CLINICIAN-ADMINISTERED PTSD SCALE FOR DSM-5

AANVULLENDE INSTRUCTIES AFNAME EN SCORING

Disclaimer en Copyright: zie psychotraumadiagnostics.centrum45.nl

Uitgave: AMC, Stichting Centrum ’45 en Arq Psychotrauma Expert Groep, 2015

Inhoud

ACHTERGROND 3
VERANTWOORDING 3
ALGEMENE INSTRUCTIES BIJ DE AFNAME 4
AANVULLENDE INSTRUCTIES BIJ SPECIFIEKE ITEMS 5
CRITERIUM A 5
CRITERIUM B 5
CRITERIUM C 6
CRITERIUM D 6
CRITERIUM E 7
DISSOCIATIEVE SYMPTOMEN 7
HET SCOREN 9
ALGEMENE SCORINGSREGELS 9
MEERLEDIGE ITEMS 9
OVERLAP VAN SYMPTOMEN EN AFZONDERLIJKE ASPECTEN 9
TRAUMAGERELATEERDHEID 10
DE DRIELEDIGE SCORINGSREGEL 10
VUISTREGELS FREQUENTIE EN INTENSITEIT 10
DISSOCIATIEVE SUBTYPE 11

ACHTERGROND

De CAPS-5 is een gestructureerd interview om (symptomen van) een Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) volgens het classificatiesysteem van de DSM-5 vast te stellen. De DSM-5 criteria voor PTSS zijn als volgt:

- Blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld (criterium A)
- Minimaal 1 symptoom van Intrusieve symptomen (criterium B)
- Minimaal 1 symptoom van Persisterende vermijding van prikkels (criterium C)
- Minimaal 2 symptomen van Negatieve veranderingen in cognities en stemming (criterium D)
- Minimaal 2 symptomen van Duidelijke veranderingen in arousal en reactiviteit (criterium E)
- De duur van de stoornis is langer dan één maand (criterium F)
- Klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren, of het functioneren op andere belangrijke terreinen (criterium G)
- Niet het gevolg van fysiologische effecten van een middel (zoals medicatie, alcohol) of een somatische aandoening (criterium H) (APA, 2013)

De CAPS-5 is geschikt voor diagnostische en wetenschappelijke onderzoeksdoeleinden. De CAPS-5 genereert een diagnose PTSS gebaseerd op de formele diagnostische criteria en ernstscores voor de 20 afzonderlijke symptomen en de vier symptoomclusters (criteria B, C, D, E). Met de CAPS-5 is het ook mogelijk het subtype “PTSS met dissociatieve symptomen” vast te stellen. Van de CAPS-5 bestaan een versie over de *afgelopen maand* en een versie over de *afgelopen week*. Om de diagnose PTSS te kunnen stellen dient altijd de *afgelopen maand* versie te worden afgenomen.

Voorafgaand aan het afnemen van de CAPS-5 wordt aangeraden de traumahistorie uit te vragen met een gestandaardiseerde vragenlijst voor ingrijpende levensgebeurtenissen zoals de Life Events Checklist (LEC-5) of een ander trauma-screeningsinstrument.

De CAPS-5 bestaat uit de volgende onderdelen:

- Criterium A: Blootstelling aan trauma
- Criterium B: items 1-5
- Criterium C: items 6-7
- Criterium D: items 8-14
- Criterium E: items 15-20
- Criterium F: items 21-22
- Criterium G: items 23-25
- Globale beoordelingen: items 26-28
- Dissociatieve symptomen: items 29-30

VERANTWOORDING

De auteurs van de originele Engelstalige versie van de CAPS-5 (Weathers, Dudley, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, & Keane, 2013) hebben tot op heden alleen korte instructies beschreven voor de afname en scoring van de CAPS-5 (zie pagina’s 2-4 van de CAPS-5). De aanvullende instructies in dit document zijn opgesteld aan de hand van presentaties van Prof. Weathers en Dr. Marx (Boston University School of Medicine, National Center for PTSD), consultaties bij Dr. Bovin en Prof. Weathers en inmiddels opgedane ervaring met de CAPS-5 binnen het Psychotrauma Diagnose Centrum en Stichting Centrum ‘45. De instructies in dit document zijn bedoeld als aanvulling op de instructies in de CAPS-5 en op de CAPS-5 training (te volgen via Stichting Centrum ’45 / RINO, zie www.centrum45.nl / www.rino.nl). Deze aanvullende instructies zijn uitdrukkelijk niet bedoeld ter vervanging van een CAPS-5 training.

Heeft u opmerkingen of suggesties ten aanzien van dit document, stuur deze dan graag aan a.bakker@amc.nl of m.boeschoten@centrum45.nl.

ALGEMENE INSTRUCTIES BIJ DE AFNAME

De CAPS-5 is een gestructureerd interview. **Het is een script, dat je letterlijk moet volgen**. Het is geen semi-gestructureerd interview. Dikgedrukte vragen in het interview zijn verplicht, die tussen haakjes niet. In principe stel je alle vragen, tenzij je het antwoord op de vraag al weet. Onderstreepte woorden zijn het belangrijkst, leg daar de nadruk op, dit helpt de respondent te differentiëren tussen de verschillende symptomen.

Neem de instructies (pagina's 2-4 van de CAPS-5) voorafgaand aan het interview goed door. **Weet wat je vraagt;** de inhoud en het doel van elke vraag moet je kunnen dromen. Snap je een vraag niet, dan ben je niet klaar om een CAPS af te nemen. Je moet een aantal voorbeelden kunnen noemen van de specifieke symptomen, maar ook voorbeelden die lijken op de symptomen, maar het niet zijn. Als een respondent een antwoord geeft dat niet gaat over wat je bedoelt, moet je daar niet op doorvragen. Bijvoorbeeld je vraagt naar negatieve cognities (D2), en de respondent zegt: "Ja, ik vind dat de regering slechte dingen doet". Vraag dan niet door, want daar gaat dat item niet over. Geef voorbeelden van wat je wél bedoelt (de cursieve vragen).

De **volgorde van vragenstellen** binnen elk item kent het volgende patroon:

- Initiële vraag: definieert het symptoom
- Vraag naar voorbeelden: zodat je zeker weer dat de respondent het symptoom begrijpt en het ervaren heeft
- Intensiteit: beoordeelt de sterkte van een typische verschijning van het symptoom
- Frequentie: beoordeelt frequentie over de afgelopen maand of week
- Traumagerelateerdheid: beoordeelt of het symptoom is begonnen of verergerd na de gebeurtenis

Een CAPS-5 zou tussen de **45-60 minuten** moeten duren. Het is belangrijk het interview van buiten te kennen om met de respondent soepel er doorheen te kunnen gaan. Als afnames systematisch langer duren dan 45 minuten probeer er dan op te letten: niet teveel op details in te gaan, niet teveel aantekeningen te maken en de antwoorden van de respondent niet te herhalen. Neem een aantal afnames op en luister deze terug om te beoordelen op welk punt de interviews efficiënter kunnen.

In principe is het niet toegestaan om af te wijken van het script (de tekst). Pas als je alle vragen uit de CAPS-5 hebt voorgelezen én de algemene **extra prompts** hebt gebruikt kun je indien nodig iets in **je eigen bewoording** vragen. Als je merkt dat een respondent de vraagstelling niet begrijpt of zichzelf tegenspreekt, ga je niet door met voorlezen, maar herhaal je nogmaals de initiële vraag of gebruik je de algemene extra prompts en pas tot slot je eigen vragen. Hou deze kort, beperk je suggesties en laat de respondent zelf het antwoord geven. De extra prompts zoals voorgesteld door Prof. Weathers luiden als volgt:

- *Kunt u mij hier een voorbeeld/paar voorbeelden van geven?*
- *Kunt u mij daar wat meer over vertellen?*
- *Nog iets anders?*
- *Al met al, hoe problematisch is dit voor u?*
- *Hoe goed kunt u hiermee omgaan?*
- *Wat zou er anders zijn als u dit probleem niet zou hebben?*

Als een respondent ontkennend antwoordt op een item, dan is het score 0 en ga je in principe door. Tenzij je sterke aanwijzingen hebt dat er wel sprake is van het symptoom door iets dat de respondent je eerder heeft verteld, dan kun je doorvragen of terugkomen op wat er eerder is gezegd. Het is alleen toegestaan een **concreet voorbeeld aan te dragen** van een symptoom (waarvan je bijvoorbeeld uit ervaring weet dat dit veel voorkomt in de populatie waarmee je werkt) als de respondent zelf al een voorbeeld heeft gegeven en dus sowieso al scoort op het symptoom.

Bij het uitvragen van **traumagerelateerdheid** (items 9 en 11 t/m 20) geldt dat dit één vraag is (begonnen-of-verergerd?) en niet een geforceerde keuze (Begonnen? Of verergerd?). Moedig het gebruik van een persoonlijke beoordelingsschaal zoals een 'score op een schaal van 1 tot 10' niet aan. Als een respondent dit zelf doet, is het beter om de respondent aan te moedigen "het gewoon in uw eigen woorden te vertellen".

AANVULLENDE INSTRUCTIES BIJ SPECIFIEKE ITEMS

CRITERIUM A

- Hoe om te gaan met **meervoudig trauma** in de CAPS-5? Dit hangt af van het precieze doel van de CAPS-5 afname. In principe wordt één gebeurtenis als uitgangspunt gekozen voor het uitvragen van de symptomen, maar dat mag ook een verzameling zijn van gebeurtenissen (bijvoorbeeld seksueel misbruik in de kindertijd). Bij behandelstudies die zich richten op een specifiek trauma, is het geadviseerd de CAPS-5 op alleen dit specifieke trauma af te stemmen. Echter, bij sommige type traumata (zoals misbruik in de kindertijd of oorlogservaringen) is het moeilijk en mogelijk niet nodig om op één specifieke gebeurtenis in te zoomen en kun je een cluster van nauw verweven gebeurtenissen als gebeurtenis hanteren (bijvoorbeeld “de missie in Irak”). Ook voor het stellen van de diagnose PTSS hangt de focus van het interview af van het doel van de diagnostiek. Wil je puur vaststellen of iemand PTSS heeft ten gevolge van een specifieke gebeurtenis, focus dan op die gebeurtenis in het interview. Wil je in zijn algemeenheid onderzoeken of iemand een PTSS heeft, dan zou je de CAPS-5 kunnen uitvragen op meerdere gebeurtenissen. Een andere mogelijkheid is om twee aparte interviews af te nemen, bijvoorbeeld één over mishandeling in de kindertijd en één CAPS-5 over de oorlogservaringen. Over het algemeen is het echter het meest zuiver de CAPS-5 af te nemen op één specifieke gebeurtenis of één specifiek cluster van gebeurtenissen om accuraat de traumagerelateerdheid vast te kunnen stellen.

- De *meest ingrijpende gebeurtenis* wordt gedefinieerd als het trauma waar de respondent nu de meeste klachten van heeft.

- Alle dikgedrukte en cursieve vragen in de linkerhelft van het kader moeten worden gesteld en/of door de interviewer kunnen worden beantwoord.

- De rechterhelft van het kader wordt niet voorgelezen, maar door de interviewer ingevuld.

- De indeling persoonlijk ervaren/getuige geweest/kennis genomen van/blootgesteld aan weerzinwekkende details- in de rechterhelft van het kader is hiërarchisch geordend: persoonlijk ervaren gaat voor getuige geweest etc. Er worden alleen meerdere dingen aangekruist als het gaat om meerdere gebeurtenissen (mag binnen een geschakelde keten van gebeurtenissen zijn).

CRITERIUM B

- Bij **B1** kunnen de herinneringen getriggerd en niet-getriggerd zijn; voor **B4** geldt dat het alleen om getriggerde reacties gaat.

- **B2**: als een respondent aangeeft een uur slaap te verliezen, vraag dan of het gemiddeld genomen *korter* of *langer* dan een uur is om de juiste ernstscore te kunnen geven (zie beoordelingscriteria). Dit geldt ook voor andere gevallen waarin een respondent precies op een overgang tussen twee intensiteit scores in valt; vraag in die gevallen door of dit gemiddeld genomen korter of langer, meer of minder is etc. om de juiste score toe te kennen.

- **B2**: het gaat hier om onaangename dromen waarin de *inhoud* en/of het *affect* van de droom samenhangt met de psychotraumatische gebeurtenis(sen). Wanneer een droom qua inhoud of thema niet duidelijk gelinkt is aan de gebeurtenis, probeer dan te vragen: Voelde je je zo toen de gebeurtenis plaatsvond? (voorbeeld: een nare droom over een examen doen kan hetzelfde affect betreffen als het altijd goed willen doen uit angst mishandeld te worden door een ouder).

- Voor **B5** geldt dat het belangrijk is om alle fysieke reacties aan de orde te laten komen om een juiste inschatting van de ernst te maken. Dit item kan bijvoorbeeld nooit extreem zijn als er maar sprake is van één soort fysieke reactie. Laat een respondent eerst zelf voorbeelden

geven en verifieer daarna pas of de andere reacties ook zijn voorgekomen. Vraag: Heeft u de afgelopen maand lichamelijke reacties ervaren wanneer iets u aan (GEBEURTENIS) deed denken?

- Respondent zegt nee -> ga door en vraag niet verder tenzij je, door wat de respondent eerder in het interview heeft verteld, denkt dat hier wel sprake van is
- Respondent zegt ja en stopt -> vraag dan om voorbeelden en vraag vervolgens “Gaat uw hart sneller kloppen?” -pauzeer-, “Verandert uw ademhaling?” -pauzeer-, “Gaat u zweten?” -pauzeer-, “Voelt u zich zeer gespannen?” -pauzeer, “Of voelt u zich trillerig?”.
- Respondent zegt ja en geeft 1 of een ‘fout’ voorbeeld -> vraag dan “Gaat bijvoorbeeld uw hart sneller kloppen?” -pauzeer-, “Verandert uw ademhaling?” -pauzeer-, “Gaat u zweten?” -pauzeer-, “Voelt u zich zeer gespannen?” -pauzeer, “Of voelt u zich trillerig?”.

CRITERIUM C

- Voor **C1** geldt dat de beoordelingscriteria onderaan niet voldoende aanknopingspunten bieden bij het maken van een ernstscore. Het advies is om voldoende voorbeelden te vragen en ook door te vragen als je het nog niet zeker weet (zie *extra prompts* op pagina 4 van deze aanvullende instructies voor geschikte doorvragen). Vervolgens is de klinische inschatting van belang. Als er sprake is van vermijding maar het interfereert niet echt met het functioneren dan is het *minimaal* of *duidelijk aanwezig*, als het wel interfereert is de intensiteit *sterk* en als er echt niets ergers voorstelbaar is dan is het *extreem.* Het gebruik van **alcohol** om dingen te vermijden kan zeker worden gerekend tot dit item. Je mag dit ook letterlijk uitvragen als er sprake is van vermijding.

CRITERIUM D

- Bij **D1** kun je respondenten helpen te bepalen met hoeveel delen zij moeite hebben door te tellen uit hoeveel belangrijke onderdelen de gebeurtenis bestaat. Tel mee als de respondent het verhaal vertelt, opper het aantal onderdelen dat de respondent zich niet meer kan herinneren en verifieer bij de respondent of dit aantal klopt.

- Bij items **D2** en **D4** worden er in de initiële vraag meerdere voorbeelden genoemd. Het risico bestaat dat de respondent slechts 1 aspect onthoudt en daarover rapporteert. Houdt daarom de volgende wijze van afnemen aan:

  - Voor item **D2**. Vraag: “Heeft u de afgelopen maand sterke negatieve overtuigingen gehad over uzelf, andere mensen of de wereld?”
    - Respondent zegt nee -> ga door en vraag niet verder tenzij je, door wat de respondent eerder in het interview heeft verteld, denkt dat hier wel sprake van is
    - Respondent zegt ja en stopt -> vraag dan om voorbeelden en vraag vervolgens “Heeft u bijvoorbeeld gedacht: “Ik ben slecht,” -pauzeer- “Er is iets vreselijk mis met mij,” -pauzeer- “Niemand is te vertrouwen,” -pauzeer- “De wereld is door en door gevaarlijk "?)
    - Respondent zegt ja en geeft een ‘fout’ voorbeeld -> vraag dan “Heeft u bijvoorbeeld gedacht: “Ik ben slecht,” -pauzeer- “Er is iets vreselijk mis met mij,” -pauzeer- “Niemand is te vertrouwen,” -pauzeer- “De wereld is door en door gevaarlijk "?)
  - Voor item **D4.** Vraag: Heeft u de afgelopen maand sterke negatieve gevoelens gehad zoals angst, afschuw, boosheid, schuldgevoel of schaamte?
    - Respondent zegt nee -> ga door en vraag niet verder tenzij je, door wat de respondent eerder in het interview heeft verteld, denkt dat hier wel sprake van is

  - Respondent zegt ja en stopt -> vraag dan om voorbeelden en vraag vervolgens kort elke emotie na “En angst?” -pauzeer- “Afschuw?” -pauzeer-, “Boosheid?” -pauzeer-, “Schuldgevoel?” -pauzeer-, “Schaamte?)
  - Respondent zegt ja en bevestigt 1 emotie -> vraag kort alle andere emoties ook na, zoals hierboven beschreven.

- *Persisterend* in items **D2, D3 en D4** betekent dat een symptoom minimaal 20% van de tijd aanwezig was in de afgelopen maand.

- Bij **D3** gaat het om vertekende cognities over wie verantwoordelijk is voor de gebeurtenis of de gevolgen. Vraag je altijd af: was het de bedoeling van diegene dat dit zo gebeurde? Als het niet zo is, dan gaat het om een vertekende cognitie.

- Bij **D1** en **D5** is het afwijkend dat ná de frequentievraag nóg een (door)vraag over de intensiteit wordt gesteld. Het is van belang deze laatste intensiteit-vragen (D1 - *Zou u in staat zijn om deze dingen te herinneren als u daar uw best voor zou doen?*; D5 - *Welke dingen vindt u nog leuk om te doen?*) wel te stellen, omdat ze direct gerelateerd zijn aan de beoordelingscriteria die staan beschreven onderaan het criterium. De vragen horen dus wel pas ná de frequentievraag gesteld te worden.

- Voor item **D4** geldt dat de emotie traumagerelateerd moet zijn, maar niet per se getriggerd hoeft te worden. Het gaat echt om de aanwezigheid van deze sterke emoties minimaal 20% van de tijd in de afgelopen maand. Het is belangrijk om alle emoties aan de orde te laten komen om een juiste inschatting van de ernst te maken. Dit item kan nooit extreem zijn als er maar sprake is van één soort negatieve emotie. Laat een respondent eerst zelf voorbeelden geven en verifieer daarna pas of er ook sprake was van de andere emoties (zie hierboven D2 en D4).

CRITERIUM E

- *Boosheid* in **E1** en in **D4 is verschillend**. Bij D4 gaat het alleen om de *emotie*, bij E1 gaat het om het *gedrag* dat gepaard gaat met de boosheid en/of prikkelbaarheid.

- Voor **E2** is het noodzakelijk dat het gedrag echt tot gevaarlijke situaties leidt; dit vraagt om je klinische inschatting. Een vaak voorkomend voorbeeld is roekeloos rijden. Zelfbeschadigend of suïcidaal gedrag behoren ook tot E2. *Roken* zou ook hiertoe gerekend kunnen worden, net als *alcohol*. Vraag hier echter wel goed door, om er zeker van te zijn dat het echt om een gevaarlijke situatie gaat. Om mee te tellen voor het symptoom, geldt voor alle gedragingen dat zij moeten zijn begonnen of verergerd na de gebeurtenis.

- Bij **E6** gaat het echt om het aantal uur slaap dat iemand tekort komt (door hyperarousal) en het feit of het is begonnen of verergerd na de gebeurtenis. Wanneer een respondent slaapmedicatie gebruikt, blijft het aantal uren slaap dat iemand de afgelopen week/maand tekort kwam het uitgangspunt (en niet het aantal uren dat gemist zou worden als er geen medicatie werd gebruikt). Opzettelijk slaap uitstellen is dus niet per definitie een slaapprobleem, als iemand aangeeft wel voldoende uren te slapen.

DISSOCIATIEVE SYMPTOMEN

- De dissociatieve symptomen worden helemaal aan het eind van het interview gesteld, na criterium F en G en de globale beoordelingen. Deze items vraag je alleen uit om vast te stellen of er sprake is van *PTSS met dissociatieve symptomen* en worden niet meegenomen in de totale ernstscore voor PTSS.

- Vergeet bij **depersonalisatie** (29) en **derealisatie** (30) niet de dikgedrukte cursieve vragen te stellen als er op de eerste vraag (“Is het… alsof u iemand anders was”) “nee” wordt geantwoord. Vraag deze allen uit en pauzeer tussen de verschillende voorbeelden. Ze zijn belangrijk om vast te kunnen stellen of er sprake is van het dissociatieve subtype. Hiervoor

moet er minimaal sprake zijn van *enig* verlies van de werkelijkheid op minimaal 1 van de 2 symptomen.

- De duur van een dissociatieve reactie wordt wel uitgevraagd in items 29 en 30. Hoewel de duur niet expliciet wordt genoemd in de beoordelingscriteria, moet deze wel bij de ernstscore worden meegenomen.

- Let op dat je een gedraging niet zowel als een flashback (B3) telt en als een dissociatie telt. Bij dissociatie gaat het niet om het “terug zijn in de gebeurtenis”, maar echt om het vervreemd voelen van zichzelf/zich als iemand anders voelen.

HET SCOREN

ALGEMENE SCORINGSREGELS

- De vragen zijn zo opgesteld dat het symptoom eigenlijk bij een duidelijk “ja” van de respondent sowieso “matig/ duidelijk aanwezig” is. Dus als een respondent na een vraag “ja” zegt en het is traumagerelateerd, is de score al een “matig/ duidelijk aanwezig” en wordt het symptoom meegeteld. NB, het symptoom mag nog wel hanteerbaar zijn, de lat voor de aanwezigheid van een symptoom hoeft in die zin niet torenhoog gelegd te worden.

MEERLEDIGE ITEMS

- Verschillende DSM-5 PTSS symptomen bestaan uit meerdere aspecten, en worden in de CAPS-5 ook met meerdere voorbeelden uitgevraagd:
    - B5: Fysiologische reacties (verhoogde hartslag, veranderde ademhaling, zweten, gespannen voelen, trillerig)
    - C1: Vermijding externe prikkels (vermijding van mensen, plaatsen, gesprekken, activiteiten, voorwerpen, situaties)
    - D2: Negatieve cognities (“Ik ben slecht,” “Er is iets vreselijk mis met mij,” “Niemand is te vertrouwen,” of “De wereld is door en door gevaarlijk")
    - D3: Vertekende cognities over de oorzaak of gevolgen (zelf en/of anderen de schuld geven)
    - D4: Negatieve gemoedstoestand (angst, afschuw, boosheid, schuldgevoel of schaamte)

  In principe geldt dat als een respondent scoort op 1 van de voorbeelden/onderdelen, het symptoom als aanwezig wordt beschouwd. Om te komen tot een score *extreem* moet echter op meerdere van de voorbeelden/onderdelen een hoge ernstscore worden toegekend. Een uitzondering hierop is item D2: als een respondent op minimaal 1 van deze cognities extreem scoort, kan er een score *extreem* worden toegekend voor dit item. Overall geldt dat als er op meerdere voorbeelden/onderdelen van het item wordt gescoord dit resulteert in een hogere ernstscore dan wanneer er op een enkel voorbeeld/onderdeel wordt gescoord.

OVERLAP VAN SYMPTOMEN EN AFZONDERLIJKE ASPECTEN

- De DSM-5 PTSS criteria ontleden **afzonderlijke aspecten** van gedragingen in **afzonderlijke symptomen**:
    - Herinneringen, getriggerde distress, getriggerde fysiologische reacties
    - Zelf-verwijt en schuld
    - Boosheid en agressief gedrag

  Als de rapportage van een respondent <u>meerdere afzonderlijke aspecten</u> van gedrag betreft, moeten alle relevante symptomen worden gescoord - ook als ze overlappen. Als de rapportage van een respondent <u>één afzonderlijk aspect</u> van gedrag betreft dat bij meerdere symptomen gescoord zou kúnnen worden, dan moet het worden gescoord bij het best passende symptoom.

- Wanneer er sprake is van **een schakeling van symptomen** (bijvoorbeeld: er is schaamte over de eigen reacties na een trauma [D4], waardoor een respondent andere personen gaat vermijden [C2] en daardoor steeds meer vervreemd raakt van andere mensen [D6], probeer dit dan gedraging-voor-gedraging en symptoom-voor-symptoom te beoordelen. In principe geldt dat elk afzonderlijk aspect van een gedraging wordt gecodeerd (zie ook punt hierboven). Het is wel van belang om de oorzaak van elke afzonderlijke gedraging na te gaan en strikt te beoordelen of het gedrag voldoet aan het symptoom.

- Met betrekking tot de overlap van symptomen beschrijft Prof. Weathers:
    - Er is vrij veel overlap tussen PTSS-symptomen
    - Probeer zo mogelijk dubbel-scoren te voorkomen
    - Voeg geen onderscheid toe dat de DSM-5 niet maakt

- Het is soms nodig om te ontleden en te focussen op 1 afzonderlijk symptoom
- Er zijn vaak genoeg niet-overlappende aspecten om twee symptomen wel te scoren zonder je zorgen te hoeven maken over de overlappende aspecten (bijv. nachtmerries en slaapproblemen).

TRAUMAGERELATEERDHEID

- Bij items 9 en 11 t/m 20 moet je expliciet, conform het script, navragen of het symptoom traumagerelateerd is. Bij trauma in de kindertijd bijvoorbeeld is het lastig deze functionele link vast te stellen. Vraag in zulke gevallen toch eerst door of de respondent denkt/vermoedt dat het met het trauma te maken heeft of niet en maak vervolgens zelf een klinische inschatting. Als de slaapproblemen bijvoorbeeld vooral lijken voort te komen vanuit een depressie, scoor je dit symptoom niet. Voor deze inschattingen kan het handig zijn met de respondent een soort timeline te maken. Een *onwaarschijnlijk* wordt alleen gegeven wanneer het beschikbare bewijs sterk wijst op een oorzaak anders dan de gebeurtenis. Een *onwaarschijnlijk* zal niet vaak voorkomen. Een symptoom dat onwaarschijnlijk aan het traumagerelateerd is, telt niet mee voor de diagnose of totale ernst score.

DE DRIELEDIGE SCORINGSREGEL

I. Als de intensiteit en frequentie **hetzelfde** zijn, is het duidelijk en geef je die score ook voor ernst. Dus: intensiteit 2, frequentie 2 → ernstscore = 2.
II. Als intensiteit en frequentie **1 punt van elkaar afwijken**, dan geef je **de laagste** score, ongeacht of dit de frequentie of de intensiteit betreft. Bijvoorbeeld een echt nare droom (intensiteit (lijdensdruk) = duidelijk aanwezig [2]), maar het was maar 1 x in de afgelopen maand (frequentie = licht [1]), dan wordt de ernstscore 1: Licht/ subklinisch.
III. Als de intensiteit **ten minste 2 punten hoger** ligt dan de frequentie, **dan mag je maximaal 1 optellen bij de frequentiescore.** Dus bijvoorbeeld intensiteit is 4 (extreem) en frequentie is 1 (Licht, 1 x per maand), dan wordt het een 2 voor de ernstscore (namelijk de frequentie score (1) plus 1 stap verhogen = 2). Belangrijk: deze regel gaat alleen op wanneer intensiteit hoger ligt dan frequentie en niet andersom. Als de frequentie veel hoger is dan de intensiteit, dan geldt gewoon de laagste score voor de ernstscore (“*we never bump up for frequency”*). Ook als de intensiteit minimaal is en de frequentie extreem, geldt deze regel. Je kunt je dan echter wel afvragen of de intensiteit werkelijk *minimaal* is en eventueel doorvragen of dat niet sterker is.

Tabel 1 Overzicht scoring

Intensiteit ➔ 🡻 Frequentie	**Minimaal**	**Duidelijk aanwezig**	**Sterk**	**Extreem**
"1 X per maand/ zelden (10%)"	1	1	2	2
≥ 2 X maand/ soms (20-30%)	1	2	2	3
2 X week/ vaak (50-60%)	1	2	3	3
"(bijna) dagelijks/ zeer vaak (≥ 80%)"	1	2	3	4

VUISTREGELS FREQUENTIE EN INTENSITEIT

- Gebruik als leidraad voor het scoren de beoordelingscriteria die onderaan elk item voor *matig* en *ernstig* staan beschreven.

- Met betrekking tot **frequentie** kan dit naast matig en ernstig worden aangevuld met de volgende vuistregel (Dr. Bovin):
    - 1 x per maand / 10%
    - Minstens 2 x per maand / soms 20-30%
    - Minstens 2 x per week / vaak 50-60%
    - (Bijna) dagelijks / ≥ 80%

- Als het gaat om de tijd die het duurt om te herstellen van een bepaalde reactie om de **intensiteit** te bepalen kan de volgende vuistregel worden toegepast (Dr. Bovin):
    - Minimaal = minder dan 5 minuten
    - Duidelijk aanwezig = 5-15 minuten
    - Sterk = 30-45 minuten
    - Extreem = langer dan 1 uur

  Let wel: gebruik vooral ook je klinisch inzicht hier. Bijvoorbeeld: heftige flashbacks die (maar) 2 minuten duren kunnen toch *duidelijk aanwezig* zijn.

DISSOCIATIEVE SUBTYPE

- Voor dissociatieve subtype: als op minimaal 1 van de dissociatie-items (29 en 30) de ernstscore minimaal 2 is, dan geldt de classificatie *PTSS met dissociatieve symptomen*.