



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Zwangerschapsverlies, zenuwachtig-achtigheid en posttraumatische stress-problemen

Marcel van den Hout, Iris Engelhard en Merel Kindt\*

---

## Samenvatting

*Na blootstelling aan een mogelijk traumatiserende ervaring, ontwikkelen sommige mensen symptomen van traumatische stress en anderen niet, of in veel mindere mate. Het is van theoretisch en van klinisch belang om te weten welke factoren het optreden van posttraumatische problemen voorspellen. In ten minste acht onafhankelijke predictorenstudies werd gevonden dat zenuwachtig-achtige mensen al veel 'post' traumatische problemen hadden vóór het trauma. De toename van problemen na een trauma kan vergelijkbaar zijn bij hoog- en laag-zenuwachtig-achtige mensen, maar de eerste groep kan best begonnen zijn vanaf een hoger baseline niveau. Deze twee verklaringen van de voorspellende waarde van zenuwachtig-achtigheid werden kritisch getest in een prospectieve studie onder 63 zwangere vrouwen. Zij werden gemeten op PTSS-achtige klachten en neuroticisme; vervolgens hadden zij een miskraam. De resultaten waren overduidelijk: 1 Na een miskraam trad een scherpe toename van PTSS-gerelateerde symptomen op. 2 Na een miskraam hadden hoog-zenuwachtig-achtige vrouwen significant meer klachten dan laag-zenuwachtig-achtige vrouwen. 3 Maar voorafgaand aan een miskraam hadden hoog-zenuwachtig-achtige vrouwen ook meer PTSS-gerelateerde symptomen. 4 De toename in klachten was identiek in de hoog- en de laag-zenuwachtig-achtige groepen. Dit impliceert in hoge mate dat de voorspellende waarde van zenuwachtig-achtigheid in feite de ernst van klachten bij baseline weerspiegelt en dat hoge zenuwachtig-achtigheid niet predisponeert tot het ontwikkelen van meer klachten. Theoretische en klinische aspecten worden besproken.*

## Inleiding

Na ingrijpende gebeurtenissen krijgen sommige mensen te kampen met problemen waarvan het prototype in de DSM-IV te boek is gesteld als posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Hoe vaker en hoe langer blootgesteld aan het trauma, hoe groter het percentage mensen dat een PTSS ontwikkelt (March, 1993). Welke factoren voorspellen of iemand na een ingrijpende gebeurtenis ernstige problemen krijgt? Die vraag is van klinisch en wetenschappelijk belang. Klinisch omdat op grond van een goed antwoord kan worden uitgemaakt wie een verhoogd risico loopt op problemen. En dat biedt de mogelijkheid tot vroege, en daarmee wellicht effectieve, interventie. Wetenschappelijk is kennis van predictoren belangrijk, omdat dat licht kan werpen op de psychologische mechanismen die verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling van PTSS.

---

\* Prof. dr. M.A. van den Hout, is verbonden aan het Departement Medische, Klinische & Experimentele Psychologie van de Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht. Drs. I.M. Engelhard is verbonden aan het Departement Medische, Klinische & Experimentele Psychologie van de Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht. Dr. M. Kindt is verbonden aan het Departement Medische, Klinische & Experimentele Psychologie van de Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Er is veel onderzoek gedaan naar predictoren van PTSS (Jones & Barlow, 1990). Vrijwel steeds was het onderzoek retrospectief. *Na* het trauma werd vastgesteld in welke opzichten de mensen met klachten (meestal: 'met PTSS') nog méér verschilden van de mensen zonder problemen (meestal: 'zonder PTSS'). Dan bleek bijvoorbeeld dat getraumatiseerden met PTSS zeiden dat ze na het trauma minder sociale steun hadden ondervonden. De term 'predictieonderzoek' is hier een tikje misleidend: het onderzoek is eerder 'retrodictief' of 'postdictief' dan 'predictief'. Dat doet er niet toe wanneer de waarden op de voorspellende variabelen niet beïnvloed kunnen zijn door de posttraumatische ellende. Maar als die voorspellende variabelen wel kunnen afhangen van de gemoedstoestand van de respondent, ontstaan er problemen. Neem het voorbeeld van de sociale steun. Wellicht leidt de aanwezigheid van de ontwikkelde stoornis ertoe dat betrokkene minder oog heeft voor vriendelijke gestes van familie en vrienden. De gerapporteerde geringe sociale steun zegt dan meer over gevolgen van PTSS dan over de oorzaken ervan.

Om dit probleem te ontlopen zouden voorspellers *voorafgaand* aan het trauma gemeten moeten worden (Kleber, 2000). Maar hoe? Traumatiserende gebeurtenissen zijn zeldzaam en het is niet goed bekend wanneer ze optreden: was dat wel zo, dan zouden kandidaat-slachtoffers bijtijds een goed heenkomen zoeken. (Voor kinderen die slachtoffer zijn van geweld en misbruik in het gezin staat deze mogelijkheid niet of minder open. Dit verklaart wellicht een deel van de bijzondere problemen van jonge slachtoffers van (chronische) traumatische stress. Maar dit terzijde.) Een veelgekozen oplossing is om bij gezonde deelnemers eerst potentiële voorspellers te meten, vervolgens 'minitrauma's' te induceren (bijvoorbeeld het bekijken van gruwelijke dia's), om ten slotte na te gaan welke factoren voorspellen dat de deelnemer bepaalde PTSS-achtige verschijnselen vertoont. Methodisch heeft dat evidente voordelen, maar het bezwaar ligt voor de hand: wat zegt zo'n minitrauma in het laboratorium nu helemaal over de paniek, pijn en ontredde van slachtoffers van bijvoorbeeld doodsb bedreiging of verkrachting?

In een omvangrijke studie koos Janssen (Janssen, 1995; Janssen, Cuisinier, Graauw & Hoogduin, 1997) een conceptueel en methodisch sterke tussenoplossing. Van alle zwangere vrouwen verliest ongeveer tien procent het ongeboren kind. Bij net zwangere vrouwen zijn potentiële predictoren te bepalen. Vervolgens kan worden nagegaan welke van de tien procent vrouwen met zwangerschapsverlies in de problemen raken en of dit voorspeld kon worden op grond van 'pre'-trauma-kenmerken. Natuurlijk, zwangerschapsverlies is, als regel, minder traumatiserend dan bijvoorbeeld verkrachting of bedreiging met de dood, maar de klinische relevantie lijkt aanzienlijk groter dan van 'laboratoriumtrauma's'. Na één maand voldoet ongeveer 25 procent van de vrouwen aan de criteria voor PTSS. Na vier maanden is dit 7 procent (Engelhard, Van den Hout, & Arntz, 2001). De studie van Janssen had de eerdergenoemde opzet; ze onderzocht de echte potentieel ontwrichtende ervaring van zwangerschapsverlies in een echte prospectieve studie.

### ***Wat werd er gevonden?***

Allereerst werden klachten het best voorspeld door de zwangerschapsduur; hoe langer, hoe ernstiger de klachten (overige predictoren die minder verklaarden, zijn te vinden in Janssen et al., 1997). Ervan uitgaande dat laat zwangerschapsverlies ernstiger is

dan vroeg verlies, was deze constatering een replicatie van eerdere bevindingen: hoe ernstiger het trauma, hoe ernstiger de problemen. Voor deze bevinding was een prospectieve studie niet echt nodig. Na zwangerschapsduur was de beste pretrauma gemeten voorspeller neuroticisme (*N*), letterlijk zenuwachtig-achtigheid. Neuroticisme is een stabiele persoonlijkheidstrekk, die bestaat uit de gegeneraliseerde neiging zichzelf en de wereld negatief te beleven en interpreteren (Watson & Clark, 1984). Neuroticisme heeft een genetische component en komt tot uiting op tal van levensgebieden. Personen met een hoge zenuwachtig-achtigheid rapporteren problemen op het werk en in relaties, miskopen bij het aanschaffen van elektrische apparaten, afzetterij bij het afrekenen in horecagelegenheden, et cetera (Johnson, Edman, & Danko, 1995)

In de studie van Janssen (1995) bleek dat het ontstaan van posttraumatische problemen voorspeld kan worden door pretrauma neuroticismescores: hoe hoger de neuroticismescores voor het trauma, hoe meer problemen erna. Janssen et al. (1997) staan overigens niet alleen met deze bevinding. In tal van andere studies werd dezelfde bevinding gerapporteerd (zie bijvoorbeeld Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991; Casella & Motta, 1990; Kelly et al., 1998; Mayou, Bryant, & Duthie, 1993; McFarlane, 1989, 1992; Lauterbach, Burns, & Pavlicek, 1998).

Zenuwachtig-achtige mensen hebben na een trauma dus meer traumagerelateerde klachten dan mensen die laag scoren op zenuwachtig-achtigheid. De interpretatie die voor de hand ligt is dat pretrauma hoog-neuroticisme ertoe leidt dat men door het trauma relatief veel psychische problemen krijgt. Voor de hand liggend of niet, deze interpretatie is niet noodzakelijk correct. Het feit dat personen met hoge neuroticismescores na het trauma meer problemen hebben, wil nog niet zeggen dat ze relatief veel problemen *ontwikkelen* door het trauma. Wellicht waren deze problemen er voordien ook al. We weten uit ander onderzoek dat mensen met een hoge zenuwachtig-achtigheid, los van trauma, allerhande klachten hebben

Bij aanvang van deze studie waren wij ervan overtuigd dat deze personen meer posttraumatische klachten zouden hebben dan personen met een lage pretraumatische zenuwachtig-achtigheidsscore. (En we zijn nu eens te meer overtuigd. Maar laten we niet op de zaken vooruitlopen.) We wisten niet wat de achtergrond van de veronderstelde ernstiger posttrauma-problemen van hoog-neuroticisme personen zou zijn. We zagen twee mogelijkheden.

- 1 Mensen met een hoge neuroticismescore *ontwikkelen* na het trauma relatief veel PTSS-klachten.
- 2 Mensen met een hoge neuroticismescore hebben voorafgaand aan het trauma al meer PTSS-achtige klachten dan mensen met een lage neuroticismescore en de *toename in klachten is gelijk in de hoge neuroticisme en de lage neuroticisme groep.*

Hier deed zich een probleem voor. Wij wilden de ernst van posttraumatische klachten meten, maar we wilden ook weten of, en in hoeverre, posttraumatische klachten aanwezig waren voordat een trauma had plaatsgevonden. Maar hoe meet je pretraumatische posttraumatische stressklachten? Hoe wij dit deden leest u in de 'Methode'-sectie en wij hopen dat u de oplossing overtuigend vindt

Deze studie is een eerste en tussentijdse rapportage van een omvangrijker onderzoeksproject, dat deels een replicatie is van het onderzoek van Janssen (1995).

## Methode

### *Deelnemers*

Bij deze tussentijdse analyse waren gegevens beschikbaar van 63 vrouwen die aan het begin van hun zwangerschap een miskraam kregen. De vragenlijst voor posttraumatische stressklachten werd vier weken na het zwangerschapsverlies ingevuld

De leeftijd was gemiddeld 31 jaar. Voor selectie van deelnemers, zie 'Procedure'.

### *Procedure*

In advertenties werden zwangere vrouwen met een zwangerschapsduur korter dan twaalf weken opgeroepen mee te doen aan onderzoek naar de beleving van zwangerschap. Onmiddellijk na aanmelding ontvingen de deelnemers de EPQ-N en de pretrauma-symptomenlijst (zie 'Meetinstrumenten'). Iedere volgende maand in de zwangerschap en twee weken na de verwachte geboortedatum, ontvingen de vrouwen korte, algemene vragenlijsten waarin ook werd gevraagd naar eventueel zwangerschapsverlies of doodgeboorte. Deelnemers die inderdaad zwangerschapsverlies of doodgeboorte hadden meegemaakt, werden vervolgens gebeld en gevraagd mee te doen aan vervolgonderzoek. Van de ruim 700 onderzochte vrouwen maakten 67 een zwangerschapsverlies/miskraam mee. Vier vrouwen vielen uit. Het gemiddelde opleidingsniveau was hoog (slechts één van de deelnemers had geen middelbare school afgerond; 40 procent deed of voltooide een hbo- of universitaire opleiding). De gemiddelde zwangerschapsduur was tien weken ( $sd = 3.7$ ). Ongeveer eenderde van de deelnemers was kinderloos.

### *Meetinstrumenten*

#### **Neuroticisme.**

Neuroticisme werd gemeten met de 22 item-neuroticismeschaal van de *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ-N; Eysenck & Eysenck, 1975).

#### **Posttraumatische stress-symptomen ná het zwangerschapsverlies.**

Posttraumatische symptomen werden gemeten met de *post-traumatic symptom scale* (Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993). Deze vragenlijst vraagt de invuller om van elk van de zeventien DSM-IV PTSS-symptomen op een driepuntsschaaltje aan te geven of, en in welke mate, het symptoom aanwezig is. Deelnemers werd gevraagd om daarbij de maand na het zwangerschapsverlies in gedachten te nemen. Deze versie van de Foa et al.-lijst wordt hier aangeduid als 'posttrauma-symptomen'. Scores onder de 10 gelden als mild, scores van 11 tot 20 als gematigd, scores tussen 21 en 35 als gematigd tot ernstig, en scores boven de 35 als ernstig (Foa et al., 1993).

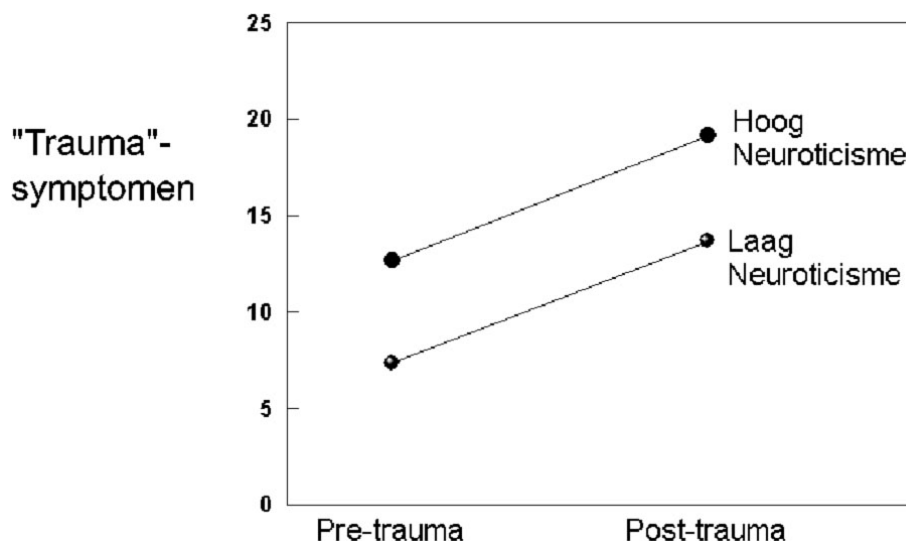
#### **Posttraumatische stress-symptomen vóór het zwangerschapsverlies.**

Voorafgaand aan het trauma werden PTSS-symptomen gemeten door afname van dezelfde lijst. Terwijl echter in de oorspronkelijke lijst de meeste items verwijzen naar het trauma, werd deze verwijzing hier weggehaald. De eerste vraag van de oorspronkelijke lijst luidt bijvoorbeeld: 'Hebt u, tegen uw wil, gedachten of beelden

gehad — over de traumatische gebeurtenis — waardoor u van streek raakte?’ In de aangepaste versie werd dit: ‘Hebt u, tegen uw wil, gedachten of beelden gehad waardoor u van streek raakte?’ Deze versie wordt hier aangeduid als ‘pretrauma-symptomen’.

## Resultaten

De groep werd met een mediaansplitsing opgedeeld in twee subgroepen, 34 deelnemers met een gemiddelde neuroticismescore van 3.1 ( $sd = 1.5$ ) (N- groep) en 29 deelnemers met een gemiddelde score van 10.8 ( $sd = 3.9$ ) (N+ groep). Er werd nagegaan of de N+ groep, evenals in eerder onderzoek, na het trauma meer posttrauma-symptomen zou hebben dan de N- groep. Vervolgens werd bepaald of deze verschillen er ook al waren voor het trauma: verschilden de N+ en de N- groep ook op pretrauma-symptomen? Nagegaan werd ten slotte of de groepen klachten ontwikkelden *ten gevolge van* het zwangerschapsverlies, en de cruciale kwestie daarbij was of deze eventuele stijging groter zou zijn in de N+ groep. Figuur 1 geeft de resultaten weer.



Figuur 1 De voorspellende waarde van neuroticisme.

Na het trauma had de N+ groep inderdaad meer klachten dan de N- groep ( $t = 2.4$ ;  $df = 61$ ;  $p = 0.02$ ). Voorafgaand aan het trauma was dit echter ook al het geval ( $t = 3.6$ ;  $df = 61$ ;  $p = 0.001$ ). Figuur 1 suggereert dat de klachten na het trauma in beide groepen ernstiger waren dan voorheen, maar dat de toename in klachten in beide groepen gelijk was. Om na te gaan of deze impressie ook statistisch houtsnijdt, werd een tweeweg ANOVA uitgevoerd, met als binnengroepsfactor Trauma (pretrauma versus posttrauma) en als tussengroepsfactor Persoonlijkheid (N+ versus N-). Ongeacht het tijdstip van meten, voor of na het zwangerschapsverlies, hadden N+ personen meer klachten (hoofdeffect van Persoonlijkheid,  $F = 11$ ;  $df = 1.6$ ;  $p < 0.005$ ) en, ongeacht de persoonlijkheid van de deelnemers, had men na het zwangerschapsverlies meer klachten (hoofdeffect van Trauma,  $F = 36$ ;  $df = 1.61$ ;  $p < 0.0001$ ). Het parallel lopen van de lijnen uit figuur 1 wordt weerspiegeld in de afwezigheid van een interactie van Persoonlijkheid

X Trauma ( $F = 0.006$ ;  $df = 1.61$ ;  $p = 0.94$ ). Men lette erop dat de  $F$ -waarde nadert tot 0 en de  $p$ -waarde nadert tot 1.0. De lijnen uit figuur 1 lopen parallel en de statistiek laat zien dat dit geen optisch bedrog is. *De toename in klachten was in beide groepen even groot.*

## Beschouwing

Mensen met hoge neuroticismescores vertonen na een ingrijpende gebeurtenis meer PTSS-klachten dan mensen met lage neuroticismescores. Eerder werd dit gevonden bij slachtoffers van oorlogsgeweld, bosbrand, HIV-diagnose, en niet nader gerubriceerde trauma's. Zowel Janssen et al. (1997) als de huidige onderzoekers stelden het verband vast na zwangerschapsverlies. De gangbare interpretatie luidt dat deze 'neurotische persoonlijkheidstrekk', in geval van trauma leidt tot de ontwikkeling van relatief veel en ernstige problemen. De gegevens uit figuur 1 laten iets anders zien. Mensen met hoge neuroticismescores *ontwikkelden* niet meer klachten nadat het noodlot toesloeg, maar ze *hadden* al meer klachten; van tevoren al

Waren die pretrauma-klachten wel 'echt' traumaklachten? De diagnose PTSS kent drie groepen symptomen: *arousal*, vermijding en herbeleving. De voor en na het zwangerschapsverlies afgenomen lijst kende subschalen voor *arousal*, vermijding en herbeleving. De subschalen vermijding en herbeleving slaan per definitie op een trauma. Maar dat geldt niet voor *arousal*. In de DSM-IV en in onze vragenlijst werden ook na het trauma *arousal*symptomen nagevraagd, zonder verwijzing naar een trauma. *Arousal*, of 'prikkelbaarheid' is kenmerkend voor neuroticisme én PTSS. Deze inhoudoverlap creëert een tautologisch element wanneer men de samenhang tussen neuroticisme en PTSS onderzoekt. Deze tautologie lijkt ons relevant. Voor een deel zijn PTSS-symptomen dezelfde als kenmerken van neuroticisme; dit creëert het *baseline-severity effect*. Mensen met hoge neuroticismescores hebben voor het trauma-effect meer klachten

Treedt het *baseline-severity effect* ook op bij andere, en ernstiger trauma's, zoals verlies van geboren kinderen, verkrachting, enzovoorts? Waar het gaat om herhaalde trauma's, meegemaakt op jonge leeftijd, zijn de huidige auteurs terughoudend met generaliseren; we weten te weinig over individuele verschillen in de reacties van (zeer) jonge slachtoffers. Met betrekking tot de generalisatie naar ernstig(er), eenmalig trauma op volwassen leeftijd zijn verstandiger dingen te zeggen. Neuroticisme hing ook samen met de ernst van klachten (na bosbrand, HIV-diagnose en oorlogsgeweld) en er is alle reden aan te nemen dat ook daar een relatief hoge neuroticismescore samenging met veel en ernstige klachten voor het trauma. Per slot van rekening hangt neuroticisme samen met ongeveer *alle* soorten subjectieve klachten (Watson & Pennebaker, 1989). Hier moet wel een nuancering worden aangebracht. Neuroticisme verklaart een deel van de omvang van posttraumatische problemen. Maar de ernst van het trauma verklaart ook een deel van de ellende en wat dat laatste betreft is er een *dose-response* relatie: hoe ernstiger het trauma, hoe groter de misère. Naarmate het trauma ernstiger is, zal de verklarende bijdrage van neuroticisme afnemen ten gunste van de verklarende kracht van het trauma zelf. Men vergelijkte figuur 1. Indien de scores van de N+ en N-groep niet van 7 en 12 naar 14 en 19 zouden zijn gegaan, maar naar 27 en 39 en de beide lijnen dus steiler omhoog zouden lopen, dan zou er nog steeds een parallelle ontwikkeling zijn geweest in de twee groepen en zou neuroticisme nog steeds een rol hebben gespeeld. Maar de *verklarende waarde* van neuroticisme zou, relatief ten opzichte

van het trauma zelf, minder zijn. Het theoretisch belang van de huidige bevindingen is niet wereldschokkend, maar ook niet afwezig. Wanneer predictoren van PTSS bekend worden, zoals: sociale steun, intelligentie, eerdere trauma's, enzovoorts, dan doet de vraag zich voor hoe dat werkt. Met betrekking tot de eerder en elders gerapporteerde predictieve kracht van neuroticisme is die vraag in het licht van de huidige gegevens wellicht niet zo interessant. Mensen met een hoge neuroticismescore reageren net als mensen met een lage neuroticismescore. Er *hoeft* hier helemaal niets verklaard te worden. Nou ja, wel waarom sommige mensen hogere neuroticismescores hebben natuurlijk, maar dat is een andere kwestie

Het patroon in de huidige data vormt een opvallend spiegelbeeld van eerder Maastrichts onderzoek (Dreessen, 1998) naar de relatie tussen persoonlijkheid en de ontwikkeling van klachten. In dat onderzoek ging het erom of de behandeling van as-I-stoornissen minder fortuinlijk verloopt wanneer de patiënt, naast een as-I-stoornis, een persoonlijkheidsstoornis heeft. Door anderen (Reich & Vasile, 1993) werd gerapporteerd dat angstpatiënten met een comorbide persoonlijkheidsstoornis, na cognitieve therapie, angstiger zijn dan behandelde angstpatiënten zonder persoonlijkheidsproblemen. Gevonden werd echter dat de patiënten met as-II-problemen voor therapie óók al angstiger waren. De *daling* van de klachten in de wel- en niet-as-II-groepen was even groot en de lijnen liepen parallel. Net zoals in figuur 1, maar dan van boven naar beneden (Dreessen, 1998). Stabiele persoonskenmerken, zoals neuroticisme of as-II-problematiek gaan gepaard met meer as-I-klachten. Na belangrijke levensgebeurtenissen, zoals zwangerschapsverlies (deze studie) of cognitieve gedragstherapie, (Dreessen, 1998) treden veranderingen op in ernst van de as-I-klachten. Bij mensen met en zonder de bedoelde persoonskenmerken loopt deze verandering in klachten parallel

Wat zijn de klinische implicaties? Wanneer het erom gaat de patiënt te classificeren als wel of niet lijdend aan PTSS, doet het er niet veel toe of de klachten, deels, al aanwezig waren voor het trauma. Wat telt is of de patiënt voldoet aan de criteria van bijvoorbeeld de DSM-IV. En een hoge mate van neuroticisme draagt, via het baseline-severity effect, bij aan ernst en aantal gerapporteerde klachten en verhoogt daarmee de kans dat de betrokkene geassocieerd moet worden als PTSS-patiënt. Wanneer de diagnostische ambities verder reiken dan classificatie en wanneer de diagnosticus wil begrijpen hoe een individuele patiënt zo in de problemen raakte, doen de bevindingen meer ter zake. Indien er aanwijzingen zijn dat de patiënt, voor het trauma, een neurotische inslag had, dan zit het er dik in dat een deel van de huidige klachten op rekening komt van dit stabiele temperamentele kenmerk

Dat lijkt van enig belang bij het stellen van behandeldoelen. Behandelaars en patiënten zouden begrijpelijkerwijs graag zien dat de patiënt er na therapie net zo aan toe is als de modale niet-getraumatiseerde buurtgenoot. In dezelfde geest wordt in therapie-effect studies *percentage high end state functioning patients* als effectmaat gebruikt: het percentage patiënten dat zich na therapie binnen de range van de normale populatie bevindt. Hoe hoger dat percentage, hoe beter de therapie. Maar ook bij overigens erg effectieve combinaties van klachten en behandeling, zoals cognitieve therapie van paniek, is het percentage high end state functioners bij een tweejaars follow up vrij laag. Voor slechts 20 procent van de patiënten geldt dat ze na drie en na 24 maanden tellen als high end state functioning (Brown & Barlow, 1995). De huidige bevindingen suggereren dat klinici die 'net zo weinig klachten en problemen als de doorsnee



landgenoot' als behandeldoel stellen, zichzelf en hun patiënt wel eens flink zouden kunnen overschatten. Wij vragen u om figuur 1 nog eenmaal te raadplegen. De PTSS-score voor behandeling, gemiddeld over de twee groepen, was voor behandeling ongeveer tien. Indien de N+ groep in behandeling zou komen en het doel zou zijn geweest de patiënten net zo laag te laten scoren als de gemiddelde Nederlandse vrouw, dan zou dat erop neerkomen dat de patiënt, na de behandeling van haar posttraumatische klachten, er beter aan toe zou moeten zijn dan vóór het trauma. Dit is zo hoog gegrepen, dat het risico van teleurstellingen wel erg groot wordt. De meeste patiënten omschrijven zichzelf als altijd al wat somber, zenuwachtig, angstig, opvliegend, precies, overbezorgd en dergelijke, maar weten als regel nog hoe het was om zonder de huidige as-I-problemen door het leven te gaan. Misschien hebt u altijd al gedacht dat 'worden zoals de modale Nederlander' te hoog gegrepen is voor de meerderheid van de patiënten met as-I-problemen. Misschien dacht u wel dat 'weer worden zoals vroeger, toen deze problemen er nog niet waren' een bescheidener, maar realistischer doel van de therapie zou moeten zijn. De huidige gegevens suggereren dat u gelijk hebt.

---

### **Abstract**

*After exposure to a potentially traumatic event, some people develop symptoms of post-traumatic stress while other people do not, or to a substantially lesser degree. Knowing what factors predict the occurrence of post-traumatic problems is both theoretically and clinically important. In at least eight independent predictor studies it was found that neurotic people were already having many of the 'post'-traumatic problems before the trauma. The increase in problems after trauma may be comparable in high and low neuroticistic people, but the former group may have started from a higher baseline level. These two explanations of the predictive power of neuroticism were critically tested in a prospective study of 63 pregnant women who were tested for PTSD-like complaints and neuroticism and who suffered a miscarriage. The results were straightforward. 1 After miscarriage, there was a sharp increase in PTSD related symptoms. 2 After miscarriage, high neuroticistic women had significantly more complaints than low neuroticistic women. 3 Before miscarriage however, high neuroticistic women also had more PTSD related complaints. 4 The increase in complaints was identical for the high and low neurocism groups. This strongly suggests that the predictive power of neuroticism reflects a base-line/severity issue and that high neuroticism does not predispose to develop more problems. Theoretical and clinical aspects are discussed.*

### **Referenties**

- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63/3, 754-765.
- Casella, L., & Motta, R.W. (1990). Comparison of characteristics of Vietnam veterans with and without post-traumatic stress disorder. *Psychological Reports*, 67, 595-605.
- Dressen, L. (1998). *Personality Disorders: inquiries into assessment, cognitive profiles and impact on treatment of anxiety disorders*. Doctoral Dissertation, University of Maastricht.
- Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.

- Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V., & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 6*, 459-473.
- Janssen, H.J.E.M. (1995). *A longitudinal prospective study of the psychological impact of pregnancy loss on women*. Unpublished doctorate thesis, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Janssen, H.J.E.M., Cuisinier, M.C.J., Graauw, K.P.H.M. de, & Hoogduin, C.A.L. (1997). A prospective study of risk factors predicting grief intensity following pregnancy loss. *Archives of General Psychiatry, 54*, 56-61.
- Johnson, R.C., Edman, J., & Danko, J. (1995). Self reporting negative experiences and dissociation. *Personality and Individual Differences, 18*, 793-795.
- Jones, J.C., & Barlow, D.H. (1990). The etiology of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 10*, 229-328.
- Kelly, B., Raphael, B., Judd, F., Kernutt, G., Burnett, P., & Burrows, G. (1998). Post-traumatic stress disorder in response to HIV infection. *General Hospital Psychiatry, 20*, 345-352.
- Kleber, R. (2000). Het trauma voorbij. Over de grenzen van de psychotraumatologie. *De Psycholoog, 35*, 8-14.
- Lauterbach, D., Burns, J., & Pavlicek, D. (1998). *Prediction of trauma exposure and PTSD severity based on personality scores*. Poster presented at the 14<sup>th</sup> annual Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies, Washington DC, november 1998.
- March, J.S. (1993). What constitutes a stressor? The 'criterion A' issue. In J.R.T. Davidson & E.B. Foa (Eds.), *Post-traumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 37-54). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Mayou, R., Bryant, B., & Duthie, R. (1993). Psychiatric consequences of road traffic accidents. *British Medical Journal, 307*, 647-651.
- McFarlane, A.C. (1989). The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry, 154*, 221-228.
- McFarlane, A.C. (1992). Avoidance and intrusion in post-traumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 180*, 439-445.
- Morgan, H.J., & Janoff-Bulman, R. (1994). Positive and negative self-complexity: Patterns of adjustment following traumatic versus non-traumatic life experiences. *Journal of Social and Clinical Psychology, 13*, 63-85.
- Reich, J.H., & Vasile, R.G. (1993). Effects of personality disorders on the treatment outcome of Axis I conditions. An update. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 181*, 475-484.
- Watson, D., & Clark, L.A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin, 96*, 465-490.
- Watson, D., & Pennebaker, J.W. (1989). Health complaints, stress and distress. Exploring the central role of Negative Affectivity. *Psychological Review, 96*, 234-254.