



WILLEKE VAN ZELST

PTSS verstopt achter andere klachten

Ouderen dubbel gepakt



(foto Peter Hiltz/HH)

Op 6 juni 2007 hield psychiater Willeke van Zelst tijdens het door Cogis georganiseerde symposium 'Getraumatiseerd oud worden' een presentatie over de resultaten van een longitudinaal onderzoek onder ouderen. Dit is een lopend onderzoek aan de Vrije Universiteit van Amsterdam onder de leiding van professor Dorly Deeg (strategisch hoogleraar epidemiologie van de ouderdom aan de VU). Van Zelst was een van de onderzoekers. Dit artikel is een bewerking van haar presentatie.

Iedereen die zich bezighoudt met de (geestelijke) gezondheid van oudere mensen, raakt vroeg of laat onder de indruk van het leed dat velen van hen tijdens hun leven hebben moeten doorstaan. Soms ben je verbaasd over de veerkracht van de enkeling die rustig over alle doorstane ellende kan vertellen, vaak ben je getroffen door de voortdurende tegenslagen die velen te verwerken hebben gekregen. Toch zijn in mijn praktijk doorgemaakte trauma's zelden het onderwerp bij een eerste kennismaking. Sterker nog, tot mijn schrik vertrouwen mensen me soms pas tegen het eind van een behandeling toe wat hen is overkomen. Achter een ogenschijnlijk alledaagse verwijzing blijkt dan opeens een hele wereld van met elkaar samenhangende klachten en gebeurtenissen schuil te gaan die op een posttraumatische stressstoornis (PTSS) wijzen. Steevast bekruipt mij dan de vraag hoe vaak we eigenlijk alleen het topje van de ijsberg zien. Behandelen we de klachten bij ouderen doorgaans niet te geïsoleerd, zonder dat we het onderliggende patroon van een PTSS herkennen? Hebben we juist bij ouderen niet onze handen vol aan de verschillende klachten

op lichamelijk en geestelijk gebied en leidt dat niet juist onze aandacht af van het vinden van een gezamenlijke noemer voor deze klachten? Vergeten we niet te zoeken naar een onderliggende oorzaak, geholpen door de gretigheid waarmee ook veel ouderen hun lichamelijke ongemakken aangrijpen om hun onbehagen te verklaren?

Onderzoek

Recente wetenschappelijke bevindingen wijzen erop dat de feitelijke oorzaak van allerlei klachten en problemen vaker gemist wordt dan we denken. Daarbij baseer ik me op de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), een interdisciplinair langlopend onderzoek naar predictoren en consequenties van veranderingen in het dagelijks functioneren van ouderen (Deeg e.a. 1998; 1994). Bij de start van dit onderzoek werden 3107 ouderen (55+), die een afspiegeling vormen van de Nederlandse bevolking van die leeftijd, geïnterviewd op tal van terreinen die te maken hadden met hun geestelijk en lichamelijk functioneren, hun welbevinden en hun sociale functioneren. Inmiddels wordt

deze groep, die uiteraard door sterfte steeds kleiner wordt, al vijftien jaar gevolgd en heeft die LASA een schat aan gegevens opgeleverd. Zo zijn we ondermeer veel te weten gekomen over het voorkomen, het beloop en de gevolgen van PTSS.

Allereerst het voorkomen van PTSS: hoewel het onderzoek zeer strenge criteria hanteerde met betrekking tot PTSS, bleek PTSS (omgerekend naar de gehele bevolking) bij 0,9% van de oudere Nederlanders voor te komen (Van Zelst e.a. 2003). Dat wil zeggen dat dit percentage ouderen een zeer ernstig trauma had meegemaakt op enig moment in hun leven en daar recent (in het laatste half jaar) nog last van had. Met last werd dan bedoeld dat er tenminste een verschijnsel van herbeleving en tenminste drie symptomen van vermijding, als ook tenminste twee symptomen van overmatige prikkelreacties waren geweest die hun leven beperkten of veel lijden veroorzaakte¹. De traumatische gebeurtenissen die tot PTSS hadden geleid, waren alle zeer ernstig van aard geweest en waren geselecteerd uit de zogenaamde CIDI-lijst (Wittchen 1994). Opvallend was dat deze ingrijpende gebeurtenissen bij iets meer dan de helft van de PTSS-groep met oorlogstrauma's te maken hadden. Overigens had het merendeel meerdere traumatische gebeurtenissen meegemaakt, waarbij van de meest ernstige gebeurtenis een diagnostisch interview werd afgenomen.

Omdat de eisen voor het stellen van een diagnose zo streng waren, is ook gekeken naar een minder strenge variant, de zogenaamde 'sub-threshold-PTSS', waarbij ook gescoord kon

worden op een PTSS-klachtenvragenlijst zonder dat aan de volledige PTSS-diagnose werd voldaan. Subthreshold-PTSS kwam bij ruim 13% van alle ouderen voor. Dat waren bijvoorbeeld de mensen die maar twee in plaats van drie vermijdingssymptomen hadden.

Daarnaast is gekeken naar het samengaan van de diagnose depressie met andere angststoornissen (PTSS valt ook onder de angststoornissen).

De depressie krijgt de aandacht

Bij de strikte PTSS-diagnose bleek in 40% van de gevallen ook sprake van een andere angstdiagnose of een depressie (Van Zelst 2006). Op symptoomniveau is het samengaan van een angststoornis met een depressie nog vaker aan de orde. Het is dus denkbaar dat bijvoorbeeld een depressie de aandacht wegvangt van een eveneens aanwezige PTSS.

Depressie heeft al langer in de schijnwerpers gestaan als belangrijke oorzaak van verminderd functioneren bij ouderen en wordt al redelijk herkend door artsen en therapeuten. Dat daarnaast ook de veel onbekendere PTSS bij patiënten een ziekmakende rol kan spelen is nog niet goed doorgedrongen. Evenmin is algemeen bekend dat PTSS zelfs aan de basis staat van veel andere psychiatrische problemen. Dat laatste bleek onder meer uit het LASA-onderzoek: de ernst van de PTSS bepaalt of er eveneens sprake is van een depressie of andere angstdiagnoses (Van Zelst 2006). Deze conclusie sluit aan bij ander onderzoek waar werd vastgesteld dat bij gezamenlijk voorkomen van PTSS en depressie, de PTSS er meestal

eerder is dan de depressie (McFarlane 2001). Verwonderlijk is dat niet als men bedenkt dat ook uit het LASA-onderzoek bleek dat de traumatische gebeurtenissen, die als oorzaak van de PTSS werd aangewezen, meestal al tientallen jaren eerder hadden plaatsgevonden. Dat het om gebeurtenissen van zo lang geleden ging was verassend. Een recent Amerikaans onderzoek onder ouderen gaf eenzelfde beeld te zien (Acierno e.a. 2007). Aangezien een trauma doorgaans ver

in het verleden ligt, is de kans dat het onopgemerkt blijft heel reëel. Een deelonderzoek versterkt dat vermoeden. Bij tweederde van de ouderen met PTSS bleken klachten na drie jaar nog steeds te bestaan (Van Zelst 2006).

1 Herbelevingen (ook wel intrusies genoemd): recidiverende opdringerige herinneringen, nachtmerries, flashbacks, intens psychisch lijden bij blootstelling aan stimuli die een aspect symboliseren of erop lijken of fysiologische reacties (kippenvet, zweten, etc.) bij die blootstelling.

Vermijdingsreacties: vermijden van gedachten gevoelens gesprekken, activiteiten, plaatsen, mensen (die herinnering oproepen aan...) en onvermogen een belangrijk aspect te herinneren van de traumatische gebeurtenis, minder belangstelling voor (of deelneming aan) activiteiten, gevoel van onthechting/vervreemding, beperkt spectrum van gevoelens, gevoel van beperkte toekomst. Overmatige prikkelreacties: in- en doorslaapproblemen, prikkelbaarheid/woede-uitbarstingen, concentratieproblemen, overmatig waakzaam, overdreven schrikreacties.

Het lijkt er overigens op dat ook bijkomende negatieve levensomstandigheden, zoals bijvoorbeeld een recente scheiding of ziekten, bepalen in welke mate PTSS-klachten blijven bestaan (Danckwerts e.a. 2005; Van Zelst e.a. 2003). Maar er bleken meerdere risicofactoren te zijn die de kwetsbaarheid voor PTSS bepalen: bijvoorbeeld neuroticisme en nare gezinsomstandigheden die optreden voor het zesde levensjaar (ziekte, dood, verwaarlozing, misbruik en mishandeling). Dat PTSS vaak niet goed wordt herkend, was ook de conclusie van onderzoekers bij andere leeftijdsgroepen, zowel in de eerste lijn (Kroenke e.a. 2007; Magruder e.a. 2005; Samson e.a. 1999), als in de gespecialiseerde zorg (Tagay e.a. 2005).



Willeke van Zelst (foto R.Heijmans)

Bij de verkeerde specialist

De vraag is nu, hoe zit het met de behandeling als PTSS niet goed herkend wordt? Ook daarop kon antwoord worden gegeven, al was de uitslag niet bemoedigend: bijna niemand van de ondervraagde ouderen bezocht een psychiater, terwijl de onderzochten wel recente PTSS-klachten hadden (Van Zelst e.a. 2006). Ook bleken deze ouderen helemaal niet de medicatie te krijgen die in internationale richtlijnen worden geadviseerd (antidepressiva). Wat ze wel in overmaat kregen, waren benzodiazepines (oxazepam, diazepam etc.), die in deze richtlijnen juist worden afgeraden.

Kijkend naar het verdere gebruik van de gezondheidszorg, bleken ouderen met PTSS-klachten veel vaker een medisch specialist te bezoeken dan ouderen zonder PTSS.

Het was al bekend dat PTSS ook gevolgen heeft voor iemands lichamelijke gezondheid. Zo zijn in het LASA-onderzoek een zevental chronische ziekten geïnventariseerd en is onderzocht hoe de respondenten hun gezondheid ervaren. Het gemiddeld aantal ziekten bleek bij PTSS-gediagnosticeerden significant hoger dan bij ouderen met niet PTSS-gerelateerde klachten, en bij beide groepen was dat weer veel hoger dan bij ouderen zonder PTSS. Dat gold ook voor de mate waarin PTSS-gediagnosticeerden functioneel

beperkt waren en eveneens voor de ervaren (on)gezondheid. Het opmerkelijke was nu dat, ondanks het feit dat de ouderen met PTSS vaker ziekten en beperkingen hadden, ze verhoudingsgewijs bijna twee keer zo vaak een medisch specialist bezochten, maar niet de psychiater. De gedachte dringt zich daarom op dat deze ouderen veelal bij de verkeerde specialist zitten met hun klachten.

Veel problemen blijven verborgen achter lichamelijke klachten en worden niet uitgesproken. De diepere oorzaak van alle klachten, de PTSS, wordt niet aangepakt. Het is dan ook nauwelijks verbazingwekkend dat deze ouderen op de vraag of ze de geboden hulp voldoende vonden, veelal aangaven deze onvoldoende te vinden. Ook de tevredenheid met het leven op zich werd door ouderen met PTSS vaker negatiever beoordeeld dan door de andere ouderen. Ze voelden zich daarbij ook eenzamer en ongezonder. Bovendien was het zo dat de ouderen met PTSS vaker een dag in bed lagen of de dagen meer met allerlei beperkingen doorbrachten dan de andere ouderen. Ook als daar duidelijk rekening mee werd gehouden, veranderde dat niets aan deze situatie. Het geeft aan hoe zwaar ouderen met PTSS het hebben. Ze zijn als het ware dubbel gepakt door het leven. Des te schrijnender is het dat ze onze aandacht niet krijgen, in ieder geval niet op de juiste manier. Ook uit andere onderzoeken is gebleken dat het niet behandelen van een onderliggende PTSS het behandelen van de wel zichtbare depressie en angstklachten bemoeilijkt (Hegel e.a. 2005). Bij jongere leeftijdsgroepen is aangetoond dat een onderliggende niet behandelde

PTSS, therapie-uitkomsten van wel behandelde depressie en angst bemoeilijkt (Holtzheimer e.a. 2005). Het niet herkennen en het niet behandelen van PTSS kan op meerdere terreinen nadelige gevolgen hebben.

Betere afwegingen maken

Wat moeten we met deze kennis in de dagelijkse praktijk? We weten dat lang niet iedere getraumatiseerde oudere bereid is zich te laten behandelen. En waarschijnlijk is het heel diep wegstoppen van het trauma voor sommigen ook een manier om overeind te blijven. Behandeling heeft dan geen zin en kan zelfs averechts werken.

De winst die deze nieuw vergaarde kennis ons brengt, zit hem veel meer in de betere afwegingen en verantwoorde keuzes die nu gemaakt kunnen worden. We kunnen ouderen nu beter uitleggen wat hen mankeert en meer begrip kweken voor hun gedrag: bij onszelf en de (somaatich gerichte) collega's, bij de omgeving en bij de ouderen zelf. Bovendien kunnen we hen meerdere keuzes voorleggen met betrekking tot de behandeling. Begrip van de ernst en de taaiheid van de problemen verhoogt de tolerantie bij de buitenwacht en leidt ook tot betere verwijzingen. Het beste resultaat wordt natuurlijk geleverd als de keuze voor behandeling uiteindelijk tot genezing leidt. Dit perspectief is voor ouderen waarschijnlijk niet slechter dan voor jonge volwassenen, bij wie de therapieën voor PTSS hun effectiviteit al bewezen hebben. Vanzelfsprekend gaan een goede diagnose en adequate doorverwijzingen hieraan vooraf.

Literatuur

- R. Acierno , S. Lawyer, A. Rheingold, D. Kilpatrick, H. Resnick, B. Saunders. Current psychopathology in previously assaulted older adults. *J. Interpers. Violence* 22 (2007) 2, p. 250-258.
- A. Danckwerts and J. Leatham. Questioning the link between PTSD and cognitive dysfunction. *Neuropsychol. Rev.* 13 (2003) 4, p. 221-235.
- D. Deeg, A. Beekman, D. Kriegsman, M. Westendorp-de Serièrre. *Autonomy and well-being in the aging population II: report from the Longitudinal Aging Study 1992-1996*. Amsterdam: VU, 1998.
- D. Deeg, M. Westendorp-de Serièrre, *Autonomy and well-being in the aging population I: report from the Longitudinal Aging Study 1992-1993*. Amsterdam: VU, 1994.
- M. Hegel, J. Unutzer, L.Tang, P. Arean, W.Katon, P.Noel, J. Williams, E. Lin. Impact of comorbid panic and posttraumatic stress disorder on outcomes of collaborative care for late-life depression in primary care. *Am.J.Geriatr.Psychiatry* 13 (2005) 1, p. 48-58.
- P. Holtzheimer , M.III, J. Russo, D. Zatzick, C. Bundy, P. Roy-Byrne. The impact of comorbid post-traumatic stress disorder on short-term clinical outcome in hospitalized patients with depression. *Am.J.Psychiatry* 162 (2005) 5, p. 970-976.
- K. Kroenke, R. Spitzer, J. Williams, P. Monahan, B. Lowe. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann. Intern.Med.* 146 (2007) 5, p. 317-325.
- K. Magruder, B. Frueh, R. Knapp, L.Davis, M. Hamner, R. Martin, P. Gold, G. Arana. Prevalence of post-traumatic stress disorder in Veterans Affairs primary care clinics. *Gen.Hosp.Psychiatry* 27 (2005) 3, p. 169-179.
- A. McFarlane, C. Bookless, T. Air. Posttraumatic stress disorder in a general psychiatric inpatient population. *J.Trauma Stress.* 14 (2001) 4, p. 633-645.
- R. McNally. Debunking myths about trauma and memory. *Can.J.Psychiatry.* 50 (2005) 13, p. 817-822.
- A. Samson, S. Bensen, A. Beck, D. Price, C. Nimmer. Posttraumatic stress disorder in primary care. *J.Fam.Pract.* 48 (1999) 3, p. 222-227.
- S. Tagay, S. Herpertz, M.Langkafel, W. Senf. Posttraumatic stress disorder in a psychosomatic outpatient clinic. Gender effects, psychosocial functioning, sense of coherence, and service utilization. *J.Psychosom.Res.* 58 (2005) 5, p. 439-446.
- W. van Zelst, *Posttraumatic Stress Disorder in late life*. Amsterdam: VU, 2007.
- W. van Zelst, E. de Beurs, A. Beekman, D. Deeg, R. van Dyck. Prevalence and risk factors of posttraumatic stress disorder in older adults. *Psychother. Psychosom.* 72 (2003) 6, p. 333-342.
- W. van Zelst, E. de Beurs, A. Beekman, D. Deeg, R. van Dyck. Well-being, physical functioning, and use of health services in the elderly with PTSD and sub-threshold PTSD. *Int.J.Geriatr.Psychiatry.* 21 (2006) 2, p. 180-188.
- H. Wittchen . Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI) a critical review. *Journal of Psychiatric Research* 28 (1994) 1, p. 57-84.

WILLEKE VAN ZELST is psychiater en consultant ziekenhuispsychiatrie en geriatrie in het Universitair Medisch Centrum Groningen. Zij is gepromoveerd op dit onderwerp.