

TSCYC

Vragenlijst over traumasymptomen bij jonge kinderen



John Briere

Nederlandse bewerking door Bas Tierolf
en Francien Lamers-Winkelman

Inhoudsopgave

1	Traumasympptomen	5
1.1	Traumatische ervaringen bij kinderen	5
1.2	Het meten van traumasymptomen bij (jonge) kinderen	6
2	Beschrijving van de TSCYC	9
2.1	Meetpretentie	9
2.2	Doelgroep	12
3	Afname en scoring	13
3.1	Afname van de vragenlijst	13
3.2	Berekenen van de ruwe scores	14
3.3	Bepalen van de genormeerde scores	15
3.4	Invullen van het profiel	16
3.5	Afname van de digitale versie	17
4	Interpretatie	19
4.1	T-scores en percentielscores	19
4.2	Interpretatie van de schaalscores	19
4.3	Vaststellen van een PTSS-diagnose	22
4.4	Voorbeeldcasussen	24
5	Psychometrische eigenschappen	33
5.1	Ontwikkeling van de TSCYC	33
5.2	Normering	34
5.3	Betrouwbaarheid	37
5.4	Validiteit	41
	Literatuur	47
	Over de auteurs	51
	Bijlage A Nederlandse populatienormen (2013), informanten: ouders	53

1 Traumasymptomen

1.1 Traumatische ervaringen bij kinderen

De grote mate waarin misbruik en andere vormen van traumatische gebeurtenissen bij kinderen voorkomen, maakt dat er sterke behoefte is aan een psychologisch instrument dat traumasymptomen in kaart brengt. Belangrijke oorzaken van trauma's zijn: a) kindermishandeling, b) seksueel misbruik, c) getuige zijn van huiselijk geweld, d) fysiek of seksueel geweld door leeftijdsgenoten, e) geweld op school of in de omgeving, f) ongelukken met motorvoertuigen, g) natuurrampen, h) levensbedreigende ziektes of ingrijpende medische behandelingen, i) oorlog, j) ervaringen als vluchteling, k) terroristische aanslagen en l) minder overwelddigende (maar desondanks traumatische) levenservaringen als een scheiding, alcoholisme bij een van de ouders of (psychische) ziekte van een familielid.

Interpersoonlijk geweld komt vaak voor en is meestal een traumatische ervaring. Een aantal grote onderzoeken laat zien dat kinderen en jongeren relatief veel kans hebben om het slachtoffer te worden van een vorm van interpersoonlijk geweld, met name in grote steden (Brounstein, Hatry, Altschuler & Blair, 1989; Lünemann & Verwijs, 2012). Singer, Anglin, Song en Lunghofer (1995) ondervroegen 3.735 leerlingen van zes geografisch en economisch verschillende middelbare scholen in Ohio en Colorado. Voor alle scholen samen gaf 12 tot 17 procent van de vrouwelijke leerlingen aan dat ze het afgelopen jaar minstens één keer tegen hun zin waren aangezet tot een seksuele handeling. Van de mannelijke jongeren gaf 3 tot 33 procent aan te zijn beschoten of neergeschoten en verklaarde 6 tot 16 procent te zijn aangevallen of neergestoken met een mes. Deze uitkomsten komen overeen met de uitkomsten van andere grote onderzoeken bij kinderen uit een algemene populatie. Zo vonden Boney-McCoy en Finkelhor (1995) dat ongeveer een derde van de kinderen tussen de 10 en 16 jaar oud minstens één keer fysiek of seksueel was belaagd. Tjaden en Thoennes (2000) vonden in een retrospectief onderzoek zelfs nog hogere aantallen: ongeveer 9 procent van de vrouwen en 2 procent van de mannen in de algemene populatie gaf aan als kind of adolescent te zijn verkracht door een volwassene of leeftijdsgenoot. Daarnaast verklaarde 40 procent van de vrouwen en 54 procent van de mannen het slachtoffer te zijn geweest van fysiek geweld door een verzorger. Ook grootschalige onderzoeken in Nederland laten soortgelijke cijfers zien. Uit de Nationale Prevalentiestudie Mishandeling (Alink et al., 2011) blijkt dat 10 procent van de jongeren een vorm van kindermishandeling heeft ondergaan in 2010. Een combinatie van fysiek geweld en psychologische agressie bleek het meest voor te komen; seksueel misbruik in het gezin het minst.

De blootstelling van kinderen aan negatieve levenservaringen heeft diverse effecten op de geestelijke gezondheid tot gevolg: een laag zelfvertrouwen en diverse cognitieve problemen (Hurt, Malmud, Brodsky, & Giannetta, 2001; Ryan et al., 2000), angst en depressie (Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1996; Hurt et al., 2001; Lanktree, Briere, & Zaidi, 1991; McDermott & Palmer, 2002), posttraumatische stress en dissociatie (Elliott & Briere, 1994; McLeer et al., 1998; Singer et al., 1995; Stuber, Shemesh, & Saxe, 2003), oppositioneel/probleemgedrag of gedragsstoornissen (Ford, 2002; Guterman, Cameron, & Hahm, 2003), somatisatie of psychosomatische problematiek (Abdalla & Elklit, 2001; Darves-Bornoz et al., 1998), suïcidaal en zelfmutilerend gedrag (Finzi et al., 2001; Johnson et al., 2002), boosheid en agressie (Flannery, Singer, & Wester, 2001; Kolbo, Blakely, & Engleman, 1996; Singer et al. 1995) en -met name in het geval van seksueel misbruik- seksgerelateerde problematiek en seksueel gedrag dat ongepast is bij de leeftijd (Friedrich, 1994; Friedrich et al., 2001; Hall, Matthews, & Pearce, 2002).

1.2 Het meten van traumasymptomen bij (jonge) kinderen

Gezien het grote aantal kinderen dat in onze maatschappij slachtoffer wordt van enige vorm van geweld en de vele negatieve psychologische gevolgen daarvan, is het van groot belang om traumagerelateerde problemen bij kinderen vast te kunnen stellen. Hoewel er een aantal algemene symptoomvragenlijsten voor kinderen bestaat (o.a. de *Child Behavior Checklist*, Achenbach, 1991; de *Behavior Assessment System for Children*, Reynolds & Kamphaus, 1992), zijn er nauwelijks specifieke vragenlijsten over traumasymptomen bij kinderen beschikbaar. Als gevolg hiervan zijn diverse ongestandaardiseerde onderzoeksinstrumenten ontwikkeld door onderzoekers die zich bezighouden met de gevolgen van traumatische gebeurtenissen bij kinderen. Dit betreft een variatie aan zelfrapportage-instrumenten, zoals de *Angie/Andy Cartoon Trauma Scale* (Praver et al., 2000), de *UCLA PTSD Index for DSM-IV* (UPID; Pynoos et al., 1998), de *Child PTSD Symptom Scale* (CPSS; Foa, Johnson, Feeney, & Treadwell, 2001), de *Child Report of Post-traumatic Symptoms* (CROPS; Greenwald & Rubin, 1999), de *Child Stress Disorders Checklist* (CSDC; Saxe et al., 2003), de *Children's Attributions and Perceptions Scale* (CAPS; Mannarino, Cohen, & Berman, 1994), de *Expectations Test* (ET; Gully, 2003), de *Kauai Recovery Inventory* (KRI; Hamada, Kameoka, Yanagida, & Chemtob, 2003), de *My Feelings About the Abuse Questionnaire* (MFAAQ; Feiring, Taska, & Lewis, 1998) en de *Sexual Abuse Fear Evaluation* (SAFE; Wolfe & Wolfe, 1986). Daarnaast zijn er diverse vragenlijsten ontwikkeld die door ouders, verzorgers of anderen kunnen worden ingevuld, zoals de *UCLA PTSD Index for DSM-IV* (UPID; Pynoos et al., 1998), de *Child Dissociative Checklist* (CDC; Putman, Helmers, & Trickett, 1993) en de *Parent Report of Post-traumatic Symptoms* (PROPS; Greenwald & Rubin, 1999). Hoewel veel van deze instrumenten goede psychometrische kwaliteiten bezitten, ontbreken helaas bij vrijwel allemaal de normgegevens die nodig zijn om de scores adequaat te kunnen interpreteren. Zonder informatie over de verdeling van de scores in de algemene populatie kan een behaalde score op een instrument echter niet als normaal of afwijkend worden beoordeeld, waardoor deze geen klinische betekenis heeft. Bovendien is het voor toepassing in de klinische praktijk noodzakelijk om van een instrument gegevens over de betrouwbaarheid en validiteit binnen klinische groepen te hebben. Aangezien dergelijke data bij de meeste onderzoeksinstrumenten ontbreken, kunnen deze niet zonder voorbehoud worden ingezet in de klinische praktijk.

In tegenstelling tot bovengenoemde verscheidenheid aan instrumenten, zijn er twee geheel gestandaardiseerde vragenlijsten over traumagerelateerde symptomen bij kinderen beschikbaar: de *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC; Briere, 1996), een zelfrapportage-instrument over traumasymptomen met meerdere schalen, en de *Child Sexual Behavior Inventory* (CSBI; Friedrich, 1998), een vragenlijst over afwijkend seksueel gedrag dat vaak gezien wordt bij slachtoffers van seksueel misbruik. De TSCC biedt een overzicht van symptoomclusters die vaak voorkomen na trauma's bij kinderen, maar heeft een minimumleeftijd van acht jaar. De reden hiervoor is dat jongere kinderen mogelijk niet voldoende cognitief ontwikkeld zijn om de betekenis van een psychologisch symptoom of mentale staat te begrijpen of de vragen over die symptomen te kunnen lezen. Hoewel de CSBI dit probleem niet heeft (deze vragenlijst wordt door de ouder of verzorger ingevuld), hebben de vragen van dit instrument alleen betrekking tot seksueel gedrag.

De minimumleeftijd van acht jaar bij de TSCC en het gebrek aan andere brede, gestandaardiseerde trauma-instrumenten voor kinderen jonger dan acht jaar is een groot probleem voor klinici die werken met getraumatiseerde kinderen. Veel van deze kinderen hebben immers de traumatische ervaring al op zeer jonge leeftijd meegemaakt (US Department of Health and Human Services, 2004). Het gevolg hiervan is dat al deze jonge kinderen die na een trauma binnenkomen in ziekenhuizen, crisiscentra of andere hulpinstellingen, niet onderzocht kunnen worden zoals oudere kinderen. Jongere kinderen kunnen onderzocht worden met behulp van de rapportage door een ouder/verzorger, of aan de hand van de antwoorden die de kinderen zelf geven op de vragen van de clinicus. Hoewel deze laatste optie nuttig kan zijn, is de kwaliteit sterk afhankelijk van de kunde en ervaring van de clinicus, gezien de subjectiviteit van klinische vragen. Bovendien zijn dergelijke vragen per definitie niet normatief, waardoor een dergelijke aanpak dan ook nauwelijks informatie geeft over de mate waarin bepaalde symptomen of gedragingen normaal of licht afwijkend zijn, of dat zelfs een klinische stoornis moet worden vastgesteld.

Gestructureerde interviews

De beperkingen van reguliere vragen van de clinicus kunnen deels ondervangen worden door gebruik te maken van gestructureerde interviews, waarbij specifieke vragen gesteld worden over verschillende trauma-gerelateerde symptomen. Dergelijke interviews worden niet beïnvloed door het taal- of leesniveau van het kind en zijn daarom ook geschikt voor jonge kinderen. Voorbeelden hiervan zijn de *Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents* (CAPS-C; Nader et al., 2004), de *Children's Posttraumatic Stress Disorder Inventory* (CPI; Saigh, 2004), de *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV - Child version* (ADIS-C; Silverman & Albano, 1996), de *Children's Impact of Event Scale - Revised* (CITES-R; Wolfe et al., 1991) en de *Diagnostic Interview for Children and Adolescents* (DICA; Jensen et al., 1995). Het gebruik van gestructureerde interviews kent echter ook diverse nadelen: a) de noodzaak van training voor degenen die het interview afnemen, b) de relatief lange afnametijd van veel interviews, c) de beperkingen van een één-op-één-test wanneer er meerdere kinderen tegelijk onderzocht moeten worden en d) het feit dat de interviews (met uitzondering van de CITES-R en de ADIS-C) alleen gericht zijn op posttraumatische stressstoornissen (PTSS), waardoor diverse andere psychologische problemen die het gevolg zijn van een trauma niet belicht worden.

Oudervragenlijsten

Vragenlijsten die door een ouder of verzorger worden ingevuld zijn nuttig, omdat het een gestandaardiseerde manier van testen is die bovendien de mogelijkheid biedt om de symptomen van een individueel kind te vergelijken met de gegevens over kinderen van hetzelfde geslacht in dezelfde leeftijdscategorie. Met uitzondering van de CSBI zijn alle bestaande vragenlijsten echter algemeen van aard, waardoor veel posttraumatische symptomen niet meegenomen worden. Net als bij vragenlijsten voor volwassenen (Briere, 2004) heeft dit tot gevolg dat de symptomen van veel getraumatiseerde kinderen niet gemeten worden, of soms zelfs verkeerd worden geïnterpreteerd.

Een mogelijk probleem van rapportage door ouders/verzorgers is de secundaire aard van deze benadering. Wanneer een clinicus zich baseert op de beoordelingen van een ouder, bestaat het risico dat de waarneming van de ouder beïnvloed wordt door zijn of haar eigen ideeën, psychopathologie, beperkt contact met het kind, of andere redenen om de symptomen van het kind sterker of zwakker weer te geven dan dat werkelijk het geval is (Briere & Elliot, 1997). Desondanks kan een ouder rapportage onder de juiste omstandigheden zeer nuttig zijn om de symptomen van jonge kinderen in kaart te brengen, zoals ook blijkt uit het wijdverbreide gebruik van de CSBI en CBCL in de Verenigde Staten. Vanwege het feit dat deze instrumenten geen symptomen meten van posttraumatische stress en problematiek die hiermee verbonden is, bleef er behoefte aan een gestandaardiseerde maat voor traumasymptomen op basis van ouder rapportages. De TSCYC is ontwikkeld om de mogelijke nadelen van bestaande ouder rapportagematen tegen te gaan. Bij de ontwikkeling van dit instrument is dan ook extra aandacht besteed aan deze drie punten: a) sensitiviteit voor traumasymptomen en gerelateerde problematiek, b) representatieve populatienormen en c) uitgebreide controle van de validiteit van de rapportage door de ouders/verzorgers.