



Richtlijn

# Traumagerelateerde problemen

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord .....</b>	<b>3</b>
<b>Kernaanbevelingen .....</b>	<b>4</b>
<b>Hoofdstuk 1. Inleiding .....</b>	<b>6</b>
1.1 Doel van de richtlijn .....	7
1.2 Doelgroep .....	8
1.3 Uitgangsvragen per knelpunt .....	8
1.4 Leeswijzer .....	9
<b>Hoofdstuk 2. Normale en zorgwekkende reacties op ingrijpende gebeurtenissen .....</b>	<b>11</b>
2.1 Ingrijpende gebeurtenissen .....	12
2.2 Normale reacties van jeugdigen op ingrijpende gebeurtenissen (per leeftijdscategorie) .....	14
2.3 Zorgwekkende reacties van jeugdigen op ingrijpende gebeurtenissen .....	16
2.4 Ondersteuning bieden bij het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen .....	17
2.5 Ondersteuning aan ouders om hun kind te begeleiden bij ingrijpende gebeurtenissen .....	22
2.6 Samenwerking met school en zorgsettings na ingrijpende gebeurtenissen .....	24
2.7 Conclusies .....	26
2.8 Aanbevelingen .....	27
<b>Hoofdstuk 3. Signaleren van traumagerelateerde problemen .....</b>	<b>28</b>
3.1 Definitie van traumagerelateerde problemen .....	29
3.2 Risicofactoren voor het ontwikkelen van traumagerelateerde problemen .....	30
3.3 Beschermende factoren tegen het ontwikkelen van traumagerelateerde problemen .....	31
3.4 Effectief bevragen op ingrijpende gebeurtenissen en traumagerelateerde problemen .....	32
3.5 Betrekken van de omgeving bij het signaleren van traumagerelateerde problemen .....	33
3.6 Signaleringsinstrumenten .....	34
3.7 Signalen vastleggen en communiceren .....	36
3.8 Conclusies .....	36
3.9 Aanbevelingen .....	38
<b>Hoofdstuk 4. Toeleiden naar passende (trauma)zorg .....</b>	<b>39</b>
4.1 Doorverwijzen voor diagnostiek van traumagerelateerde problemen .....	40
4.2 Inschakelen van gespecialiseerde behandeling voor traumagerelateerde problemen .....	43
4.3 Conclusies .....	45
4.4 Aanbevelingen .....	46
<b>Hoofdstuk 5. Interventies .....</b>	<b>47</b>
5.1 Diagnostiek en indicatiestelling .....	48
5.2 Effectieve interventies .....	48
5.3 Selectieve preventieve interventies .....	49
5.4 Interventies voor jeugdigen .....	49
5.5 Interventies voor het gezin/andere opvoeders .....	51
5.6 Interventies voor specifieke doelgroepen .....	51
5.7 Interventies om jeugdigen ontvankelijk te maken voor traumaverwerking .....	51
5.8 Tijdens en na de interventie .....	52
5.9 Aanbevelingen .....	53
<b>Literatuur .....</b>	<b>54</b>
<b>Bijlage 1. Overzicht kerngroep en ontwikkelwerkgroep .....</b>	<b>61</b>



# Voorwoord

## Bij de richtlijn Signaleren van traumagerelateerde problemen

De richtlijn gaat in op het begrip 'ingrijpende gebeurtenissen', en op normale en zorgwekkende reacties na een ingrijpende gebeurtenis. Er worden aanbevelingen in gedaan voor de ondersteuning van de jeugdige na een ingrijpende gebeurtenis, door ouders, school en andere professionals. Daarnaast beschrijft de richtlijn wanneer deze reacties traumagerelateerde problemen worden en hoe deze het beste gesignaleerd kunnen worden. Ook wordt aandacht besteed aan zowel risicofactoren als beschermende factoren. Tot slot volgen aanbevelingen voor het toeleiden naar passende traumazorg.

Aan de richtlijn hebben praktijk- en onderzoekexperts in het veld, beleidsmedewerkers, cliënten en hun naasten meegewerkt.

De jeugdhulp en jeugdbescherming omvat een breed palet aan hulpverlenende instanties (van generalistische basiszorg tot specialistische klinische zorg), een brede doelgroep (kinderen en jongeren van nul tot achttien jaar) en een uitgebreide groep mensen die bij hen betrokken zijn (zoals (pleeg)ouders, zussen en broers, familieleden, onderwijzers, docenten, jeugdprofessionals etcetera). Ook 'trauma' is een breed begrip. Een trauma kan ontstaan na allerlei ingrijpende gebeurtenissen. Traumagerelateerde problemen kunnen dan ook veelvormig zijn. Deze richtlijn biedt hiervan een handig overzicht. Ook biedt deze richtlijn aanbevelingen voor het signaleren van traumagerelateerde problemen die voor alle doelgroepen en betrokkenen relevant en bruikbaar zijn. Na elke paragraaf worden de belangrijkste *do's*, maar ook *don'ts* puntsgewijs weergegeven, om snel overzicht te bieden. Als we bij jeugdigen vaker en actiever naar trauma vragen, beter signaleren wanneer het niet goed gaat en sneller een effectieve traumabehandeling inzetten indien nodig, is er een wereld te winnen.

Agnes van Minnen,

voorzitter ontwikkelwerkgroep richtlijn Signaleren van traumagerelateerde problemen

## Bij de aanvullende module Trauma-interventies

De richtlijn *Signaleren van traumagerelateerde problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* heeft een nieuwe module gekregen, namelijk Trauma-interventies. Ook aan de ontwikkeling van deze nieuwe module hebben weer vele praktijk- en onderzoekexperts bijgedragen.

Een module Trauma-interventies mag natuurlijk niet ontbreken in zo'n richtlijn. Het begint met kennis over wat ingrijpende gebeurtenissen zijn, tot welke zorgwekkende reacties ze kunnen leiden en hoe traumagerelateerde reacties en problemen kunnen worden gesignaleerd. Kennis over passende trauma-interventies is van belang om goed te kunnen toeleiden naar passende traumazorg en jeugdigen en hun ouders/opvoeders hierop goed voor te bereiden.

De module Trauma-interventies geeft een overzicht van effectieve interventies voor de behandeling van traumagerelateerde klachten bij jeugdigen en is gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, praktijkkennis en ervaringskennis.

Dat deze richtlijn zijn weg mag vinden naar de klinische praktijk en dat traumagerelateerde reacties en problemen snel worden onderkend en trauma-interventies worden ingezet, zodat het bijdraagt aan goede traumazorg voor jeugdigen en hun ouders/opvoeders.

Ramón Lindauer,

voorzitter ontwikkelwerkgroep Trauma-interventies.



# Kernaanbevelingen

1. Heb oog voor de impact die ingrijpende gebeurtenissen kunnen hebben op het psychisch welbevinden van jeugdigen en hun naasten. Traumagerelateerde problemen komen vaak voor na een ingrijpende gebeurtenis maar worden lang niet altijd herkend.
2. Vraag aan elke jeugdige binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming of hij of zij ingrijpende gebeurtenissen heeft meegemaakt en welke dit zijn. Bevraag dit actief en met enige regelmaat, jeugdigen praten hier niet makkelijk uit zichzelf over. Laat dit onderwerp bijvoorbeeld halfjaarlijks of jaarlijks terugkomen. Breng daarnaast eventuele normale of zorgwekkende stressreacties in kaart.
3. Wanneer een jeugdige of diens naasten je in vertrouwen vertelt dat hij of zij een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt en je toestemming geeft om dit nader in kaart te brengen, gebruik dan korte screeningsvragenlijsten. Voor ingrijpende gebeurtenissen wordt de LEC-5 (Life Events Checklist voor de DSM-5) aanbevolen, voor traumagerelateerde symptomen de CRIES-13 (Children's Revised Impact of Event Scale), voor psychisch functioneren de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). Breng met ouders en jeugdige beschermende factoren en risicofactoren in kaart en beoordeel of ondersteunende interventies nodig zijn.
4. Geef psycho-educatie aan de jeugdige en belangrijke anderen, zoals ouders/opvoeders, broers en zussen, grootouders en leerkrachten. Sluit hierin aan bij de behoefte, de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van de jeugdige. Geef uitleg over stressreacties die vaak voorkomen na een ingrijpende gebeurtenis, en over manieren om hiermee om te gaan. Wees bemoedigend en realistisch in je boodschap naar jeugdige en ouders/opvoeders over mogelijkheden tot herstel en eventueel behandeling.
5. Begeleid ouders/opvoeders bij het herstellen van de veiligheid en structuur in het gezin. Stimuleer hen een dagelijkse routine thuis en op school aan te houden, gezond slaappgedrag te bevorderen, (samen met) de jeugdige plezierige activiteiten te (laten) ondernemen en probleemoplossende vaardigheden aan te leren. Ondersteun het gezin bij het aanwenden van hulp uit het netwerk en ondersteun ouders/opvoeders bij het reguleren van hun eigen reacties, al dan niet met hulp van een jeugdprofessional.
6. Wacht niet af een jeugdige te verwijzen naar traumabehandeling tot de situatie volledig stabiel en veilig is. Verwijs direct door naar traumabehandeling als de traumagerelateerde problemen zo ernstig zijn dat de jeugdige niet meer kan functioneren, als er een opeenstapeling van risicofactoren is, als de jeugdige nog zeer jong is (jonger dan vier jaar) of als er meerdere problemen spelen (comorbiditeit). Verwijs ook als een jeugdige vier weken na de ingrijpende gebeurtenis nog geen afname in stressreacties laat zien. Doe dit altijd in goed overleg met de jeugdige en zijn of haar ouders/opvoeders.
7. Informeer jeugdige en ouders/opvoeders goed over de mogelijkheden te verwijzen naar traumabehandeling en beslis gezamenlijk om door te verwijzen naar een eerste-keus-traumabehandeling. Maak voor het verwerken van posttraumatische stressklachten gebruik van één van de beschreven psychologische behandelingen, te weten TF-CBT, Imaginaire Exposure in combinatie met exposure in vivo, EMDR, Schrijftherapie en/of KIDNET. Voor deze behandelingen bestaat het meeste bewijs dat ze helpen bij traumagerelateerde problemen. De daadwerkelijke keuze tussen deze behandelingen ligt bij de behandelaar, de jeugdige en ouders/opvoeders.



8. Inventariseer bij de start van een traumabehandeling, maar ook na afloop, de aanwezige klachten. Onderzoek bij aanvang of er sprake zou kunnen zijn van een combinatie van meerdere problemen (comorbiditeit).
9. Betrek het gezin of andere betrokkenen (zoals pedagogisch medewerkers, gezinshuisouders, etc) actief bij de behandeling, zorg voor psycho-educatie en ouderbegeleiding en zet indien geïndiceerd systemische interventies in.
10. Monitor de voortgang van de behandeling door gebruik te maken van gevalideerde traumavragenlijsten (bv. de KJTS) en evalueer de behandeling iedere drie tot zes maanden.



# Hoofdstuk 1.

# Inleiding



Deze richtlijn gaat over het signaleren en behandelen van traumagerelateerde problemen bij jeugdigen<sup>1,2</sup>. Een tijdige herkenning is belangrijk omdat er, zoals aan bod komt in deze richtlijn, goede manieren zijn om traumagerelateerde problemen te behandelen. Daarmee kan worden voorkomen dat de problemen lang aanhouden en de gezonde ontwikkeling bedreigen, maar ook dat er gevolgen op latere leeftijd optreden en dat een jeugdige door traumagerelateerde problemen verhoogd vatbaar blijft voor nieuwe traumatisering.

## 1.1 Doel van de richtlijn

De *Richtlijn Traumagerelateerde problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* doet aanbevelingen voor jeugdprofessionals wat betreft het signaleren van traumagerelateerde klachten, het toeleiden naar passende zorg en de inzet van effectieve interventies. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de laatste wetenschappelijke inzichten, actuele praktijkkennis van professionals en ervaringskennis van cliënten. De aanbevelingen geven richting aan de professionele afwegingen die professionals in de jeugdhulp of de jeugdbescherming maken. Daarbij gaat het zowel om hbo-opgeleide professionals als gedragswetenschappers (psychologen, orthopedagogen).

Ingrijpende gebeurtenissen komen veel voor onder jeugdigen; in Nederland maakt 14 tot 50 procent van de jeugdigen één of meerdere ingrijpende gebeurtenissen mee (Alisic et al., 2008; Lindauer & Boer, 2012). Het merendeel herstelt hier goed van, maar bij een aanzienlijk aantal (16 procent) komt de verwerking onvoldoende tot stand, wat tot psychische problemen kan leiden (Alisic et al., 2014).

Het is belangrijk om traumagerelateerde problemen bij jeugdigen zo vroeg mogelijk te signaleren. Er zijn effectieve behandelmethoden beschikbaar voor de problemen. Wanneer traumagerelateerde problemen onbehandeld blijven, kan dit gevolgen hebben voor de ontwikkeling van de jeugdige en voor zijn of haar<sup>3</sup> psychische en lichamelijke gezondheid op volwassen leeftijd. Ook vergroot dit de kans dat een volgende ingrijpende gebeurtenis een traumagerelateerd probleem wordt.

Het doel van deze richtlijn is om jeugdprofessionals te informeren hoe traumagerelateerde problemen te signaleren en op te pakken. Belangrijk is dat de ouders<sup>4</sup> en de omgeving van de jeugdige bij de aanpak van de problemen betrokken worden. Bovendien is van belang dat de jeugdprofessional weet wat hij zelf kan doen, en wanneer en hoe hij een andere professional kan of moet inschakelen. Hierover is al veel kennis beschikbaar.

Deze richtlijn richt zich zowel op het signaleren van traumagerelateerde problemen bij jeugdigen en als op het zo nodig inzetten van effectieve interventies.

Specifiek voor deze richtlijn geldt dat er situaties kunnen voorkomen waarbij de ouders de ingrijpende gebeurtenissen bij de jeugdige veroorzaken. De *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* beschrijft overwegingen, praktische adviezen en gesprekstechnieken om hierover met ouders in gesprek te gaan. Zie voor de laatste versie van deze richtlijn en van de andere richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming waar in de volgende hoofdstukken naar verwezen wordt, de website [www.richtlijnenjeugdhulp.nl](http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl). Specifiek gaat het om paragraaf 'Stap 3: Praat met ouder(s) en jeugdigen' uit het hoofdstuk 'Als je je zorgen maakt'.

---

<sup>1</sup> Met 'kinderen' worden jeugdigen van nul tot twaalf jaar bedoeld, onder 'jongeren' verstaan we jeugdigen van twaalf tot achttien jaar. De term 'jeugdigen' omvat dus zowel kinderen als jongeren. Waar 'kinderen', 'jongeren' of 'jeugdigen' staat kan ook 'het kind', 'de jongere' of 'de jeugdige' worden gelezen, en omgekeerd.

<sup>2</sup> De richtlijn geldt conform de Jeugdwet (2014) ook voor personen tot drieëntwintig jaar, wanneer zij voor hun achttiende al jeugdhulp ontvingen en deze na hun achttiende verjaardag doorloopt.

<sup>3</sup> In deze richtlijn wordt met het oog op de leesbaarheid verder alleen de mannelijke vorm gehanteerd. Maar waar 'hij' staat kan uiteraard ook 'zij' gelezen worden.

<sup>4</sup> Als in dit document over 'ouders' wordt gesproken, kunnen dit de biologische ouders zijn, maar ook de pleeg-, adoptie- of stiefouders, de gezinshuisouders, de juridische ouders of andere volwassenen die de ouderrol vervullen. Waar 'ouders' staat, kan ook 'een ouder' worden gelezen, en omgekeerd.

Een goede samenwerkingsrelatie tussen cliënt en jeugdprofessional is belangrijk. Daarvoor moet het ‘klikken’ tussen beide partijen. Ga hierover het gesprek aan met jeugdige en ouders<sup>5</sup>. Benadruk dat zowel jeugdige als ouders het aan mogen geven als zij zich in het contact met de jeugdprofessional niet prettig voelen. Zie ook de *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming*.

*Zie 1.1 Doel van de richtlijn in Onderbouwing.*

## 1.2 Doelgroep

De richtlijn (inclusief onderbouwing en werkkaarten) is primair bedoeld voor jeugdprofessionals. Onder 'jeugdprofessionals' worden zowel gedragswetenschappers (psychologen, orthopedagogen of anderen met een gedragswetenschappelijke opleiding) als hbo-opgeleide professionals verstaan.

De richtlijn richt zich in de eerste plaats op beroepsgeregistreerde jeugdprofessionals. Zij staan geregistreerd in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) als ‘jeugd- en gezinsprofessional’, ‘jeugdzorgwerker’, ‘pedagoog’ of ‘psycholoog’ en/of zijn BIG-geregistreerd (bijvoorbeeld als GZ-psycholoog). Verder kunnen ook andere professionals die met jeugdigen en hun ouders werken gebruik maken van de aanbevelingen uit de richtlijn. Met sommige aanbevelingen kunnen alle jeugdprofessionals hun voordeel doen, andere aanbevelingen zijn vooral van toepassing op een geregistreerd beroep. Waar dit onderscheid van belang is, wordt bijvoorbeeld specifiek over ‘gedragswetenschappers’ (psychologen en pedagogen) dan wel over ‘jeugd- en gezinsprofessionals’ gesproken. Waar in de richtlijn gesproken wordt over ‘daartoe gekwalificeerde jeugdprofessionals’ wordt gerefereerd aan het benodigde niveau van bekwaamheid en specifieke deskundigheden in relatie tot de taak. Zie voor meer informatie [www.professionaliseringjeugdhulp.nl](http://www.professionaliseringjeugdhulp.nl). Daarnaast is voor ouders een informatiefolder samengesteld met informatie vanuit de richtlijn.

## 1.3 Uitgangsvragen per knelpunt

In 2017 is in opdracht van het *Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming* een knelpuntenanalyse uitgevoerd door de Argumentenfabriek. De knelpuntenanalyse is het resultaat van twee denksessies met jeugdprofessionals, cliënten en wetenschappers. De knelpuntenanalyse deed het *Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming* beseffen dat het opstellen van een richtlijn over traumagerelateerde problemen zinvol was. De vraag was alleen nog wel hoe deze richtlijn afgebakend moest worden.

Uitgangsvraag voor de analyse was: wat zijn binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming knelpunten rond traumagerelateerde problemen en welke vragen moet een richtlijn beantwoorden? Het resultaat van deze analyse toont aan dat er knelpunten zijn op het gebied van signalering, interventies en samenwerking. Binnen de eerste versie van de richtlijn, die in 2021 uitkwam, is de keuze gemaakt om de vragen op het gebied van signalering te beantwoorden. In 2023 is een hoofdstuk over de inzet van interventies toegevoegd.

---

<sup>5</sup> Door de hele tekst heen wordt gesproken over ouders *en* jeugdige. Op sommige plekken kan er ouders *en/of* jeugdige gelezen worden, bijvoorbeeld wanneer de professional te maken heeft met jeugdigen van zestien jaar en ouder. Waar het echt specifiek gaat over ouders *of* jeugdige wordt dat ook zo benoemd. Voor de leesbaarheid zetten we niet overal ouders *en/of* jeugdige neer.





Knelpunten en uitgangsvragen bij de signalering en aanpak van traumagerelateerde problemen:

1. *Jeugdprofessionals weten niet hoe ze normale reacties van jeugdigen, passend bij hun leeftijd, op ingrijpende gebeurtenissen kunnen onderscheiden van afwijkende reacties.*  
Hoe zien per (ontwikkelings-)leeftijd normale én afwijkende reacties op ingrijpende gebeurtenissen eruit? Hoe kunnen jeugdprofessionals jeugdigen en ouders ondersteunen bij een normale reactie van jeugdigen op ingrijpende gebeurtenissen? Hoe kunnen jeugdprofessionals jeugdigen en ouders ondersteunen bij een afwijkende reactie van jeugdigen op ingrijpende gebeurtenissen? Wanneer moeten jeugdprofessionals gespecialiseerde zorg inschakelen gezien de reactie van jeugdigen op ingrijpende gebeurtenissen?
2. *Jeugdprofessionals gebruiken signaleringsinstrumenten onvoldoende structureel om traumagerelateerde problemen op te sporen bij alle jeugdigen die ze tegenkomen.*  
Welke kwalitatief goede signaleringsinstrumenten zijn er voor traumagerelateerde problemen bij jeugdigen? Wanneer moeten jeugdprofessionals welk signaleringsinstrument inzetten? Wanneer moeten jeugdprofessionals doorverwijzen voor diagnose en/of behandeling gezien de uitkomst van ingezette instrumenten? Hoe kunnen jeugdprofessionals de uitkomsten van signaleringsinstrumenten vastleggen en communiceren naar jeugdigen, ouders en andere jeugdprofessionals?
3. *Traumesignalen uit de omgeving van jeugdigen, zoals school, bereiken jeugdprofessionals te weinig.*  
Hoe kunnen jeugdprofessionals de omgeving van jeugdigen betrekken en effectief bevragen bij het signaleren van traumagerelateerde problemen? Hoe kunnen jeugdprofessionals signalen van traumagerelateerde problemen vastleggen en communiceren naar de ouders, de verdere omgeving van jeugdigen en andere jeugdprofessionals?
4. *Jeugdprofessionals weten onvoldoende welke interventies ze in kunnen zetten bij behandeling van trauma*  
Welke interventies zijn per doelgroep (jeugdigen, ouders en omgeving) beschikbaar voor behandeling van trauma? Hoe kunnen jeugdprofessionals bepalen wanneer welke interventie ingezet moet worden? Hoe kunnen jeugdprofessionals bepalen of hun interventie zinvol is?

## 1.4 Leeswijzer

De *Richtlijn Traumagerelateerde problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is bedoeld voor jeugdprofessionals die met het onderwerp van deze richtlijn te maken hebben. Op sommige plekken wordt bovendien geadviseerd om ook de onderbouwing te raadplegen. Deze geeft een uitgewerkte toelichting op specifieke onderwerpen in de richtlijn, ter verdieping en verantwoording.

*Zie 1. Inleiding en verantwoording in Onderbouwing.*

Van deze richtlijn is een versie voor ouders apart verkrijgbaar. Alle documenten zijn openbaar. Zie [www.richtlijnenjeugdhulp.nl](http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl).

### Basisteksten

Voor deze richtlijn is een aantal basisteksten van toepassing die voor alle richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming gelden. Deze zijn te vinden op [www.richtlijnenjeugdhulp.nl](http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl).

Het gaat om de volgende onderwerpen:

- doelgroep van de richtlijnen;
- gedeelde besluitvorming;
- diversiteit;
- beschikbaarheid interventies;



- juridische betekenis van de richtlijnen.

Op deze website is ook een algemene verantwoording van de werkwijze bij de ontwikkeling en herziening van de richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming te vinden.

*Zie 1.4 Leeswijzer – in Onderbouwing.*



**Hoofdstuk 2.**

# **Normale en zorgwekkende reacties op ingrijpende gebeurtenissen**



Aan traumagerelateerde problemen gaat altijd een ingrijpende gebeurtenis vooraf. Een kwart tot tweederde van de jeugdigen maakt ten minste één ingrijpende gebeurtenis mee. Psychische problemen hebben vaker met ingrijpende gebeurtenissen te maken dan doorgaans wordt herkend (Zorginstituut Nederland, 2018).

Dit hoofdstuk beschrijft wat ingrijpende gebeurtenissen zijn, hoe (per ontwikkelingsleeftijd) normale én afwijkende reacties op ingrijpende gebeurtenissen eruitzien, en hoe jeugdprofessionals ondersteuning kunnen bieden aan jeugdigen, ouders en leerkrachten bij een normale en zorgwekkende reactie van jeugdigen op ingrijpende gebeurtenissen.

## 2.1 Ingrijpende gebeurtenissen

Een ingrijpende gebeurtenis is een beangstigende, gevaarlijke en/of gewelddadige gebeurtenis die het leven of de lichamelijke integriteit van een jeugdige bedreigt of als zodanig door de jeugdige ervaren wordt. Getuige zijn van een ingrijpende gebeurtenis (bijvoorbeeld een ouder/ verzorger, broer, zus of grootouder) kan de jeugdige ook als ingrijpend ervaren. Dit geldt zeker voor jonge kinderen, die voor hun gevoel van veiligheid afhankelijk zijn van belangrijke hechtingsfiguren. Ook vernemen dat een naast familielid, vriend(in) of geliefde een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt valt hieronder (AKWA, 2020; American Psychiatric Association, 2013). Dit geldt ook voor alle vormen van kindermishandeling, zie hiervoor ook de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*.

*Zie 2.1 Definitie van ingrijpende gebeurtenissen in Onderbouwing.*

De volgende gebeurtenissen zijn voorbeelden van wat jeugdigen als ingrijpend kunnen ervaren (Felitti et al., 1998; Finkelhor et al., 2015; Kalmakis & Chandler, 2014; Vervoort-Schel et al., 2018). De lijst is niet uitputtend.

- lichamelijke en/of psychische mishandeling;
- seksueel geweld en/of seksueel misbruik (inclusief online grensoverschrijdend gedrag en online seksueel geweld);
- emotionele en/of fysieke verwaarlozing;
- middelenmisbruik in het gezin;
- ouders die in de gevangenis zitten;
- psychische of lichamelijke ziekte van ouders;
- geweld tussen partners en andere vormen van huiselijk geweld waar de jeugdige getuige van is;
- (plotseling of gewelddadig) verlies van een ouder/geliefde;
- (vecht)scheiding van ouders;
- pesten, sociale uitsluiting;
- natuurrampen;
- terroristische aanslagen;
- geweld in de buurt, georganiseerde misdaad, inbraak;
- oorlogs- en vluchtelingenervaringen;
- ernstige ongelukken;
- levensbedreigende ziekte;
- medische ingrepen;
- uithuisplaatsing;
- stressfactoren gerelateerd aan het werk van een ouder in het leger (bijvoorbeeld uitzending voor een militaire missie, overlijden of verwonding).

Veel jeugdigen, in Nederland tussen de 14 en 50 procent, maken één of meerdere ingrijpende gebeurtenissen mee (Alisic et al., 2008; Lindauer & Boer, 2012). Seksueel geweld komt relatief vaak voor, naar schatting bij 13 procent van de meisjes en 3 procent van de jongens onder de 18 jaar (Alink et al., 2018; Nationaal Rapporteur



Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen, 2016). In 2017 werden in Nederland tussen de 89.160 en 127.190 jeugdigen (3 procent) blootgesteld aan een vorm van kindermishandeling. Naast fysieke en emotionele mishandeling betrof het voornamelijk emotionele verwaarlozing (Alink et al., 2018). Meisjes en jongens zijn vrijwel even vaak slachtoffer van kindermishandeling. Bij jeugdigen die met jeugdzorg te maken hebben, is de kans dat zij een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt hoger dan bij de gemiddelde populatie: 45 procent. Bij meisjes in JeugdzorgPlus-instellingen is dit zelfs 85 procent (Kroneman, 2009). Jeugdigen met een verstandelijke beperking hebben een grotere kans om ingrijpende gebeurtenissen mee te maken en om traumagerelateerde problemen te ontwikkelen dan normaal begaafde jeugdigen (Mevissen & De Jongh, 2010). Ook kunnen soms specifieke groepen jeugdigen worden geïdentificeerd van wie al bekend is dat ze een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt, zoals overlevenden van een ramp, oorlogsvluchtelingen of jeugdigen die na een ongeval op de spoedeisende hulp behandeld worden (Ronan et al., 2016).

### **Indeling type ingrijpende gebeurtenissen**

Ingrijpende gebeurtenissen kunnen zich op verschillende manieren voordoen en onderscheiden zich in frequentie en aard. In de praktijk gebruikt men diverse termen en indelingen, waaronder ‘complexe traumatisering’, ‘complex trauma’, ‘type I trauma’ en ‘type II trauma’. De verschillende termen zijn niet altijd helder afgebakend en gedefinieerd. Voor de helderheid maken we in deze richtlijn onderscheid tussen de begrippen ‘enkelvoudig trauma’, ‘meervoudig trauma’ en ‘meervoudig interpersoonlijk trauma’ (De Bellis & Van Dillen, 2005). De reden hiervoor is dat de klinische manifestatie verschilt. Hoofdstuk 3 gaat hier nader op in.

#### **Enkelvoudig trauma**

Sommige ingrijpende gebeurtenissen doen zich eenmalig voor. We spreken dan van een enkelvoudig trauma. Een voorbeeld hiervan is een verkeersongeluk, een natuurramp of een verkrachting.

#### **Meervoudig trauma**

Het kan ook voorkomen dat iemand verschillende ingrijpende gebeurtenissen meemaakt, zoals een natuurramp én een verkeersongeluk. Of dat een ingrijpende gebeurtenis zich herhaald voordoet, bijvoorbeeld wanneer iemand twee keer een verkeersongeval heeft meegemaakt, of dat ingrijpende gebeurtenissen een chronisch karakter hebben, zoals bij meerdere medische ingrepen. We spreken dan van meervoudige traumatisering (De Bellis & Van Dillen, 2005).

#### **Meervoudig interpersoonlijk trauma**

Als de ingrijpende gebeurtenis zich voordoet binnen de relatie met iemand anders spreken we van interpersoonlijke traumatisering (Alisic et al., 2014). Meervoudige interpersoonlijke traumatisering kenmerkt zich door een interpersoonlijke context en heeft een herhaald en langdurig karakter (Ter Heide et al., 2014). Voorbeelden hiervan zijn herhaaldelijke fysieke mishandeling, seksueel misbruik, pesten of oorlogservaringen. Binnen de interpersoonlijke traumatisering moet bij jeugdigen specifiek gedacht worden aan ingrijpende gebeurtenissen die worden veroorzaakt door een persoon van wie een jeugdige afhankelijk is voor zorg. Bij jeugdigen met een LVB is de kwetsbaarheid hiervoor hoger vanwege langdurige afhankelijkheid van zorg. De kans op traumagerelateerde problemen is significant hoger bij interpersoonlijk trauma (Van Grinsven & Holtrop, 2015). Interpersoonlijk trauma dat zich in de kindertijd heeft afgespeeld binnen het gezin kan bovendien leiden tot een breder scala aan problemen dan alleen trauma- en stressorgerelateerde problemen (Teicher et al., 2016; Thomaes et al., 2015). Meer informatie hierover is te vinden in hoofdstuk 3.

In deze richtlijn gaat het om het herkennen van signalen die wijzen op problemen na het meemaken van alle typen ingrijpende gebeurtenissen.



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

Deze paragraaf gaat in op de manieren waarop jeugdigen kunnen reageren op ingrijpende gebeurtenissen. Deze reacties kunnen sterk verschillen, waarbij de meeste als normaal en passend beschouwd mogen worden en van voorbijgaande aard zijn. Stressreacties zijn het gevolg van neurobiologische mechanismen, waarbij hormonen en neurotransmitters vrijkomen die hun uitwerking hebben op verschillende functies in de hersenen en in het lichaam. Wanneer het stresssysteem in werking treedt, maakt het lichaam energie vrij en stijgen de spierspanning, hartslag en ademhaling, terwijl tegelijkertijd de spijsvertering wordt onderdrukt. Het lichaam is dan in een staat van alertheid, nodig om te kunnen reageren op dreigend gevaar. Ook emoties en cognitieve processen worden beïnvloed door het stresssysteem (Dhabhar, 2018). Het lichaam vertoont bij gevaar overlevingsreacties, ook wel bekend als *freeze*, *flight*, *fight*, *fright* en *faint* (Bracha, 2004; Van Minnen, 2017). *Freeze*, bevriezen of voorzichtig zijn, houdt in dat iemand stil staat, alert is en een snelle inschatting maakt. *Flight*, vluchten, betekent dat iemand probeert weg te komen uit de gevaarlijke situatie. *Fight*, vechten, wordt ingezet wanneer het niet meer lukt om te vluchten en iemand probeert zich te verzetten. *Fright*, vrede bewaren, staat voor de fase waarin vluchten en vechten niet meer lukt en iemand probeert de gevaarlijke situatie te laten de-escaleren door zich klein en onderdanig te maken. De laatste overlevingsreactie is *faint*, verlammen, waarbij iemand zijn spieren niet meer kan bewegen, niets meer kan zeggen en eigenlijk doet alsof hij dood is, om de situatie te overleven. Deze overlevingsreacties zijn geen bewust gemaakte keuzes, maar automatische reacties die volgen op een stressvolle situatie (Bracha, 2004; Van Minnen, 2017).

### Variatie in reacties op ingrijpende gebeurtenissen

De meeste jeugdigen reageren met angst en verhoogde spanning op een ingrijpende gebeurtenis. Sommige lijken juist nauwelijks te reageren op een ingrijpende gebeurtenis en al snel de draad van het leven weer op te pakken. Andere laten gedurende enige weken tot een maand veranderd gedrag zien na een ingrijpende gebeurtenis. Bovengenoemde stressreacties zijn normale reacties op een ingrijpende gebeurtenis.

*Zie 2.2 Variatie in reacties op ingrijpende gebeurtenissen in Onderbouwing.*

### Veerkracht

Het merendeel van de jeugdigen die een ingrijpende gebeurtenis meemaakt, ontwikkelt geen traumagerelateerde problemen en is veerkrachtig genoeg om, met hulp van belangrijke anderen, na verloop van enkele weken de draad van het leven weer op te pakken (Masten & Barnes, 2018). Veerkracht maakt het mogelijk om te herstellen van stress en tegenslag en wordt beïnvloed door de mate waarin iemand zich door zijn omgeving ondersteund voelt (Shonkoff et al., 2015; Ungar, 2011; Vandamme, 2019).

*Zie 2.2 Veerkracht in Onderbouwing.*

### Reacties per leeftijdsfase

Reacties op ingrijpende gebeurtenissen kunnen verschillen per leeftijdsfase (Beer et al., 2013; Beer & De Roos, 2012a; Goldbeck & Jensen, 2017; Lindauer & Boer, 2012; Roos & Eland, 2005). Hieronder noemen we voorbeelden van veranderingen in gedrag die per leeftijdsfase kunnen voorkomen. Het blijft echter belangrijk om te beseffen dat er ook individuele veranderingen kunnen voorkomen die niet in onderstaande lijst genoemd worden.

Zeer jonge kinderen (nul tot vier jaar) kunnen na een ingrijpende gebeurtenis de volgende veranderingen in hun gedrag laten zien:

- problemen met inslapen, doorslapen, nachtmerries;
- meer huilen;



- aanhankelijker zijn;
- niet meer alleen gelaten willen worden;
- driftbuien hebben;
- anderen slaan;
- bang zijn voor dingen waar ze voorheen niet bang voor waren;
- schrikachtig gedrag, handelen alsof ze in gevaar zijn;
- vaardigheden die ze voorheen bezaten weer (tijdelijk) verliezen, zoals aankleden;
- eetproblemen;
- zindelijkheidsproblemen;
- herhaald naspelen van de ingrijpende gebeurtenis of varianten daarop (posttraumatisch spel);
- lichamelijke problemen zonder medische oorzaak.

Kleuters (vier tot zes jaar) kunnen de volgende veranderingen in hun gedrag laten zien:

- problemen met inslapen, doorslapen, nachtmerries;
- meer huilen;
- angst om alleen gelaten te worden;
- druk en opstandig gedrag;
- agressief of destructief gedrag;
- vaardigheden die ze voorheen bezaten weer (tijdelijk) verliezen, zoals bijvoorbeeld opnieuw bedplassen;
- naspelen van de ingrijpende gebeurtenis of varianten daarop (posttraumatisch spel);
- lichamelijke klachten zonder medische oorzaak, zoals buikpijn en hoofdpijn.

Kinderen vanaf zes jaar kunnen de volgende veranderingen in hun gedrag laten zien:

- problemen met inslapen, doorslapen, nachtmerries;
- indringende gedachten;
- traumagerelateerde angsten;
- lastig, grensoverschrijdend gedrag;
- teruggetrokken en stil gedrag;
- bezorgdheid over veiligheid;
- bezorgdheid om anderen;
- onterechte schuldgevoelens;
- agressieve of angstige fantasieën;
- verminderde schoolprestaties;
- afgenomen concentratie;
- lichamelijke klachten zonder medische oorzaak, zoals hartkloppingen, misselijkheid, overgeven, hoofdpijn, buikpijn;
- herhaald naspelen van de ingrijpende gebeurtenis of varianten daarop (posttraumatisch spel);
- de gebeurtenis opnieuw beleven in spel, tekeningen of gedrag;
- bedplassen;
- extreme gedragingen zoals niet of nauwelijks spreken;
- dissociatie, derealisatie, depersonalisatie (een veranderd gevoel van realiteit van de omgeving of zichzelf of zich een belangrijk onderdeel van de gebeurtenis niet meer kunnen herinneren).

De veranderingen in gedrag bij jongeren vanaf twaalf jaar lijken veel op de reacties van volwassenen:

- problemen met inslapen, doorslapen, nachtmerries;
- negatief zelfbeeld;
- depressieve gevoelens;
- schaamte voor gevoel van kwetsbaarheid;
- schaamte voor afhankelijkheid van ouders;
- terugtrekken uit sociale contacten met familie en vrienden;



- toename van conflicten met ouders;
- minder snel onafhankelijk worden van de ouders;
- destructieve en agressieve fantasieën;
- angst om controle te verliezen over deze fantasieën;
- risicovol (seksueel) gedrag ("*thrill-seeking*");
- drank- of drugsmisbruik;
- problemen op school;
- concentratieproblemen;
- lichamelijke klachten zonder medische oorzaak, zoals hartkloppingen, misselijkheid, hoofdpijn, buikpijn;
- gedachten aan of pogingen tot suïcide;
- verlies van interesse in school, spelen en hobby's;
- dissociatie, derealisatie, depersonalisatie (een veranderd gevoel van realiteit van de omgeving of zichzelf, of zich een belangrijk onderdeel van de gebeurtenis niet meer kunnen herinneren).

Zie 2.2 Reacties per leeftijdsfase in Onderbouwing.

### Lichte verstandelijke beperking

Bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking of beperkte taalvaardigheden kunnen stress-signalen zich sterker uiten in fysieke problemen en veranderingen in gedrag dan in verbale expressie van emoties (Wigham et al., 2011). Het is dan extra belangrijk dat ouders/opvoeders deze non-verbale signalen van spanning en vermijding herkennen. Voorbeelden van deze non-verbale signalen zijn: lichamelijke reacties zoals buikpijn, zich terugtrekken, meer agressie of angst laten zien, of moeite hebben in de sociale omgang met leeftijdsgenoten. Meer specifieke informatie over de diagnostiek en behandeling van jeugdigen met een licht verstandelijke beperking is te vinden in een speciale handreiking van de Academische Werkplaats Kajak (Kregten et al., 2020).

## 2.3 Zorgwekkende reacties van jeugdigen op ingrijpende gebeurtenissen

Tijdelijke stressreacties na een ingrijpende gebeurtenis noemen we normaal. Als de reacties langer dan een maand duren of zeer intens zijn, noemen we dit zorgwekkend en spreken we van traumagerelateerde problemen. Hoofdstuk 3 gaat hier verder op in.

### Extreme reactie kort na de ingrijpende gebeurtenis

Ongeveer 20 procent van de jeugdigen vertoont tussen drie dagen en een maand na de ingrijpende gebeurtenis heftige stressreacties die het dagelijks functioneren ernstig belemmeren (Meiser-Stedman et al., 2005). Er kan dan sprake zijn van een acute stress-stoornis zoals beschreven in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. (American Psychiatric Association, 2013). Dit kan zich uiten in:

- zich herhalende en opdringerige herinneringen aan de gebeurtenis;
- negatieve gedachten en stemming;
- een veranderd gevoel van realiteit van de omgeving of zichzelf, of zich een belangrijk onderdeel van de gebeurtenis niet meer kunnen herinneren;
- vermijding van gedachten over de gebeurtenis of zaken die eraan herinneren;
- problemen met slapen, concentratie, prikkelbaarheid en schrikachtigheid.

In bovengenoemd geval is het nodig al in de eerste maand na de ingrijpende gebeurtenis zorg in te zetten. Zie paragraaf 3.5.





## Langer dan één maand na de ingrijpende gebeurtenis

Het merendeel van de jeugdigen herstelt na het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis zonder inzet van hulpverlening. Maar bij 16 procent van de jeugdigen komt verwerking onvoldoende tot stand en ontstaan psychische problemen (Alisic et al., 2014). De signalen van een posttraumatische stress-stoornis vallen in de clusters herbelevingen, vermijding, verhoogde prikkelbaarheid en negatieve overtuigingen.

### Herbelevingen

Veel jeugdigen kunnen de ingrijpende gebeurtenis opnieuw beleven. Zij raken bijvoorbeeld van slag als iets hen aan de ingrijpende gebeurtenis doet denken of ervaren herhaaldelijk zeer levendige gedachten hieraan. Naast herbelevingen overdag kunnen jeugdigen de gebeurtenis opnieuw ervaren in nachtmerries. Ook vertonen ze vaker en intensere angsten die ze direct verbinden aan of associeren met de ingrijpende gebeurtenis. Als jeugdigen veel bezig zijn met de gebeurtenis, is het voor hen moeilijker om zich goed te kunnen concentreren op andere zaken.

### Vermijding

Door de ontregeling die jeugdigen door een herbeleving ervaren, kunnen zij geneigd raken om situaties te vermijden die hen aan de ingrijpende gebeurtenis doen denken. Zij gaan bijvoorbeeld gedachten en gevoelens over de gebeurtenis uit de weg, willen er niet over praten of vermijden concrete plaatsen, mensen of voorwerpen.

### Verhoogde prikkelbaarheid

Jeugdigen kunnen een langere periode meer stress ervaren, waardoor ze continu alert zijn op dreigend gevaar. Ze schrikken bijvoorbeeld sneller van geluiden en houden hun omgeving in de gaten. Ook kunnen ze moeite hebben zich te ontspannen, waardoor problemen met slapen kunnen ontstaan. Het verhoogde gevoel van spanning kan leiden tot prikkelbaarheid en snel geïrriteerd zijn.

### Negatieve overtuigingen

Ingrijpende gebeurtenissen kunnen negatieve gedachten bij de jeugdige oproepen. Die gedachten kunnen over zichzelf, anderen of de wereld gaan. Voorbeelden hiervan: het is mijn schuld; ik kan ook nooit iets goed doen; dat overkomt mij ook altijd; ik kan niemand vertrouwen; niemand geeft om mij; niemand kan mij helpen; de wereld is onveilig.

Soms laten jeugdigen pas langere tijd na een ingrijpende gebeurtenis angst- en stressreacties zien, of onthullen ze pas na enige tijd dat ze een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt. Reacties na langere tijd zijn vergelijkbaar met reacties die zich kort na een ingrijpende gebeurtenis voordoen, maar zijn lastiger te relateren aan de ingrijpende gebeurtenis (American Psychiatric Association, 2013). Daarom is het belangrijk om een vermoeden van een ingrijpende gebeurtenis, ook al is het langer geleden, goed uit te vragen (zie paragraaf 3.4).

*Zie 2.3 Zorgwekkende reacties van jeugdigen op ingrijpende gebeurtenissen in Onderbouwing.*

## 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. Dit geldt als de jeugdige recent een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt, maar ook als deze al langer geleden heeft plaatsgevonden, de jeugdige recent de gebeurtenis heeft onthuld of als klachten zich openbaren. De ondersteuning richt zich voornamelijk op de jeugdige en het systeem eromheen, zoals de ouders en leerkrachten. Hieronder volgen enkele adviezen op het gebied van ondersteuning aan jeugdigen en hun omgeving.



## In gesprek

Als kort na een ingrijpende gebeurtenis jeugdhulp wordt ingeschakeld, is het van belang om eventuele negatieve gevolgen van de gebeurtenis te beperken. Een ingrijpende gebeurtenis hoeft immers niet altijd te leiden tot traumagerelateerde problemen. Het helpt als de jeugdige en zijn gezinsleden begrijpen wat er gebeurd is en getroost kunnen worden door iemand die de situatie begrijpt. In een eerste gesprek met de jeugdige en het gezin is het van belang om met elkaar een feitelijk verhaal te construeren van de gebeurtenis, met oog voor de emoties die daarbij komen kijken zonder deze verder uit te diepen.

*Zie 2.4 Ondersteuning bieden bij het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen in Onderbouwing.*

Zie de [Richtlijn Uithuisplaatsing en terugplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming](#) en de [Richtlijn Crisisplaatsing voor jeugdhulp en jeugdbescherming](#) voor aanbevelingen wanneer de ingrijpende gebeurtenis een uithuisplaatsing of crisisplaatsing van een jeugdige betreft.

Het is mogelijk dat een jeugdige een ingrijpende gebeurtenis onthult als jeugdhulp al gaande is. Dit kan bijvoorbeeld bij verblijf op een leefgroep. Bespreek dan met de jeugdige welke vertrouwde mensen, die voor steun en begrip kunnen zorgen, hiervan op de hoogte kunnen worden gesteld. Denk aan de ouders, een mentor of een leerkracht. Volg hierbij wel het tempo van de jeugdige. Als een jeugdige de omgeving niet wil betrekken, bijvoorbeeld door schaamte en angst om zielig gevonden te worden, respecteer dit indien mogelijk, maar vraag wel wat de reden is en benoem de voordelen van het betrekken van de omgeving.

In de eerste periode na de ingrijpende gebeurtenis is het van belang dat de jeugdprofessional zich richt op het herstel van het gezinsritme en de regulatie van stress. De steun van het eigen netwerk speelt daarin een belangrijke rol. Dat netwerk kan bijvoorbeeld helpen met praktische zaken zoals koken, oppassen, vervoer, financiën en doktersbezoeken. Help daarom jeugdige en ouders deze ondersteuning vanuit het netwerk te vergroten (Bisson, 2014). De ideeën en wensen van de jeugdige en het gezin zijn hierin leidend.

## Veiligheid

In het geval van kindermishandeling is het belangrijk om direct in te grijpen, om de veiligheid van de jeugdige te waarborgen. Zie hiervoor ook de [Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming](#). Als er sprake is van een interpersoonlijke ingrijpende gebeurtenis, onderzoek dan of de gebeurtenis is gestopt en onderneem actie om te voorkomen dat de gebeurtenis zich herhaalt, om zo de veiligheid van de jeugdige te waarborgen. Bij vermoedens van kindermishandeling, volg dan het *Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* (2013). Schat ook in of andere partijen ingeschakeld moeten worden, bijvoorbeeld om medische of juridische zorg te bieden. Zo kan de huisarts, het sociaal wijkteam, de gemeente, de politie, het Centrum Seksueel Geweld of Slachtofferhulp Nederland worden ingeschakeld. In uiterste gevallen kun je overwegen een spoedmachtiging voor uithuisplaatsing bij de kinderrechter aan te vragen, of een beschermende maatregel (bijvoorbeeld voogdij of een (V)OTS). Neem alle stappen wel steeds in overleg met de jeugdige en de ouders en voorzie ze van duidelijke informatie.

## Psycho-educatie

Het is belangrijk om ouders en jeugdige informatie en uitleg (psycho-educatie) te geven die is afgestemd op de soort gebeurtenis en kenmerken van de jeugdige (de behoefte, de leeftijd en het ontwikkelingsniveau). Dit helpt ook om het proces van samen beslissen goed te doorlopen.

Zo kun je vertellen wat veelvoorkomende reacties zijn op het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis, wat goede manieren zijn om hiermee om te gaan en wanneer verdere hulpverlening nodig is (Schnyder & Cloitre, 2015). Help ouders en jeugdige, waar mogelijk, beschermende factoren te versterken en risicofactoren te



verminderen. Stimuleer het gezin om zich te richten op herstel van het gezinsritme, de regulatie van stress en steun vanuit het eigen netwerk, bijvoorbeeld bij praktische zaken.

Betrek jeugdigen zoveel mogelijk bij de psycho-educatie, maar ook belangrijke anderen in de directe omgeving van de jeugdige, zoals de ouders, broers, zussen of leerkrachten. Geef uitleg over de gevolgen die het kan hebben om een gezinslid of leerling te hebben die een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt en geef adviezen hoe anderen hiermee kunnen omgaan. Meer informatie hierover is te vinden in de paragrafen 2.5 en 2.6.

## Psycho-educatie

- Geef psycho-educatie aan de jeugdige en aan anderen in de directe omgeving, zoals gezinsleden en leerkrachten.
- Stem de taal en inhoud van de psycho-educatie af op de soort gebeurtenis en de behoefte, de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van jeugdige en ouders.
- Geef uitleg over normale, veelvoorkomende stressreacties en overlevingsreacties (bevriezen, vluchten, vechten, vrede bewaren of verlammen) na het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen.
- Benoem de ingrijpende gebeurtenis(sen) en draai er niet omheen. Zo laat je de jeugdige zien dat je hier in openheid over mag en kan praten.
- Geef concrete voorbeelden van mogelijke stressreacties, zoals nachtmerries, negatieve gedachten, trillen, lichamelijke problemen en problemen met slapen, eten, concentratie en prikkelbaarheid. Hierdoor kan de omgeving gedragsveranderingen makkelijker herkennen. Leg uit dat dit normale reacties zijn op het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis. Als het gaat om zeer jonge kinderen of jeugdigen met een LVB die zich minder verbaal uiten, leg de ouders dan uit dat het signaleren van gedragsveranderingen extra belangrijk is.
- Leg uit dat het belangrijk is om traumagerelateerde problemen te herkennen. Met behandeling kunnen immers latere problemen voorkomen worden.
- Besteed aandacht aan het ontschuldigen van de jeugdige en eventueel de ouders en geef uitleg over automatische overlevingsreacties. Voorbeelden: “het is niet jouw schuld”, “het is oké dat je je verdrietig/bang/boos voelt”.
- Leg de omgeving van de jeugdige uit dat het van belang is om jeugdigen alternatief gedrag te bieden. Geef aan wat ze wél kunnen doen om zich te uiten, bijvoorbeeld praten, spelen, knutselen, tekenen, muziek luisteren of sporten.
- Geef jeugdige en ouders uitleg over veerkracht bij jeugdigen.
- Dring er niet op aan dat de jeugdige over zijn emoties praat, volg hierin het tempo van de jeugdige.
- Vertel dat sommige jeugdigen hulp nodig hebben, en anderen niet. Leg uit wanneer verdere hulpverlening nodig is (zie werkkaart 4). Wees bemoedigend en realistisch in je boodschap over behandeling.
- Informeer jeugdige en ouders goed over mogelijke traumabehandelingen. Voor Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) en traumagerichte cognitieve gedragstherapie bestaat het meeste bewijs dat ze helpen bij traumagerelateerde problemen. De daadwerkelijke keuze tussen deze behandelingen ligt bij de behandelaar, de jeugdige en diens ouders/opvoeders.
- Bij verminderde motivatie is het van belang om eventuele belemmeringen in kaart te brengen en te bespreken. Bijvoorbeeld gevoelens van loyaliteit of angst om bepaalde gevoelens niet aan te kunnen. Leg uit dat de cirkel van revictimisatie (opnieuw slachtoffer worden van trauma) doorbroken kan worden door behandeling. Het bespreken van voor- en nadelen van behandeling kan hierbij ondersteunend zijn. Noem als voordelen van traumabehandeling: je zult minder nare klachten hebben, je voelt je minder bang en somber; het werkt soms snel; je kunt met iemand jouw verhaal over het trauma delen; je kunt

steun krijgen. Mogelijke nadelen: je kunt ertegen opzien om over je trauma's te praten; het kan spannend zijn; het kost tijd. Motiverende gespreksvoering kan ook helpend zijn.

- Maak waar passend gebruik van informatieve websites en filmpjes, bijvoorbeeld:
  - <https://www.rakevragen.nu/>
  - <https://www.emdr.nl/emdr-in-beeld/#film-emdr> (EMDR in beeld | filmpjes kinderen en jeugd)
  - <https://www.tfcbt.nl/over-tf-cbt>
  - <https://www.youtube.com/watch?v=U8gLstY6dYc> (Animatie Stress window of tolerance (Augeo Foundation en Stichting Kinderpostzegels Nederland))
  - <https://www.youtube.com/watch?v=xYBUY1kZpf8> (Childhood Trauma and the Brain | UK Trauma Council)
  - <https://www.youtube.com/watch?v=duOwl0nmvEE> (het belang van de docent binnen traumabehandeling)
  - <https://www.youtube.com/watch?v=0gOz2C7q-Fc&t=1s> (signalen van traumagerelateerde stress)
  - <https://www.youtube.com/watch?v=DQc2s6VLVz4&t=3s> (beeldverhalen en animaties over trauma voor laaggeletterden en anderstaligen).

Als de ingrijpende gebeurtenis kort geleden is:

- Leg uit wat goede manieren zijn om met de ingrijpende gebeurtenis om te gaan: oppakken van dagelijkse routine, naar school blijven gaan, gezond slaapgedrag aanhouden, zorgen voor voldoende beweging, ondernemen van plezierige activiteiten, aanleren van probleemoplossende vaardigheden en oefeningen rondom aandacht, ademhaling en ontspanning.
- Geef de positieve boodschap dat veel jeugdigen geen klachten ontwikkelen en dat klachten vaak binnen vier weken vanzelf afnemen.

Zie 2.4 Psycho-educatie materiaal in Onderbouwing. Zie ook werkkaart 3.

### Houding en rol van jeugdprofessionals bij omgaan met de ingrijpende gebeurtenis

Voor jeugdigen kan het erg spannend zijn om te praten over de ingrijpende gebeurtenis. Het kan gepaard gaan met verschillende emoties, zoals boosheid, verdriet, schuld, schaamte en walging. Het is daarom zaak om op een authentieke manier op het verhaal van de jeugdige te reageren, kalm te blijven, te luisteren en de jeugdige te erkennen in zijn ervaring. Schat in wat de jeugdige nodig heeft en stem je reactie hierop af. Zo creëer je een veilige sfeer. Bespreek ook met de jeugdige wie er op de hoogte moet worden gebracht. Wanneer de jeugdige niet wil dat anderen worden ingelicht maar je het toch nodig vindt om dit te doen in verband met de veiligheid, wees hierover dan transparant en leg duidelijk uit waarom je dit besluit neemt. Bij twijfels over de waarheid van het verhaal moet de nadruk liggen op de ervaring van de jeugdige en hoeft waarheidsvinding niet het doel te zijn. Je kunt erkennen wat de jeugdige als ingrijpend heeft ervaren. Als je zelf ontregeld of overspoeld raakt, zoek dan steun bij collega's, in het eigen netwerk of indien nodig in de professionele hulpverlening om het risico te beperken dat je zelf getraumatiseerd raakt (secundaire traumatisering).

Het is enige tijd gedacht dat het kan helpen om direct na een ingrijpende gebeurtenis een opvanggesprek (*debriefing*) te hebben met een jeugdprofessional, waarin de emotionele beleving wordt uitgediept. Onderzoek onder volwassenen laat echter zien dat dit opvanggesprek eerder schadelijk is dan goed doet, omdat het uitdiepen en uiten van emoties overweldigend kan zijn. Bij jeugdigen is nog onvoldoende bekend over de effecten van *debriefing*, maar op basis van de bevindingen bij volwassenen wordt *debriefing* bij jeugdigen afgeraden (Schnyder & Cloitre, 2015).

Het is belangrijk om in gesprekken rekening te houden met meerdere perspectieven vanuit alle betrokken partijen: de meerszijdige partijdigheid (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). Als jeugdprofessional moet je rekening houden



met loyaliteitgevoelens van de jeugdige richting zijn ouders, compassie hebben voor de eventuele onmacht van de ouders, en helpen om ouders te ontschuldigen. Als ouders aandeel hebben in de ingrijpende gebeurtenis moet je zowel kunnen luisteren naar het verhaal van de ouder(s) als ook uiten dat de gebeurtenis niet had mogen plaatsvinden.

Jeugdprofessionals moeten bovendien sensitief zijn voor de verschillende overtuigingen en wereldbeelden van cliënten, mogelijke taalbarrières en de invloed van hun eigen culturele en etnische achtergrond op hun overtuigingen. In sommige culturen is het gangbaar om minder transparant te spreken over ingrijpende gebeurtenissen of de gevolgen daarvan. Het kan dan meer tijd kosten om een vertrouwensband op te bouwen (Dückers et al., 2014). Je zou in zulke gevallen gebruik kunnen maken van een mediator van de eigen cultuur. Voor meer informatie over cultuursensitief werken kun je de beroepscode en de generieke module diversiteit van de GGZ Standaarden raadplegen (AKWA, 2019). Bij jeugdigen of ouders die minder ontwikkeld zijn of een verstandelijke beperking hebben, is het goed om extra te letten op een mogelijk beperkter netwerk of communicatieniveau (Didden et al., 2016; Kregten et al., 2020). Bij jeugdigen met een taalontwikkelingsstoornis of dove en slechthorende jeugdigen is het van belang na te gaan welke aanpassingen nodig zijn om communicatie mogelijk te maken. Sommige jeugdigen vinden het ook moeilijk om te spreken over abstracte zaken als gevoelens, gedachten en gebeurtenissen in het verleden. Daarnaast kunnen jeugdigen nog weinig inzicht hebben ontwikkeld in hun eigen en andermans binnenwereld (Van den Bedem, 2018). Geef jeugdigen daarom voldoende tijd om informatie te verwerken, hun eigen boodschap te formuleren en goed te controleren of een boodschap is overgekomen. Bij dove en slechthorende kinderen kun je een gebarentolk inzetten.

Het kan ook helpen om ervaringsdeskundigheid in te zetten, als de jeugdige hier behoefte aan heeft. Een persoon die iets vergelijkbaars heeft meegemaakt, kan als rolmodel fungeren en ervoor zorgen dat de jeugdige zich meer begrepen voelt.

## Do's

- Passende psycho-educatie geven aan de jeugdige en de directe omgeving, zoals ouders, broers, zussen en leerkrachten. Uitleg geven over veelvoorkomende reacties na het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis en manieren om hiermee om te gaan. Positieve verwachtingen uitspreken en uitleg geven over veerkracht bij jeugdigen.
- Samen met de jeugdige en het gezin naar (sociale) steun zoeken binnen het netwerk van de jeugdige en deze steun proberen te vergroten, onder andere door praktische hulp te vragen.
- De jeugdige de gelegenheid geven om te praten (ook te tekenen/spelen etc.) over de gebeurtenis, maar daarbij het initiatief van de jeugdige volgen en de grenzen van de jeugdige te respecteren.
- Je bewust zijn van je verbale en non-verbale reacties op het aanhoren van de gebeurtenis en daar controle over houden. Authentiek reageren, kalm blijven, luisteren en erkenning geven, door bijvoorbeeld te zeggen: "Wat naar wat jou is overkomen". Op een niet-opdringerige, medelevende en behulpzame manier communiceren.
- Met de jeugdige en de ouders bespreken wat zij prettig vinden in het contact met de jeugdprofessional om hun betrokkenheid te vergroten. De jeugdige betrekken bij beslissingen en uitleg geven.
- Altijd een taxatie van de actuele veiligheid maken en zo nodig zorgen voor een medische check.
- Ouders ondersteuning bieden bij het reguleren van hun eigen reacties of hen zo nodig motiveren om zelf hulpverlening te zoeken, waaronder traumazorg, zodat zij hun kind beter kunnen ondersteunen.
- De jeugdige begeleiden bij het herstel van de dagelijkse routine, gezond slaapgedrag en het aanleren van probleemoplossende vaardigheden.
- Stimuleren om betekenisvolle en positieve activiteiten te doen. Deze kunnen voor afleiding en voor gevoelens van voldoening en plezier zorgen. Ook kunnen ze fungeren als een uitlaatklep bij jeugdigen die zich moeilijk verbaal uiten.



## Don'ts

- Er bij de jeugdige op aandringen om (steeds opnieuw) te praten over de gebeurtenis en zijn emoties te uiten (psychologische *debriefing*).
- Afwerend reageren op de ingrijpende gebeurtenis door bijvoorbeeld te schrikken, overspoeld te raken, het niet te geloven of te zeggen: "ik vind het heel erg" of "ik begrijp het". (Het "heel erg vinden" suggereert dat het heel erg is en beter om niet te bespreken. "Ik begrijp het" kan suggereren dat je denkt te weten hoe de jeugdige zich voelt, terwijl jeugdigen aangeven zich hierdoor juist minder goed begrepen te voelen).
- Meerdere wisselingen van jeugdprofessional en/of overplaatsingen in het verblijf.
- Continu praten over wat er is gebeurd in het bijzijn van de jeugdige.
- De regie overnemen, of taken overnemen die de jeugdige of het systeem zelf het beste kan uitvoeren.
- De situatie bagatelliseren door bijvoorbeeld te zeggen dat het niet zo erg is, dat het wel meevalt, dat iemand anders er veel erger aan toe is of dat er nu genoeg over gepraat is.

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

Als jeugdigen last hebben van de gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen, kunnen ouders hen helpen door een rustig baken voor ze te zijn. Deze paragraaf beschrijft wat jeugdprofessionals aan ouders kunnen adviseren om voor hun kind te doen, uiteraard in goed overleg en uitgaande van de kracht en mogelijkheden van ouders. Wanneer de ouder zelf de dader is van een ingrijpende gebeurtenis, geldt dit voor een andere volwassene met wie de jeugdige vertrouwd is. De adviezen zijn voornamelijk gestoeld op gebundelde praktijkkennis, ervaring en literatuur hierover (Coppens & Van Kregten, 2018; Crouch et al., 2018; website van National Child Traumatic Stress Network (<https://nctsn.org>)).

Het gevoel van veiligheid dat een jeugdige ervaart kan worden vergroot door de fysieke en emotionele beschikbaarheid van de ouder. De ouder kan de jeugdige uitleggen dat hij voor de jeugdige zal zorgen en, voor zover de ouder dat weet, uitleggen wat er hierna gaat gebeuren. Het is belangrijk dat de ouder de jeugdige beschermt tegen angstwekkende gesprekken of televisiebeelden die voor volwassenen zijn bedoeld. Gewone dagelijkse routine is goed voor de jeugdige, zoals vaste bedtijden, een verhaaltje of knuffel, of samen dingen doen die de ouder en de jeugdige allebei leuk vinden. Als een ouder weg moet, is het belangrijk de jeugdige te vertellen voor hoe lang en waarheen, en is het van belang dat er een vertrouwd iemand beschikbaar is. Maar ook kunnen ouders zo geschrokken zijn van de gebeurtenis dat ze hun kind extra willen beschermen. Soms is dit functioneel, bijvoorbeeld als er nog steeds een reële dreiging voor gevaar is. In andere gevallen is het niet gunstig, bijvoorbeeld als ouders de jeugdige na een ongeluk telkens met de auto naar school brengen, terwijl de jeugdige wel weer kan fietsen. Stimuleer ouders in dat geval om mee te fietsen of hun kind weer zelf te laten gaan.

Jeugdigen kunnen 'lastig' gedrag laten zien wanneer ze zich onveilig, bang of bezorgd voelen, of ze kunnen het gedrag van de dader herhalen. Dit 'acting out'-gedrag kan een vraag om hulp zijn. De ouder kan de jeugdige helpen om gevoelens te benoemen en te benadrukken dat deze gevoelens oké zijn. De ouder kan de jeugdige uitleggen dat het oké is om je boos te voelen, maar niet om bijvoorbeeld de ouder te slaan. De ouder kan de jeugdige helpen om emoties te uiten zonder de ander pijn te doen, zoals door te praten, spelen, sporten, tekenen en daarbij het tempo en initiatief van de jeugdige te volgen.

Een ouder kan de jeugdige helpen om een begrijpelijk verhaal te maken over de ingrijpende gebeurtenis en wat er daarna gebeurde, zodat de jeugdige de gebeurtenis kan plaatsen en ermee om kan gaan. Jonge kinderen kunnen via spel nadoen wat ze hebben meegemaakt. Het is belangrijk dat ouders het verhaal feitelijk houden en zich na de gebeurtenis niet richten op het uitdiepen van emoties. Belangrijk is dat de ouder kalm reageert (Siegel, 2007). De ouder kan de jeugdige helpen door het emotie- en stressniveau van de jeugdige zo te beïnvloeden dat de jeugdige

zijn eigen emoties en stress weer kan hanteren. Dit proces heet co-regulatie (Hirschler-Guttenberg et al., 2015). Via co-regulatie van volwassenen leren jeugdigen hun emoties en stress in toenemende mate te beheersen en zo hun zelfregulatie te vergroten. Wanneer het voor de ouder te ontregelend is om het verhaal van de jeugdige te horen, dan is het belangrijk dat de ouder hulp voor zichzelf zoekt. Wanneer het een ouder niet lukt om kalm te blijven en bijvoorbeeld ontregelt, blokkeert of boos wordt, dan is het goed dat de ouder zich daarna herpakt en de jeugdige uitlegt wat er gebeurde.

Ouders kunnen hun kind het beste helpen als zij zich goed voelen en goed voor zichzelf zorgen. Door overbelasting, eigen traumaklachten en/of andere psychische problemen kan een ouder tijdelijk niet of minder beschikbaar zijn voor een jeugdige. Zo kan de ouder na een ingrijpende gebeurtenis kampen met schaamte- en schuldgevoelens; een ouder die niet aanwezig was bij de ingrijpende gebeurtenis, was niet in de gelegenheid om de jeugdige te beschermen en te steunen. Door probleemgedrag van de jeugdige, kan de ouder meer stress en moeilijkheden met de opvoeding ervaren. Ook kan het voor ouders met beperkte cognitieve en aanpassingsmogelijkheden moeilijker zijn om adequaat te reageren op de signalen van hun kind. Algemene adviezen aan ouders om hun eigen stressniveau te verlagen zijn: zorgen voor voldoende nachtrust, gezonde voeding en beweging, geen alcohol drinken en zorgen voor momenten van ontspanning. Als de ouder zelf getraumatiseerd is doordat hij de ingrijpende gebeurtenis óók heeft meegemaakt of hierover heeft gehoord, of last heeft van een eerdere onverwerkte ingrijpende gebeurtenis, is het verstandig dat de ouder zelf hulp zoekt om dit te verwerken. Als het een ouder niet lukt om voldoende beschikbaar te zijn voor de jeugdige, kan hij worden begeleid om die beschikbaarheid te vergroten, of kan worden gekeken of een andere volwassene uit de omgeving van de jeugdige meer steun kan bieden.

### Do's

De jeugdprofessional ondersteunt en adviseert de ouders om:

- in de buurt en beschikbaar te zijn voor de jeugdige. En om, als de ouder weg moet, uitleg te geven voor hoe lang en waarheen, en te zorgen dat er een vertrouwd persoon bij de jeugdige blijft;
- te zorgen voor dagelijkse routine, met vaste bedtijden, een verhaaltje of knuffel;
- samen met de jeugdige activiteiten te doen die beiden plezierig vinden;
- te benadrukken dat het hebben en ervaren van emoties oké is en de jeugdige te ondersteunen in het benoemen van emoties en deze op een passende manier te uiten, zoals door praten, spelen, sporten of tekenen;
- empathisch te reageren, te structureren en het tempo en initiatief van de jeugdige te volgen;
- de jeugdige te helpen om een begrijpelijk verhaal te maken van de ingrijpende gebeurtenis en wat er daarna gebeurde. En om het verhaal daarbij feitelijk te houden, met oog voor de emoties, zonder deze verder uit te diepen;
- zelf hulp te zoeken als het verhaal van de jeugdige te ontregelend is of als de ouder zelf getraumatiseerd is geraakt door deze of een eerdere ingrijpende gebeurtenis;
- goed voor zichzelf te zorgen door voldoende nachtrust te nemen, gezond te eten en te bewegen en te ontspannen;
- te stimuleren dat de jeugdige alledaagse activiteiten die hij spannend vindt blijft doen (niet te gaan vermijden).

### Don'ts

De jeugdprofessional ontraadt ouders om:

- de jeugdige te confronteren met angstwekkende gesprekken of televisiebeelden die voor volwassenen zijn bedoeld;
- de jeugdige de schuld te geven van de ingrijpende gebeurtenis.





## 2.6 Samenwerking met school en zorgsettings na ingrijpende gebeurtenissen

Leerkrachten en andere onderwijs- en zorgprofessionals spelen een belangrijke rol in de ondersteuning aan jeugdigen die een schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt. Daarom is het van belang dat zij weten welk gedrag van jeugdigen te maken kan hebben met stressreacties na een ingrijpende gebeurtenis, zodat zij hier sensitief mee om kunnen gaan (Lindauer, 2018). Voor leerkrachten is er eveneens een handreiking geschreven (<http://leonycoppens.nl/wp-content/uploads/2019/09/Handout-Leerkrachten-set-2019.pdf>).

Deze paragraaf beschrijft wat jeugdprofessionals aan onderwijsprofessionals kunnen adviseren om de jeugdige bij te staan. Ze berusten op theoretisch onderbouwde methoden (Bath, 2008; Bethell et al., 2014; Coppens et al., 2015; Greenwald, 2005).

### Veilige omgeving creëren

De leerkracht of mentor kan het beste met de jeugdige, ouders en collega's de aanpak in de klas afstemmen. Over het algemeen kan een leerkracht helpen door de gebruikelijke dag- en lesroutine te hervatten, maar hierbij ook sensitief voor de signalen van de jeugdige te blijven. Structuur en het hanteren van de gebruikelijke opvoedingsregels geeft leerlingen houvast en kan daarmee een gevoel van veiligheid geven. Bij een ingrijpende gebeurtenis kan het helpen om aan de klas te vertellen wat er gebeurd is en uitleg over reacties op een ingrijpende gebeurtenis te geven, mits de jeugdige dit wil. Zo zijn alle klasgenoten in één keer op de hoogte en kennen zij hetzelfde verhaal.

### Positieve stabiele relaties

Een stabiele relatie met een leerkracht of mentor kan het gevoel van veiligheid dat een jeugdige ervaart vergroten. Een leerkracht of mentor kan zo'n stabiele relatie opbouwen door voor de jeugdige beschikbaar, betrouwbaar en voorspelbaar te zijn. Een jeugdige die een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt, kan binnen de veilige structuur van school, gezinshuis of residentiële setting ruimte nodig hebben om de gebeurtenis te verwerken.

### Emotieregulatie

Een leerkracht of mentor kan de jeugdige helpen met het reguleren van zijn emoties en gedrag. Net zoals bij ouders geldt (paragraaf 2.5), gaat dit het beste als een leerkracht of mentor zelf kalm blijft (Siegel, 2007). De leerkracht of mentor dient te beoordelen of de gedrags- en concentratieproblemen van de jeugdige verband houden met de ingrijpende gebeurtenis. Is dat het geval, dan zal straffen en belonen niet helpen, ook al blijven de gebruikelijke klassenregels van kracht. Een leerkracht of mentor kan met de jeugdige in gesprek gaan, als deze hier behoefte aan heeft. Jeugdigen die liever niet praten, kunnen op een andere manier hun gevoelens uiten, bijvoorbeeld door te tekenen, muziek te maken of te knutselen. Soms kan het helpen om de jeugdige een boek aan te bieden dat aansluit bij het thema van de gebeurtenis. Zo leert de jeugdige dat ook anderen vergelijkbare situaties hebben meegemaakt en hoe zij daarmee zijn omgegaan.

De leerkracht of mentor kan een jeugdige stimuleren om activiteiten die doen denken aan de gebeurtenis niet te veel uit de weg te gaan. Het is goed als een jeugdige voorzichtiger wordt na een ongeluk, maar niet als het normale activiteiten (en de daarbij horende normale risico's) gaat vermijden. Door het nemen van kleine, overzichtelijke stappen te stimuleren, kan een jeugdige geleidelijk aan normale activiteiten oppakken, ook al zijn ze eng of spannend.

Situaties op scholen waarbij sprake is van (vermeend) seksueel grensoverschrijdend gedrag kunnen gauw escaleren. Als school is het goed om de rust te bewaren en paniek te voorkomen (Coppens et al., 2015). Eerst moet goed worden onderzocht wat er aan de hand is, waarna passende conclusies en acties volgen. Parallel hieraan vindt ondersteuning plaats voor de betreffende jeugdige(n) en diens directe omgeving.





## Zie 2.6 Samenwerking met school na ingrijpende gebeurtenissen in Onderbouwing.

Een leerkracht kan goed volgen wat er in de klas gebeurt met een leerling die een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt. Vragen die een leerkracht zich kan stellen zijn:

- Is de jeugdige zich anders gaan gedragen sinds de gebeurtenis?
- Zijn er duidelijke signalen van klachten?
- Hoe gaat het met de schoolprestaties?
- Komen ouders met zorgen naar de leerkracht toe?
- Trekt de jeugdige zich terug?
- Nemen stressreacties af of juist toe?

Het is een natuurlijke reactie om een jeugdige op korte termijn veel aandacht te geven en dit daarna af te bouwen. Dat is goed, maar een leerkracht moet er wel op bedacht zijn dat een jeugdige gedurende lange tijd (soms zelfs jaren) bepaalde stressklachten kan houden, zelfs als hij verder goed functioneert. Het is daarom belangrijk om niet alleen in de maanden vlak na een ingrijpende gebeurtenis, maar ook in de jaren erna, op te blijven letten hoe het met een jeugdige gaat. Dat kan bijvoorbeeld binnen een vaste structuur van halfjaarlijkse oudergesprekken.

### *Wat als er een ingrijpende gebeurtenis op school plaatsvindt?*

Bij een ramp of crisis die meer mensen treft, is de multidisciplinaire *Richtlijn Psychosociale hulp bij rampen en crises* behulpzaam, evenals de folder *Als een ramp de school treft, omgaan met calamiteiten in het onderwijs* (Dückers et al., 2014; Spee & Van de Laar, 2012).

### **Do's**

De jeugdprofessional ondersteunt en adviseert de leerkracht om:

- de impact van een ingrijpende gebeurtenis op het leven van de jeugdige te begrijpen en te erkennen;
- voor structuur in de klas te zorgen en daarmee voor een gevoel van veiligheid, door de gebruikelijke dag- en lesroutine te hervatten;
- kort na de ingrijpende gebeurtenis aan de klas te vertellen wat er gebeurd is en uitleg te geven over mogelijke stressreacties, mits de jeugdige dit wil. En om het verhaal met de jeugdige, diens ouders en collega's van de leerkracht af te stemmen;
- de jeugdige de mogelijkheid te geven om over de gebeurtenis te praten, of op een andere manier uiting te geven aan zijn gevoelens (bv. door te knutselen of via muziek);
- tijdelijk voor minder huiswerk te zorgen of voor aanpassing van taken als gedrags- en concentratieproblemen ontstaan;
- de jeugdige te stimuleren om spannende alledaagse activiteiten toch te ondernemen. En om ook ouders te stimuleren om de jeugdige deze activiteiten te laten ondernemen, zoals zelf naar school fietsen;
- de jeugdige te volgen op het gebied van gedrag, klachten, stress en schoolprestaties; niet alleen kort na de ingrijpende gebeurtenis, maar ook de periode erna;
- te investeren in de relatie met de jeugdige;
- oog te hebben voor het gevoel van veiligheid bij de jeugdige;
- de jeugdige te helpen bij het reguleren en hanteren van zijn emoties en gedrag, en bij het bieden van alternatieve mogelijkheden om zichzelf te uiten;
- bij gedrags- en concentratieproblemen te kijken wat er achter kan zitten, zodat de jeugdige hiermee kan worden geholpen. En om consequenties af te stemmen op het gedrag, zodat een jeugdige wel leert dat er consequenties aan bepaald gedrag zitten, maar er ook rekening mee te houden dat straffen geen zin heeft bij gedragsproblemen die voortkomen uit de ingrijpende gebeurtenis(sen) die de jeugdige heeft meegemaakt;
- de jeugdprofessional advies te vragen wanneer de zorgbehoefte van de jeugdige daar aanleiding toe geeft.



## Don'ts

De jeugdprofessional ontraadt de leerkracht om:

- na een ingrijpende gebeurtenis mee te gaan in eventuele paniek van ouders en leerlingen;
- de jeugdige alleen kort na de gebeurtenis veel aandacht te geven en daarna niet meer;
- ervan uit te gaan dat bij goed functioneren de stressreacties bij de jeugdige verdwenen zijn;
- te straffen bij gedragsproblemen die voortkomen uit het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen.

## 2.7 Conclusies

Tussen de 14 en 50 procent van de jeugdigen maakt in zijn leven één of meerdere ingrijpende gebeurtenissen mee. Daaronder verstaan we beangstigende, gevaarlijke en/of gewelddadige gebeurtenissen die het leven van een jeugdige bedreigen, die tot ernstige verwonding kunnen leiden, of te maken hebben met seksueel geweld. Seksueel misbruik, mishandeling en verwaarlozing komen het meeste voor. Andere voorbeelden van ingrijpende gebeurtenissen zijn het ervaren van huiselijk geweld, gepest worden, een ongeluk krijgen en een ernstige ziekte hebben.

Bij het categoriseren van ingrijpende gebeurtenissen maken we onderscheid tussen enkelvoudig trauma, meervoudig trauma en meervoudig interpersoonlijk trauma. Normale reacties op een ingrijpende gebeurtenis variëren per leeftijdsfase en kunnen een maand aanhouden. Als reacties langer duren, of zeer intens zijn, is het passend om zorg in te zetten. Het gaat dan om kenmerken van een posttraumatische of acute stress-stoornis, zich uitend in herbelevingen, vermijding, verhoogde prikkelbaarheid en negatieve gedachten.

Jeugdprofessionals, ouders en leerkrachten kunnen de jeugdige op verschillende manieren ondersteuning bieden – direct na de ingrijpende gebeurtenis, maar ook als deze al langer geleden heeft plaatsgevonden.

Jeugdprofessionals zijn de aangewezen personen om psycho-educatie te geven aan de jeugdige en diens omgeving, over veelvoorkomende reacties na een ingrijpende gebeurtenis en manieren om hiermee om te gaan. Daarnaast is in de eerste periode na een ingrijpende gebeurtenis herstel van het gezinsritme en regulatie van stress van belang, waarbij het netwerk een belangrijke rol kan spelen. Bovendien is het essentieel om de veiligheid van de jeugdige te waarborgen, bijvoorbeeld in het geval van kindermishandeling. Dit kan door andere partijen in te schakelen, zoals Veilig Thuis, het jeugdbeschermingsplein, de huisarts en het wijkteam. Een kalme, empathische en authentieke opstelling van de jeugdprofessional is belangrijk. Geef de jeugdige en diens naasten de ruimte om de gebeurtenis te verwerken en stem de aanpak steeds goed af met het gezin.

De ouder kan ondersteuning bieden door als een stabiele basis te fungeren: fysiek en emotioneel beschikbaar te zijn, ruimte te bieden aan de emoties van de jeugdige, te zorgen voor een dagelijkse routine en een begrijpelijk verhaal te maken over het gebeurde. Om beschikbaar te zijn voor de jeugdige is het belangrijk dat de ouder zich goed voelt en de kalmte weet te bewaren. Hiervoor moet de ouder goed voor zichzelf zorgen.

Leerkrachten en de mentor spelen een belangrijke rol door de gebruikelijke dag- en lesroutine vast te houden en een veilig leerklimaat te scheppen. De leerkracht en de mentor kunnen de klas vertellen wat er gebeurd is, de jeugdige ondersteunen bij de verwerking en positieve, plezierige activiteiten met de klas ondernemen. Bij (vermeend) seksueel grensoverschrijdend gedrag op school, met daaruit volgend paniek vanuit leerlingen en ouders, is het Vlaggensysteem (Frans & Franck, 2014) een geschikte interventie om in te zetten.

Ouders en leerkrachten kunnen een jeugdige helpen om normale activiteiten die doen denken aan de gebeurtenis niet te veel te vermijden.



## 2.8 Aanbevelingen

1. Geef de jeugdige (en eventueel diens naasten) de gelegenheid zich te uiten over de gebeurtenis, bijvoorbeeld door te praten, tekenen of spelen etc. Volg daarbij het tempo en initiatief van de jeugdige.
2. Maak een inschatting van de actuele veiligheid van de jeugdige. Doorloop als er sprake is van kindermishandeling het *Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (2013)* en zorg zo nodig voor een medische controle.
3. Help de jeugdige om een begrijpelijk verhaal te maken van de ingrijpende gebeurtenis en wat er daarna gebeurde. Houd het verhaal feitelijk, met oog voor de emoties, zonder deze verder uit te diepen. Reageer authentiek, kalm en met empathie.
4. Stimuleer de jeugdige bij het ondernemen van betekenisvolle en positieve activiteiten die hem voldoening en plezier geven.
5. Geef psycho-educatie aan de jeugdige en zijn directe omgeving, zoals ouders, broers, zussen en leerkrachten. Geef uitleg over veelvoorkomende stressreacties na het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis en manieren om hiermee om te gaan. Benoem daarnaast ook positieve verwachtingen en geef uitleg over veerkracht bij jeugdigen.
6. Help het gezin om de (sociale) steun uit het eigen netwerk te vergroten. Denk daarbij ook aan praktische hulp. Doe dit in goed overleg met de jeugdige en het gezin en laat de wensen van de jeugdige en het gezin leidend zijn.
7. Bied ouders ondersteuning bij het reguleren van hun eigen reacties of motiveer hen zo nodig om zelf hulpverlening te zoeken, waaronder traumazorg, zodat zij hun kind goed kunnen blijven ondersteunen.
8. Begeleid ouders bij het herstel van veiligheid en structuur door een dagelijkse routine thuis aan te bieden, de schoolgang voort te zetten, gezond slaapgedrag te stimuleren, plezierige activiteiten te ondernemen en vermijdingsgedrag tegen te gaan.

Hoofdstuk 3.

# Signaleren van traumagerelateerde problemen



Dit hoofdstuk beschrijft hoe jeugdprofessionals de jeugdige en belangrijke anderen uit zijn omgeving kunnen betrekken en effectief bevragen bij het signaleren van traumagerelateerde problemen. We leggen uit welke kwalitatief goede signaleringsinstrumenten voor traumagerelateerde problemen bij jeugdigen er zijn, wanneer deze kunnen worden ingezet, en hoe de uitkomsten kunnen worden vastgelegd en gecommuniceerd naar jeugdigen, ouders en andere jeugdprofessionals.

### 3.1 Definitie van traumagerelateerde problemen

In deze richtlijn hanteren we de volgende definitie van traumagerelateerde problemen:

*‘problemen op het gebied van gedrag, emoties, cognities, ontwikkeling en lichamelijke klachten die voortkomen uit (een) onverwerkte ingrijpende gebeurtenis(sen)’.*

In paragraaf 2.3 is beschreven welke reacties op een ingrijpende gebeurtenis bij jeugdigen zorgwekkend zijn en hoe deze zich in verschillende leeftijdsfasen kunnen voordoen. Afhankelijk van het type ingrijpende gebeurtenis en de ernst van de stressreacties, kunnen stressreacties leiden tot ernstige problemen. Deze traumagerelateerde problemen kunnen verschillende uitingsvormen hebben op meerdere gebieden.

Soms zijn traumagerelateerde problemen te herkennen als een stoornis, zoals beschreven in de *DSM-5* (American Psychiatric Association, 2013). Het kan dan gaan om de volgende trauma- en stressorgerelateerde stoornissen: de acute stress-stoornis (zie ook paragraaf 2.3), de posttraumatische stress-stoornis (zie ook paragraaf 2.3), de reactieve hechtingsstoornis, de ontremd-sociaalcontactstoornis en de aanpassingsstoornis.

*Zie 3.1 Definitie van traumagerelateerde problemen in Onderbouwing.*

Maar traumagerelateerde problemen spelen nog vaker een rol bij ándere psychische problemen of comorbide stoornissen (Kilpatrick et al., 2003; Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Ommeren et al., 2013; Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed et al., 2013). Denk aan dissociatieve stoornissen, persisterende complexe rouwstoornissen, angststoornissen, stemmingsstoornissen, gedragsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen, somatisch onverklaarde lichamelijke klachten, verslavingsstoornissen, dwangstoornissen en een verstandelijke beperking. Ook zonder (exact) te voldoen aan de criteria voor een stoornis volgens de *DSM-5* kunnen zich traumagerelateerde problemen in mildere vormen voordoen bij jeugdigen die een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt.

Binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming wordt vaak gewerkt met het Classificatiesysteem voor de Aard van Problematiek van Jeugd (CAP-J), die verschillende opvoed- en opgroei problemen van jeugdigen indeelt in vijf clusters van problemen, de zogenaamde assen (psychosociaal functioneren van de jeugdige, lichamelijke gezondheid, vaardigheden en cognitieve ontwikkeling, gezin en opvoeding, jeugdige en omgeving). Het systeem biedt een methode om de problematiek te verkennen, vast te stellen en te ordenen, en om de kern van de problematiek eruit te halen. Klachten als het herbeleven van een gebeurtenis, opwinding of vermijding worden bijvoorbeeld gezien als passend bij problemen in de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen (A104), dat een onderdeel vormt van de groep emotionele problemen (A100) op As A, de as van het psychosociaal functioneren van jeugdigen (Nji, 2016).

Specifiek voor ingrijpende gebeurtenissen die herhaald of langdurig plaatsvinden binnen de context van een relatie (meervoudige interpersoonlijke traumatisering), is dat deze een zeer breed scala aan problemen kunnen veroorzaken. Dit geldt ook voor enkelvoudige en meervoudige niet-interpersoonlijke gebeurtenissen, maar in mindere mate. Deze problemen uiten zich op het gebied van de geestelijke en lichamelijke gezondheid, zowel op de kinderleeftijd als op volwassen leeftijd (Felitti et al., 1998; Minton et al., 2006; Teicher et al., 2016). Bij



interpersoonlijke traumatisering kunnen naast trauma- en stressorgerelateerde problemen meer comorbide problemen worden vastgesteld, zoals problemen met emotieregulatie, een negatief zelfbeeld en interpersoonlijke problemen. Wanneer andere psychische problemen op de voorgrond staan, kan dat het vaststellen van de traumagerelateerde problemen compliceren. Vaak worden dan de diagnostiek en behandeling gericht op deze comorbide klachten voordat men overgaat op traumabehandeling, met als doel eerst een zekere mate van stabiliteit bij de jeugdige te krijgen voordat de traumabehandeling plaatsvindt. Uit onderzoek blijkt echter niet dat dit een logische volgorde is: de instabiliteit komt juist voort vanuit een onbehandeld trauma. Daarom wordt aanbevolen, conform de richtlijn voor behandeling van PTSS, om ook in geval van interpersoonlijke traumatisering, net als bij enkelvoudige en niet-interpersoonlijke traumatisering, direct met *evidence-based* trauma-interventies te starten (Bicanic, de Roos et al., 2015; Van Minnen et al., 2012).

## 3.2 Risicofactoren voor het ontwikkelen van traumagerelateerde problemen

Sommige kenmerken van de ingrijpende gebeurtenis, de jeugdige en de omgeving vergroten de kans op traumagerelateerde problemen. Het is belangrijk om de volgende risicofactoren in ogenschouw te nemen (Beer & De Roos, 2017; Cohen, Bukstein et al., 2010; Kalmakis & Chandler, 2014):

### Gebeurtenis

- Type en ernst van de ingrijpende gebeurtenis.  
Hoe ernstig was de gebeurtenis? Hoe vaak en hoe lang kwamen ingrijpende gebeurtenissen voor? Vond de ingrijpende gebeurtenis plaats binnen een relationele context? Was de jeugdige zelf slachtoffer of was de jeugdige getuige van een gebeurtenis?
- Was de jeugdige gescheiden van de ouder(s) tijdens of direct na de gebeurtenis?
- Hoe ernstig zijn de gevolgen van de gebeurtenis? Denk bijvoorbeeld aan blijvende schade, lichamelijk letsel of het verlies van dierbaren.
- Is er een verhoogde blootstelling aan beelden of andere informatie over de gebeurtenis door mediareportage of juridische procedures? Blootstelling hieraan kan herinneringen reactiveren en nieuwe herinneringen vormen, wat de natuurlijke verwerking kan belemmeren.

### Jeugdige

- Was er sprake van veel stress tijdens of direct na de ingrijpende gebeurtenis (peritraumatische stress)? Veel emotionele stress tijdens de gebeurtenis kan zich uiten in paniekreacties of dissociatieve reacties, zoals een gevoel van vervreemding of verdooving, of het vergeten van gedeeltes van de gebeurtenis.
- Had de jeugdige al traumagerelateerde problemen naar aanleiding van (een) eerdere ingrijpende gebeurtenis(sen)? Het meemaken van meerdere ingrijpende gebeurtenissen (cumulatie) vergroot de kans op het ontwikkelen van psychopathologie.
- Was de jeugdige vóór de ingrijpende gebeurtenis al bekend met psychiatrische of psychosociale problemen? Heeft de jeugdige een kwetsbaar temperament of beperkte copingvaardigheden?
- Hoe beoordeelt de jeugdige de gebeurtenis en de eigen reacties? Een onredelijke interpretatie van de gebeurtenis kan leiden tot disfunctionele gevoelens en disfunctioneel gedrag.

### Ouders, gezin, omgeving

- Reageerden de ouders sensitief op de jeugdige? Gebrek aan sensitiviteit verhoogt het risico.
- Hoe gingen de ouders zelf om met de ingrijpende gebeurtenis? Was er veel stress, paniek of dissociatie bij de ouders tijdens en direct na de gebeurtenis?
- Hebben de ouders ook klachten door deze of een eerdere ingrijpende gebeurtenis die zij of gezinsleden hebben meegemaakt? Hoe verloopt de traumaverwerking bij de ouders? Wanneer ouders last hebben van eerdere onverwerkte ingrijpende gebeurtenissen kan dat invloed hebben op het functioneren als opvoeder.



- Is er sprake van psychiatrische of psychosociale problemen bij ouders of gezinsleden? Als dit het geval is, kunnen ouders onvoldoende emotioneel beschikbaar zijn voor de jeugdige.
- Wat is het niveau van cognitieve en adaptieve vaardigheden van ouders en jeugdigen? Jeugdigen en ouders met een verstandelijke beperking kunnen meer moeite hebben zich aan te passen aan een nieuwe situatie.
- Is het functioneren van het gezin veranderd na de ingrijpende gebeurtenis? Wanneer gezinsleden van slag zijn, kunnen oude gezinspatronen niet meer aansluiten bij de nieuwe situatie, waardoor de jeugdige onvoldoende houvast kan ervaren.
- Zijn er sociale steunbronnen? Denk aan steun vanuit de familie, vriendenkring en buurt. Ook ondersteuning vanuit school is belangrijk. Een gebrek aan steun van anderen uit de omgeving kan nadelig zijn.

*Zie 3.2 Risicofactoren voor het ontwikkelen van traumagerelateerde problemen in Onderbouwing.*

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

Sommige kenmerken van de ingrijpende gebeurtenis, de jeugdige en de omgeving beschermen tegen het ontwikkelen van traumagerelateerde problemen. De aanwezigheid van beschermende factoren en veerkracht bevorderen elkaar wederzijds. Maar als jeugdigen over veerkracht beschikken, betekent dit niet dat er geen psychopathologie is. Het is belangrijk de volgende beschermende factoren in kaart te brengen (Beer & De Roos, 2017; Hornor, 2017; Liu et al., 2017; McLaughlin & Lambert, 2017; Rutter, 2012; Sattler & Font, 2018; Sciaraffa et al., 2018; Weisaeth et al., 2017).

#### **Gebeurtenis**

- Waren de ouders of was er een andere hechttingsfiguur in de buurt? Waren deze in staat om de jeugdige te beschermen, te troosten en te helpen diens emoties te reguleren?

#### **Jeugdige**

- Is er een volwassene die de jeugdige veiligheid kan bieden en kan troosten en beschermen?
- Beschikt de jeugdige over goede sociale, cognitieve en probleemoplossingsvaardigheden en een adequate impulscontrole?
- Heeft de jeugdige een positief zelfbeeld? Is de jeugdige extravert?
- Lukt het de jeugdige om de gebeurtenis op een redelijke manier te interpreteren (functionele betekenisgeving)?

#### **Ouders, gezin, omgeving**

- Zijn de ouders beschikbaar en ondersteunend? Kunnen zij adequaat omgaan met de situatie? Kunnen ze hun eigen stressreacties en die van gezinsleden adequaat hanteren? Kunnen zij, zo nodig, om steun vragen?
- Is er betrokkenheid en steun van de omgeving? Zowel de hoeveelheid beschikbare anderen als de kwaliteit van de relaties is hierbij relevant.
- Is de buurt veilig, is er cohesie binnen de gemeenschap, zit de jeugdige op een fijne, passende school, kan de jeugdige activiteiten ondernemen waarin hij zich competent kan voelen en zich kan uiten? En hoe is de sociaal-economische status?

#### **Do's**

- Risicofactoren in kaart brengen en in nauw overleg met jeugdige en gezin beoordelen of er ondersteunende interventies nodig zijn.
- Beschermende factoren in kaart brengen en beoordelen of en op welke manier deze te bevorderen zijn.



## Don'ts

- Ervan uitgaan dat behandeling onnodig is als er veel beschermende factoren aanwezig zijn.

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

Niet altijd worden traumagerelateerde problemen bij jeugdigen herkend. Eén van de redenen hiervoor is dat reacties op ingrijpende gebeurtenissen een overlap met andere stoornissen kunnen vertonen. Zo kan bijvoorbeeld het drukke gedrag van een jeugdige toegeschreven worden aan *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD). Behoeftte aan structuur en regelmaat of een verminderde contactname kunnen geïnterpreteerd worden als behorende bij een autismespectrumstoornis (ASS). Ook wanneer een verstandelijke beperking wordt vastgesteld, kunnen traumagerelateerde problemen over het hoofd worden gezien (Vervoort-Schel et al., 2018).

Het is daarom noodzakelijk om als jeugdprofessional te vragen naar ingrijpende gebeurtenissen, traumagerelateerde problemen en het moment van ontstaan van de klachten. Daarnaast is het van belang om gezamenlijk de klachten breed in kaart te brengen. Dus om zowel op traumagerelateerde problemen te letten als op klachten behorend bij andere problematiek, zoals middelenafhankelijkheid, depressie, angststoornissen en een verstandelijke beperking. Ook is het van belang om te letten op de gevolgen die een jeugdige van een ingrijpende gebeurtenis kan ervaren op verschillende levensgebieden, zoals relaties met gezinsleden, leeftijdsgenootjes en functioneren op school. Let ook op fysieke gezondheidsproblemen, zoals verwondingen door de ingrijpende gebeurtenis en medische behandelingen voor andere lichamelijke klachten.

Voor jeugdprofessionals is het voldoende om de jeugdige, de ouders of opvoeders en andere betrokkenen uit de omgeving kort te bevragen. Het gaat er dan om welke gebeurtenis(sen) de jeugdige heeft meegemaakt, wie erbij betrokken waren, hoe oud de jeugdige was, of de gebeurtenis eenmalig of herhaaldelijk heeft plaatsgevonden en wat de reacties (bijvoorbeeld gedachten, gevoelens en gedrag) van de jeugdige en van de omgeving op de gebeurtenis(sen) waren. Leg jeugdige en ouders goed uit waarom je hiernaar vraagt. Bij het (zeer) jonge kind zijn er mogelijk geen expliciete herinneringen. Dan hoeft de gebeurtenis niet verder uitgevraagd te worden. Eventueel kun je de ouders vragen om de ingrijpende gebeurtenis te vertellen. Realiseer je echter goed dat dit hún verhaal is dat gekleurd kan zijn door hun eigen interpretaties en reacties.

Als rapportage al voldoende informatie geeft over de ingrijpende gebeurtenis, hoeft deze niet verder uitgevraagd te worden. Een "ik weet ervan" volstaat dan. Zorg dus dat je goed ingelezen bent in een dossier. Ook kunnen jeugdprofessionals in kaart brengen welke stressreacties van de jeugdige zijn waargenomen door ouders en andere betrokkenen, zoals medewerkers van de school, het kinderdagverblijf of de buitenschoolse opvang. Doe dit altijd in overleg met de jeugdige en leg uit waarom je het belangrijk vindt om extra informatie in te winnen. In een eventuele latere fase past het om wat meer bij de inhoud en details van de gebeurtenis stil te staan. Huisartsen, jeugdartsen, kinderartsen en zorgverleners in de generalistische basis jeugd-GGZ en gespecialiseerde jeugd-GGZ kunnen jeugdigen systematisch bevragen. Voordat effectief bevraagd kan worden op traumagerelateerde problemen, dient eerst de veiligheid van de jeugdige vastgesteld te zijn (zie paragraaf 2.4). Besteed aandacht aan het risico als gevolg van de problemen en klachten, zowel bij de jeugdige zelf (zoals suïcidaliteit of kans op hertraumatisering) als bij anderen in de omgeving van de jeugdige. Denk er bij dit laatste bijvoorbeeld aan of anderen (jeugdigen) in de directe omgeving gevaar lopen.

Jeugdigen vertellen doorgaans niet uit zichzelf over ingrijpende gebeurtenissen, door schuld- en schaamtegevoelens of vermijdingsgedrag, of doordat ze zich onvoldoende realiseren dat er sprake is van een ingrijpende gebeurtenis, wat het geval kan zijn bij chronische verwaarlozing of mishandeling. Het is daarom belangrijk om structureel te vragen naar ingrijpende gebeurtenissen en dit met enige regelmaat te herhalen (Cohen, Berliner & Mannarino, 2010). Sommige jeugdigen ervaren het als een opluchting als zij over deze



onderwerpen mogen praten en wanneer zij weten dat zij niet de enigen zijn die een soortgelijke gebeurtenis hebben meegemaakt. Het is ook van belang dat de jeugdige toestemming heeft van ouders om te praten over de meegemaakte gebeurtenissen. Als dit niet het geval is, bijvoorbeeld vanwege onmacht in de opvoeding, gevoelens van schaamte of schuld, of angst voor consequenties, kan de jeugdige een loyaliteitsconflict ervaren. Met name wanneer een ouder betrokken was bij de gebeurtenis of deze (mede) heeft veroorzaakt, kan dit ingewikkeld zijn. Het is dan zaak om dit eerst met de ouder bespreekbaar te maken en de ouder hierin te begeleiden, bijvoorbeeld door te vragen “Wat had u gewild dat er niet was gebeurd?” (zie ook paragraaf 2.5). Het kan dan ook wenselijk zijn om, met toestemming van de jeugdige en/of de ouders, een andere opvoeder, verzorger of leerkracht te bevragen. Het hoofdstuk ‘Als je je zorgen maakt’ uit de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* geeft overwegingen, praktische adviezen en gesprekstechnieken om hierover met ouders in gesprek te gaan. Uitgangspunt is om in openheid de zorgen en te ondernemen stappen te bespreken. De algemene regelgeving over toestemming moet hierbij in acht worden genomen (artikel 450 WGBO, artikel 7.3.4, Jeugdwet, 2014. Voor meer informatie over het toestemmingsvereiste zie *Handreiking Toestemmingsvereiste voor hulp bij kindermishandeling, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016*).

### Do's

- Met toestemming van de jeugdige en/of de ouders meerdere informanten rondom de jeugdige bevragen op ingrijpende gebeurtenissen en traumagerelateerde problemen.
- Directe vragen stellen en je taalgebruik afstemmen op de leeftijd en het niveau van de jeugdige. Bijvoorbeeld: “Wat zijn voor jou nare gebeurtenissen geweest in je leven?”
- Een neutrale houding aannemen en objectief zijn. Bijvoorbeeld: “Sommige jeugdigen hebben seksueel geweld meegemaakt, anderen hebben dit niet. Hoe is dat bij jou?”
- Alert zijn op veranderingen in gedrag, houding en reacties van de jeugdige, zowel in gesprekken met ouders en leerkrachten als tijdens gesprekken met de jeugdige zelf.
- Omgevingsinformatie inwinnen, als er vermoedens zijn dat de problemen veroorzaakt worden door een vorm van kindermishandeling in de thuissituatie. Jeugdigen beginnen namelijk niet makkelijk uit zichzelf over dit onderwerp. Overwegen om anoniem advies te vragen of een melding te doen bij Veilig Thuis. Veilig Thuis heeft de wettelijke bevoegdheid omgevingsinformatie in te winnen.
- Bij het vermoeden van traumagerelateerde problemen de geobserveerde reacties en symptomen van de jeugdige met de jeugdige bespreken.
- Met enige regelmaat de jeugdige blijven bevragen op ingrijpende gebeurtenissen en eventuele reacties. Dit onderwerp bijvoorbeeld halfjaarlijks of jaarlijks terug laten komen.

### Don'ts

- Op grond van signalen aannemen dat er een ingrijpende gebeurtenis heeft plaatsgevonden en suggestieve vragen stellen.
- Ervan uitgaan dat de jeugdige uit zichzelf vertelt dat hij een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt en aannemen dat één keer vragen voldoende is.

*Zie 3.4 Effectief bevragen op ingrijpende gebeurtenissen en traumagerelateerde problemen in Onderbouwing.*

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

Het is van belang dat de jeugdprofessional aan jeugdige en ouders uitlegt waarom het belangrijk is om te vragen naar ingrijpende gebeurtenissen. Het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen kan immers nu, maar ook later, tot klachten leiden. Zeker van gebeurtenissen die niet aan het licht komen, kan de jeugdige last krijgen.



Leg ook uit, met behulp van psycho-educatie, hoe jeugdigen tijdens en na een ingrijpende gebeurtenis kunnen reageren, afhankelijk van hun leeftijd. Hierdoor kunnen ouders alert worden op eventuele gedragsveranderingen (zie paragraaf 2.2). Zeg dat dit normale reacties zijn, geef uitleg over veerkracht en vertel dat het met de meeste jeugdigen na een paar weken vanzelf weer beter gaat. Leg uit dat sommige jeugdigen klachten ontwikkelen die langer aanhouden en dat het daarom van belang is dat ouders en anderen in de omgeving alert blijven op gedragsveranderingen bij de jeugdige. Geef hiervan concrete voorbeelden, zoals nachtmerries hebben, het naspelen van de gebeurtenis of het uit de weg gaan van gevoelens, gedachten, gesprekken of een bepaalde plek, persoon of voorwerp. Bespreek ook dat het belangrijk is om te overleggen met een jeugdprofessional als de klachten na een maand niet afnemen. Zie paragraaf 2.5 en 2.6 voor adviezen hoe ouders en leerkrachten kunnen omgaan met de reacties van de jeugdige.

### 3.6 Signaleringsinstrumenten

Er zijn verschillende vragenlijsten beschikbaar om ingrijpende gebeurtenissen en stressreacties in kaart te brengen. In het kader van deze richtlijn, met als doel de signalering van traumagerelateerde problemen, zijn korte, screenende lijsten wenselijk. De hieronder aanbevolen lijsten zijn verder geselecteerd op beschikbaarheid in het Nederlands, toepasbaarheid in de jeugdhulp zonder specifieke voorafgaande training in afname, en onderbouwend onderzoek naar betrouwbaarheid en validiteit (Beer et al., 2020). Bij het inzetten van de vragenlijsten is het van belang de handleiding te gebruiken. Wanneer een jeugdprofessional twijfelt over de eigen bekwaamheid om een vragenlijst af te nemen, kan deze een gedragswetenschapper raadplegen.

#### Screening ingrijpende gebeurtenissen

De Life Event Checklist voor de DSM-5 (LEC-5; Boeschoten et al., 2014) is een vragenlijst die zestien belangrijke gebeurtenissen bevraagt (waaronder natuurramp, ongeval, blootstelling aan fysiek geweld, ongewenste seksuele ervaringen, en andere zeer stressvolle ervaringen). Deze vragenlijst is geschikt om tijdens een gesprek af te nemen, omdat deze ook vraagt naar gebeurtenissen waar jeugdigen uit zichzelf mogelijk niet aan denken. Als er sprake blijkt van meerdere ingrijpende gebeurtenissen, kan een levenslijn of tijdlijn helpen om overzicht te krijgen over de volgorde waarin de gebeurtenissen hebben plaatsgevonden. Jeugdigen vinden het doorgaans prettiger als de jeugdprofessional concrete gebeurtenissen benoemt, zodat ze de gebeurtenissen niet zelf bespreekbaar hoeven te maken.

De LEC-5 is na registratie gratis te downloaden via de website van Stichting Centrum '45, en verkrijgbaar in meerdere talen (oa Frans, Engels, Arabisch): <https://www.psychotraumadiagnostics.centrum45.nl/nl/ptss>.

#### Screening traumagerelateerde problemen

Wanneer er sprake is van één of meer meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen, is een nadere screening op traumagerelateerde (posttraumatische) symptomen met de Child Revised Impact of Events Scale (CRIES-13; Verlinden et al., 2014) aangewezen. Doorgaans kunnen kinderen vanaf zeven of acht jaar de zelfrapportagevragenlijst invullen; voor ouders is er een ouderversie. Deze versies hebben beide dertien items en brengen de mate van vermijding, herbeleving en verhoogde prikkelbaarheid in kaart. Ze bevatten een handleiding voor afname en scoring, en voor indicaties tot verwijzing. De lijst en handleiding zijn beschikbaar in vele talen en gratis te downloaden via [https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Instrumenten/Children-s-Revised-Impact-of-Event-Scale-\(CRIES-13\)](https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Instrumenten/Children-s-Revised-Impact-of-Event-Scale-(CRIES-13)).

#### Screening psychische problemen

Daarnaast is aan te bevelen om ook een algemenere vragenlijst af te nemen, die screent op psychische problemen en vaardigheden van jeugdigen, zoals de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Van Widenfelt et al., 2003). Deze vragenlijst meet emotionele symptomen, gedragsproblemen, hyperactiviteit, aandachttkort, problemen met leeftijdsgenoten en prosociaal gedrag. De SDQ heeft een versie voor jeugdigen, ouders en leerkrachten, is



beschikbaar in meerdere talen, en is gratis te downloaden via <http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Dutch> of via de eigen instelling. Scores geven een indicatie van psychopathologische symptomen, die meegenomen moeten worden wanneer een verwijzing wordt overwogen.

Het is van belang om in deze signalerende fase alleen screeningsvragenlijsten in te zetten en niet uitgebreid in te gaan op de ingrijpende gebeurtenis. Dat is meer iets voor de (hoog)specialistische jeugd-GGZ (Beer et al., 2013). Daarin wordt gewerkt met diagnostische vragenlijsten die uitgebreider ingaan op de ingrijpende gebeurtenis(sen) en daardoor herbelevingen en heftige emoties kunnen oproepen. Het is niet aan te raden om de ingrijpende herinnering te reactiveren zonder deze aansluitend en adequaat te kunnen behandelen.

*Zie 3.6 Signaleringsinstrumenten in Onderbouwing.*

### Secundaire preventie

Preventieve interventies na een ingrijpende gebeurtenis kunnen in verschillende fasen van de zorg worden ingezet (AKWA, 2020; Magruder et al., 2017). Vroegtijdige risicoscreening is een manier van preventie bij jeugdigen die recent een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt (zie paragraaf 3.6). Universele preventie van traumagerelateerde problemen bij jeugdigen is gericht op het voorkómen van de traumatisering op zich, dus op het voorkómen van ingrijpende gebeurtenissen zoals huiselijk geweld en kindermishandeling (zie de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*). Er zijn bewezen effectieve preventieve programma's om ouderschap te ondersteunen, zoals VoorZorg, een preventief ondersteunend programma voor zeer kwetsbare vrouwen al tijdens de zwangerschap en de eerste twee levensjaren van het kind (Mejdoubi et al., 2015). Psychische problematiek van de ouders verhoogt het risico van jeugdigen op traumagerelateerde problemen, waarvoor de *Richtlijn Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming* zowel handvatten biedt voor het inzetten van gepaste interventies als een uitgebreid overzicht van mogelijke interventies geeft. Voor ouders die in de gehechtheidsrelatie met hun kind onvoldoende (emotionele) veiligheid kunnen bieden, is *Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)* bewezen effectief (zie de *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*). In deze interventie krijgen ouders feedback op video-opnamen van interacties tussen hen en hun kind. De interventie heeft als doel de opvoedingsvaardigheden van de ouder te verbeteren waardoor gedragsproblemen voorkomen of verminderd worden.

### Do's

- Korte screeningsvragenlijsten gebruiken naar ingrijpende gebeurtenissen (de LEC-5 is hiervoor geschikt) en traumagerelateerde symptomen (de CRIES-13 en de SDQ zijn hiervoor geschikt).
- Informatie geven over de vragenlijst en de scoring. Uitleggen wat de vragenlijst in kaart brengt, vertellen dat de antwoorden kunnen worden vergeleken met die van leeftijdsgenoten, de resultaten bespreken.
- Met de jeugdige en ouders bespreken of zij de resultaten herkennen, of deze informatie nieuw is en of zij zich hierin kunnen vinden.
- De sterke kanten van de jeugdige benoemen, zoals deze naar voren komen vanuit de vragenlijst.
- Psycho-educatie geven over gebruikelijke symptomen na een ingrijpende gebeurtenis. Vertellen dat het heel normaal is dat een jeugdige zulke gedachten of gevoelens heeft na een ingrijpende gebeurtenis.
- Eventuele vervolgstappen en de voorkeuren van jeugdige en ouders bespreken. Bijvoorbeeld: "In de vragenlijst heb je aangegeven dat je meerdere ingrijpende gebeurtenissen hebt meegemaakt en daar veel last van hebt. Je denkt er bijvoorbeeld vaak aan terug terwijl je dat niet wilt en hebt vaak nachtmerries. We noemen dit traumagerelateerde problemen. Het is belangrijk dat je hier hulp bij krijgt, om minder last te hebben van de dingen die je hebt meegemaakt. Daarom wil ik een therapeut inschakelen die veel weet over het helpen van kinderen/jongeren die van dezelfde dingen last hebben als jij".



- Bemoedigend en realistisch zijn in je boodschap naar de jeugdige en ouders over therapie en mogelijkheden tot herstel.

#### Don'ts

- In deze fase vragenlijsten afnemen die gericht zijn op diagnostiek. (Dit is doorgaans meer iets voor de (hoog)specialistische jeugd-GGZ)
- Ervan uitgaan dat als een jeugdige veel klachten heeft, er vast sprake is van een trauma.

### 3.7 Signalen vastleggen en communiceren

Voor jeugdprofessionals, jeugdigen en ouders is het belangrijk dat er een inzichtelijke, volledige en betrouwbare rapportage ontstaat van de gesprekken en bevindingen. Maak voorafgaand aan de gesprekken duidelijke afspraken met jeugdige en ouders over welke informatie met ouders en andere betrokkenen gedeeld mag worden, op welk moment en met welk doel. De algemene regelgeving voor toestemming en dossiervoering moet hierbij in acht worden genomen (artikelen 7.1.1.1-7.4.5 Jeugdwet, 2014).

Ga als jeugdprofessional met de jeugdige en de ouders in gesprek over ingrijpende gebeurtenissen, beschermende factoren, risicofactoren en traumagerelateerde problemen. In de eerste weken nadat de jeugdige een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt is het goed om de psychologische impact van de gebeurtenis actief te volgen (*watchful waiting*). Zo kun je in de gaten houden of de jeugdige spontaan tot herstel komt. Daarnaast kun je zien of de reacties van de jeugdige op de gebeurtenis veranderen. Dit kan bijvoorbeeld door in de tweede en vierde week na het meemaken van de gebeurtenis een screeningsvragenlijst bij de jeugdige af te nemen (Schnyder & Cloitre, 2015).

*Zie 3.7 Signalen vastleggen en communiceren in Onderbouwing.*

#### Do's

- Voor een inzichtelijke, volledige en betrouwbare rapportage zorgen.
- Goede afspraken maken met jeugdige en ouders over welke informatie gedeeld wordt, op welk moment en met welk doel.

### 3.8 Conclusies

Traumagerelateerde problemen zijn problemen op het gebied van gedrag, emoties en ontwikkeling en lichamelijke klachten die voortkomen uit (een) onverwerkte ingrijpende gebeurtenis(sen). Ook zonder exact te voldoen aan de criteria voor de traumagerelateerde stoornissen in de DSM-5 kunnen jeugdigen traumagerelateerde problemen hebben nadat zij een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt.

De kans dat een jeugdige traumagerelateerde problemen ontwikkelt, wordt onder meer beïnvloed door de aanwezigheid van beschermende en risicofactoren. Beschermende factoren bevorderen de veerkracht van een jeugdige, risicofactoren vergroten juist de kans op problemen. De factoren kunnen betrekking hebben op de gebeurtenis, de jeugdige of de omgeving.

Omdat traumagerelateerde problemen niet altijd als zodanig herkend worden, is het belangrijk om kort en structureel naar ingrijpende gebeurtenissen en daaruit voortvloeiende problemen te vragen. De jeugdprofessional kan dit doen tijdens een gesprek met de jeugdige en eventueel de ouders.



Behalve aan de jeugdige is het ook van belang om ouders of anderen in de omgeving psycho-educatie te geven, zodat zij begrijpen hoe een jeugdige kan reageren op een ingrijpende gebeurtenis. Het gebruik van screeningsinstrumenten kan helpen om meer zicht te krijgen op meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen en eventuele traumagerelateerde problemen. Hiervoor zijn de Life Event Checklist voor de DSM-5 (LEC-5), de Child Revised Impact of Events Scale (CRIES-13) en de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) geschikt.



### 3.9 Aanbevelingen

1. Breng risicofactoren voor het ontwikkelen van traumagerelateerde problemen in kaart en beoordeel in nauw overleg met jeugdige en gezin of ondersteunende interventies nodig zijn.
2. Breng beschermende factoren tegen het ontwikkelen van traumagerelateerde problemen in kaart en beoordeel of en op welke manier deze te bevorderen zijn.
3. Bevraag meerdere informanten rondom jeugdigen op ingrijpende gebeurtenissen en traumagerelateerde problemen. Doe dit met toestemming van de jeugdige en/of de ouders. Als er vermoedens zijn dat de problemen veroorzaakt worden door een vorm van kindermishandeling in de thuissituatie, win dan ook omgevingsinformatie in. Dat is van het grootste belang. Jeugdigen praten namelijk niet makkelijk uit zichzelf over kindermishandeling. Start het *Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* (2013) als er sprake is van huiselijk geweld en/of kindermishandeling.
4. Vraag ook aan ouders of zij ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt. Dit kan mede bepalend zijn in de (emotionele) beschikbaarheid van ouders en de keuze voor eventuele verdere ondersteuning of behandeling.
5. Stel directe vragen vanuit een neutrale houding. Stem taalgebruik af op de leeftijd en het niveau van de jeugdige. Bijvoorbeeld: "Heb je ooit een nare gebeurtenis meegemaakt?"
6. Blijf met enige regelmaat vragen naar ingrijpende gebeurtenissen en eventuele reacties. Laat dit onderwerp bijvoorbeeld halfjaarlijks of jaarlijks terugkomen.
7. Geef psycho-educatie over de symptomen die de jeugdige en/of ouders herkennen. Zeg dat het heel normaal is dat jeugdigen deze gedachten of gevoelens hebben na het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis. Wees bemoedigend en realistisch in je boodschap naar de jeugdige en ouders over therapie en mogelijkheden tot herstel.
8. Gebruik korte screeningsvragenlijsten: voor ingrijpende gebeurtenissen de LEC-5 (Life Events Checklist voor de DSM-5), voor traumagerelateerde symptomen de CRIES-13 (Children's Revised Impact of Event Scale), voor psychisch functioneren de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire).
9. Bespreek eventuele vervolgstappen en de voorkeuren die jeugdige en ouders hierin hebben. Bijvoorbeeld: "In de vragenlijst heb je aangegeven dat je meerdere ingrijpende gebeurtenissen hebt meegemaakt en daar veel last van hebt. Je denkt er bijvoorbeeld vaak aan terug terwijl je dat niet wilt en hebt vaak nachtmerries. We noemen dit traumagerelateerde problemen. Het is belangrijk dat je hier hulp bij krijgt, om minder last te hebben van de dingen die je hebt meegemaakt. Daarom wil ik een therapeut inschakelen die kinderen helpt die van dezelfde dingen last hebben als jij". Zorg voor een inzichtelijke, volledige en betrouwbare rapportage en maak goede afspraken over welke informatie gedeeld wordt, met wie, wanneer en waarom.
10. Bij jeugdigen die met complexe emotionele of gedragsproblemen in de jeugdhulp terecht komen: onderzoek of de problemen waarvoor de jeugdige is aangemeld, samenhangen met ingrijpende gebeurtenissen of traumagerelateerde problemen. Bevraag altijd de levensgeschiedenis van een jeugdige en vraag op een directe en concrete manier naar ingrijpende gebeurtenissen, of neem een screeningslijst af. Wees je bewust van de impact die het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis kan hebben op een jeugdige.

**Hoofdstuk 4.**

# **Toeleiden naar passende (trauma)zorg**

Dit hoofdstuk beschrijft wanneer jeugdprofessionals gespecialiseerde zorg moeten inschakelen gezien de reactie van jeugdigen op ingrijpende gebeurtenissen of de uitkomst van ingezette instrumenten.

Een jeugdprofessional moet weten wanneer het nodig is om andere zorg in te schakelen. Dit is afhankelijk van de aard, de duur, de intensiteit en de complexiteit van de traumagerelateerde klachten van de jeugdige en het systeem (zie hoofdstuk 2). Als verwijzing nodig is, kan de jeugdprofessional de jeugdige en zijn ouders ondersteunen in het zoeken naar passende hulpverlening. Daarvoor zijn internationale richtlijnen beschikbaar. Dit hoofdstuk is gebaseerd op deze internationale richtlijnen, indien die toepasbaar zijn in de Nederlandse context, aangevuld met praktijkkennis.

Wanneer is er meer hulp nodig dan de ondersteuning van de jeugdprofessional zelf? Dat is het geval als er sprake is van een of meer van onderstaande punten:

- als een jeugdige vier weken na de ingrijpende gebeurtenis nog geen afname in stressreacties laat zien. Stressreacties na een ingrijpende gebeurtenis zijn normaal, maar deze zouden wel moeten afnemen. Ook als de score op de CRIES-13 na vier weken nog boven de afkapwaarde ligt;
- als de jeugdige zoveel last heeft van stressklachten dat het onverantwoord is om vier weken af te wachten, of als 'het niet meer gaat' voor de jeugdige zelf, het gezin of de klas. De jeugdige is bijvoorbeeld erg angstig, slaapt niet meer, durft niet naar school of moet steeds huilen;
- verwijs ook eerder dan na vier weken als er sprake is van een opeenstapeling van risicofactoren (zie hoofdstuk 3) en de jeugdige er niet op eigen kracht bovenop lijkt te komen;
- verwijs ook eerder dan na vier weken als er sprake is van andere psychische stoornissen (comorbiditeit), bijkomende beperkingen (zoals een verstandelijke beperking) of als het kind nog heel jong is (onder de vier jaar, Leach, 2018).

## Consultatie

Als de jeugdprofessional twijfelt en behoefte heeft aan overleg en advies, kan deze voor consultatie terecht bij de jeugd-GGZ. Deze is op diverse plekken te vinden, zowel regionaal als supraregionaal (zie <https://www.traumaexperts.nl/>).

*Zie 4. Toeleiden naar passende (trauma)zorg in Onderbouwing.*

## 4.1 Doorverwijzen voor diagnostiek van traumagerelateerde problemen

Als je het als jeugdprofessional nodig vindt om door te verwijzen, bespreek dit dan met de jeugdige, zijn ouders en je collega's. Het is belangrijk om jeugdige en ouders goed te informeren over de verwijsmogelijkheden en goed te luisteren naar hun ideeën, verwachtingen en wensen. Deze zijn leidend in het hele proces. Sluit in je taalgebruik aan bij de leeftijd en het niveau van de jeugdige en de ouders. Een voorbeeldtekst voor een jong kind: "Als je nare dingen meemaakt, kun je daar last van hebben. Dat is niet fijn. Het is niet jouw schuld. Therapie kan je helpen om je weer beter te voelen. De huisarts kan jou bijvoorbeeld verwijzen naar therapie." Samen kun je uitzoeken welke instelling en/of therapie de voorkeur heeft, bijvoorbeeld op basis van de locatie, de wachttijd of het specialisme.

### Voorwaarden

Om door te verwijzen is het niet nodig om te wachten tot de situatie van de jeugdige stabiel is (zie ook paragraaf 3.1). Hoewel een stabiele situatie wenselijk is, duurt wachten in sommige gevallen te lang of is het onhaalbaar een stabiele situatie te bereiken (Bicanic, de Roos et al., 2015). Datzelfde geldt voor veiligheid: bij voorkeur moet de situatie waarin de jeugdige zich bevindt voldoende veilig zijn (zie ook de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*) maar soms is dat niet haalbaar, en dan is het van groot belang snel te verwijzen en een traumagerichte behandeling te starten. PTSS-symptomen hangen samen met een verhoogde kans op





revictimisatie (opnieuw slachtoffer worden), wat weer leidt tot meer PTSS-klachten, en door behandeling kan de cirkel beter doorbroken worden. Aangetoond is dat richtlijnbehandelingen voor PTSS veilig en effectief uitgevoerd kunnen worden, óók als de jeugdige zich in een onveilige situatie bevindt (Cohen, Bukstein et al., 2010; Zaghroun-Hodali et al., 2008).

Kortom: het ontbreken van stabiliteit (bijvoorbeeld door de ernst van de problemen, de afwezigheid van een veilige figuur, of door onveiligheid) en de aanwezigheid van comorbiditeit (bijvoorbeeld van emotieregulatieproblemen) vormen geen reden om een jeugdige een behandeling te onthouden. De jeugdprofessional heeft juist een inspanningsplicht om al het mogelijke te doen om zoveel mogelijk veiligheid en stabiliteit te bereiken.

### **Motivatie en commitment**

Voldoende motivatie bij jeugdige en ouders is van belang om te kunnen doorverwijzen. Jeugdigen hebben vaak goede redenen om niet over een gebeurtenis te kunnen of willen praten, bijvoorbeeld door ingewikkelde gevoelens van loyaliteit of (on)veiligheid. Soms zijn jeugdigen ook bang dat ze bepaalde gevoelens niet aankunnen en bang om te 'ontregelen', wat vervelende gevolgen kan hebben (bijvoorbeeld een schoolwisseling of een uithuisplaatsing). Het is dan van belang om de belemmeringen in kaart te brengen en vervolgens te zorgen voor goede en transparante uitleg, bijvoorbeeld door de voor- en nadelen van een verwijzing te bespreken. Of door uit te leggen dat angst voor behandeling ook aandacht krijgt in de behandeling en dat gestart kan worden met kennismaken en uitleg van de behandeling (zie paragraaf 2.4: psycho-educatie voor concrete handvatten). Ook is commitment van jeugdige en ouders nodig om de verwijzing in gang te zetten. Als jeugdige en/of ouders geen toestemming geven, kan de jeugdprofessional eerst proberen deze alsnog te verkrijgen (zie hoofdstuk 2 en 3). Voor jeugdprofessionals is het handig om te weten hoe om te gaan met weerstand van de ouders en jeugdige, bijvoorbeeld door motiverende gespreksvoering (Nji, 2013). Als het niet lukt om toestemming te krijgen, maak dan de afweging of de aangeboden hulp in een vrijwillig kader kan worden afgewezen, of dat je een melding moet doen bij Veilig Thuis, omwille van een gezonde ontwikkeling van de jeugdige (zie hiervoor de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*) en *Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*, 2013). In voorkomende gevallen kan vervangende toestemming van de rechtbank gevraagd worden door de gezaghebbende ouder of (gezins)voogd.

In de Jeugdwet (2014) is vastgesteld dat jeugdhulp toegankelijk is na verwijzing van een huisarts, jeugdarts, medisch specialist of gecertificeerde instelling. Hiernaast heeft de gemeente beleidsvrijheid om ook andere professionals de bevoegdheid te geven om een jeugdige te verwijzen naar de jeugd-GGZ. De jeugdprofessional met deze bevoegdheid kan dus ook zelf verwijzen naar passende hulpverlening. Zo kan een gemeente beslissen om bijvoorbeeld een psycholoog uit een sociaal wijkteam of een schoolmaatschappelijk werker, wijkgeneralist of algemeen maatschappelijk werker ook deze bevoegdheid toe te kennen. Binnen de zorgverzekeringswet, dus als de jeugdige ouder dan achttien is en onder de volwassenzorg valt, geldt dat uitsluitend artsen mogen verwijzen. Het heeft de voorkeur om te verwijzen naar een jeugdprofessional die een erkende opleiding en ervaring heeft op het gebied van diagnostiek en (bij voorkeur meerdere vormen van) effectieve traumabehandeling. De behandelaar maakt een afspraak met de jeugdige en de ouders, en zal diagnostisch onderzoek doen naar het huidige functioneren van de jeugdige en de invloed van zijn persoonskenmerken, omgevingsfactoren en meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen op het ontstaan en ontwikkelen van aanwezige klachten. Ook zal de behandelaar de noodzaak tot behandeling beoordelen en overwegen welke behandelvorm het beste aansluit volgens de (inter)nationale richtlijnen (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2018; Van Balkom et al., 2013), in overleg met de jeugdige.

Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen gaan vaak samen met een depressie, angststoornissen, gehechtheidsproblemen, dissociatieve stoornissen, eetstoornissen en gedragsproblemen. Daarom is bij (een vermoeden van) comorbiditeit uitgebreide specialistische diagnostiek nodig door gespecialiseerde zorgverleners. Deze bestaat uit diagnostiek van traumagerelateerde stoornissen bij jeugdigen, diagnostiek van comorbiditeit,

diagnostiek bij ouders (psychische problemen en ouderschap) en systemische diagnostiek van onder andere de veiligheid en patronen binnen een gezin.

### Samenwerking bij verwijzing

Om de overdracht van jeugdigen tussen zorgverleners te bevorderen, is de aanbeveling dat de jeugdprofessional:

- jeugdige en ouders ondersteunt om naar vermogen eigen regie te blijven houden over de hulpverlening en daarbij gebruik te maken van de eigen kracht van de jeugdige, de ouders en het sociale netwerk;
- met jeugdige en ouders tot een gezamenlijk besluit tot verwijzing komt, en daarbij toestemming van hen krijgt om diagnostiek en behandeling uit te laten voeren door een andere zorgverlener;
- de jeugdige en de ouders informatie geeft over de reden en het doel van de verwijzing, de jeugdprofessional naar wie wordt verwezen en de setting die jeugdige en ouders kunnen verwachten;
- zorgt voor een goede overdracht van informatie tussen alle betrokken jeugdprofessionals;
- de jeugdige en de ouders betreft bij de bespreking waarin de overdracht plaatsvindt ('warme overdracht');
- ingaat op zorgen en vragen van de jeugdige en/of de ouders ten aanzien van veranderingen en de ontmoeting met een nieuwe jeugdprofessional (National Institute for Health and Care Excellence, 2018);
- bij een samenwerking tussen de jeugdprofessional en de generalistische basis jeugd-GGZ, (hoog)specialistische jeugd-GGZ, ervoor zorgt dat het voor jeugdige en ouders duidelijk is welke jeugdprofessionals bij hen betrokken zijn. Ook moeten er heldere afspraken worden gemaakt over wie voor hen het aanspreekpunt is bij vragen, wie het overzicht houdt over de inhoud en de voortgang van de behandeling (inhoudelijke regie) en wie het overzicht houdt over het behandelproces en de veiligheid van de jeugdige (coördineren van de zorg). De afspraken hierover dienen schriftelijk te worden vastgelegd, in samenspraak met de betrokkenen. De gemeente is (mede)verantwoordelijk voor het voeren van de regie en de afstemming met alle betrokken jeugdprofessionals (National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

*Zie 4.1. Doorverwijzen voor diagnostiek van traumagerelateerde problemen in Onderbouwing.*

### Traumabehandelaren

Veel instellingen voor generalistische basis jeugd-GGZ en specialistische jeugd-GGZ bieden effectieve traumabehandelingen. Traumabehandelingen worden gegeven door (kinder- en jeugd)psychologen NIP, orthopedagogen (generalist), GZ- en klinisch psychologen en kinder- en jeugdpsychiaters die een training voor de specifieke traumabehandeling hebben afgerond. Hieronder staan enkele registers die je als jeugdprofessional kunt raadplegen om goed opgeleide behandelaars te vinden:

- NtVP-register.  
In het register van de Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma (NtVP) staan behandelaren die als psychotraumatherapeut NtVP zijn gecertificeerd;
- EMDR-register.  
EMDR is een effectieve en veel gebruikte traumabehandeling. Op de website van de Vereniging EMDR Nederland staat een overzicht van therapeuten die voldoen aan de kwaliteitscriteria van de Vereniging EMDR Nederland (VEN). Zij zijn erkend opgeleid, volgen nascholing en zijn ervaren in het toepassen van EMDR;
- VCGt-register.

Traumagerichte cognitieve gedragstherapie is ook een effectieve en veelgebruikte behandelmethode. Op de site van de Vereniging voor Cognitieve Gedragstherapie staan therapeuten met een VGt-registratie.

Ook kun je bij instellingen en behandelaren navragen of ze ervaring hebben met het bieden van effectieve traumabehandeling aan een specifieke doelgroep, zoals bijvoorbeeld slachtoffers van seksueel geweld, vluchtelingen, en jeugdigen en volwassenen met een verstandelijke beperking.

*Zie 4.1. Doorverwijzen voor diagnostiek van traumagerelateerde problemen in Onderbouwing.*



## Algemene opmerkingen

- De kosten voor diagnostiek en behandeling van jeugdigen onder de achttien jaar worden sinds 1 januari 2015 door de gemeente betaald. Hoe de financiering precies is geregeld verschilt per gemeente.
- Bij kinderen onder de twaalf jaar moeten alle gezagdragers (ouders/(gezins)voogd/verzorgers) toestemming geven voor diagnostiek en behandeling, omdat de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) van toepassing is. Bij jongeren van twaalf tot zestien jaar geven de gezagdragers én de jeugdige zelf toestemming. Jongeren van zestien tot achttien jaar kunnen formeel zelfstandig beslissen.
- Jeugdhulpverleners hebben beroepsgeheim. Voor kinderen jonger dan twaalf jaar geldt dat de ouders bepalen wie de medische informatie mag inzien. Jeugdigen van twaalf tot zestien jaar kunnen samen met ouders alle informatie inzien en beslissen wie verder toegang krijgen tot deze informatie. Jeugdigen van zestien tot achttien jaar mogen zelf beslissen of de ouders en anderen de informatie mogen inzien.

## 4.2 Inschakelen van gespecialiseerde behandeling voor traumagerelateerde problemen

Een behandelaar in de generalistische basis jeugd-GGZ of de (hoog)specialistische jeugd-GGZ doet een verdiepende anamnese en aanvullende diagnostiek. Als dit onderzoek het bestaan van traumagerelateerde problemen bij de jeugdige bevestigt, kan behandeling worden aangeboden. In deze paragraaf komen verschillende interventies aan bod die ingezet kunnen worden bij traumagerelateerde problemen.

Indien er sprake is van comorbiditeit, moet met deze comorbiditeit rekening worden gehouden bij de keuze voor passende interventies. Zo kan men kiezen voor een jeugdprofessional die kennis en ervaring heeft op het gebied van de comorbide problematiek, zoals een verstandelijke beperking, eetstoornis of taalstoornis. Comorbiditeit is meestal geen contra-indicatie om snel te starten met een behandeling gericht op traumagerelateerde problemen (De Jongh et al., 2016).

### Interventies

De behandelaar vertelt zelf aan de jeugdige hoe de verschillende interventies er uitzien. Bij zo'n gesprek betreft de behandelaar ook de ouders, waarbij het belang van de jeugdige voorop staat. Zie voor een overzicht van effectieve interventies hoofdstuk 5. Daarnaast zijn er diverse nationale en internationale richtlijnen voor de behandeling van psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen bij jeugdigen (AKWA, 2020; NICE, 2018; Van Balkom et al., 2013; World Health Organization, 2013). De behandelaar bespreekt ook welke intensiteit de behandeling kan hebben. Zo kan er gekozen worden voor ambulante behandeling met wekelijkse afspraken, maar er bestaan ook intensievere behandelvormen waarbij meermalen per week, of soms klinisch, wordt behandeld.

Interventies zijn er op drie niveaus: gericht op de jeugdige zelf, gericht op de ouders en gericht op anderen uit de omgeving, zoals leerkrachten en begeleiders. Interventies gericht op de jeugdige richten zich in de eerste plaats op traumaverwerking. Interventies voor ouders en anderen uit de omgeving zijn ondersteunend hier aan.

### Jeugdige

Voor elk type traumagerelateerde problemen, ongeacht de ernst of aard van de ingrijpende gebeurtenis, is een bewezen effectieve traumabehandeling aanbevolen. De bewezen effectieve behandelingen bij traumagerelateerde problemen die voldoen aan de diagnose PTSS (bij kinderen vanaf zeven jaar) zijn Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) en cognitieve gedragstherapie (AKWA, 2020; NICE, 2018; Beer & De Roos, 2012b; Dorsey et al., 2017), waaronder TF-CBT, Schrijftherapie, Imaginaire Exposure in combinatie met exposure in vivo en tot slot KIDNET. In hoofdstuk 5 van de richtlijn is een overzicht van interventies opgenomen.

Bij EMDR vertelt de jeugdige aan de therapeut in grote lijnen wat hij heeft meegemaakt. De therapeut vraagt de jeugdige om het verhaal als een film te laten afspelen en stil te zetten bij de herinnering die nu nog het naast is en dat plaatje voor ogen te houden. Terwijl de jeugdige deze herinnering terughaald en naar dat plaatje kijkt, volgt hij



tegelijktijd met de ogen de vingers van de therapeut of wordt hij op een andere manier afgeleid. De jeugdige moet dus twee dingen tegelijk doen. Dit helpt om de emotionele lading van de herinnering te verminderen. Omdat bij EMDR gewerkt wordt met visuele representaties, stelt het minder hoge eisen aan de verbale vaardigheden. Dat kan een voordeel zijn voor jeugdigen die anderstalig zijn, een verstandelijke beperking hebben of zich erg schamen voor wat er is gebeurd. Meer informatie is te vinden op de website [www.emdr.nl](http://www.emdr.nl).

Bij cognitieve gedragstherapie maakt de jeugdige met de therapeut een traumaverhaal. Hierin komt te staan wat er precies gebeurd is en welke gevoelens en gedachten de jeugdige over de ingrijpende gebeurtenissen heeft. Samen bedenken ze manieren om beter om te gaan met deze gedachten en gevoelens. Het traumaverhaal wordt gedeeld met belangrijke anderen, zodat er gepraat wordt over wat de jeugdige heeft meegemaakt. Het doel van de behandeling is het verminderen of doen verdwijnen van de klachten en ervoor te zorgen dat de jeugdige beter om kan gaan met triggers die verwijzen naar de eerdere traumatische ervaringen. Voor TF-CBT (Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy) zijn er werkboeken ontwikkeld onder de naam Verwerken en Versterken (Beer & Lindauer, 2014; Smith et al., 2013). Binnen de cognitieve gedragstherapie worden ouders met psycho-educatie voorgelicht over ingrijpende gebeurtenissen en mogelijke traumagerelateerde gevolgen voor jeugdigen. Daarnaast kunnen ouders worden geadviseerd bij en getraind in de omgang met hun getraumatiseerde kind. Bij *social sharing* leren ouders actief hoe ze met hun kind in gesprek kunnen gaan over de ingrijpende gebeurtenis(sen) en hoe zij kunnen reageren als hun kind ze hier iets over vertelt.

Ook exposure wordt veel gebruikt en is effectief bij jeugdigen (Foa et al., 2013; Gilboa-Schechtman et al., 2010; Gillies et al., 2013; Hendriks et al., 2018). Bij exposure worden jeugdigen blootgesteld aan traumatische herinneringen (imaginaire exposure) en gerelateerde triggers of situaties (exposure in vivo). Een ander voorbeeld van cognitieve gedragstherapie is schrijftherapie. Bij schrijftherapie beschrijft de jeugdige wie hij is, wat hij heeft meegemaakt en de gevoelens en gedachten die hij daarbij heeft. Een voorbeeld van schrijftherapie is de methode WRITEjunior (Lucassen & Van der Oord, 2018).

Deze behandelvormen lijken ook effectief voor kinderen onder de zes jaar, maar moeten wel worden aangepast aan hun ontwikkelingsniveau (Scheeringa et al., 2011).

In de praktijk kan het lastig zijn voor ketenpartners (jeugdzorg, jeugdbescherming, jeugd-GGZ) om traumabehandeling te starten. Er kunnen bijvoorbeeld twijfels zijn over de veiligheid binnen het gezin, of een jeugdige spreekt met geen woord over de ingrijpende gebeurtenissen. Dan kan naar traumaverwerking worden toegewerkt door gebruik te maken van ondersteunende methoden. In hoofdstuk 5 van de richtlijn is een overzicht van interventies opgenomen.

#### *Zie 4.2 Interventies in Onderbouwing.*

Er kunnen redenen zijn waarom je als jeugdprofessional de jeugdige zelf langere tijd begeleidt zonder dat er andere interventies kunnen worden ingezet, bijvoorbeeld als er sprake is van een lange wachttijd voor een passende interventie. In dat geval blijven de aanbevelingen uit hoofdstuk 2 en 3 geldig voor de begeleiding: je kunt de jeugdige, zijn ouders en eventueel belangrijke anderen uit de omgeving begeleiden bij het herstel van veiligheid en structuur door een dagelijkse routine thuis, het ondernemen van plezierige activiteiten en het tegengaan van vermijdingsgedrag te stimuleren. Verder kun je je blijven richten op het versterken van beschermende factoren en het verminderen van risicofactoren. Ook kun je contact opnemen met de gemeente wanneer hulp niet (tijdig) beschikbaar is om gezamenlijk te zoeken naar een passende oplossing. Je doet er als jeugdprofessional geen goed aan om interventies in te zetten waarvan de effectiviteit niet is bewezen of zelf te beginnen met interventies voor traumagerelateerde problemen waarvoor je niet gekwalificeerd bent.

### 4.3 Conclusies

Een jeugdprofessional moet, afhankelijk van de duur, de intensiteit en de complexiteit van de traumagerelateerde klachten van de jeugdige en het systeem, in goed overleg met jeugdige en ouders, kunnen verwijzen naar andere zorg. Om door te verwijzen is het niet nodig om te wachten tot de situatie van de jeugdige volledig stabiel is. Toestemming en motivatie van jeugdige en ouders zijn belangrijke voorwaarden.

Een behandelaar in de generalistische basis jeugd-GGZ, de gespecialiseerde jeugd-GGZ of de hoogspecialistische jeugd-GGZ doet een verdiepende anamnese en aanvullende diagnostiek. Als dit onderzoek het bestaan van traumagerelateerde problemen bevestigt, kan behandeling worden aangeboden. De behandelaar zal de beschikbare interventies voor traumagerelateerde problemen verder uitleggen.

De interventies richten zich op drie niveaus: de jeugdige zelf, de ouders en andere betrokkenen uit de omgeving van de jeugdige. Indien er sprake is van een comorbide stoornis, moet men hiermee rekening houden in de keuze voor een passende verwijzing en interventies.



## 4.4 Aanbevelingen

1. Onderzoek bij de start, maar inventariseer ook ná een traumabehandeling opnieuw de aanwezige klachten en ga na of er sprake kan zijn van comorbiditeit.
2. Verwijs door naar passende psychotraumazorg als een jeugdige vier weken na de ingrijpende gebeurtenis nog geen afname in stressreacties laat zien.
3. Verwijs eerder dan vier weken na de ingrijpende gebeurtenis door als de traumagerelateerde problemen zo ernstig zijn dat de jeugdige niet meer kan functioneren, bij een opeenstapeling van risicofactoren, bij zeer jonge kinderen (nul tot vier jaar) en bij comorbiditeit.
4. Bespreek de verwijzing goed met de jeugdige en ouders, informeer hen over verwijzingsmogelijkheden en luister goed naar hun ideeën, verwachtingen en wensen. Probeer zoveel mogelijk tot een gezamenlijk besluit tot verwijzing te komen. Zorg daarbij voor toestemming, een goede overdracht en afspraken over samenwerking.
5. Wacht niet met een verwijzing naar traumabehandeling tot de situatie stabiel en veilig is.
6. Kies, samen met jeugdige en ouders, waar mogelijk voor een eerste keus traumabehandeling: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) of traumagerichte cognitieve gedragstherapie. Voor deze behandelingen bestaat het meeste bewijs dat ze helpen bij trauma.
7. Stem goed af met jeugdige, ouders, de jeugdhulpverlening, de jeugdbescherming en de jeugd-GGZ.
8. Neem contact op met de gemeente wanneer hulp niet (tijdig) beschikbaar is om gezamenlijk te zoeken naar een passende oplossing.

## Hoofdstuk 5.

# Interventies



Dit hoofdstuk gaat over interventies die primair gericht zijn op het behandelen van traumagerelateerde klachten bij jeugdigen. We beschrijven welke interventies voldoende bewezen effectief zijn en daarom geadviseerd worden. Daarbij baseren we ons op kennis uit internationale richtlijnen, een systematisch literatuuronderzoek, bestaande databanken voor effectieve interventies en praktijk- en ervaringskennis. Voorwaarde is dat de beschreven interventies worden uitgevoerd door daartoe getrainde jeugdprofessionals en traumatherapeuten (zie paragraaf 4.1, traumabehandelingen).

## 5.1 Diagnostiek en indicatiestelling

Voordat de jeugdprofessional een interventie start om traumagerelateerde problemen te verminderen, is een goede indicatiestelling van belang. Hiervoor zijn betrouwbare en valide meetinstrumenten beschikbaar. Bij de keuze voor het best passende diagnostische instrument speelt een aantal factoren een rol, waaronder de leeftijd van de jeugdige, zijn taalbeheersing en cognitieve vaardigheden, het doel van jeugdprofessional: op wat voor type vraag moet een antwoord geformuleerd worden (onderkende diagnostiek, classificerende diagnostiek of verklarende diagnostiek), en om welke informatiebron het gaat (jeugdige, ouder(s) en/of andere betrokkenen).

Voor een selectie van betrouwbare en valide meetinstrumenten die helpen om een indicatie te stellen, kun je gebruik maken van het *Protocol voor classificatie, screening en diagnostiek van trauma- en stressgerelateerde & dissociatieve stoornissen bij kinderen en adolescenten* (Beer et al., 2020). Heeft een jeugdige een verstandelijke beperking, raadpleeg dan de handreiking *Tijdig signaleren en behandelen van trauma- en stressorgerelateerde problemen bij jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking* (Van Kregten et al., 2020).

*Zie 5.1 Diagnostiek en indicatiestelling in Onderbouwing.*

## 5.2 Effectieve interventies

Er zijn verschillende bewezen effectieve interventies beschikbaar voor de hulp bij of behandeling van traumagerelateerde problemen, of bij het voorkómen ervan:

Interventies gericht op het voorkómen van traumagerelateerde problemen noemen we selectieve preventieve interventies.

- Interventies gericht op traumaverwerking bij jeugdigen.
- Interventies voor het gezin/de familie en de context waarin kinderen opgroeien.
- Interventies om de voorwaarden te creëren die nodig zijn om traumabehandeling mogelijk te maken.
- Interventies die zich op een specifieke doelgroep richten.

In dit hoofdstuk worden de verschillende interventies besproken. In de onderbouwing van de richtlijn staat beschreven wat de vermeende werkzame elementen zijn in de behandeling van traumagerelateerde klachten.

### Beoordeling van de effectiviteit van interventies

Om de bewijskracht van interventies te beoordelen, plus de toepasbaarheid in de Nederlandse klinische praktijk, is naar verschillende aspecten gekeken. Een interventie kan in de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) opgenomen worden als de interventie ten minste 'theoretisch goed onderbouwd' is. Nu is niet iedere interventie waarvoor wetenschappelijke evidentie is ook daadwerkelijk bij de DEJ ingediend. Daarom is ook het wetenschappelijk bewijs uit een literatuur zoektocht gewogen en verdeeld in verschillende gradaties. Naast de theoretische en wetenschappelijke onderbouwing is gekeken naar de beschikbaarheid van een protocol of handleiding, opleiding en supervisie in Nederland. De in dit hoofdstuk opgenomen interventies gelden als de voorkeursbehandeling voor traumagerelateerde problemen.





Interventies die (nog) niet bewezen effectief zijn, maar waarvoor volgens praktijkdeskundigen een breed draagvlak binnen de jeugdhulpverlening bestaat, zijn in de onderbouwing van dit hoofdstuk opgenomen. Een tabel met het overzicht van alle beoordeelde interventies is daar te vinden.

Zie 5.2 Effectieve interventies in Onderbouwing.

### 5.3 Selectieve preventieve interventies

Selectieve preventieve interventies zijn gericht op jeugdigen die een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt, maar nog geen traumagerelateerde problemen ervaren (zie paragraaf 3.6, secundaire preventie). Het gaat hierbij veelal om interventies die in de acute fase (eerste weken na de ingrijpende- en stressvolle levensgebeurtenis) ingezet worden. Ook kan het gaan om interventies om de kans op stressvolle en ingrijpende levensgebeurtenissen te voorkómen bij kinderen en jongeren die hier een verhoogd risico op lopen. Beschermende- en risicofactoren die een rol spelen in het voorkomen van traumagerelateerde problemen staan in hoofdstuk 3 beschreven. Tabel 5.2.1 biedt een overzicht van de aanbevolen selectieve preventieve interventies.

Tabel 5.2.1. Selectieve preventieve interventies

Naam van de interventie	Doel van de interventie	Methode	Primaire doelgroep	Niveau van bewijs
<u>Voorzorg</u>	Voorkómen van kindermishandeling en het risico daarop	Langdurige ondersteuning op diverse levensterreinen met huisbezoeken	Jonge zwangeren met een opeenstapeling van problemen	RCT (Mejdoubi et al., 2015; Mejdoubi et al., 2015a; Mejdoubi et al., 2015b)
<u>Watchful Waiting Protocol</u>	Slachtoffers van (online) seksueel geweld in de acute fase psychologische, medische en juridische hulp bieden	Het Watchful Waiting Protocol is bij het landelijk Centrum voor Seksueel Geweld (CSG) ondergebracht	Slachtoffers van seksueel geweld in de acute fase (eerste week na seksueel geweld)	RCT (o.a. Covers et al., 2021)

### 5.4 Interventies voor jeugdigen

Individuele traumaverwerkingstherapieën hebben als doel traumagerelateerde problemen (zoals herbelevingen, negatieve gedachten en gevoelens, hyperalthertheid en vermijdingsgedrag) en daarmee samenhangende indirecte gevolgen (voor zelfbeeld, emotieregulatie en interpersoonlijke regulatie) te verminderen. Zoals beschreven in onder andere hoofdstuk 4 hebben ook jeugdigen in ingewikkelde woon- en leefsituaties, jeugdigen die te maken hebben gehad met meervoudige (interpersoonlijke) traumatisering en jeugdigen met comorbiditeit recht op de best beschikbare zorg en dus de traumabehandelingen van de eerste keus. Aanbevolen wordt om, indien mogelijk, de jeugdige en direct betrokkenen over alle interventies uitgebreid te informeren, om daarna samen te bepalen welke interventie het meest geschikt is. Zie voor een handreiking bij dit proces de Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming. In tabel 5.2.2 staat een overzicht van de aanbevolen interventies voor traumaverwerking.

Tabel 5.2.2. Individuele psychologische interventies

Naam van de interventie	Doel van de interventie	Methode	Primaire doelgroep	Niveau van effectiviteit/onderzoek
Eye Movement Desensitization and Reprocessing ( <u>EMDR</u> )	Verwerken van traumatische herinnering(en)	EMDR-protocol	Jeugdigen van 0–18 jaar met posttraumatische stressklachten	In één of meerdere RCT's effectief bevonden (zie o.a. De Roos et al., 2017)
Imaginaire Exposure / Exposure in Vivo (IE/EIV)	Verwerken van traumatische herinnering(en)	Onderdeel van CGT-behandeling	Jeugdigen van 6–18 jaar met posttraumatische stressklachten	In één of meerdere RCT's effectief bevonden (zie o.a. Foa et al., 2013)
KIDNET	Verwerken van traumatische herinnering(en)	KIDNET	Jeugdigen van 6–18 jaar met posttraumatische stressklachten	In één of meerdere RCT's effectief bevonden (zie o.a. Peltonen & Kangaslampi, 2019)
<u>Schrijftherapie</u>	Verwerken van traumatische herinnering(en)	Write Junior	Jeugdigen van 6–18 jaar met posttraumatische stressklachten	In één of meerdere RCT's effectief bevonden (zie o.a. De Roos et al., 2017)
Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie ( <u>TF-CBT</u> )	Verwerken van traumatische herinnering(en)	Verwerken en Versterken	Jeugdigen van 6–18 jaar met posttraumatische stressklachten	In één of meerdere RCT's effectief bevonden (zie o.a. Diehle et al., 2015)

Zie 5.4 Interventies voor jeugdigen in Onderbouwing.

## 5.5 Interventies voor het gezin/andere opvoeders

Wanneer een jeugdige een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt, dan spelen de ouders een belangrijke rol in de verwerking. Er zijn verschillende methodieken beschikbaar die zich - behalve op de jeugdige zélf - óók richten op de ouders, de leefgroep en begeleiders of leerkrachten. De interventies in tabel 5.2.3 geven een overzicht van de aanbevolen interventies.

Tabel 5.2.3. Interventies voor gezin, familie, context

Naam van de interventie	Doel van de interventie	Methode	Primaire doelgroep	Niveau van effectiviteit/onderzoek
Integratieve Gehechtheidsbevorderende Traumabehandeling voor Kinderen (IGT-K)	Traumaverwerking mogelijk maken door middel van voorbereidende technieken die gehechtheid en zelfregulatie bevorderen, waarna EMDR ingezet wordt	IGT-K (Schlattmann et al., 2023)	Jeugdigen van 6-16 jaar met problemen op het gebied van gehechtheid, trauma, gedrag en emotieregulatie bij wie een eerste keus traumabehandeling niet lukt, en hun ouders	Single Case Experimental Design (SCED) (Schlattman., 2023)
Intensieve Traumabehandeling	Verwerken van traumatische herinnering(en) en verbeteren opvoedgedrag	Diverse (o.a. ITB, KIT, KINGS, FITT)	Jeugdigen en ouders en verzorgers	SCED en één of meer beschrijvende studies (zie o.a. Hendriks et al., 2018; Mevissen et al., 2020; van Pelt et al., 2021)
<u>Zorgen voor Getraumatiseerde Kinderen</u>	Psycho-educatie en vaardigheden versterken	Coppens & Van Kregten (2018)	Ouders en verzorgers	Theoretisch goed onderbouwd, beschrijvende studies

## 5.6 Interventies voor specifieke doelgroepen

Naast individuele traumaverwerkingstherapieën en interventies voor de directe omgeving, zijn er ook interventies voor specifieke doelgroepen. Denk aan slachtoffers van mensenhandel of jeugdige vluchtelingen en asielzoekers. Er is nog onvoldoende bewijskracht voor deze interventies. In de onderbouwing van dit hoofdstuk staan enkele waardevolle interventies beschreven die praktijkexperts adviseren.

## 5.7 Interventies om jeugdigen ontvankelijk te maken voor traumaverwerking

Soms is een interventie nodig om toe te werken naar een traumaverwerkingsbehandeling. Een jeugdige kan of wil bijvoorbeeld nog niet praten over wat hij heeft meegemaakt, of is te sterk ontregeld. Er zijn momenteel geen interventies op dit gebied beschikbaar waarvoor voldoende bewijskracht aanwezig is. In de onderbouwing van deze richtlijn staan enkele waardevolle interventies die praktijkexperts adviseren.

## 5.8 Tijdens en na de interventie

### Monitoren beloop

Wanneer een jeugdige en diens ouders starten met traumabehandeling, is het wenselijk om de behandeling systematisch te evalueren.

- Om het beloop van traumaklachten te monitoren, wordt geadviseerd gebruik te maken van gevalideerde instrumenten, zoals de Kind en Jeugd Trauma Screeningslijst (KJTS-NL; Kooij & Lindauer, 2022).
- De screeningslijst kan wekelijks afgenomen worden.
- Voor individuele traumabehandelingen wordt geadviseerd dat een eerste evaluatie na zes tot acht afspraken wordt gepland, om gezamenlijk te bepalen of de behandeling aansluit.
- Mochten er (nog) geen eerste effecten zichtbaar zijn na 6 tot 8 afspraken, dan kan overwogen worden om een andere behandeling van eerste keus te starten.
- Tevens wordt aanbevolen om de algehele (trauma)behandeling iedere drie maanden multidisciplinair, en in samenspraak met betrokkenen, te evalueren.

### Terugvalpreventie

Ieder behandeltraject wordt bij voorkeur met het opstellen van een terugvalpreventieplan afgerond. Het komt regelmatig voor dat jeugdigen later in hun leven, bij het intreden van een nieuwe levens- en/of ontwikkelfase, opnieuw traumagerelateerde klachten ervaren. Geadviseerd wordt om te bespreken dat deze klachten van tijdelijke aard kunnen zijn, maar als ze aanhouden opnieuw een traumabehandeling te overwegen. In het terugvalpreventieplan staat beschreven op welke signalen voor terugval jeugdigen en/of hun ouders alert kunnen zijn en welke acties ondernomen kunnen worden. Deze signalen kunnen per jeugdige en per gezin verschillen. Het opstellen van een terugvalpreventieplan is dan ook per definitie maatwerk.

De acties in het terugvalpreventieplan zijn gericht op herstel van gevoel van veiligheid, het bevorderen van de ontwikkeling en het bevorderen van een gezond leef- en dagritme. In een terugvalpreventieplan staat ook beschreven bij wie jeugdigen en hun ouders terecht kunnen. Indien er toestemming is worden belangrijke derden, zoals een huisarts of jeugdprofessional in de wijk, over het terugvalpreventieplan geïnformeerd.

## 5.9 Aanbevelingen

1. Schakel hulp in van het Centrum Seksueel Geweld in de acute fase na seksueel geweld (de eerste zeven dagen).
2. Maak voor het verwerken van posttraumatische stressklachten gebruik van de beschreven psychologische behandelingen, te weten TF-CBT, Imaginaire Exposure in combinatie met exposure in vivo, EMDR, Schrijftherapie en/of KIDNET.
3. Betrek het gezin of andere betrokkenen (zoals pedagogisch medewerkers, gezinshuisouders, etc) actief bij de behandeling, zorg voor psycho-educatie en ouderbegeleiding en zet indien geïndiceerd systemische interventies in.
4. Monitor de voortgang van de behandeling door gebruik te maken van gevalideerde traumavragenlijsten (bv. de KJTS) en evalueer de behandeling iedere drie tot zes maanden
5. Stel voor de afronding van de behandeling een terugvalpreventieplan op.

# Literatuur



- AKWA (2019). *GGZ Standaarden. Generieke module diversiteit*. VA: Author.
- AKWA (2020). *Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen*. VA: Author.
- Alink, L., Prevo, M., Berkel, S. van, Linting, M., Velderman, M. Klein, & Pannebakker, F. (2018). *NPM 2017: Nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen*. Leiden University, Institute of Education and Child Studies/TNO Child Health.
- Alisic, E., Schoot, T. A. W. van der, Ginkel, J. R. van, & Kleber, R. J. (2008). Trauma Exposure in Primary School Children: Who Is at Risk? *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 1(3), 263–269. <https://doi.org/10.1080/19361520802279075>.
- Alisic, E., Zalta, A., Wesel, F. van, Larsen, S., Hafstad, G., Hassanpour, K., & Smid, G. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 204, 335–340. <https://doi.org/1192/bjp.bp.113.131227>.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> 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.
- Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), 17-21.
- Bedem, N. van den (2018). *De sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen met TOS. Problemen, oorzaken en oplossingen*. Kind en Emotie.
- Beer, R., & Lindauer, R. J. L. (2014). *Verwerken en versterken*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Beer, R., & Roos, C. de (2012a). Diagnostiek van getraumatiseerde kinderen en adolescenten. In: O. van der Hart, R. Kleber, & E. Vermetten (Eds.), *Handboek Posttraumatische stressstoornissen* (pp. 365-382). De Tijdstroom.
- Beer, R., & Roos, C. de (2012b). Psychotherapie bij kinderen en adolescenten: van 'onvoltooid' naar 'voltooid verleden tijd'. In: O. van der Hart, R. Kleber, & E. Vermetten (Eds.), *Handboek Posttraumatische stressstoornissen* (pp. 407-429). De Tijdstroom.
- Beer, R. & Roos, C. de (2017). *Handboek EMDR kinderen & jongeren*. Lannoo Campus.
- Beer, R., Verlinden, E., & Lindauer, R. (2020). *Protocol voor classificatie, screening en diagnostiek van trauma- en stressorgerelateerde & dissociatieve stoornissen bij kinderen en adolescenten*. Nederlandse Vereniging voor Psychotrauma. <https://www.ntvp.nl/wp-content/uploads/Diagnostiekprotocol-kinderen-adolescenten-2020.pdf>.
- Bellis, M. D. de, & Dillen, T. van (2005). Childhood post-traumatic stress disorder: An overview. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4), 745-772. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2005.05.006>.
- Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* (2013, 16 juli), geraadpleegd op 24 januari 2020 op [https://wetten.overheid.nl/BWBR0033723/2019-01-01#search\\_highlight0](https://wetten.overheid.nl/BWBR0033723/2019-01-01#search_highlight0).
- Bethell, C. D., Newacheck, P., Hawes, E., & Halfon, N. (2014). Adverse childhood experiences: Assessing the impact on health and school engagement and the mitigating role of resilience. *Health Affairs*, 33(12), 2106-2115. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0914>.
- Bicanic, I. A., Roos, C. de, Beer, R., & Struik, A. (2015). Traumaverwerking: Waarom niet? *Kind en Adolescent Praktijk*, 14, 36-38. <https://doi.org/10.1007/s12454-015-0044-1>.
- Bisson, J. I. (2014). Early responding to traumatic events. *British Journal of Psychiatry*, 204(5), 329-330. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.136077>.
- Boeschoten, M., Bakker, A., Jongedijk, R., & Olf, M. (2014). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. Stichting Centrum '45.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. R. (1986). *Tussen geven en nemen: Over contextuele therapie* (vertaald door N. Bakhuizen). De Toorts.



- Bracha, H. (2004). Freeze, Flight, Fight, Fright, Faint: Adaptationist Perspectives on the Acute Stress Response Spectrum. *CNS Spectrums*, 9(9), 679-685. <https://doi.org/10.1017/S1092852900001954>.
- Cohen, J. A., Berliner, L., & Mannarino, A. (2010). Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child Abuse and Neglect*, 34(4), 215-224. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.12.003>.
- 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. Werkboek voor deelnemers*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Coppens, L., & Kregten, C. van (2019). *Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: Een training voor opvoeders*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Coppens, L., Schneijderberg, M., & Kregten, C. van (2015). *Lesgeven aan getraumatiseerde kinderen. Een praktisch handboek voor leerkrachten in het basisonderwijs*. SWP Uitgeverij.
- Covers, M. L., Jongh, A. de, Huntjens, R. J., Roos, C. de, Hout, M. van den, & Bicanic, I. A. (2021). Early intervention with eye movement desensitization and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder after rape: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1943188. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1943188>.
- Crouch, E., Radcliff, E., Strompolis, M., & Srivastav, A. (2018). Safe, Stable, and Nurtured: Protective Factors against Poor Physical and Mental Health Outcomes Following Exposure to Adverse Childhood Experiences (ACEs). *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 12, 165-173.
- Dhabhar, F. S. (2018). The short-term stress response: Mother nature's mechanism for enhancing protection and performance under conditions of threat, challenge, and opportunity. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 49, 175-192. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.03.004>.
- Didden, R., Troost, P., Moonen, X., & Groen, W. (2016). *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. De Tijdstroom.
- Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F., Mannarino, A. P., & Lindauer, R. J. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: What works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(2), 227-236.
- Dorsey, S., McLaughlin, K. A., Kerns, S. E. U., Harrison, J. P., Lambert, H. K., Briggs, E. C., Revillion Cox, J., & Amaya-Jackson, L. (2017). Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 46(3), 303-330. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220309>.
- Dückers, M., Jacobs, J., Timmermans, S., & Alting, D. (2014). *Psychosociale hulp bij rampen en crises, inventarisatie rollen en taken van betrokken partijen*. Impact.
- 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>.
- Foa, E. B., McLean, C. P., Capaldi, S., & Rosenfield, D. (2013). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: A randomized clinical trial. *The Journal of the American Medical Association*, 310(24), 2650-2657. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.282829>.
- Frans, E., & Franck, T. (2014). *Vlaggensysteem. Reageren op seksueel (grensoverschrijdend) gedrag van kinderen en jongeren*. Garant.





- Gilboa-Schechtman, E., Foa, E., Shafran, N., Aderka, I. M., Powers, M. B., Rachamim, L., Rosenbach, L., Yadin, E., & Apter, A. (2010). Prolonged Exposure vs Dynamic Therapy for Adolescent PTSD: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 1034–1042. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.07.014>.
- 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>.
- Goldbeck, L., & Jensen, T. K. (2017). The diagnostic spectrum of trauma-related disorders in children and adolescents. In M. A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (Eds.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (pp. 3-28). Springer.
- Greenwald, R. (2005). *Child trauma handbook: A guide for helping trauma-exposed children and adolescents*. The Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Grinsven, F. van, & Holtrop, J. (2015). *Trauma-georiënteerde hulp voor kinderen met complex trauma in gezinsvervangende woonsituaties*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Heide, J. ter, Kleber, R., & Mooren, T. (2014). Complex trauma en complexe PTSS. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 40(5), 347-359.
- Hendriks, L., Kleine, R. A. de, Heyvaert, M., Becker, E. S., Hendriks, G.-J., & Minnen, A. van (2018). Intensive prolonged exposure treatment for adolescent complex posttraumatic stress disorder: A single-trial design. *European journal of psychotraumatology*, 9(1), 1558702.
- Hirschler-Guttenberg, Y., Feldman, R., Ostfeld-Etzion, S., Laor, N., & Golan, O. (2015). Self- and co-regulation of anger and fear in pre-schoolers with autism spectrum disorders: The role of maternal parenting style and temperament. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(9), 3004-3014. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2464-z>.
- Honor, G. (2017). Resilience. *Journal of Pediatric Health Care*, 31(3), 384-390. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2016.09.005>.
- Jeugdwet* (2014, 1 maart), geraadpleegd op 24 januari 2020 op <https://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2020-01-01#Hoofdstuk7>.
- Jongh, A. de, Resick, P. A., Zoellner, L. A., Minnen, A. van, Lee, C. W., Monson, C. M., Foa, E. B., Wheeler, K., Broeke, E. ten, Feeny, N., Rauch, S. A. M., Chard, K., Mueser, K. T., Sloan, D. M., Gaag, M. van der, Rothbaum, B. O., Neuner, F., Roos, C. de, Hehenkamp, L. M. J., Rosner, R., & Bicanic, I. A. E. (2016). A critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33(5), 359-369. <https://doi.org/10.1002/da.22469>.
- Kalmakis, K., & Chandler, G. (2014). Adverse childhood experiences: Towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1489-1501. <https://doi.org/10.1111/jan.12329>.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 692-700. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.692>.
- Kooij, L., & Lindauer, R. (2022). *Kind en Jeugd Trauma Screener (KJTS-NL)*. Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. <https://kenniscentrum-kjp.nl/professionals/instrumenten-a-z/kind-en-jeugd-trauma-screener-kjts-nl/>.
- Kregten, C. van, Knipschild, R., Mevissen, L., Kaatee, M., Nieuwenhuijzen, M. van, Prins, P., Appelboom, K., Neumann, C., & Avest, R. ter (2020). Handreiking Signaleren en behandelen van trauma- en stressorgerelateerde problemen bij jeugdigen en volwassenen met een licht verstandelijke beperking. <https://www.academischewerkplaatskajak.nl/wp-content/uploads/2020/11/Handreiking-Signaleren-en-behandelen-traumagerelateerde-problemen-en-LVB-A4-DEF.pdf>
- Kroneman, L. (2009). *Girls' disruptive behavior: A study of explanatory factors* [Proefschrift]. Vrije Universiteit.
- Leach, P. (2018). *Transforming Infant Wellbeing: Research, Policy and Practice for the First 1001 Critical Days* (first edition). Routledge.
- Lindauer, R. (2018). *Hulp bij trauma in de kindertijd: Praktische gids voor opvoeders*. LannooCampus.
- Lindauer, R., & Boer, F. (2012). *Trauma bij kinderen*. LannooCampus.



- Liu, J., Reed, M., & Girard, T. (2017). Advancing resilience: An integrative, multi-system model of resilience. *Personality and Individual Differences*, *111*(1), 111-118. <https://doi.org/10.11016/j.paid.2017.02.007>.
- Lucassen, S., & Oord, S. van der (2018). *WRITEjunior. Protocol schrijftherapie voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten 4-18 jaar*. SWP.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Ommeren, M. van, Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, *12*(3), 198-206 <https://doi.org/10.1002/wps.20057>.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., Ommeren, M. van, Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*, *381*, 1683-1785. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62191-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62191-6).
- Magruder, K. M., McLaughlin, K. A., & Elmore Borbon, D. L. (2017). Trauma is a public health issue. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1375338>.
- Masten, A., & Barnes, A. (2018). Resilience in Children: Developmental Perspectives. *Children*, *5*(7), 98 (1-16). <https://doi.org/10.3390/children5070098>.
- McLaughlin, K. A., & Lambert, H. K. (2017). Child trauma exposure and psychopathology: Mechanisms of risk and resilience. *Current Opinion in Psychology*, *14*, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.10.004>.
- Meiser-Stedman, R., Yule, W., Smith, P., Glucksman, E., & Dalgleish, T. (2005). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in children and adolescents involved in assaults or motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, *162*(7), 1381-1383. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.7.1381>.
- Mejdoubi, J., Heijkant, S. C. C. M. van den, Leerdam, F. J. M. van, Heymans, M. W., Crijnen, A., & Hirasings, R. A. (2015). The Effect of VoorZorg, the Dutch Nurse-Family Partnership, on Child Maltreatment and Development: A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE*, *10*(4), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120182>.
- Mejdoubi, J., Heijkant, S. C. van den, Leerdam, F. J. van, Heymans, M. W., Crijnen, A., & Hira Sing, R. A. (2015a). Effects of nurse home visitation on cigarette smoking, pregnancy outcomes and breastfeeding: A randomized controlled trial. *Midwifery*, *31*(1), e1-e9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.001>.
- Mejdoubi, J., Heijkant, S. C. van den, Struijf, E., Leerdam, F. J. van, Hira Sing, R. A., & Crijnen, A. A. (2015b). Addressing risk factors for child abuse among high risk pregnant women: Design of a randomised controlled trial of the nurse family partnership in Dutch preventive health care. *BMC Public Health*, *15*(1), 1301. DOI: [10.1186/1471-2458-11-823](https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-823)
- Mevissen, L., & Jongh, A. de (2010). PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities: A review of the literature, *Clinical Psychology Review*, *30*(3), 308-316. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.005>.
- Mevissen, L., Ooms-Evers, M., Serra, M., de Jongh, A., & Didden, R. (2020). Feasibility and potential effectiveness of an intensive trauma-focused treatment programme for families with PTSD and mild intellectual disability. *European Journal of Psychotraumatology*, *11*(1), 1777809.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016). Handreiking Toestemmingsvereiste voor hulp bij kindermishandeling. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/11/11/handreiking-toestemmingsvereiste-voor-hulp-bij-kindermishandeling>
- Minnen, A. van (2017). *Verlamd van angst. Herstellen na seksueel misbruik*. Boom uitgeverij.
- Minnen, A. van, Harned, M. S., Zoellner, L., & Mills, K. (2012). Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, *3*, 18805 (1-14). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.18805>.
- Minton, K., Ogden, P., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy (Norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2016). *Slachtoffermonitor seksueel geweld tegen kinderen*. VA: Author.



- National Institute for Health and Care Excellence (2018). Post-traumatic stress disorder. *NICE Guideline*. VA: Author.
- NJi (2013). *Wat werkt: Motiverende gespreksvoering?* Geraadpleegd op 16 augustus 2019 op [https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/\(311053\)-nji-dossierDownloads-Watwerkt\\_Motiverendegespreksvoering.pdf](https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/(311053)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Motiverendegespreksvoering.pdf).
- NJi (2016). *CAP-J*. Geraadpleegd op 16 augustus 2019 op <https://www.nji.nl/nl/Databank/Classificatie-Jeugdproblemen>.
- 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)).
- Pelt, Y van., Fokkema, P., Roos, C. de., & Jongh, A. de (2021). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and EMDR therapy for adolescents suffering from severe post-traumatic stress disorder. *Eur J Psychotraumatol* 2021 May 14;12(1):1917876. doi: 10.1080/20008198.2021.1917876.
- Peltonen, K., & Kangaslampi, S. (2019). Treating children and adolescents with multiple traumas: A randomized clinical trial of narrative exposure therapy. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1558704.
- Ronan, K. R., Haynes, K., Towers, B., Alisic, E., & Ireland, N. (2016). Child-centered disaster risk reduction: Can disaster resilience programs reduce risk and increase the resilience of children and households? *Australian Journal of Emergency Management*, 31(3), 49-58.
- Roos, C. de, & Eland, J. (2005). Posttraumatische stressstoornis bij kinderen en adolescenten: Diagnostiek en hulpverlening. In B. P. R. Gersons & M. Olf (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stress-stoornissen* (pp. 119-140). Bohn Stafleu van Loghum.
- Roos, C. de, Oord, S. van der, Zijlstra, B., Lucassen, S., Perrin, S., Emmelkamp, P., & Jongh, A. de (2017). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident trauma: A multicenter randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(11), 1219-1228.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-344. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>.
- Sattler, K., & Font, S. (2018). Resilience in young children involved with child protective services. *Child Abuse and Neglect*, 75, 104-114. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.004>.
- Scheeringa, M. S., Weems, C. F., Cohen, J. A., Amaya-Jackson, L., & Guthrie, D. (2011). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: A randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 853-860. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02354.x>.
- Schlattmann, N., Hoeven, M. van der, & Hein, I. (2023). *IGT-K Integratieve gehechtheidsbevorderende traumabehandeling voor kinderen: Gezinstherapie en EMDR*. 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.
- Sciaraffa, M. A., Zeanah, P. D., & Zeanah, C. H. (2018). Understanding and Promoting Resilience in the Context of Adverse Childhood Experiences. *Early Childhood Education Journal*, 46(3), 343-353. <https://doi.org/10.1007/s10643-017-0869-3>.
- Shonkoff, J., Levitt, P., Bunge, S., Cameron, J., Duncan, G., Fisher, P., & Nox, N. (2015). *Supportive Relationships and Active Skill-Building Strengthen the Foundations of Resilience: Working Paper 13*. National Scientific Council on the Developing Child.
- Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*. WW Norton & Company.
- Smith, P., Perrin, S., Dalgleish, T., Meiser-Stedman, R., Clark, D. M., & Yule, W. (2013). Treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(1), 66-72. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835b2c01>.
- Spee, I., & Laar, M. van de (2012). *Als een ramp de school treft. Omgaan met calamiteiten in het onderwijs*. Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(10), 652-666. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>.



- Thomaes, K., Dorrepaal, E., Balkom, A. J. L. M. van, Veltman, D. J., Smit, J. H., Hoogendoorn, A. W., & Draijer, N. (2015). Complexe PTSS na vroegkinderlijk trauma: Emotieregulatietraining als aanvulling op de PTSS-richtlijn. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 57(3), 171-182.
- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal Orthopsychiatry*, 81(1), 1-17. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01067.x>.
- Vandamme, N. (2019). *Veerkracht bij kindertrauma*. Lannoo Campus.
- Verlinden, E., Meijel, E. P. van, Opmeer, B. C., Beer, R., Roos, C. de, Bicanic, I. A., Lamers-Winkelmann, F., Olf, M., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2014). Characteristics of the Children's Revised Impact of Event Scale in a clinically referred Dutch sample. *Journal of Traumatic Stress*, 27(3), 338-344. <https://doi.org/10.1002/jts.21910>.
- 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>.
- Weisaeth, L., Van der Kolk, B. A., & McFarlane, A. C. (Eds.). (2017). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. Tantor Audio.
- Widenfelt, B. van, Goedhart, A., Treffers, P., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12(6), 281-289. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0341-3>.
- Wigham, S., Hatton, C., & Taylor, J. L. (2011). The effects of traumatizing life events on people with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 4(1), 19-39. <https://doi.org/10.1080/19315864.2010.534576>.
- World Health Organization (2013). *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*. VA: Author.
- Zagrout-Hodali, M., Alissa, F., & Dodgson, P. W. (2008). Building Resilience and Dismantling Fear: EMDR Group Protocol With Children in an Area of Ongoing Trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 106-113. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.2.106>.
- Zorginstituut Nederland (2018). *Zinnige zorg. Rapport Systematische analyse geestelijke gezondheidszorg*. VA: Author.



**Bijlage 1.**

# **Overzicht kerngroep en ontwikkelwerkgroep**



De *Richtlijn Traumagerelateerde problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is ontwikkeld door de kerngroep en de ontwikkelwerkgroep.

#### Leden van de kerngroep (voor bijdrage zie colofon)

Wie	Rol	Functie
Agnes van Minnen	Onafhankelijk voorzitter ontwikkeling richtlijn Signalering van traumagerelateerde problemen, co-auteur	Hoogleraar angstregulatie en behandeling Radboud Universiteit Nijmegen
Ramón Lindauer (gedurende ontwikkeling richtlijn Signalering traumagerelateerde problemen)	Onafhankelijk voorzitter ontwikkeling aanvullende module behandelinterventies, co-auteur	Kinder- en jeugdpsychiater en systeemtherapeut bij Levvel (voorheen de Bascule) en Amsterdam UMC (afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie), hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie
Rik Knipschild	Inhoudelijk projectleider, eindverantwoordelijke, penvoerder, co-auteur	Karakter; GZ-psycholoog – Psychotraumatherapeut NtVP, onderzoeker en epidemioloog i.o.
Germie van den Berg	Organisatorisch projectleider, co-auteur	NJi; gezondheidswetenschapper /geestelijk gezondheidskundige en programmaleider en senior onderzoeker op de thema's effectiviteit en integrale jeugdhulp)
Irma Hein	Hoofdauteur	Levvel en Amsterdam UMC; kinder- en jeugdpsychiater en senior onderzoeker, psychotraumatherapeut EMDR, TF-CBT en IGT-K
Juul Oudenampsen	Co-auteur	Karakter; orthopedagoog
Esther Kooymans	Co-auteur	NJi; onderzoeker en adviseur
Cora Bartelink (tot midden 2019)	Co-auteur	Voormalig onderzoeker en adviseur NJi op het thema besluitvorming in jeugdhulp en jeugdbescherming

#### Leden van de ontwikkelwerkgroep (voor bijdrage zie colofon)

Wie	Functie
Helen Klip	Karakter; epidemioloog en coördinator wetenschappelijk onderzoek
Iva Bicanic	Klinisch psycholoog bij het UMC Utrecht en hoofd van het landelijk psychotraumacentrum en landelijk coördinator van het Centrum Seksueel Geweld
Jet Strijker	Ouderbegeleider bij het Landelijk Psychotraumacentrum UMC Utrecht en hoofd van de afdeling Medische Psychologie en Maatschappelijk Werk
Liesbeth Wasterval	Kinder- en jeugdpsychiater
Lotte Hendriks	GZ-psycholoog i.o.t. klinisch psycholoog bij Pro Persona en promovenda aan de Radboud Universiteit Nijmegen



Wie	Functie
Ramón Lindauer (gedurende ontwikkeling richtlijn Signalering traumagerelateerde problemen)	Kinder- en jeugdpsychiater en systeemtherapeut bij Levvel (voorheen de Bascule) en Amsterdam UMC (afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie), hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie
Wouter Groen	Kinder- en jeugdpsychiater bij Karakter, senior onderzoeker aan het Donders Institute for Cognitive Neuroscience en inhoudelijk leidinggevende aan de Academische Werkplaats Kajak voor Psychische Stoornissen en Licht Verstandelijke Beperking
Bart Jonkman	Medewerker bij Samen Veilig MiddenNederland (SVMN), vertegenwoordiger namens de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
Anneke Vinke	Namens het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP); GZ-psycholoog/registerpsycholoog en supervisor Kind & Jeugd NIP / Orthopedagoog Generalist NVO
Jessica Vervoort-Schel	Namens de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO); Orthopedagoog Generalist NVO / PhD-kandidaat UvA, Koraal Expertise Centrum
Tamarinde Brouwers	Kinder- en jeugdpsycholoog NIP bij Jeugdformaat, geeft behandeling en mede verantwoordelijk voor onder andere de implementatie van traumasensitief werken
Carina van Kregten	Gedragswetenschapper bij Pluryn
Marielle van Doorn	Orthopedagoog Generalist NVO bij Kinder- en Jeugdpraktijk de Roos, behandelaar
Bregje Kleijnen	Gedragswetenschapper bij Rubicon Jeugdzorg en verbonden aan het Ambulante team met diverse vormen van ambulante jeugdhulp

### Geraadpleegde expert

Neeltje van den Bedem	Geraadpleegd expert op het gebied van taal- en ontwikkelingsstoornissen (TOS)	Post-doc onderzoeker en coördinator valorisatie - sociale veiligheid en pesten, Onderwijs en Ontwikkelingspsychologie / Pedagogische wetenschappen, Universiteit Leiden
-----------------------	---	---



# 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 van deze richtlijn in referenties altijd: *'Richtlijn Traumagerelateerde problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming'*.

2e druk 2023

## Auteurs

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

## 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





