

UITLEG OVER DE BEHANDELING VAN POSTTRAUMATISCHE STRESSSTOORNIS

In deze tekst worden deze verschillende behandel mogelijkheden voor posttraumatische stressstoornis op een rij gezet. De informatie is bedoeld als hulpmiddel bij het gesprek met de behandelaar. Het is immers belangrijk dat u zelf meedenkt over welke behandeling het beste bij u past. Ook tijdens de behandeling kan deze informatie u helpen om mee te beslissen over het verloop van uw behandeling.

DE DIAGNOSE POSTTRAUMATISCHE STRESSSTOORNIS

Mensen met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) hebben een zeer schokkende, ofwel traumatische, ervaring gehad. In reactie daarop hebben ze psychische en lichamelijke klachten ontwikkeld. Het gaat om mensen die het slachtoffer zijn geworden van een ingrijpende gebeurtenis, zoals een verkrachting, overval, ongeluk of oorlogsgeweld. Een gebeurtenis wordt traumatisch genoemd als deze erg bedreigend was en bij de persoon intense angst, gevoelens van hulpeloosheid of afschuw opriep.

Mensen die lijden aan een posttraumatische stressstoornis hebben last van herbelevingen, bijvoorbeeld in de vorm van zich opdringende gedachten en beelden over de gebeurtenis of nachtmerries over wat er gebeurd is. Vaak reageren zij heftig op situaties die doen denken aan de traumatische ervaring. Zulke situaties worden daarom zoveel mogelijk vermeden. Mensen met een posttraumatische stressstoornis zijn vaak erg gespannen en verhoogd prikkelbaar, waardoor zij vaak last hebben van in- en doorslaapproblemen, concentratieproblemen, een gevoel van verhoogde waakzaamheid, schrikreacties en / of woede uitbarstingen. Zij kunnen zich emotioneel afgestompt en vervreemd van anderen voelen. Sommige mensen met een posttraumatische stressstoornis kunnen nauwelijks nog plannen voor de toekomst maken. Bij veel mensen die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt komen bovenstaande klachten voor. Dit is een normale reactie op een dergelijke ingrijpende gebeurtenis. Bij de meeste mensen verdwijnen deze klachten echter binnen enkele weken. We spreken daarom pas van een posttraumatische stressstoornis als de klachten een maand na het trauma nog steeds duidelijk aanwezig zijn.

DE BEHANDELING VAN DE POSTTRAUMATISCHE STRESSSTOORNIS

In 2003 is in Nederland door diverse deskundigen op het gebied van de behandeling van angststoornissen een richtlijn ontwikkeld die adviezen geeft hoe angststoornissen het beste behandeld kunnen worden. In die richtlijn worden ook adviezen gegeven voor de behandeling van posttraumatische stressstoornis. De informatie die in deze tekst gegeven wordt sluit aan op de adviezen in deze richtlijn. We geven informatie over de eerste stappen in de behandeling. Het merendeel van de mensen met een posttraumatische stressstoornis is na één of meerdere van deze stappen voor een groot deel of volledig van de angstklachten af. De richtlijn geeft echter ook vervolgstappen in de behandeling aan voor mensen die dan nog onvoldoende van hun klachten af zijn. Het voert echter te ver om deze hier te beschrijven. Indien u hierin geïnteresseerd bent kunt u het beste contact opnemen met uw behandelaar of huisarts.

BELANGRIJK:

1. In de richtlijn worden aanbevelingen gedaan die op de meeste mensen en situaties van toepassing zijn. Het zijn algemene adviezen die nog niet 'op maat' zijn gemaakt voor de individuele persoon. Het is daarom belangrijk dat uw behandelaar een inschatting maakt in hoeverre en op welke manier de aanbevelingen uit de richtlijn in uw persoonlijke situatie van toepassing zijn. In de praktijk moet er regelmatig op grond van de individuele situatie van iemand worden afgeweken van de aanbevelingen uit de richtlijn. Het is belangrijk dat u uiteindelijk samen met uw behandelaar een keuze maakt hoe uw behandeling er het beste uit kan gaan zien. Uw eigen voorkeur en de ervaring van uw behandelaar spelen hierbij uiteraard een belangrijke rol.
2. De huidige richtlijn stamt uit 2003 en zal iedere vijf jaar herzien worden. Dit betekent dat eventuele nieuwe ontwikkelingen van ná 2003 nog geen plaats hebben gekregen binnen de aanbevelingen van de richtlijn. Uw behandelaar kan daarom op grond van de nieuwe inzichten komen tot een ander behandeladvies. Meestal zal het hierbij gaan om het voorschrijven van nieuwe medicijnen die voor angststoornissen op de markt zijn gekomen.

Voor de behandeling van de posttraumatische stressstoornis zijn grofweg twee mogelijkheden: psychologische behandeling of behandeling met medicijnen. U kunt voor één van deze behandelvormen kiezen. Wij raden u aan om met een vorm van psychologische behandeling te starten. Een psychologische behandeling heeft de voorkeur boven de behandeling met medicijnen, omdat er over het algemeen betere resultaten met een psychologische behandeling bereikt worden dan met een behandeling met medicijnen. Dit neemt niet weg dat medicijnen voor een deel van de mensen een belangrijk onderdeel van de behandeling kunnen zijn. Bij de psychologische behandeling kunt u uit twee behandelvormen kiezen, namelijk 'EMDR' of 'imaginaire exposure' (verder op in de tekst wordt uitgelegd wat dit inhoudt). 'Imaginaire exposure' kan eventueel nog worden aangevuld met 'cognitieve therapie' (zie de uitleg verderop). Bij een behandeling met medicijnen kan gebruik gemaakt worden van diverse soorten medicijnen.

PSYCHOLOGISCHE BEHANDELING

Er zijn verschillende psychologische behandelvormen. Deze worden door een psychotherapeut of psycholoog gegeven. Er is bekend dat ruim 75% van de mensen met een posttraumatische stressstoornis baat heeft bij de hieronder beschreven psychologische behandelvormen.

EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing, afgekort EMDR, is een relatief nieuwe behandelvorm. Veel mensen merken een duidelijk resultaat bij deze vorm van behandeling, zo blijkt uit onderzoek. Het doel van EMDR is om het verwerkingsproces te faciliteren. De behandelaar zal u, na de uitleg over de behandeling en een aantal inleidende vragen, vragen om de gebeurtenis voor de geest te halen. Tegelijkertijd wordt uw aandacht van de nare herinnering afgeleid. Dit gebeurt doorgaans doordat u naar klikjes luistert, die op een koptelefoon wisselend bij het ene dan wel het ander oor klinken. Hoewel nog niet precies bekend is hoe EMDR werkt, wordt verondersteld dat door de wisselende geluidjes het verwerkingsproces in de hersenen wordt gestimuleerd. Hierdoor verandert geleidelijk aan iets in uw beleving van de gebeurtenis, waardoor de emoties die de gebeurtenis met zich meebrengen beter te verdragen zijn en geleidelijk minder worden. Er wordt stap voor stap stil gestaan bij de verschillende ervaringen, gedachten en gevoelens die u bij de gebeurtenis heeft. De eerste dagen na een behandelzitting kunt u zich nog wel onrustig voelen. Uw klachten zoals herbelevingen en nachtmerries en de verhoogde prikkelbaarheid zullen in de meeste gevallen na verloop van tijd minder worden. Na acht zittingen wordt gekeken of de behandeling effect heeft. Als u toch klachten blijft houden, wordt aangeraden te starten met imaginaire exposure.

Imaginaire exposure

"Exposure" is een vorm van gedragstherapie. "Exposure" betekent "blootstellen". "Imaginaire" betekent in "gedachten". Vanwege de nare gevoelens die herinneringen aan de ingrijpende gebeurtenis oproepen, proberen veel mensen te vermijden om aan de gebeurtenis terug te denken. Dit is begrijpelijk, niemand wil zich rot voelen. Er is echter bekend dat de nare gevoelens bij mensen met een posttraumatische stressstoornis hierdoor juist blijven bestaan. Ook lukt het doorgaans sowieso niet om herinneringen aan de gebeurtenis te vermijden. Ze dringen zich toch ongewild aan u op en pogingen om de herinneringen te onderdrukken werken vaak maar tijdelijk. Op deze manier kan de gebeurtenis niet goed verwerkt worden. Het doel van exposure is om dit patroon te doorbreken. Het is de bedoeling dat u zich in de therapie aan de pijnlijke herinneringen blootstelt. Dit gebeurt onder gecontroleerde omstandigheden. De behandelaar zal u daarin begeleiden. In het geval van meerdere traumatische gebeurtenissen zal er één voor één bij de verschillende traumatische ervaringen die u heeft stil gestaan worden. Geleidelijk aan zult u merken dat u gedachten aan de gebeurtenis beter kunt verdragen. De emoties zullen daarbij langzaam minder heftig worden. Bij de meeste mensen worden de klachten, zoals herbelevingen en nachtmerries en de verhoogde prikkelbaarheid, na verloop van tijd minder. Een voorwaarde voor het slagen van de behandeling is dat u thuis ook de oefeningen doet die de behandelaar u meegeeft. Zo wordt doorgaans bijvoorbeeld aanbevolen om dagelijks naar bandopnamen van de behandel sessies te luisteren, waarin u uw ervaringen bespreekt. Soms wordt ook met schrijfofdrachten gewerkt. De behandelaar zal samen met u kijken wat voor u de beste manier om te oefenen is. Na acht zittingen wordt gekeken of de behandeling effect heeft. Als de behandeling onvoldoende helpt wordt aangeraden de behandeling uit te breiden met cognitieve therapie, of kan er (als deze niet al heeft plaatsgevonden) een behandeling met EMDR worden gestart.

Cognitieve therapie

Cognitieve therapie richt zich op het veranderen van uw angstige gedachten en denkpatronen (cognities). Als iemand een traumatische ervaring meemaakt, zet dat iemands leven behoorlijk op zijn kop. De traumatische gebeurtenis past niet bij de gedachten en ideeën die de persoon over zichzelf, anderen, de wereld en de toekomst had. Vaak ontwikkelt men als reactie op de gebeurtenis nieuwe ideeën (bijvoorbeeld "de wereld is onveilig" of "mensen zijn niet te vertrouwen"). Dit soort ideeën kunnen aanleiding geven tot de ontwikkeling of versterking van de posttraumatische stressklachten (bijvoorbeeld iemand die overtuigd is dat de wereld onveilig is, zal voortduren op zijn hoede zijn). Ook kan het zijn dat bepaalde ideeën de klachten in stand houden (bijvoorbeeld iemand die denkt dat hij er niet tegen kan om aan de gebeurtenis terug te denken, zal er alles aan doen om herinneringen aan de traumatische ervaring te vermijden en komt zo niet aan een goede verwerking toe). Iemand die een traumatische ervaring meemaakt doet vaak moeite om zijn greep op het leven te hervinden. Belangrijk daarbij is het gevoel te hebben dat het leven enigermate voorspelbaar is. Na het meemaken van een traumatische gebeurtenis kunnen er allerlei zogenaamde denkfouten ontstaan (bijvoorbeeld iemand die verkracht is, kan ten onrechte gaan denken dat zij de verkrachting op een of andere manier uitgelokt moet hebben. Door op deze manier te gaan denken herstelt zij het gevoel van controle dat ze op gebeurtenissen heeft. Het gevolg is echter ook dat zij zich schuldig kan gaan voelen, ze had de verkrachting blijkbaar kunnen voorkomen).

U zult merken dat als u in staat bent om dergelijke denkpatronen te veranderen, de nare gevoelens daarmee ook beter hanteerbaar worden. Uw behandelaar zal u helpen om de gedachten op te sporen die tot klachten leiden. Vervolgens wordt gekeken of deze gedachten wel juist of handig zijn. Als u tot de conclusie komt dat de gedachte onjuist is, wordt gekeken of u tot een andere gedachte kunt komen. Voor het slagen van de behandeling met cognitieve therapie is het noodzakelijk dat u dagelijkse huiswerkopdrachten uitvoert. Zo zult u bijvoorbeeld gedachtendagboekjes moeten bijhouden van situaties waarin u zich rot voelde en de gedachten die daarmee samenhangen moeten uitwerken. Ook is het mogelijk dat u opdrachten krijgt waarbij u moet toetsen of bepaalde opvattingen kloppen. Cognitieve therapie wordt gedurende 8 zittingen toegepast. Als u na 8 zittingen toch klachten blijft houden, dan wordt er alsnog behandeling met EMDR gestart. Heeft er al behandeling met EMDR plaatsgevonden dan wordt aangeraden over te stappen op behandeling met medicijnen.

'EMDR' en 'imaginaire exposure' werken beiden ongeveer even goed. De indruk bestaat dat er wellicht met 'EMDR' sneller resultaten bereikt worden. Ook zijn er aanwijzingen dat 'EMDR' als minder zware behandeling wordt ervaren. Mocht het zo zijn dat 'EMDR' na acht zittingen onvoldoende helpt, dan raden wij aan om alsnog met 'imaginaire exposure' te starten. Mogelijk adviseert de behandelaar om deze behandeling te combineren met cognitieve therapie. Bent u de behandeling gestart met 'imaginaire exposure' en heeft u na acht zittingen toch nog veel klachten, dan kunnen eventueel nog acht zittingen cognitieve therapie toegevoegd worden. Indien dit onvoldoende helpt, dan wordt overstapt op 'EMDR'. Helpt de psychologische behandeling onvoldoende, dan wordt aangeraden om alsnog medicijnen te gaan gebruiken.

BEHANDELING MET MEDICIJNEN

In de hersenen zijn verschillende stoffen actief om ervoor te zorgen dat de verschillende gebieden in onze hersenen goed met elkaar communiceren. Deze stoffen worden ook wel 'neurotransmitters' of 'boodschapperstoffen' genoemd. Neurotransmitters die belangrijk zijn bij het regelen van gevoelens als angst en somberheid zijn serotonine en noradrenaline. Bij de posttraumatische stressstoornis zijn er aanwijzingen dat er sprake is van een verstoord evenwicht van deze stoffen. Er zijn diverse medicijnen die ervoor zorgen dat deze stoffen weer in balans komen. Medicijnen kunnen ervoor zorgen dat de PTSS-klachten een stuk verminderen, maar de klachten verdwijnen meestal niet volledig. Medicijnen worden voorgeschreven door een huisarts of psychiater.

Medicijnen: SSRI's

Verschiedende medicijnen zijn effectief gebleken bij de behandeling van de posttraumatische stressstoornis. De eerste keuze bij de behandeling van de PTSS is een medicijn uit de groep van de SSRI's (selectieve serotonine heropname remmers). Veertig tot zestig procent van de mensen die last hebben van PTSS hebben baat bij het gebruik van een SSRI. SSRI's behoren tot een groep medicijnen die 'antidepressiva' genoemd worden. Deze naam is een beetje verwarrend, omdat

deze middelen net zo sterk tegen angstklachten als tegen depressieve klachten werken. De SSRI's herstellen een normale activiteit van de neurotransmitter serotonine in de hersenen. Hoewel nog niet heel precies bekend is hoe deze medicijnen werken, wordt aangenomen dat door deze medicijnen de zenuwcellen die serotonine gebruiken minder overprikkeld raken waardoor de angst kan afnemen. De volgende medicijnen behoren tot de groep van de SSRI's:

Stofnamen	Merkmamen
Paroxentine	Seroxat
Citalopram	Cipramil
Sertraline	Zoloft
Fluoxetine	Prozac
Fluvoxamine	Fevarin

De SSRI's worden door de meeste mensen goed verdragen. Toch kunnen er met name in het begin bijwerkingen optreden. In de eerste weken kan er sprake zijn van misselijkheid, slecht slapen en sufheid of juist rusteloosheid. Deze klachten verdwijnen meestal binnen enkele weken. Klachten die als gevolg van een SSRI op zouden kunnen treden en die meestal niet minder worden als men de SSRI langer gebruikt zijn veranderingen van de eetlust, een vertraagde of versnelde stoelgang, hoofdpijn en seksuele problemen (zoals minder zin in seks hebben, problemen met het krijgen van een erectie of het vochtig worden van de vagina en moeilijker klaarkomen). Indien u last heeft van deze bijwerkingen, bespreek dit dan met uw arts. Deze kan dan kijken wat eraan gedaan kan worden en of bijvoorbeeld de dosering verlaagd kan worden waardoor de bijwerking kan verminderen.

De SSRI's zijn niet verslavend. Wel kunnen er zogenaamde 'onttrekkingsverschijnselen' optreden als de medicijnen te snel worden afgebouwd. Het kan daarbij vooral gaan om duizeligheid, trillen en slecht slapen. Het is dan ook niet goed om in één keer met de medicijnen te stoppen; overlegt u hierover altijd met uw arts. De meeste mensen hebben geen last van onttrekkingsverschijnselen als de medicijnen langzaam worden afgebouwd.

De medicatie wordt langzaam, meestal in een periode van twee weken opgebouwd. SSRI's werken niet direct. Het duurt een aantal weken voordat de angst gaat verminderen. Hoewel u in de eerste weken soms al een beetje kunt merken dat de angst minder wordt, is bij de meeste mensen pas na twaalf weken gebruik van de streefdosering duidelijk of het medicijn effect heeft op de angstklachten. Indien er voldoende effect is, zal de arts u adviseren om tenminste een jaar met de medicijnen door te gaan. Dit is nodig omdat als u te vroeg stopt, de klachten terug kunnen komen. Soms zal de arts u adviseren om langer dan een jaar met de medicijnen door te gaan.

Indien er na twaalf weken gebruik van de streefdosering onvoldoende effect is, zal de arts meestal voorstellen om de dosering stapsgewijs te verhogen. Na iedere verhoging moet steeds tenminste vier weken worden afgewacht wat het effect van een dosisverhoging is. Indien u het medicijn niet goed verdraagt of u merkt na twaalf weken geen enkel effect, dan zal de arts geen dosisverhoging voorstellen, maar voorstellen een ander medicijn te gaan gebruiken waarvan u naar verwachting minder last zult hebben.

Als u een SSRI gebruikt en dit blijkt geen effect te hebben op uw angstklachten, zal uw arts u voorstellen om een ander SSRI te gaan gebruiken. Dit gaat dan weer op dezelfde manier als bij het eerste middel. Mocht ook dit tweede SSRI geen of onvoldoende effect hebben, dan zal de arts meestal voorstellen om een zogenaamd 'tricyclisch antidepressivum' ofwel afgekort 'TCA' te gaan gebruiken.

Medicijnen: TCA's

De tricyclische antidepressiva (TCA's) zijn middelen die ouder zijn dan de moderne antidepressiva zoals de SSRI's. Deze middelen worden daarom ook wel 'klassieke' antidepressiva genoemd. De TCA's werken stabiliserend op de boodschapperstoffen serotonine en noradrenaline in de hersenen.

De TCA's die bij de posttraumatische stressstoornis onderzocht zijn en effectief bleken zijn imipramine en amitriptyline (merknaam: Tryptizol, Sarotex). Bij de TCA's treden regelmatig bijwerkingen op als overmatig transpireren, droge mond, trage stoelgang, slaperigheid en seksuele bijwerkingen (zoals bij de SSRI's beschreven) op.

Het instellen op TCA's gaat hetzelfde als bij de SSRI's. Ook de dosering van TCA's wordt in een periode van ongeveer twee weken opgebouwd. De streefdosering ligt zowel voor imipramine als voor amitriptyline tussen de 100 en de 150 mg per dag. Het kan voorkomen dat de arts u vraagt om bloed te laten prikken om hiermee nauwkeurig te kunnen kijken of de dosering voor u voldoende is. Twaalf weken nadat u de streefdosering gebruikt, wordt gekeken of het medicijn voldoende effect heeft. Bij voldoende effect adviseert de arts u tenminste een jaar met het medicijn door te gaan. Bij onvoldoende effect zal de dosering stapsgewijs worden verhoogd totdat u een duidelijk effect op de klachten merkt. Indien u echter de medicijnen twaalf weken op de streefdosering heeft gebruikt en u merkt geen enkel effect, dan zal de arts meestal voorstellen om over te stappen op andere medicijnen. De arts zal u uitleg geven over de mogelijkheden.

De arts zal op het moment dat een medicijn niet werkt steeds met u bespreken of u wilt kiezen voor een ander medicijn, of dat u –indien u dit nog niet heeft geprobeerd- liever met een psychologische behandeling wilt starten. De beslisboom aan het eind van deze tekst kan duidelijk maken welke keuzes volgens de richtlijn aanbevolen worden. Aarzel niet om met de behandelaar over de voor- en nadelen van deze keuzes te praten. Het is immers belangrijk dat u de behandeling kiest die het beste bij u past. De behandelaar kan hierover met u meedenken.

Overige medicijnen bij angstklachten: benzodiazepinen

Benzodiazepinen zijn kalmerende medicijnen. Zij verminderen angst en onrust, maar ook veel lichamelijke klachten die het gevolg zijn van angst. Voorbeelden van benzodiazepinen zijn: oxazepam (merknaam: Seresta), diazepam (merknaam: Valium) en alprazolam (merknaam: Xanax). Deze medicijnen werken via de boodschapperstof GABA (gamma-aminoboterzuur) die een angstdempende werking in de hersenen heeft. Hoewel deze medicijnen bij veel andere angststoornissen goed helpen om de angst snel te verminderen, zijn de resultaten bij PTSS minder eenduidig. Bij sommige mensen kunnen deze medicijnen inderdaad helpen om de angst en spanning te verminderen, maar bij andere mensen kunnen de klachten er juist erger door worden. Ook omdat benzodiazepinen in tegenstelling tot de antidepressiva verslavend kunnen zijn, zijn deze middelen volgens de richtlijn meestal geen goede keuze bij PTSS. Benzodiazepinen kunnen als bijwerking sufheid en concentratieproblemen geven.

Medicijnen: zwangerschap en borstvoeding

Tijdens een zwangerschap of tijdens het geven van borstvoeding, zal men over het algemeen liever geen medicatie gebruiken. Geadviseerd wordt om de angstklachten te verminderen door middel van een psychologische behandeling. Indien het echter onvoldoende lukt om de klachten hiermee onder controle te krijgen, dan kunnen medicijnen zeker worden overwogen. Van een aantal medicijnen is bekend dat de risico's voor het kind laag zijn. Uw arts kan met u de voor- en nadelen bespreken.

DE BEHANDELING VAN DE POSTTRAUMATISCHE STRESSSTOORNIS STAP VOOR STAP

(zie voor een toelichting van de stappen en gebruikte begrippen de voorgaande tekst).

Behandeling bij de posttraumatische stressstoornis

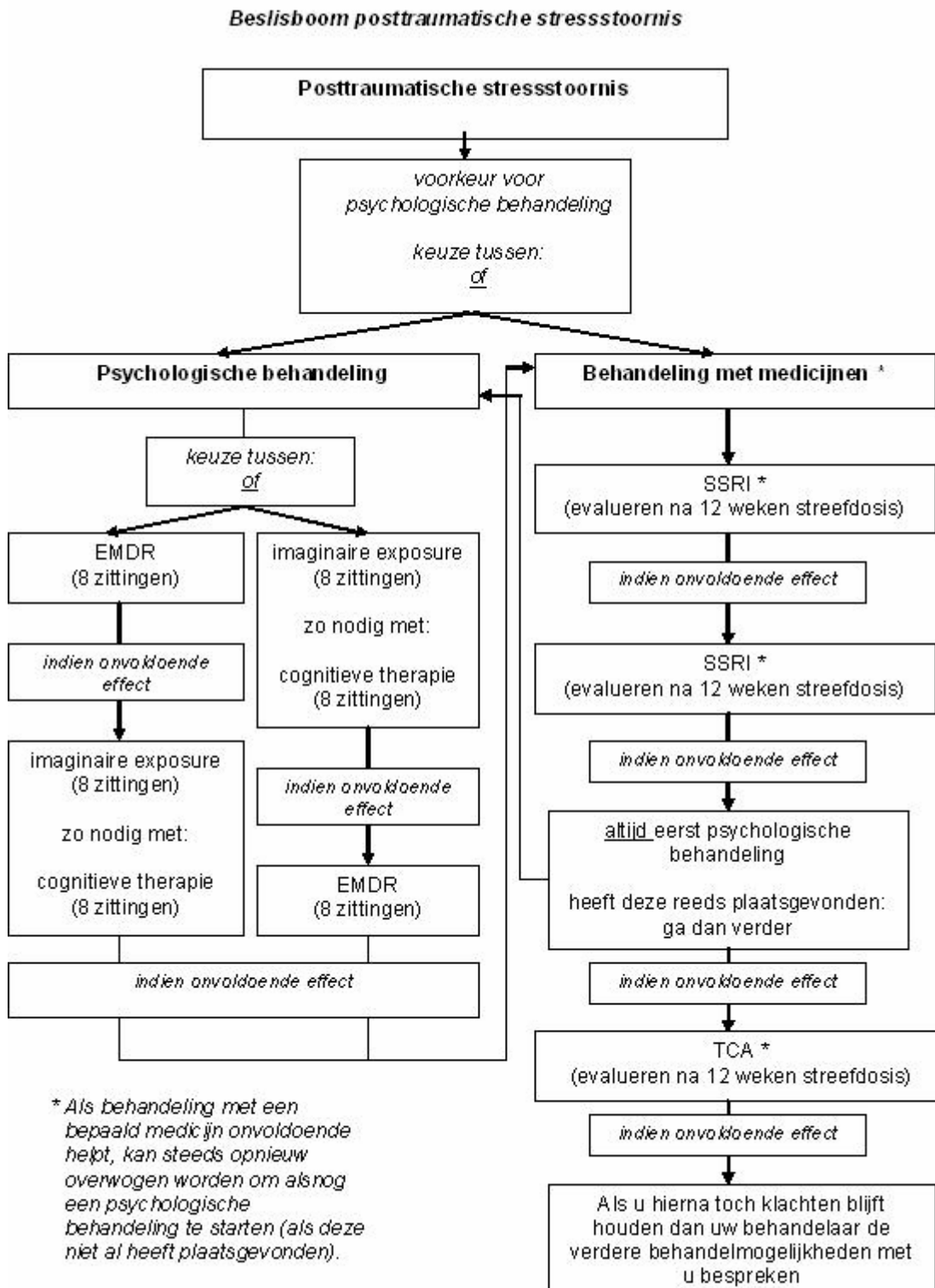
Psychologische behandeling

U kiest voor EMDR of imaginaire exposure. Heeft u na 8 zittingen EMDR toch nog klachten, dan wordt gestart met 8 zittingen imaginaire exposure. Start u met imaginaire exposure en heeft u na 8 zittingen nog klachten, dan kan de behandeling met 8 zittingen cognitieve therapie worden uitgebreid. Helpt dit onvoldoende dan wordt met 8 zittingen EMDR gestart. Wanneer u voldoende geholpen bent, stopt de behandeling. Als u nadat de verschillende behandelvormen geprobeerd zijn toch nog klachten heeft, dan wordt een behandeling met medicijnen geadviseerd.

Behandeling met medicatie

U start met een medicijn uit de groep van de SSRI's. De medicatie wordt in 2 weken opgebouwd naar de streefdosering. Nadat u het medicijn 12 weken volgens de streefdosering gebruikt heeft, kan bepaald worden of het voldoende werkt. De dosering kan indien nodig worden verhoogd. Heeft het middel geen effect dan wordt een ander medicijn voorgeschreven. Helpt het medicijn goed, dan wordt geadviseerd het middel tenminste een jaar te blijven gebruiken. Dit om terugval te voorkomen.

Beslisboom bij de behandeling van de posttraumatische stressstoornis



Een laatste aandachtspunt: indien er óók sprake is van een ernstige depressie

Het hebben van een posttraumatische stressstoornis heeft een grote invloed op iemands leven. Veel mensen voelen zich daardoor somber. Bij sommige mensen is de somberheid zo groot dat er naast de posttraumatische stressstoornis ook sprake is van een ernstige depressie. Dit komt gelukkig niet heel vaak voor. Er is sprake van een ernstige depressie, als u last heeft van een sombere stemming en u nergens meer interesse voor op kunt brengen en aan niets meer plezier beleeft. Daarnaast is er dan ook sprake van: gevoelens van waardeloosheid of schuld, slaapproblemen, gebrekkige eetlust of juist veel zin om te eten, ongewenste gewichtsverandering, energieverlies, vermoeidheid, concentratieproblemen of besluiteloosheid, een rusteloos gevoel of juist grote traagheid en terugkerende gedachten aan de dood of aan zelfdoding. Er is sprake van een ernstige depressie als de hier beschreven klachten langer dan twee weken duren en van dusdanige invloed zijn dat u vrijwel niet meer in staat bent om u normale dagelijkse bezigheden uit te voeren. Wanneer naast een posttraumatische stressstoornis, ook sprake is van een ernstige depressie, is dit bepalend voor de behandeling. Bij een posttraumatische stressstoornis en een ernstige depressie, wordt als eerste behandeling met medicijnen voorgesteld. Er is gebleken dat dit het beste helpt. Mocht er na de behandeling met medicijnen toch nog een psychologische behandeling nodig zijn, dan zult u daar meer resultaat van merken als u door gebruik van de medicatie minder somber bent.

MEER WETEN?

Nuttige organisaties

- Angst, Dwang en Fobie Stichting (ADF Stichting) voor contact met lotgenoten, steun en adviezen. Tel. 0900 - 200 87 11 (€ 0,25 p/min.) of www.adfstichting.nl.

Informatie over de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen

- www.ggzrichtlijnen.nl

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.