

# **Psychotrauma en posttraumatische stressklachten bij een gerontopsychiatrische populatie**

## **Zelfrapportage vergeleken met beoordeling door de specialist ouderengeneeskunde**

**Auteurs:** Mary L. Koer, Han F. A. Diesfeldt

### **Samenvatting**

*Inleiding:* Dit onderzoek betreft posttraumatische stressklachten en posttraumatische stressstoornis (PTSS) bij gerontopsychiatrische (GP) patiënten in het verpleeghuis. PTSS bij ouderen is onderbelicht en deze groep ouderen is hier niet eerder op onderzocht. PTSS gaat vaak samen met ernstige psychiatrische problematiek, kan invloed hebben op, of zelfs verklarend zijn voor onbegrepen probleemgedrag. De huidige trend is dat psychiatrische problematiek steeds vaker reden voor opname is. Deze studie onderzoekt in hoeverre traumatische ervaringen en PTSS bij deze populatie aanwezig zijn en in hoeverre regiebehandelaars (specialisten ouderengeneeskunde) dit onderkennen.

*Methode:* Om psychotrauma en PTSS te screenen werd de Trauma Screeningsvragenlijst (TSV) afgenomen. De inschatting van de regiebehandelaars omtrent de aanwezigheid van psychotrauma en PTSS werd geobjectiveerd middels twee vragen.

*Deelnemers:* Alle 52 GP-patiënten in de onderzochte zorginstelling, van wie 16 de TSV-vragen niet hebben beantwoord.

*Conclusie:* Traumatische ervaringen komen bij deze groep zeer frequent voor. Zij worden deels niet herkend door regiebehandelaars. Een advies voor de klinische praktijk is om bij GP-patiënten van een verpleeghuis niet alleen de TSV af te nemen, maar daarbij ook te vragen naar mogelijke vermindering van traumatische herinneringen. De kans op onderdiagnostiek van psychotrauma en PTSS kan hiermee worden verkleind.

---

## **Psychotrauma and post-traumatic stress symptoms in the psychiatric elderly**

### **Self-reporting compared to assessments by elderly care physicians**

#### **Abstract**

*Introduction:* This study concerns post-traumatic stress symptoms and post-traumatic stress disorder (PTSD) in psychiatric elderly living in a nursing home. PTSD in the elderly is underexposed and this group of elderly patients has not been investigated before. PTSD often comes with severe psychiatric problems, can affect, or even explain misunderstood problematic behaviour. The current trend is that psychiatric problems are more and more reason for admission to a nursing home. We examine the extent to which traumatic experiences and PTSD are present in this population, and to what extent elderly care physicians recognize traumatic experiences and PTSD.

*Method:* To screen for psychotrauma and PTSD, the Trauma Screening Questionnaire (TSQ) was completed by participants. The assessment of elderly care physicians regarding psychotrauma and PTSD was objectified by means of two questions.

*Population:* All 52 gerontopsychiatric patients could be included. Sixteen of them did not participate in the TSQ.

*Conclusions:* The prevalence of traumatic experiences in this group is very high. They are partly missed by the elderly care physicians. Utilization of the TSQ and questions exploring possible avoidance of traumatic memories could reduce the risk of underdiagnosis of psychotrauma and PTSD.

---

**Kernwoorden:** gerontopsychiatrie, psychotrauma, PPTS, verpleeghuis

---

**Keywords:** Geriatric psychiatry, Long-Term Care, Mental-physical multimorbidity, Nursing home residents

---

## Inleiding

De DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) definieert een posttraumatische stressstoornis (PTSS) als een reactie op blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, verwonding of seksueel geweld met als kernsymptomen intrusies, vermijding, negatieve veranderingen in cognities en stemming, en verandering in arousal en reactiviteit.<sup>1</sup> Van wie een schokkende gebeurtenis meemaken, ontwikkelt 14% als reactie hierop een PTSS.<sup>2</sup> In Nederland heeft naar schatting 7,4% van de mensen van 18-80 jaar ooit in hun leven een PTSS doorgemaakt.<sup>2</sup> Bij mensen ouder dan 55 jaar werd bij 3,3% een PTSS vastgesteld.<sup>3</sup> Deze cijfers berusten op onderzoek met DSM-criteria ofwel een formele diagnose van PTSS. Er is echter uit een aantal grote studies naar voren gekomen dat veel ouderen traumasymptomen ervaren waarvan het aantal onder de drempelwaarde voor een formele diagnose PTSS ligt.<sup>4,5</sup> Ouderen hebben immers andere associaties bij het woord 'trauma' en zijn vaak terughoudend zich negatief uit te laten over een levensingrijpende gebeurtenis (zoals oorlog). Ook kan er een afwijzende houding bestaan tegen hulp zoeken.<sup>6</sup> De generatie kenmerkt zich als 'niet klagen, maar dragen'. Verder kan ook de uitingsvorm van een PTSS bij ouderen verschillend zijn van deze bij jongere volwassenen; zo vertonen ouderen meer lichamelijke klachten dan jongeren of volwassenen.

Psychotrauma's kunnen veel impact hebben op het ontwikkelen van adequate copingmechanismen voor wat het leven ons vraagt, en voor het ouder worden op zichzelf. Op hogere leeftijd is er meer kans op verlieservaringen, opeengestapelde levenslasten en het ontwikkelen van gezondheidsrisico's (lichamelijke of cognitieve beperkingen). Dergelijke ontwikkelingen kunnen copingmechanismen uitputten. Nieuwe verlieservaringen kunnen herinneringen oprakelen, waardoor vergelijkbare ervaringen van bijvoorbeeld controleverlies ontstaan en trauma's van vroeger gereactiveerd kunnen worden.<sup>7,8</sup> Onder Duitse ouderen komen oorlog-gerelateerde traumatische ervaringen vaak voor, tot bijna 60% bij 75-plussers met een prevalentie van PTSS bij 60-plussers van 3,44%. Onderzoek suggereert dat bij ouderen een vijftal uitingen van PTSS kunnen voorkomen, namelijk nieuw ontstaan trauma, reactivatie, vertraagd begin (delayed onset), chronisch PTSS met persoonlijkheidsveranderingen en chronische complexe PTSS met meerdere psychiatrische ontregelingen.<sup>7</sup>

Wij hebben geen onderzoek gevonden naar de prevalentie van PTSS bij ouderen die in een verpleeghuis wonen. Veel onderzoeken omtrent PTSS betreffen relatief gezonde ouderen die proactief benaderd zijn, zelf in staat waren te reageren op een oproep of deelnamen op basis van beschikbaarheid. Ons onderzoek richt zich op gerontopsychiatrische patiënten van een verpleeghuis. Het betreft een complexe, relatief jonge groep ouderen met al langer bestaande psychiatrische problematiek die in een aantal opzichten wezenlijk verschilt van de reguliere verpleeghuispatiënten met voornamelijk neurocognitieve stoornissen. Het zijn ouderen met psychiatrische problematiek die wegens het ouder worden en bijkomende cognitieve of somatische problematiek niet meer zelfredzaam zijn waardoor zij de 24-uurs zorg van een verpleeghuis behoeven. Bij vele gerontopsychiatrische patiënten staan neuropsychiatrische symptomen op de voorgrond, met name prikkelbaarheid en depressie/apathie.<sup>10,11,12</sup>

Bekend is dat (ernstige) psychiatrische problematiek vaak gepaard gaat met PTSS. De psychiatrische problematiek kan dan een PTSS versluieren waardoor de diagnose gemist wordt. Van bijvoorbeeld mensen gediagnosticeerd met psychotische stoornissen (schizofrenie, schizo-affectieve stoornis, psychotische stoornis) die in feite ook voldeden aan de criteria van een PTSS, had 97% de diagnose PTSS niet in het dossier staan.<sup>13</sup>

Deze studie wil onderzoeken: (1) in hoeverre traumatische ervaringen en PTSS aanwezig zijn bij een gerontopsychiatrische verpleeghuispopulatie en (2) in hoeverre regiebehandelaars traumatische ervaringen en PTSS onderkennen.

Regiebehandelaars in het verpleeghuis zijn specialisten ouderengeneeskunde met basiskennis van psychiatrische stoornissen. In de zorginstelling coördineren zij het zorgproces, zijn zij eerste aanspreekpunt voor patiënt, diens naasten of wettelijk vertegenwoordiger en dragen zij verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces.

## Methode

### **Ethische overwegingen**

Het onderzoek werd voorgelegd aan de medisch-ethische commissie van de zorgorganisatie Amsta (Amsterdam) en is door haar geaccordeerd.

## **Deelnemers**

De onderzoekspopulatie bestond uit alle gerontopsychiatrische (GP) patiënten van zorgorganisatie Amsta. De meesten (n=41) woonden op twee GP-afdelingen in een grootschalig verpleeghuis. Een kleinere groep (n=11) woonde in een kleinschalige GP-verpleegwoonvoorziening, eveneens in Amsterdam. Alle 52 patiënten werden geïncludeerd. Zij gaven na uitleg over doel en inhoud van het onderzoek akkoord voor raadpleging van hun medisch dossier. Bij veertien van hen was vanwege de ernst van de psychiatrische stoornis, bijkomende cognitieve problematiek of een lage intelligentie twijfel of zij weloverwogen akkoord gaven. Daarom is een extra akkoord via hun wettelijk vertegenwoordiger gevraagd. Met elke patiënt werd een afspraak gemaakt voor een persoonlijk gesprek. Dit gesprek, waarin ook de Trauma Screening Vragenlijst (TSV), een geautoriseerde vertaling van de Trauma Screening Questionnaire<sup>14,15</sup> werd afgenomen, vond plaats op de afdeling of desgewenst op de kamer van de patiënt. Bij introductie van de TSV wilden negen patiënten de vragen niet beantwoorden, vier anderen waren daar niet toe in staat wegens afasie of ernstige cognitieve beperking en drie anderen konden niet participeren vanwege afwezigheid (bijvoorbeeld wegens een tijdelijke opname elders). In totaal werd van 36 patiënten (69%) een TSV afgenomen.

## **Dataverzameling**

Dataverzameling gebeurde tussen oktober 2018 en februari 2019 door de onderzoeker, tevens gezondheidszorgpsycholoog van de GP-afdelingen en ervaren met diagnostiek en behandeling bij deze doelgroep. Dataverzameling bestond uit dossieronderzoek en afname van de TSV.

## **Dossieronderzoek**

De volgende kenmerken konden aan het elektronisch dossier worden ontleend: de demografische gegevens geboortjaar, leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, de gediagnosticeerde psychiatrische problematiek (huidige diagnoses, geclusterd volgens de DSM-5-hoofdstukken), comorbide cognitieve en somatische problemen, psychofarmacagebruik (aantal en soort) en de verblijfsduur in de zorginstelling. Vanwege een mogelijke relatie van traumatische ervaringen en PTSS met het al dan niet hebben meegemaakt van de Tweede Wereldoorlog (WO II) maakten we onderscheid naar geboortejaren voor 1946 en latere geboortejaren.

Enkele variabelen werden aanvankelijk wel onderzocht maar wegens onvoldoende gegevens buiten de analyse gelaten, te weten opleidingsniveau, eerdere psychiatrische diagnoses, jaar van eerste contact met de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en aantal voormalige contacten met de GGZ.

## **Trauma Screeningsvragenlijst (TSV)**

De TSV is afgenomen in de vorm van een gesprek met de patiënt (gestructureerd interview). De TSV bestaat uit drie onderdelen en begint met de vraag of respondenten ooit in hun leven gebeurtenissen hebben meegemaakt of getuige waren van gebeurtenissen die zeer beangstigend, levensbedreigend, overweldigend of schokkend waren. Na een bevestigend antwoord op deze 'traumavraag' werd bij het tweede onderdeel gevraagd wat voor schokkende ervaringen dat waren, zoals ongewenste seksuele handelingen, lichamelijke mishandeling, psychische mishandeling, een psychotische episode, langdurige verwaarlozing, of het meemaken van ramp, oorlog of ongeval.<sup>16</sup> Hoewel de DSM-5 het criterium van reactie (angst, hulpeloosheid of afschuw) niet meer meeweegt (American Psychiatric Association, 2014) wordt in de TSV nog wel gevraagd naar intense angst, hulpeloosheid of afschuw. In dit onderzoek is deze vraag naar reactie buiten beschouwing gebleven. Bij de registratie van schokkende ervaringen is geen rekening gehouden met de frequentie: eenmalig of meer dan eens. De ervaringen zijn ten behoeve van de analyses dichotoom gescoord: aan- of afwezig. Het derde onderdeel is een lijst van tien veel voorkomende en actuele psychologische en lichamelijke reacties op traumatische gebeurtenissen, zoals verontrustende gedachten, dromen, bepaalde lichamelijke reacties of slaapproblemen. Op deze vragen kan een totaalscore van 0 tot 10 worden verkregen, waarbij hoge scores wijzen op een grotere belasting door traumatische gebeurtenissen. De drie onderdelen van de TSV bestrijken PTSS-criteria A, B en E in de DSM-5.<sup>1</sup> De TSV is een betrouwbaar screeningsinstrument voor de voorspelling van een PTSS, ook voor PTSS bij psychotische stoornissen.<sup>13</sup>

## **PTSS volgens de regiebehandelaar**

Op de GP-afdelingen waren twee regiebehandelaars betrokken. Hen werd gevraagd of zij bij de deelnemende patiënten van hun eigen afdeling een PTSS waarschijnlijk achtten. Vragen voor de regiebehandelaars waren:

1. Voldoet de patiënt aan DSM-5 criterium A voor een posttraumatische stressstoornis, te weten: blootstelling aan een

feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld? Antwoordmogelijkheid: ja/nee/weet niet.

2. Heeft de patiënt een PTSS? Antwoordmogelijkheid: ja/nee/weet niet.

### Analyses

Om de kenmerken van de patiënten te beschrijven werden categorische variabelen in percentages uitgewerkt en continue variabelen in gemiddelden met standaarddeviaties. Voor verschillen tussen patiënten die ervoor kozen deel te nemen aan de TSV-afname en patiënten die dit niet wilden of daartoe niet in staat waren, zijn gestandaardiseerde verschijscores berekend. Voor statistische toetsing is gebruik gemaakt van de Student t-toets. Krustabellen zijn geanalyseerd met de chi-kwadraattoets, de Fisher exact test of de McNemar-toets. De uitkomsten van de TSV werden vergeleken met de inschatting van de regiebehandelaars. Statistische analyses werden uitgevoerd met JASP 0.9.2.0.<sup>17</sup>

### Resultaten

#### Demografische gegevens en vergelijking van patiënten die wel of niet deelnamen aan de TSV

Tabel 1 laat zien dat de gerontopsychiatrische populatie ongeveer evenveel vrouwen als mannen telde. De gemiddelde leeftijd was bijna 70, de gemiddelde verblijfsduur binnen de instelling ruim vier jaar. Patiënten waren overwegend alleenstaand. Het aantal psychiatrische diagnoses kon oplopen tot vier. Zij betroffen overwegend aandoeningen onder DSM-5 categorie 'schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen'. Van geen enkele patiënt vermeldde het dossier de diagnose PTSS. Kenmerkend voor de complexe problematiek van GP-verpleeghuispatiënten is het relatief grote aantal somatische aandoeningen, variërend van een tot dertien per patiënt. Bij bijna de helft (46%) was sprake van comorbide cognitieve problematiek. Op geen van de onderzochte variabelen werden belangrijke verschillen gevonden tussen patiënten bij wie de TSV al dan niet kon worden afgenomen.

**Tabel 1 Deelnemerskenmerken (N = 52) met gemiddelden (M), standaarddeviaties (SD) en gestandaardiseerde verschijscores (ES) voor patiënten die de TSV beantwoordden (n = 36) en patiënten die dat weigerden of er niet toe in staat waren (n = 16).**

					Deelname TSV (n = 36)	Geen deelname TSV (n = 16)	
Kenmerken	M (SD)	Bereik	n	%	M (SD) of n (%)	M (SD) of n (%)	ES
Leeftijd	69,8 (8,7)	51-87	52	100	69,9 (7,9)	69,5 (10,7)	0,04a
Man			28	54	18 (50%)	10 (62,5%)	0,12b
Vrouw			24	46	18 (50%)	6 (37,5%)	
Burgerlijke staat							0,23c
• Gehuwd			1	2	1 (2,8%)	0 (0%)	
• Ongehuwd/alle en- staand			33	64	21 (58,3%)	12 (75%)	
• Gescheiden			14	27	10 (27,8%)	4 (25%)	
• Weduwe/wedu w-naar			4	8	4 (11,1%)	0 (0%)	
Aantal psychiatrische diagnoses (huidig)	1,4 (0,9)	0-4	52	100	1,4 (0,9)	1,4 (0,9)	0,01a
Psychiatrische hoofddiagnose			52	100			0,30c

• Schizofreniespec-trum- en andere psychotische stoornissen			28	54	16 (44,4%)	12 (75%)	
• Persoonlijkheidsstoornissen			10	19	8 (22,2%)	2 (12,5%)	
• Bipolaire-stemmingsstoornissen			5	10	4 (11,1%)	1 (6,2%)	
• Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen			2	4	2 (5,6%)	0 (0%)	
• Anders			2	4	2 (5,6%)	0 (0%)	
• Geen			5	10	4 (11,1%)	1 (6,2%)	
Aantal somatische symptomen	6,2 (2,3)	1-13	52	100	6,3 (2,4)	6,2 (1,9)	0,02a
Comorbide cognitieve problematiek			24	46	17 (47,2%)	7 (43,8%)	0,03b
Aantal psychofarmaca per persoon	1,9 (1,4)	0-6	52	100	1,9 (1,3)	2,1 (1,6)	-0,10a
Verblijfsduur in jaren	4,1 (3,0)	0,1-13,4	52	100	4,1 (2,8)	4,0 (3,6)	0,01a

a) Cohen's d (0,2 = klein verschil; 0,5 matig; 0,8 groot). b) Phi (0,1 = klein verschil; 0,3 matig; 0,5 groot). c) Cramer's V (0,1 = klein verschil; 0,3 matig; 0,5 groot).

### Beantwoording van onderzoeksvraag 1

#### A. Prevalentie van traumatische ervaringen en PTSS volgens de regiebehandelaars

Tabel 2 laat zien voor hoeveel patiënten de regiebehandelaars een traumatische ervaring, respectievelijk een PTSS aannemelijk achtten.

**Tabel 2 Trauma en PTSS volgens de regiebehandelaar onderscheiden naar patiënten bij wie de TSV was afgenomen en patiënten die dat weigerden of er niet toe in staat waren**

			Deelname TSV (n = 36)	Geen deelname TSV (n = 16)	
Kenmerken	n	%	n (%)	n (%)	ES
Trauma volgens de regiebehandelaar					0,15a
- ja	34	65	24 (67%)	10 (63%)	
- nee	9	17	7 (19%)	2 (13%)	
- weet niet	9	17	5 (14%)	4 (25%)	
PTSS volgens de regiebehandelaar					0,14a

- ja	18	35	13 (36%)	5 (31%)	
- nee	25	18	18 (50%)	7 (44%)	
- weet niet	9	17	5 (14%)	4 (25%)	

a) Cramer's V (0,1 = klein verschil; 0,3 matig; 0,5 groot).

De regiebehandelaars meenden dat 34 (65%) van de GP-patiënten ooit in hun leven een ernstig psychotrauma hadden doorgemaakt, bij 18 patiënten (35%) achtten zij aanwezigheid van een PTSS aannemelijk. De geschatte prevalentie van trauma's, respectievelijk PTSS verschilde niet voor patiënten bij wie de TSV werd afgenomen en voor hen bij wie de lijst niet werd afgenomen.

Van tien patiënten (71%) van de veertien die voor 1946 geboren waren, dat wil zeggen voor of tijdens WO II, meenden de regiebehandelaars dat zij een trauma hadden doorgemaakt, bij vijf (36%) vermoedden zij een PTSS. In vergelijkbare verhoudingen werden psychotrauma, respectievelijk PTSS aannemelijk geacht voor de 38 patiënten die later geboren waren, namelijk 63%, respectievelijk 34%. De door regiebehandelaars geschatte prevalentie van psychotrauma en PTSS varieerde dus niet systematisch met het geboortjaar van de patiënten, voor of na WO II.

De regiebehandelaars achtten geen PTSS aanwezig bij de negen patiënten bij wie zij geen traumatische ervaringen vermoedden. Wanneer de regiebehandelaar twijfelde over eerdere traumatische ervaringen, werd zeven van de negen keer ook getwijfeld aan PTSS. Daarmee volgden de regiebehandelaars in het algemeen DSM-criterium A voor PTSS (zonder blootstelling aan een of meer psychotraumatische gebeurtenissen geen PTSS). Wanneer de regiebehandelaar meende dat een patiënt een traumatische ervaring had doorgemaakt, werd in iets meer dan de helft van de gevallen ook een PTSS vermoed (18/34).

### **B. Prevalentie van traumatische ervaringen en PTSS volgens de patiënten**

Van de 36 patiënten bij wie de TSV was afgenomen, gaf 86% bevestigend antwoord op de vraag of zij ooit een schokkende en als ingrijpend ervaren gebeurtenis hadden meegemaakt (zie Tabel 3). Alle negen patiënten geboren voor of in WO II gaven een bevestigend antwoord, tegenover 81% van de 27 patiënten die na WO II waren geboren. Het verschil is statistisch niet significant (Fisher's exact p (tweez.) = 0,30).

Tabel 3 laat ook zien dat de patiënten gemiddeld 2 tot 3 traumatische ervaringen noemden, waaronder die van een ramp, oorlog of ongeval het meest voorkwamen, gevolgd door emotionele mishandeling. Het aantal traumatische ervaringen was voor patiënten die in of voor WO II waren geboren iets kleiner dan voor anderen die na WO II werden geboren (gemiddeld 1,6 (SD=1,1) respectievelijk 2,5 (SD=1,7). Het verschil is echter niet significant (t-toets = -1,32; df =32; p (tweez.) = 0,20).

Opmerkelijk genoeg noemden twee patiënten die aanvankelijk ontkennend antwoordden op de eerste vraag van de TSV (heeft u ooit in uw leven een of meer schokkende gebeurtenissen meegemaakt?), bij onderdeel 2 wel enkele soorten trauma: een psychotische episode, respectievelijk langdurige verwaarlozing. Zij bevestigden desgevraagd dat dit wel degelijk schokkende gebeurtenissen waren geweest die zij als ingrijpend hadden ervaren.

Bij de TSV-vraag naar tien mogelijke reacties op de ervaren traumatische gebeurtenis, noemden de patiënten er gemiddeld 2, met een spreiding van 0 tot 6. Elk bevestigend antwoord voegt een punt toe aan een somscore die kan variëren van 0 tot 10. Volgens de handleiding van de TSV vormt een totaalscore van 6 of hoger een indicatie voor een mogelijke PTSS.<sup>14</sup> Er is echter ook onderzoek dat een somscore van 7 of meer adviseert als indicatie voor PTSS.<sup>18</sup> In beide studies (Brewin e.a., 2002 en Dekkers e.a., 2010) had de traumatische ervaring zeer korte tijd voor afname van de TSV plaatsgevonden (gemiddeld twee tot drie weken). Bij de hier onderzochte gerontopsychiatrische patiënten was niet precies bekend wanneer de traumatische ervaringen hadden plaatsgevonden, maar we mogen aannemen dat het voor de meesten vele jaren geleden was. Dat vergoot de kans op onderrapportage van klachten, waarvoor in de literatuur ook aanwijzingen zijn gevonden.<sup>4,5</sup> Omdat we rekening wilden houden met onderrapportage van klachten hebben we in de analyses niet alleen somscores van 6 of hoger maar ook somscores vanaf 5 beschouwd als indicatief voor een PTSS. Tabel 3 laat zien dat geen patiënt een somscore > 6 behaalde, één patiënt een score van 6 en zes patiënten een score van 5, zodat zeven patiënten (21%) een indicatie hadden voor een

mogelijke PTSS. Deze patiënten gaven ook een bevestigend antwoord op de traumavraag van onderdeel 1.

Van de 34 patiënten gaf 56% spontaan aan dat zij vroeger meer klachten hadden ervaren dan nu. Zeker twee deelnemers gaven ook spontaan aan dat zij geen of minder klachten ervoeren omdat zij actief herinneringen of nare situaties vermeden. Een Pearson correlatie berekend tussen de som van het aantal trauma's (onderdeel 2) en de TSV-score (onderdeel 3) was sterk positief ( $r = 0,62$ ;  $df=31$ ;  $p < 0,001$ ): hoe meer doorgemaakte trauma's, hoe hoger de TSV-score.

**Tabel 3 Traumatische ervaringen en PTSS volgens patiënten die de vragen van de TSV wilden of konden beantwoorden**

Kenmerken	M (SD)	Bereik	n	%
<b>Traumavraag (DSM-5 criterium A)</b>			36	
- ja			31	86
- nee			5	14
<b>Aantal trauma's per persoon</b>	2,3 (1,6)	0-5	34a)	
<b>Soort trauma</b>			35a)	
- Seksuele handelingen tegen uw zin			7	20
- Fysieke mishandeling (n=34)			9	27
- Emotionele mishandeling			14	40
- Een psychotische episode			10	29
- Langdurige verwaarlozing			9	26
- Ramp, oorlog of ongeval			21	60
- Eigen inbreng, anders dan bovenstaande			9	26
<b>TSV-score (max. 10)</b>	2,0 (2,0)	0-6	34b)	
- Score 6			1	3
- Score 5			6	18
<b>Vroeger meer klachten (bij spontaan aangeven hiervan)</b>				
- ja			19	56
- nee			3	9
- niet te beoordelen			12	35

a) 34-35 patiënten gaven antwoord op onderdeel 2 van de TSV (schokkende ervaringen) b) 34 patiënten gaven antwoord op onderdeel 3 van de TSV (huidige reacties op de traumatische gebeurtenis)

### **Beantwoording van onderzoeksvraag 2**

#### **A: in hoeverre onderkennen regiebehandelaars traumatische ervaringen bij gerontopsychiatrische patiënten?**

Om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden vergeleken we het antwoord van de patiënten op de 'traumavraag'

(onderdeel 1 van de TSV) met de inschatting door de regiebehandelaar (zie Tabel 4). Van de zeven keer dat de regiebehandelaar meende dat de patiënt geen traumatische ervaring had doorgemaakt, werd die mening in alle gevallen tegengesproken door het antwoord van de patiënt zelf. Wanneer de regiebehandelaar meende dat de patiënt wel een trauma had doorgemaakt (24 keer) kwam dat 21 keer (87,5%) overeen met wat de patiënt zelf aangaf.

**Tabel 4 Kruistabel van de prevalentie van psychotrauma naar beoordelaar (regiebehandelaar of patiënt)**

Behandelaar- traumavraag	TSV- traumavraag	TSV- traumavraag	Totaal
	Ja	Nee	
Ja	21 (22)	3 (2)	24
Nee	7 (7)	0 (0)	7
Weet niet	3 (4)	2 (1)	5
Totaal	31 (33)	5 (3)	36

Tussen haakjes de aantallen inclusief de twee patiënten die de TSV-traumavraag (onderdeel 1) aanvankelijk ontkennend beantwoordden, maar bij onderdeel 2 wel degelijk traumatische ervaringen naar voren brachten.

Van de twaalf patiënten bij wie de regiebehandelaars geen trauma aanwezig achtten of aangaven dat niet te weten, waren er slechts twee (17%) die op de TSV te kennen gaven geen trauma te hebben meegemaakt. Anders gezegd: de regiebehandelaars onderschatten de prevalentie van trauma-ervaringen; van de 36 met de TSV onderzochte patiënten meldde 86% zo'n ervaring, de regiebehandelaars veronderstelden een trauma-ervaring bij 67%. Het verschil is volgens de McNemar-toets echter te klein om statistisch significant te zijn ( $\chi^2 = 2,77$ ;  $p$  (tweez.) = 0,096), doch geeft wel een mogelijke trend weer. Daarbij moet worden bedacht dat twee patiënten wellicht ten onrechte ontkennend hebben geantwoord op onderdeel 1 van de TSV ('geen schokkende gebeurtenis meegemaakt'). Bij onderdeel 2 brachten zij immers alsnog een als ingrijpend ervaren schokkende gebeurtenis naar voren. We kunnen deze respondenten daarom, met enige voorzichtigheid, meetellen als patiënten die een traumatische ervaring hebben meegemaakt (zie de aantallen tussen haakjes in Tabel 4). Van de 36 patiënten hebben dan 33 een of meer traumatische ervaringen doorgemaakt (92%). Het verschil tussen 92% (trauma ervaren volgens patiënten) en 67% (trauma verondersteld door regiebehandelaars) is volgens de McNemar-toets significant ( $\chi^2 = 4,92$ ;  $p$  (tweezijdig) = 0,027).

***B: in hoeverre onderkennen regiebehandelaars PTSS bij gerontopsychiatrische patiënten?***

In Tabel 5 wordt de inschatting van de regiebehandelaars over de aanwezigheid van PTSS vergeleken met de indicatie voor PTSS op basis van de bij de patiënten verkregen TSV-somscore. Slechts één patiënt bereikte een somscore van 6. De regiebehandelaars verwachtten daarentegen bij twaalf patiënten (35%) een PTSS. Het verschil is statistisch significant (McNemar's  $\chi^2 = 7,69$ ;  $p$  (tweezijdig) = 0,006). De ene patiënt met een indicatieve score voor PTSS werd door de regiebehandelaar 'gemist', dat wil zeggen: de ondervraagde regiebehandelaar verwachtte bij deze patiënt geen PTSS.

**Tabel 5 Kruistabel van de prevalentie van PTSS naar beoordelaar (regiebehandelaar of patiënt)**

	TSV-PTSS (score $\geq 6$ )	TSV-PTSS (score $\geq 6$ )	TSV-PTSS (score $\geq 6$ )	TSV-PTSS (score $\geq 5$ )	TSV-PTSS (score $\geq 5$ )	TSV-PTSS (score $\geq 5$ )
	Ja	Nee	Totaal	Ja	Nee	Totaal
Behandelaar- PTSS						
Ja	0	12	12	3	9	12
Nee	1	17	18	3	15	18
Weet niet	0	4	4	1	3	4
Totaal	1	33	34	7	27	34

Ook werd onderzocht hoe patiënten met een TSV-somscore van 5 of meer zich verhielden tot de inschatting van de regiebehandelaar over de aanwezigheid van PTSS. Zelfs wanneer het TSV-criterium voor PTSS versoepeld werd, vermoedden



de regiebehandelaars nog steeds bij meer patiënten PTSS dan volgens het minder stringente criterium mocht worden verwacht. Het verschil van 7/34 (volgens TSV-criterium  $\geq 5$ ) versus 12/34 (volgens inschatting door de regiebehandelaars) is bij statistische toetsing echter niet significant (McNemar  $\chi^2 = 1,23$ ;  $p$  (tweezijdig) = 0,27).

## Discussie

Dit exploratieve en beschrijvende onderzoek laat zien hoe vaak een gerontopsychiatrische (GP) populatie in een Amsterdamse zorgorganisatie één of meer schokkende gebeurtenissen heeft doorgemaakt en in hoeverre regiebehandelaars een juiste indicatie stelden voor PTSS. In termen van psychiatrische diagnoses, comorbiditeit en psychofarmacagebruik komt de hier onderzochte groep GP-patiënten overeen met de overzichtsstudie van Van den Brink et al. (2017).<sup>10</sup> De verwachting dat de doelgroep relatief vaak schokkende gebeurtenissen heeft meegemaakt, werd door onze resultaten bevestigd: 86% gaf dit aan.

Opvallend was dat twee patiënten op de TSV 'traumavraag' (onderdeel 1) te kennen gaven geen schokkende ingrijpende gebeurtenis te hebben meegemaakt, waar zij bij onderdeel 2 echter wel een bepaalde schokkende ervaring noemden. Bij één patiënt was dit een psychotische episode, bij de ander betrof het langdurige verwaarlozing. Verklarend hiervoor zou kunnen zijn dat de 'traumavraag' een (of meer) specifieke gebeurtenissen impliceert waardoor de onderzochte mogelijk niet denkt aan langdurige verwaarlozing als gebeurtenis. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat een nare gebeurtenis verdrongen was, vergeten wegens cognitieve stoornissen of dat men er simpelweg niet aan dacht totdat de onderzoeker in het kader van de TSV-afname specifieke voorbeelden van schokkende ervaringen noemde.

Van 34 patiënten gaf 56% spontaan aan dat zij vroeger meer klachten hadden ervaren dan nu. Dit zou mogelijk op actieve vermijding kunnen wijzen. Dit is echter niet expliciet nagevraagd en de TSV vraagt hier ook niet naar. In vervolgonderzoek zou hier meer aandacht aan gegeven kunnen worden.

Voor wat betreft de onderkenning van traumatische ervaringen en PTSS door de regiebehandelaars, werden de antwoorden van de patiënten op de TSV vergeleken met een inschatting van twee regiebehandelaars, specialisten ouderengeneeskunde, over doorgemaakte trauma's en indicaties voor PTSS. De regiebehandelaars hielden rekening met DSM-criterium A voor PTSS door geen PTSS te veronderstellen bij patiënten bij wie zij geen traumatische ervaringen vermoedden. Echter zonder kennis van de uitslagen op de TSV onderschatten de regiebehandelaars het aantal patiënten dat aangaf in hun leven ten minste één schokkende gebeurtenis te hebben meegemaakt die als ingrijpend was ervaren. Aan de andere kant werd de indicatie voor een PTSS door regiebehandelaars juist overschat (zie Tabel 5). Ook wanneer het scorecriterium werd versoepeld naar 5 of hoger, vanwege de mogelijkheid van onderrapportage van traumaklachten door ouderen,<sup>4,5</sup> werden aanwijzingen voor overschatting gevonden.

Verder vonden we een duidelijk positief verband tussen het aantal schokkende ervaringen dat een patiënt had doorgemaakt en de intensiteit en frequentie van de psychologische reacties op traumatische gebeurtenissen. Dit valideert de betekenisvolle samenhang tussen deze twee onderdelen van de TSV.

## Beperkingen en sterke punten

Resultaten van de populatie in dit onderzoek zijn niet makkelijk generaliseerbaar. Het betreft een specifieke groep GP-patiënten in Amsterdam. Er kan gesproken worden van een gelegenheidssteekproef (convenience sample) van patiënten voor wie de onderzoeker zelf werkzaam was. Echter het ontbreken van onderzoek naar psychotrauma en PTSS bij ouderen in het verpleeghuis geeft dit onderzoek wel een maatschappelijk belang. De hoge prevalentie van traumatische ervaringen rechtvaardigt meer aandacht voor een waarschijnlijk onderbelicht onderwerp.

Een andere beperking van dit onderzoek is dat in wezen niet het complete syndroom van PTSS onderzocht werd, maar PTSS-klachten. De TSV vraagt naar DSM-5 criteria A, B en E. Toepassing van de TSV betekent voor ouderen wellicht dat belangrijke symptomen, zoals vermijding (DSM-criterium C) en verandering in cognitie en stemming (criterium D) gemist worden met onderrapportage van PTSS als gevolg. Coping kan er immers voor zorgen dat iemand bij uitstek goed heeft geleerd te vermijden. Uit ons onderzoek bleek dit ook: zeker twee patiënten gaven spontaan aan dat zij actieve vermijding hanteerden om niet aan eerder doorgemaakte schokkende gebeurtenissen herinnerd te worden, en impliciet zou het door patiënten aangegeven verschil van klachten tussen vroeger en nu mogelijk op actieve vermijding kunnen wijzen. Hoewel de regiebehandelaars bij 18 van de 52 patiënten een PTSS vermoedden, werd de diagnose PTSS in geen enkel medisch dossier vermeld. De discrepantie kan misschien deels verklaard worden doordat een 'vermoeden' geen 'harde' diagnose is. Doch de

afwezigheid van de diagnose bij 100% van de patiënten komt wel overeen met de bevindingen in ander onderzoek, namelijk dat in psychiatrische dossiers een gevalideerde diagnose PTSS voor 97% van de patiënten ten onrechte ontbrak.<sup>13</sup>

Een andere beperking van deze studie betreft het gegeven dat de TSV oorspronkelijk een vragenlijst is die respondenten schriftelijk kunnen invullen, maar die in dit onderzoek afgenomen werd in een gestructureerd interview. Dit kan de kans op sociaal wenselijke antwoorden hebben vergroot, bijvoorbeeld wegens angst voor stigma ('gek' of 'zwak' te worden verklaard) of vermeende consequenties zoals klinische opname.<sup>6</sup>

Een laatste kritiekpunt is dat voor de hier onderzochte patiënten slechts twee regiebehandelaars werden bevraagd. Niet bekend is hoe representatief zij zijn voor regiebehandelaars van GP-patiënten in het algemeen. Bij de regiebehandelaars werd bekendheid met algemene psychiatrische diagnostiek verondersteld. Er is echter niet expliciet nagegaan in hoeverre zij ook bekend waren met alle DSM-5 criteria voor PTSS.

Belangrijk is dat dit onderzoek een, tot op heden, weinig onderzocht domein in kaart heeft gebracht. Literatuuronderzoek leverde immers geen eerder gepubliceerd onderzoek op naar PTSS bij GP-patiënten in een verpleeghuis. Gelet op de trend in de Nederlandse ouderenzorg om mensen met psychiatrische problematiek in verpleeghuizen te behandelen, is extra aandacht voor de psychiatrische deskundigheid van de zorgverleners van groot belang. Met dit onderzoek pleiten we dan ook voor toepassing van vragenlijsten zoals de TSV voor de detectie van traumatische ervaringen en PTSS-klachten in het kader van PTSS-diagnostiek bij GP-patiënten.

### **Conclusies en aanbevelingen**

Veel gerontopsychiatrische verpleeghuispatiënten hebben schokkende, ingrijpende gebeurtenissen doorgemaakt. Het is voor behandelaars en zorgpersoneel van belang om dit te weten, zeker ook in verband met het beter kunnen begrijpen van probleemgedrag. We raden behandelaars dan ook aan om tenminste systematisch navraag te doen naar het al dan niet doorgemaakt hebben van dergelijke gebeurtenissen. Ook kan gedacht worden aan het specifiek opleiden van personeel in psychiatrische ziektebeelden, of een intensieve samenwerking met GGZ-professionals, zodat eventuele signalen van psychotrauma of PTSS niet gemist worden.

Met betrekking tot de diagnostiek van PTSS bij ouderen kan op basis van dit onderzoek worden geadviseerd om gebruik te maken van gestructureerde testdiagnostiek om klachten goed uit te vragen. In tegenstelling tot wat de instructie bij de TSV zegt, verdient het aanbeveling om bij een ontkennend antwoord op onderdeel 1 (de traumavraag) toch door te vragen op de in onderdeel 2 van de TSV genoemde soorten van schokkende ervaringen. De clinicus of diagnosticus moet, wanneer gebruik gemaakt wordt van de screeningslijst TSV, alert zijn op het ontbreken van de overige criteria en met name vragen naar eventuele vermijding (DSM-criterium C). Juist bij ouderen moeten behandelaars erop bedacht zijn dat zij door de jaren heen mogelijks vermijdingsstrategieën als copingstijl hebben ontwikkeld, met een verhoogd risico op onderrapportage en gemiste signalen van PTSS.

Vervolgonderzoek bij ouderen zou zich kunnen richten op het in kaart brengen van het complete syndroom van PTSS, met aandacht voor eventuele persoonlijkheidspathologie, dit met het oog op een beter begrip en behandeling van symptomen en van (vaak) onbegrepen, moeilijk hanteerbaar gedrag.

---

### **Auteurs**

#### **Mary L. Koer**

GGZ Noord-Holland Noord, Heiloo, Nederland, Psychologenpraktijk Koer, Amsterdam, Netherlands  
Gezondheidszorgpsycholoog.

Correspondentie:

E: m.koer@ggz-nhn.nl

#### **Han F. A. Diesfeldt**

De Stichtse Hof, Vivium zorggroep, Laren, Netherlands  
psycholoog, zelfstandig onderzoeker

Castricum

e-mail: h.diesfeldt@outlook.com

---

## Literatuurlijst

1. American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Amsterdam: Boom, 2014.
2. De Vries GJ, Olff M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress* 2009;22:259-267.
3. Bronner MB, Peek N, De Vries M, Bronner AE, Last BF, Grootenhuis MA. A community-based survey of posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress* 2009;22:74-78.
4. Van Zelst WH, De Beurs E, Beekman ATF, Deeg DJH, Van Dyck R. Prevalence and risk factors of posttraumatic stress disorder in older adults. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2003;72:333-342.
5. Glaesmer H, Kaiser M, Brähler E, Freyberger HJ, Kuwert P. Posttraumatic stress disorder and its comorbidity with depression and somatisation in the elderly. A German community-based study. *Aging and Mental Health* 2012;61:403-412.
6. Hiskey S, McPherson S. That's just life: older adult constructs of trauma. *Aging and Mental Health* 2013;17:689-696.
7. Hiskey S, Luckie M, Davies S, Brewin CR. The emergence of posttraumatic distress in later life: A review. *Geriatric Psychiatry and Neurology* 2008;21:232-241.
8. Glaesmer H, Gunzelmann T, Braehler E, Forstmeier S, Maercker A. Traumatic experiences and post-traumatic stress disorder among elderly Germans: results of a representative population-based survey. *International Psychogeriatrics* 2010;22:661-670.
9. Glaesmer H, Braehler E, Riedel-Heller SG, Freyberger HJ, Kuwert P. The association of traumatic experiences and posttraumatic stress disorder with health care utilization in the elderly – a German population based study. *General Hospital Psychiatry* 2011;33:177-184.
10. Van den Brink A, Gerritsen D, De Valk M, Oude Voshaar R. Characteristics and health conditions of a group of nursing home patients with mental-physical multimorbidity – the MAPPING study. *International Psychogeriatrics* 2017;29:1037-1047.
11. Van den Brink A, Gerritsen D, De Valk M, Mulder A, Oude Voshaar R, Koopmans R. What do nursing home residents with mental-physical multimorbidity need and who actually knows this? A cross-sectional cohort study. *International Journal of Nursing Studies* 2018;81(89-97).
12. Van den Brink A, Gerritsen D, De Valk M, Oude Voshaar R, Koopmans R. Natural course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with mental-physical multimorbidity in the first eight months after admission. *Aging and Mental Health* 2018;november:1-7.
13. De Bont PAJM, Van den Berg DPG, Van der Vleugel BM, De Roos C, De Jongh A, Van der Gaag M, et al. Predictive validity of the Trauma Screening Questionnaire in detecting post-traumatic stress disorder in patients with psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry* 2015;206:408-416.
14. Brewin CR, Rose S, Andrews B, Green J, Tata P, McEvedy C, et al. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry* 2002;181:158-162.
15. Olff M. Vertaling van de TSQ. Amsterdam: AMC Psychiatrie, Zorglijn Angststoornissen, 2005.
16. De Bont PAJM, Van den Berg DPG, Van der Vleugel BM, De Roos C, De Jongh A, Van der Gaag M, et al. T.TIP screener <http://www.traumaenpsychose.nl/ttip/>. 2013.
17. JASP Team. JASP (version 0.9.2.0): <https://jasp-stats.org>. 2018.
18. Dekkers AMM, Olff M, Näring GWB. Identifying persons at risk for PTSD after trauma with TSQ in The Netherlands. *Community Mental Health Journal* 2010;46:20-25.