

VU Research Portal

Posttraumatic stress disorder in late life

van Zelst-Kwakkel, W.H.

2007

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

van Zelst-Kwakkel, W. H. (2007). *Posttraumatic stress disorder in late life*.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

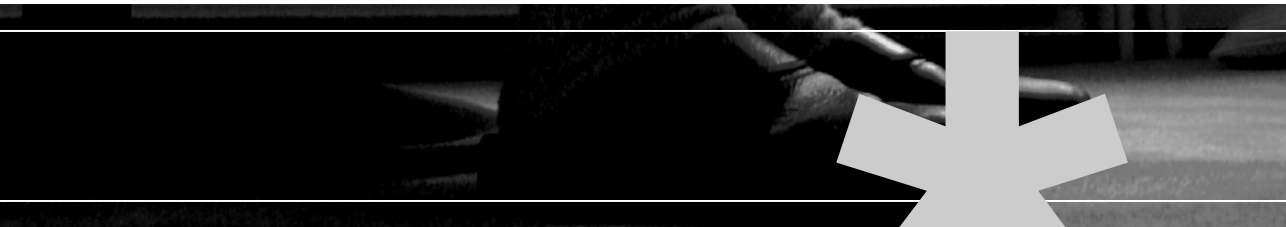
- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl



Nederlandse Samenvatting

Posttraumatische Stress Stoornis op oudere leeftijd

Posttraumatische Stress Stoornis op oudere leeftijd

Ernstige traumatiserende gebeurtenissen en verschijnselen van Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) komen vaak voor, ongeveer de helft van de bevolking krijgt ermee te maken. Het is daarmee een belangrijk onderwerp in de gezondheidszorg. Volgens schattingen voldoet 8 tot 9% van de bevolking op enig moment in het leven aan de criteria voor de volledige PTSS. Dat wil zeggen:

- Er moet een trauma zijn geweest. De betreffende persoon moet zich in een situatie hebben bevonden waarin men òf zelf 'de dood voor ogen' had, òf er getuige van was dat een dierbare dit overkwam. Er moet dus een feitelijke dood of ernstige dreiging van dood of verminking zijn geweest.
- Dit moet op dat moment intense angst, hulpeloosheid of afschuw hebben opgeroepen bij de betreffende persoon.
- De betreffende persoon moet vervolgens last hebben gekregen van tenminste één symptoom van zich opdringende gedachten of gevoelens of nachtmerries (intrusies) èn tenminste drie symptomen van vermijding èn tenminste twee van overmatige prikkelbaarheid.

Dit zijn strenge criteria en omdat mensen die net niet voldoende criteria hebben toch ook last kunnen hebben van klachten, wordt bij hen gesproken van symptomatische of subthreshold PTSS.

Dit proefschrift richt zich op de PTSS en de subthreshold PTSS bij ouderen, een onderwerp waar bijzonder weinig van bekend was bij de aanvang van dit onderzoek, met name waar het ging om vragen hoe het moet worden vastgesteld in de algemene bevolking, hoe vaak het voorkomt, wat de risicofactoren zijn, wat de gevolgen zijn, het samengaan met andere ziekten, hoe het beloop is en wat het aantal nieuwe gevallen per jaar is. Er wordt in dit proefschrift, voor de eerste keer in de literatuur, een beschrijving gegeven van een groep ouderen uit de algemene bevolking die lijdt aan de PTSS en van de aard van de gebeurtenissen die dat hebben veroorzaakt. Dit proefschrift toont ook als eerste epidemiologische data over het voorkomen in de algemene bevolking, het beloop, het aantal nieuwe gevallen en de gevolgen van PTSS bij ouderen. Het proefschrift levert een bijdrage aan de bestaande kennis omdat het aantoonde dat de rol van de subthreshold PTSS bij ouderen klinisch relevant is. Verder bevat dit proefschrift nieuwe informatie over het samen vóórkomen met andere ziekten. Tenslotte wordt de betrouwbaarheid van een meetinstrument voor PTSS beschreven bij ouderen in de algemene bevolking, iets wat nog niet eerder was onderzocht.

The Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)

Alle onderzoek in dit proefschrift is afkomstig uit de gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). Sterke punten van LASA zijn: de prospectieve opzet, het feit dat er informatie verzameld wordt op alle gebieden van functioneren (lichamelijk, mentaal, emotioneel en sociaal), het feit dat het is opgezet als bevolkingsonderzoek en dat het meetinstrumenten gebruikt die internationaal vergelijkbaar zijn. De resultaten van onderzoek zijn daarom generaliseerbaar naar andere Nederlandse ouderen of ouderen in vergelijkbare omstandigheden. Onvermijdelijk echter in een dergelijk langlopend onderzoek is de uitval van deelnemers en dat heeft consequenties voor de generaliseerbaarheid van de onderzoeksbevindingen. Daarom is bij de aanvang van het onderzoek rekening gehouden met de verwachte sterfte binnen de groep mannen en vrouwen en is de steekproef van deelnemers zo samengesteld dat er na vijf jaar evenveel mannen als vrouwen zouden zijn in de leeftijdsgroepen 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84 jaar. Door deze onderzoeksopzet verwachtte men voldoende mogelijkheden voor multivariaat onderzoek en voor het samenstellen van adequate subgroepen voor deelstudies. Bovendien zouden er voldoende deelnemers overblijven voor onderzoek na tien jaar. Voor dit proefschrift werd de informatie zes en negen jaar na de start van het LASA-onderzoek verzameld (leeftijdscategorie 61-94 jaar).

In **hoofdstuk 1** wordt het belang van PTSS onderzoek bij ouderen aangegeven. Juist ouderen kampen met de gevolgen van de nare ervaringen die zij gedurende hun hele leven kunnen hebben opgedaan en nog steeds opdoen. Men is niet gewend hun klachten in verband te brengen met PTSS en onderzoek ernaar is schaars. Het hoofdstuk geeft een algemeen overzicht van de geschiedenis en het ontstaan van het begrip PTSS en de gehanteerde definities voor zowel PTSS als subthreshold PTSS worden toegelicht en gerechtvaardigd. De vraagstellingen die voor het proefschrift worden onderzocht bij de ouderen in LASA worden beschreven, namelijk:

1. De prevalentie van (subthreshold) PTSS.
2. De uitingsvormen van (subthreshold) PTSS en risicofactoren.
3. De gevolgen van (subthreshold) PTSS voor welbevinden, lichamelijk functioneren en zorggebruik.
4. De comorbiditeit van (subthreshold) PTSS met depressies en andere angststoornissen.
5. Het longitudinale beloop over 3 jaar van (subthreshold) PTSS.
6. De validering van een meetinstrument geschikt voor het vinden van nieuwe gevallen van (subthreshold) PTSS.
7. De gevoeligheid van het meetinstrument voor het traumatiserend effect van publieke gebeurtenissen.

Hoofdstuk 2 geeft aan dat prevalentie aantallen bij jongere leeftijdsgroepen fors van elkaar verschillen naar gelang de verschillen in blootstelling aan trauma's, wijze van vaststellen en onderzoeksmethoden. Zo werd in een bevolkingsonderzoek een 6-maand- prevalentie van 0.44 gevonden, terwijl elders een levenslange prevalentie van 18.3% is beschreven. Vergelijkbaar onderzoek bij ouderen was niet eerder uitgevoerd. In het onderzoek dat binnen LASA werd uitgevoerd, werden alle ouderen met de Zelfinventarisatielijst Posttraumatische Stresstoornis (ZIL; engels: Self-rating Inventory for PTSD: SRIP) onderzocht en iedereen die boven een bepaald afkappunt scoorde, werd gediagnostiseerd met een Composite International Diagnostic Interview (CIDI) interview. Daarnaast werd een steekproef uit de overige ouderen (met lagere scores dan het afkappunt) met de CIDI onderzocht. Met deze zogenaamde twee fasen opzet was het mogelijk de prevalentie van PTSS te berekenen voor de LASA ouderen. Dit werd vervolgens teruggerekend op basis van leeftijd en geslacht naar de samenstelling van de oudere bevolking in Nederland. Op deze wijze werd een 6-maand-prevalentie van 0.9% gevonden voor PTSS en 13,1% voor subthreshold PTSS. Vergeleken met de uitkomsten van spaarzaam onderzoek bij vooral jongere bevolkingsgroepen lijkt er dus sprake van een hogere prevalentie van PTSS bij ouderen. Het grote aantal subthreshold gevallen is vaker aangetroffen bij ouderen en wordt bediscussieerd. Mogelijk komt het door de veelheid aan klachten die patiënten kunnen hebben op verschillende terreinen, waarbij net de drempel voor het vaststellen van een stoornis op één terrein niet bereikt wordt.

Risicofactoren voor PTSS uit diverse domeinen werden bepaald (met logistische regressie-analyses). Aan de belangrijkste risicofactoren per domein werden de volgende twee risicofactoren toegevoegd: recente stresserende gebeurtenissen en nare gebeurtenissen uit de jeugd, waarna een laatste logistische regressie analyse werd uitgevoerd. Zowel neuroticisme als nare gebeurtenissen uit de jeugd bleken de risicofactoren die het meest sterk verbonden waren met het optreden van PTSS en subthreshold PTSS. De Oddsratio's waren 13,4 respectievelijk 12,1 voor PTSS en 5.5 respectievelijk 3.7 voor subthreshold PTSS. Deze laatste toonde bovendien een significant verhoogde associatie met lage self-efficacy (de mate waarin men denkt een gesteld doel te kunnen bereiken). Mogelijk heeft een nare jeugd bijgedragen tot een hoge mate van neuroticisme en maakt dat kwetsbaar voor PTSS. Het kan ook zo zijn dat neuroticisme heeft bijgedragen tot het vaker rapporteren van een nare jeugd en mogelijk ook tot de rapportage van PTSS klachten. Echter, evenmin is uit te sluiten dat het beide onafhankelijke risicofactoren zijn die zelfstandig bijdragen tot het ontwikkelen van PTSS.

In **hoofdstuk 3** wordt een overzicht gegeven van de literatuur op het gebied van lichamelijke beperkingen, verminderd sociaal en psychisch functioneren en gebruik

van gezondheidszorgvoorzieningen bij PTSS en subthreshold PTSS. Dit is niet eerder onderzocht bij ouderen. Onze resultaten laten zien dat beide stoornissen ook bij ouderen een forse impact hebben op het dagelijkse leven. Deze negatieve effecten uiten zich in een duidelijk verminderd dagelijks functioneren, waarmee bedoeld werd dat er meer dagen in bed of minder actief werden doorgebracht. Dit was het sterkst aanwezig in de PTSS groep en het effect bleef bestaan zelfs als er werd gecorrigeerd voor het aantal lichamelijke ziekten, welke in deze groep eveneens vaker aanwezig waren. Dit bleek ook het geval te zijn in de subthreshold groep. Zowel ouderen met PTSS als met subthreshold PTSS ervoeren hun gezondheid als slechter dan dat controlepersonen dat deden. Met name ouderen met subthreshold PTSS rapporteerden meer eenzaamheid. Ouderen met deze stoornissen waren minder tevreden met hun leven dan ouderen zonder deze stoornissen. Ze hadden bovendien meer onvervulde hulpbehoeften dan ouderen zonder deze stoornissen. Een andere belangrijke bevinding van dit onderzoek was hun verhoogde aantal bezoeken aan medisch specialisten vergeleken met ouderen zonder deze stoornissen, maar juist een achterblijvend bezoek aan psychiaters. Het meest gebruikte medicijn in de aangedane groepen waren de benzodiazepines, terwijl maar zeer weinigen SSRI's gebruikten.

In **hoofdstuk 4** wordt de comorbiditeit van PTSS met andere psychiatrische aandoeningen verder uitgezocht. Hoewel de bestaande literatuur een hoge comorbiditeit suggereert bij volwassenen met PTSS, is dat voor ouderen met PTSS nooit goed uitgezocht. Ook is niet duidelijk of deze eventuele comorbiditeit samenhangt met specifieke risicofactoren of alleen een correlaat is van de ernst van de aandoening. Dit zou als consequentie hebben dat de behandeling dan niet gericht hoeft te zijn op de afzonderlijke comorbide aandoeningen, maar op de PTSS zelf, waarbij de verwachting is dat de comorbide aandoeningen ook verdwijnen als verbetering van de PTSS optreedt.

De comorbiditeit van PTSS met depressie en andere angststoornissen bleek bijna 40% en liep op met de ernst, waarbij ouderen zonder PTSS de minste comorbiditeit hadden, ouderen met subthreshold PTSS meer en ouderen met volledige PTSS de meeste comorbiditeit hadden. De ernst van de PTSS bleek de belangrijkste risicofactor voor het krijgen van comorbiditeit en andere risicofactoren werden niet gevonden. Er werd dan ook geconcludeerd dat in deze groep ouderen comorbiditeit eerder een uitloei is van ernst en niet een kwalitatief andere aandoening is die zich onderscheidt van de groep ouderen met alleen PTSS. Er zijn dan ook geen argumenten gevonden voor het afzonderlijk behandelen van deze comorbide stoornissen.

Hoofdstuk 5 bevat de bevindingen van het longitudinale beloop en de incidentie van nieuwe gevallen in deze groep ouderen afkomstig uit de algemene bevolking. Er blijken in de literatuur bij ouderen geen andere epidemiologische studies te zijn gedaan waarbij twee achtereenvolgende metingen zijn uitgevoerd in dezelfde (algemene) bevolking met als doel het verloop en de incidentie te bepalen. Er is wel een groep oudere krijgsgevangenen vervolgd die een toename van het aantal ouderen met PTSS liet zien. Verder is er een dergelijk epidemiologisch onderzoek bij adolescenten en jong volwassenen gedaan die na drie jaar een grote persistentie van PTSS lieten zien. Voor het belooponderzoek werden LASA-respondenten die de laatste 12 maanden aan PTSS criteria voldeden, vervolgd gedurende een periode van drie jaar. In deze periode werden ook de nieuwe gevallen onderzocht. De incidentie blijkt zo'n 10% en het blijkt vooral te gaan om respondenten met subthreshold PTSS. De overgang van subthreshold PTSS naar een volledig PTSS kwam bij 4% voor. Het percentage geheel nieuwe gevallen met PTSS dat voldeed aan strenge CIDI-criteria was 0,4%. Het opvallende daarbij is dat in al deze gevallen oude trauma's verantwoordelijk leken voor de nieuw opgetreden PTSS. PTSS bij ouderen blijkt ook hier in hoge mate een chronische aandoening die in tweederde van de respondenten met PTSS en subthreshold PTSS blijft voortbestaan. Vergeleken met eerder onderzoek bij jongeren lijkt PTSS bij ouderen nog hardnekkiger en lijken nieuwe gevallen vaker voor te komen. De aandoening fluctueert vaak tussen symptomatische en volledige PTSS. Waarom de aandoening opnieuw opkomt is niet duidelijk en verschillende mogelijkheden worden besproken. Het feit dat veel respondenten met PTSS niet in staat waren volledig mee te doen aan de vervolgmeting weerspiegelt hun kwetsbaarheid. De uitval was niet te wijten aan - bij PTSS veelal gebruikelijke - weigering, in het geheel niet in staat zijn aan enig onderzoek deel te nemen of niet te zijn op te sporen, wat een sterk punt is in dit onderzoek. Het onderzoek zou toekomstige hulpverleners in de gezondheidszorg ertoe kunnen aanzetten meer faciliteiten te scheppen voor ouderen met PTSS om aan de groeiende behoefte te voldoen en programma's op te stellen die zich richten op het monitoren van ouderen die net een terugval hebben om bij hen het herstel te bevorderen en verdere verergering van de klachten te voorkomen.

In **hoofdstuk 6** wordt de validering besproken van de Zelfinventarisatielijst (ZIL) voor de LASA-populatie. De ZIL is gebaseerd op DSM-III-R en werd in Nederland ontwikkeld en gevalideerd met de Clinician Administered PTSD Schedule in jonge poliklinische patiënten en oudere Nederlandse verzetstrijders. De ZIL werd afgenomen bij respondenten van LASA en de uitkomsten werden vergeleken met de uitkomsten van de CIDI, die als gouden standaard diende. De gebruikelijke drempelwaarde die wordt gesuggereerd voor de ZIL bleek een lage sensitiviteit te hebben van 22,6%. Dit was te verwachten op grond van de lagere prevalentie van PTSS in de algemene bevolking

dan in een populatie van poliklinische patiënten en veteranen. Met behulp van een Receiver Operator Characteristic (ROC)-curve kon een betere drempelwaarde voor de ZIL worden bepaald met bevredigende psychometrische eigenschappen bij gebruik bij ouderen in de bevolking. Bij een drempelwaarde van 39 blijkt namelijk de sensitiviteit 74.2% en de specificiteit 81.4%.

Hoofdstuk 7 beschrijft het effect op de ZIL van twee schokkende publieke gebeurtenissen, die plaatsvonden tijdens de data verzameling van de vierde onderzoekronde. Als gevolg van deze gebeurtenissen werden hogere ZIL scores gevonden vergeleken met de scores van dezelfde respondenten drie jaar eerder. Van de eerste gebeurtenis, op 11 september 2001 in de Verenigde Staten, kon met behulp van variantieanalyse aangetoond worden dat er een significante toename was van de score van respondenten op de ZIL, die na verloop van tijd weer afnam. De tweede gebeurtenis, de moord op de nationale politicus Pim Fortuijn op 6 mei 2002, had vergelijkbare effecten. De bevindingen worden bediscussieerd in het licht van de literatuur die over de eerste gebeurtenis op gang kwam. Benadrukt wordt dat het nogal wat uitmaakt of iemand slachtoffer is of alleen een lichte verhoging laat zien op een symptomen vragenlijst. Het feit dat publieke gebeurtenissen een diepgaande invloed hebben op screeningslijsten is een nieuw beschreven fenomeen in de literatuur. De consequentie hiervan is een overschatting van het aantal mensen die aan de stoornis lijden, in dit geval subthreshold PTSS. Omdat de effecten kortdurend waren en de metingen in de LASA populatie over langere tijd waren uitgespreid, bleef de overschatting beperkt. Toch is het een fenomeen waar onderzoekers die 'population based' onderzoek doen rekening mee moeten houden, indien zich openbare calamiteiten voordoen. In de populatie wordt daar kennelijk heftig maar kort op gereageerd.

In **hoofdstuk 8** worden in een algemene beschouwing de opzet van het onderzoek binnen LASA en de belangrijkste vragen rond PTSS bij ouderen besproken; met name de rol van subthreshold PTSS waarbij argumenten worden aangedragen voor het apart onderscheiden van die categorie naast PTSS. De verschillend gehanteerde tijdsdefinities van de diagnose PTSS in de verschillende hoofdstukken worden toegelicht. De gebruikte statistische methoden worden uitgediept in het kader van de verschillende vraagstellingen. De beperkingen van de onderzoeken komen voort uit 1) de voornamelijk cross-sectionele opzet, waardoor strikt genomen geen uitspraken over oorzaak en gevolg kunnen worden gedaan, 2) de relatief kleine getallen en 3) de vertekening die is opgetreden door het lange vervolgen van de oorspronkelijke LASA onderzoeksgroep, waardoor de zwaksten - die vaker PTSS hebben - in een eerder stadium van het onderzoek zullen zijn uitgevallen. Tenslotte wordt de relevantie van de verschillende onderzoeksbevindingen besproken. De gevonden prevalentie is moeilijk

te staven omdat vergelijkbaar onderzoek bij ouderen ontbreekt, maar er zijn aanwijzingen voor een verhoogde prevalentie bij ouderen. Dat heeft consequenties voor de organisatie van de zorg. Omdat nooit eerder een doorkijkje in de algemene bevolking is gegeven op de oudere mensen die daarin lijden aan PTSS en op de trauma's die daartoe aanleiding gaven, geeft dit onderzoek een verassend beeld: een kleine meerderheid van de trauma's is niet aan de oorlog gerelateerd en de meeste respondenten hadden meerdere trauma's. De aandoening recidiveert en blijft hardnekkiger aanwezig in de ouderdom. Ouderen die (op)nieuw aan de diagnose voldoen noemen oude trauma's als de oorzaak van het lijden. Er zijn veel ouderen met subthreshold PTSS, van wie sommigen een volledig PTSS beeld hebben gehad of (opnieuw) zullen ontwikkelen. Dit geeft aangrijpingsmogelijkheden voor mogelijk preventieve interventies. De subthreshold PTSS groep heeft met PTSS vergelijkbare risicofactoren en beperkingen; nare gebeurtenissen voor het zesde jaar lijken voor beide preventief te beïnvloeden risicofactoren voor de zeer lange termijn. Ook de gevolgen van PTSS en subthreshold PTSS in het dagelijks leven komen overeen. Dit is geoperationaliseerd als dagen die verloren gaan in bed of met ingeperkte activiteiten en ontevredenheid met de geboden hulp en een groter beroep op de gezondheidszorg. Dat zou voorkomen kunnen worden door een betere herkenning van de sterk onderbehandelde PTSS. Juist andere medisch specialisten, waar de respondenten relatief vaker komen, zouden daarin een rol kunnen spelen. Bij de behandeling dient, ondanks comorbiditeit met andere psychiatrische aandoeningen, PTSS op de eerste plaats te komen.

Bij toekomstig bevolkingsonderzoek zou men het gevalideerde meetinstrument vollediger kunnen toepassen door meer gebruik te maken van combinaties van de afzonderlijke items om de rol van subthreshold PTSS te verduidelijken. Dit onderzoek was een eerste aanzet, maar dient in de toekomst uitgebreid te worden met nieuwe, jongere cohorten waar minder vertekening is opgetreden door uitval. Dan zou ook de relatie met andere lichamelijke aandoeningen verder kunnen worden onderzocht en mogelijke cohort effecten duidelijk worden. Tevens zouden er langere vervolgstudies kunnen worden gedaan, zo mogelijk ook gericht op interventies ter verbetering van herkenning en behandeling van ouderen met PTSS.