

Posttraumatische stressstoornis ten gevolge van somatische ziekten of de behandeling daarvan

Een overzicht

Y. GÜZELCAN, W.F. SCHOLTE, M. OLFF, B.P.R. GERSONS

ACHTERGROND De laatste jaren groeit de bewijskracht voor de veronderstelling dat posttraumatische stressstoornis regelmatig voorkomt ten gevolge van somatische ziekten of de behandeling daarvan.

DOEL Onderzoeken wat de bewijskracht is voor deze aanname, welke somatische ziekten of de behandelingen daarvan posttraumatische stressstoornis doen ontstaan en wat de prevalentie is van zo'n posttraumatische stressstoornis.

METHODE Literatuuronderzoek met behulp van Medline (1960 - augustus 2003) en EMBASE (1980 - augustus 2003), met als zoektermen 'posttraumatic stress disorder' gecombineerd met 'treatment', 'neoplasms', 'prevalence', 'infection', 'transplantation', 'HIV', en 'pregnancy'. Aanvullende publicaties werden verkregen via literatuurlijsten in de geselecteerde artikelen.

RESULTATEN Negentien artikelen voldeden aan de inclusiecriteria. Hierin werden onderzoeken beschreven naar het traumatiserende effect van dertien verschillende somatische ziekten of hun behandeling. De meeste onderzoeken zijn uitgevoerd bij kankerpatiënten. Posttraumatische stressstoornis ten gevolge van een doodgeboren kind is methodologisch het best onderzocht. Hierbij vond men een prevalentie van 20%.

CONCLUSIE Somatische ziekten of de behandeling daarvan verhogen de kans op posttraumatische stressstoornis. Een snelle herkenning en behandeling van deze posttraumatische stressstoornis is belangrijk voor het beloop van somatische ziekten en de levenskwaliteit van patiënten.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)9, 601-607]

TREFWOORDEN behandeling, posttraumatische stressstoornis, prevalentie, somatische ziekte

Posttraumatische stressstoornis (PTSS) wordt volgens de DSM-IV-classificatie (American Psychiatric Association 1994) gekenmerkt door een directe relatie tot een duidelijk psychotrauma, het optreden van herbelevingen en vermijdingsgedrag, en symptomen van zowel verhoogde emotionele als lichamelijke prikkelbaarheid (*arousal*). Veel patiënten met PTSS voldoen tevens aan de diagnostische criteria voor depressie of angststoornissen

anders dan PTSS, zoals agorafobie of een generaliseerde angststoornis. Ook treedt vaak comorbide middelengebruik op (Kessler e.a. 1995).

De prevalentie van PTSS in een bevolkingsgroep hangt samen met de mate van blootstelling aan psychotrauma's. Volgens de DSM-IV-classificatie is een psychologisch trauma een gebeurtenis die bij de betrokkene angst, hulpeloosheid en afschuw veroorzaakt (A-criteria). De levensprevalen-

tie van een 'traumatische ervaring' (volgens de DSM-IV het A-criterium voor PTSS) in de algemene populatie is bijzonder hoog; in de Verenigde Staten 89,9% (Kessler e.a. 1995). Een posttraumatische stressstoornis ontstaat niet per definitie na elke traumatische ervaring (Breslau e.a. 1998; Hidalgo & Davidson 2000; Kessler e.a. 1995; Resnick e.a. 1993). Dit is afhankelijk van ernst, duur en aard van zo'n gebeurtenis en van persoonlijke eigenschappen van de slachtoffers (Hidalgo & Davidson 2000). In de Verenigde Staten werd bij vrouwen een levensprevalentie van PTSS van 12,3% gevonden, en 6 maanden na een psychotrauma een prevalentie van PTSS 4,6% (Kessler e.a. 1995; Resnick e.a. 1993). Kessler e.a. (1995) stelden onder de algemene bevolking in de Verenigde Staten een levensprevalentie vast van 5,0% bij mannen en 10,4% bij vrouwen. Vrouwen maken meer kans (in het algemeen tweemaal hoger) op PTSS, evenals mensen met een laag opleidingsniveau of met een neurotische aanpak (Breslau e.a. 1998; Hidalgo & Davidson 2000; Kessler e.a. 1995).

Het is bekend dat PTSS kan ontstaan na een overval, een seksueel trauma, een ramp of een verkeersongeluk (Breslau e.a. 1998; Kessler e.a. 1995; Resnick e.a. 1993). Een seksueel trauma, een oorlogstrauma of het plotselinge verlies van een dierbare veroorzaakt vaker PTSS dan andere schokkende gebeurtenissen (Breslau e.a. 1998; Hidalgo & Davidson 2000). Een interpersoonlijk karakter van een schokkende gebeurtenis, zoals bij verkrachting of geweldpleging, vergroot de kans op het ontstaan van PTSS (Breslau e.a. 1998; Hidalgo & Davidson 2000). Hoe langer een schokkende gebeurtenis duurt en hoe levensbedreigender die is, des te meer kans er is op het ontstaan van PTSS (Stein e.a. 2002).

Ook een al aanwezige psychiatrische stoornis vergroot de kans, evenals een familiegeschiedenis waarin psychiatrische stoornissen voorkomen (Hidalgo & Davidson 2000).

De laatste jaren heeft regelmatig onderzoek plaatsgevonden naar PTSS bij patiënten met een somatische ziekte. Somatische ziekten of de behandeling hiervan kunnen immers bij de betrok-

kenen ook angst, hulpeloosheid en afschuw veroorzaken. Verondersteld wordt dat PTSS ook kan ontstaan ten gevolge van een somatische ziekte of de behandeling daarvan, afhankelijk van de ernst, duur en aard, en dat de PTSS het beloop en de behandeling van somatische ziektes en de levenskwaliteit van patiënten kan beïnvloeden. Zo vermijden patiënten die een myocardinfarct hebben doorgemaakt en een PTSS hebben, vaker hun somatische behandeling dan patiënten zonder PTSS (Shemesh e.a. 2001). Hetzelfde geldt voor HIV-geïnfekteerden met PTSS (Ricart e.a. 2002).

In het hier beschreven onderzoek is onderzocht: (1) wat de bewijskracht is voor de aanname dat somatische ziekten of de behandeling daarvan het ontstaan van PTSS bevorderen; (2) na welke somatische ziekten of de behandeling daarvan PTSS ontstaan is; (3) wat de prevalentie is van dergelijke PTSS.

METHODE

Met behulp van Medline (betreffende de periode 1960-augustus 2003) en embase (1980-augustus 2003) werd relevante literatuur gezocht en bestudeerd. Als zoektermen werden gebruikt (MeSH Headings, text words): 'posttraumatic stress disorder', gecombineerd met 'disease', 'treatment', 'neoplasms', 'prevalence', 'infection', 'transplantation', 'HIV', en 'pregnancy'. Aanvullende publicaties werden verkregen via literatuurlijsten van gevonden artikelen.

Zelfinvulvragenlijsten kunnen wel een PTSS doen vermoeden, maar niet vaststellen, daarom werden alleen onderzoeken geïnccludeerd waarbij een gestructureerd klinisch interview voor de diagnostiek was gebruikt. Andere inclusiecriteria waren duidelijke beschrijvingen van de lichamelijke ziekte en de behandeling, van de demografische gegevens en van de bevindingen.

RESULTATEN

In totaal werden er 2593 publicaties gevonden, waarvan er 19 voldeden aan de inclusiecriteria.

TABEL 1 Onderzoeken naar het optreden van posttraumatische stressstoornis bij somatische ziekte of de behandeling daarvan

Onderzoek	Somatische ziekte of behandeling	N	Sekse- verhouding (v/m)	Leeftijd (jaren)	Prevalentie (%) van PTSS Puntprevalentie (levensprevalentie)	Onderzoeks- opzet	Screenings- instrument
Alter e.a. (1996)	Borstkanker	27	27/0	54 (gemiddeld)	4 (22)	CC	SCID
Andrykowski e.a. (1998)	Behandelde borstkanker	82	82/0	56 (gemiddeld)	6 (4)	CS	SCID, PCL-C
Berry (1998)	Subarachnoidale bloeding	28	20/8	44 (gemiddeld)	32	CS	PTSD-I
Dew e.a. (1997)	Harttransplantatie	154	26/128	48% < 50	13,7	CS	PTSD-T, SCID
Dew e.a. (2001)	Harttransplantatie	191	34/157	44% < 50	17	CS	PTSD-T, SCID
Green e.a. (1998)	Borstkanker in vroeg stadium	160	160/0	53 (gemiddeld)	2,5 (8)	CS	SCID
Hobbie e.a. (2000)	Kinderkanker (PTSS als jong- volwassene)	78	39/39	18-40	20,5	CS	SCID
Härter e.a. (2001)	Ambulante behandeling of rehabilitatie bij kanker	200	150/50	17-84	1,5 (2)	CS	CIDI
Kelly e.a. (1998)	HIV-infectie	61	0/61	18-65	30	CS	DIS
Kollner e.a. (2002)	Hart- of longtransplantatie	82	16/66	53	9,8	CS	SCID
Mundy e.a. (2000)	Conventionele behandeling van borstkanker	17	17/0	40	25	CS	SCID
	Beenmergtransplantatie bij borstkanker	20	20/0	45	27		
O'Carroll e.a. (1999)	Varicesbloeding	30	9/21	55	3,33	CS	SCID
Osterman e.a. (2001)	Ontwaken tijdens narcose	26	20/6	44	56,3	CC	CAPS
Rothenhausler e.a. (2002)	Levertransplantatie	75	32/43	52	2,7	CC	SCID
Sembi e.a. (1998)	TIA	61	onbekend	> 18	9,8	CS	CAPS
Stukas e.a. (1999)	Harttransplantatie	158	132/26	43% < 50	10,5	CC	PTSD-T, SCID
Turton e.a. (2001)	Doodgeboren kind (PTSS bij ouder)	66	66/0	29	20 (29)	PC	PTSD-I
Van Driel & Op den Velde (1995)	Myocardinfarct	18	0/18	68	5,5*	CS	SCID
Widows e.a. (2000)	Beenmergtransplantatie	102	79/23	45	5	CS	SCID

PTSS = posttraumatische stressstoornis

HIV = humaan immunodeficiëntievirus

TIA = transient ischaemic attack

CC = patiënt-controleonderzoek (case control study)

CS = cross-sectioneel onderzoek

PC = prospectief cohortonderzoek

SCID = Structured Clinical Interview for DSM-IV

PCL-C = PTSD Checklist-Civilian Version

PTSD-I = Posttraumatic Stress Disorder-Interview

PTSD-T = Posttraumatic Stress Disorder Related to the transplant experience

DIS = Diagnostic interview schedule version DSM-III-R

CAPS = Clinical Administered PTSD Scale

ria. Zestien van deze onderzoeken hadden een cross-sectionele opzet (CS), 2 hadden een patiënt-controleopzet (case-control, CC) en ten slotte was er 1 prospectief cohortonderzoek (PC). In de geselecteerde onderzoeken zijn 13 verschillende ziektebeelden en/of behandelingen onderzocht op de prevalentie van aansluitende PTSS; bij alle was er sprake van het A-criterium voor de diagnose PTSS. De meeste onderzoeken zijn uitgevoerd bij kankerpatiënten. De vrouw-manverdeling van alle onderzochte individuen is 3:2.

In tabel 1 zijn de karakteristieken van de geselecteerde onderzoeken te vinden.

Het meest frequent ontstond PTSS na het ontwaken uit narcose (56,3%), het minst frequent tijdens ambulante behandeling of rehabilitatie van kanker (1,5%). Ten gevolge van myocardinfarct ontstond geen volledige, maar een partiële PTSS (5,5%) (Van Driel & Op den Velde 1995). Volgens de DSM-IV betekent partiële PTSS dat er wel een aantal A-criteria van PTSS aanwezig zijn, maar niet alle. PTSS ten gevolge van een doodgeboren kind is methodologisch het best onderzocht; hierbij vindt men een prevalentie van 20%.

Hoe ernstiger het ziektebeeld, des te hoger de prevalentie van PTSS. Als bijvoorbeeld bij borstkanker een beenmergtransplantatie nodig is, ontstaat bij 27% van de patiënten een PTSS, in geval van een conventionele klinische behandeling bij 25%, en tijdens rehabilitatie of ambulante behandeling bij 1,5% (Härter e.a. 2001; Mundy e.a. 2000).

DISCUSSIE

In de bestudeerde onderzoeken varieert de prevalentie van PTSS ten gevolge van somatische ziekten of de behandeling daarvan van 0-53%, afhankelijk van het ziektebeeld. De prevalentiecijfers verschillen per onderzoek, ook al zijn deze bij dezelfde somatische ziekte onderzocht. De selectie van de te onderzoeken groep lijkt zeker zo belangrijk. Alle onderzoeken hebben kleine groepen en deze lijken niet methodologisch geselecteerd. Kennelijk zijn ook andere factoren van invloed dan alleen de aard van de somatische ziekte.

PTSS gaat in het algemeen vaak samen met comorbide psychiatrische stoornissen (Kessler e.a. 1995). Dit geldt eveneens voor PTSS ten gevolge van somatische ziekten of de behandeling daarvan (Dew e.a. 1996; Dew e.a. 2001; Stukas e.a. 1999). Overigens moet men zich realiseren dat, onafhankelijk van eventueel optredende PTSS en comorbide psychiatrische beelden, ernstige somatische ziekten en hun behandeling altijd een grote psychische belasting veroorzaken, vooral ten gevolge van angst. Alleen al hierdoor worden de levenslust en het algemene functioneren negatief beïnvloed.

Daarnaast zijn bij patiënten met PTSS verschillende fysiologische, immunologische, metabole en neurobiologische veranderingen gevonden die zelf een risicofactor vormen voor somatische ziekten. Deze biologische factoren zijn gedeeltelijk te verklaren vanuit de invloed van chronische stress, maar vaak ook is er geen verklaring voor. Zo zijn bij patiënten met PTSS – vergeleken met een controlegroep – een neurosympatische hyperactiviteit, een verhoogde hartfrequentie, een verhoogde diastolische bloeddruk en verhoogde waarden van serumcholesterol, LDL en triglyceriden, en verlaagde serumwaarden van HDL gevonden (Buckley & Kaloupek 2001; Kagan e.a. 1999). Deze condities vormen risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Bij patiënten met PTSS zijn ook verhoogde serumwaarden van interleukine-1 (IL-1), interleukine-6 (IL-6), soluble IL-2-receptor (SIL-2R) en verlaagde serumwaarden van interferon-gamma en interleukine-4 (IL-4) gevonden (Kawamura e.a. 2001; Maes e.a. 1999; Spivak e.a. 1997). Dergelijke immunologische veranderingen kunnen ontstekingsprocessen beïnvloeden. Wondgenezing kan door chronische psychologische stress worden vertraagd (Cole-King & Harding 2001).

Een andere mogelijke consequentie van PTSS na een somatische ziekte is dat patiënten sociaal minder functioneren en minder levenslust hebben (Amir & Ramati 2002; Stoll e.a. 2000).

Bij meer dan de helft van de in de hier geïncludeerde artikelen bestudeerde ziektebeelden of behandelingen betreft het uitsluitend vrouwen. Het gaat met name om chronische ziektebeelden

en ziektebeelden of behandelingen die ingrijpende veranderingen in het leven van patiënten veroorzaken. Naarmate somatische ziekten of de behandelingen daarvan ernstiger of levensbedreigender zijn, is de kans op PTSS groter. Bij vrouwen met borstkanker is de prevalentie van PTSS 10,5-25%, en bij vrouwen na een beenmergtransplantatie voor borstkanker 12-27%.

CONCLUSIE

De laatste jaren is er veel onderzoek gedaan naar prevalentie en consequenties van PTSS ten gevolge van somatische ziekten of de behandeling daarvan. Een deel van deze onderzoeken maakt ons attent op een ten opzichte van de algemene bevolking flink verhoogde prevalentie van PTSS. Niet alleen door psychische belasting, maar ook door bijbehorende biologische veranderingen kan PTSS het beloop van somatische ziekten negatief beïnvloeden. PTSS kan er bovendien de oorzaak van zijn dat patiënten een somatische behandeling vermijden. Het is daarom van belang PTSS bij patiënten met somatische ziekten of de behandeling daarvan vroegtijdig te herkennen en te behandelen.

LITERATUUR

- Alter, C.L., Pelcovitz, D., Axelrod, A., e.a. (1996). Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*, 37, 137-143.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Amir, M., & Ramati, A. (2002). Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 191-206.
- Andrykowski, M.A., Cordova, M.J., Studts, J.L., e.a. (1998). Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: prevalence of diagnosis and use of the PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) as a screening instrument. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 586-590.
- Berry, E. (1998). Posttraumatic stress disorder after subarachnoid haemorrhage. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 365-367.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., e.a. (1998). Trauma and post-traumatic stress disorder in the community. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Buckley, T.C., & Kaloupek, D.G. (2001). A meta-analytic examination of basal cardiovascular activity in posttraumatic stress disorder. *Psychosomatic Medicine*, 63, 585-594.
- Cole-King, A., & Harding, K.G. (2001). Psychological factors and delayed healing in chronic wounds. *Psychosomatic Medicine*, 63, 216-220.
- Dew, M.A., Kormos, R.L., DiMartini, A.F., e.a. (2001). Prevalence and risk of depression and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics*, 42, 300-313.
- Dew, M.A., Roth, L.H., Schulberg, H.C., e.a. (1996). Prevalence and predictors of depression and anxiety-related disorders during the year after heart transplantation. *General Hospital Psychiatry*, 18(Suppl. 6), 48-61.
- Driel, R.C. van, & Op den Velde, W. (1995). Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 151-159.
- Green, B.L., Rowland, J.H., Krupnick, J.L., e.a. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 39, 102-111.
- Härter, M., Reuter, K., Aschenbrenner, A., e.a. (2001). Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *European Journal of Cancer*, 37, 1385-1393.
- Hidalgo, R.B., & Davidson, J.R. (2000). Posttraumatic stress disorder: epidemiology and health-related considerations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl. 7), 5-13.
- Hobbie, W.L., Stuber, M., Meeske, K., e.a. (2000). Symptoms of post-traumatic stress in young adult survivors of childhood cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 4060-4066.
- Kagan, B.L., Leskin, G., Wilkins, J., Foy, D. (1999). Elevated lipid levels in vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 45, 374-377.
- Kawamura, N., Kim, Y., & Asukai, N. (2001). Suppression of cellular immunity in men with a post history of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 484-486.
- Kelly, B., Raphael, B., Judd, F., e.a. (1998). Posttraumatic stress disorder in response to HIV infection. *General Hospital Psychiatry*, 20, 345-352.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., e.a. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

- Kollner, V., Schade, I., Maulhardt, T., e.a. (2002). Posttraumatic stress disorder and quality of life after heart or lung transplantation. *Transplantation Proceedings*, 34, 2192-2193.
- Maes, M., Lin, A.H., Delmeire, L., e.a. (1999). Elevated serum interleukin-6 (IL-6) and IL-6 receptor concentrations in posttraumatic stress disorder following accidental man-made traumatic events. *Biological Psychiatry*, 45, 833-839.
- Mundy, E.A., Blanchard, E.B., Cirenza, E., e.a. (2000). Posttraumatic stress disorder in breast cancer patients following autologous bone marrow transplantation or conventional cancer treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1015-1027.
- O'Carroll, R.E., Masterton, G., Gooday, R., e.a. (1999). Variceal hemorrhage and post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 203-208.
- Osterman, J.E., Hopper, J., Heran, W.J., e.a. (2001). Awareness under anesthesia and the development of posttraumatic stress disorder. *General Hospital Psychiatry*, 23, 198-204.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., e.a. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.
- Ricart, F., Cohen, M.A., Alfonso, C.A., e.a. (2002). Understanding the psychodynamics of non-adherence to medical treatment in persons with hiv infection. *General Hospital Psychiatry*, 24, 176-180.
- Rothenhausler, H.B., Ehrentraut, S., Kapfhammer, H.P., e.a. (2002). Psychiatric and psychosocial outcome of orthotopic liver transplantation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 285-297.
- Sembi, S., Tarrier, N., O'Neill, P., e.a. (1998). Does post-traumatic stress disorder occur after stroke: a preliminary study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 315-322.
- Shemesh, E., Rudnick, A., Kaluski, E., e.a. (2001). A prospective study of posttraumatic stress symptoms and nonadherence in survivors of a myocardial infarction (MI). *General Hospital Psychiatry*, 23, 215-222.
- Spivak, B., Shohat, B., Mester, R., e.a. (1997). Elevated levels of serum interleukin-1 in combat-related posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 42, 345-348.
- Stein, M.B., Jang, K.L., Taylor, S., e.a. (2002). Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder: a twin study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1675-1681.
- Stoll, C., Schelling, G., Goetz, A.E., e.a. (2000). Health-related quality life and post-traumatic stress disorder in patients after cardiac surgery and intensive care treatment. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 120, 505-512.
- Stukas, A.A., Jr., Dew, M.A., Switzer, G.E., e.a. (1999). PTSD in heart transplant recipients and their primary family caregivers. *Psychosomatics*, 40, 212-221.
- Turton, P., Hughes, P., Evans, C.D., e.a. (2001). Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *British Journal of Psychiatry*, 178, 556-560.
- Widows, M.R., Jacobsen, P.B., & Fields, K.K. (2000). Relation of psychological vulnerability factors to posttraumatic stress disorder symptomatology in bone marrow transplant recipients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 873-82.

AUTEURS

Y. GÜZELCAN is psychiater bij GGz-'s-Hertogenbosch te 's-Hertogenbosch en onderzoeker bij Universiteit van Amsterdam, afdeling Psychiatrie AMC/de Meren, Amsterdam.

W.F. SCHOLTE is psychiater en werkzaam bij de Universiteit van Amsterdam, afdeling Psychiatrie AMC/de Meren te Amsterdam.

M. OLFF is psycholoog en werkzaam bij de Universiteit van Amsterdam, afdeling Psychiatrie AMC/de Meren te Amsterdam.

B.P.R. GERSONS is psychiater en als hoogleraar verbonden aan de Universiteit van Amsterdam, afdeling Psychiatrie AMC/de Meren te Amsterdam.

Correspondentieadres: Y. Güzelcan, GGz-'s-Hertogenbosch, afdeling acute psychiatrie, Postbus 70058, 5201 DZ 's-Hertogenbosch. Tel.: (073) 658 6816. Fax: (073) 6991623.

E-mail: y.guzelcan@ggzshertogenbosch.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-12-2003.

SUMMARY

Posttraumatic stress disorder following physical illnesses or their treatment. A survey – Y. Güzelcan, W.F. Scholte, M. Olf, B.P.R. Gersons –

BACKGROUND In the last few years there has been increasing support for the hypothesis that posttraumatic stress disorder commonly occurs as a result of physical illnesses or their treatment.

AIM To investigate the evidence for the assumption that posttraumatic stress disorder often results from psychical illnesses or their treatment, which physical illnesses or their respective treatments resulted in the development of posttraumatic stress disorder, and the prevalence of this kind of posttraumatic stress disorder.

METHOD We identified and studied the relevant literature by searching Medline (from 1960 to August 2003) and EMBASE (1980 to August 2003). We based our search on the key words 'posttraumatic stress disorder' combined with 'treatment', 'neoplasms', 'prevalence', 'infection', 'transplantation', 'HIV' and 'pregnancy'. We also reviewed some additional publications included in the bibliographic references of the articles we located.

RESULTS Of the articles we studied, 19 satisfied our selection criteria. These studies described the traumatic effects of thirteen different physical illnesses and their treatment. Most of the studies concerned cancer patients. Posttraumatic stress disorder following still birth was the topic that was investigated the most methodically. Here the prevalence was found to be 20%.

CONCLUSION Physical illnesses and their treatment increase a person's chance of developing posttraumatic stress disorder. Early recognition and treatment of this posttraumatic stress disorder can favourably influence the course of the physical illness and improve the patient's quality of life.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)9, 601-607]

KEY WORDS physical illness, posttraumatic stress disorder, prevalence, treatment

