

Als het Verleden je inhaalt
(omdat het niet zo snel meer gaat)

Behandeling van PTSS bij Ouderen

*Ellen Gielkens GZ-psycholoog bij
Mondriaan, E.Gielkens@mondriaan.eu*



- **Sinds 2017:** Topklinisch centrum voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen (TCOP) is onderdeel van Mondriaan Ouderen
- Heerlen-Maastricht. Wijerode in Heerlen is de hoofdlocatie



A person wearing a light blue cable-knit sweater with yellow trim and a white collared shirt is shown from the chest down. They are using a black cane in their right hand and holding onto a wooden handrail with their left hand. The background is a bright, out-of-focus indoor setting.

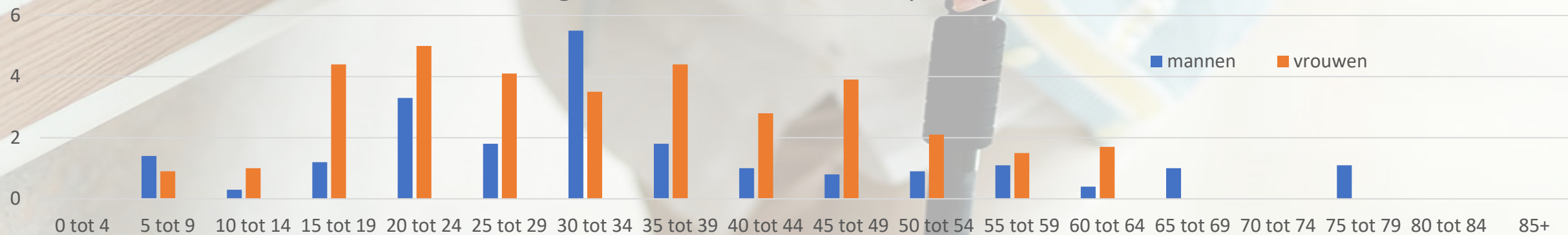
Inleiding

- Achtergrond PTSS bij ouderen
- Voorbeelden uit de praktijk
- Behandeling bij ouderen?
- Onderzoekresultaten EMDR bij ouderen met PTSS

PTSS bij ouderen?

- In principe dezelfde symptomen, MAAR ook weinig longitudinale studies
- PTSS lijkt minder vaak voor te komen naarmate men ouder wordt

Aantal nieuwe gevallen PTSS in huisartsenpraktijk 2013-2015



- Hoge percentages subthreshold PTSS

Ouder worden en PTSS?



- Cohort kenmerken en ageism

- Comorbide somatische aandoeningen

andere taal voor psychische klachten, lang geleden, niet over praten, diagnose PTSS pas in 1980

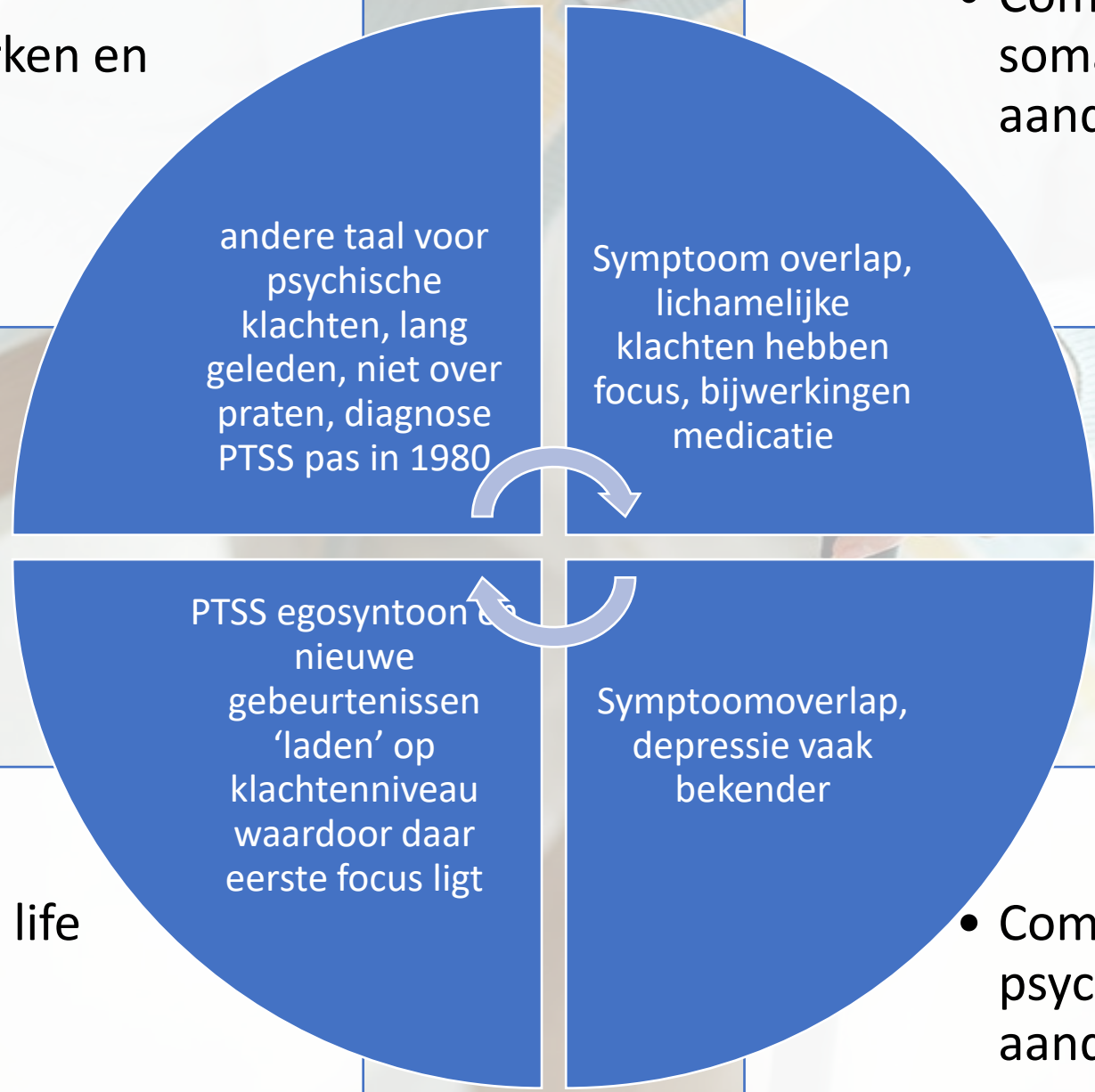
Symptoom overlap, lichamelijke klachten hebben focus, bijwerkingen medicatie

PTSS egosyntoon en nieuwe gebeurtenissen 'laden' op klachtenniveau waardoor daar eerste focus ligt

Symptoomoverlap, depressie vaak bekender

- Actuele life events

- Comorbide psychiatrische aandoeningen



Wanneer kun je denken aan trauma?

- Als klachten 'disproportioneel' zijn in de situaties waarin ze optreden
- Als slapen slecht gaat, heel alert
- Bij verhoogde arousal en veel comorbiditeit; lastig te duiden klachten
- Als je in het contact wantrouwen merkt, snel boos/teleurgesteld zijn
- Als je in het contact een sterk gevoel van controle willen houden merkt
- Bij een teruggetrokken sociaal leven

- **BELANGRIJKSTE** klachten zijn altijd functioneel! Vraag ernaar en leg uit hoe het verleden een rol zou kunnen spelen

Aandachtspunten als onverwerkte ingrijpende gebeurtenissen een rol spelen in de klachten:

1. Normen en overtuigingen (*ik ben te oud om te veranderen, het is zo lang geleden en kan geen rol meer spelen, ik vertel niets persoonlijk aan anderen, ik mag niet emotioneel zijn, als ik erover spreek wordt het alleen maar erger, ik wil niemand tot last zijn, ik ben gek als ik naar psycholoog moet*) → goed luisteren, extra uitleg en verklaring nodig, toegespitst op hun verhaal
2. Vaak geen kennis van psychologie en wat therapie inhoudt, zeker niet wat invloed van ingrijpende gebeurtenissen op klachten is! → extra uitleg nodig
3. Cognitieve veroudering → herhaling en verschillende modaliteiten gebruiken
4. Afstemmen met andere disciplines (huisarts, specialist, fysiotherapeut, ergotherapeut,)
5. Systeem betrekken in de uitleg en evaluaties → gelden vaak ook bovengenoemde punten voor en vergroot de kans op beter afgestemde, en daarmee succesvolle behandeling

Voorbeelden uit de praktijk

Dhr. H., 68-jarige man, meldt zich met somberheidsklachten en kan niet meer. Een aantal jaar geleden heeft hij zich gestort meer. Hij isoleert zich en komt niet meer onder de mensen te komen.

Pestverleden, gekleineerd in stamgezin

Mw. V., 72 jaar, alleenwonend partner gehad en sinds een tijdje doet met yoga. Zij is somber, slaapt niet goed uit en raakt vaker ziek.

Seksueel misbruik

Mw. P. 75 jaar, leeft samen met een partner die dementerend is. Ze verzorgt hem ook al heel lang. Ze raakt uitgeput mede ook omdat ze niet in bed kan slapen vanwege nachtmerries.

Parentificatie, fysieke mishandeling

Mw. C. haar partner is een ongunstige partner samen met haar partner. Ze raakt uitgeput mede ook omdat ze niet in bed kan slapen vanwege nachtmerries.

Seksueel misbruik en fysieke mishandeling

Mw. V., 72 jaar, alleenwonend. Ze heeft nooit een partner gehad en sinds een hartinfarct is ze gestopt met yoga. Zij is somber, slaapt slecht, durft de deur niet goed uit en raakt verwaarloosd.

Luxerende events:
-hartinfarct
-beperkt steunsysteem

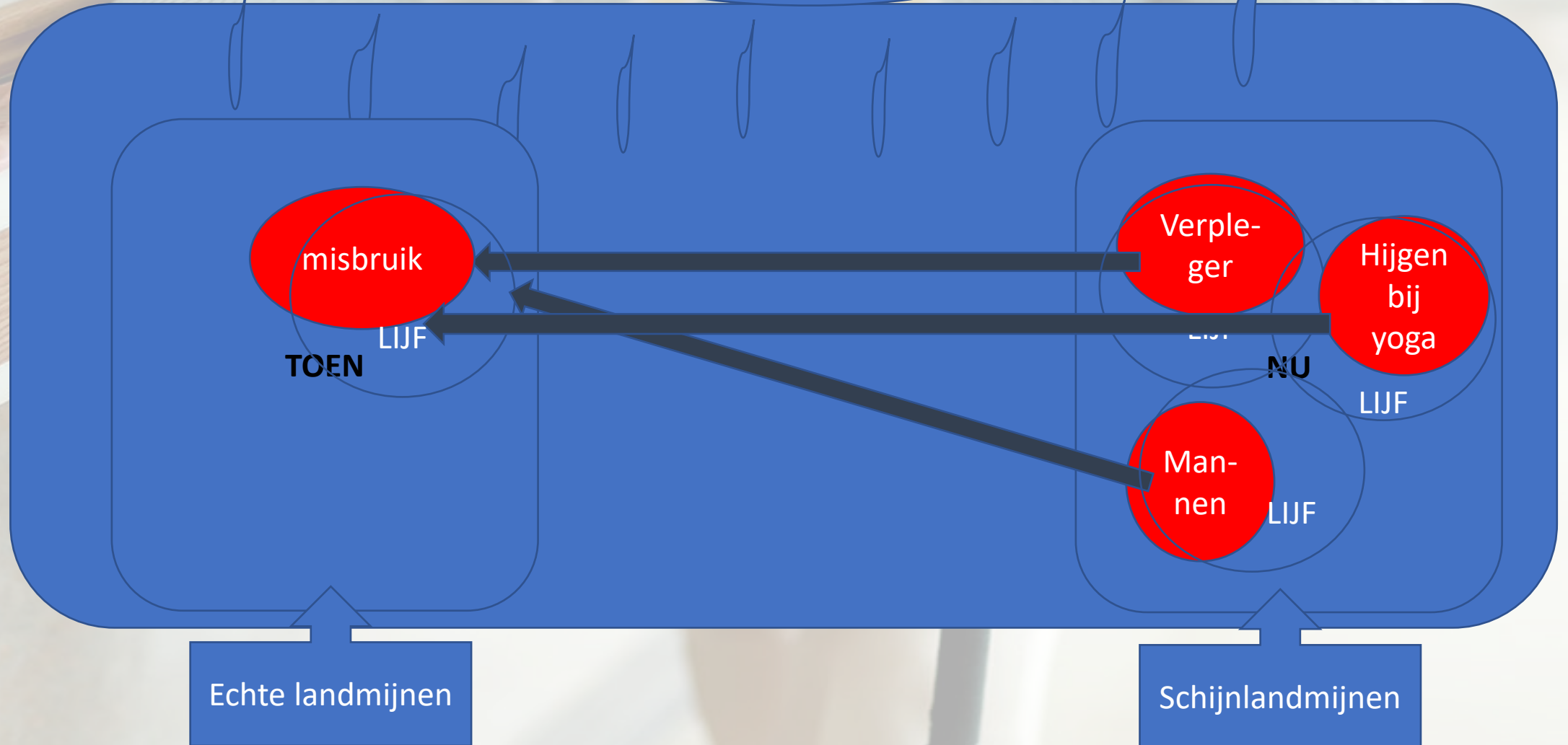
Disproportioneel?

Klachten:
- Stemming
- Angst om deur uit te komen
- Slaapproblemen
- Sociaal isolement

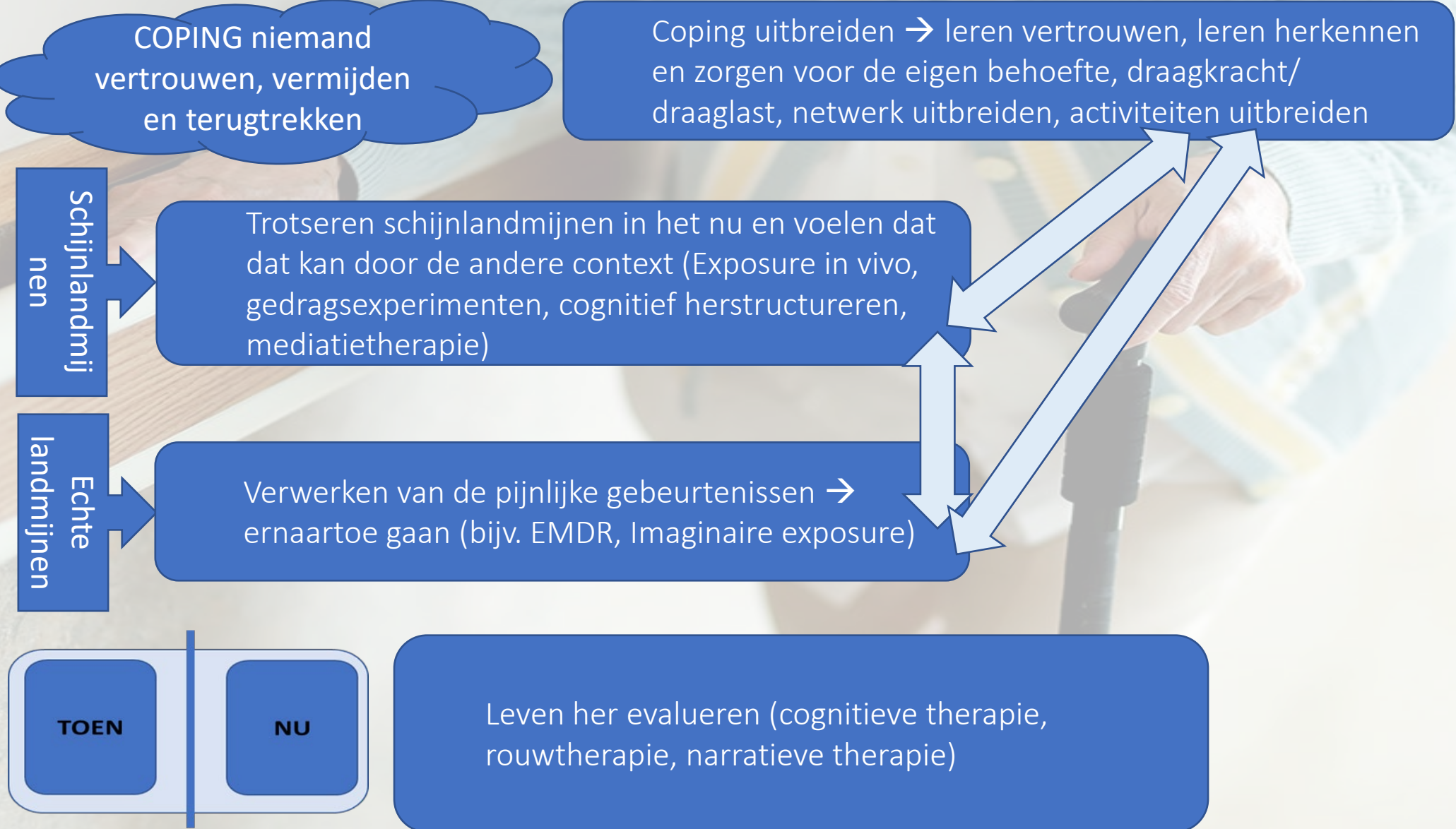
Verklaring
zoeken!

Opname ziekenhuis werd ze verzorgd door mannelijke verpleger in 'machtspositie', triggert het seksueel misbruik en durft niet meer op straat vanwege angst voor mannen, slaapt slecht door nachtmerries aan het misbruik en raakt somber, gevoel dat niets er meer toe doet

COPING niemand vertrouwen, contacten afhouden, vermijden
(niet meer op straat komen, yoga) en terugtrekken



4 invalshoeken voor de behandelpraktijk:



Behandelstudies bij ouderen met PTSS:



From Pathology to Intervention and Beyond. Reviewing Current Evidence for Treating Trauma-Related Disorders in Later Life



Jeannette C. G. Lely^{1*} and



Rolf J. Kleber^{2,3}



[Aging & Mental Health >](#)

Volume 19, 2015 - Issue 2

Post-traumatic stress disorder in older adults: a systematic review of the psychotherapy treatment literature

Stephanie Dinnen, Vanessa Simiola & Joan M. Cook 

Pages 144-150 | Received 04 Feb 2014, Accepted 22 Apr 2014, Published online: 05 Jun 2014



Conclusies
behandelstudies PTSS bij
ouderen:

- Over algemeen goede resultaten op PTSS
- Nog weinig richtlijnbehandeling onderzocht (alleen Narrative Exposure therapy, en Prolonged Exposure)
- Nog weinig langere follow-up resultaten
- Groepen over algemeen klein
- Kwaliteit van de studies laag (5 RCTs)
- Relatief lage leeftijden (12/15 <70)
- Merendeels oorlogstrauma (9/15)

Waarom onderzoek naar EMDR bij ouderen?

- Vergrijzing en absolute groep ouderen met PTSS wordt groter
- PTSS bij ouderen wordt niet goed herkend ¹
- PTSS blijkt wel veel en sterke associaties te hebben met een veelheid aan aandoeningen, inclusief versnelde veroudering ²
- Kwaliteit van leven wordt negatief beïnvloed ³
- EMDR is (samen met IE/PE, CT/CPT, TF-CGT) een eerste keuze richtlijnbehandeling voor PTSS en toont goede effecten ⁴
- Ook bij meer complexe problematiek en comorbide aandoeningen, o.a. psychotische aandoeningen ⁵ en Complexe PTSS ⁶
- EMDR is een methode die minder beroep doet op cognitief functioneren en lijkt daarmee aan te sluiten bij ouderen waarbij cognitieve vermogens afnemen ⁷
- Er is nog geen EMDR studie gedaan bij ouderen (60+) ⁸
- Überhaupt weinig studies gedaan naar traumabehandeling bij ouderen maar wel goede en hoopvolle resultaten voor o.a. NET en PE ^{8,9,10,11}

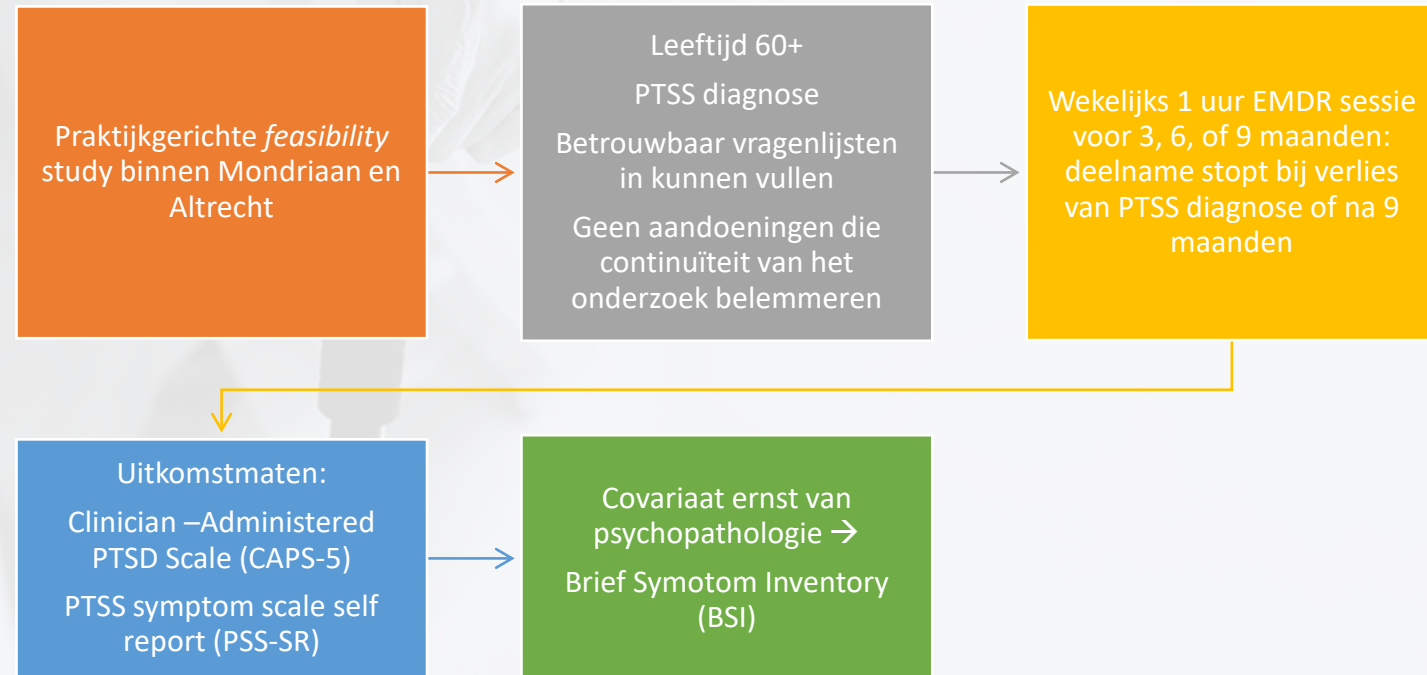


Onderzoeksvraag:

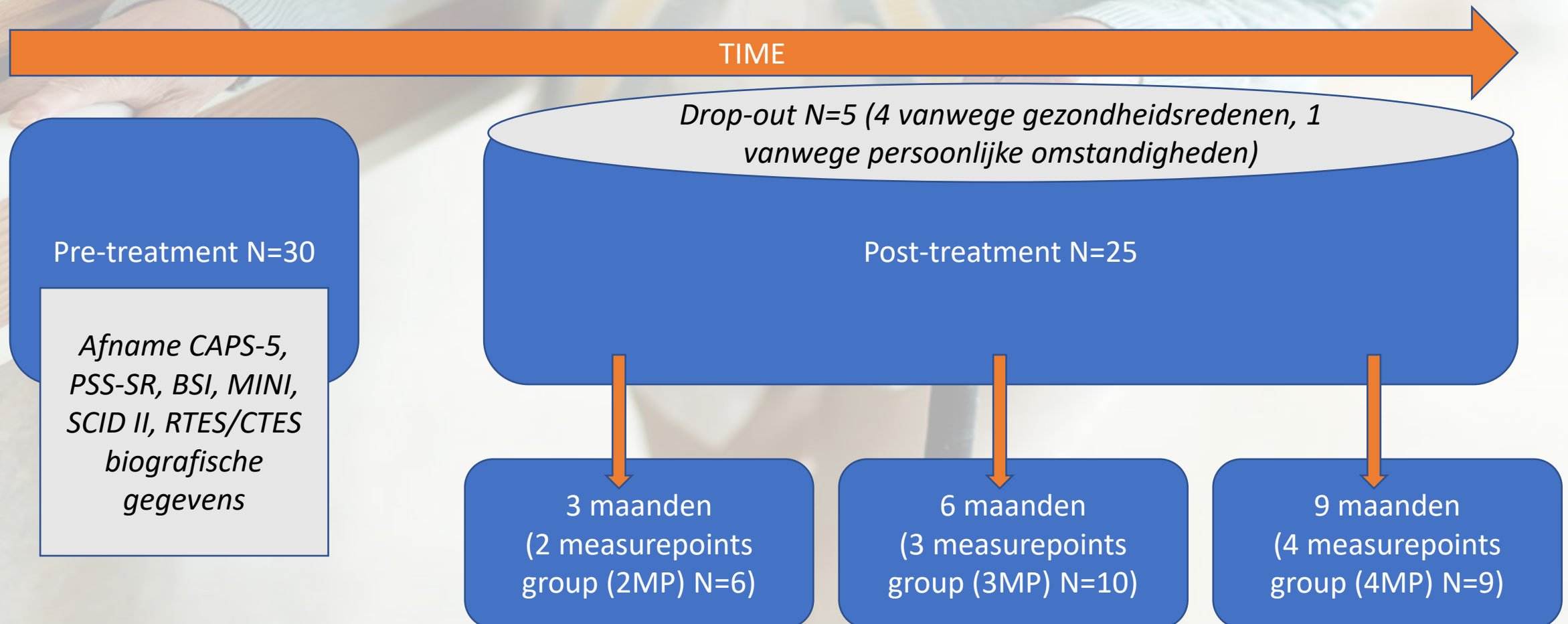
Is EMDR toepasbaar bij ouderen met PTSS en comorbide psychiatrische en somatische aandoeningen?

Onderzoeksopzet

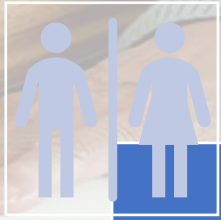
(Ellen Gielkens, Dr. Sjacko Sobscak, Prof. Dr. Gina Rossi, Prof. Dr. Bas van Alphen)



Resultaten: inclusie



Demografische kenmerken totale groep:



Geslacht/leeftijd

- 52% vrouw
- 48% man
- Gemiddelde leeftijd 67.48 (60-84)



Opleiding

- 32% laag
- 44% middel
- 24% hoog



Eerdere behandeling

- 0% eerder PTSS richtlijn behandeling
- 12% geen
- 16% 1^e lijn
- 32% 2^e lijn
- 40% inclusief opnames

Demografische kenmerken



PTSS

- 20% 10-20 jaar PTSS
- 44% >20 jaar PTSS
- 32% dissociatieve subtype



Trauma geschiedenis

- 92% trauma kindertijd
- 56% seksueel misbruik
- 64% fysiek geweld

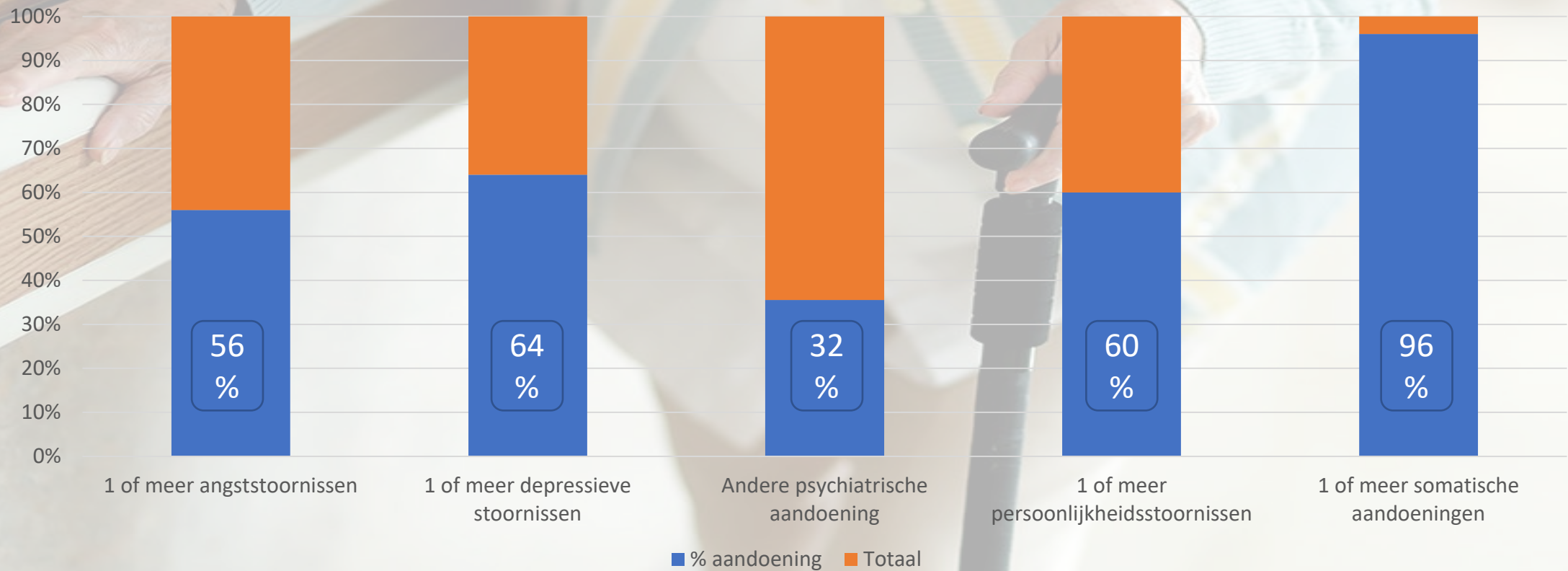


Overige behandeling

- 76% gebruikt bij aanvang psychofarmaca
- 44% andere therapie (SPV, deeltijd)

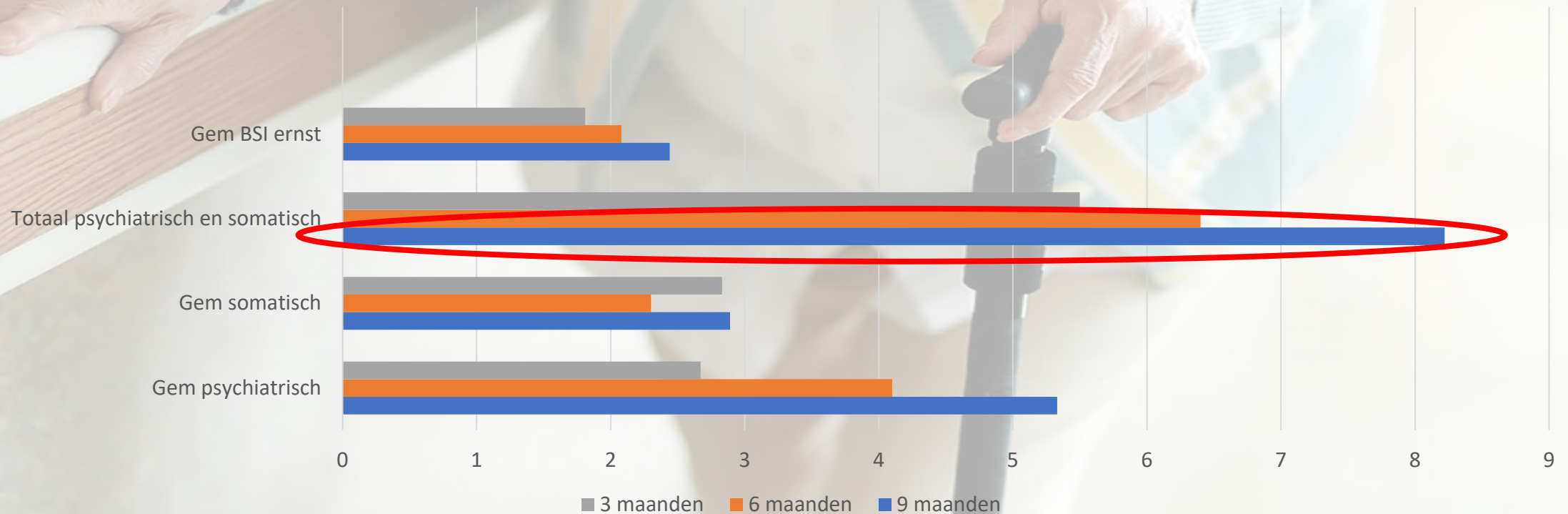
Percentage met comorbide aandoeningen

Overzicht van % comorbiditeit aanwezig



Hoeveelheid comorbide aandoeningen

Gemiddelde hoeveelheid aanwezige comorbide aandoeningen naast de PTSS in de verschillende therapie duur groepen



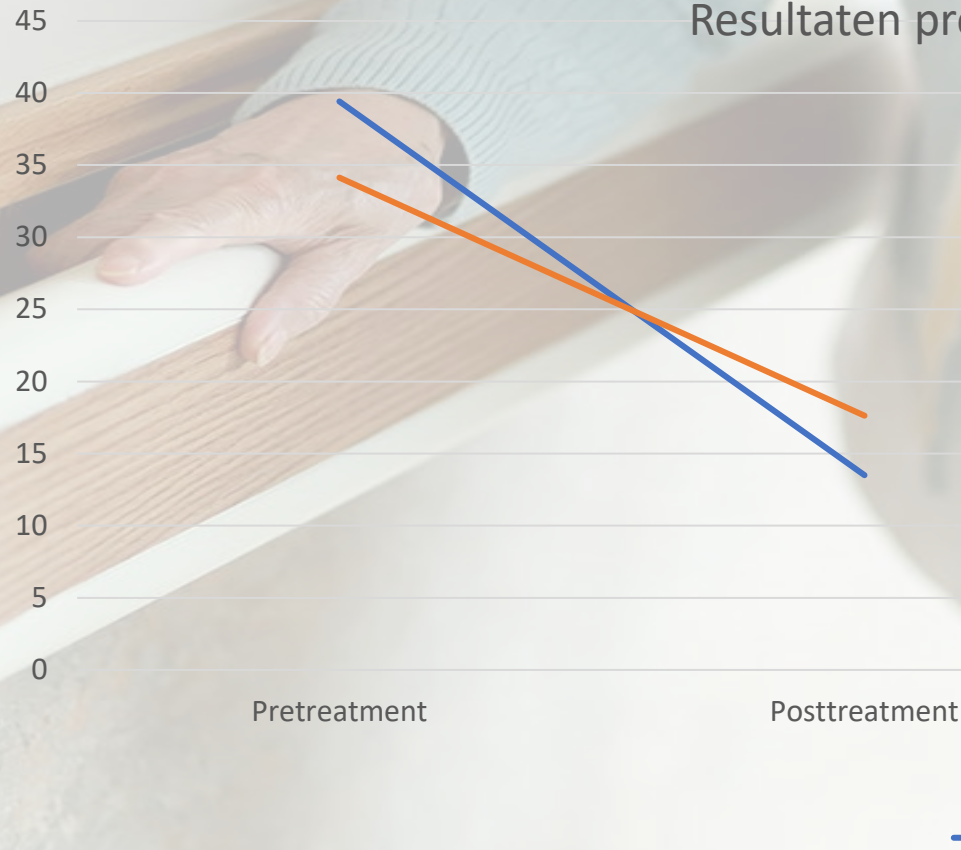
Hoe zit het met comorbiditeit? Correlatie PTSS (PSS-SR) met comorbide aandoeningen?

Variabele	Correlatie met PSS-SR en significantieniveau
Depressieve stoornis	.525 (.007)**
2 of meer psychiatrische diagnoses op MINI	.585 (.002)**
2 of meer persoonlijkheidsstoornis op SCID	.412 (.041)*
Totaal aan psychiatrische comorbiditeit	.504 (.010)*
BSI ernst	.687 (<.001)***
BSI hoeveelheid symptomen	.582 (.002)**

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Uitkomst op PTSS

Resultaten pre- posttreatment op de PTSS



	Pretreatment (M, SD)	Posttreatment (M, SD)
CAPS-5	39.42 (8.63)	13.50 (10.27)
PSS-SR	34.13 (10.68)	17.63 (9,87)

Grote effect-sizes, geen significante invloed van ernst van psychopathologie bij aanvang (BSI), danwel duur van de therapie

Verlies van PTSS diagnose
volgens DSM-5
Remissie van PTSS is verlies
van DSM-5 diagnose én
minimale scores op CAPS-5 /
PSS-SR

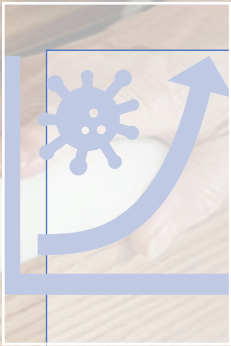
Totaal N CAPS-5: 25 en PSS-SR:24

PTSS verlies 80%
(n = CAPS-5: 20, PSS-SR: 19)

Daarvan heeft remissie:
CAPS-5: 13 (65%)
PSS-SR: 9 (47%)

Remissie PSS-SR (en niet verlies van diagnose op CAPS-5 danwel PSS-SR) was significant gecorreleerd met hoeveelheid traumatische ervaringen ($r_{pb} = -.426$, $n=24$, $p = .038$) en hoeveelheid traumatische ervaringen in de jeugd ($r_{pb} = -.417$, $n=24$, $p = .042$)

Conclusies?



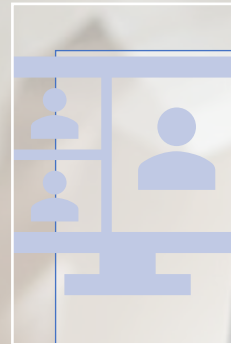
Zeer veel comorbiditeit zowel psychiatrisch als somatisch



EMDR behandeling goed toepasbaar is bij deze groep ouderen met goede resultaten



Dat er bij geen enkele oudere eerder PTSS richtlijnbehandeling heeft plaatsgevonden ondanks de aanwezige PTSS



Mensen uit de 9 maanden groep meer comorbiditeit, vaker seksueel misbruik, en laten minder goed herstel zien (44% geen verlies PTSS diagnose, 0 % volledige remissie)

Conclusies voor de praktijk?



Heb oog voor PTSS, juist als er veel comorbiditeit is zou PTSS wel eens een rol kunnen spelen. Vraag ingrijpende gebeurtenissen (ook van lang geleden) altijd uit.

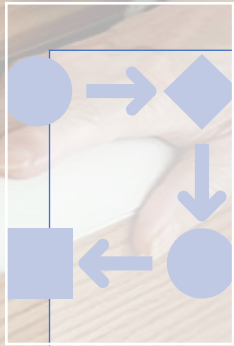


EMDR behandeling is goed toe te passen bij ouderen met PTSS ongeacht de hoeveelheid en ernst van comorbide aandoeningen

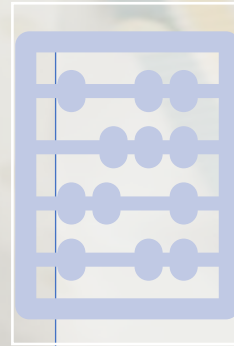


Als er meer comorbide aandoeningen zijn, is er waarschijnlijk aanvullende behandeling nodig om het behandelresultaat verder te verbeteren

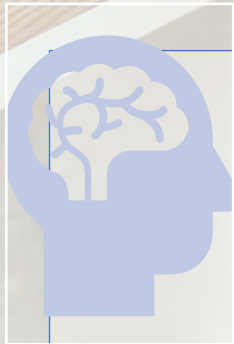
Vervolgonderzoek?



Combinaties van therapieën, aanpassingen in frequentie en duur, om het therapieresultaat verder te verbeteren en af te stemmen



Ouderen met veel ingrijpende gebeurtenissen maar zonder PTSS zouden wellicht ook baat kunnen hebben met traumabehandeling



De (oudere) groep ouderen met cognitieve problemen onderzoeken



Onderzoek herhalen met controle groep en follow-up metingen

Vragen?



Referenties

- 1. Pless Kaiser, A.; Cook, J. M.; Glick, D. M.; Moye, J., Posttraumatic Stress Disorder in Older Adults: A Conceptual Review. *Clin Gerontol* **2019**, *42* (4), 359-376.
- 2. Lohr, J. B.; Palmer, B. W.; Eidt, C. A.; Aailaboyina, S.; Mausbach, B. T.; Wolkowitz, O. M.; Thorp, S. R.; Jeste, D. V., Is Post-Traumatic Stress Disorder Associated with Premature Senescence? A Review of the Literature. *Am J Geriatr Psychiatry* **2015**, *23* (7), 709-25.
- 3. Van Zelst, W. H.; De Beurs, E.; Beekman, A. T.; Van Dyck, R.; Deeg, D. D., Well-being, physical functioning, and use of health services in the elderly with PTSD and subthreshold PTSD. *Int J Geriatr Psychiatry* **2006**, *21* (2), 180-8.
- 4. Cuijpers, P.; Veen, S. C. V.; Sijbrandij, M.; Yoder, W.; Cristea, I. A., Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther* **2020**, *49* (3), 165-180.
- 5. van den Berg, D. P.; de Bont, P. A.; van der Vleugel, B. M.; de Roos, C.; de Jongh, A.; Van Minnen, A.; van der Gaag, M., Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* **2015**, *72* (3), 259-67.
- 6. Karatzias, T.; Murphy, P.; Cloitre, M.; Bisson, J.; Roberts, N.; Shevlin, M.; Hyland, P.; Maercker, A.; Ben-Ezra, M.; Coventry, P.; Mason-Roberts, S.; Bradley, A.; Hutton, P., Psychological interventions for ICD-11 Complex PTSD symptoms: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine* **2019**.
- 7. Harada, C. N.; Natelson Love, M. C.; Triebel, K. L., Normal cognitive aging. *Clinics in geriatric medicine* **2013**, *29* (4), 737-752.
- 8. Dinnen, S.; Simiola, V.; Cook, J. M., Post-traumatic stress disorder in older adults: a systematic review of the psychotherapy treatment literature. *Aging Ment Health* **2015**, *19* (2), 144-50.
- 9. Lely, J. C. G.; Knipscheer, J. W.; Moerbeek, M.; ter Heide, F. J. J.; van den Bout, J.; Kleber, R. J., Randomised controlled trial comparing narrative exposure therapy with present-centred therapy for older patients with post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry* **2019**, *214* (6), 369-377.
- 10. Thorp, S. R.; Glassman, L. H.; Wells, S. Y.; Walter, K. H.; Gebhardt, H.; Twamley, E.; Golshan, S.; Pittman, J.; Penski, K.; Allard, C.; Morland, L. A.; Wetherell, J., A randomized controlled trial of prolonged exposure therapy versus relaxation training for older veterans with military-related PTSD. *J Anxiety Disord* **2019**, *64*, 45-54.
- 11. Gielkens, E. M. J.; de Jongh, A.; Sobczak, S.; Rossi, G.; van Minnen, A.; Voorendonk, E. M.; Rozendaal, L.; van Alphen, S. P. J., Comparing Intensive Trauma-Focused Treatment Outcome on PTSD Symptom Severity in Older and Younger Adults. *Journal of Clinical Medicine* **2021**, *10* (6), 1246.