

## Focus

# Een korte screeningstest voor de diagnose posttraumatische stress-stoornis

*door I. V.E. Carlier, J.J. van Uchelen, R.D. Lamberts en  
B.P.R. Gersons*

### **Samenvatting**

In deze studie worden de psychometrische eigenschappen onderzocht van een korte screeningstest voor de posttraumatische stress-stoornis, de zogenaamde PTSS-zelfscoring (PTSS-ZS). De PTSS-ZS kan worden beschouwd als een goede alternatief voor het Gestructureerd Interview voor PTSS (GI-PTSS) en is te gebruiken in een onderzoeksetting of voor een snelle klinische indruk van posttraumatische stress bij patiënten.

### **Inleiding**

Sinds de posttraumatische stress-stoornis (PTSS) is opgenomen in de DSM-III (American Psychiatric Association 1980), heeft het onderzoek naar de ontwikkeling van meetinstrumenten van deze stoornis aanzienlijke vooruitgang geboekt (Gerardi e.a. 1989; Gersons en Carlier 1992). Een gestructureerd klinisch interview kan worden beschouwd als de 'gouden standaard' voor de diagnose PTSS (Gerardi e.a. 1989). Het voornaamste bezwaar tegen klinische interviews is dat ze veel tijd vergen. Daarom zijn beknopte diagnostische instrumenten als zelfrapportage-lijsten aantrekkelijk (Blake e.a. 1995). De 'Impact of Events Scale' (IES; Horowitz e.a. 1979), in het Nederlands vertaald als de Schokverwerkingslijst (SVL), is vermoedelijk het meest gebruikte zelfrapportage-instrument, maar tegelijkertijd het minst bevestigende. De IES kent geen toetsing van alle specifieke symptomen van de PTSS en kan derhalve de stoornis als zodanig niet vaststellen (Foa e.a. 1993).

Het hier gepresenteerde onderzoek bestudeert de psychometrische eigenschappen van een korte screeningstest, de zogenaamde PTSS-zelfscoring (PTSS-ZS), waarbij het gestructureerde diagnostische interview (GI-PTSS) als referentietest werd gebruikt. Het GI-PTSS is een vertaling en bewerking van het Structured Interview for PTSD (SI-PTSD, Davidson e.a. 1989). Het GI-PTSS maakt het mogelijk om onderscheid te maken tussen symptomen die verband houden met het onderzochte

trauma en symptomen die door een ander trauma worden veroorzaakt, zowel vanuit het huidige als 'life-time'-perspectief (zie ook Gerardi e.a. 1989). Gedurende een vijftal jaren heeft onze onderzoeksgroep ervaring opgedaan met de afname van het GI-PTSS. In een recente evaluatie van beschikbare PTSS-interviews concluderen Blake e.a. (1995) dat het GI-PTSS een goede betrouwbaarheid en validiteit bezit (zie ook Watson 1990). Ook werd er een goede overeenstemming vastgesteld met de diagnose volgens de SCID. Het GI-PTSS kan na voldoende training ook worden afgenomen door leken (Blake e.a. 1995).

Bij de beschrijving van de resultaten beperken we ons hier tot de inhoudsvaliditeit van de PTSS-ZS (interne consistentie) en de convergerende validiteit van dit instrument tegenover de GI-PTSS (correlaties, sensitiviteit en specificiteit).

## **Methode**

*Onderzoeksgroep en procedure* – De onderzochte personen waren 136 getroffen van de Bijlmerramp (78 mannen en 58 vrouwen; gemiddelde leeftijd 35 jaar met een bereik van 18-86 jaar en SD = 12,6).

Op zondagavond 4 oktober 1992 boorde een Boeing vrachtvliegtuig zich stuurloos en brandend in de appartementen van twee flatgebouwen in de Amsterdamse Bijlmermeer. De ramp heeft het leven gekost aan 43 mensen, onder wie de vier inzittenden van het vliegtuig. Een grote groep bewoners moest worden geëvacueerd, omdat hun woning bij de ramp in de as was gelegd of anderszins onbewoonbaar was geworden.

In verband met de voorbereiding van het onderzoek werd het eerste meetmoment ongeveer een halfjaar na de ramp uitgevoerd met behulp van de PTSS-ZS. Het was op dat tijdsip niet mogelijk om tevens het GI-PTSS af te nemen, daar de onderzoekstijd zo kort mogelijk moest worden gehouden om de getroffen te ontzien. Het tweede meetmoment vond plaats zeseneuhalf maand na de ramp, dus een paar weken later, aan de hand van het GI-PTSS. Bij beide meetmomenten werden de respondenten thuis opgezocht door een getrainde onderzoeksmedewerker (zie ook Carlier en Gersons 1995; Gersons en Carlier 1993).

## **Meetinstrumenten**

*Gestructureerd interview voor PTSS (GI-PTSS)* – Het gestructureerde interview voor PTSS (Davidson e.a. 1989) onderzoekt de aanwezigheid en de intensiteit van de 17 DSM-III-R diagnostische symptomen voor PTSS. De intensiteit van ieder item in het interview is in ons onderzoek gemeten over een periode van de afgelopen vier weken, en is door de interviewer als volgt gewaardeerd: 0 = helemaal niet, 1 = een beetje/één keer/minder dan vier keer, 2 = heel erg/bijna constant/vier of meer keer. In overeenstemming met de DSM-III-R (op het moment van het

onderzoek was de DSM-IV nog niet ingevoerd) zijn de items van het interview gegroepeerd naar symptomen van herbeleven, vermijden en hyperactivatie. De diagnose PTSS wordt gesteld wanneer personen die één maand of langer voor het meetmoment waren getraumatiseerd, ten minste één symptoom van herbeleven, drie symptomen van vermijden en twee van hyperactivatie scoorden. Een symptoom werd als aanwezig beschouwd als het corresponderende item 1 of meer scoorde en in sommige gevallen 2 of meer (Davidson e.a. 1989). De afdruk van het IIL-PTSS duurt gemiddeld één tot anderhalf uur.

*De PTSS-zelfscoring (PTSS-ZS)* – Het zelfscoringsinstrument onderzoekt net als het gestructureerde interview de aanwezigheid en de intensiteit van de 17 DSM-III-R diagnostische symptomen voor PTSS. De scoring van de PTSS-ZS is gelijk aan die van het interview. Gemiddeld duurt het invullen van de PTSS-ZS ongeveer 10 tot 15 minuten.

## Resultaten en discussie

*Interne consistentie en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid* – Voor de 17 afzonderlijke items waaruit de PTSS-ZS bestaat, werd een Cronbach's alpha verkregen van .96, hetgeen acceptabel is. De symptoomgroepen vertoonden eveneens een goede interne consistentie: voor herbeleven werd een alpha geconstateerd van .88; voor vermijden een alpha van .88, en ten slotte voor hyperactivatie een alpha van .93. De item-total score mean correlation bedroeg .51, hetgeen eveneens acceptabel is (bereik van .18 tot .80; Keane <sup>1</sup>993).

Voor de 17 afzonderlijke items waaruit het GI-PTSS bestaat, werd een eveneens acceptabele Cronbach's alpha verkregen van .93. De symptoomgroepen waren hiermee in overeenstemming: voor herbeleven werd een alpha geconstateerd van .79; voor vermijden een alpha van .85, en ten slotte voor hyperactivatie een alpha van .87. De item-total score mean correlation bedroeg een acceptabele .44 (bereik van .07 tot .79; Keane <sup>1</sup>993).

De gegevens werden per meetinstrument nog eens gescoord door twee onafhankelijke beoordelaars (G.W.; R.H.) die 'blind' waren voor elkanders materiaal. Voor de PTSS-ZS was Cohen's Kappa .98; voor het GI-PTSS .88.

*Vergelijking tussen de PTSS-ZS en het GI-PTSS* – Op het eerste gezicht worden relatief meer symptomen gerapporteerd volgens de PTSS-ZS in vergelijking met het GI-PTSS (vergelijk Davidson en Foa <sup>1993</sup>, tabel op te vragen bij de eerste auteur). Er zijn vijf symptomen waarbij het GI-PTSS echter hoger scoorde dan de PTSS-ZS (vergelijk Foa e.a. <sup>1</sup>993): het vermijden van plaatsen en activiteiten, geringere betrokkenheid bij anderen, afgestompt gevoel, prikkelbaarheid en met name overmatig

waakzaam zijn. De verschillen tussen de PTSS-ZS en het GI-PTSS waren statistisch significant (paired t-test,  $p < .05$ ).

Vervolgens bleek uit de resultaten dat 82% van de respondenten met de PTSS-ZS en het GI-PTSS dezelfde score had. Voor 136 getroffen personen werden Pearson correlatiecoëfficiënten tussen de scores van de PTSS-ZS en het GI-PTSS berekend. De correlatie voor het totale aantal PTSS-symptomen was  $r(136) = .89, p < .001$ . De correlaties tussen de scores op de verschillende symptoogroepen van de PTSS-ZS en die van het GI-PTSS waren als volgt: herbeleven [ $r(136) = .72, p < .001$ ]; vermijden [ $r(136) = .72, p < .001$ ]; en hyperactivatie [ $r(136) = .85, p < .001$ ]. In totaal had 26% van de respondenten PTSS volgens het GI-PTSS, en 37% had PTSS volgens de PTSS-ZS.

*Sensitiviteit en specificiteit* – De sensitiviteit van een test geeft aan welk percentage van de personen met een bepaalde ziekte door de test (terecht) als ziek geïdentificeerd wordt. De specificiteit van een test geeft aan welk percentage van een groep personen zonder de ziekte die men met behulp van de test wil opsporen, (terecht) als niet-ziek geïdentificeerd wordt (Bouter en Van Dongen 1991: 262).

Na berekening van de sensitiviteit en de specificiteit (met correctie voor de prevalentie van PTSS in de onderzoekspopulatie) werden de volgende gegevens gevonden (Gerardi e.a. 1989; Yerushalmy 1947; Baldessarini e.a. 1983). De sensitiviteit (Se) van de PTSS-ZS bedroeg 86%. Dat betekent dat 86% van de respondenten die volgens de PTSS-ZS een PTSS-diagnose hebben, terecht als zodanig is geïdentificeerd.

De specificiteit (Sp) bedroeg 80%. Dat betekent dat 80% van de respondenten die volgens de PTSS-ZS geen PTSS hebben, terecht ook niet als zodanig aan de hand van het GI-PTSS is geïdentificeerd.

In totaal werd 80% van de respondenten juist geïdentificeerd (dit is een maat voor de nauwkeurigheid van de test; Bouter en Van Dongen 1991: 263).

## **Conclusie**

Over het geheel genomen zijn de psychometrische eigenschappen van de PTSS-ZS bevredigend te noemen. Vergeleken met het GI-PTSS is de PTSS-ZS aanmerkelijk sneller, gemakkelijker en minder belastend en kan ze in een eerder stadium van het beloop van posttraumatische stress worden toegepast. Suggesties voor verder onderzoek zijn de test-hertestbetrouwbaarheid van de PTSS-ZS en de psychometrische eigenschappen van de PTSS-ZS bij andere traumagroepen.

Belangstellenden voor de PTSS-ZS, het GI-PTSS of de literatuurlijst kunnen contact opnemen met de eerste auteur.

Het hier gepresenteerde onderzoek werd ondersteund door subsidies van het Preventiefonds, het ministerie van Binnenlandse Zaken, het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid, de gemeente Amsterdam, en de Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.

### Literatuur

- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed)*. Washington.
- Baldessarini, R.J., S. Finkelstein en G.W. Arana (1983), The predictive power of diagnostic tests and the effect of prevalence of illness. *Archives of General Psychiatry*, 40, 5<sup>6</sup> 9-573.
- Blake, D.D., F.W. Weathers, L.M. Nagy e.a. (1995), The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Bouter, L.M., en M.O J.M. van Dongen (1991), *Epidemiologisch onderzoek, opzet en interpretatie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten /Antwerpen.
- Carlier, I.V.E., en B.P.R. Gersons (1995), De korte termijn gevolgen van de Bijlmermeramp. *Tijdschrift De Psycholoog*, Themanummer 'Slachtoffers', 30, 172-176.
- Davidson, J.R.T., en E.B. Foa (red.) (1993), *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*. American Psychiatric Press, Inc., Washington DC.
- Davidson, J.R.T., R. Smith en H.S. Kudler (1989), The validity and reliability of the DSM-III criteria for post-traumatic stress disorder: Experiences with a structured interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1<sup>77</sup>, 336-341.
- Foa, E.B., D.S. Riggs, V. Dancu e.a. (1993), Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Gerardi, R., T.M. Keane en W. Penk (1989), Sensitivity and specificity in developing diagnostic tests of combat-related post-traumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Clinical Psychology*, 45, 691-703.
- Gersons, B.P.R., en I.V.E. Carlier (1992), Post-traumatic stress disorder: The history of a recent concept. *The British Journal of Psychiatry*, 161, 74<sup>2</sup>-74<sup>8</sup>.
- Gersons, B.P.R., en I.V.E. Carlier (1993), Plane crash crisis- intervention: A preliminary report from the Bijlmermeer, Amsterdam. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 14, 1<sup>0</sup> 43-1<sup>0</sup> 55.
- Horowitz, M.J., N. Wilner en W. Alvarez (1979), Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Keane, T.M. (1993), Symptomatology of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. In: J.R.T. Davidson en E.B. Foa (red.), *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*. American Psychiatric Press, Inc., Washington DC, p. 99-1<sup>1</sup> 1.
- Watson, C.G. (1990), Psychometric Posttraumatic stress disorder Measurement techniques: A review. *Psychological Assessment (A Journal of Consulting and Clinical Psychology)*, 2 (4), 460-469.
- Yerushalmy, J. (1947), Statistical problems in assessing methods of medical diagnoses, with special reference to X-ray techniques. *Public Health Reports*, 62, 1432-1449.

**Summary: A brief screening test for the diagnosis  
posttraumatic stress disorder**

The present study examines the psychometric properties of a brief diagnostic instrument for the posttraumatic stress disorder, called the Self Rating Scale for PTSD (SRS-PTSD). The SRS-PTSD can be regarded as a good alternative for the Structured Interview for PTSD (SI-PTSD), especially at sites with limited clinical resources.

De volgende auteurs zijn werkzaam bij het Academisch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdam, vakgroep Psychiatrie: drs. Regina Lamberts als onderzoeker, prof. dr. Berthold Gersons als hoogleraar psychiatrie en hoofd van de vakgroep, en dr. Ingrid Carlier als leider van de Psychotraumagroep. Drs. Annephine van Uchelen was ten tijde van het onderzoek als onderzoeker werkzaam bij de vakgroep Psychiatrie. Correspondentieadres: I. Carlier, Academisch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdam, Vakgroep Psychiatrie, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op **22-1-1996**.