



**Richtlijn /** **onderbouwing**

# Traumagerelateerde Problemen

# Inhoudsopgave

<b>Onderbouwing bij hoofdstuk 1: Inleiding en verantwoording .....</b>	<b>3</b>
1.1. Doel van de richtlijn .....	3
1.2. Doelgroep .....	3
1.3. Uitgangsvragen per knelpunt .....	3
1.4. Leeswijzer .....	3
<b>Onderbouwing bij hoofdstuk 2: Normale en zorgwekkende reacties op ingrijpende gebeurtenissen.....</b>	<b>5</b>
2.1. Ingrijpende gebeurtenissen .....	5
2.2. Normale reacties van jeugdigen op ingrijpende gebeurtenissen (per leeftijdscategorie).....	6
2.3. Zorgwekkende reacties van jeugdigen op ingrijpende gebeurtenissen .....	6
2.4. Ondersteuning bieden bij het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen.....	7
2.5. Ondersteuning aan ouders om hun kind te begeleiden bij ingrijpende gebeurtenissen .....	8
2.6. Samenwerking met school na ingrijpende gebeurtenissen .....	8
2.7. Conclusies .....	8
2.8. Aanbevelingen .....	8
2.9. Kennislacunes .....	8
<b>Onderbouwing bij hoofdstuk 3: Signaleren van traumagerelateerde problemen .....</b>	<b>9</b>
3.1. Definitie van traumagerelateerde problemen.....	9
3.2. Risicofactoren voor het ontwikkelen van traumagerelateerde problemen .....	9
3.3. Beschermende factoren tegen het ontwikkelen van traumagerelateerde problemen.....	10
3.4. Effectief bevragen op ingrijpende gebeurtenissen en traumagerelateerde problemen .....	10
3.5. Betrekken van de omgeving bij het signaleren van traumagerelateerde problemen .....	11
3.6. Signaleringsinstrumenten .....	11
3.7. Signalen vastleggen en communiceren .....	11
3.8. Conclusies .....	11
3.9. Aanbevelingen .....	11
3.10. Kennislacunes .....	11
<b>Onderbouwing bij hoofdstuk 4: Toeleiden naar passende traumazorg.....</b>	<b>13</b>
4.1. Doorverwijzen voor diagnostiek van traumagerelateerde problemen .....	13
4.2. Inschakelen van gespecialiseerde behandeling voor traumagerelateerde problemen.....	13
4.3. Aanbevelingen .....	14
4.4. Kennislacunes .....	14
<b>Onderbouwing bij hoofdstuk 5: Interventies voor traumagerelateerde problemen (conceptversie) .....</b>	<b>15</b>
5.1. Diagnostiek en indicatiestelling .....	15
5.2. Effectieve interventies .....	15
5.3. Selectieve preventieve interventies .....	20
5.4. Interventies voor jeugdigen.....	20
5.5. Interventies voor het gezin/andere opvoeders .....	20
5.6. Interventies voor specifieke doelgroepen .....	21
5.7. Interventies om jeugdigen ontvankelijk te maken voor traumaverwerking .....	21
5.8. Tijdens en na de interventie .....	21
5.9. Conclusies .....	21
5.10. Aanbevelingen .....	21
5.11. Kennislacunes .....	21
<b>Literatuur.....</b>	<b>23</b>



# Onderbouwing bij hoofdstuk 1: Inleiding en verantwoording

## 1.1. Doel van de richtlijn

De richtlijn is zoveel mogelijk voor alle jeugdigen geschreven. Waar nodig zijn aanvullingen, aanpassingen of verwijzingen gegeven rondom communicatie met speciale doelgroepen, waaronder jeugdigen met een gehoor- of taalontwikkelingsstoornis, een (licht) verstandelijke beperking, een psychiatrische stoornis, een migratieachtergrond of ouders die zelf een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt.

## 1.2. Doelgroep

In deze paragraaf zijn geen verdere keuzes of overwegingen gemaakt die uitleg behoeven.

## 1.3. Uitgangsvragen per knelpunt

In deze paragraaf zijn geen verdere keuzes of overwegingen gemaakt die uitleg behoeven.

## 1.4. Leeswijzer

Deze onderbouwing is een aanvullend document op de *Richtlijn Traumagerelateerde problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Deze onderbouwing fungeert niet op zichzelf staand, maar bevat beknopte aanvullingen bij en verdieping op specifieke onderwerpen. De onderbouwing licht toe waarom bepaalde keuzes met betrekking tot de inhoud van de richtlijn zijn gemaakt. De lezer die graag de achtergrondinformatie en toelichting leest, kan de teksten van de onderbouwing op deze punten erbij pakken.

### *Dataverzameling*

Op 19 juli 2019 is een search op PubMed uitgevoerd, met als zoektermen: (“stress disorders, post-traumatic”[MeSH Terms] OR (“stress”[All Fields] AND “disorders”[All Fields] AND “post- traumatic”[All Fields]) OR “post-traumatic stress disorders”[All Fields] OR “ptsd”[All Fields]) AND (“child”[MeSH Terms] OR “child”[All Fields]). De search is gelimiteerd tot reviews en meta- analyses van de afgelopen vijf jaar. De search leverde 256 hits op, waarvan na selectie 35 titels relevant voor onze vragen waren.

Verder zijn de *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *NJi Database Effectieve Interventies*, richtlijnen en handboeken als bronnen benut. De belangrijkste worden weergegeven:

- AKWA (2020). *Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen*. VA: Author.
- Balkom, A. L. J. M. van, Vliet, I. M. van, Emmelkamp, P. M. G., Bockting, C. L. H., Spijker, J., Hermens, M. L. M., & Meeuwissen, J. A. C. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Trimboos-instituut.
- Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, S. R., Chrisman, A., Farchione, T. R., Hamilton, J., Keable, H., Kinlan, J., Schoettle, U., Siegel, M., Stock, S., & Medicus, J. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414-430.
- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & D'Abrew, N. (2013). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). *Evidence- Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(3), 1004-1016. <https://doi.org/10.1002/ebch.1916>.
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). Post-traumatic stress disorder. *NICE Guideline*. VA: Author.
- NJi (2019). *Doen Wat Werkt (DWW)*. Geraadpleegd op 16 augustus 2019 op <https://www.nji.nl/>



interventies/doen-wat-werkt-dww.

- Schnyder, U., & Cloitre, M. (Eds.) (2015). *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians*. Springer International Publishing Switzerland.

De relevante Richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming zijn gebruikt:

- Bartelink, C., Berge, I. ten, & Vianen, R. T. van (2015). *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Bartelink, C., Meuwissen, I., & Eijgenraam, K. (2017). *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Bartelink, C., Vianen, R. T. van, Mourits, E., Berge, I. J. ten, & Meuwissen, I. (2015). *Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Vink, R., Wolff, M. de, Broerse, A., & Kamphuis, M. (2016). *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Wolff, M. de, Dekker-van der Sande, F., Sterkenburg, P., & Thoomes-Vreugdenhil, A. (2017). *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Zanden, A. P. van der, Meeuwissen, J. A. C., Havinga, P., Meije, D., Konijn, C., Beentjes, M. A., Besselink, R., Celi, P., Dijk-van Hartkamp, J. van, Doesum, K. T. M. van, Meerendonk, M. G.J. A. van den, Tesselaar, S. G., & Hosman, C. M. H. (2017). *Richtlijn Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

*Grijze literatuur, ervaringskennis:*

Bij de leden van de ontwikkelwerkgroep is actief recente (wetenschappelijke) literatuur en grijze literatuur opgevraagd en op relevantie beoordeeld. Kennis van ervaringsdeskundigen is tijdens een expertmeeting (2019) en een bijeenkomst met de Cliëntentafel (2020) verzameld.



# Onderbouwing bij hoofdstuk 2: Normale en zorgwekkende reacties op ingrijpende gebeurtenissen

## 2.1. Ingrijpende gebeurtenissen

Er bestaan meerdere termen om ingrijpende gebeurtenissen te beschrijven, zoals trauma, traumatische gebeurtenis, schokkende gebeurtenis, ingrijpende gebeurtenis en stressvolle gebeurtenis. De ontwikkelwerkgroep heeft in de voorliggende richtlijn voor de term 'ingrijpende gebeurtenis' gekozen. De ontwikkelwerkgroep is van mening dat deze term neutraal is en tevens de lading dekt. Niet iedereen ontwikkelt namelijk traumagerelateerde klachten na een ingrijpende gebeurtenis. Een ingrijpende gebeurtenis kan zowel normale als zorgwekkende reacties oproepen. Daarnaast kan een term als 'trauma' verwarring scheppen, doordat deze term op verschillende manier gebruikt wordt (voor bijvoorbeeld zowel de gebeurtenis als ook voor de klinische symptomen).

### *Definitie van ingrijpende gebeurtenissen*

In de voorliggende richtlijn is de definitie van ingrijpende gebeurtenissen conform de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) als uitgangspunt genomen. Anders dan in de DSM-IV-TR is het niet langer noodzakelijk dat er een intens gevoel van angst, afschuw of hulpeloosheid aanwezig moet zijn geweest, het zogenaamde A2-criterium. Het A2-criterium is om meerdere redenen niet meer opgenomen in de DSM-5 (Knipschild & Lindauer, 2020). Zo blijkt uit onderzoek dat acute stressreacties op een ingrijpende gebeurtenis, zoals angst en hulpeloosheid, weinig voorspellende waarde blijken te hebben in het al dan niet ontwikkelen van posttraumatische stress-symptomen (Brewin et al., 2000). Ook blijkt uit verschillende onderzoeken dat er geen verschil is in ernst van de posttraumatische stress-symptomen bij mensen die na een ingrijpende gebeurtenis wel of niet voldoen aan het A2-criterium (O'Donnell, Creamer, McFarlane, Silove, & Bryant, 2010; Creamer, McFarlane, & Burgess, 2005). Tijdens de ontwikkelsessies is besproken dat voor jeugdigen hun eigen beleving van de gebeurtenis vaak meer impact heeft dan de gebeurtenis op zichzelf. De beschreven lijst van ingrijpende gebeurtenissen is niet uitputtend en enkel bedoeld om concrete voorbeelden te geven.

Behalve over ingrijpende gebeurtenissen wordt in de literatuur over *Adverse Childhood Events* (Felitti et al., 1998) geschreven, waarbij de begrippen deels overlappen. Kalmakis en Chandler (2014) stellen de volgende definitie van *Adverse Childhood Events* (ACE) voor: 'gebeurtenissen die zich voordoen in de sociale omgeving of in het gezin van een jeugdige die ontregelend en schadelijk zijn en daarmee interfereren met de gezonde ontwikkeling van een jeugdige'.

In 2016 introduceerde McLaughlin de volgende werkdefinitie van ACE's: 'ervaringen die afwijken van de normale verwachtingen van de omgeving en een significante aanpassing vragen van een jeugdige'. Recente studies zijn gericht op het verkrijgen van meer consensus over de definitie en het bereik van ACE's, om het internationale onderzoek naar ACE's te verbeteren (Bethell et al., 2017; McLaughlin, 2016).

Voorbeelden van ACE's zijn verhuizingen, scheiding van ouders en financiële problemen (Finkelhor et al., 2015). Daarnaast wordt er in de literatuur gesproken van chronische stress zonder dat er een ingrijpende gebeurtenis aan ten grondslag ligt, hetgeen voor de neurobiologische ontwikkeling van (met name jonge) jeugdigen schadelijke gevolgen heeft (Garner, 2013). Door chronische stress kan de veerkracht afnemen, waardoor jeugdigen minder goed kunnen omgaan met tegenslagen en ingrijpende gebeurtenissen.

Bij jeugdigen met een verstandelijke beperking is er een bredere range aan gebeurtenissen die als ingrijpend kunnen worden ervaren dan bij normaal begaafde jeugdigen (Vervoort-Schel et al., 2018).

Zowel door de Cliëntentafel als tijdens de ontwikkelsessies zijn suggesties gedaan voor meer voorbeelden van ingrijpende gebeurtenissen, zoals lang gescheiden zijn van de ouders bij een neonaat in de couveuse, leven met een chronische ziekte (waaronder astma of diabetes) en het opgroeien in armoede. De lijst is nadrukkelijk niet uitputtend en per specifieke gebeurtenis kan worden beoordeeld in hoeverre deze als levensbedreigend werd ervaren.

Termen als ‘type I trauma’, ‘type II trauma’, ‘complex trauma’ en ‘complexe PTSS’ worden in de praktijk en literatuur regelmatig door elkaar heen gebruikt en men geeft er verschillend invulling aan (Ter Heide et al., 2014). In de richtlijn is ervoor gekozen om terminologie die niet helder is afgebakend en gedefinieerd zoveel mogelijk te vermijden. Wel maken we in de richtlijn onderscheid tussen ‘enkelvoudig trauma’, ‘meervoudig trauma’ en ‘meervoudig interpersoonlijk trauma’. Het begrip ‘meervoudige interpersoonlijke traumatisering’ wordt in de richtlijn gebruikt daar waar sprake is van ingrijpende gebeurtenissen binnen een interpersoonlijke context en met een herhaald en langdurig karakter. De ontwikkelwerkgroep hoopt met deze terminologie de toegankelijkheid en toepasbaarheid van de richtlijn te vergroten.

## 2.2. Normale reacties van jeugdigen op ingrijpende gebeurtenissen (per leeftijdscategorie)

In de knelpuntenanalyse zijn de termen ‘normale reacties’ en ‘afwijkende reacties’ gebruikt. Tijdens de ontwikkelsessies is besloten om de termen ‘normale reacties’ en ‘zorgwekkende reacties’ te hanteren omdat deze beter uitleggen wat er bedoeld wordt. De ontwikkelwerkgroep is van mening dat zorgwekkende reacties gezien kunnen worden als normale reacties op een ingrijpende gebeurtenis die zorgwekkend worden doordat ze bijvoorbeeld niet vanzelf verdwijnen en de jeugdige mogelijk hulp nodig heeft.

### *Variatie in reacties op ingrijpende gebeurtenissen*

Vanuit de expertgroep is opgemerkt dat één van de reacties van het zenuwstelsel op een ingrijpende gebeurtenis ‘trillen’ kan zijn (in de Engelse literatuur sequencing). Jeugdprofessionals kunnen ouders voorbereiden op de mogelijkheid dat de jeugdige met het gehele lichaam of een lichaamsdeel gaat trillen, en uitleggen dat dit een stressreactie is die vanzelf zal overgaan en niet onderdrukt hoeft te worden (Ogden et al., 2000). In de praktijk is deze fase al vaak voorbij wanneer de jeugdige bij de jeugdprofessional komt.

### *Veerkracht*

Er zijn meerdere definities van veerkracht mogelijk. In de richtlijn is ervoor gekozen om te volstaan met een korte werkbare omschrijving om binnen de reikwijdte van de richtlijn te blijven.

### *Reacties per leeftijdsfase*

Begrippen als conversie en lichamelijke uitval zijn niet apart benoemd als mogelijke reacties, omdat deze onder de overkoepelende categorie ‘lichamelijke problemen zonder medische oorzaak’ vallen.

## 2.3. Zorgwekkende reacties van jeugdigen op ingrijpende gebeurtenissen

De gegeven lijst is niet uitputtend en slechts bedoeld ter illustratie. Tijdens de ontwikkelsessies was er consensus over de criteria van zorgwekkende reacties; dit gaat behalve over de ernst van de reacties ook over de duur van de symptomen en de impact ervan op het dagelijks leven van de jeugdige en diens omgeving. Daarnaast werd genoemd dat het altijd van belang blijft om oog te houden voor de normale ontwikkeling van jeugdigen, omdat niet elke verandering traumagerelateerd hoeft te zijn en deze soms ook bij de kalender-, cognitieve of sociaal- emotionele leeftijd van de jeugdige kan passen.



## 2.4. Ondersteuning bieden bij het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen

Jeugdprofessionals kunnen op diverse manieren ondersteuning bieden nadat een jeugdige een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt. In de ontwikkelsessie is besproken dat het belangrijk is om rekening te houden met meerdere scenario's:

- een jeugdige die langer geleden een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt en dit kort daarna onthult;
- een jeugdige die langer geleden een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt en dit na langere tijd onthult; en
- een jeugdige die recent een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt en dit kort daarna onthult.
- In de richtlijn staan adviezen die zich richten op de jeugdige en het systeem eromheen, zoals de ouders en leerkrachten. Hieronder volgen enkele aanvullingen op de beschreven adviezen,
- bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een acute situatie waarin de ingrijpende gebeurtenis nog moet plaatsvinden, nog aan de gang is, of zeer recent heeft plaatsgevonden. Verder worden hieronder de afwegingen beschreven die in de ontwikkelsessies zijn gemaakt over het wel of niet opnemen van bepaalde vormen van ondersteuning in de richtlijn, voornamelijk gebaseerd op de aan- of afwezigheid van *evidence*.

De leden van de expertmeeting gaven aanbevelingen die betrekking hebben op situaties waarbij er sprake is van (acute) onveiligheid en hoe hierin te handelen. In de voorliggende richtlijn verwijzen wij in dit geval naar de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (zie kopje Veiligheid, onder paragraaf 2.4).

Bij een ingrijpende gebeurtenis die nog gaat plaatsvinden of zeer recent heeft plaatsgevonden, kan het handig zijn om een feitelijk verhaal te construeren door bijvoorbeeld de methode *immediate story* (het onmiddellijke verhaal) van Parker (2011) te gebruiken: een duidelijk verhaal waarin jeugdhulpverleners op een eenvoudige en begrijpelijke manier aan de jeugdige en het gezin uitleggen waarom hulpverlening betrokken is, wat er is gebeurd en wat er gaat gebeuren.

Als jeugdprofessionals behoefte hebben aan voorbeelden van mogelijke vragen teneinde de jeugdige te ondersteunen in het onthullen van een ingrijpende gebeurtenis, kan de website [www.rakevragen.nu](http://www.rakevragen.nu) worden geraadpleegd.

De houding van de ouder of jeugdprofessional om kalm te reageren op het onthullen van een ingrijpende gebeurtenis door de jeugdige, wordt in de praktijk vaak 'kalm brein' genoemd.

In de richtlijn is ervoor gekozen om deze term niet op te nemen, omdat deze niet bij alle jeugdprofessionals bekend is. Gekozen is voor de uitleg van deze term: door zelf kalm te blijven kan de volwassene als co-regulator van de jeugdige fungeren en de jeugdige helpen om zijn eigen emoties en stress beter te kunnen hanteren. De richtlijn geeft het advies om als jeugdprofessional zelf steun, intervisie of begeleiding te zoeken wanneer hij ontregeld of overspoeld raakt, bijvoorbeeld als het eigen verleden een rol speelt of als reactie op de ingrijpende gebeurtenissen van cliënten (secundaire traumatisering). In aanvulling hierop is het ook mogelijk om in het team te bespreken of een collega bepaalde taken kan overnemen.

### *Psycho-educatie materiaal*

In de praktijk maken jeugdprofessionals die deelnemen aan de ontwikkelsessies regelmatig gebruik van psycho-educatiemateriaal uit verschillende, soms niet wetenschappelijk onderbouwde bronnen.

Onder experts is er consensus over het geven van psycho-educatie met betrekking tot de diagnose en behandeling (zie ook Schnyder & Cloitre, 2015). Voorbeelden van psycho-educatie- materiaal die in de fase van signalering worden gebruikt zijn de illustraties van Beacon House (<https://beaconhouse.org.uk/useful-resources/>), de werking van emoties in de hersenen (Brands- Zandvliet, 2011; Hughes & Baylin, 2014), de 'window of tolerance' en 'in mind platter' (Ogden et al., 2000; Siegel, 1999; Siegel & Bryson, 2013) en



Integratief Opvoeden (Schlattmann, 2021). Er is geen uitsluitel over de effectiviteit, daarom is ervoor gekozen om deze bronnen niet in de richtlijn zelf op te nemen. Het neurosequentiële model van Bruce Perry (2006) heeft op enkele plekken in Nederland jeugdprofessionals geïnspireerd in hun werk. Het is echter vanwege het vooralsnog ontbreken van gedegen onderzoek niet in de richtlijn opgenomen.

## **2.5. Ondersteuning aan ouders om hun kind te begeleiden bij ingrijpende gebeurtenissen**

In deze paragraaf zijn geen verdere keuzes of overwegingen gemaakt die uitleg behoeven.

## **2.6. Samenwerking met school na ingrijpende gebeurtenissen**

De richtlijn beschrijft theoretisch onderbouwde methoden waarmee jeugdprofessionals onderwijsprofessionals kunnen adviseren om de jeugdige bij te staan. Deze methoden volgen de drie pijlers van traumasensitief werken volgens Bath (2008): veiligheid, sociale relaties en emotie- en impulsregulatie. Er zijn echter nog twee andere methodieken voor specifieke toepassingen, die nog niet gestaafd zijn door wetenschappelijk onderzoek:

- het Vlaggensysteem (Frans & Franck, 2014) is een interventie die gezond seksueel gedrag stimuleert en bijdraagt aan het voorkómen en terugdringen van seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jeugdigen;
- snelle opvang bij seksueel misbruik van mensen met een verstandelijke beperking (Scharloo et al., 2014) is een boek dat hulpverleners kan helpen in de aanpak van seksueel misbruik bij mensen met een verstandelijke beperking.

## **2.7. Conclusies**

In deze paragraaf zijn geen verdere keuzes of overwegingen gemaakt die uitleg behoeven.

## **2.8. Aanbevelingen**

In deze paragraaf zijn geen verdere keuzes of overwegingen gemaakt die uitleg behoeven.

## **2.9. Kennislacunes**

Op een aantal thema's is er rondom 'normale en zorgwekkende reacties na een ingrijpende gebeurtenis' een lacune in de wetenschappelijke kennis. De volgende aanbevelingen voor vervolgonderzoek worden gegeven:

- onderzoek naar de impact en omvang van digitaal grensoverschrijdend gedrag;
- onderzoek naar de impact en omvang van ingrijpende gebeurtenissen die te maken hebben met cultuur en religie (zoals eerwraak);
- onderzoek naar de prevalentie van ingrijpende gebeurtenissen bij jeugdigen met een verstandelijke beperking;
- onderzoek naar de impact en omvang van mensenhandel op slachtoffers (ook jongens);
- onderzoek naar de onderliggende dynamiek bij revictimisatie en de mate waarin dit voorkomen kan worden;
- onderzoek naar psycho-educatiemateriaal om in verschillende contexten in te zetten.



# Onderbouwing bij hoofdstuk 3: Signaleren van traumagerelateerde problemen

Dit hoofdstuk van de richtlijn gaat in op hoe jeugdprofessionals de jeugdige en belangrijke anderen uit zijn omgeving kunnen betrekken en effectief bevragen bij het signaleren van traumagerelateerde problemen. Hieronder volgt een toelichting op de keuzes die gemaakt zijn met betrekking tot de definitie van traumagerelateerde problemen, en worden de verschillende theoretische modellen beschreven die ontwikkeld zijn om de gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen op jonge leeftijd te begrijpen. Verder lichten we toe hoe een afweging is gemaakt om te komen tot adviezen voor signaleringsinstrumenten voor traumagerelateerde problemen bij jeugdigen, en welke overwegingen hebben gespeeld bij adviezen over verslaglegging en communicatie naar jeugdigen, ouders en andere hulpverleners toe.

## 3.1. Definitie van traumagerelateerde problemen

In de ontwikkelwerkgroep is gediscussieerd over de vraag welke veranderingen moeten worden beschreven die zich bij een jeugdige na een ingrijpende gebeurtenis kunnen voordoen. Duidelijk werd dat het van belang is om zowel aandacht te schenken aan gedragsveranderingen als ook aan emotionele, cognitieve en fysiologische veranderingen. Maar er kunnen zich ook veranderingen voordoen in het contact met anderen en binnen het gezin. In de ontwikkelsessie werd daarom een breed scala aan symptomen benoemd, waaronder veranderingen in contactname, spel, lichaamsfuncties zoals eten, drinken, slapen, zindelijkheid, pijnbeleving, oriëntatierespons en spierspanning. Na bestudering van de DSM-5 classificaties waren de experts het erover eens dat voorbeelden en beschrijvingen van symptomen concreter zijn en makkelijker gesignaleerd kunnen worden, wat beter bij het doel van de richtlijn aansluit. Om deze reden is ervoor gekozen om de beschikbare kaders, ordeningsmodellen en terminologie voor zover mogelijk los te laten, en ze in plaats daarvan te omschrijven. Zo worden bijvoorbeeld de overeenkomsten tussen de diverse concepten concreet beschreven.

Er zijn verschillende beschikbare modellen en concepten die de gevolgen van meervoudige interpersoonlijke traumatisering op de ontwikkeling van jeugdigen beschrijven (Briere & Spinazzola, 2005; Cloitre et al., 2002; Cloitre et al., 2011; Ford et al., 2005). De ontwikkelwerkgroep heeft er vanwege de afwezigheid van wetenschappelijk bewijs en consensus voor gekozen om deze modellen en concepten vooralsnog alleen in de onderbouwing te benoemen, en (nog) niet in de richtlijn zelf op te nemen. Een bekend, op consensus gebaseerde classificatie, is de traumaontwikkelingsstoornis van Van der Kolk (2005). Deze stoornis is niet opgenomen in de DSM-5, omdat het onderbouwend onderzoek ten tijde van het verschijnen van de DSM-5 nog niet afgerond was. Het ontbreekt nog aan overeenstemming welke elementen kenmerkend zijn voor de traumaontwikkelingsstoornis. Een ander concept dat in de praktijk wordt toegepast is het *Attachment, Regulation and Competency* (ARC) model (Blaustein & Kinniburgh, 2018). Beide concepten nemen aan dat meervoudige interpersoonlijke traumatisering op jonge leeftijd gevolgen kan hebben voor de (neurobiologische) ontwikkeling, zich uitend in problemen op het gebied van zelfregulatie, negatieve cognities en functionele beperkingen, zowel maatschappelijk als relationeel. Hoewel het wetenschappelijk bewijs voor deze concepten nog niet is geleverd, hebben ze wel hun weg naar de praktijk gevonden.

## 3.2. Risicofactoren voor het ontwikkelen van traumagerelateerde problemen

Voor de ordening van de risicofactoren in deze paragraaf is gekozen voor de meest gebruikte onderverdeling: 'gebeurtenis', 'jeugdige' en 'ouders, gezin en omgeving' (zie literatuurverwijzing in de richtlijn).



### 3.3. Beschermende factoren tegen het ontwikkelen van traumagerelateerde problemen

Voor de ordening van de beschermende factoren in deze paragraaf is gekozen voor de meest gebruikte onderverdeling: 'gebeurtenis', 'jeugdige' en 'ouders, gezin en omgeving' (zie literatuurverwijzing in de richtlijn).

### 3.4. Effectief bevragen op ingrijpende gebeurtenissen en traumagerelateerde problemen

Tijdens de ontwikkelsessies is uitgebreid aandacht besteed aan het afnemen van vragenlijsten om ingrijpende gebeurtenissen en traumagerelateerde problemen in kaart te brengen. Aan de orde kwamen vragen als:

- wie vraagt ingrijpende gebeurtenissen uit?
- wie laat je de vragenlijsten invullen?
- op welk moment?
- met welk doel en op welke locatie?

Er was consensus over het volgende: jeugdprofessionals bevragen de jeugdige en/of ouders met als doel om kort te screenen of de jeugdige één of meerdere ingrijpende gebeurtenissen heeft meegemaakt, of er klachten zijn en of er mogelijk een relatie is tussen deze meegemaakte gebeurtenis(sen) en de aanwezige klachten. Verder is het van belang om eerst een connectie met de jeugdige en/of ouders te hebben en hen daarna een vragenlijst in te laten vullen. Het is dus niet aan te raden om vragenlijsten in te laten vullen voorafgaand aan een eerste gesprek.

Ook is het goed om een keuze te maken door wie de jeugdprofessional bepaalde vragenlijsten laat invullen (jeugdige en/of ouders), waar dit invullen plaatsvindt (thuis of op een locatie) en wat in zelfrapportage wordt ingevuld of kan worden uitgevraagd in een gesprek. Volgens de ontwikkelwerkgroep heeft het de voorkeur om vragenlijsten zoveel mogelijk samen met jeugdige en/of ouders in een gesprek af te nemen.

Ook is gesproken over de randvoorwaarden rondom het uitvragen van ingrijpende gebeurtenissen en klachten. Deze randvoorwaarden zijn opgenomen in de 'do's'. Zo is er vooraf toestemming nodig en moeten er afspraken gemaakt worden met wie de informatie gedeeld mag worden. Ook is het een voorwaarde dat er binnen korte tijd na afname van diagnostische middelen een traumabehandeling kan starten mits zoiets geïndiceerd zou zijn. Verder is besproken dat het belangrijk is om de vraag of een jeugdige ingrijpende gebeurtenissen heeft meegemaakt structureel te laten terugkomen.

Daarnaast is benoemd dat het voor jeugdigen lastig kan zijn om woorden te geven aan wat ze hebben meegemaakt. Drempelverlagende technieken die de jeugdprofessional kan inzetten zijn:

- zelf niet om lastige onderwerpen heen draaien;
- zelf woorden geven aan ingrijpende gebeurtenissen;
- directief bevragen.
- Het samen doornemen van screeningslijsten kan hierbij helpen.

Ook is besproken dat het van belang is om vanuit ingrijpende gebeurtenissen te kijken naar eventuele traumagerelateerde klachten en niet andersom: niet uit een klacht afleiden dat een bepaalde ingrijpende gebeurtenis moet hebben plaatsgevonden. Bij bedplassen op latere leeftijd wordt wel eens gedacht dat iemand seksueel misbruikt is. Hoewel bedplassen een traumagerelateerde klacht kan zijn, betekent bedplassen niet altijd dat een jeugdige een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt. Het is belangrijk dat de jeugdprofessional hier alert op blijft.

Er is geen wetenschappelijk bewijs voor de frequentie waarmee een jeugdprofessional bij een jeugdige en zijn ouders zou moeten navragen of er ingrijpende gebeurtenissen hebben plaatsgevonden. Binnen de ontwikkelwerkgroep is de ervaring dat halfjaarlijks of jaarlijks gepast is.



### 3.5. Betrekken van de omgeving bij het signaleren van traumagerelateerde problemen

In deze paragraaf zijn geen verdere keuzes of overwegingen gemaakt die uitleg behoeven.

### 3.6. Signaleringsinstrumenten

De genoemde vragenlijsten zijn gekozen op basis van diverse criteria, zoals het doel (screening in plaats van diagnostiek), (gratis) beschikbaarheid, toegankelijkheid (in het Nederlands en af te nemen zonder training), betrouwbaarheid en validiteit, wetenschappelijke onderbouwing, afnameduur en versies voor meerdere informanten. De aanbevolen vragenlijsten in de richtlijn zijn gratis, makkelijk en/of in meerdere talen beschikbaar, hebben goede psychometrische eigenschappen en/of hebben een kind- en ouderversie.

De LEC-5 is gekozen omdat hier het meeste onderzoek naar is gedaan, aangezien de LEC-5 onderdeel uitmaakt van een breder diagnostisch onderzoek met de *Clinician Administered PTSD scale for Children and Adolescents* (CAPS-CA DSM-5; Meijel et al., 2019; zie ook hieronder). Ook geeft de LEC-5 een indicatie van verschillende vormen van kindermishandeling. Of ook emotionele verwaarlozing ermee ontdekt kan worden, lijkt echter (nog) niet goed te zijn onderzocht.

Er is voor gekozen om geen diagnostische middelen te beschrijven, omdat de richtlijn gericht is op signalering en screening en het kort aanstippen van mogelijk ingrijpende gebeurtenissen en ontwikkelde klachten van een jeugdige. Pas als duidelijk is dat traumabehandeling op korte termijn kan starten, kan diagnostisch onderzoek plaatsvinden. Daarvoor is de CAPS-CA DSM- 5 geschikt (Meijel et al., 2019). Voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking kan het nodig zijn om andere middelen te gebruiken, bijvoorbeeld het Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren Licht Verstandelijke Beperking (DITS-LVB). Dit is een klinisch interview voor kinderen vanaf zes jaar met een lichte verstandelijke beperking. Het is kosteloos te downloaden via de website van het Accare Child Study Center: Zie <https://www.accare.nl/child-study-center/kennisdomein/dits-lvb>

Het voert te ver voor deze richtlijn om deze instrumenten uitvoerig te beschrijven. Het is wel belangrijk om aan de jeugdige uit te leggen waarom er niet verder ingegaan wordt op de gebeurtenis en/of de klachten.

### 3.7. Signalen vastleggen en communiceren

In de literatuur wordt het actief volgen en monitoren van eventuele klachten in de eerste weken na het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis vaak *watchful waiting* genoemd. Omdat deze term niet bij alle jeugdprofessionals bekend is, is ervoor gekozen om de term te vermijden en alleen te omschrijven.

### 3.8. Conclusies

In deze paragraaf zijn geen verdere keuzes of overwegingen gemaakt die uitleg behoeven.

### 3.9. Aanbevelingen

In deze paragraaf zijn geen verdere keuzes of overwegingen gemaakt die uitleg behoeven.

### 3.10. Kennislacunes

Op een aantal thema's is er rondom het 'signaleren van traumagerelateerde problemen' een lacune in wetenschappelijke kennis. De volgende aanbevelingen voor vervolgonderzoek worden gegeven:

- onderzoek naar fysieke/lichfelijke reacties bij jeugdigen als gevolg van (onverwerkte) ingrijpende gebeurtenissen;
- onderzoek naar intergenerationale overdracht van traumatisering: hoe dit in een vroeg stadium te signaleren en te doorbreken;



- onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van de Kind en Jeugd Trauma Screener (KJTS, vertaling van de Child and Adolescent Trauma Screening (CATS; Sachser et al., 2017). De KJTS is een korte vragenlijst waarmee gescreend wordt op de aanwezigheid van symptomen van PTSS conform de DSM-5.

## Onderbouwing bij hoofdstuk 4: Toeleden naar passende traumazorg

Dit hoofdstuk van de richtlijn beschrijft wanneer jeugdprofessionals gespecialiseerde zorg moeten inschakelen, afhankelijk van de aard en duur, de intensiteit en de complexiteit van de traumagerelateerde klachten van de jeugdige en het systeem. Dit hoofdstuk geeft een toelichting op de keuzes die zijn gemaakt in de ontwikkelwerkgroep met betrekking tot criteria voor doorverwijzing en het proces daarvan.

Over het advies om jonge leeftijd van een kind als criterium voor snel toeleden naar traumazorg op te nemen, was de ontwikkelwerkgroep het eens. Het is bekend dat de eerste 1001 dagen van het leven van het kind een kritieke periode voor een gezonde ontwikkeling betreft. Daarnaast is besproken dat bij comorbiditeit de jeugd-GGZ voor consultatie of het voortzetten van diagnostiek en/of behandeling betrokken kan worden.

### 4.1. Doorverwijzen voor diagnostiek van traumagerelateerde problemen

De ontwikkelwerkgroep vindt het bovendien zeer wenselijk dat de samenwerking tussen en binnen (verschillende afdelingen van) instellingen goed verloopt. Een voorbeeld uit de praktijk, dat werd benoemd door experts, is dat een jeugdige met traumagerelateerde problemen niet altijd gemakkelijk kan worden aangemeld voor nadere diagnostiek en behandeling bij de jeugd-GGZ. In de ontwikkelsessies zijn enkele knelpunten rondom het verwijzen van jeugdigen besproken, waaronder: lange wachtlijsten; dat jeugdigen telkens opnieuw hun verhaal moeten vertellen; de afweging tussen de juiste behandeling en wachttijd van die behandeling; en dat verschillende losse modules als 'losse eilandjes' worden ervaren. Een nauwe samenwerking tussen jeugdprofessionals, waarbij goede afspraken worden gemaakt over wie wat doet in een traject, kan hier verbetering in brengen.

Ook de cliëntentafel merkte op dat de richtlijn niets zegt over hoe te handelen als de meest passende hulpverlening niet ingezet kan worden, door bijvoorbeeld lange wachtlijsten. In de richtlijn is hierover een extra paragraaf toegevoegd.

Verder hadden de ontwikkelwerkgroepleden de wens om een korte lijst op te nemen met criteria waar traumabehandelaars aan zouden moeten voldoen. Er is consensus over de volgende criteria:

- (kinder- en jeugd)psychologen NIP, orthopedagogen (generalist), GZ- en klinisch psychologen of kinder- en jeugdpsychiaters;
- met ervaring op het gebied van diagnostiek en (bij voorkeur meerdere vormen van) effectieve traumabehandeling;
- die een erkende opleiding of training voor de specifieke traumabehandeling hebben afgerond;
- en oog hebben voor andere kind- en systeemfactoren, waaronder bijvoorbeeld de aanwezigheid van een (licht) verstandelijke beperking en taal- of cultuurverschillen.

### 4.2. Inschakelen van gespecialiseerde behandeling voor traumagerelateerde problemen

#### *Interventies*

De richtlijn richt zich op de signalering van traumagerelateerde problemen. Daarnaast gaat deze in op eerste-keus-behandelinterventies, zodat jeugdprofessionals jeugdigen goed kunnen toeleden naar passende traumazorg. In de richtlijn zijn bovendien de referenties naar de bestaande (internationale) richtlijnen voor posttraumatische stress-stoornis opgenomen, die benoemen dat cognitieve gedragstherapie en EMDR de eerste-keus-behandelinterventies zijn.



Naast eerste-keus-behandelinterventies, wilde de ontwikkelwerkgroep in de onderbouwing graag ook enkele aanvullende interventies benoemen die theoretisch goed onderbouwd zijn en/of een weerspiegeling vormen van de Nederlandse praktijk. Het is de plicht van een jeugdprofessional om altijd te starten met een eerste-keus-behandeling, tenzij er sprake is van belemmeringen waardoor dit niet lukt. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer de zorg niet beschikbaar is, als de jeugdige geen herinnering aan de ingrijpende gebeurtenis heeft, en niet over de ingrijpende gebeurtenis kan of wil praten. In deze situaties kan overwogen worden om te starten met een tweede- of derde-keus-behandeling, waarbij na afronding afgewogen moet worden of het mogelijk is om alsnog een eerste-keus-behandeling in te zetten. Zie voor een uitgebreide toelichting hoofdstuk 5 van de richtlijn en van de onderbouwing.

Niet in de richtlijn en onderbouwing opgenomen zijn interventies, denkkaders of modellen voor traumaverwerking waarvoor onvoldoende onderbouwing is, die nog niet zijn onderzocht of nog niet erkend zijn in Nederland, die niet in Nederland of in het Nederlands beschikbaar zijn of die niet of nauwelijks in Nederland worden gebruikt.

De cliëntentafel gaf verscheidene opmerkingen en aanbevelingen die betrekking hadden op de daadwerkelijke traumabehandeling. Zo noemde zij het belang van de betrokkenheid van het netwerk tijdens de behandeling, het belang van maatwerk en mogelijke intense reacties die voorkomen tijdens behandeling.

### 4.3. Aanbevelingen

In deze paragraaf zijn geen verdere keuzes of overwegingen gemaakt die uitleg behoeven.

### 4.4. Kennislacunes

Op een aantal thema's is er rondom het 'toeleiden naar passende traumazorg' een lacune in wetenschappelijke kennis. De volgende aanbevelingen voor vervolgonderzoek worden gegeven:

- onderzoek naar de effectiviteit van digitale behandelmethodes/*(blended) e-health*/ digitale exposure;
- onderzoek naar de mogelijkheden en effectiviteit van behandelingen voor jeugdigen met een (lichte) verstandelijke beperking;
- onderzoek naar een antwoord op de vraag waarom bepaalde behandelingen bij jeugdigen niet aanslaan;
- onderzoek naar het voorspellen van behandel succes bij heel jonge kinderen (welke behandeling is meest effectief?);
- onderzoek naar screeningsinstrumenten voor zeer jonge kinderen (0-4 jaar);
- onderzoek naar de langeretermijneffecten van ingezette zorg;
- onderzoek naar de mogelijke meerwaarde en nut van jaarlijkse controle afspraken na het succesvol afronden van een behandeling;
- onderzoek naar de inzet van ervaringsdeskundigheid;
- onderzoek naar het effect van lichaamsgerichte interventies;
- onderzoek naar het inzetten van psychosociale zorg aan jeugdigen die naar Nederland zijn gevlucht en hier (al dan niet tijdelijk) verblijven.

# Onderbouwing bij hoofdstuk 5: Interventies voor traumagerelateerde problemen

Het hoofdstuk Interventies van de richtlijn beschrijft welke gespecialiseerde zorg jeugdprofessionals kunnen inzetten. Dit hoofdstuk geeft een toelichting op de keuzes die zijn gemaakt in de ontwikkelwerkgroep met betrekking tot de inclusie van diagnostische instrumenten en interventies.

## 5.1. Diagnostiek en indicatiestelling

Aan jeugdprofessionals wordt geadviseerd om bij klachten die voort kunnen komen uit stressvolle en ingrijpende levensgebeurtenissen de levensgeschiedenis uit te vragen. Om ingrijpende levensgebeurtenissen uit te vragen zijn gevalideerde instrumenten beschikbaar.

In overleg met de praktijkexperts die zitting in de ontwikkelgroep hebben genomen is besloten om een tweetal diagnostische protocollen te adviseren. Deze protocollen zijn recent geactualiseerd, hebben een peer-review proces doorlopen en zijn in de praktijk bruikbaar gebleken. Tijdens de ontwikkelsessies met praktijkexperts is beoordeeld of er tussen publicatie van de protocollen en het ontwikkelen van de voorliggende richtlijn nieuwe instrumenten ontwikkeld zijn. Er is geconcludeerd dat er geen aanvullingen nodig zijn. Ten behoeve van de diagnostische beeldvorming en indicatie wordt daarom geadviseerd gebruik te maken van:

- *Protocol voor classificatie, screening en diagnostiek van trauma- en stressgerelateerde & dissociatieve stoornissen bij kinderen en adolescenten* (Beer e.a., 2020). Het protocol is [hier](#) te downloaden.
- *Tijdig signaleren en behandelen van trauma- en stressorgerelateerde problemen bij jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking* (Van Kregten e.a., 2020). Het protocol is [hier](#) te downloaden.

## 5.2. Effectieve interventies

In hoofdstuk 4 van de voorliggende richtlijn zijn een aantal interventies geadviseerd, zodat jeugdprofessionals jeugdigen kunnen toeleiden naar passende traumazorg. Met de ontwikkeling van het hoofdstuk Interventies is in samenspraak met de praktijkexperts uit de ontwikkelgroep besloten om een volledig overzicht van de bestaande interventies op te stellen op basis van een literatuur search, databank effectieve jeugdinterventies van het NJi en richtlijnen.

### *Search*

De recent uitgevoerde search door [Kooij e.a. \(2022\)](#) is met toestemming gebruikt om een overzicht te krijgen van interventies die effectief zijn in het behandelen van trauma- en stressgerelateerde problemen.

### *Zorgstandaarden/richtlijnen*

Om de lijst met interventies aan te vullen is gezocht binnen recent gepubliceerde richtlijnen ([NICE](#)), zorgstandaarden ([Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen](#)) en kenniscentra ([kenniscentrum-KJP: trauma en kindermishandeling](#)).

### *Databank*

Om de lijst met interventies aan te vullen zijn alle 326 interventies die in de [Databank Effectieve Jeugdinterventies](#) opgenomen zijn bestudeerd. Interventies waarbij als doel beschreven staat om trauma- en stressgerelateerde problemen te verminderen, zijn aan de lijst toegevoegd



## *Praktijkexperts*

Het overzicht aan interventies dat uit de search, zorgstandaarden/richtlijnen en Databank is gekomen is vervolgens aan de praktijkexperts van de ontwikkelgroep voorgelegd. Tijdens de eerste ontwikkelsessie is de lijst met interventies aangevuld met interventies die nog niet naar voren zijn gekomen, maar die wel in Nederland worden toegepast.

Tijdens de tweede ontwikkelsessie is de complete lijst van 54 interventies doorgelopen. De ‘vals positieve’ interventies zijn uit de lijst verwijderd, waarna een lijst van 44 interventies over is gebleven. Vals positieve interventies zijn interventies die wel in naar voren zijn gekomen, maar niet in Nederland beschikbaar zijn of niet bij jeugdigen toegepast worden. Vervolgens zijn alle 44 overgebleven interventies aan de hand van de volgende criteria beoordeeld:

- Voor welke leeftijdsgroep is de interventie?
- Bij welke type trauma wordt de interventie ingezet?
- Voor welke specifieke doelgroep is de interventie ontwikkeld?
- In welke context wordt de interventie ingezet?
- Wat is er bekend over het bewijs voor effectiviteit?
- Is de interventie toegankelijk (is er een Nederlandse handleiding, opleiding en supervisie)?

Op basis van consensus zijn de tabellen op pagina 17-19 opgesteld. In de ontwikkelgroep zijn per interventie de verschillende criteria beoordeeld. In de tabel is zichtbaar gemaakt aan welke criteria voldaan wordt (groen), aan welke criteria volgens de ontwikkelgroep niet voldaan wordt (rood) en van welke criteria onvoldoende informatie beschikbaar is om te kunnen beoordelen/er geen consensus is (oranje).

## *Geïnccludeerde interventies*

In de richtlijn zijn uiteindelijk interventies opgenomen die opgenomen zijn in de Databank Effectieve Jeugdinterventies en/of waarvoor wetenschappelijke evidentie aanwezig is én die door de praktijkexperts geadviseerd worden. De interventies zijn in het Nederlands beschikbaar en er is geaccrediteerd opleidingsaanbod. Om in de hoeveelheid aan interventies overzicht te scheppen is ervoor gekozen om het richtlijn hoofdstuk van de volgende paragrafen te voorzien, namelijk:

- Selectieve preventie interventies; interventies die in een acute fase ingezet worden
- Interventies voor jeugdigen; individuele psychologische behandelingen
- Interventies voor het gezin/andere opvoeders

In de tabellen (pagina 17-19) staan ook interventies opgenomen waarvoor wetenschappelijk evidentie ontbreekt, maar die door praktijkexperts uit de ontwikkelsessie geadviseerd worden. Zoals beschreven in hoofdstuk 4 van de richtlijn gelden deze interventies als tweede- en derde-keus-behandelingen.

Tot slot bestaan er interventies die de ontwikkelgroep afraadt om toe te passen. Deze interventies zijn niet in databanken opgenomen, er is in Nederland (nog) geen onderzoek naar verricht, wetenschappelijke evidentie ontbreekt en binnen de ontwikkelgroep van de richtlijn is geconcludeerd dat er onvoldoende draagvlak is om de interventies als 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> keuze te adviseren. Het kan gaan om interventies die niet directief zijn, non-verbaal, en niet gerelateerd aan de meegemaakte ingrijpende gebeurtenis. Wanneer in de tabel op pagina 22 -24 bij conclusie een negatief advies staat voor 1e keus én 2e/3e keus dan ontraden we de inzet van deze behandeling. Het is raadzaam om advies te vragen aan een gekwalificeerde traumatherapeut (zie H4). Het inzetten van niet geadviseerde interventies kan risico op schade met zich meebrengen en tot uitstel leiden van behandeling van traumagerelateerde klachten.





	Leeftijd				Trauma			Context en doelgroep										Bewijskracht					Toegankelijkheid			Conclusie	
	prenataal	0 - 6 jaar	6-12 jaar	12-18 jaar (/23 jaar)	preventief a	enkelvoudig	meervoudig interpersoonlijk	jeugdige	opvoeders	omgeving	visueel beperking	TOS	vluchtelingen	psychiatrische problematiek	somatisch	verstandelijke beperking	slachtoffers van mensenhandel	culturele achtergronden	opgenomen in richtlijnen	wetenschappelijk evidentie	opgenomen in databank	geadviseerd door klinici	ervaringsdeskundig perspectief	Materiaal in het Nederlands	geaccrediteerd nascholingsonderwijs	kwaliteitsborging (supervisie)	opnemen in Richtlijn (1 <sup>e</sup> keuze)
ACT																										Nee	Nee
Animal Assisted Therapy																										Nee	Ja
Asja																										Nee	Ja
Centrum Seksueel Geweld																										Ja	Ja
CPP																										Nee	Ja
CPT																										Nee	Ja
Creatieve Therapie																										Nee	Ja
DDP																										Nee	Ja
DGT																										Nee	Nee
EMDR																										Ja	Ja
Eva-Zahir																										Nee	Ja
Farmacotherapie																										Nee	Nee
Heibel Thuis																										Nee	Nee
Helpen bij Herstel																										Nee	Ja
Horizonmethodiek																										Nee	Ja
Hypnotherapie																										Nee	Nee
IGTK																										Ja	Ja
Imaginaire Exposure (IE/PE)																										Ja	Ja
IMRS																										Nee	Ja

Tabel 1 Overzicht interventies voor de behandeling van traumagerelateerde problemen



	Leeftijd				Trauma			Context en doelgroep										Bewijskracht					Toegankelijkheid			Conclusie			
	prenataal	0 - 6 jaar	6-12 jaar	12-18 jaar (/23 jaar)	preventief a	enkelvoudig	meervoudig interpersoonlijk	jeugdige	opvoeders	omgeving	visueel beperking	TOS	vluchtelingen	psychiatrische problematiek	somatisch	verstanelijke beperking	slachtoffers van mensenhandel	culturele achtergronden	opgenomen in richtlijnen	wetenschappelijk evidentie	opgenomen in databank	geadviseerd door klinici	ervaringsdeskundig perspectief	Materiaal in het Nederlands	geaccrediteerd nascholingsonderwijs	kwaliteitsborging (supervisie)	opnemen in Richtlijn (1 <sup>e</sup> keuze)	opnemen in Onderbouwing (2 <sup>e</sup> en 3 <sup>e</sup> keuze)	
Intensieve traumabehandeling (KINGS/KIT/ITB)	Red	Red	Green	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Ja	Ja
KIDNET (NET)	Red	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Ja	Ja
Kortdurende Psychodynamische Therapie	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Nee	Nee
Lesgeven aan Getraumatiseerde Kinderen	Red	Red	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Nee	Ja
Mindfulness	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Nee	Nee
Neurofeedback	Red	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Nee	Nee
NMT	Red	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Nee	Nee
Past Reality Integration	Red	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Nee	Nee
PMT	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Nee	Ja
PINQ Crisis	Red	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Red	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Nee	Ja
PINQ Gesloten	Red	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Red	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Nee	Ja
Psychodynamische kindtherapie	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Nee	Nee
Rots en Water, module trauma en rouw	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Nee	Nee
Sensorimotor psychotherapie	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Nee	Ja



	Leeftijd				Trauma			Context en doelgroep										Bewijskracht					Toegankelijkheid			Conclusie		
	prenataal	0 - 6 jaar	6-12 jaar	12-18 jaar (/23 jaar)	preventief a	enkelvoudig	meervoudig interpersoonlijk	jeugdige	opvoeders	omgeving	visueel beperking	TOS	vluchtelingen	psychiatrische problematiek	somatisch	verstanelijke beperking	slachtoffers van mensenhandel	culturele achtergronden	opgenomen in richtlijnen	wetenschappelijk evidentie	opgenomen in databank	geadviseerd door klinici	ervaringsdeskundig perspectief	Materiaal in het Nederlands	geaccrediteerd nascholingsonderwijs	kwaliteitsborging (supervisie)	opnemen in Richtlijn (1 <sup>e</sup> keuze)	opnemen in Onderbouwing (2 <sup>e</sup> en 3 <sup>e</sup> keuze)
Slapende honden? Wakker maken!	Red	Green	Green	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Green	Red	Red	Nee	Ja
SOS	Orange	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Green	Red	Red	Nee	Ja
Speltherapie	Red	Green	Green	Red	Orange	Orange	Orange	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Orange	Orange	Orange	Nee	Nee
Stapstenen	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Nee	Ja
Tem je Draak	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Red	Red	Red	Orange	Red	Green	Red	Red	Nee	Ja
TF-CBT	Red	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Red	Green	Green	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Ja	Ja
Tijd voor Toontje	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Red	Red	Green	Orange	Red	Orange	Red	Red	Nee	Ja
TRAP	Red	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Red	Green	Orange	Red	Orange	Red	Green	Green	Orange	Nee	Ja
Teaching Recovery Techniques	Red	Red	Orange	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Red	Green	Orange	Orange	Red	Red	Red	Red	Nee	Ja
Veilig Lima	Red	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Orange	Orange	Orange	Nee	Nee
Write Junior	Red	Orange	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Orange	Orange	Orange	Orange	Red	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Ja	Ja
Zorgen voor Getraumatiseerde kinderen	Red	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Ja	Ja



### 5.3. Selectieve preventieve interventies

In deze paragraaf zijn geen verdere keuzes of overwegingen gemaakt die uitleg behoeven.

### 5.4. Interventies voor jeugdigen

De 1<sup>e</sup> keus behandelingen staan in de richtlijn beschreven. Wanneer een 1<sup>e</sup> keuze interventie onvoldoende effect sorteert, wordt aanbevolen om over te stappen op een andere 1<sup>e</sup> keuze interventie. Leidt ook deze interventie niet tot klachtvermindering dan kan overwogen worden interventies uit de tabel in te zetten die als 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> keuze interventies opgenomen zijn.

#### *Werkzame elementen in traumaverwerkingsbehandelingen*

Er bestaan verschillende theoretische visies van waaruit interventies voor jeugdigen ingericht worden (Kooij e.a., 2022). Onderzoek van Kooij en collega's laat zien, dat een aantal overeenkomstige kenmerken aanwezig zijn in meerdere van deze bewezen effectieve interventies. Deze kenmerken zijn onder te verdelen in 1) technieken en 2) mechanismen.

#### **Werkzame elementen in een traumabehandeling (technieken)**

- Psycho-educatie
- Vergroten van regulatie vaardigheden (relaxatie)
- Vaststellen van de ingrijpende en stressvolle gebeurtenis(sen)
- Traumatische herinneringen activeren
- Exposure aan de traumatische herinnering
- Huiswerk
- Cognitieve herstructurering (cognitive shift)
- Social sharing (delen van het traumaverhaal met een ander)
- Toekomstperspectief
- Evaluatie van de behandeling en vaststellen leereffect

#### **Werkzame elementen in een traumabehandeling (mechanismen)**

- Consolidatie
- (re)Processing van de traumatische herinnering
- Therapeutische relatie
- Motivatie
- Affect modulatie
- Integratie
- Sharing

### 5.5 Interventies voor het gezin/andere opvoeders

Er worden verschillende vormen van intensieve traumabehandeling geadviseerd. Deze intensieve vormen hebben meer overeenkomsten met elkaar dan verschillen. De programma's maken veelal gebruik van meerdere traumaverwerkingstechnieken, betrekken het gezin intensief en bieden vaak meerdere sessies op een dag en in een week.

Als doelstelling van deze programma's is beschreven het verwerken van traumatische herinneringen en het verbeteren van opvoedvaardigheden. Hierbij moet opgemerkt worden dat er nuance verschillen tussen de programma's bestaan, waarbij er per programma eigen en unieke accenten gelegd worden. De behandelprogramma's worden continu doorontwikkeld.

## 5.6. Interventies voor specifieke doelgroepen

In deze paragraaf zijn geen verdere keuzes of overwegingen gemaakt die uitleg behoeven.

## 5.7. Interventies om jeugdigen ontvankelijk te maken voor traumaverwerking

In deze paragraaf zijn geen verdere keuzes of overwegingen gemaakt die uitleg behoeven.

## 5.8. Tijdens en na de interventie

Binnen de ontwikkelgroep is discussie geweest over de term ‘terugvalpreventie’. In de klinische praktijk wordt opgemerkt, zeker bij jeugdigen die meervoudig en interpersoonlijk getraumatiseerd zijn, dat een traumabehandeling succesvol doorlopen kan worden, maar dat sommige jeugdigen enige tijd later opnieuw voor behandeling aangemeld wordt. De ontwikkelgroep merkt op dat met de intrede van een nieuwe levens- en ontwikkelfase, de betekenisverlening over hetgeen iemand heeft meegemaakt kan veranderen. Ook komt het voor dat jeugdigen nieuwe stressvolle en ingrijpende levensgebeurtenissen meemaken. Beide situaties kunnen als gevolg hebben dat er opnieuw (traumagerelateerde) problemen en zorgen ontstaan, waarvoor jeugdhulpverlening geïndiceerd is. Hoewel de ontwikkelgroep niet helemaal tevreden is over de term ‘terugvalpreventie’, wordt geadviseerd een vergelijkbaar plan op te stellen, in samenspraak met de jeugdige, gezin en betrokkenen, waarin veelvoorkomende signalen worden vastgelegd en waar een jeugdige met vragen terecht kan.

In het verlengde van het terugvalpreventieplan is binnen de ontwikkelgroep gesproken over een jaarlijkse controle afspraak. Een overweging is geweest om een jaarlijkse controle afspraak te adviseren voor de groep jeugdigen die meervoudig en interpersoonlijk getraumatiseerd zijn. De wetenschappelijke evidentie voor een dergelijk ingrijpend advies ontbreekt echter nog. De inzet van jaarlijkse controles wordt derhalve opgenomen als Kennislacune, waarbij geadviseerd wordt nader kosten- en effectiviteitsonderzoek te verrichten.

## 5.9. Conclusies

In deze paragraaf zijn geen verdere keuzes of overwegingen gemaakt die uitleg behoeven.

## 5.10. Aanbevelingen

In deze paragraaf zijn geen verdere keuzes of overwegingen gemaakt die uitleg behoeven.

## 5.11. Kennislacunes

Op een aantal thema's is er rondom 'Interventies' een lacune in wetenschappelijke kennis. Deze staan ook al onder hoofdstuk 4 van de richtlijn beschreven. De volgende aanbevelingen voor vervolgonderzoek worden gegeven:

- onderzoek naar de effectiviteit van digitale behandelmethodes/*(blended) e-health*/ digitale exposure;
- onderzoek naar de mogelijkheden en effectiviteit van behandelingen voor jeugdigen met een (lichte) verstandelijke beperking;
- onderzoek naar een antwoord op de vraag waarom bepaalde behandelingen bij jeugdigen niet aanslaan;
- onderzoek naar het voorspellen van behandelingsucces bij heel jonge kinderen (welke behandeling is meest effectief?);
- onderzoek naar screeningsinstrumenten voor zeer jonge kinderen (0-4 jaar);
- onderzoek naar de langeretermijneffecten van ingezette zorg;
- onderzoek naar de mogelijke meerwaarde en nut van jaarlijkse controle afspraken na het succesvol afronden van een behandeling;
- onderzoek naar de inzet van ervaringsdeskundigheid;
- onderzoek naar het effect van lichaamsgerichte interventies;
- onderzoek naar het inzetten van psychosociale zorg aan jeugdigen die naar Nederland zijn gevlucht en hier

(al dan niet tijdelijk) verblijven.

- Onderzoek naar de inzet van animal assisted interventies.
- Onderzoek naar de effectiviteit van traumabehandeling bij jeugdigen die hoogbegaafd zijn.
- Onderzoek naar kosten- en effectiviteitsonderzoek van jaarlijkse controleafspraken na afgeronde traumabehandeling.



# Literatuur

- AKWA (2020). Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. VA: Author. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. VA: Author.
- Balkom, A. L. J. M. van, Vliet, I. M. van, Emmelkamp, P. M. G., Bockting, C. L. H., Spijker, J., Hermens, M. L. M., & Meeuwissen, J. A. C. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Trimbos-instituut.
- Bartelink, C., Berge, I. ten, & Vianen, R. T. van (2015). *Richtlijn Uithuisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Bartelink, C., Meuwissen, I., & Eijgenraam, K. (2017). *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Bartelink, C., Vianen, R. T. van, Mourits, E., Berge, I. J. ten, & Meuwissen, I. (2015). *Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. *Reclaiming Children and Youth, 17*(3), 17-21.
- Bethell, C. D., Davis, M. B., Gombojav, N., Stumbo, S., & Powers, K. (2017). *Issue Brief. A national and across-state profile on Adverse Childhood Experiences among U.S. children and possibilities to heal and thrive*. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, October. [experiences-aces/](#).
- Blaustein, M., & Kinniburgh, K. (2018). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency (second edition)*. Guilford Press.
- Brands-Zandvliet, W. (2011). *Hersenen en emoties in beeld*. Praktijk Bewegenderwijs.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Rose, S. (2000). Fear, Helplessness, and Horror in Posttraumatic Stress Disorder: Investigating DSM-IV Criterion A2 in Victims of Violent Crime. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 499–509. <https://doi.org/10.1023/A:1007741526169>
- Briere, J. & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 401-412. <https://doi.org/10.1002/jts.20048>.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress, 24*(6), 615-627. <https://doi.org/10.1002/jts.20687>.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1067-1074. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.5.1067>.
- Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, S. R., Chrisman, A., Farchione, T. R., Hamilton, J., Keable, H., Kinlan, J., Schoettle, U., Siegel, M., Stock, S., & Medicus, J. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry, 49*(4), 414-430. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.12.020>.

- Coppens, L., & Kregten, C. van (2018). Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: een training voor opvoeders. Handboek voor deelnemers. *Handboek voor trainers*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Creamer, M., McFarlane, A. C., & Burgess, P. (2005). Psychopathology following trauma: The role of subjective experience. *Journal of Affective Disorders*, 86(2-3), 175–182. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.01.015>.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8).
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse and Neglect*, 48, 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.011>.
- Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., Hart, O. van der, & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 437-447. <https://doi.org/10.1002/jts.20051>.
- Frans, E., & Franck, T. (2014). *Vlaggensysteem. Reageren op seksueel (grensoverschrijdend) gedrag van kinderen en jongeren*. Garant.
- Garner, A. S. (2013). Home visiting and the biology of toxic stress: Opportunities to address early childhood adversity. *Pediatrics*, 132(2), 65-73. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1021D>.
- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & D'Abrew, N. (2013). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(3), 1004-1016. <https://doi.org/10.1002/ebch.1916>.
- Heide, J. ter, Kleber, R., & Mooren, T. (2014). Complex trauma en complexe PTSS. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 40(5), 347-359.
- Hell, M., Ruinaard, M., Eringa, M., Geutjes, S., Grit, M., Petrovic-Dadic, D., & Vervoort, A. (2012). *Methodiek Tijd voor Toontje. Een steunend en stabiliserend programma voor kinderen en hun moeders in de opvang, die huiselijk geweld in het gezin hebben meegemaakt*. Blijf Groep.
- Hughes, D. A., & Baylin, J. (2014). *Opvoeden doe je met je brein*. Hogrefe Uitgevers.
- Jongepier, N., & Kleij, S. van der (2018). *Veerkracht. Begeleiden van kinderen en hun ouders in de opvang. Deel I Handleiding*. VanMontfoort & Federatie Opvang.
- Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2014). Adverse childhood experiences: Towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1489-1501. <http://doi.org/10.1111/jan.12329>.
- Knipschild, R., & Lindauer, R. (2020). De posttraumatische-stressstoornis bij kinderen en jongeren in de DSM-5. *Kind en Adolescent* 41(3). <https://dx.doi.org/10.1007/s12453-020-00234-8>.
- Kolk, B. A. van der (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>.
- Kroneman, L., Beer, R., Leenarts, L., & Lindauer, R. (2015). *Stapstenen. Motiverende groepstraining voor jongeren met traumaklachten*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Lamers-Winkelmann, F., & Bicanic, I. A. (2005). *HORIZON 1A: Het werkboek. Het werkboek bij de therapeutenhandleiding voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt*. SWP.
- McLaughlin, K. A. (2016). Future Directions in Childhood Adversity and Youth Psychopathology. *Journal of Clinical Child &*



*Adolescent Psychology*, 45(3), 361-382. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1110823>.

Meijel, E. van, Ensink, J., Verlinden, E., & Lindauer, R. (2019). *Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents DSM-5*. Bohn Stafleu van Loghum.

National Institute for Health and Care Excellence (2018). *Post-traumatic stress disorder*. NICE Guideline. VA: Author.

NJi (2019). *Doen Wat Werkt (DWW)*. Geraadpleegd op 16 augustus 2019 op [https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/Doen-Wat-Werkt-\(DWW\)](https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/Doen-Wat-Werkt-(DWW)) ).

O'Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., Silove, D., & Bryant, R. A. (2010). Should A2 be a diagnostic requirement for posttraumatic stress disorder in DSM-V? *Psychiatry Research*, 176(2-3), 257–260.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2000). *Trauma and the body. A sensorimotor approach to psychotherapy*. WW Norton.

Parker, S. (2011). *“Partnering for Safety” Case Consultation Process: A process for consulting on child protection cases using the “Partnering for Safety” Risk Assessment and Planning Framework*. SP Consultancy.

Perry, B. D. (2006). Applying Principles of Neurodevelopment to Clinical Work with Maltreated and Traumatized Children: The Neurosequential Model of Therapeutics. In N. B. Webb (Ed.), *Social Work Practice with Children and Families. Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 27–52). The Guilford Press.

Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Risc, E., Rosner, R., & Goldbeck, L. (2017). International Development and Psychometric Properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal of Affective Disorders*, 210, 189-195.

Scharloo, A., Ebbers, S., & Spijker, M. (2014). *SOS – Snelle opvang bij seksueel misbruik van mensen met een verstandelijke beperking. Een praktisch handboek*. Bohn Stafleu van Loghum.

Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2017). Narrative exposure therapy for children and adolescents (KIDNET). In M. A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (Eds.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (pp. 227–250). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0_11).

Schlattmann, N, Hoeven, M. van der, Hein, I. M. (Eds.) (2021). *Opvoedstrategieën voor kinderen met gehechtheidstrauma*. Bohn Stafleu van Loghum.

Schnyder, U., & Cloitre, M. (Eds.) (2015). *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians*. Springer International Publishing Switzerland.

Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*. Guilford Press. Siegel, D. J., & Bryson, T. P. (2013). *Het hele brein, het hele kind*. Scriptum.

Struik, A. (2016). *Slapende honden? Wakker maken! Een behandelmethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Pearson Assessment And Information B.V.

Turnell, A., & Edwards, S. (2012). *Veilig opgroeien: De oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in de jeugdzorg en kindbescherming*. Bohn Stafleu van Loghum.

Vandamme, N. (2019). *Veerkracht bij kindertrauma*. Lannoo Campus.

Vervoort-Schel, J., Mercera, G., Wissink, I., Mink, E., Helm, P. van der, Lindauer, R. J. L., & Moonen, X. (2018). Adverse childhood experiences in children with intellectual disabilities: An exploratory case-file study in Dutch residential care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2136(1-21). <https://doi.org/10.3390/ijerph15102136>.



- Vink, R., Wolff, M. de, Broerse, A., & Kamphuis, M. (2016). *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Wanders, F., & Ploeg, C. (2017). EMDR in een klinische setting. KINGS: kind in gezond systeem. In R. Beer & C. de Roos (Eds.), *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren* (pp. 469-486). Lannoo Campus.
- Wolff, M. de, Dekker-Van der Sande, F., Sterkenburg, P., & Thoomes-Vreugdenhil, A. (2017). *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Zanden, A. P. van der, Meeuwissen, J. A. C., Havinga, P., Meije, D., Konijn, C., Beentjes, M. A., Besselink, R., Celi, P., Dijk-Van Hartskamp, J. van, Doesum, K. T. M. van, Meerendonk, M. G. J. A. van den, Tesselaar, S. G., & Hosman, C. M. H. (2017). *Richtlijn Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

# Colofon

© 2023 Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen, Nederlands Jeugdinstituut.

Op voorwaarde van naamsvermelding wordt toestemming gegeven voor het kopiëren, opslaan en openbaar maken van de tekst van deze publicatie. Richtlijnen ondersteunen professionals om samen met cliënten te beslissen over de best passende hulp. Een richtlijn geeft onderbouwde aanbevelingen op basis van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis van professionals en ervaringskennis van cliënten. Richtlijnen worden regelmatig aangepast. We adviseren dringend altijd de website te raadplegen voor de meest actuele versies.

De richtlijn is ontwikkeld door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en geautoriseerd door de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO). Het ontwikkelen, herzien en implementeren van richtlijnen voor jeugdprofessionals vindt plaats in het kader van het Meerjarenplan Richtlijnen Jeugd, opgesteld door het Nederlands Jeugdinstituut, de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO). Zie voor meer informatie: [www.richtlijnenjeugdhulp.nl](http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl).

Gebruik als titel in referenties altijd: *'Onderbouwing bij Richtlijn Traumagerelateerde problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming'*.

2e druk 2023

## Auteurs

Irma Hein (gehele richtlijn)  
Esther Kooymans (hoofdstuk 1 t/m 4)  
Juil Oudenampsen (hoofdstuk 1 t/m 4)  
Ramon Lindauer (hoofdstuk 5)  
Rik Knipschild (gehele richtlijn)  
Germie van den Berg (gehele richtlijn)  
Agnes van Minnen (hoofdstuk 1 t/m 4)

## Ontwikkelwerkgroep hoofdstuk 1 t/m 4

Helen Klip  
Iva Bicanic  
Jet Strijker  
Liesbeth Wasterval  
Lotte Hendriks  
Ramón Lindauer  
Wouter Groen  
Bart Jonkman  
Anneke Vinke  
Jessica Vervoort-Schel  
Tamarinde Brouwers  
Carina van Kregten  
Marielle van Doorn  
Bregje Kleijnen

## Ontwikkelwerkgroep hoofdstuk 5

Iva Bicanic  
Lotte Hendriks  
Bart Jonkman  
Anneke Vinke  
Jessica Vervoort-Schel  
Tamarinde Brouwers  
Carina van Kregten  
Marielle van Doorn  
Bregje Kleijnen  
Lieke Kooij



