

Resilience and vulnerability factors in risk for posttraumatic stress disorder

Citation for published version (APA):

Engelhard, I. M. (2002). *Resilience and vulnerability factors in risk for posttraumatic stress disorder*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20020704ie>

Document status and date:

Published: 01/01/2002

DOI:

[10.26481/dis.20020704ie](https://doi.org/10.26481/dis.20020704ie)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

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.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Samenvatting / Dutch summary

BESCHERMENDE EN KWETSBAARHEIDSFACTOREN VOOR HET RISICO OP POST-TRAUMATISCHE STRESS STOORNIS

In 1980 werd posttraumatische stress stoornis (PTSS) formeel opgenomen als langststoornis in de psychiatrische diagnostiek (APA, 1980) en gedefinieerd als karakteristieke symptomen die volgen op een traumatische gebeurtenis. Dit was mede een gevolg van sociale en politieke ontwikkelingen van de jaren 70. Om aan de huidige PTSS-criteria (APA, 1994) te voldoen, moet sprake zijn van blootstelling aan of getuige zijn van feitelijke of dreigende dood, ernstig letsel of bedreiging van de fysieke integriteit. Bovendien dient de persoon hierop te reageren met intense angst, hulpeloosheid of afgrijzen. De karakteristieke symptomen zijn (1) voortdurende *herbelevingen* van de gebeurtenis (bv. intrusieve onaangename herinneringen, nachtmerries), (2) aanhoudende *vermijding* van de betreffende herinneringen/emotionele afstomping (bv. vermijding van gedachten en gevoelens, verminderde belangstelling) en (3) verhoogde *prikkelbaarheid* (bv. slaapproblemen, irritaties, overdreven schrikreacties). De diagnose wordt gesteld indien van elk cluster een bepaald minimum van symptomen ten minste één maand aanhoudt en aanzienlijk lijden veroorzaakt. Van acute PTSS spreekt men wanneer de duur korter is dan drie maanden; van chronische PTSS indien deze langer is.

PTSS is één van de weinige psychiatrische stoornissen met een etiologische factor in de criteria, hetgeen suggereert dat de etiologie van de stoornis bekend is. Sinds 1980 hebben echter vele studies aangetoond dat slechts een minderheid van getraumatiseerde individuen PTSS ontwikkelt. Bovendien blijkt dat acute PTSS niet voor iedereen een chronisch verloop heeft. Welke mechanismen verklaren het ontstaan en de instandhouding van PTSS-symptomen?

Een invloedrijke wetenschappelijke verklaring hiervoor wordt geboden door de cognitieve theorie van PTSS, zoals beschreven door met name Foa en Riggs (1993) en Ehlers en Clark (2000). Volgens deze opvattingen is de traumatische gebeurtenis onverenigbaar met bestaande "veiligheidsschema's" (vanzelfsprekendheden), die iemand gedurende het leven verworven heeft (bv. de wereld is betekenisvol, anderen zijn te vertrouwen, nare gebeurtenissen overkomen alleen anderen), hetgeen een gevoel van dreiging teweeg brengt. Pogingen de gebeurtenis te integreren in de bestaande

netwerken zouden zich manifesteren als herbelevingssymptomen, die kort na de gebeurtenis deel uitmaken van een normaal verwerkingsproces. Vermijdingsstrategieën zouden dit proces belemmeren. De traumatische gebeurtenis zou ook bestaande "gevaarsschema's" kunnen activeren (bv. de wereld is gevaarlijk, de persoon is zelf kwetsbaar), hetgeen eveneens een gevoel van dreiging veroorzaakt. Individuen met extreem rigide schema's zouden meer moeite hebben om een traumatische gebeurtenis te verwerken. Ook wordt verondersteld dat traumatische herinneringen kwalitatief anders zijn dan andere herinneringen. Het geheugennetwerk van de traumatische gebeurtenis zou gekenmerkt worden door een ruimere omvang, meer desorganisatie, fragmentatie en intensere reacties. Naarmate deze kenmerken sterker zijn, zou de integratie van de herinneringen in de context van andere ervaringen moeilijker zijn. Tenslotte is de rol van gedachten en interpretaties in de acute posttrauma periode benadrukt. PTSS-symptomen zouden in stand worden gehouden doordat deze geïnterpreteerd worden als voorbode van een op handen zijnde catastrofe (bijvoorbeeld 'deze symptomen betekenen dat ik gek ben aan het worden'), waardoor de angst en vermijdingsstrategieën worden versterkt. Kortom, volgens Ehlers en Clark (2000) vereist het herstel van een traumatische ervaring: (1) elaboratie en integratie van de traumatische herinneringen in de context van andere ervaringen, (2) modificatie van negatieve interpretaties van (de gevolgen van) het trauma en (3) vermindering van vermijdingsstrategieën. Hoe passen beschermende en kwetsbaarheidsfactoren voor PTSS-symptomen in dit model?

Cognitieve theorie voorspelt welke condities leiden tot acute PTSS-, chronische PTSS-symptomen en tot herstel. Dit proefschrift omvat een aantal empirische studies naar beschermende en kwetsbaarheidsfactoren voor PTSS-symptomen, die overeenkomstig zijn met deze theorie. Na een inleidend eerste deel, worden in het tweede deel de studies gepresenteerd. Deze studies omvatten verschillende onderzoeksgroepen en vraagstukken, betreffende de traumatische gebeurtenis, pretraumatische factoren, peritraumatische factoren en posttraumatische factoren.

Karakteristieke traumatische gebeurtenissen impliceren een dreiging die extern van het individu is, zoals geweld, rampen en ongevallen. Volgens de cognitieve theorie kan PTSS ook ontstaan na andere ernstige incidenten. Hoofdstuk 1 omvat een retrospectieve, exploratieve studie die verricht werd naar PTSS na preeclampsie. Preeclampsie is een ziekte die 6 tot 8% van zwangerschappen compliceert (van Beek & Peeters, 1998). De klinische symptomen treden vaak onverwacht op en ontwikkelen zich meestal in de tweede helft van de zwangerschap. De symptomen kunnen zeer ernstig zijn voor de moeder (bv. aanzienlijk verhoogde bloeddruk), maar ook voor de ongeboren baby, die vaak in gevaar is door bijbehorende ontoereikendheid van de placenta. Via vragenlijsten werd onderzocht of preeclampsie kan leiden tot PTSS. De deelnemers waren vrouwen die in de voorafgaande twee jaren een ziekenhuisopname hadden voor preeclampsie, vroeggeboorte of een normale bevalling. De meeste van hun partners deden ook mee. Hoofdstuk 2 betreft een prospectieve studie naar PTSS-symptomen na zwangerschapsverlies. Uitzonderlijk aan dit onderzoek was dat het de

mogelijkheid gaf pretraumatische factoren te meten vóórdat de traumatische gebeurtenis plaatsvond. Bovendien konden de longitudinale gevolgen van een discrete, relatief homogene, gebeurtenis worden gemeten. In advertenties werden zwangere vrouwen met een zwangerschapsduur korter dan 12 weken opgeroepen mee te doen aan een onderzoek naar de beleving van de zwangerschap. Onmiddellijk na de aanmelding ontvingen de deelnemers de eerste vragenlijsten. Twintig en 30 weken in de zwangerschap en één maand na de verwachte geboortedatum ontvingen zij korte, algemene vragenlijsten waarin ook werd gevraagd naar een eventuele miskraam of doodgeboorte. Deelnemers die dit hadden meegemaakt, werden vervolgens gebeld en gevraagd om mee te doen aan vervolgonderzoek. De meesten van hen vulden ongeveer één maand en vier maanden na het verlies een vragenlijst in over PTSS-klachten en andere factoren. Hoofdstuk 2 presenteert de prevalentie van PTSS na zwangerschapsverlies. Andere vraagstukken van deze studie zijn beschreven in latere hoofdstukken (hoofdstuk 3, 4 en 5). Opvallend was dat de schatting van acute PTSS na vroege preeclampsie en zwangerschapsverlies ongeveer 25% was. De ernst van de symptomen van PTSS na zwangerschapsverlies vertoonde gelijkenis met een klinische PTSS-populatie. De symptomen namen binnen vier maanden na het verlies sterk af. De bevindingen suggereren dat PTSS kan volgen op deze medische complicaties. Ook werd de voorspellende waarde onderzocht van objectieve en subjectieve indicatoren van de ernst van het trauma. Objectieve indicatoren (bv. zwangerschapsduur) voorspelden een klein deel van de variantie van symptomen. De subjectieve indicatoren (peritraumatische reacties) waren belangrijker.

Volgens de cognitieve theorie zijn negatieve attributies over de effecten van de traumatische gebeurtenis cruciaal bij het ontwikkelen van PTSS-symptomen, zoals vroege PTSS-symptomen negatief interpreteren en andere gebeurtenissen als gevaarlijker beschouwen. Neuroticisme is een stabiele persoonlijkheidstrekk, die bestaat uit de gegeneraliseerde neiging om zichzelf en de wereld negatief te interpreteren (Watson & Pennebaker, 1989). Volgens de theorie vergroot neuroticisme het risico op PTSS-symptomen. Een verband tussen deze factoren is inderdaad gevonden in dwarsdoorsnede onderzoeken (Bowman, 1999). De aard van dit verband is echter onduidelijk: neuroticisme zou een voorspeller kunnen zijn van PTSS-klachten, hoewel neuroticisme ook verhoogd kan zijn na een trauma (Reich, Noyes, Coryell, & O'Gorman, 1986). Bovendien is er een andere mogelijke verklaring. Symptomen van verhoogde prikkelbaarheid zijn niet alleen kenmerkend voor PTSS maar ook voor neuroticisme. Wellicht hebben mensen met een hogere mate van neuroticisme *voorafgaand* aan het trauma meer symptomen van verhoogde prikkelbaarheid en is de toename van deze klachten onafhankelijk van neuroticisme. Ofwel, het verband tussen neuroticisme en PTSS-symptomen zou verklaard kunnen worden door overlappende symptomen. In hoofdstuk 3 worden beide verklaringen onderzocht in de prospectieve zwangerschapsstudie. In de vroege zwangerschap werden neuroticisme en pretraumatische prikkelbaarheid gemeten als voorspellers van PTSS-symptomen na een zwangerschapsverlies. Neuroticisme voorspelde inderdaad PTSS-symptomen, met

name de symptomen van verhoogde prikkelbaarheid. Neuroticisme hing echter ook sterk samen met deze symptomen vóór het zwangerschapsverlies. Na statistische controle op pretraumatische symptomen was het verband tussen neuroticisme en PTSS-klachten niet meer significant. Met andere woorden, neuroticisme was geen voorspeller van een *toename* van deze symptomen ten gevolge van het zwangerschapsverlies. Dit suggereert dat overlap in symptomen de relatie tussen neuroticisme en PTSS-symptomen verklaart.

Cognitieve theorie voorspelt dat de integratie van traumatische gebeurtenissen deels afhangt van de kwaliteit van de herinneringen, die mede bepaald wordt door de kwaliteit van peritraumatische codering in het geheugen. Peritraumatische dissociatie omvat veranderingen in de functies van geheugen, identiteit en bewustzijn die gewoonlijk geïntegreerd zijn (Marmar, Weiss, & Metzler, 1997). Volgens de theorie resulteert het in gefragmenteerde herinneringen. Peritraumatische dissociatie is inderdaad één van de sterkste predictoren van PTSS-symptomen (Marmar et al., 1997). Er is echter geen empirisch bewijs dat peritraumatische dissociatie verband houdt met geheugenfragmentatie. Peritraumatische dissociatie zou eveneens een vroege voorloper kunnen zijn van vermijding van de gebeurtenis. Hoofdstuk 4 betreft de prospectieve zwangerschapsstudie, waarin onderzocht werd of de relatie tussen peritraumatische dissociatie en PTSS-symptomen na zwangerschapsverlies werd gemedieerd door geheugenkenmerken (zoals fragmentatie) of vermijding van traumatische herinneringen. Tevens werden pretraumatische predictoren van peritraumatische dissociatie en PTSS-symptomen bestudeerd. Hieruit bleek dat peritraumatische dissociatie werd voorspeld door minder controle over emoties, meer algemene dissociatie en een lagere opleiding. Acute PTSS-symptomen werden voorspeld door eerdere negatieve gebeurtenissen, minder emotionele controle en meer algemene dissociatie. Door toevoeging van peritraumatische dissociatie aan deze predictoren werd meer variantie van acute PTSS-symptomen verklaard, hetgeen een onafhankelijke rol suggereert. Volgens dwarsdoorsnede analyses werd het verband tussen peritraumatische dissociatie en acute PTSS-symptomen gemedieerd door zelfgerapporteerde geheugenfragmentatie en vermijding van herinneringen.

De factoren die volgens Ehlers en Clark (2000) leiden tot herstel van de traumatische gebeurtenis tonen een gelijkenis met het "sense of coherence" concept (SOC). Antonovsky (1987) definieerde de SOC als het vermogen om een ingrijpende gebeurtenis als begrijpelijk, controleerbaar en betekenisvol te beschouwen. Mensen met een hoge SOC zouden beter in staat zijn om geschikte hulpmiddelen zoals sociale steun te selecteren en mobiliseren om dergelijke ervaringen te verwerken. Een hoge SOC zou derhalve beschermen tegen PTSS-klachten. Retrospectieve studies bieden steun voor deze hypothese (bv. Frommberger et al., 1998). De interpretatie van dit verband is echter lastig doordat de SOC beïnvloed kan worden door een traumatische gebeurtenis (Geyer, 1997). In de prospectieve zwangerschapsstudie werd de SOC gemeten vóór het zwangerschapsverlies en onderzocht werd of de SOC de mobilisatie van crisissteun na het verlies voorspelt. Hoofdstuk 5 rapporteert de bevindingen. Een

hoge SOC had een bescheiden voorspellende waarde in de mate van crisissteun. Beide factoren hingen samen met minder PTSS-symptomen. De SOC hing echter ook sterk samen met neuroticisme en was geen onafhankelijke predictor van PTSS-klachten. Tenslotte voorspelt cognitieve theorie dat de instandhouding van PTSS-klachten wordt bepaald door de wijze waarop individuen gevolgen van het trauma interpreteren. Negatieve interpretaties (bijvoorbeeld 'deze symptomen betekenen dat ik nooit meer dezelfde zal zijn') versterken angst en vermijdingsstrategieën. Dit model komt overeen met cognitieve modellen van andere angststoornissen, in die zin dat de stoornis blijft bestaan doordat individuen de betekenis van bepaalde symptomen catastroferen (Clark, 1999). Er zijn aanwijzingen dat andere angstpatiënten tevens onjuiste conclusies trekken over situaties op grond van informatie over angstreacties. Dat wil zeggen: zij gebruiken angstgerelateerde informatie om verkeerde gevolgtrekkingen te maken over ophanden zijnd gevaar (Arntz, Rauner, & van den Hout, 1995). Deze "emotion-based reasoning" (ER) neiging was niet situatiespecifiek en zou symptomen in stand kunnen houden door angst te vergroten, vermindering te versterken en te motiveren om selectief op zoek te gaan naar gevaarsbevestigende informatie. Het is onduidelijk of PTSS-patiënten deze neiging ook vertonen. Analooq aan ER kan gevaar ook worden afgeleid uit de aanwezigheid van PTSS-gerelateerde intrusies: "intrusion-based reasoning" (IR). Als deze neiging inderdaad gerelateerd is aan PTSS, is het de vraag of het de instandhouding van symptomen voorspelt. Hoofdstuk 6 beschrijft een dwarsdoorsnede onderzoek, waarin onderzocht werd of Vietnamveteranen met chronische PTSS de ER-neiging (die bij andere angstpatiënten is gevonden) en tevens de IR-neiging vertonen. Om de effecten van traumablootstelling te controleren, werden zij vergeleken met Vietnamveteranen zonder PTSS. De resultaten tonen aan dat Vietnamveteranen met PTSS onjuiste conclusies trokken over situaties op grond van informatie over angstreacties. Dit laat een parallel zien tussen PTSS en andere angststoornissen, in die zin dat ER een risicofactor zou kunnen zijn voor het ontwikkelen van de stoornis. PTSS wordt echter ook gekenmerkt door intrusieve herinneringen; veteranen met PTSS vertoonden ook IR. Intrusieve herinneringen komen veel voor kort na het trauma. Als deze worden geïnterpreteerd als aanstaand gevaar zou dit angst vergroten en PTSS-symptomen in stand houden. Hoofdstuk 7 presenteert een longitudinale studie die verricht werd onder acuut-getraumatiseerde getuigen van de treinramp die op 27 maart 2001 plaatsvond in Pécrot, België. Hierbij werd getracht om de cruciale causaliteitskwestie met betrekking tot IR te verduidelijken. Bestudeerd werd of IR een rol speelt bij de transitie van acute naar chronische PTSS-symptomen. Bij getuigen van de ramp werden ongeveer drie weken na de ramp IR en PTSS-klachten gemeten. Na drie en een halve maand werden PTSS-klachten opnieuw gemeten (de prevalentie van PTSS was overigens 24%). De resultaten van de Vietnamveteranen werden gerepliceerd bij acuut-getraumatiseerden. IR voorspelde tevens chronische PTSS-klachten, zelfs na controle op acute PTSS-klachten maar dit was niet statistisch significant. De bevindingen suggereren dat IR betrokken is bij het ontstaan en de

instandhouding van PTSS-symptomen. Meer duidelijkheid over causaliteit kan echter pas verkregen worden na vervolgonderzoek.

Kortom, de empirische studies tonen aan dat PTSS geen onontkoombaar gevolg is van preeclampsie, zwangerschapsverlies en getuige zijn van de treinramp. Zelfs wanneer aan het DSM-IV traumacriterium is voldaan, ontwikkelt slechts een minderheid de stoornis. Het verloop verschilde per gebeurtenis en werd mede bepaald door de ernst van acute PTSS-klachten. De symptomen namen na zwangerschapsverlies binnen een paar maanden af en waren meer chronisch na de treinramp. Onafhankelijk van objectieve indicatoren van de ernst van het trauma verklaarden pretraumatische en peritraumatische factoren het ontstaan van PTSS-klachten, hetgeen de rol van andere factoren dan de gebeurtenis benadrukt. De bevindingen suggereren dat neuroticisme en PTSS overlappende symptomen hebben. Meetinstrumenten voor PTSS die klachten van prikkelbaarheid niet koppelen aan de traumatische gebeurtenis, kunnen klachten meten die reeds voor het trauma aanwezig waren. Bovendien bleek dat chronische PTSS in verband stond met een redeneerneiging waarbij gevolgtrekkingen over externe situaties worden gemaakt op grond van subjectieve emotionele ervaringen. Deze neiging is ook kenmerkend voor andere angstpatiënten en is niet situatiespecifiek. Een soortgelijke neiging, op grond van PTSS-intrusies, toonde een sterke relatie met acute en chronische PTSS-symptomen. Deze neigingen kunnen risicofactoren zijn voor het ontstaan of de instandhouding van PTSS. Het exacte psychologische proces dat verantwoordelijk is voor de transformatie van een traumatische gebeurtenis naar PTSS moet nog geïdentificeerd worden. PTSS werd mede erkend ten gevolge van sociale en politieke ontwikkelingen; het wetenschappelijke proces dient zorg te dragen voor plaatsing in de psychiatrische classificatie en theorievorming.