachten zijn en bekrachtig
- Moedig de patiënt aan onwenselijke gewoonten te vervangen door wenselijke gewoonten

Ontspanningstherapie

Technieken toepassen om de patiënt te helpen zich te ontspannen teneinde klachten en verschijnselen zoals pijn, gespannen spieren, of angst te verminderen.

- Beschrijf het doel, nut en beperkingen van ontspanningstherapie en de mogelijke technieken
- Geef een gedetailleerde beschrijving van de geselecteerde ontspanningsinterventie
- Stem de ontspanningsinterventie op de patiënt in kwestie af
- Anticipeer op de behoefte aan ontspanning

Bijlage 4: Behandelingen bij PTSS

De extinctiemethode (→ uitdoving van responsen)

- Exposure (blootstelling aan traumatiserende stimuli)
- Regelmatig, gradueel en langdurig
- Relaxatie (ontspanningsinductie)
- Herstructurering, emotioneel en cognitief

Imaginaire Exposure (De protocollaire behandeling van PTSS)

- Diagnose en informeren over behandeling
- In kaart brengen van het trauma
- Hiërarchie van ervaringen vaststellen
- Imaginaire exposure:
 - gedetailleerde beschrijving (liefst met gesloten ogen)
 - in de tegenwoordige tijd gecommuniceerd
 - langdurig (sessie duurt 1,5 tot 2 uur)
 - gradueel (hiërarchie volgen, géén flooding of implosie)
 - herhaaldelijk (10 sessies)

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

- Voorbereiding en het maken van de film
- Filmbeeld stilzetten
- Negatieve disfunctionele cognitie
- Met ogen volgen van vingerbeweging
- Spanning vaststellen
- Desensitisatie en positieve functionele cognitie
- Afsluiten en evalueren
- Beperkt aantal sessies

Cognitieve gedragstherapie

- Interpretatie van de situatie
- Identificatie van (automatische) gedachten
- Identificatie van emoties
- Visualisatie, vragen, toetsing, denkfouten
- Rationeel-emotioneel “spel”
- Vervanging van beelden, gedachten en emoties

Bijlage 5: Meetinstrument voor de diagnose PTSS

Onderstaande tabel laat een meetinstrument zien voor PTSS (Vermetten, E., 2009).

Traumabeleving	Symptoom	DSM-IV TR criteria
Traumablootstelling	1. Feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding, of bedreiging voor de fysieke integriteit van zichzelf of van anderen. 2. Reactie met intense angst, hulpeloosheid of afschuw.	Beide nodig voor PTSS diagnose
Voortdurende herbeleving van de traumatische gebeurtenis	1. Recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen. 2. Recidiverende akelig dromen over de gebeurtenis. 3. Handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties en dissociatieve episodes met flashback, met inbegrip van die welke voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie) 4. Intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken 5. Fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken	1 van de 5 symptomen nodig voor PTSS diagnose
Aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma hoorden of	1. Vermijden van gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma 2. Vermijden activiteiten, plaatsen of mensen	3 van de 7 symptomen nodig voor PTSS

afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma)	die herinneringen oproepen aan het trauma 3. Onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren 4. Duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten 5. Gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen 6. Beperkt spectrum van gevoelens (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben) 7. Gevoel een beperkte toekomst te hebben (bijvoorbeeld verwacht geen carrière te zullen maken, geen huwelijk, geen kinderen of geen normale levensverwachting)	diagnose
Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma)	1. Moeite met inslapen of doorslapen 2. Prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen 3. Moeite met concentreren 4. Overmatige waakzaamheid 5. Overdreven schrikreacties	2 van de 5 symptomen nodig voor PTSS diagnose

Bijlage 6: Artikel NU.nl

Per toeval kwam ik een recent artikel omtrent behandeling bij PTSS tegen op de website 'www.nu.nl' en dit wilde ik dan ook graag als bijlage toevoegen in mijn literatuurstudie. Onderstaand vindt u betreffend artikel van Boersma (2013).

Zondag 21 april 2013. Het laatste nieuws het eerst op NU.nl

'Neusspray biedt verlichting na traumatische gebeurtenis'

Het gebruik van een neusspray, met het eiwit neuropeptide Y, zou de gevolgen van het post-traumatisch stresssyndroom kunnen verminderen.

Dat vertellen wetenschappers van het New York Medical College zondag op het Experimental Biology congres in Boston, Verenigde Staten.

Het eiwit neuropeptide Y, toegediend via de neus, vermindert de gevolgen van PTSS in ratten.

Soldaten

Het post-traumatisch stresssyndroom is een angststoornis die het gevolg is van een heftige traumatische gebeurtenis. De aandoening is vooral bekend van soldaten die terugkeren van de oorlog, maar treedt ook op na bijvoorbeeld verkrachting.

Het syndroom gaat gepaard met onder andere slaapproblemen, irritatie en depressie. Op dit moment bestaat de behandeling ervan vooral uit gedragstherapie.

Signaalstof

In hun experimenten probeerden de Amerikanen PTSS te behandelen met neuropeptide Y, een belangrijke signaalstof in de hersenen waarvan bekend is dat het betrokken is bij de regulering van angst en stress.

Al eerder was bij knaagdieren aangetoond dat het rechtstreeks inspuiten in de hersenen van dit eiwit goede effecten liet zien, maar zo'n risicovolle en bewerkelijke manier van toediening is niet geschikt voor de behandeling in de mens.

Minder stressreacties

De Amerikanen probeerden het daarom via de neus, ditmaal bij ratten. Het bleek dat het eiwit op die manier inderdaad snel werd opgenomen in de hersenen. Bovendien deed het eiwit daar zijn helende werk.

Ratten die blootgesteld waren aan een traumatische gebeurtenis hadden na behandeling met neuropeptide Y minder last van allerlei biologische stressreacties: zo waren er minder

stresshormonen meetbaar in het bloed van de beesten en lieten de hersenen minder stressinvloeden zien.

Volgens de onderzoekers is hiermee aangetoond dat toedienen van neuropeptide Y via de neus een mogelijk behandeling voor PTSS is. De volgende stap is kijken of het in mensen ook werkt.

Door: [NU.nl](https://nu.nl)/Hidde Boersma