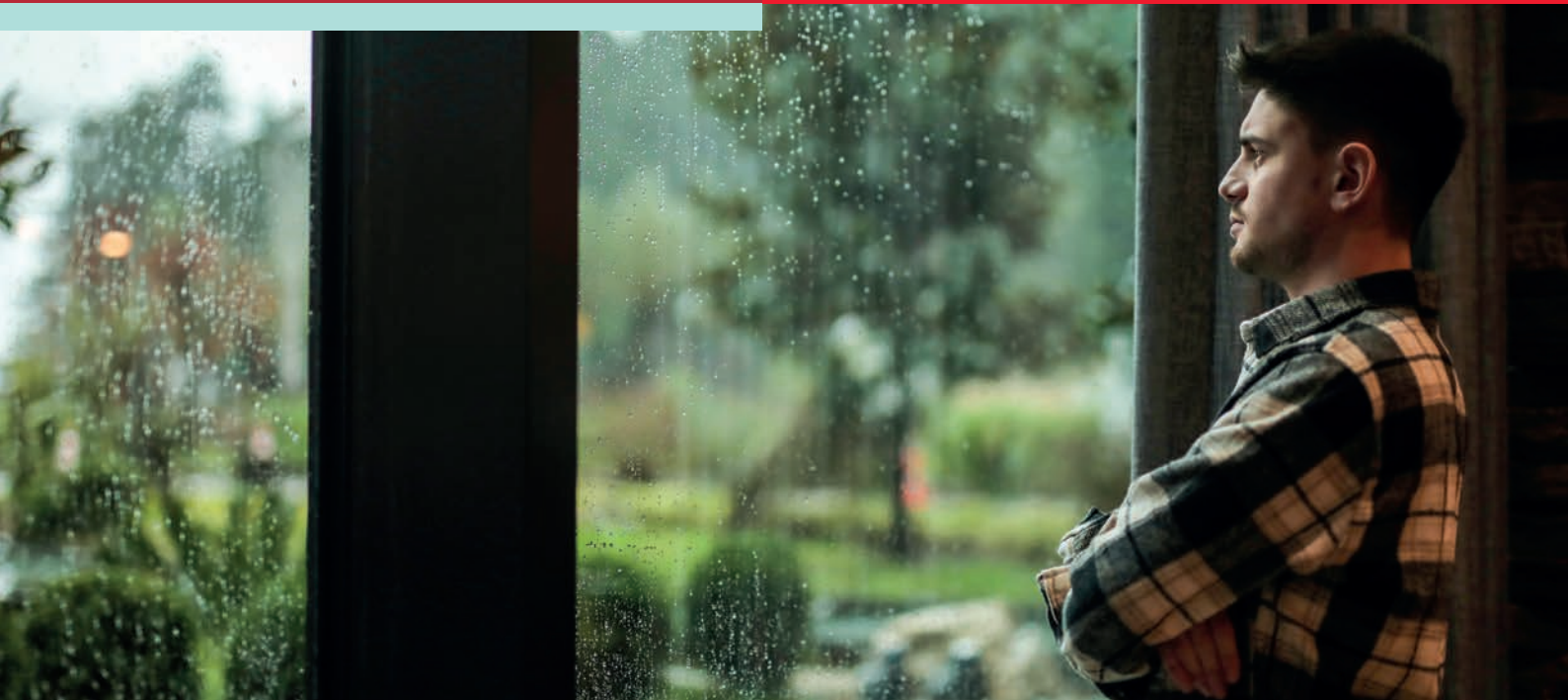


TSI-2

Vragenlijst over traumasymptomen bij volwassenen



John Briere

Nederlandse bewerking door Bas Tierolf

TSI-2

Vragenlijst over traumasymptomen
bij volwassenen

Handleiding

John Briere

Nederlandse bewerking door Bas Tierolf

Vormgeving: 11vormgeving.nl
Foto omslag: © iStock.com / Burak Sür

© 2025 Hogrefe Uitgevers B.V., Amsterdam

Alle rechten, inclusief voor "text and data mining" (TDM), training van kunstmatige intelligentie (AI), en vergelijkbare technologieën, voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Oorspronkelijke uitgave: TSI-2 Trauma Symptom Inventory™-2
© 2011 by PAR, 16204 N. Florida Ave., Lutz, FL 33549, USA.
Translated and adapted with permission of the publisher. All rights reserved.

Artikelnummer: 5707902

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Het beoordelen van de meervoudige impact van traumatische ervaringen	5
1.2	Doel en toepassing van de TSI-2	6
2	Afname en scoring	9
2.1	Materialen	9
2.2	Afname van de vragenlijst	9
2.3	Scoring en rapportage	11
2.4	Digitale afname	16
3	Interpretatie	17
3.1	Algemene overwegingen	17
3.2	Interpretatie van de scores	17
3.3	Validiteitsschalen	19
3.4	Factoren	20
3.5	Klinische schalen en subschalen	22
3.6	Effectmeting van interventies	27
3.7	Voorbeeldcasussen	27
4	Ontwikkeling	33
4.1	Oorspronkelijke Amerikaanse versie	33
4.2	Nederlandstalige bewerking	34
5	Psychometrische eigenschappen	41
5.1	Betrouwbaarheid	41
5.2	Validiteit	44
	Literatuur	63
	Bijlage	69

1 Inleiding

1.1 Het beoordelen van de meervoudige impact van traumatische ervaringen

In Nederland maakt naar schatting circa tachtig procent van de bevolking ooit in het leven een traumatische gebeurtenis mee. De prevalentie van posttraumatische stressstoornis (PTSS) in de volwassen bevolking ligt rond de zeven procent over de gehele levensloop, en ongeveer 1,3% van de volwassenen ervaart op een willekeurig moment PTSS-symptomen (Dijk & Kiernan, 2023; Volksgezondheid en Zorg (VZinfo), z.j.).

Bij specifieke groepen zoals oorlogsveteranen, overlevenden van marteling of seksueel geweld, vluchtelingen en andere personen die zijn blootgesteld aan extreem stressvolle gebeurtenissen kunnen prevalenties oplopen tot 30 á 60 procent (Breslau et al., 1991; Kessler, et al., 1995; Marshall et al., 2005; Ramchand et al., 2010; Steel et al., 2009). Naast PTSS zijn er veel andere symptomen die in verband worden gebracht met traumatische ervaringen in de kindertijd of op volwassen leeftijd. Deze omvatten onder andere:

- Stemmingsstoornissen zoals angst, depressie of woede (Gilboa-Schechtman & Foa, 2001; Heim & Nemeroff, 2001);
- Somatisatie (Dietrich, 2003; Walker et al., 1993);
- Identiteitsstoornissen (Briere & Rickards, 2007; Cole & Putnam, 1992);
- Problemen met emotieregulatie (Van der Kolk et al., 1996; Zlotnick et al., 1997);
- Onveilige gehechtheidsstijlen (Cloitre et al., 2008; Harari et al., 2007);
- Interpersoonlijke problemen (bijv. Elliott, 1994; Pietrzak et al., 2009);
- Dissociatie (bijv. Briere et al., 2005; Chu et al., 1999);
- Middelenmisbruik (bijv. Ouimette & Brown, 2003; Najavits, 2002);
- Suïcidale gedachten en gedragingen (Bebbington et al., 2009; Panagioti et al., 2009);
- Spanningsverminderende of externaliserende activiteiten zoals dwangmatig seksueel gedrag, overmatig eten, agressief gedrag en zelfbeschadigend gedrag (Briere & Gil, 1998; Zlotnick et al., 1997).

Combinaties van deze verschillende symptomen en disfunctioneel gedrag kunnen gelijktijdig voorkomen bij één persoon, vooral wanneer de trauma's vroeg, herhaald en interpersoonlijk van aard zijn, en verergerd of versterkt worden door bijkomende latere trauma's (Van der Kolk et al., 2005) of door armoede en sociale marginalisatie (Briere & Lanktree, 2008; Ford, 2008). Wanneer de symptomen bijzonder divers zijn en lijken voort te komen uit meerdere negatieve gebeurtenissen, spreken sommige klinici van complexe posttraumatische stressstoornis (CPTSS), stoornissen van extreme stress of complexe traumagerelateerde problematiek (Briere & Spinazzola, 2005; Cloitre et al., 2009; Ford, 1999; Herman, 1992; Van der Kolk et al., 2005). In andere gevallen, met name wanneer affectdisregulatie, externaliserend gedrag en relationele verstoring op de voorgrond staan, kunnen deze symptomen worden geclassificeerd binnen de DSM-5 Cluster B-persoonlijkheidsstoornissen, zoals een borderline-persoonlijkheidsstoornis of antisociale persoonlijkheidsstoornis (Ogata et al., 1990; Lobbestael & Arntz, 2010; Sansone et al., 2005).

Gezien deze brede waaier aan mogelijke symptomen is het onwaarschijnlijk dat een psychologisch onderzoek dat zich beperkt tot PTSS of één enkel symptoom of syndroom, voldoende is om een accuraat of volledig klinisch beeld te krijgen van de getraumatiseerde persoon (Courtois, 2004). Bovendien is het, gezien de vele mogelijke modererende en mediërende factoren – zoals de mate of frequentie van blootstelling aan trauma, het reeds bestaande vermogen tot affectregulatie, de relationele context en comorbide psychische symptomen

of stoornissen (Briere, 2006; Briere et al., 2008; Courtois & Ford, 2009; Herman, 1992); Van der Kolk et al., 2005) – in sommige gevallen onvoldoende om te stellen dat een bepaald trauma direct samenhangt met een specifieke klacht, zonder rekening te houden met deze factoren.

Ondanks de behoefte aan een instrument dat een breed spectrum aan traumasymptomen in kaart brengt, richten de meeste bestaande instrumenten zich op één of enkele symptomen. Hoewel deze instrumenten psychometrisch betrouwbaar en valide zijn, onderzoeken ze doorgaans niet het volledige scala aan mogelijke posttraumatische uitkomsten. Veelgebruikte instrumenten meten bijvoorbeeld PTSS (Briere, 2001; Foa, 1995), dissociatie (Armstrong, 1995; Bernstein & Putnam, 1986; Briere, 2002), gehechtheidspatronen (Pearlman, 2003), en identiteits- en relationele verstoring (Bell, 1995; Briere, 2000), evenals meer algemene psychologische tests met subschalen voor posttraumatische stress of borderline persoonlijkheidsstoornis (bijv. Butcher et al., 1989; Millon, 1994; Morey, 2007).

In deze context kan een multidimensionaal instrument, die de meeste van deze traumagerelateerde uitkomsten in kaart brengt, aanzienlijk effectiever zijn. Dit verklaart mogelijk waarom de oorspronkelijke TSI veelvuldig werd gebruikt door klinici, forensisch psychologen en onderzoekers voor het in kaart brengen van meer complexe posttraumatische symptomen (bijv. Boccaccini & Brodsky, 1999; Courtois, 2004; Elhai et al., 2005; Resick et al., 2003). De TSI-2 bouwt voort op de TSI door de bestaande schalen verder te ontwikkelen en te verfijnen, en door aanvullende schalen toe te voegen.

1.2 Doel en toepassing van de TSI-2

De *Trauma Symptom Inventory-2* (TSI-2) is een herziene versie van de *Trauma Symptom Inventory* (TSI; Briere, 1995), een veelgebruikt instrument voor het meten van traumagerelateerde symptomen en gedragingen. De TSI-2 bestaat uit 136 items en beoordeelt een breed scala aan zowel acute als chronische symptomatologie, waaronder de effecten van seksueel en fysiek geweld, partnergeweld, gevechten, marteling, verkeersongevallen, gebeurtenissen met massaslachtoffers, medisch trauma, getuige zijn van geweld of andere traumatische gebeurtenissen, en ervaringen van kindermishandeling of verwaarlozing in de jeugd. Het instrument omvat vier hoofdschalen, twaalf klinische schalen, subschalen, en twee validiteitsschalen (zie tabel 1.1). De TSI-2 kan worden ingezet om traumagerelateerde symptomen op elk moment in het leven van een persoon in kaart te brengen; het instrument koppelt symptomen niet aan één enkele stressfactor of specifiek moment in de tijd.

In tegenstelling tot veel andere vragenlijsten die zich beperken tot één symptoomcluster, maakt de TSI-2 het mogelijk om de samenhang en overlap tussen verschillende klachtengebieden te onderzoeken. Dit sluit goed aan bij de huidige richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van trauma en complexe psychische problematiek, waarin een integrale en persoonsgerichte benadering centraal staat. De TSI-2 kan worden ingezet in klinische, forensische en onderzoekssettings om behandelplannen te ondersteunen, risico's in te schatten (op suicidaliteit of middelenmisbruik) en therapie-effectiviteit te monitoren. Doordat er geen koppeling gemaakt wordt met één specifiek trauma of tijdsmoment, is de TSI-2 ook geschikt om af te nemen bij mensen met meervoudige of onduidelijk gedefinieerde traumatische ervaringen.

De multidimensionale aard van de TSI-2 betekent niet dat andere relevante psychologische tests niet gelijktijdig of in een vervolgtraject moeten worden afgenomen. Evenmin suggereert het dat de TSI-2 een competent diagnostisch interview zou moeten vervangen; eerder dient het als aanvulling daarop (Briere, 2004). In feite kan een testbatterij samen met een face-to-face interview bijzonder waardevol zijn bij het vaststellen van de uiteenlopende problemen waarmee veel trauma-overlevenden te maken hebben. Of de TSI-2 nu afzonderlijk wordt afgenomen of als onderdeel van een bredere diagnostische set, het instrument levert belangrijke en relatief unieke informatie op over de korte- en langetermijngevolgen van traumatische gebeurtenissen.

Tabel 1.1 Overzicht van de factoren, klinische schalen, subschalen en validiteitsschalen

Factoren	Klinische schalen	Subschalen
Verstoorde identiteit	Depressie	-
	Onveilige gehechtheid	Relationele vermijding Gevoeligheid voor afwijzing
	Beperkt zelfbeeld	Verminderd zelfbewustzijn Andersgerichtheid
Posttraumatische stress	Intrusieve ervaringen	-
	Defensieve vermijding	-
	Angstige alertheid	Angst Prikkelbaarheid
	Dissociatie	-
Externalisatie	Woede	-
	Spanningsverminderend gedrag	-
	Seksuele problemen	Seksuele zorgen Disfunctioneel seksueel gedrag
	Suïcidaliteit	Ideatie Suïcidaal gedrag
Somatisatie	Somatische preoccupatie	Pijn Algemeen
Validiteit	Overrapportage	
	Onderrapportage	