



MICHEL DÜCKERS

Méér trauma-gerelateerde klachten in voor- en tegenspoed

De kwetsbaarheidsparadox



*Overlevenden van de aardbeving
in Amatrice, Italië, bij de restan-
ten van hun huis, augustus 2016
(Fabrizio di Nucci/HH).*

Recent is voor het eerst een vergelijking gemaakt van de prevalentie van post-traumatische stressstoornis tussen 24 landen. Zoals verwacht verklaarde de mate van blootstelling aan schokkende gebeurtenissen in combinatie met sociaaleconomische landkenmerken de onderlinge verschillen voor het belangrijkste deel. De paradoxale bevinding is echter dat trauma-gerelateerde klachten vaker voorkomen in, sociaaleconomisch gezien, minder kwetsbare landen zoals Nederland, Canada en Australië. Als mensen daar een hogere blootstelling ervaren, rapporteren ze vaker klachten. Dit intrigerende gegeven werpt vele kritische vragen op.

Onderzoek heeft de afgelopen decennia bijgedragen aan een beter inzicht in risico- en beschermingsfactoren voor de ontwikkeling van trauma-gerelateerde klachten en problemen, zowel op individuele schaal als binnen gemeenschappen. Ook is baanbrekend werk verricht in de kennis over de prevalentie in populaties en het verloop door de tijd. Daaruit komt naar voren dat vrouwen tweemaal zoveel kans hebben op het ontwikkelen van trauma-gerelateerde gezondheidsproblemen dan mannen, en dat leeftijd en sociaaleconomische status van invloed zijn. De feitelijke en subjectieve nabijheid van de blootstelling, en het type blootstelling spelen een rol, evenals bestaande psychische problemen (Brewin et al. 2000; Ozer et al. 2003). We weten dat ongeveer 80% van de mensen na blootstelling geen klachten ontwikkelt (*resilience*). Voor een substantiële groep geldt dat wel, maar men slaagt er in deze op eigen kracht te boven te komen (*recovery*). Bij een beperkte groep uiten de klachten zich later (*delayed*), weer een select aantal kampt met chronische problemen (*chronic*) (Bonanno 2004). Bovendien neemt de kennis over effectieve behandelwijzen toe. Beduidend minder is bekend over de vraag hoezeer een verschijnsel als posttraumatische stressstoornis (PTSS), één van de meest onderzochte psychische problemen, verschilt tussen landen. Dit artikel gaat daarop in, met oog voor verklaringen en enkele implicaties. ¹

Hoe vaak komt PTSS voor?

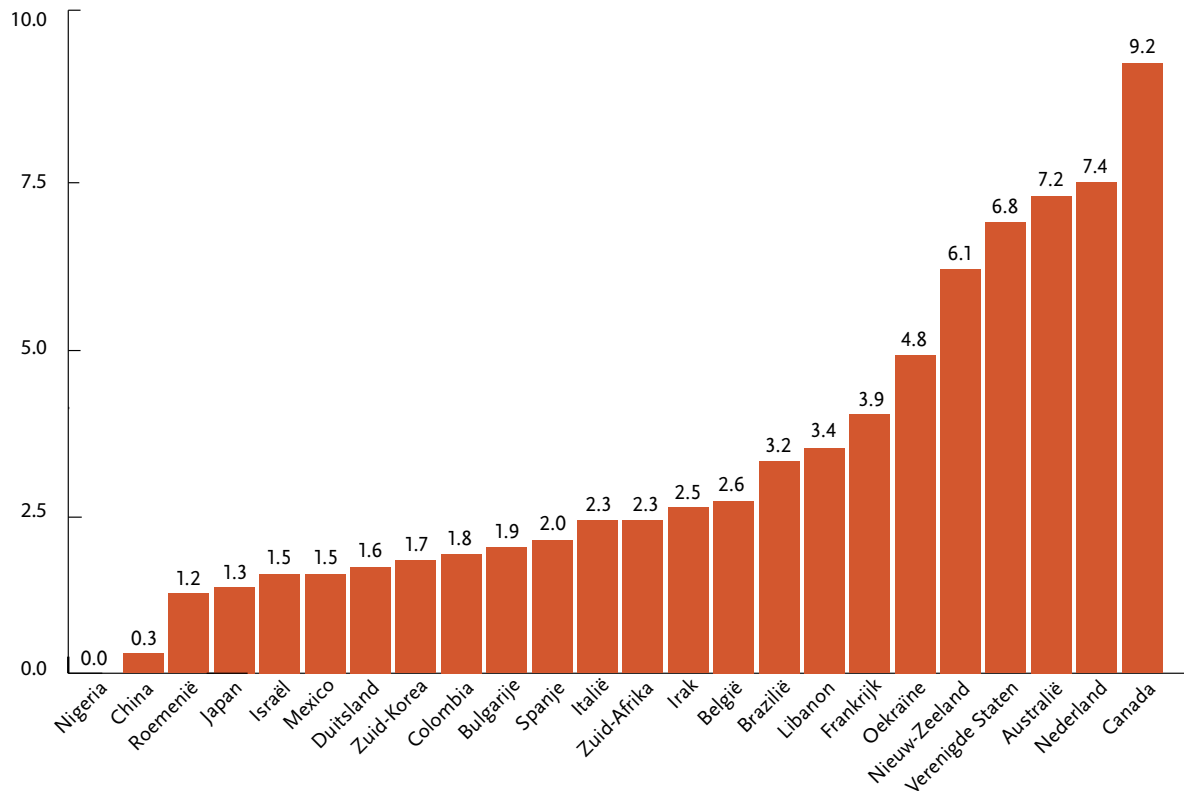
Figuur 1 laat zien hoe vaak PTSS is gemeten in representatieve steekproeven in 24 landen. In totaal namen ruim 85.000 mensen deel aan de populatiestudies. Gegevens over PTSS en de blootstelling aan schokkende gebeurtenissen (beschikbaar van 16 landen) zijn verzameld via klinische

interviews (Kessler et al. 2004). Het gaat om de 'lifetime' prevalentie: heeft een individu op het meetmoment PTSS of ooit gehad? Wat direct opvalt bij bestudering van de populatiecijfers, is dat er sprake is van een grote variatie tussen landen. De hoogste scores vinden we in Canada, Nederland en Australië, de laagste prevalentie in Nigeria, China en Roemenië.

De verschillen in prevalentie tussen landen blijken te kunnen worden verklaard. Zoals al opgemerkt, geldt de mate van blootstelling als een cruciale voorspeller voor trauma-gerelateerde klachten. Dat gaat ook op voor de 16 landen met informatie over de mate van blootstelling aan bijvoorbeeld rampen, geweld, verkrachting en verkeersongelukken. Blootstelling blijkt hier

een derde van het verschil in de prevalentie te verklaren. Een andere voorspeller blijkt de mate van kwetsbaarheid te zijn. De kwetsbaarheid van een land is vastgelegd in een index die een keur aan sociaaleconomische landkenmerken bevat. Van ongeveer 170 landen wordt jaarlijks een kwetsbaarheidsscore berekend door datasets over 23 landkenmerken samen te voegen. De

Figuur 1 Percentage lifetime prevalentie van PTSS in 24 landen (N = 86,687)



score van een land loopt theoretisch uiteen van 0 (minimale kwetsbaarheid) tot 100 (maximale kwetsbaarheid) en kan worden geïnterpreteerd als een percentage. In werkelijkheid worden die extreme waarden nergens gehaald – de score van Zwitserland is met 25,73% het laagst, de Centraal-Afrikaanse Republiek scoort met 74,78% het hoogst, de kwetsbaarheidsscore van Nederland is 27,12% (zie World Risk Report 2015). Minder kwetsbare landen kennen onder meer een beter bestuur, minder corruptie, een hogere levensverwachting, welvaart en inkomensgelijkheid, betere toegang tot huisartsen en ziekenhuiszorg, en hogere private en publieke gezondheidsuitgaven (Welle & Birkmann 2015). Het kwetsbaarheidsniveau blijkt een kwart van het verschil in PTSS prevalentie tussen landen te verklaren.

Kwetsbaarheidsparadox

Kwetsbare mensen, met dus een lagere sociaal-economische status, lopen een verhoogd risico op het ontwikkelen van trauma-gerelateerde problemen; zij rapporteren meer klachten dan getroffen met een hogere SES. Op landniveau blijkt dit verband juist omgekeerd. De kwetsbaarheidsparadox komt erop neer dat de bevolking een groter risico loopt in landen met gunstigere omstandigheden, meer stabiliteit, veiligheid en betere zorg. De combinatie met blootstelling blijft hierin relevant. Zodra zowel de mate van blootstelling als de mate van kwetsbaarheid worden meegenomen, is meer dan de helft van de verschillen tussen landen verklaard. Zodra ook wordt gelet op de interactie tussen de

twee – meer blootstelling in een minder kwetsbaar land – neemt de verklaringskracht nog verder toe, tot ongeveer driekwart.

Vergelijking van landengroepen

In figuur 2 zijn 16 landen op basis van hun gemiddelde blootstellings- en kwetsbaarheidscores ingedeeld in vier groepen. Lage blootstelling komt neer op een percentage lager dan 67,14%, lage kwetsbaarheid op een score lager dan 36,23. De scores per landengroep hangen samen met de stand van twee aan/uit schakelaars. De ene schakelaar zet blootstelling aan (risicoverhogend) of uit (risicoverlagend). De andere schakelaar zet het ‘beschermende’ effect van kwetsbaarheid aan (risicoverlagend) of uit (risicoverhogend). In landengroep A (figuur 2) staan blootstelling en kwetsbaarheid alle-

bei aan. De PTSS prevalentie in deze groep is ongeveer 2%. In landengroep C zijn blootstelling en kwetsbaarheid beide uitgeschakeld. In deze landen is de prevalentie eveneens 2%. In landengroep B – hier zit Nederland – staat de kwetsbaarheidsknop nog steeds uit, maar nu de blootstellingsknop is geactiveerd schiet de prevalentie omhoog. Er is sprake van een verdriedouving. In groep D, tot slot, bevindt zich één land met een hoge kwetsbaarheid en lage prevalentie, Roemenië, met een prevalentie van 1,2%.

In deze landen is de prevalentie op een vergelijkbare wijze gemeten. Vermeldenswaardig is dat ook gegevens beschikbaar zijn over representatieve populaties in Zweden, Portugal en Denemarken (adolescenten). Op basis van PTSS prevalentie, blootstelling en kwetsbaarheid be-

Figuur 2 PTSS in vier landengroepen

	Hoge kwetsbaarheid	Lage kwetsbaarheid
Hoge blootstelling	Groep A Colombia, Israël, Libanon, Mexico, Zuid-Afrika Gemiddelde prevalentie: 2.1%	Groep B Australië, Canada, Nederland, Nieuw-Zeeland, Verenigde Staten Gemiddelde prevalentie: 7.3%
Lage blootstelling	Groep D Roemenië Prevalentie: 1.2%	Groep C België, Duitsland, Italië, Japan, Spanje Gemiddelde prevalentie: 2.0%

(Gegevens over lifetime PTSS prevalentie zijn ontleend aan Dückers et al. 2016)

horen die landen eveneens tot landengroep B. Belangrijk is dat het meenemen van zowel blootstelling als kwetsbaarheid tot een meer nauwkeurige voorspelling leidt; een voorspelling op basis van alleen blootstelling of kwetsbaarheid leidt tot een onderschatting van de prevalentie in landen binnen groep B, alleen exposure tot een overschatting in groep A, alleen kwetsbaarheid tot een overschatting in groep C.

Al ligt de nadruk in deze bijdrage op PTSS, het hierboven besproken landenpatroon is ook terug te zien in internationale depressiecijfers. Figuur 3 bevat gegevens over depressie uit een andere vergelijkende landenstudie (Kessler & Bromet 2013). De indeling van landen op basis

van blootstelling en kwetsbaarheid laat hetzelfde beeld zien. Landengroepen A en C scoren genoeg even hoog. De prevalentie in groep B is gemiddeld het hoogst. China in groep D scoort lager dan de andere gemiddelden.

In voorspoed en in tegenspoed

De landenanalyse suggereert dat trauma-gereleerde klachten niet alleen vaker voorkomen in de tijden van tegenspoed (blootstelling aan schokkende gebeurtenissen), maar ook onder omstandigheden van voorspoed (een meer welvarend, stabiel land met een betere gezondheidszorg). Vooral als die tegenspoed en voorspoed samengaan piekt de prevalentie. Een positieve gevolgtrekking is dat bij blootstelling in

minder kwetsbare landen de kans groter is dat mensen de voorgeschreven, hoogwaardige zorg krijgen.

Onbeantwoorde vragen

De bevindingen nodigen zeker uit tot een meer kritische reflectie, al vergen de bredere verklaringen aanvullend onderzoek, met gevalideerde instrumenten in representatieve steekproeven, met betere methoden en technieken die bovendien recht doen aan de culturele rijkheid en diversiteit in uitingsvormen van trauma- en rouwgerelateerde gezondheidsklachten. Niet alleen om de paradox te verifiëren in nieuwe populaties, gericht op andere problemen. Maar met name om contexten en mechanismen beter te begrijpen. Los van de blootstelling, een krachtige voorspeller die extreem kan zijn, kunnen PTSS en depressie worden gezien als welvaartsverschijnsel. Op populatieniveau zijn het gezondheidscondities die minder vaak worden aangetroffen in kwetsbare landen. Zijn dit landen waar mensen minder illusies hebben over wat het leven brengt? Ondervinden mensen in kwetsbare landen inderdaad meer hinder door stigma en taboe, en spreken zij minder gemakkelijk met elkaar en professionals over ongemakken en klachten? Of is de veerkracht in kwetsbare landen sterker en worden mensen bij tegenslag minder vaak gekweld door getormenteerde dromen en stemmingen? Of is er simpelweg geen tijd en (economische) ruimte om stil te staan bij ellende, en vergt het leven van alledag dat men doorgaat in plaats van te lamenteren (zie ook de hysterische rijkeluis-

Figuur 3 Depressie in vier landengroepen

	Hoge kwetsbaarheid	Lage kwetsbaarheid
	<i>Groep A</i>	<i>Groep B</i>
Hoge blootstelling	Colombia, Israël, Libanon, Mexico, Oekraïne, Zuid-Afrika <i>Gemiddelde prevalentie: 11.1%</i>	Frankrijk, Nederland, Nieuw-Zeeland, Verenigde Staten <i>Gemiddelde prevalentie: 19.0%</i>
Lage blootstelling	<i>Groep D</i> China <i>Prevalentie: 6.5%</i>	<i>Groep C</i> België, Duitsland, Italië, Japan, Spanje <i>Gemiddelde prevalentie: 10.2%</i>

(Gegevens over lifetime depressie prevalentie zijn ontleend aan Kessler & Bromet 2013)

vrouwen in Wenen ten tijde van Freud)? Een eerdere analyse van 60 landen leert in ieder geval dat deze landen minder individualistisch zijn (Dückers et al. 2015). Het zou kunnen betekenen dat mensen in hun omgeving meer sociale steun (een bekende beschermende factor) vinden bij vrienden en familie. Als we die lijn doortrekken zou de professionele, extern georganiseerde zorg in minder kwetsbare landen zelfs als een surrogaat kunnen worden gezien voor een gebrek aan ondersteuning in eigen kring. Of erger nog: in hoeverre is de professionele, toegankelijke, buiten de privésfeer van mensen om georganiseerde zorg waarin klachten worden gediagnosticeerd en geprotocolleerd worden behandeld niet alleen genezend maar onbedoeld 'ziekmakend'? En hoe te kijken naar vluchtelingen en migranten? Welke prevalentie geldt als referentiewaarde om te bepalen of het 'goed' met hen gaat? Die van het bestemmingsland, land van herkomst of populaties in vluchtelingenkampen? Hoe lang duurt het voordat nieuwkomers het pathologisch profiel van het land van aankomst overnemen? Dit is slechts een greep uit de vele vraagstukken die de kwetsbaarheidsparadox oproept.

Literatuur

- Bonanno, G.A., 'Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?', in: *Am Psychol* vol. 59 (2004) 1, pp. 20–28.
- Brewin, C.R., B. Andrews & J.D. Valentine, 'Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults', in: *J Consult Clin Psychol* vol. 68 (2000) 5, pp. 748–66.
- Dückers, M, G. Frerks & J. Birkmann, 'Exploring the plexus of context and consequences: an empirical test of a theory of disaster vulnerability', in: *Int J Disaster Risk Red* vol. 13 (2015) 3, pp. 85-95.
- Kessler, R.C., B. Ustun, 'The World Mental Health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI)', in: *Int J Method Psychiatr Res* vol. 13 (2004) 3, pp. 93–121.
- Kessler R.C. & E.J. Bromet, 'The epidemiology of depression across cultures', in: *Annu Rev Public Health* vol. 34 (2013) pp. 119–138.
- Ozer, E.J., S.R. Best, T.L. Lipsey & D.S. Weiss, 'Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis', in: *Psychol Bull* vol. 129 (2003) 1, pp. 52–73.
- Welle, T. & J. Birkmann, 'The World Risk Index 2015', in: *World Risk Report 2015* (pp. 40-49). Berlin: Alliance Development Works, 2015.

1 Dit artikel is grotendeels gebaseerd op: M.L.A. Dücker, E. Alisic & C.R. Brewin, 'A vulnerability paradox in the cross-national prevalence of post-traumatic stress disorder', in: *The British Journal of Psychiatry*. 2016, bjp.bp.115.176628; DOI: 10.1192/bjp.bp.115.176628

MICHEL DÜCKERS is bestuurskundige en werkzaam als senior onderzoeker bij het NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Daarnaast is hij programmacoördinator rampen en crises bij Impact, landelijk kennis- en adviescentrum voor psychosociale zorg en veiligheid bij schokkende gebeurtenissen en redactielid van Cogiscope.