



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Ook angstpatiënten zonder PTSS hebben last van PTSS-symptomen

Iris Engelhard, Arnoud Arntz en Marcel van den Hout*

Samenvatting

Er zijn kritische kanttekeningen geplaatst bij de validiteit van het construct posttraumatische stressstoornis (PTSS). Dit heeft te maken met de mogelijke overlap tussen symptomen van PTSS en andere stoornissen en de beperkte rol van de traumatische ervaring bij de ontwikkeling van PTSS. In dit onderzoek werd getest in welke mate PTSS-symptomen specifiek zijn voor patiënten met PTSS. De PTSS Symptoom Schaal (PSS) is een veelgebruikte vragenlijst om de ernst van PTSS-symptomen mee te meten en te screenen op aanwezigheid van de stoornis. Wij namen de PSS af in een steekproef van 65 PTSS-patiënten, 40 andere angstpatiënten en 40 mensen zonder psychopathologie. Uit de resultaten bleek dat 86% van de PTSS-patiënten inderdaad hoog scoorde op de lijst, en slechts 5% van de gezonde controlepersonen. Ook bleek echter dat bijna de helft van de andere angstpatiënten via de PSS hoog scoort op PTSS. Dit wordt besproken aan de hand van het PTSS-concept.

Inleiding

In 1980 werd de posttraumatische stressstoornis (PTSS) opgenomen in de DSM-III (APA, 1980). De stoornis werd gedefinieerd als een patroon van symptomen na een traumatische ervaring, bestaande uit *herbelevingen* (bijvoorbeeld intrusieve herinneringen), *vermijding en emotionele afstomping* (onder andere vervreemding van anderen) en *verhoogde prikkelbaarheid* (slaapproblemen, irritaties, overdreven schrikreacties). Dit heeft veel onderzoek en klinisch werk voortgebracht. Op 15 november 2005 telde het Amerikaanse 'National Center for PTSD' 16.310 publicaties over PTSS (www.ncptsd.org). Er zijn echter de nodige twijfels over de validiteit van het PTSS-construct (voor een overzicht, zie Brewin, 2003). Dit komt ten eerste doordat PTSS-symptomen deels samenvallen met die van andere angststoornissen en depressie (McNally, 1992). Alhoewel intrusieve herinneringen en flashbacks bijvoorbeeld worden gezien als typische PTSS-symptomen, blijken deze ook voor te komen bij patiënten met paniekstoornis, sociale fobie of depressie (Brewin, 2003).

In wezen wordt PTSS van andere stoornissen onderscheiden doordat de symptomen het gevolg zijn van een traumatische ervaring. Volgens de DSM-IV is daarbij sprake van blootstelling aan 'feitelijke of dreigende dood of ernstige verwonding, of een bedreiging voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen', waarop de persoon reageert met 'intense angst, hulpeloosheid of afschuw' (APA, 1994; p. 429).

* DR. I.M. ENGELHARD is verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit Utrecht. Correspondentie-adres: Dr. Iris M. Engelhard, Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht, Postbus 80140, 3508 TC Utrecht. E-mail: I.M.Engelhard@fss.uu.nl
PROF. DR. A. ARNTZ is werkzaam bij het departement Medische, Klinische en Experimentele Psychologie, Universiteit Maastricht.
PROF. DR. M.A. VAN DEN HOUT is verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit Utrecht.

Inmiddels is echter in de eerste plaats duidelijk dat de meeste mensen geen PTSS krijgen na een trauma, terwijl in de tweede plaats mensen nogal eens PTSS-symptomen rapporteren na niet-traumatische, veelvoorkomende stressoren, zoals problemen met werk, financiën, of relaties (zie Gold, Marx, Soler-Baillo, & Sloan, 2005; Mol et al., 2005).

Hoewel er dus reden is te twijfelen aan de diagnostische specificiteit van PTSS-symptomen, is onduidelijk wat de omvang van het probleem eigenlijk is. Het is de vraag of de PTSS-symptomen specifiek zijn of dat ze ook worden gerapporteerd door andere angstpatiënten of door mensen zonder psychopathologie. Dit is belangrijk om te weten; de robuustheid van de diagnose is immers essentieel voor de inclusie van patiënten in behandel- en onderzoeksprotocollen.

De PTSS Symptoom Schaal (PSS) is door Foa, Riggs, Dancu en Rothbaum (1993) ontwikkeld om de ernst van PTSS-symptomen te meten en diagnostische classificatie mogelijk te maken. Bij de zelfrapportageversie (PSS-SR) wordt respondenten gevraagd om in te vullen in hoeverre zij last hebben van elk van de 17 PTSS-symptomen. Hierbij wordt een 4-puntsschaal gebruikt (0 = helemaal niet, 3 = bijna altijd). De PSS-SR is kort en gemakkelijk te interpreteren. De psychometrische kwaliteiten zijn goed (Engelhard & Arntz, 2006). Foa et al. (1993, 1997) gaan ervan uit dat een symptoom aanwezig is als de respondent er minstens 'af en toe' last van heeft (dat komt overeen met een score van 1 of hoger). Op grond hiervan kan een patiënt worden geclassificeerd als wel of niet lijdend aan PTSS. Deze PSS-classificatie komt overeen met de SCID bij 62 tot 90% van slachtoffers met PTSS en bij 84 tot 100% van slachtoffers zonder PTSS (Foa et al., 1993; Wohlfarth, Van den Brink, Winkel, & Ter Smitten, 2003). De lijst is dan ook veel gebruikt in traumastudies (Brewin, Andrews, & Rose, 2000; Ehlers, Mayou, & Byrant, 1998; Engelhard, Van den Hout, Arntz, & McNally, 2002).

In dit onderzoek werd de specificiteit van PTSS-symptomen gemeten door de PSS-SR af te nemen in een steekproef van PTSS-patiënten, andere angstpatiënten en mensen zonder psychopathologie. Leeftijd, geslacht en sociaaleconomische factoren werden gelijkgehouden tussen de groepen, aangezien deze variabelen verband houden met de aanwezigheid van angststoornissen (Kessler et al., 1994).

Method

Deelnemers

De deelnemers waren 65 PTSS-patiënten (40 vrouwen), 40 patiënten met een primaire andere angststoornis zonder comorbide PTSS (24 vrouwen), en 40 mensen zonder psychopathologie (24 vrouwen). De primaire diagnose van andere angstpatiënten was paniekstoornis met (N = 16) en zonder agorafobie (N = 5), sociale fobie (N = 10; waarvan N = 8 gegeneraliseerd), obsessieve-compulsieve stoornis (N = 6), gegeneraliseerde angststoornis (N = 2), en specifieke fobie (N = 1). De gemiddelde leeftijd was 34 (SD = 11). De meeste deelnemers waren getrouwd of samenwonend, 19% was alleenstaand en 10% was gescheiden. Bijna de helft had minstens het hbo afgerond. Ongeveer eenderde had een betaalde baan, eenderde was zonder werk en de anderen waren student of huisvrouw. De gemiddelde duur van klachten vóór de behandeling was 4 jaren (SD = 8) voor de PTSS-patiënten en 7 jaren (SD = 9) voor andere angstpatiënten.

Procedure en meetinstrumenten

Bij patiënten die waren toegelaten voor behandeling bij het programma Angststoornissen van de RIAGG Maastricht, geacademiseerd door de Universiteit Maastricht, werd de SCID (First, Spitzer, & Williams, 1997) afgenomen door een psycholoog met ruime diagnostische ervaring. Daarna ontvingen patiënten schriftelijke en mondelinge informatie over het onderzoek en werd hun gevraagd om deel te nemen. Na schriftelijke toestemming te hebben gegeven, vulden zij de PSS-SR in (en andere vragenlijsten, maar die worden hier niet gerapporteerd). De groep zonder psychopathologie werd geworven met advertenties. Ook deze personen ontvingen schriftelijke en mondelinge informatie over het onderzoek. Nadat zij schriftelijke toestemming hadden gegeven, werden bij hen de SCID en vragenlijsten afgenomen. De PTSS-groep vulde de PSS in met betrekking tot hun meest traumatische ervaring, net als bij instructie voor de SCID-PTSS-module. Aan deelnemers zonder PTSS werd gevraagd om hun meest aversieve levensgebeurtenis op te schrijven en de PSS in te vullen betreffende die ervaring.

Resultaten

De PTSS-groep rapporteerde de volgende traumatische ervaringen: lichamelijk geweld ($N = 22$; onder andere 6 keer overval), seksueel geweld ($N = 18$; 13 keer verkrachting), ongeluk ($N = 14$; 5 keer auto-ongeluk), getuige van geweld of dood ($N = 4$; 3 keer moord en 1 keer zelfmoord), oorlog ($N = 2$), en overige ($N = 5$: bijna-stikervering, in brand geraakt tijdens koken, kort onterecht gevangengenomen, plotselinge dood eigen kind en doodgeboorte). De meest aversieve gebeurtenissen van de andere angstpatiënten waren de dood van een dierbare ($N = 8$; 3 keer plotseling), getuige of slachtoffer van geweld ($N = 5$), eigen lichamelijke ziekte of van dierbare ($N = 4$), auto-ongeluk ($N = 2$), paniek- of 'hyperventilatie'-aanval ($N = 6$), verandering van medicatie ($N = 1$), aversieve sociale gebeurtenis ($N = 3$), en overige ($N = 11$: verkrachting, verbale ruzies ouders, gepest als kind ($N = 2$), ontrouw partner, eigen ontrouw, ontslag, overspannenheid, twijfels over eigen heteroseksualiteit, verbale familieruzie, en een kind redden dat klem zat in een machine). De meest aversieve gebeurtenissen van gezonde controlepersonen waren de dood van een geliefde ($N = 16$; 3 keer plotselinge dood), eigen ongeluk of van dierbare ($N = 8$), verbroken relatie of echtscheiding ($N = 5$), lichamelijke ziekte van dierbare ($N = 4$), incest ($N = 1$), en overige ($N = 7$; namelijk: als kind in zwembad bij onweer, betraapt op liegen als kind, tijdelijk kwijtraken van kind tijdens vakantie, financiële problemen van ouder, van school geschorst, naar kostschool als tiener, geen professionele voetballer worden).

De DSM-IV-PTSS-diagnose gebaseerd op de PSS werd vergeleken met de SCID. Op basis van de PSS voldeden 56 (88%) PTSS-patiënten aan de PTSS-symptoomcriteria, hetgeen vergelijkbaar is met eerder onderzoek (Wohlfarth et al., 2003), maar dit gold ook voor 17 (43%) andere angstpatiënten en 2 (5%) gezonde personen. Bij de angstpatiënten was dit naar aanleiding van verkrachting, de dood van een dierbare na ziekte ($N = 3$), (tijdelijke) ziekte van dierbare, getuige zijn van geweld, de eerste paniek- of 'hyperventilatie'-aanval ($N = 4$), verandering in medicatie, gepest worden als kind ($N = 2$), ruzie tussen ouders, ontrouw van de partner, overspannenheid en ontslag.

Discussie

PTSS-symptomen worden via de PSS veel gerapporteerd door PTSS-patiënten en weinig door gezonde controlepersonen. Dit komt overeen met eerdere onderzoeken (Foa et al., 1993; Wohlfarth et al., 2003). Uit dit onderzoek blijkt echter dat ook andere angstpatiënten veel PTSS-symptomen rapporteren. Met dezelfde schaal en dezelfde criteria rapporteerde bijna de helft van de niet-PTSS-angstpatiënten voldoende symptomen om toch aan de PTSS-diagnose te voldoen. Hier is een aantal verklaringen voor. Ten eerste worden de aversieve gebeurtenissen die patiënten zonder PTSS rapporteerden, doorgaans niet als traumatisch beschouwd, en zeker niet volgens de DSM-IV (zoals ontrouw van partner, overspannenheid, enzovoort). Toch kunnen zulke schijnbaar mildere ervaringen symptomen voortbrengen die kenmerkend zijn voor PTSS. Zoals in de inleiding beschreven, zijn PTSS-symptomen eerder vastgesteld na problemen met werk, financiën en relaties (Gold et al., 2005; Mol et al., 2005). Het is dus goed denkbaar dat de PTSS-symptomen helemaal niet specifiek zijn voor de niet-succesvolle verwerking van traumatische ervaringen zoals door de DSM-IV gedefinieerd, maar net zo goed kunnen optreden ten gevolge van de niet-succesvolle verwerking van andere ingrijpende gebeurtenissen.

Ten tweede is er aanzienlijke overlap in symptomen tussen PTSS en andere angststoornissen. Van de vijf PTSS-prikkelbaarheid-symptomen, zijn er vier ook kenmerkend voor Gegeneraliseerde Angststoornis. Symptomen van vermijding en verdooving (bijvoorbeeld 'vervreemding van anderen') lijken nogal op de derealisatie en depersonalisatie van de Paniekstoornis. Sommige van de DSM-IV-PTSS-symptomen verwijzen direct naar het trauma (bijvoorbeeld 'intrusies over het trauma'), terwijl vele andere dat niet doen (zoals 'afname van interesse in belangrijke activiteiten', 'vervreemding van anderen', 'beperkt affect', 'verminderd toekomstperspectief', 'slaapproblemen', 'irritaties of woede-uitbarstingen', 'moeite met concentreren', 'overmatige waakzaamheid' en 'schrikachtigheid'; APA, 1994, p. 424-429). Angstpatiënten zonder DSM-IV-trauma kruisen veel van zulke items aan. Zelfs als de symptomen wel verwijzen naar een trauma, kan niet worden uitgesloten dat patiënten de aanwezigheid van zulke symptomen bevestigen, terwijl ze in feite niet gerelateerd zijn aan een trauma. Een voorbeeld hiervan zou een OCD-patiënt zijn die last heeft van gewelddadige intrusies en bevestigt dat hij intrusies heeft over een trauma. Het hoge percentage van angstpatiënten met gerapporteerde PTSS-symptomen kan voortkomen uit symptoomoverlap of door een zodanige gelijkenis tussen symptomen van PTSS en andere angststoornissen dat niet-PTSS-patiënten subtiele verschillen niet zien en de aanwezigheid van PTSS-symptomen bevestigen.

Ten derde zijn sommige symptomen van vermijding/emotionele afstomping en verhoogde prikkelbaarheid ook prominent aanwezig bij depressie (McNally, 1992). Klinische of subklinische depressie komt veel voor bij angststoornissen, inclusief bij PTSS (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001). Het is dus mogelijk dat het hoge aantal angstpatiënten met zelfgerapporteerde PTSS-klachten voortkomt uit symptoomoverlap met (sub)klinische depressie. Tenslotte is hoog Neuroticisme een fundamentele persoonlijkheidstrekk die een risicofactor vormt voor de ontwikkeling van angststoornissen (Clark, Watson, & Mineka, 1994). Klinische patiënten scoren zelfs ongeveer twee standaarddeviaties boven het gemiddelde van de populatie (Van den Hout, 2004). Ook is er aanzienlijke overlap tussen Neuroticisme en het prikkelbaarheidcluster van PTSS (Engelhard, Van den Hout, & Kindt, 2003). Gedeelde

variantie tussen angststoornissen, inclusief PTSS en Neuroticisme, kan dus een rol spelen bij de hoge scores van andere angstpatiënten op de PSS.

Wat de reden ook is, deze verhoogde scores zijn zorgwekkend. De diagnose PTSS is een van de weinige DSM-classificaties die een etiologische factor omvat. Inclusie van zo'n etiologische factor lijkt de validiteit van de diagnose niet ten goede te komen: de meeste personen die DSM-IV-gedefinieerde traumata meemaken ontwikkelen geen stoornis. Omgekeerd vertonen veel angstpatiënten zonder DSM-IV-trauma wel de symptomen van PTSS.

Meer nog dan aan de validiteit van het concept PTSS, doen de gegevens twijfel rijzen aan het vaststellen van PTSS op grond van vragenlijstscores. Daarmee 'vang' je weliswaar de PTSS-patiënten, maar ook veel niet-PTSS-patiënten. Gegeven dat de prevalentie van andere angststoornissen tezamen meer dan 2 keer zo hoog is als de prevalentie van PTSS, geldt dat als de PSS in bevolkingsonderzoek gebruikt zou worden, de meerderheid van degenen die zouden kwalificeren als PTSS-patiënt, in feite een andere angststoornis zouden blijken te hebben.

In de klinische praktijk wordt de diagnose niet gesteld op grond van een vragenlijst, maar op grond van een interview. Dan vallen de problemen reuze mee en is er weinig reden tot zorg dat een dwangpatiënt met schadelijke obsessies verkeerd diagnosticeerd zal worden als PTSS. Desalniettemin blijft het de vraag of het PTSS-concept wel voldoende valide is in zijn huidige vorm.

Abstract

The validity of the diagnosis posttraumatic stress disorder (PTSD) has been the focus of much controversy. This involves concerns about its symptom overlap with other anxiety disorders and the nature of the traumatic event as etiological factor. The PTSD Symptom Scale (PSS) is an instrument that may be used to assess the severity of PTSD symptoms and to screen for PTSD. The aim of this study was to investigate the specificity of PTSD symptoms in a sample of 65 PTSD patients, 40 other anxiety patients, and 40 healthy controls with the PSS. Consistent with expectations, the majority of PTSD patients (86%), and a minority of the healthy controls (5%) scored high on the PSS. However, 43% of the other anxiety patients also scored high on the scale. This is discussed in light of the PTSD concept itself.

Referenties

- American Psychiatric Association (1980, 1994). *Diagnostic and statistical manual of the mental disorders*. Washington, DC: APA.
- Brewin, C.R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven, CT: Yale University Press.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 499-509.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R., & Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 585-599.
- Clark, L.A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 103-116.

- Ehlers, A., Mayou, R.A., & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 508-519.
- Engelhard, I.M., & Arntz, A. (2006). *De PTSS symptoom schaal (PSS)*. Manuscript in voorbereiding.
- Engelhard, I.M., Hout, M.A. van den, & Kindt, M. (2003). The relationship between neuroticism, pre-traumatic stress, and post-traumatic stress: A prospective study. *Personality and Individual Differences, 35*, 381-388.
- Engelhard, I.M., Hout, M.A. van den, Arntz, A., & McNally, R.J. (2002). A longitudinal study of "intrusion-based reasoning" and PTSD after a train disaster. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 49-58.
- First, M.B., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders: SCID-I: Clinician version*. Columbia University, New York City: American Psychiatric Press.
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment, 9*, 445-451.
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V., & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 6*, 459-473.
- Gold, D.S., Marx, B.P., Soler-Baillo, J.M., & Sloan, D.M. (2005). Is life stress more traumatic than traumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 687-698.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8-19.
- McNally, R.J. (1992). Psychopathology of posttraumatic stress disorder (PTSD): Boundaries of the syndrome. In: M. Başoğlu (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches* (pp. 229-252). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mol, S.S.L., Arntz, A., Metsemakers, J.F.M., Dinant, G.-J., Vilters-van Monfort, P.A.P., & Knottnerus, J.A. (2005). Symptoms of PTSD are not specific to traumatic events: evidence from the open population. *British Journal of Psychiatry, 186*, 494-499.
- Van den Hout, M.A. (2004). *Personality, safety behaviours, and anxiety disorders*. Lezing bij de jaarlijkse bijeenkomst van European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT), Manchester, UK.
- Wohlfarth, T.D., Brink, W. van den, Winkel, F.W., & Smitten, M. ter (2003). Screening for posttraumatic stress disorder: An evaluation of two self-report scales among crime victims. *Psychological Assessment, 15*, 101-119.