



**PROTOCOL VOOR
CLASSIFICATIE, SCREENING EN
DIAGNOSTIEK VAN**

**TRAUMA- EN STRESSORGERELATEERDE
& DISSOCIATIEVE STOORNISSEN**

BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN

Renée Beer, Eva Verlinden, Ramón Lindauer
2020¹

¹ Voorgaande versies (2007, 2011, 2013) waren een product van het Traumacentrum van de Bascule. Tijdens de productie van deze vierde versie waren de eerste twee auteurs hier niet meer werkzaam. Zij hebben op persoonlijke titel bijgedragen aan deze revisie. Ramón Lindauer is werkzaam bij Amsterdam UMC, locatie AMC en Level.

1. Inleiding	3
2. Klinische manifestatie van posttraumatische stressreacties	5
2.1. Baby's (0-1 jaar)	5
2.2. Peuters en kleuters (2-5 jaar)	5
2.3. Schoolkinderen (6-12 jaar).....	6
2.4. Pubers en adolescenten (13-18 jaar)	6
2.5. Reacties na chronisch trauma	7
2.6. Dissociatieve reacties.....	8
3. Classificatie volgens DSM-5	10
3.1. Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen.....	10
3.1.1. Reactieve hechtingsstoornis.....	10
3.1.2. Ontremd-sociaalcontactstoornis	10
3.1.3. Posttraumatische-stressstoornis (PTSS)	10
3.1.4. Acute stressstoornis	11
3.1.5. Aanpassingsstoornissen.....	11
3.1.6. Andere gespecificeerde trauma- of stressorgerelateerde stoornis.....	11
3.1.7. Ongespecificeerde trauma- of stressorgerelateerde stoornis.....	11
3.2. Dissociatieve stoornissen.....	12
3.2.1. Dissociatieve identiteitsstoornis.....	12
3.2.2. Dissociatieve amnesie	12
3.2.3. Depersonalisatie-/derealisatiestoornis	12
3.2.4. Andere gespecificeerde dissociatieve stoornis.....	13
3.2.5. Ongespecificeerde dissociatieve stoornis.....	13
4. Van screening tot verwijzing	14
4.1. Gesprek met kind en ouders.....	14
4.2. Screeningslijsten	14
4.3. Risicotaxatie bij vermoedens van kindermishandeling.....	16
4.4. Besliscriteria voor verwijzing	16
4.5. Voorwaarden voor verwijzing.....	17
5. Diagnostisch onderzoek	19
5.1. Relevante diagnostische variabelen	19
5.2. Meetinstrumenten.....	20
5.2.1. Klinisch diagnostische interviews	20
5.2.2. Vragenlijsten.....	22
6. Criteria voor testbatterij	33
7. Literatuur	34
BIJLAGE I. Stramien voor screeningsgesprek met kind	42
BIJLAGE II. Stramien voor screeningsgesprek met ouder	43
BIJLAGE III. Overzicht meetinstrumenten: klinische interviews	44
BIJLAGE IV. Overzicht meetinstrumenten: vragenlijsten	45

Epidemiologisch onderzoek wijst uit dat een hoger aantal kinderen² wordt blootgesteld aan een of meer traumatische gebeurtenissen voor het 16^{de} levensjaar dan vaak wordt gedacht (Fairbank & Fairbank, 2009). Dit aantal varieert in verschillende onderzoeken tussen 25-68% van de kinderen (AACAP, 2010; Alisic e.a., 2014; Copeland e.a., 2007). De cijfers lopen zo sterk uiteen door gebruik van verschillende definities van traumatische gebeurtenissen, verschillende populaties, verschillende typen informanten, en verschillende meetinstrumenten (Fairbank & Fairbank, 2009; Verlinden, Beer & Lindauer, 2017). In Europese studies vallen prevalentiecijfers lager uit dan in Amerikaanse en Afrikaanse (Verlinden e.a., 2017, pp. 236-237). De prevalentiestudie van Alink e.a. (2011) toont aan dat jaarlijks 3,4% van alle in Nederland wonende kinderen een vorm van kindermishandeling meemaakt.

Een traumatische gebeurtenis - in de literatuur ook wel schokkende, ingrijpende of overweldigende gebeurtenis genoemd - is een gebeurtenis die kan leiden tot traumaklachten, ofwel traumagerelateerde of psychotraumagerelateerde klachten. Trauma betekent letterlijk 'wond' en verwijst in de medische context naar een lichamelijke verwonding of ernstig fysiek letsel. Buiten de medische context verwijst de term naar psychotrauma, een interne toestand die is ontstaan na het meemaken van een of meer gebeurtenissen. Eenzelfde gebeurtenis kan bij de een leiden tot traumagerelateerde klachten en bij de ander niet (Beer & De Roos, 2012).

Volgens de definitie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* (APA, 2013) is een traumatische gebeurtenis een gebeurtenis waarbij iemand direct of indirect geconfronteerd wordt met of getuige is van (de dreiging van) ernstige verwondingen, de dood of schending van de lichamelijke integriteit. Het subjectieve criterium dat in de DSM-IV eveneens gekoppeld was aan de gebeurtenis ('de gebeurtenis gaat gepaard met intense angst, machteloosheid en extreem onbehagen') is vervallen als criterium in de DSM-5.

Traumatische gebeurtenissen kunnen eenmalig zijn of zich herhalen over langere tijd, respectievelijk type I en type II trauma genoemd (Terr, 1991). De Bellis & Van Dillen (2005) hebben een indeling voorgesteld naar de aard van de gebeurtenis: *interpersoonlijke traumatisering*, veroorzaakt door menselijk handelen. Hieronder vallen alle vormen van geweld en kindermishandeling versus *non-interpersoonlijke traumatisering*, niet veroorzaakt door menselijk handelen. Hieronder vallen gebeurtenissen zoals natuurrampen, (verkeers)ongevallen, confrontatie met levensbedreigende ziekte of medische interventies (Beer & De Roos, 2017). Klachten kunnen ontstaan na het meemaken van verschillende combinaties van gebeurtenissen. Op basis van onderzoek weten we dat de kans op ontwikkeling van traumagerelateerde klachten significant groter is na interpersoonlijke traumatisering (Van Grinsven & Holdrop, 2015; Lindauer & Boer, 2012), met name bij meisjes (Alisic e.a., 2014).

Ten aanzien van de aard van gebeurtenissen is het van belang om naast interpersoonlijke traumatisering ook te denken aan 'afhankelijke' levensgebeurtenissen. Dit zijn negatieve sociale ervaringen, die kinderen kunnen opdoen als gevolg van het hebben van een psychische aandoening of beperking (bijvoorbeeld ADHD, autismespectrumstoornis, verstandelijke beperking) of van een chronische medische aandoening (bijvoorbeeld astma), of van aversieve interventies, zoals gesepareerd worden naar aanleiding van agressief gedrag onder invloed van een acute psychose. Daarnaast heeft onderzoek onder Nederlandse schoolkinderen (Verlinden e.a., 2013) aangetoond dat kinderen ook traumaklachten kunnen ontwikkelen na het meemaken van negatieve levensgebeurtenissen die niet voldoen aan het criterium van de DSM, zoals bijvoorbeeld gepest zijn of echtscheiding van ouders: bij 22% van de 349 kinderen (die niet een gebeurtenis had meegemaakt die voldeed aan het criterium) kampte met klinisch significante traumaklachten. Dat stressoren evenzeer als traumatische gebeurtenissen kunnen leiden tot traumaklachten en andere gezondheidsproblemen, werd eerder al overtuigend aangetoond door de grote studie van Felitti e.a. (1998).

² Met 'kinderen' wordt 'kinderen en adolescenten' bedoeld.

Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) is een van de stoornissen die kunnen ontstaan ten gevolge van het meemaken van een of meer traumatische gebeurtenissen. Bekend is dat de meeste kinderen - naar schatting ongeveer 85% - geen volledige PTSS ontwikkelen na het meemaken van traumatische gebeurtenissen (Alisic e.a., 2014; Copeland e.a., 2007). Ook is bekend dat meerdere factoren van invloed zijn op het al dan niet ontwikkelen van klachten (Beer & de Roos, 2012). Naast PTSS kunnen zich andere stoornissen ontwikkelen, die in de DSM-5 gerubriceerd staan onder de categorie trauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Daarenboven kunnen zich ook gedragsstoornissen ontwikkelen, angststoornissen, stemmingsstoornissen, stoornissen op het gebied van executieve functies en de gezinsrelaties. Welke risicofactoren versus beschermende factoren van invloed zijn op de kans dat zich klachten ontwikkelen, blijft een belangrijk focus van onderzoek. Bekend is inmiddels dat sociale steun van ouders, familieleden, vrienden of burens een beschermende factor is. Het bieden van steun, structuur en veiligheid door ouders bevordert herstel na het meemaken van een traumatische gebeurtenis. Echter, als er sprake is van ouders met psychopathologie ten gevolge van eigen trauma, dan vormt dit een risicofactor. Ook gebrek aan sociale steun voor het gezin vanuit de omgeving vormt een risicofactor (Beer & De Roos, 2012).

Uit de meta-analyse van Alisic en collega's (2014) komt een gemiddelde prevalentie van PTSS bij kinderen en jongeren van rond de 16%. Dit percentage varieert tussen 8 en 33%. Er zijn verschillende factoren die hierop van invloed zijn, zoals type gebeurtenis en geslacht.

Hoe kunnen we vaststellen of klachten van een kind, die aanleiding geven tot zorgen of een hulpvraag, gerelateerd zijn aan het meemaken van een traumatische gebeurtenis en of het kind daarvoor behandeling behoeft? Kunnen we onderzoek daarnaar (meer) gestandaardiseerd vormgeven? Zo ja, wat hebben we dan daarvoor nodig?

Voor verwijzers (hulpverleners en behandelaren in de jeugdzorg en de gezondheidszorg zoals (huis)artsen en jeugdverpleegkundigen) is het van belang om te kunnen bepalen of kinderen gebaat zijn bij verwijzing naar specialistische jeugdhulp voor traumadiagnostiek en/of behandeling.

Voor behandelaren is het belangrijk om te kunnen vaststellen of traumagerichte behandeling geïndiceerd is en of de randvoorwaarden aanwezig zijn om behandeling effectief te laten zijn. Tevens dienen zij de gestelde indicatie te kunnen toelichten met een onderbouwde classificatie en diagnose.

Voor wetenschappelijk onderzoekers ten slotte is het wenselijk dat vaker dezelfde diagnostische valide en betrouwbare instrumenten gebruikt gaan worden, zodat verzamelde data met elkaar vergeleken kunnen worden (Beer, 2018).

Dit protocol belicht verschillende aspecten van classificatie, screening en diagnostiek. Om te beginnen een overzicht van het palet aan traumagerelateerde klachten, die de clinicus kan aantreffen bij kinderen in verschillende ontwikkelingsfasen (2). Dan volgt een schets van alle trauma- en stressorgerelateerde en dissociatieve stoornissen, die onderscheiden worden binnen het DSM-classificatiesysteem (DSM-5). Niet binnen de ICD (*International Classification of Diseases*), omdat in Nederland overwegend gewerkt wordt met de DSM (3). In aansluiting hierop worden aanbevolen instrumenten besproken voor screening en risicotaxatie, te gebruiken door verwijzers (4). Hierna volgt een overzicht van relevant geachte instrumenten voor (differentiaal-)diagnostisch onderzoek van traumagerelateerde alsook dissociatieve stoornissen. Omdat bij kinderen veelal sprake is van comorbide problematiek, noemen we in dit overzicht eveneens betrouwbare en valide instrumenten voor diagnostisch onderzoek op het gebied van angsten, stemming, gedrag, hechting, cognities, copingvaardigheden, executieve functies, gezinsrelaties, globaal functioneren en kwaliteit van leven (5). Het protocol sluit af met criteria voor de samenstelling van een testbatterij die relevant is voor klinisch gebruik respectievelijk wetenschappelijk onderzoek. De Bijlagen bieden een stramen voor gestructureerde screening op aanwezigheid van traumaklachten via een gesprek met het kind (I) en met de ouders (II); en twee schematische overzichten van respectievelijk klinische interviews (III) en vragenlijsten (IV).

2. KLINISCHE MANIFESTATIE VAN POSTTRAUMATISCHE STRESSREACTIES

Getraumatiseerde kinderen kunnen uiteenlopende reacties laten zien in verschillende ontwikkelingsfasen. Deze reacties kunnen optreden in plaats van of naast de criteria die genoemd worden in de DSM-5. Tabel 1 toont een samenvattend overzicht van leeftijdsspecifieke reacties, die kunnen optreden na het meemaken van een (of meer) traumatische gebeurtenis(sen). De genoemde reacties kunnen ook in een latere ontwikkelingsfase optreden of daarin blijven bestaan.

Tabel 1. Leeftijdsspecifieke reacties na traumatische gebeurtenissen

Baby's	Peuters/kleuters	Schoolkinderen	Pubers/adolescenten
Eetproblemen Slaapproblemen Veel huilen	Hulpeloosheid Gegeneraliseerde angst Regressief, agressief en/of destructief gedrag Vastklampen aan ouder Angst voor slapen Nachtmerries Posttraumatisch spel Vertraging of stagnatie in ontwikkeling Onterechte schuldgevoelens Verwarring Driftbuien	Lichamelijke klachten Slaapproblemen Preoccupatie met eigen gedrag Onterechte schuldgevoelens Concentratieproblemen Verslechtering schoolprestaties Beschadigd zelfvertrouwen Preoccupatie met kwetsbaarheid Fantasieën <i>Reenactment</i> Piekeren Omen-formatie	Behoefte aan autonomie versus afhankelijkheid en angst Schaamte Depressieve gevoelens Doen alsof er niets aan de hand is <i>Reenactment in behavior</i> Disfunctioneren op school <i>'Thrill-seeking'</i> gedrag Middelenmisbruik Radicale gedragsveranderingen Risicovol gedrag Fantasieën over wraak en boete Zich afsluiten voor innerlijke processen

Bronnen: Beer & de Roos (2013, 2017); Verlinden e.a. (2017).

De Engelse termen: *'Reenactment'* en *'Thrill-seeking behavior'* worden in de tekst hieronder toegelicht.

2.1. BABY'S (0-1 JAAR)

Baby's kunnen niet veel anders dan reageren met eet- of slaapproblemen en veel huilen.

2.2. PEUTERS EN KLEUTERS (2-5 JAAR)

Peuters en kleuters reageren vaak met aspecifieke klachten en symptomen: gevoelens van hulpeloosheid en gegeneraliseerde angst die tot uitdrukking worden gebracht via regressief, agressief of destructief gedrag; klampgedrag bij separatie uit vrees dat de ouder of het kind zelf iets ergs zal overkomen; angst om te gaan slapen en nachtmerries over monsters.

Het kind kan terugvallen naar beperkt spel, waarbij het met posttraumatisch spel herhaalt wat het heeft meegemaakt; een oplossing of opluchting blijft hierbij uit. Ook kan het kind in gedrag of in spel eindeloos nadoen of naspelen wat het heeft meegemaakt.

Daarnaast kan een vertraging optreden in het bereiken van de ontwikkelingsmijlpalen. Volledige ontwikkelingsstagnatie is zelfs mogelijk.

Kleuters hebben nog niet het cognitieve vermogen om zich te verplaatsen in het perspectief van een ander, waardoor zij ten onrechte kunnen denken dat zij zelf schuldig zijn aan zaken die hen zijn overkomen.

Het magisch denken kan leiden tot zelfverwijten en in combinatie met de nog beperkte verbale en cognitieve ontwikkeling kan dit leiden tot verwarring, wat zich op gedragsniveau kan manifesteren als toegenomen driftbuien en piekeren.

2.3. SCHOOLKINDEREN (6-12 JAAR)

Lichamelijke klachten en slaapproblemen worden vaak genoemd bij kinderen in deze ontwikkelingsfase.

Vanaf een jaar of zes kunnen kinderen zich verplaatsen in een ander, waardoor ze meer perspectieven tegelijkertijd kunnen overwegen. Het denken blijft nog steeds concreet, wat een belemmering kan vormen voor volledig begrip van wat hen is overkomen.

Ze kunnen 'gepreoccupeerd' raken met hun handelwijze tijdens de gebeurtenis(sen), met hun eventuele eigen verantwoordelijkheid voor wat er is gebeurd en hierover blijven piekeren. Onterechte schuldgevoelens kunnen leiden tot concentratieproblemen op school, waardoor schoolprestaties achteruitgaan. Ze zijn nu in staat om emoties bij een ander te herkennen en rekening daarmee te houden. Ze kunnen dan willen vermijden om belangrijke anderen te belasten met hun zorgen en problemen.

Het beschadigde zelfvertrouwen kan aanleiding geven tot piekeren over hun eigen kwetsbaarheid en die van anderen. Dit kan dan weer aanleiding geven tot angstig makende, agressieve fantasieën.

Herbelevingen kunnen in deze fase blijken door eindeloze herhalingen van wat ze hebben meegemaakt in spel, tekeningen of gesprek (dat is: *reenactment*).

Vanaf deze fase kunnen kinderen er ook van overtuigd raken dat ze de gebeurtenis hadden kunnen voorkomen als ze de voortekenen maar beter hadden herkend. Dit wordt wel 'omen formatie' genoemd (Adler-Nevo & Manassis, 2005; Beer & De Roos, 2012).

2.4. PUBERS EN ADOLESCENTEN (13-18 JAAR)

Bij pubers en adolescenten komen de klachten in toenemende mate overeen met die van volwassenen.

Kenmerkend voor deze fase is de interne strijd tussen behoefte aan autonomie en gevoelens van afhankelijkheid en angst. Vanuit schaamte over wat hen is overkomen (schaamte voor hun kwetsbaarheid) kan er een sterke neiging ontstaan om niet te willen communiceren over gevoelens naar aanleiding van wat ze hebben meegemaakt. Dit verbergen en verzwijgen vergroot de kans op depressieve gevoelens.

Een andere reactiemogelijkheid is voorwenden alsof er niets aan de hand is. In dergelijke situaties kan het (extreem) gericht zijn op anderen de functie hebben om te ontsnappen aan de eigen angstgevoelens.

Er kan een gewoonte ontstaan om in gedrag te herhalen wat ze hebben meegemaakt (*reenactment in behavior*).

Op school kan sprake zijn van disfunctioneren op diverse fronten, zowel op het vlak van prestaties als gedrag of aanwezigheid.

Naast de symptomen die in de DSM-5 genoemd worden, kunnen ook risicovol gedrag ('*thrill-seeking*' gedrag: gedrag dat een kick geeft door het risico dat het met zich mee brengt), radicaal gedrag, en drank- of drugsmisbruik optreden, gedrag dat als functie heeft negatieve gevoelens en sensaties te ontvluchten.

Veranderende opvattingen over de wereld ('de wereld is onveilig') en andere mensen ('niemand is te vertrouwen') kunnen aanzetten tot radicale gedragsveranderingen en risicovol gedrag.

Fantasieën over wraak en boete nemen soms dermate grote proporties aan, dat jongeren bang kunnen worden om de controle te verliezen over hun fantasieën.

Jongeren die langdurig geweld of onderdrukking hebben meegemaakt en zich afsluiten voor innerlijke processen, zijn extra kwetsbaar. Daardoor kunnen zij een verhoogd risico vormen voor de

gemeenschap. Deze jongeren kunnen namelijk op basis van achterdocht en intenties tot wraakneming vatbaar worden voor beïnvloeding door terroristische organisaties. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat zij zich in sommige gevallen kunnen laten verleiden tot het plegen van terreurdaden (Joshi & O'Donnell, 2003).

2.5. REACTIES NA CHRONISCH TRAUMA

Kinderen die langdurig en herhaald (chronisch) zijn getraumatiseerd, kunnen een grote variatie aan symptomatologie laten zien. Hoewel er geen direct en eenduidig verband bestaat tussen aard en frequentie van meegemaakte gebeurtenissen en ernst van de gevolgen (Beer & De Roos, 2017), blijkt zowel in de klinische praktijk als in empirisch onderzoek (Jonkman, Verlinden, Bolle, Boer & Lindauer, 2014) dat chronisch trauma tot complexere psychopathologie *kan* leiden dan eenmalig trauma. Om die reden is uitgebreider diagnostisch onderzoek aan te bevelen bij kinderen die chronisch getraumatiseerd zijn, waarbij aanmeldingsklachten en meegemaakte gebeurtenissen goed in kaart gebracht worden, zodat vastgesteld kan worden *of en hoe* deze met elkaar in verband kunnen staan (Verlinden e.a., 2017).

Reacties die men kan aantreffen bij chronisch getraumatiseerde kinderen zijn onder meer: hardnekkige ontkenning; zelfverdooving of zelfhypnose; problemen met affectregulatie; identificatie met de agressor; agressie gericht tegen zichzelf; symptomen van dissociatie.

Voor aanduiding van een specifieke vorm van chronische traumatisering is het concept '*complex trauma*' geïntroduceerd en de gevolgen duidt men ook wel aan met '*complex PTSS*'. Beide termen worden door elkaar gebruikt. Het betreft een omstreden concept, verwijzend naar blootstelling aan bepaalde typen traumatische gebeurtenissen enerzijds en de impact van deze blootstelling op korte en lange termijn anderzijds (www.nctsn.com). Analoog aan het concept PTSS, waarin cluster A verwijst naar blootstelling aan een bepaald type gebeurtenis en de clusters B-E naar de aanwezigheid van bepaalde symptomen als gevolg van die blootstelling (Ter Heide, Kleber & Mooren, 2014).

De gebeurtenissen vinden plaats binnen het systeem waarin het kind opgroeit, de sociale omgeving die verondersteld wordt juist de bron van veiligheid en stabiliteit te zijn. De gebeurtenissen treden tegelijkertijd of opeenvolgend op en impliceren verschillende vormen van (kinder-)mishandeling: affectieve en pedagogische verwaarlozing, seksueel misbruik, lichamelijke mishandeling, getuige zijn van huiselijk geweld. Het betreft gebeurtenissen die zich over een langere periode veelvuldig herhalen en die in de vroege jeugd beginnen. De gevolgen zijn divers en vergroten de kans op volgende traumatisering.

De eerste reeks traumatische ervaringen leidt veelal tot: emotionele ontregeling, verlies van een veilige thuisbasis, verlies van richting, onvermogen om gevaar te herkennen of er adequaat op te reageren. Een volgende reeks betreft doorgaans opnieuw een opeenstapeling van verschillende vormen van geweld en verwaarlozing, die leidt tot verheviging van klinische symptomen. Deze symptomen kunnen zich manifesteren op zeven gebieden: hechting, biologie, emotieregulatie, dissociatie, gedragsregulatie, cognities, en zelfbeeld (Van der Kolk, 2005).

Voor diagnostisch onderzoek (en behandeling) van kinderen die chronisch getraumatiseerd zijn, binnen hun gezin, vroeg in hun jeugd (voor het achtste jaar), en die naast PTSS last hebben van veel comorbide problemen, waaronder pathologische dissociatie (Cook e.a., 2003), heeft Van der Kolk (2010) het concept '*developmental trauma disorder*' (DTD) voorgesteld.

De concepten '*complex trauma*', '*complex PTSD*' en '*developmental trauma disorder*' zijn echter geen van alle opgenomen in de DSM-5³ vanwege onvoldoende overeenstemming over de aard van de veronderstelde relevante gebeurtenissen en de gevolgen. Daarnaast is er onvoldoende empirische evidentie voor de noodzaak van een apart subtype PTSS en gebrek aan mogelijkheden om dit eventuele subtype gevalideerd te classificeren en diagnosticeren (Resick, 2012; De Jongh e.a., 2016). In de huidige situatie worden bij kinderen met een palet aan symptomen veelal diverse diagnoses gesteld, die worden

³ In de ICD- 11 (2018) daarentegen is 'Complexe PTSS' wel opgenomen als aparte categorie.

beschouwd als co-morbide problematiek. De vraag is echter of er niet veeleer sprake is van een netwerk aan samenhangende traumagerelateerde symptomen in plaats van co-morbiditeit. Er is veel debat in het veld over (on)nut van een onderscheid in verschillende typen PTSS en de (on)wenselijkheid van verschillende behandelwijzen of benaderingen van kinderen met verschillende typen symptomatologie (Bicanic e.a., 2015; Schmid, Petermann, Fegert, 2013).

Onderzoek zal de komende jaren moeten uitwijzen of er voldoende grond is voor invoering van een subtype PTSS, waarbij er overeenstemming dient te komen over zowel de aard van de gebeurtenissen als over de gevolgen.

Vooralsnog bevelen wij aan om zorgvuldig diagnostisch onderzoek te doen bij kinderen die chronisch en vroegkinderlijk getraumatiseerd zijn binnen hun gezin, zodat deze kinderen (en hun ouders) een optimale behandeling aangeboden krijgen.

Voor zowel slachtoffers van seksueel misbruik als van huiselijk geweld geldt dat procesdiagnostiek tijdens de behandeling gewenst is naast screening en diagnostiek vooraf, omdat beide vormen gepaard gaan met gedwongen geheimhouding. Vaak komt pas tijdens de behandeling boven water wat er precies is gebeurd.

Kinderen die langdurig zijn misbruikt of mishandeld, kunnen zowel symptomen vertonen van PTSS als van pathologische dissociatie. Deze twee syndromen worden nogal eens met elkaar verward. Het betreft echter onderscheiden syndromen, die wel gerelateerd blijken, maar niet persé hoeven samen te vallen (Hauber, 2017; Putnam, in Collin-Vézina & Hébert, 2005; Segers, 2006).

2.6 DISSOCIATIEVE REACTIES

Dissociatie is een structurele scheiding tussen psychologische processen, die normaliter geïntegreerd zijn. Bij dissociërende kinderen kan een verstoring optreden op drie gebieden (Collin-Vézina & Hébert, 2005): *geheugen* (bijvoorbeeld: geen herinnering hebben aan de gebeurtenissen); *waarneming* (bijvoorbeeld: verwarring tussen fantasie en werkelijkheid) en *identiteit* (bijvoorbeeld: inconsistenties in eigenschappen en vaardigheden). In feite is bij deze kinderen de realiteitstoetsing verstoord.

Dissociatieve reacties op het gebied van waarneming en realiteitstoetsing zijn onder meer: depersonalisatie (ervaringen van onwerkelijkheid of vervreemding, alsof betrokkene zichzelf van buitenaf waarneemt), derealisatie (ervaringen van onwerkelijkheid of vervreemding, alsof de omgeving als onecht of vervormd wordt waargenomen) en emotionele verdoving (gevoelens zijn afgevlakt en worden niet meer waargenomen).

Dissociatieve reacties tijdens en onmiddellijk na een incident (peri-traumatische dissociatie) kunnen adaptief zijn, maar als deze reacties blijven aanhouden, leidt dit veelal tot een falend verwerkingsproces van de gebeurtenis en daardoor tot sterkere posttraumatische stressreacties (Schäfer e.a., 2004).

Jonge kinderen ontwikkelen makkelijker vaardigheden tot dissociëren. Volgens Putnam (1993a) betreft deze vaardigheid een ontwikkelingsfenomeen met een piek op het tiende levensjaar, die vervolgens afneemt tijdens de adolescentie en volwassenheid.

Bij chronische traumatisering blijkt de kans op de ontwikkeling van vaardigheden tot dissociëren groter te zijn, naarmate de traumatiserende gebeurtenissen vroeger in het leven zijn gestart (Schäfer e.a., 2004).

Dissociatieve reacties kunnen variëren op een continuüm van mild tot ernstig. Reacties zijn waar te nemen op de volgende gebieden (Potgieter e.a., 2015; Silberg, 2004):

- Fluctuerende bewustzijnstoestand (trancetoestanden, 'black-outs');
- Geheugen (fluctuaties in toegang tot herinneringen en kennis);
- Moeite met scheiding tussen werkelijkheid en fantasie (het kind gelooft dat er interne anderen zijn of imaginaire vriendjes, die controle hebben over het gedrag; het kan ook stemmen horen);
- Sterke wisselingen in stemming, gedrag en schoolprestaties;

- Lichamelijke symptomen (zoals onverklaarbare lichamelijke klachten, verlies van sensaties, ongebruikelijke pijn-tolerantie of juist pijn-sensitiviteit);
- Niet-leeftijdsadequaat seksueel wervend of responsief gedrag;
- Automutilatie.

Voor alle leeftijden geldt dat vroegtijdige *herkenning* van dissociatieve reacties - evenals van trauma- en stressorgerelateerde symptomen - van belang is vanwege de sterk negatieve invloed op het cognitief en sociaal-emotioneel functioneren alsook op de neurobiologische ontwikkeling. Na diagnostisch onderzoek is vroegtijdige *behandeling* aangewezen om kinderen optimale ontwikkelingskansen te bieden en om ontwikkelingsstagnatie te voorkomen.

Paragraaf 3 biedt een overzicht van stoornissen die in de DSM-5 ondergebracht zijn binnen de categorieën trauma- en stressorgerelateerde stoornissen en dissociatieve stoornissen. In paragraaf 5 bespreken we instrumenten met behulp waarvan men kan vaststellen of voldoende symptomen aanwezig zijn voor classificatie van deze stoornissen. En in Bijlage I en II geven we aanwijzingen hoe men in een screeningsgesprek met het kind en de ouders kan checken of er mogelijk dissociatieve reacties aanwezig zijn.

Expliciet zij vermeld dat het met de huidige stand van zaken niet mogelijk is om dissociatieve symptomen te diagnosticeren in een of enkele sessies met behulp van objectiveerbare instrumenten. Dit vraagt om een langer durend proces in een veilige behandelcontext (Struik, 2017; Potgieter-Marks, e.a., 2015).

3. CLASSIFICATIE VOLGENS DSM-5

In Nederland wordt voornamelijk gewerkt met de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, kortweg de DSM. Dit is een classificatiesysteem dat in principe geen etiologische verbanden legt, maar manifeste symptomen slechts ordent. Binnen de DSM-5 (APA, 2014) worden echter twee categorieën van stoornissen onderscheiden die een relatie veronderstellen tussen het meemaken van een of meer gebeurtenissen en psychopathologie, namelijk trauma- en stressorgerelateerde en dissociatieve stoornissen. Deze paragraaf biedt een overzicht van de stoornissen binnen deze twee categorieën met een globale kenschets van elke stoornis⁴. Zie voor een gedetailleerde beschrijving van alle stoornissen en de specifieke criteria voor classificatie de Nederlandse vertaling van de DSM-5 (APA, 2014). Het is niet toegestaan om meer specifieke beschrijvingen en criteria van de DSM-5 op te nemen in dit diagnostiekprotocol.

3.1. TRAUMA- EN STRESSORGERELATEERDE STOORNISSEN

In deze categorie zijn zeven stoornissen opgenomen.

3.1.1. REACTIEVE HECHTINGSSTOORNIS

Er is sprake van een reactieve hechtingsstoornis als een kind een patroon van ontoereikende verzorging heeft meegemaakt, en nu een consistent gedragpatroon laat zien alsook een persisterend patroon van sociale en emotionele problemen. Er zijn redenen om te veronderstellen dat de meegemaakte verzorging verantwoordelijk is voor de geobserveerde patronen en de stoornis dient aanwezig te zijn vóór het vijfde levensjaar.

De DSM-5 beschrijft criteria ten aanzien van zowel het gedrag en het sociaal - emotioneel functioneren van het kind alsook ten aanzien van de vorm van verzorging die het (niet) heeft meegemaakt.

3.1.2. ONTREMDE-SOCIAALCONTACTSTOORNIS

Ook bij deze stoornis worden criteria genoemd ten aanzien van zowel het gedrag van het kind als de omstandigheden van verzorging die het heeft meegemaakt en die verondersteld worden samen te hangen met het geobserveerde gedrag. Hier betreft het gedragpatroon de manier waarop het kind actief onbekende volwassenen benadert en met hen omgaat.

3.1.3. POSTTRAUMATISCHE-STRESSSTOORNIS (PTSS)

Bij kinderen > 6 jaar.

Er is sprake van PTSS bij kinderen ouder dan 6 jaar, indien het kind is blootgesteld aan een of meer traumatische gebeurtenissen, direct (als slachtoffer of getuige) of indirect (erover gehoord hebben van een naast betrokkene), en een minimumaantal symptomen vertoont uit vier clusters:

- intrusieve herinneringen (flashbacks of nachtmerries);
- aanhoudende vermijding van mensen of plekken die herinneringen oproepen aan de traumatische gebeurtenis;
- negatieve veranderingen in cognities en stemming, zoals overdreven negatieve overtuigingen over zichzelf of verminderde interesse voor belangrijke activiteiten;

⁴ Naast de stoornissen binnen de twee categorieën die de DSM-5 onderscheidt, kunnen zich ook diverse angst-, gedrags-, stemmings- en somatoforme stoornissen ontwikkelen na het meemaken van stresserende of traumatische gebeurtenissen.

- verhoogde arousal en reactiviteit.
- De symptomen zijn langer dan een maand aanwezig.

Bij kinderen < 6 jaar.

Jongere kinderen (<6 jaar) hebben nog onvoldoende verbale en cognitieve vermogens om hun gevoelens en gedachten onder woorden te brengen, waardoor het risico aanwezig is dat zij niet voldoen aan de criteria voor een PTSS (Scheeringa, Myers, Putnam, & Zeanah, 2012). Om die reden zijn voor deze kinderen enkele criteria aangepast en is ook het aantal symptomen per cluster om PTSS te kunnen classificeren verlaagd in vergelijking tot de criteria voor oudere kinderen, adolescenten en volwassenen.

Subtypes.

Binnen de PTSS worden twee subtypes onderscheiden:

Het eerste subtype betreft *PTSS met dissociatieve symptomen*. Hierbij zijn naast de symptomen van PTSS ook persisterende of recidiverende symptomen aanwezig van depersonalisatie of derealisatie. Voorbeelden hiervan zijn: gevoelens van vervreemding van het eigen lichaam, alsof het kind zichzelf van buitenaf waarneemt (depersonalisatie); of het gevoel alsof de omgeving niet echt is, als in een droom, veraf of vervormd (derealisatie).

Het tweede subtype betreft *PTSS met uitgestelde expressie*, ofwel PTSS waarbij symptomen zich pas later manifesteren, langer dan zes maanden na de traumatische gebeurtenis.

3.1.4. ACUTE STRESSSTOORNIS

Een acute stressstoornis kan geclassificeerd worden, wanneer het kind is blootgesteld aan eenzelfde type gebeurtenis als in 3.1.3 en vervolgens symptomen ontwikkelt uit dezelfde clusters als in 3.1.3 met daarnaast ook nog dissociatieve symptomen. Het belangrijkste verschil tussen acute stressstoornis en posttraumatische stressstoornis is de duur van de symptomen (tot 1 maand na de blootstelling aan de gebeurtenis) en het optreden van dissociatieve symptomen.

3.1.5. AANPASSINGSSTOORNISSEN

Van een aanpassingsstoornis kan sprake zijn, indien de gebeurtenis(en) niet voldoet(n) aan de criteria ten aanzien van de gebeurtenis, zoals bij acute stress stoornis (3.1.4.) en posttraumatische stressstoornis (3.1.3.). Hier is sprake van stressor(en) in plaats van traumatische gebeurtenis(en). Eveneens is de duur van de symptomen in relatie tot de stressor(en) van betekenis (maximaal 6 maanden nadat de stressor verdwenen is).

3.1.6. ANDERE GESPECIFICEERDE TRAUMA- OF STRESSORGERELATEERDE STOORNIS

Deze classificatie is van toepassing wanneer er wel kenmerkende symptomen zijn voor een van de stoornissen in deze categorie (trauma- en stressorgerelateerde stoornissen), en deze ook klinisch significante lijdensdruk of beperkingen veroorzaken, maar niet volledig voldoen aan de criteria van een van de stoornissen. Deze classificatie komt in aanmerking wanneer men wil aangeven wat de specifieke reden is waarom het klinisch beeld niet voldoet aan de criteria.

3.1.7. ONGESPECIFICEERDE TRAUMA- OF STRESSORGERELATEERDE STOORNIS

De laatste stoornis is van toepassing op klinische beelden met kenmerkende symptomen voor een van de stoornissen in deze categorie, die weliswaar klinisch significante lijdensdruk of beperkingen veroorzaken, maar die niet volledig voldoen aan de criteria van een van de stoornissen. Voor deze classificatie kan men kiezen als men niet de reden wil specificeren waarom het klinische beeld niet voldoet aan de criteria van een van de stoornissen en de manifestaties beschreven worden, terwijl onvoldoende informatie beschikbaar is om een gespecificeerde classificatie toe te kennen.

3.2. DISSOCIATIEVE STOORNISSEN

Evenals trauma- en stressorgerelateerde stoornissen kunnen ook dissociatieve stoornissen ontstaan na het meemaken van traumatische gebeurtenissen. Als er sprake is van bedreiging of gevaar, is een vecht-of-vluchtreactie normaal en adequaat. Als een kind echter niet in staat is om te vechten of te vluchten, kan het reageren met bevriezen of verstijven. Omdat de ervaring niet te verdragen is, kan het kind de werkelijkheid ontvluchten, door de ervaringen - eventueel gedeeltelijk - buiten het bewustzijn te houden. Dit is een overlevingsmechanisme waarmee het kind tijdelijk kan ontsnappen aan de emotionele of fysieke pijn van de traumatische gebeurtenis.

Dergelijke reactiepatronen kunnen blijven bestaan nadat de bedreiging of het gevaar is geweken. In dat geval treden de reacties schijnbaar uit het niets zomaar op in situaties die in het verleden geassocieerd zijn geraakt met bedreiging of gevaar. We spreken dan over dissociatieve reacties of symptomen. Als dissociatieve symptomen langdurig zijn blijven voortbestaan, kan sprake zijn van een dissociatieve stoornis.

Volgens de DSM-5 worden dissociatieve stoornissen gekenmerkt door een verstoring van en/of discontinuïteit in de normale integratie van bewustzijn, geheugen, identiteit, emotie, perceptie, lichaamsbeleving, motorische controle en gedrag (APA, 2014, p. 416). Er worden vijf dissociatieve stoornissen onderscheiden.

Op basis van onderzoek is nog onvoldoende vastgesteld of deze dissociatieve stoornissen ook voor kinderen van toepassing zijn. Zowel het diagnostisch onderzoek als de behandeling van dissociatieve stoornissen bij kinderen wordt bemoeilijkt door een gebrek aan betrouwbare en valide instrumenten en controversen ten aanzien van de diagnostiek en behandeling bij kinderen en adolescenten (Diseth & Christie, 2005; Potgieter-Marks, Sabau, & Struik, 2015; Segers, 2006). Hierna volgt een globale beschrijving van de stoornissen. Voor meer details wordt de lezer ook hier verwezen naar de DSM-5 (APA, 2014).

3.2.1. DISSOCIATIEVE IDENTITEITSSTOORNIS

Hierbij is sprake van fragmentatie van de identiteit gekenmerkt door twee of meer persoonlijkheidsstoelstanden. De fragmentatie omvat duidelijke discontinuïteit in de zelf-beleving en het gevoel van zelfcontrole, gepaard gaand met ermee samenhangende veranderingen in affect, gedrag, bewustzijn, geheugen, waarneming, cognitief en sensomotorisch functioneren.

Er zijn recidiverende hiaten in het herinneren van informatie en/of gebeurtenissen; anders dan gewone vergeetachtigheid.

3.2.2. DISSOCIATIEVE AMNESIE

Een onvermogen om zich belangrijke autobiografische informatie te herinneren, anders dan gewone vergeetachtigheid. Het betreft meestal gelokaliseerde of selectieve amnesie voor een of meer specifieke gebeurtenis(sen); of gegeneraliseerde amnesie voor de identiteit en de levensgeschiedenis. Er is klinisch significante lijdensdruk en/of beperking in het functioneren.

3.2.3. DEPERSONALISATIE-/DEREALISATIESTOORNIS

Persisterende of recidiverende ervaringen van depersonalisatie, derealisatie of beide:

- Depersonalisatie:
Ervaringen van onwerkelijkheid, vervreemding, alsof de betrokkene zichzelf van buitenaf waarneemt, met betrekking tot de eigen gedachten, gevoelens, gewaarwordingen, het eigen lichaam of de eigen handelingen (zoals een verstoord tijdgevoel, een onechte of afwezige zelfbeleving, emotionele en/of lichamelijke verdoofdheid).
- Derealisatie:
Ervaringen van onwerkelijkheid of vervreemding met betrekking tot de omgeving (mensen of voorwerpen worden ervaren als onecht, in een droom, wazig, visueel vervormd). Het realiteitsbesef blijft intact gedurende de ervaring van depersonalisatie of derealisatie.


De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperking in het functioneren.

3.2.4. ANDERE GESPECIFICEERDE DISSOCIATIEVE STOORNIS

Klinische beelden met kenmerkende symptomen die ook lijden of beperking veroorzaken, maar niet voldoende om een van de stoornissen te kunnen classificeren. De clinicus kiest ervoor te vermelden om welke specifieke reden het klinische beeld niet voldoet aan de criteria voor een specifieke dissociatieve stoornis.

3.2.5 ONGESPECIFICEERDE DISSOCIATIEVE STOORNIS

Klinische beelden waarbij kenmerkende symptomen aanwezig zijn die wel lijden of beperking veroorzaken, maar het zijn er onvoldoende in aantal om te voldoen aan de criteria voor een van de stoornissen.



4. VAN SCREENING TOT VERWIJZING

Deze paragraaf voorziet in een toelichting op het proces van screening tot verwijzing, waarin de eerste stappen worden beschreven die een verwijzer kan zetten met en voor het kind dat een of meer traumatische gebeurtenissen heeft meegemaakt en zijn/haar ouders. Deze stappen hebben tot doel: screening om te bepalen of verwijzing voor traumabehandeling geïndiceerd lijkt.

Paragraaf 4.1 bespreekt aandachtspunten voor het screeningsgesprek. In paragraaf 4.2 worden vragenlijsten besproken die behulpzaam zijn bij een systematische inventarisatie van gebeurtenissen en symptomen. Er kan sprake zijn van een onveilige thuissituatie, waarbij ouder(s) de bron zijn van het gevaar in plaats van veiligheid. Als in een specifiek geval de hulpverlener vermoedens heeft dat kindermishandeling een rol speelt, dan heeft hij de plicht om hierop actie te ondernemen en te handelen volgens de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling (zie <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/meldcode>). Deze wordt toegelicht in paragraaf 4.3. Paragraaf 4.4 bespreekt criteria op basis waarvan men kan besluiten tot verwijzing. In paragraaf 4.5 worden de voorwaarden aangegeven voor een adequate verwijzing, zodat snel gestart kan worden met specialistische traumadiagnostiek en ook traumabehandeling, indien noodzakelijk.

4.1. GESPREK MET KIND EN OUDERS

De screening begint met een globale inventarisatie van traumatische gebeurtenissen die het kind heeft meegemaakt. Tijdens het gesprek met het kind en met de ouders kan (moet) men direct vragen of het kind en/of de ouders ooit een of meer nare/traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt. Immers, kinderen zullen over het algemeen niet uit zichzelf beginnen te praten over deze gebeurtenissen. Expliciet navraag doen bij zowel ouders als kind is om deze reden essentieel.

Bij elke meegemaakte gebeurtenis kan men om aanvullende informatie vragen, zoals de duur, frequentie en leeftijd ten tijde van de gebeurtenis. Ook als kinderen zijn aangemeld vanwege psychische problemen, waarbij niet meteen een samenhang vermoed wordt met meegemaakte gebeurtenissen, is het nuttig om te vragen of ze nare gebeurtenissen hebben meegemaakt.

Aanbevolen wordt om kinderen te vragen wat ze globaal hebben meegemaakt. Daarnaast bevelen we aan om zowel het kind als de ouders te vragen naar de (veranderde) *gedragingen* van het kind.

Evenzeer is het van belang om na te gaan of ook de ouders zijn blootgesteld aan deze gebeurtenis(sen), omdat zowel het kind als de ouders last kunnen ondervinden van herinneringen aan de meegemaakte gebeurtenis(sen).

Het doel van screening is een globale inventarisatie van de traumatische gebeurtenissen. Dit impliceert dat in het gesprek (nog) niet naar details van de gebeurtenissen hoeft te worden gevraagd en ook (nog) niet naar een gedetailleerde beschrijving van belevingen (destijds en nu). Zie bijlage I en II voor een stramien voor een screeningsgesprek met het kind en de ouder. Details worden later pas uitgevraagd, nog niet bij de screening.

4.2. SCREENINGSLIJSTEN

Screeningslijsten bieden een snelle, kosteneffectieve en betrouwbare mogelijkheid om problematiek vroegtijdig te signaleren. Een screeningslijst is niet bedoeld om een formele diagnose vast te stellen, maar kan wel worden gebruikt voor het identificeren van kinderen voor wie verdere diagnostiek zinvol is. Screeningslijsten zijn goed bruikbaar voor verwijzers, zoals medewerkers in de jeugdgezondheidszorg, jeugdzorgmedewerkers, eerstelijnsverlener, huisartsen en kinderartsen.

Voor screening van *meegemaakte gebeurtenissen* kan naast het screeningsgesprek eventueel gebruik worden gemaakt van checklists. De klinische diagnostische interviews die worden besproken in paragraaf 5.2.1, beschikken allemaal over een checklist van traumatische gebeurtenissen. Daarnaast kunnen onderstaande checklists worden gebruikt, wanneer er sprake is geweest van

kinder mishandeling of wanneer het wenselijk is om stressvolle gebeurtenissen in de opvoedingsomgeving in kaart te brengen:

- In situaties waarin kindermishandeling heeft plaatsgevonden, komt de Childhood Trauma Questionnaire-Short Form in aanmerking, ofwel **CTQ-SF** (Bernstein & Fink, 1998). Deze is in het Nederlands ook wel bekend als de Jeugd Trauma Vragenlijst, ofwel **JTV** (Thombs, Bernstein, Lobbestaël, & Arntz, 2009). De CTQ-SF is een retrospectieve zelfrapportage vragenlijst met 28 items om vijf dimensies van kindermishandeling te beoordelen: (1) Fysiek misbruik, (2) Emotioneel misbruik, (3) Seksueel misbruik, (4) Lichamelijke verwaarlozing en (5) Emotionele verwaarlozing.
- Voor een inventarisatie van (potentieel) stressvolle gebeurtenissen in de opvoedingsomgeving kan gebruik gemaakt worden van de Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen, ofwel **VMG** (Veerman, Janssen, Kroes, De Meyer, Nguyen & Vermulst, 2011). Zie paragraaf 5.2.2., het onderdeel: 'gezinsfunctioneren'.

Voor het screenen van *klachten* kan gebruikt worden gemaakt van onderstaande instrumenten:

- De Children's Revised Impact of Events Scale, ofwel **CRIES-13** (Children and War Foundation, 1998; Nederlandse vertaling Olf, 2005; Verlinden, Olf, & Lindauer, 2005), is een korte vragenlijst waarmee gescreend wordt op de aanwezigheid van (symptomen van) PTSS. Deze screeningslijst is geschikt voor kinderen van 8 tot 18 jaar. De screeningslijst bestaat uit vier vragen over herbeleving, vier vragen over vermijding en vijf vragen over verhoogde prikkelbaarheid. Elke vraag wordt beantwoord op een vierpunten-Likertschaal ('helemaal niet' = 0, 'zelden' = 1, 'soms' = 3 en 'vaak' = 5). Er is een kind-versie en een ouder-versie beschikbaar. Beide versies zijn voorzien van een handleiding met scoringsinstructies. De score op de CRIES-13 kan worden gezien als een continue score, oftewel: hoe hoger de score, hoe meer het kind last heeft van posttraumatische stressklachten. Uit diverse onderzoeken is gebleken dat de CRIES-13 een betrouwbaar en valide instrument is voor het signaleren van posttraumatische stress bij kinderen vanaf 8 jaar (Giannopoulou et al., 2006; Perrin, Meiser-Stedman, & Smith, 2005; Smith, Perrin, Dyregrov, & Yule, 2003; Verlinden et al., 2014a; Verlinden et al., 2014b). Onderzoek onder de Nederlandse populatie heeft uitgewezen dat bij een totaalscore van ≥ 30 op de kind-versie of een totaalscore van ≥ 31 op de ouder-versie er sprake is van een verhoogd risico op een posttraumatische stressstoornis. Het advies van de ontwikkelaars is dan ook om deze kinderen door te verwijzen voor aanvullende diagnostiek en/of behandeling (Verlinden et al., 2014a; Verlinden et al., 2014b). De CRIES-13 is eenvoudig in gebruik en tevens vrij toegankelijk beschikbaar via de website van het Nederlands Jeugdinstituut (www.nji.nl) en het Landelijke Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (www.kenniscentrumkjp.nl). Onderzoek naar het gebruik van de ouder-versie van de CRIES-13 voor jonge kinderen (< 8 jaar) wordt momenteel uitgevoerd door de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Amsterdam UMC - locatie AMC. Naar verwachting worden de resultaten hiervan in 2021 gepubliceerd. In het verlengde van de CRIES-13, die gebaseerd is op de DSM-IV, is de Kind en Jeugd Trauma Screener (**KJTS**, Kooij & Lindauer, 2019; vertaling van de Child and Adolescent Trauma Screening (**CATS**; Sachser e.a., 2017)) ontwikkeld. De KJTS een korte vragenlijst waarmee gescreend wordt op de aanwezigheid van symptomen van PTSS conform de DSM-5. Er zijn verschillende versies beschikbaar: voor kinderen in de leeftijd van 7-17 jaar, ouders van kinderen in de leeftijd van 3-6 jaar en 7-17 jaar. De vragenlijsten zijn beschikbaar in verschillende talen (zie de website: <https://ulmer-onlinekliniek.de/course/view.php?id=1701>). De validiteit en betrouwbaarheid van de Nederlandse versie van deze vragenlijsten worden momenteel onderzocht door de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Amsterdam UMC, locatie AMC. De verwachting is dat dit onderzoek in 2021 wordt afgerond en dat deze vragenlijst gratis beschikbaar komt. Het advies is tot die tijd de CRIES-13 te gebruiken voor de klinische praktijk.
- De Strengths and Difficulties Questionnaire, ofwel **SDQ** (Goodman, 1997; Nederlandse vertaling: Goedhart, Treffers & Van Widenfelt, 2003), is een korte screeningslijst die emotionele- en gedragsproblemen en sociale competenties meet bij kinderen en jongeren in de leeftijd 2 t/m 17

jaar. De SDQ bestaat uit 25 items en screent op vijf verschillende domeinen, te weten; emotionele symptomen, gedragsproblemen, hyperactiviteit/aandachtstekort, problemen met leeftijdsgenoten en pro-sociaal gedrag. Er zijn verschillende versies beschikbaar: ouders en leerkrachten kunnen een lijst invullen voor 2 t/m 17-jarigen en er is een zelfbeoordelingsversie voor jongeren van 11 t/m 17 jaar. De SDQ heeft een korte afnametijd, 5-10 minuten, en is gratis te downloaden op www.sdqinfo.org. Deze lijst geniet nationaal en internationaal een groeiende populariteit. Er is in verschillende landen onderzoek gedaan naar de SDQ, waaronder ook in Nederland. Achenbach et al. (2008) geven een overzicht van de resultaten van onderzoeken uit 26 landen waar de SDQ gebruikt wordt.

4.3. RISICOTAXATIE BIJ VERMOEDENS VAN KINDERMISHANDELING

Als de professional (hulpverlener/arts/andere verwijzer) vermoedens heeft dat er sprake is van kindermishandeling, dan heeft hij de plicht om hierop actie te ondernemen. De meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld beschrijft aan de hand van vijf stappen het proces waarin de professional moet beslissen of hij een melding moet doen bij Veilig Thuis of dat er voldoende hulpmogelijkheden inzetbaar zijn. De meldcode is te vinden op de volgende website: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/meldcode>. Met ingang van 1 januari 2019 onderscheidt de code de volgende 5 stappen:

Stappenplan verbeterde meldcode met afwegingskader

- stap 1: Signalen in kaart brengen
- stap 2: Overleg met een collega en raadpleeg eventueel Veilig Thuis
- stap 3: Gesprek met cliënt
- stap 4: Wegen van huiselijk geweld/kindermishandeling:
 - Heb ik op basis van stap 1 tot en met 3 een vermoeden van huiselijk geweld of kindermishandeling?
 - Heb ik een vermoeden van acute of structurele onveiligheid?
- stap 5: Neem twee beslissingen
 1. Is melden noodzakelijk?
 - Melden is noodzakelijk als er sprake is van acute onveiligheid en of structurele onveiligheid.
 2. Is hulpverlening of organiseren (ook) mogelijk?
 - De professional in staat is om effectieve/passende hulp te bieden of organiseren.
 - De betrokkenen meewerken aan de geboden of georganiseerde hulp.
 - De hulp leidt tot duurzame veiligheid.

Bron: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/>

De professional doet een melding bij Veilig Thuis als er sprake is van acute en/of structurele onveiligheid. Als die situatie er niet is, dan is de vraag of hulp bieden of organiseren in voldoende mate mogelijk is. Als dit niet mogelijk is, dan doet de professional een melding. Vanaf 1 januari 2019 is de beroepskracht verplicht om een afwegingskader te gebruiken bij stap 4 en 5 van de meldcode. Per beroep zijn de afwegingskaders te vinden via: <https://www.rijksoverheid.nl/>.

4.4. BESLISCRIPTERIA VOOR VERWIJZING

Criteria ter bepaling of verwijzing geïndiceerd is naar een Jeugd-GGZ-instelling of een behandelaar voor traumagerichte behandeling kunnen worden onderscheiden naar:

- Ernst van de symptomen van het kind, inclusief eventuele comorbide (bijkomende) symptomen
- Mate van veiligheid voor het kind (bij onveiligheid is er samenwerking met Veilig Thuis)
- Heftigheid van de reacties van ouders/verzorgers op de gebeurtenis en op de reacties van het kind
- Impact op het dagelijks functioneren

Bovenstaande criteria bepalen vaak in combinatie met elkaar de mate van lijden of van ontwikkelingsstagnatie en dit is bepalend of verwijzing al dan niet overwogen dient te worden.

Verwijzing is *aangewezen* als:

- Kind en/of ouders aangeven last te hebben van bij het kind aanwezige symptomen van herbeleving, vermijding, negatieve veranderingen in stemming en/of cognities, en/of verhoogde prikkelbaarheid, naast mogelijke andere gedragsproblemen, lichamelijke klachten of emotionele problemen (zie paragraaf 2);
- Deze problemen zijn ontstaan na geïdentificeerde gebeurtenissen, en kind en/of verzorgers bereid zijn mee te werken aan nader onderzoek c.q. behandeling hiervoor;
- Ouders vragen hebben over hoe ze moeten omgaan met de reacties van hun kind;
- Ondanks adequate herkenning en reacties van ouders (te)weinig verbetering optreedt;
- Verwijzer heeft twijfels of de aanpak van de ouders optimaal is voor het kind.

Verwijzing is *niet aangewezen* als:

- Na het meemaken van traumatische gebeurtenissen geen klachten worden waargenomen door ouders of kind zelf, en het kind ook geen last lijkt te hebben van herinneringen aan de gebeurtenis(sen). In dat geval kan men ouders adviseren om snel contact te zoeken, indien later onverhoopt alsnog problemen manifest worden, die in verband lijken te staan met de meegemaakte gebeurtenis(sen).

In paragraaf 4.5 bespreken we de voorwaarden voor verwijzing. Het kan voorkomen dat gezaghebbende ouders geen toestemming geven voor verwijzing, terwijl dit wel aangewezen geacht wordt. In de volgende paragraaf geven we aan met welke juridische aspecten rekening dient te worden gehouden.

4.5. VOORWAARDEN VOOR VERWIJZING

Het is van belang om rekening te houden met de volgende punten:

- Actuele veiligheid
Bij voorkeur is de (chronische) traumatisering gestopt en is er geen actuele onveiligheid meer. In de praktijk gaat het echter vaak om situaties waarin de veiligheid van het kind of de jongere relatief is, bijvoorbeeld bij kindermishandeling en huiselijk geweld. Voorkomen moet worden dat een kind of jongere met traumaklachten om deze reden niet wordt verwezen, terwijl traumaklachten behandeld kunnen worden en daarmee de kwaliteit van het leven kan worden verbeterd. Het is zelfs waarschijnlijk dat eventuele gedragsproblemen van het kind of jongere hierdoor verminderen en het voor (pleeg-)ouders makkelijker wordt om hun kind verder op te voeden.
- Rolverdeling
Vaak zijn in dergelijke situaties meerdere zorgverleningsinstanties betrokken. Voor een verwijzing is het belangrijk dat duidelijk is welke hulpverlener/instantie welke rol en taken heeft. Het moet duidelijk zijn wie als primaire taak heeft om met het gezin te blijven kijken naar de veiligheid binnen het gezin.
- Toestemming
Gezaghebbende ouders
De gezaghebbende ouders dienen toestemming te geven voor verwijzing voor traumadiagnostiek en -behandeling. Het is van belang erop toe te zien dat voor iedere verwijzing, maar zeker wanneer sprake is van vechtscheiding en/of kindermishandeling, op een correcte manier toestemming is verkregen voor verwijzing.
Als het kind nog bij de ouders woont, impliceert dit het volgende:
 - Voor kinderen tot 12 jaar is geen toestemming nodig van het kind zelf, alleen van de gezaghebbende ouders;
 - Voor kinderen van 12 tot 16 jaar is toestemming nodig van de gezaghebbende ouders en het kind;

- Als het kind 16 jaar of ouder is, dan is alleen toestemming van het kind voldoende.

Gezinsvoogd

Als het kind niet meer bij de ouders woont, en er sprake is van uithuisplaatsing, eventueel in een pleeggezin, dan is het belangrijk om te weten of ouders nog gezag hebben. Als er een gezinsvoogd is, dan hebben de ouders nog steeds het gezag en kan de gezinsvoogd helpen de toestemming van ouders te krijgen.

Vervangende toestemming

Al het noodzakelijk is om (medische) zorg aan het kind te bieden en als een gezaghebbende ouder weigert daarvoor toestemming te verlenen, dan kan de gezinsvoogd de kinderrechter vragen om vervangende toestemming. In dat geval behouden ouders wel hun gezag, maar niet voor die ene beslissing - leidend tot verwijzing voor diagnostiek en behandeling.

Voogdij

Ten slotte, als er sprake is van voogdij, dan hebben de ouders geen gezag meer en ligt het gezag bij de voogdijinstelling. In dat geval dient toestemming gevraagd te worden aan de voogd.

- Informeren

Het is altijd aan te bevelen om ouders te informeren dat men gaat verwijzen. Zo nodig kan men dit doen in overleg met een eventuele voogd. Een toestemmingsverklaring is altijd schriftelijk en ondertekend.

5. DIAGNOSTISCH ONDERZOEK

Terwijl bij screening alleen wordt vastgesteld of er sprake lijkt te zijn van traumaklachten naar aanleiding van meegemaakte gebeurtenissen, wordt bij het diagnostisch onderzoek nader uitgezocht: (a) welke traumatische en stressvolle gebeurtenis(-sen) een kind of jongere allemaal heeft meegemaakt met belevingsaspecten daarbij; (b) welke traumaklachten en comorbide problematiek een kind of jongere allemaal heeft; (c) of een hypothese kan worden opgesteld ten aanzien van een eventuele samenhang tussen meegemaakte gebeurtenissen en klachten.

We onderscheiden diagnostisch onderzoek gericht op classificatie van de problematiek (classificerende diagnostiek) en op beschrijving ervan (beschrijvende diagnostiek). In het diagnostisch proces worden op basis van diagnostische instrumenten, gesprekken en observaties hypothesen geformuleerd hoe symptomen onderling kunnen samenhangen binnen de context van het functioneren van het kind en het gezin. Daarna volgt verklarende diagnostiek die gericht is op behandeling: een analyse van factoren die worden verondersteld van invloed te zijn op ontstaan en onderhouden van de klachten. Deze verklarende diagnostiek vormt de bodem van de casusconceptualisatie en behandelplanning. Dit protocol beperkt zich tot instrumenten die ondersteunend zijn voor het proces van classificerende en beschrijvende diagnostiek.

5.1. RELEVANTE DIAGNOSTISCHE VARIABELEN

Nadat verwijzing heeft plaatsgevonden (of rechtstreeks is aangemeld voor diagnostiek), vindt diagnostisch onderzoek plaats, gericht op classificatie en behandelindicatie. De reeds verzamelde informatie wordt aangevuld en uitgediept, waar nodig. Vastgesteld dient te worden of traumagerichte behandeling geïndiceerd en realiseerbaar is en ook wat eventueel nog meer behandeling behoeft. Hiervoor wordt informatie verzameld over de volgende variabelen.

Tabel 2. Relevante diagnostische variabelen

Specifieke variabelen:

- aard van de gebeurtenissen (traumageschiedenis)
- beleving van de herinneringen aan de gebeurtenis(sen)*
 - hoe en hoeveel wordt er teruggedacht aan de gebeurtenis(sen)?
- reacties kind op de gebeurtenissen, aard van de symptomen*
 - angsten; stemmingsproblemen; gedragsproblemen
 - veranderingen in cognities (hoe het kind denkt over zichzelf, volwassenen en de wereld)
- reacties van ouders/verzorgers op gedrag c.q. veranderd functioneren van het kind
- reacties van ouders/verzorgers op de gebeurtenissen

Globale variabelen:

- algemeen actueel functioneren c.q. welbevinden van het kind*
 - veranderingen na het meemaken van een traumatische gebeurtenis?
- psychosociale problemen in het gezin

** Deze variabelen kunnen worden geobjectiveerd met diagnostische instrumenten*

Bovenstaande variabelen kunnen, maar hoeven niet altijd, gemeten te worden. Bij kinderen die geïnccludeerd worden in wetenschappelijk onderzoek zal over het algemeen meer gemeten worden dan bij kinderen die alleen behandeling krijgen. In het laatste geval heeft men alleen gegevens nodig ten behoeve van de behandelindicatie. Omdat bij PTSS naar schatting in 80-95% van de gevallen sprake is van co-morbiditeit, verdient het aanbeveling om het functioneren van het kind op meer gebieden zorgvuldig in kaart te brengen.

Hieronder wordt besproken welke meetinstrumenten daarbij gebruikt kunnen worden, naast (zelf)rapportage door ouders, leerkracht en kind. Per casus kan men instrumenten kiezen al naar gelang de doelstelling.

5.2. MEETINSTRUMENTEN

Vastgesteld dient te worden wat er behandeld kan en moet worden. Algemene aanbeveling is om bij een vermoeden van trauma- en stressorgerelateerde stoornissen in de diagnostiek gebruik te maken van een combinatie van een gestandaardiseerd klinisch diagnostisch interview en daarnaast psychometrisch goed onderbouwde vragenlijsten. Gestandaardiseerde instrumenten kunnen niet volledig recht doen aan de interne belevingen van een kind, maar maken wel een geobjectiverde inschatting mogelijk van de aard en ernst van de klachten. Deze informatie is nuttig voor het opstellen van een toegesneden behandelplan en voor de evaluatie van de behandelingseffecten (Alisic e.a., 2012).

Omdat psychotrauma zulke diverse effecten te zien kan geven, zoals belicht in paragraaf 2, is het van belang om ook eventuele co-morbiditeit goed in kaart te brengen. Zoals gebruikelijk bij kinderen en adolescenten, steunt de diagnostiek bij voorkeur op verschillende informanten: rapportage van het kind, ouders en anderen, zoals de leerkracht (de Roos & Eland, 2005; NICE, 2005).

Hulpverleners zijn vaak enigszins terughoudend om bij kinderen navraag te doen over wat er is gebeurd en waar het kind hinder van ondervindt. Deze terughoudendheid komt voort uit angst om traumatische herinneringen op te rakelen en het kind daardoor emotioneel te belasten. Deze angst blijkt onterecht. Het kind wordt hierdoor niet belast, mits men dit navragen leeftijdsadequaat vormgeeft. Zelfrapportage door kinderen blijkt van groot belang. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat ouders de ernst van de traumagerelateerde klachten van hun kind kunnen onderschatten (Yule & Williams, 1990). Daarnaast kan bij ouderrapportage sprake zijn van een bias, wanneer de ouder zelf psychische klachten heeft ten gevolge van de meegemaakte traumatische gebeurtenis(sen). Ook is het mogelijk dat een ouder de chronische aard van de klachten bij het kind miskent en/of ervan overtuigd is dat het kind de gebeurtenis snel en op eigen kracht zal verwerken (Yule & Williams, 1990).

Zelfrapportage bij kinderen is niet altijd eenvoudig. Kinderen zijn niet altijd in staat om zelf vragen te beantwoorden. Jonge kinderen beschikken bovendien nog niet over voldoende cognitieve vaardigheden om valide en betrouwbaar over hun eigen klachten te rapporteren. In die situaties kan rapportage door ouders waardevolle informatie opleveren of een aanvulling zijn op de zelfrapportage van het kind (Ghesquière e.a., 2008). Hierbij dient men rekening ermee te houden dat ouders over het algemeen betrouwbaar kunnen rapporteren over het gedrag van het kind, maar minder betrouwbaar over de interne belevingen van het kind. Kinderen daarentegen rapporteren over het algemeen betrouwbaar over hun interne belevingen en minder betrouwbaar over het eigen gedrag (Strand, Sarmiento, & Pasquale, 2005; Beer & De Roos, 2017).

Hieronder worden instrumenten besproken die in aanmerking komen voor diagnostisch onderzoek. Systematisch wordt telkens eerst een opsomming gegeven van instrumenten die aanbevolen worden op basis van (internationale) richtlijnen, psychometrische eigenschappen en praktische zaken, zoals beschikbaarheid, gebruiksvriendelijkheid, afnameduur en vereiste klinische ervaring. Daarna volgen 'overige' instrumenten die niet aan deze criteria voldoen, maar veel voorkomen in de literatuur.

5.2.1. KLINISCH DIAGNOSTISCHE INTERVIEWS

Onderstaande instrumenten worden aanbevolen op grond van bovengenoemde criteria. Drie interviews komen in aanmerking op grond hiervan.

- De *Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents for DSM-5*, ofwel **CAPS-CA DSM-5** (Nader e.a., 1997; 2004; Nederlandse vertaling: van Meijel, Ensink, Verlinden, & Lindauer, 2019) is een semigestructureerd klinisch interview waarmee op een gestandaardiseerde wijze de diagnose PTSS kan worden vastgesteld bij kinderen van 8 tot 18 jaar. Het klinisch interview wordt

afgenomen bij het kind. Afhankelijk van de leeftijd van het kind en de meegemaakte gebeurtenissen duurt de afname van het interview tussen 45 en 60 minuten. De meegemaakte gebeurtenissen worden met behulp van de life-eventschecklist in kaart gebracht. De CAPS-CA DSM-5 meet de frequentie en de intensiteit van symptomen die samenhangen met de DSM-5 PTSS-kenmerken en stelt daarnaast vast wat de impact van deze symptomen is. De psychometrische eigenschappen van de CAPS-CA DSM-IV zijn onderzocht in een Nederlandse populatie, waarbij de interne consistentie acceptabel tot goed is, de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zeer goed, de convergente/divergente validiteit acceptabel en de behandelresponsiviteit goed (Diehle e.a., 2013). De psychometrische eigenschappen van de CAPS-CA DSM-5 wordt momenteel onderzocht. Volgens het *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2005) wordt de CAPS-CA beschouwd als de gouden standaard voor het diagnosticeren van PTSS bij kinderen en adolescenten. Het instrument is goed bruikbaar als diagnostisch instrument in de klinische praktijk en zeer geschikt voor het meten van behandel-effecten of het gebruik in wetenschappelijk onderzoek. De CAPS-CA beperkt zich echter tot het interviewen van het kind. Wij adviseren om ook ouders te betrekken in het diagnostisch proces. Voor het gebruik van dit instrument zijn training en klinische ervaring vereist. De CAPS-CA DSM-5 is beschikbaar bij uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.

- De *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child Version*, ofwel **ADIS-C** (Silverman & Albano, 1996; Nederlandse bewerking Siebelink & Treffers, 2001) is een semigestructureerd klinisch interview voor het diagnosticeren van angststoornissen en verwante psychische stoornissen (waaronder PTSS) bij kinderen van 7 tot 18 jaar. Het interview wordt afzonderlijk afgenomen bij kind en ouder(s). De ernst en intensiteit van de symptomen komen aan de orde alsook de mate van interferentie met het dagelijkse functioneren. De vragen in het interview zijn gebaseerd op de DSM-IV-symptomen en worden beantwoord met 'ja', 'nee' of 'anders'. Daarnaast wordt bij elke diagnostische classificatie met behulp van een gevoelsthermometer de mate van interferentie uitgevraagd bij het kind of de ouder(s). Voor elke classificatie wordt een ernstbeoordeling door de clinicus (EBC) vastgesteld. Deze EBC is gebaseerd op het aantal bevestigde symptomen, de mate van interferentie en de algehele indruk van de clinicus. Het kind- en ouderinterview leveren afzonderlijke classificaties op. Daarnaast kan een samengestelde diagnostische classificatie worden vastgesteld op basis van een aantal richtlijnen die te lezen zijn in de handleiding van de ADIS-C. Uit onderzoek is gebleken dat de ADIS-C een betrouwbaar instrument is, met een goede tot uitstekende test-hertest-betrouwbaarheid en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Lyneham, Abbott, & Rapee, 2007; Silverman, Saavedra, & Pina, 2001). De PTSS-module van de ADIS-C is echter nauwelijks onderzocht en gegevens omtrent de validiteit van deze module ontbreken tot op heden. Voor het gebruik van dit instrument zijn training en klinische ervaring vereist. Uitgeverij Pearson heeft de verkoop van de ADIS-C gestaakt. Er wordt door Pearson gekeken naar een nieuwe versie gebaseerd op de DSM-5.
- De *Diagnostic Infant and Preschool assessment*, ofwel **DIPA** (Scheeringa & Haslett 2010; Nederlandse vertaling door Gigengack, van Meijel en Lindauer, 2013). De DIPA is een semigestructureerd interview voor het diagnosticeren van PTSS, depressieve stoornis, disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis, gedragsstoornissen (ADHD, oppositioneel opstandig gedragsstoornis, normoverschrijdend-gedragsstoornis), angststoornissen (separatieangststoornis, specifieke fobie, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis en obsessieve-compulsieve stoornis), hechtingsstoornissen en slaapstoornissen. Het interview wordt individueel bij ouders/verzorgers afgenomen en gaat over symptomen bij het kind. Het is geschikt voor ouders/verzorgers van kinderen in de leeftijd 1 t/m 7 jaar. De DIPA meet de symptomen die samenhangen met de genoemde psychiatrische stoornissen volgens de DSM-5 en stelt daarnaast de frequentie, intensiteit en impact van deze symptomen op het functioneren van het kind vast. De duur van het interview is ca. 45 minuten tot 2 uur (afhankelijk van de ernst van de psychopathologie bij het kind en het begripsvermogen van de ouders). De DIPA kan worden afgenomen door psychologen, orthopedagogen en kinder- en jeugdpsychiaters. Een training in de

DIPA en klinische ervaring zijn vereist. Uit onderzoek naar de Engelstalige versie blijkt dat de DIPA een betrouwbaar instrument is, met een redelijke test-hertestbetrouwbaarheid en een voldoende tot goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Valideringsonderzoek naar de Nederlandse versie van de DIPA is uitgevoerd door de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Amsterdam UMC - locatie AMC (Gigengack, Hein, van Meijel, Lindeboom, van Goudoever, Lindauer, 2020). Het onderzoek is uitgevoerd bij 136 ouders van kinderen (1-7 jaar) die zijn verwezen voor behandeling van psychische klachten en kinderen die een ernstig ongeluk hebben gehad. De resultaten wijzen op een betrouwbaar en valide instrument. De DIPA is in 2020 beschikbaar bij uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.

- Het *Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren-Licht Verstandelijke Beperking*, ofwel **DITS-LVB** (Mevissen, Didden, De Jongh, 2018). De DITS-LVB is een klinisch interview waarmee PTSS kan worden gediagnostiseerd bij mensen met een licht verstandelijke beperking vanaf de leeftijd van 6 jaar volgens de criteria van de DSM-5. De DITS-LVB kent een versie voor kinderen en jongeren van 6 tot en met 18 jaar, een ouderversie en een versie voor volwassenen. Elke versie bestaat uit een sectie waarin potentieel traumatische gebeurtenissen en andere ingrijpende levensgebeurtenissen worden uitgevraagd en een sectie waarin wordt gevraagd naar klachten (symptomen) die hierdoor zijn ontstaan. Tot slot wordt vastgesteld in welke mate het dagelijks functioneren van de persoon door de meegemaakte gebeurtenissen wordt belemmerd: de interferentiescore. Als naar aanleiding van de uitkomsten op de DITS-LVB een traumabehandeling wordt geadviseerd, kan de tijdlijn, als zichtbaar resultaat van de afname van de gebeurtenissensectie, als basis voor een behandeling dienen. De DITS-LVB is bedoeld voor hulpverleners met een diagnostische bevoegdheid en kennis van psychopathologie. De DITS-LVB is gratis beschikbaar via de website van Accare opleidingen (<https://opleidingen.accare.nl/>).

Overige interviews:

- De *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children-Present and Lifetime Version*, ofwel **K-SADS-PL** (Kaufman e.a., 1997; Nederlandse vertaling: Reichart, Wals & Hillegers, 2001)
- De *Children's PTSD Inventory*, ofwel **CPTSD-I** (Saigh, 2004; Nederlandse vertaling: Alisic, 2009)
- De *Diagnostic Interview Schedule for Children*, ofwel **DISC-IV** (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan & Schwab-Stone, 2000; Nederlandse vertaling: Ferdinand & van der Ende, 2002).

5.2.2. VRAGENLIJSTEN

Voor het vaststellen van een diagnose zijn alleen scores op vragenlijsten niet voldoende; daarnaast zijn tevens observaties en gesprekken nodig. Vragenlijsten zijn bedoeld om de problematiek c.q. het functioneren op bepaalde gebieden efficiënt, gestandaardiseerd en gestructureerd in kaart te brengen. Ze zijn bovendien geschikt voor het meten van behandel-effecten. De volgende vragenlijsten zijn eveneens geselecteerd op basis van de eerder al genoemde criteria: (internationale) richtlijnen, psychometrische eigenschappen en praktische zaken als gebruiksvriendelijkheid en afnameduur. Ze zijn geordend op aard van de problematiek/functioneren die ze in kaart brengen, van specifiek naar algemeen. Achtereenvolgens komen aan de orde vragenlijsten voor: ptss-symptomen, dissociatieve symptomen, angstsymptomen, depressieve symptomen, seksueel afwijkend gedrag, gedragsproblemen, hechting, cognities, coping-stijl, aandacht- en geheugenfuncties, gezinsfunctioneren, globaal functioneren en kwaliteit van leven.

A. PTSS-symptomen

Aanbevolen vragenlijsten:

- De *Children's Impact of Event Scale*, ofwel **CRIES-13** (Children and War Foundation, 1998; Nederlandse vertaling Olf, 2005; Verlinden, Olf, & Lindauer, 2005), is reeds beschreven als instrument bij de screeningslijsten (paragraaf 4.2.). De CRIES-13 kan worden afgenomen bij

kinderen van 8 tot 18 jaar om te screenen op de aanwezigheid van (symptomen van) PTSS. Ook is deze lijst geschikt voor het opstellen van een toegesneden behandelplan en voor de evaluatie van de behandeling. In het verlengde van de CRIES-13, die gebaseerd is op de DSM-IV, is de Kind en Jeugd Trauma Screener (**KJTS**, Kooij & Lindauer, 2019; vertaling van de Child and Adolescent Trauma Screening (CATS; Sachser e.a., 2017)) ontwikkeld. De KJTS is gebaseerd op de DSM-5 en reeds beschreven als instrument bij de screeningslijsten (paragraaf 4.2). De verwachting is dat de KJTS in 2021 gratis beschikbaar komt. Het advies is tot die tijd de CRIES-13 te gebruiken.

- De *Trauma Symptom Checklist for Children*, ofwel **TSCC** (Briere, 1996; Nederlandse vertaling: Bal, 1998; Experimentele Nederlandse vertaling: Lamers-Winkelmann, 1998) en de *Trauma Symptom Checklist for Young Children*, ofwel **TSCYC** (Briere, 2005, Nederlandse vertaling: Tierolf & Lamers-Winkelmann, 2014; Nederlandse benaming: Trauma Symptomen Vragenlijst voor jonge kinderen) geven inzicht in de mate van posttraumatische stress bij het kind en meten een breed scala van andere gerelateerde symptomen, waaronder angst, depressie, dissociatie, woede en seksuele zorgen. De lijsten beschikken tevens over twee validiteitsschalen om te bepalen of er sprake is van onder- of overrapportage. De TSCC is een zelfinvullijst voor kinderen van 8 tot en met 16 jaar en bestaat uit 54 items. De TSCYC wordt ingevuld door ouders van kinderen in de leeftijd 3 tot en met 12 jaar en bestaat uit negentig items. De afnameduur van beide lijsten is ongeveer 15 minuten. De psychometrische eigenschappen van de TSCC en de TSCYC zijn onderzocht in diverse (inter)nationale studies, waaronder in Nederlandse en Vlaamse populaties (Bal & Uvin, 2009; Matulis e.a., 2015; Tierolf, Schuengel, & Lamers-Winkelmann, 2017). Resultaten tonen aan dat de TSCC en de TSCYC betrouwbare en valide vragenlijsten zijn. Voor de TSCYC zijn representatieve normen beschikbaar gebaseerd op de Nederlandse bevolking, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (Tierolf & Lamers-Winkelmann, 2014). De Nederlandstalige TSCYC is beschikbaar bij Hogrefe Uitgevers. De normen van de TSCC zijn vooralsnog gebaseerd op de Amerikaanse populatie (Briere, 1996). Hogrefe Uitgevers werkt momenteel aan een Nederlandse normering en uitgave van de TSCC. Naar verwachting komt de TSCC in 2021 beschikbaar via Hogrefe Uitgevers. Tot die tijd kan contact worden opgenomen met de auteurs van de Nederlandse vertaling.
- De Schokverwerkingslijst voor Kinderen, ofwel **SVLK** (Alisic, Huijbregts, Eland, & Kleber, 2012; internationale benaming: Children's Responses to Trauma Inventory; CRTI) betreft een vragenlijst voor het in kaart brengen van posttraumatische stressreacties gebaseerd op de DSM-IV-criteria aangevuld met veelvoorkomende andere klachten die kinderen kunnen ervaren na het meemaken van traumatische gebeurtenissen. De vragenlijst kent een kind- en een ouder-versie. De kind-versie is geschikt voor kinderen van 8 tot 18 jaar, de ouder-versie voor kinderen van 4 tot 18 jaar. De vragenlijst bestaat uit 34 items verdeeld over vier subschalen: herbeleving, vermijding, overmatige prikkelbaarheid en overige kind-specifieke reacties. De schriftelijke afnameduur is ongeveer tien tot vijftien minuten. De SVLK is in Nederland ontwikkeld en in 2006 herzien. De internationale benaming luidt: Children's Responses to Trauma Inventory, **CRTI**. Onderzoek in een klinische en niet-klinische populaties wijst op een redelijke tot goede interne consistentie (Alisic & Kleber, 2010; Alisic e.a., 2012). De test-hertest betrouwbaarheid is niet onderzocht. Wat de convergente validiteit betreft, zijn goede resultaten gevonden. Er is nog geen onderzoek uitgevoerd naar de interne structuur van de lijst. Voor de kind- en ouder-versie zijn diverse normgroepen beschikbaar gespecificeerd op geslacht en leeftijd. Het valideringsonderzoek heeft plaatsgevonden binnen een Nederlandse populatie en een kleine Vlaamse populatie. De SVLK is beschikbaar bij Boom Test Onderwijs.

Overige vragenlijsten:

- De *University of California at Los Angeles Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index for DSM-IV (Revision 1)*, ofwel **UCLA PTSD Reaction Index for DSM-IV** (Pynoos e.a., 1998).

B. Dissociatieve symptomen

Aanbevolen vragenlijsten:

- De *Child Dissociative Checklist*, ofwel **CDC** (Putnam, Helmers, & Trickett, 1993; Nederlandse vertaling: Hartveld & Janssen, 1992) geeft een indicatie voor de aanwezigheid van dissociatieve symptomen. De lijst bestaat uit 20 items verdeeld over 6 domeinen (dissociatieve amnesie, spontane trance, hallucinatie, identiteitsveranderingen, agressie/seksueel gedrag, snelle verschuivingen in houding en vaardigheden). De CDC wordt ingevuld door ouders van kinderen in de leeftijd 5 t/m 14 jaar. De afnameduur is ongeveer 10 minuten. De psychometrische eigenschappen van de CDC zijn onderzocht in een Amerikaanse studie (Putnam et al., 1993a en b). De interne consistentie en de test-hertestbetrouwbaarheid zijn goed tot zeer goed. De CDC kan bovendien goed onderscheid maken tussen kinderen met en zonder een dissociatieve stoornis. Voor zover bekend, kent de Nederlandstalige CDC geen copyright en wordt niet commercieel uitgegeven.
- De *Adolescent Dissociative Experience Scale*, ofwel **A-DES** (Armstrong, Putnam, Carlson, Libero, & Smith, 1997; Nederlandse vertaling beschikbaar, auteur onbekend) is een zelfinvullijst voor jeugdigen van 12 t/m 20 jaar. Deze vragenlijst meet dissociatieve symptomen. De A-DES bestaat uit 30 vragen over verschillende ervaringen in het dagelijks leven. Een hogere score betekent een grotere kans op het bestaan van een dissociatieve stoornis. De afnameduur is ongeveer 10 minuten. Internationaal onderzoek heeft aangetoond dat de A-DES beschikt over een goede interne consistentie en voldoende test-hertestbetrouwbaarheid. Bovendien heeft de A-DES voldoende discriminante validiteit (Farrington, Waller, Smerden, & Faupel, 2001). Voor zover bekend kent de Nederlandstalige A-DES geen copyright en wordt deze niet commercieel uitgegeven.

C. Angstsymptomen

Aanbevolen vragenlijsten:

- De *Revised Child Anxiety and Depression Scale*, ofwel **RCADS-47** (Chorpita, Yim, Moffitt, Umemeto & Francis, 2000; Nederlandse vertaling: Oldehinkel, 2000; Nauta, 2006) is een bewerking van de *Spence Children's Anxiety Scale*, ofwel de **SCAS** (Spence, 1998). Met de RCADS-47 kunnen symptomen van angst en depressie worden geïnventariseerd bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 8 t/m 18 jaar. De vragenlijst heeft 47 items en is opgebouwd uit zes subschalen, te weten: separatie-angststoornis, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis, obsessief-compulsieve stoornis en depressieve stoornis. Er is een versie beschikbaar voor zelfrapportage en een versie die door de ouders kan worden ingevuld. De afnameduur is ongeveer 10-15 minuten. Er zijn ook verkorte versies van de RCADS beschikbaar, waaronder de RCADS-20 (Skoczeń, Rogoza, Rogoza, Ebesutani & Chorpita, 2017) en de RCADS-25 (Ebesutani, Reise, Chorpita, Ale, Regan, Young, Higa-McMillan & Weisz, 2012). Deze verkorte versies bestaan uit twee subschalen, te weten: angst en depressie. De psychometrische eigenschappen van de RCADS-47, en de verkorte versies zijn in diverse internationale studies onderzocht. De zelfrapportage vragenlijst is ook in een Nederlandse populatie kinderen onderzocht (Kösters, Chinapaw, Zwaanswijk, Van der Wal & Koot, 2015; Klaufus, Verlinden, Van der Wal, Kösters, Cuijpers & Chinapaw, 2020). Dit onderzoek laat over het algemeen goede resultaten zien als het gaat om de betrouwbaarheid en validiteit van de verschillende (verkorte) versies van de RCADS. De RCADS is gratis te downloaden via de website: <https://www.childfirst.ucla.edu/resources/>
- De *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*, ofwel **SCARED-NL** (Birmaher, Khetarpal, Cully, Brent, & McKenzie, 1995; Birmaher, Brent, Chiappetta, Bridge, Monga, & Baugher, 1999; Muris, Bodden, Birmaher, Hale, Mayer, 2007), is een vragenlijst voor kinderen en adolescenten van 7 t/m 19 jaar. De SCARED-NL meet de symptomen van de belangrijkste angststoornissen die volgens de DSM-IV-TR bij kinderen en adolescenten kunnen voorkomen. De vragenlijst bestaat uit 69 items verdeeld over 9 subschalen, te weten: separatieangststoornis, paniekstoornis, specifieke fobie – diertype, specifieke fobie – medische type, specifieke fobie – situationeel type, sociale

fobie, obsessief-compulsieve stoornis, posttraumatische en acute stressstoornis, generaliseerde angststoornis. Er is een kind- en ouder-versie beschikbaar. De SCARED-NL dient afgenomen te worden door een psycholoog of een persoon uit aanverwante disciplines. De SCARED-NL is genormeerd op 1011 niet-klinische kinderen (Egberink, de Leng, Vermeulen (8 juni 2020). COTAN beoordeling 2007). Er zijn aparte normgegevens voor geslacht en leeftijd. De SCARED-NL is verkrijgbaar bij Boom test uitgevers.

- Vragenlijst voor Angst bij Kinderen van 4 tot en met 12 jaar, ofwel **VAK 4-12** (Oosterlaan & Prins, 2011. Internationale benaming: Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSCC-R): Ollendick, 1983) is een zelfrapportagevragenlijst om subjectief ervaren angst bij kinderen van 4 t/m 12 jaar in kaart te brengen. De VAK 4-12 bestaat uit 80 items verdeeld over vijf subschalen, te weten: angst voor falen en kritiek, angst voor het onbekende, angst voor kleine verwondingen/kleine dieren, angst voor gevaar en dood, angst gerelateerd aan medische situaties. De vragenlijst is tevens geschikt voor jonge kinderen en kinderen met een achterstand in hun cognitieve ontwikkeling. De vragenlijst dient afgenomen te worden door psychologen, (ortho-)pedagogen en/of gedragswetenschappers die in het bezit zijn van een basisaantekening psychodiagnostiek. De VAK 4-12 is genormeerd op 2397 kinderen in de leeftijd van 4-12 jaar. Er zijn aparte normgegevens voor geslacht en leeftijd (Egberink, de Leng, Vermeulen (8 juni 2020). COTAN beoordeling 2012). De VAK 4-12 is verkrijgbaar bij uitgeverij Pearson.

Overige vragenlijsten:

- De *Multidimensional Anxiety Scale for Children*, ofwel **MASC** (March, 1997; Nederlandse vertaling: Utens & Ferdinand, 2000)
- *Penn State Worry Questionnaire for Children*, ofwel **PSWQ-C** (Chorpita, Tracey, Brown, Collica, & Barlow, 1997; Nederlandse vertaling: Siebelink, Treffers & van Widenfelt, 1998)
- *Spence Children's Anxiety Scale*, ofwel **SCAS** (Spence, 1998; Nederlandse vertaling: Scholing, Nauta & Spence, 1999a; 1999b).

D. Depressieve symptomen

Aanbevolen vragenlijsten:

- De *Revised Child Anxiety and Depression Scale*, ofwel **RCADS-47** (Chorpita, Yim, Moffitt, Umemeto & Francis, 2000; Nederlandse vertaling: Oldehinkel, 2000; Nauta, 2006) is reeds beschreven als instrument bij de angstsymptomen/-stoornissen. Met de RCADS-47 kunnen symptomen van angst en depressie worden geïnventariseerd bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 8 t/m 18 jaar.
- De *Children's Depression Inventory*, ofwel **CDI-2** (Kovacs, 2004; Nederlandse vertaling: Bodden, Braet & Stikkelbroek, 2016) meet in hoeverre er sprake is van depressieve symptomen en geeft inzicht in de ernst van deze symptomen. De vragenlijst is geschikt voor kinderen en jongeren van 8 t/m 21 jaar. Er is een zelfrapportagevragenlijst (28 items) en een oudervragenlijst (17 items) beschikbaar. De afnameduur van de zelfrapportagevragenlijst is ongeveer 10-15 minuten, de oudervragenlijst 5-10 minuten. Voor beide versies zijn Nederlandse normen beschikbaar. De CDI-2 is beschikbaar via Hogrefe Uitgevers.
- *Beck Depression Inventory. Second edition*. Nederlandse versie – Herziene editie (**BDI-II-NL-R**, Van der Does, 2016) is een korte zelfrapportagevragenlijst voor het meten van de ernst van depressieve symptomen bij volwassenen en adolescenten vanaf 13 jaar. De BDI-II-NL-R bestaat uit 21 items. De afnameduur bedraagt 5 tot 10 minuten. Er zijn Nederlandse normen beschikbaar. De BDI-II-NL-R is beschikbaar via uitgeverij Pearson.

Overige vragenlijsten:

- *Inventory of Depressive Symptomatology*, ofwel **IDS** (Akkerhuis, 1997).

E. Seksueel afwijkend gedrag

- De *Child Sexual Behavior Inventory*, ofwel **CSBI** (Friedrich, 1997; Nederlandse vertaling: Verlinden & Lamers-Winkelmann, 2016) is een seksuele gedragsvragenlijst. De vragenlijst bestaat uit 38 items en is bedoeld voor het in kaart brengen van seksueel (afwijkend) gedrag bij kinderen van 2 tot en met 12 jaar. De CSBI heeft een totaalscore en twee subschalen: ontwikkelings-gerelateerd seksueel gedrag (OGSG) en seksueel misbruik gerelateerd gedrag (SMGG). De CSBI kan in de klinische praktijk gebruikt worden bij kinderen die al dan niet (vermoedelijk) seksueel misbruik hebben meegemaakt. De vragenlijst wordt ingevuld door de ouder of verzorger van het kind. Het invullen duurt ongeveer 5 tot 10 minuten. De CSBI is onderzocht in diverse (internationale) onderzoeken. Er zijn representatieve normen beschikbaar gebaseerd op een representatieve Nederlandse populatie, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (Jonkman, Verlinden, Punt & Lamers-Winkelmann, 2019). De CSBI is beschikbaar bij Hogrefe Uitgevers.

F. Gedragsproblemen

Omdat traumagerelateerde problematiek ook manifest kan worden via gedragsproblemen, is het goed om te kunnen differentiëren welke gedragsproblemen geclassificeerd kunnen worden als symptomen van het cluster hyperarousal (van PTSS) en welke als gedragsstoornis.

Aanbevolen vragenlijsten:

- De Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen, ofwel **VvGK** (Oosterlaan, Baeyens, Scheres, Antrop, Roeyers, & Sergeant, 2008. Internationale benaming: Disruptive Behavior Disorders rating scale (DBD); Pelham, Gnagy, Greenslade & Milich, 1992) is geschikt om symptomen van de gedragsstoornissen ADHD, ODD en CD te meten bij kinderen en jongeren van 6 t/m 16 jaar. De vragenlijst bestaat uit 42 items en vier schalen, te weten aandachtstekort, hyperactiviteit/impulsiviteit, oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD), gedragsstoornis (CD). Hiermee wordt geen relatie gelegd met de oorzaak van de gedragsproblemen; dit instrument bevordert slechts gestandaardiseerde classificatie van gedragsstoornissen. Óf er sprake is van een *traumagerelateerde* gedragsstoornis, indien die vastgesteld wordt, dient te blijken uit overige diagnostische gegevens. De VvGK is verkrijgbaar bij uitgeverij Pearson.
- De ADHD-vragenlijst, ofwel **AVL** (Scholte & van der Ploeg, 2018). De AVL is een vragenlijst om te achterhalen óf, en in welke mate, er bij kinderen en jongeren van 4 t/m 18 jaar sprake is van gedragsproblemen van ADHD. De AVL bestaat uit 18 vragen verdeeld over drie subschalen, te weten: aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit. De AVL kan worden ingevuld door ouders, leerkrachten, groepsleiders etc. De AVL is genormeerd en beschikbaar bij Bohn Stafleu Van Loghum.

Overige vragenlijsten:

- De *Conners' Rating Scale-Revised* (Conners' Beoordelingsschaal), ofwel **CRS-R** (Conners, 1969; Blöte & Curfs, 1986).
- De Gedragsvragenlijst voor Kleuters, ofwel **GvK** (Smidts & Oosterlaan, 2007).

G. Hechting

Kinderen die hebben blootgestaan aan pathogene zorg, zoals een tekort aan basale emotionele en/of lichamelijke verzorging, wisseling van verzorgers en/of opgroeien in ongebruikelijke omstandigheden, lopen het risico om problemen te ontwikkelen in de gehechtheid. Zij kunnen een reactieve hechtingsstoornis of een ontremd-sociaalcontactstoornis ontwikkelen. Bij kinderen die vanaf hun vroege kindertijd chronisch getraumatiseerd zijn, en bijvoorbeeld in een pleeggezin zijn geplaatst, is het daarom belangrijk om naast traumaklachten ook symptomen van verstoorde gehechtheid in kaart te brengen. Hiervoor kunnen verschillende instrumenten worden gebruikt: vragenlijsten, klinisch interview en observaties. In deze paragraaf beperken we ons tot de vragenlijsten. Met nadruk vermelden wij dat problematische gehechtheid niet louter op basis van vragenlijsten kan worden vastgesteld. Meer

informatie is te vinden in de richtlijn 'Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming' (de Wolf e.a., 2017).

Aanbevolen vragenlijsten:

- Attachment Relationship Inventory – Caregiver Perception (**ARI-CP 2-5 jaar**) is ontwikkeld door de Universiteit van Amsterdam in samenwerking met Basic Trust. Het geeft een beeld van hoe opvoeders de gehechtheidsrelatie met hun kind van 2 t/m 5 jaar ervaren.
- De ARI-CP 2-5 presenteert een profiel van de mate waarin de opvoeders zichzelf en/of hun kind herkennen in uitspraken over kenmerken van veilige, vermijdende, ambivalente en gedesorganiseerde gehechtheidsrelaties. De ARI-CP 2-5 bestaat uit 48 items. In de handleiding staat beschreven hoe het instrument gebruikt kan worden. Uit onderzoek van de Universiteit van Amsterdam blijkt dat de ARI-CP 2-5 valide en betrouwbaar is. Het instrument is gratis beschikbaar en kan worden gedownload van de website van Basic Trust (www.basictrust.com/).
- Attachment Insecurity Screening Inventory (**AISI 2-5 jaar**) is een vragenlijst voor opvoeders over het gehechtheidsgedrag van het kind. De AISI is ontwikkeld en verbeterd door Basic Trust en de Universiteit van Amsterdam. De AISI is vervolgens genormeerd en gevalideerd door onderzoekers van de Universiteit van Amsterdam. Het blijkt een valide en betrouwbare lijst te zijn, die screent op de aanwezigheid van hechtingsproblemen bij kinderen. De AISI kan in korte tijd door opvoeders ingevuld worden. Het betreft slechts 20 items. Daarnaast kunnen er in een tweede deel tien open vragen over de gehechtheidsrelatie worden ingevuld. Het instrument kan worden besteld via de website van Basic Trust (www.basictrust.com/).
- Attachment Insecurity Screening Inventory (**AISI 6-12 jaar**) is het vervolg op de AISI 2-5 jaar. Eerste onderzoek naar de betrouwbaarheid en interne structuur van de AISI 6-12 jaar door de Universiteit van Amsterdam laat positieve resultaten zien. Het onderzoek naar de AISI 6-12 jaar is nog in ontwikkeling wat maakt dat de interpretatie van deze vragenlijst met voorzichtigheid dient te gebeuren. Ook de AISI 6-12 jaar screent op de aanwezigheid van hechtingsproblemen bij kinderen. Het instrument kan worden besteld via de website van Basic Trust (www.basictrust.com/).
- Globale Indicatielijst Hechting (**GIH 13-18 jaar**) meet of er sprake is van hechtingsproblemen en is geschikt voor kinderen in de leeftijd van 13-18 jaar. De vragenlijst bestaat uit een deel A en deel B. Deel A bestaat uit 36 vragen die gaan over hechtingsgedrag van het kind. De vragen worden beantwoord middels de antwoorden Nee (0), Soms (1) en Ja (2). Deel B bevat een aantal open vragen aangaande een aantal andere zaken die invloed kunnen hebben op de gehechtheid tussen kind en volwassene, waar men toelichting op kan geven. De vragenlijst zal door Basic Trust nog verder worden verbeterd met behulp van onderzoek door de Universiteit van Amsterdam. Er is nog geen onderzoek naar de GIH beschikbaar, wat maakt dat de interpretatie van deze vragenlijst met voorzichtigheid dient te gebeuren.

H. Cognities

Cognities kunnen eveneens beschouwd worden als relevante specifieke variabelen om te meten. Beoordelingen door kinderen en ouders van de gebeurtenis en van de eigen reacties daarop kunnen een beschermende maar ook een risicofactor zijn, afhankelijk van hun inhoud, en daarmee een belangrijke rol spelen als moderator.

Disfunctionele cognities bij kinderen en adolescenten voorspellen met name internaliserende traumaklachten (Hiller e.a., 2018). De modererende rol die hier onderzocht zou moeten worden betreft zowel cognities met betrekking tot zichzelf (zelfbeeld), anderen en de wereld, alsook de cognitieve stijl (denkstijlen, cognitieve patronen). Volgens het cognitieve leermodel liggen disfunctionele cognities ten grondslag aan psychopathologie.

Aanbevolen vragenlijsten:

- De Competentie-Belevingsschaal voor Kinderen, ofwel **CBSK** (Veerman, Straathof, Treffers, Van den Bergh & ten Brink, 1997. Internationale benaming: Self-Perception Profile for Children; Harter, 1985) en de Competentie-Belevingsschaal voor Adolescenten, ofwel **CBSA** (Treffers, Goedhart, Van den Bergh, Veerman, Ackaert & de Rycke, 2002. Internationale benaming: Self-Perception Profile for Adolescents; Harter, 1988) geven bij kinderen respectievelijk jongeren een indruk van zowel de competentiebeleving als het globale gevoel van eigenwaarde. De CBSK is geschikt voor kinderen van 8 tot 12 jaar en bestaat uit 36 items. De CBSA is geschikt voor jongeren van 12 tot 18 jaar en bestaat uit 35 items. Deze vragenlijsten bestaan uit zes subschalen, te weten schoolvaardigheden, sociale acceptatie, sportieve vaardigheden, fysieke verschijning, gedragshouding en gevoel van eigenwaarde. Beide vragenlijsten zijn genormeerd en verkrijgbaar bij uitgeverij Pearson.
- De *child-Post-Traumatic Cognitions Inventory*, ofwel **cPTCI** (Meiser-Stedman, Smith, Yule, & Dalgleish, 2003; Nederlandse vertaling: Diehle, de Roos, Beer, Boer, & Lindauer, 2009) is een vragenlijst die systematisch de negatieve gedachten inventariseert van getraumatiseerde kinderen en jongeren over zichzelf en de wereld om hen heen. De vragenlijst bestaat uit 25 items en is geschikt voor kinderen en jongeren van 8 tot 18 jaar. Resultaten uit (inter)nationaal onderzoek, waaronder Nederland, duiden op een goede interne consistentie, test-hertestbetrouwbaarheid, convergente validiteit en discriminante validiteit (Meiser-Stedman e.a., 2009; Diehle, de Roos, Meiser-Stedman, Boer, & Lindauer, 2015). De Nederlandse vertaling van de cPTCI is vrij toegankelijk beschikbaar via de website van Children and War Foundation.
- De *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*, ofwel **CERQ** (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2002) is een zelfrapportage vragenlijst voor volwassenen en jongeren vanaf 12 jaar. De CERQ kan zowel gebruikt worden voor het bepalen van de algemene cognitieve stijl als van de specifieke cognitieve strategie die gehanteerd wordt na het meemaken van een specifieke gebeurtenis. De vragenlijst bestaat uit 36 items, waarmee negen verschillende cognitieve coping-strategieën gemeten worden, te weten: Jezelf de schuld geven; Accepteren; Rumineren; Concentreren op andere, positieve zaken; Concentreren op planning; Positief herinterpreteren; Relativeren; Catastroferen; Anderen de schuld geven. De CERQ wordt uitgegeven door DATEC.

Overige vragenlijsten:

- De Non-Productieve Denkprocessen voor Kinderen, ofwel **NPDK** (Jellesma e.a., 2006).
- *Children's Automatic Thoughts Scale – Negative / Positive*, ofwel **CATS-N/P** (Schniering, & Rapee, 2002; Nederlandse bewerking: Hogendoorn, Wolters, Vervoort, Prins, Boer, Kooij & De Haan, 2008).

I. Coping-stijl

Ook agressieregulatie en stijl van omgaan met problemen (coping-stijl) door kind en ouders worden verondersteld moderatoren te zijn voor het al dan niet ontwikkelen van klachten na traumatische gebeurtenissen enerzijds en op de snelheid waarmee klachten ook weer kunnen worden verholpen anderzijds.

Aanbevolen vragenlijsten:

- De Utrechtse Coping Lijst, ofwel **UCL** (Schreurs, van de Willige, Brosschot, Tellegen & Graus, 1993) meet coping-gedrag, dat wil zeggen de manier waarop iemand omgaat met problemen of stressvolle situaties. De UCL bestaat uit 47 items verdeeld over zeven schalen: actief aanpakken, palliatieve reactie, vermijden, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon, expressie van emoties en geruststellende gedachten. De UCL is bedoeld voor adolescenten en volwassenen vanaf 14 jaar. De vragenlijst is genormeerd en verkrijgbaar bij uitgeverij Pearson.

J. Aandacht- en geheugenfuncties

Voor specifieke vragen naar het neuropsychologisch functioneren van getraumatiseerde jeugdigen kan men een neuropsychologisch onderzoek uit (laten) voeren. Hierbij verdient het aanbeveling om de

timing daarvan (voor of na behandeling) zorgvuldig af te wegen. Instrumenten voor neuropsychologisch onderzoek zijn niet opgenomen in dit diagnostiekprotocol. Voor een globale inschatting of er sprake is (geweest) van verstoringen in aandacht en/of concentratie voor en na behandeling c.q. het functioneren van het werkgeheugen, kan men de volgende vragenlijst gebruiken:

- De Behavior Rating Inventory of Executive Function, ofwel **BRIEF** (Gioia, Isquith, Guy & Kenworthy, 2004; Huizinga & Smidts, 2012) is geschikt om inzicht te krijgen in executieve problematiek bij screening, diagnostiek en behandeling van kinderen van 2 tot 18 jaar. Er zijn diverse versies beschikbaar, voor verschillende leeftijden. De BRIEF voor 5 tot 18 jarigen bestaande uit een vragenlijst voor ouders, leerkrachten en een zelfrapportage vragenlijst. De **BRIEF Screener**, een sterk verkorte versie van de volledige BRIEF vragenlijsten voor 5 tot 18 jarigen, ontwikkeld om in snel een globaal beeld van het niveau van executief functioneren te geven. En de **BRIEF-P** voor het in kaart brengen van executieve functies bij peuters van 2 tot 5 jaar. De BRIEF is verkrijgbaar bij uitgeverij Hogrefe.

K. Gezinsfunctioneren

Gezinsomstandigheden hebben een grote invloed op de ontwikkeling van kinderen en jongeren. Wanneer zich problemen voordoen in het gezin, kan dit de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen beïnvloeden en leiden tot ernstige emotionele en/of gedragsproblemen. Omgekeerd kunnen traumaklachten bij een kind ook het gezinsfunctioneren beïnvloeden. Vastgesteld moet worden of er problemen zijn in het gezinsfunctioneren en hierbij kunnen de volgende meetinstrumenten gebuikt worden:

Aanbevolen vragenlijsten:

- De Gezinsvragenlijst, ofwel **GVL** (van der Ploeg & Scholte, 2008) is een vragenlijst waarmee de kwaliteit bepaald kan worden van gezins- en opvoedingsomstandigheden bij kinderen van 4 t/m 18 jaar. Deze vragenlijst meet de gezinsrelaties en kijkt daarbij naar het opvoedgedrag van ouders en het functioneren van het gezin als geheel. De resultaten laten zien waarin het gezin eventueel tekortschiet, wat de risico's zijn op problematisch gedrag bij het kind en wat de mogelijke oorzaken zijn van de problemen. De vragenlijst heeft 45 items verdeeld over vijf subschalen: responsiviteit, communicatie, organisatie, partnerrelatie, sociaal netwerk. De GVL wordt ingevuld door ouders of verzorgers. De vragenlijst beschikt over normen, gebaseerd op de algemene bevolking en op een klinische groep. De GVL is verkrijgbaar bij uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.
- De Nijmeegse Ouderlijke Stress Index, ofwel **NOSI** (Brock, Vermulst, Gerris & Abidin, 1992. Bewerking van de Parenting Stress Index (PSI); Abidin, 1983) is ontwikkeld voor gezinsdiagnostiek en meet of en in welke mate ouders stress beleven bij de opvoeding van een kind. De vragenlijst bestaat uit 123 items verdeeld over dertien schalen en wordt ingevuld door ouders/verzorgers met kinderen in de leeftijd van 2 tot 13 jaar. Zeven schalen betreffen het ouderdomein en zes schalen het kinddomein. Voor screeningsdoeleinden is er een verkorte versie; de NOSIK (25 items). De NOSI is beschikbaar bij uitgeverij Pearson.
- Met de Vragenlijst voor Gezinsproblemen, ofwel **VGP** (Koot, 1997) kan een eerste indruk worden verkregen van de visie van ouders/verzorgers op eventuele moeilijkheden of problemen in het gezin. Deze vragenlijst heeft 130 items en wordt ingevuld door ouders/verzorgers met kinderen in de leeftijd 0-25 jaar. Eventueel kan men de afname beperken tot de eerste 29 items over zaken die mogelijk een probleem vormen in het gezin. Betrouwbaarheid en validiteit zijn door de COTAN beoordeeld als voldoende. Het normeringsonderzoek stamt echter uit 1996 en is daarmee verouderd, volgens de COTAN-standaarden. De VGP is gratis te downloaden bij Mental Health online via <http://www.mentalhealthonline.nl>
- Vragenlijsten Gezin & Opvoeding, ofwel **VG&O** is een set van vier vragenlijsten die men gecombineerd of afzonderlijk van elkaar kan afnemen: de Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL),

de Vragenlijst Gezinsfunctioneren Ouders (VGFO), de Verkorte Schaal voor Ouderlijk Gedrag (VSOG) en de Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG). Deze vragenlijsten zijn gratis te downloaden bij Praktikon (<https://www.praktikon.nl/>). De vragenlijsten worden afgenomen bij ouders of verzorgers van kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar. Er zijn ook versies beschikbaar voor pleegouders. De VGFO wordt niet afgenomen bij kinderen jonger dan 4 jaar. Daarnaast is er ook een verkorte versie beschikbaar (VG&O kort) zonder de VMG. Van elke lijst in de VG&O is een versie voor pleegouders beschikbaar. Zie hieronder een beschrijving van de OBVL, VGFO, VSOG en VMG:

- De opvoedingsbelasting Vragenlijst, ofwel **OBVL** (Vermulst, Kroes, De Meyer, Nguyen & Veerman, 2011) is een vragenlijst voor ouders/verzorgers waarmee de opvoedingsbelasting die ouders ervaren in de opvoeding gemeten kan worden. De vragenlijst bestaat uit 34 items, waarmee vijf domeinen van opvoedbelasting wordt gemeten; problemen opvoeder-kindrelatie, problemen met opvoeden, depressieve stemmingen, rolbeperking en gezondheidsklachten. Er is ook een verkorte versie beschikbaar; OBVL-K, bestaande uit 10 items. De vragenlijst is geschikt voor ouders met kinderen van 0 t/m 18 jaar en is gratis te downloaden via de website van Praktikon (<https://www.praktikon.nl/>).
- Vragenlijst Gezinsfunctioneren Ouders, ofwel **VGFO** (Veerman, Janssen, Kroes, De Meyer, Nguyen & Vermulst, 2011) is gericht op het functioneren van ouders in het gezin. De vragenlijst is geschikt voor ouders met kinderen in de leeftijd 0 t/m 18 jaar. De VGFO bestaat uit 28 items, die tezamen vijf aspecten van het gezinsfunctioneren meten, namelijk basiszorg, opvoeding, sociale contacten, jeugdbeleving en partnerrelatie. De informatie die de VGFO oplevert, kan door hulpverleners gebruikt worden om een beeld te krijgen van het functioneren van het gezin en de problemen die ouders in het gezin ervaren. De VGFO is gratis te downloaden via de website van Praktikon (<https://www.praktikon.nl/>).
- De Verkorte Schaal voor Ouderlijk Gedrag, ofwel **VSOG** (van Leeuwen, Vermulst, Kroes, De Meyer & Veerman, 2011) heeft het doel om inzicht te krijgen in gedragingen van ouders, waarvan in de literatuur is gebleken dat deze een rol spelen bij de ontwikkeling van probleemgedrag van kinderen in de leeftijd van 0 t/m 18 jaar. De lijst bestaat uit 25 uitspraken en meet vijf aspecten van het ouderlijke opvoedingsgedrag; positieve betrokkenheid, regels aanleren, materieel belonen, straffen en fysiek straffen. De VSOG is gratis te downloaden via de website van Praktikon (<https://www.praktikon.nl/>).
- De Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen, ofwel **VMG** (Veerman, Janssen, Kroes, De Meyer, Nguyen & Vermulst, 2011), brengt (potentieel) stressvolle gebeurtenissen in de opvoedingsomgeving van kinderen op gestructureerde wijze in kaart. Het betreft gebeurtenissen die in ieder gezin wel eens voorkomen, zoals geboorte, verhuizing en ziekte. De VMG wordt ingevuld door de ouder(s) en is geschikt voor ouders met kinderen van 0 t/m 18 jaar. De VMG is gratis te downloaden via de website van Praktikon (<https://www.praktikon.nl/>).

Overige vragenlijsten:

- De Nijmeegse Ouderlijke Stress Index, ofwel **NOSI** (Abidin, 1983; Brock, Vermulst, Gerris & Abidin, 1992).

L. Globaal functioneren/welbevinden

Aanbevolen vragenlijsten:

- De *Child Behavior Checklist*, ofwel **CBCL**, de Teacher's Report Form, ofwel **TRF** en de Youth Self Report, ofwel **YSR** (Achenbach, 1991a, 1991b, 1991c; Nederlandse vertaling: Verhulst & van der Ende, 1996,1997a,1997b) zijn vragenlijsten voor het vaststellen van emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen en jongeren van 1½ t/m 18 jaar. Deze lijsten worden in veel Nederlandse (GGZ) instellingen standaard afgenomen en geven een indicatie of de gesignaleerde psychopathologie zich wel of niet bevindt in de klinische range en op welke klachten en

symptomen de behandeling gericht dient te worden. De CBCL wordt ingevuld door ouders/verzorgers. De TRF wordt ingevuld door de leerkracht. Er zijn voor ouders/verzorgers en leerkrachten twee versies beschikbaar voor kinderen van 1½ t/m 5 en 6 t/m 18 jaar. De YSR wordt ingevuld door jongeren van 11 t/m 18 jaar. Voor deze vragenlijsten zijn Nederlandse normen beschikbaar. De lijsten zijn verkrijgbaar via www.aseba.nl.

- De *Strengths and Difficulties Questionnaire*, ofwel **SDQ** (Goodman, 1997; Nederlandse vertaling: Goedhart, Treffers & Van Widenfelt, 2003), is reeds beschreven als instrument bij de screeningslijsten (hoofdstuk 4.2). De SDQ is een korte screeningslijst die de psychische/psychosociale problematiek en vaardigheden meet bij kinderen en jongeren in de leeftijd 2 t/m 17 jaar. Deze lijst heeft minder items/subschalen dan bovenstaande lijsten (CBCL, TRF, YSR).
- *Beck Youth Inventories 2nd Edition* - Nederlandstalige bewerking, ofwel **BYI-2-NL** (Beck, Beck, Jolly, Steer, 2017). De BYI-2-NL bestaat uit vijf korte zelfrapportagevragenlijsten die afzonderlijk van elkaar of gecombineerd kunnen worden ingezet om de beleving van een kind of adolescent op de gebieden depressie, angst, boosheid, verstorend gedrag en zelfbeeld in kaart te brengen, te weten: de Beck Depression Inventory for Youth (BDI—Y), de Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI—Y), de Beck Anger Inventory for Youth (BANI—Y), de Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth (BDBI—Y) en de Beck Self-Concept Inventory for Youth (BSCI—Y). De BYI-2-NL is genormeerd op basis van een representatieve steekproef van 783 jongeren. Er zijn aparte normen voor geslacht en leeftijd. De BYI-2-NL is verkrijgbaar bij Pearson Benelux BV.
- Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie, ofwel de **KIPPI** (Romijn & Kousemaker, 2001). De KIPPI geeft inzicht in de sociaal-emotionele ontwikkeling, het welzijn en het gedrag van jonge kinderen. Dit instrument is bedoeld voor gebruik binnen de jeugdgezondheidszorg, kinderopvang en basisonderwijs. Het is een aanvulling op het onderzoek van de lichamelijke ontwikkeling en gezondheid van het kind door de consultatiebureau- of schoolarts. De doelgroepen van de KIPPI zijn baby's, dreumesen, peuters, kleuters, basisschoolkinderen, pubers, adolescenten (tot en met 15 jaar) hun opvoeders en opvoedingsomgeving. De KIPPI is te bestellen via www.kippi.nl.
- Sociaal Emotionele Vragenlijst, ofwel **SEV** (Oorspronkelijke en Nederlandse versie: Scholte & Van der Ploeg, 2018) meet met 72 vragen in hoeverre kinderen problemen hebben met hun sociaal-emotionele ontwikkeling. Er worden vier clusters onderscheiden, te weten: aandachtstekort met hyperactiviteit, sociaal probleemgedrag, angstig en stemmingsgestoord gedrag en autistisch gedrag. De SEV wordt ingevuld door respondenten die goed op de hoogte zijn van het gedrag van het kind, zoals ouders of leerkrachten, maar ook maatschappelijk werkers, groepsleiders, en andere professionals die het kind goed kennen. De SEV heeft sinds februari 2018 een nieuwe normering voor kinderen van 4 t/m 18 jaar. De SEV is beschikbaar via uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.
- De Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment, ofwel de **BITSEA** (Briggs-Gowan & Carter, 2002) is een verkorte versie van de ITSEA bestaande uit 42 items. De vragenlijst wordt gebruikt voor het identificeren van kinderen met sociaal- emotionele gedragsproblemen of vertragingen in sociaal- emotionele competenties. De vragenlijst wordt ingevuld voor kinderen van 12 tot 36 maanden oud. De BITSEA wordt ingevuld door ouders. Er bestaat een aparte versie voor medewerkers van de kinderopvang. De BITSEA heeft twee schaalscores, voor problemen en voor competenties. Nederlandse normgegevens zijn beschikbaar. Er is op dit moment nog geen Nederlandse uitgever voor de BITSEA, voor meer informatie over het gebruik, neem contact op met Ingrid Kruizinga (e-mail: ingridkruizinga@hotmail.com).

M. Kwaliteit van leven

- De **Kidscreen** (The KIDSCREEN Group Europe, 2004) is een vragenlijst die de kwaliteit van leven meet bij kinderen en jongeren van 8 tot 18 jaar. Onder kwaliteit van leven wordt verstaan het

fysiek, emotioneel, sociaal en cognitief functioneren. Er zijn drie versies beschikbaar met respectievelijk 10, 27 en 50 items. Voor elke versie is een variant voor kinderen en voor ouders beschikbaar. De Kidscreen-10 is vooral geschikt voor epidemiologisch onderzoek. De Kidscreen-27 is bedoeld voor globaal onderzoek waarbij diverse instrumenten worden ingezet. Voor gedetailleerde informatie over een individueel kind wordt veelal de Kidscreen-52 gebruikt. Er zijn Nederlandse en internationale normen beschikbaar. De vragenlijsten zijn verkrijgbaar via de website van Kidscreen; www.kidscreen.org

Een overzicht van alle in paragraaf 5 genoemde aanbevolen instrumenten met bijbehorende relevante gegevens is schematisch weergegeven in Bijlage III en IV. De selectie van instrumenten is dus gebaseerd op de criteria: (internationale) richtlijnen, psychometrische eigenschappen, beschikbaarheid, gebruiksvriendelijkheid en afnameduur. De aanbevelingen in dit protocol zijn gebaseerd op de kennis die dit moment beschikbaar is. Het protocol wordt weer bijgewerkt tot een volgende versie, wanneer dat opportuun is vanwege nieuwe kennis en/of bevindingen.

Welke en hoeveel instrumenten men gebruikt bij diagnostisch onderzoek is afhankelijk van de vraagstelling en het beoogde doel.

6. CRITERIA VOOR TESTBATTERIJ

De besproken instrumenten kunnen worden ingezet voor verschillende doelen.

- Klinisch gebruik

Bij klinisch gebruik is het primair van belang om ouders en kind het gevoel te geven dat aangesloten wordt op de hulpvraag. Patiënten willen graag gehoord worden en een behandeling krijgen die leidt tot reductie van de klachten, waarvoor ze om hulp hebben gevraagd. Metingen tijdens het diagnostisch onderzoek hebben tot doel: verificatie van klinische indrukken van de therapeut en tevens minimaliseren van de kans dat belangrijke aspecten over het hoofd worden gezien of verkeerde diagnoses worden gesteld. Er kan hierbij gekozen worden uit een arsenaal aan betrouwbare en valide interviews en vragenlijsten. Men dient zich echter te beperken tot meting van alleen die variabelen die op grond van eerste indrukken (bij gesprekken en observaties) een rol lijken te spelen. Het diagnostisch onderzoek heeft tot doel informatie aan te leveren die relevant is voor het opstellen van een optimaal behandelplan.

- Wetenschappelijk onderzoek

Bij wetenschappelijk onderzoek gelden andere criteria voor samenstelling van de testbatterij. Zowel bij klinisch gebruik als bij wetenschappelijk onderzoek dient de testbatterij te bestaan uit valide en betrouwbare instrumenten. Bij wetenschappelijk onderzoek dient de combinatie van gekozen instrumenten antwoorden te kunnen genereren op de gestelde onderzoeksvragen.

In behandel-effectstudies is het gangbaar om voor vaststelling van de diagnose gebruik te maken van meerdere informanten en van een klinisch interview in combinatie met vragenlijsten die door de patiënten zelf en/of ouders worden ingevuld. In dit protocol zijn instrumenten besproken waarmee men verschillende potentieel relevante aspecten van het functioneren van het kind geobjectiveerd in kaart kan brengen. Vanwege de frequente aanwezigheid van co-morbide klachten in de klinische praktijk, en de relevantie om in wetenschappelijk onderzoek ook te kunnen vaststellen wat er met deze klachten gebeurt onder invloed van traumabehandeling, zijn ook voor deze klachten meetinstrumenten opgenomen.

Om vast te stellen of een behandeling effectief is geweest, dient bij nameting en follow up sprake te zijn van significante afname van symptomen, die bij voormeting zijn gescoord, en ook van een verbeterd geheel functioneren/welbevinden. Genoemde instrumenten zijn in principe geschikt om dit te meten. Zij zijn psychometrisch goed onderzocht en kunnen een betrouwbare indicatie geven of sprake is van zowel *statistisch* als *klinisch* significante effecten.

Dit protocol biedt overzichten van achtereenvolgens: manifestaties van potentiële traumagerelateerde reacties per leeftijdsgroep; stoornissen die de DSM-5 onderscheidt binnen de categorieën trauma- en stressorgerelateerde stoornissen en dissociatieve stoornissen; stappen in het proces van screening tot verwijzing; en potentieel geschikte instrumenten voor trauma-diagnostiek. In de klinische praktijk gaan traumaklachten dikwijls samen met comorbide klachten, daarom zijn ook voor veel voorkomende comorbide klachten relevante instrumenten opgenomen. Hopelijk is dit protocol behulpzaam voor zowel verwijzers als behandelaren als onderzoekers om geschikte instrumenten te selecteren voor het specifieke doel, waarvoor zij de instrumenten willen inzetten.

7. LITERATUUR

- Abidin, R. R. (1983). *The Parenting Stress Index*. Charlottesville VA Pediatric Psychology Press
- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 profile*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach T. M. (1991b). *Manual for the Youth Self Report and 1991 profile*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach T. M. (1991c) *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T.M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H., & Rothenberger, A., (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Child Psychology and Psychiatry*. 49, p. 251-275.
- Adler-Nevo, G. & Manassis, K. (2005). Psychosocial treatment of paediatric posttraumatic stress disorder: the neglected field of single-incident trauma. *Depression and Anxiety*, 22, 177-189.
- Akkerhuis, G.W. (1997). Vertaling IDS. Utrecht: H.C. Rümke Groep
- Alink, L.R.A., IJzendoorn, M.H. van, Bakermans-Kranenburg, M.J., Pannebakker, F., Vogels, T., & Euser, S. (2011). Kindermishandeling in Nederland anno 2010. De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010). Leiden: Casimir Publishers.
- Alisic, E. (2009). *Nederlandse vertaling van Children's PTSD Inventory*. Amsterdam: Pearson.
- Alisic, E., & Kleber, R.J. (2010). Measuring posttraumatic stress reactions in children: A preliminary validation of the children's responses to trauma inventory. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 3(3), 192-204.
- Alisic, E., Eland, J., Huijbregts, R.A.D., & Kleber, R.J. (2012). *Handleiding bij de Schokverwerkingslijst voor Kinderen – herziene versie*. Amsterdam: Boom Test Uitgevers.
- Alisic, E., Zalta, A.K., Wesel, F. van, Larsen, S.E., Hafstad, G.S., Hassanpour, K., & Smid, G.E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335-340
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- American Psychiatric Association. (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. DSM-5. Nederlandse vertaling van de Diagnostic and statistical manual of mental disorders, onder supervisie van Hengeveld MW. Amsterdam: Boom.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2010). Practice Parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(4), 414-430.
- Armstrong, J.G., Putnam, F.W., Carlson, E.B. e.a. (1997). Development and Validation of a Measure of Adolescent Dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(8), 491-497.
- Bal, S. (1998). *Nederlandse vertaling van de Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*. Niet gepubliceerd.
- Bal, S., & Uvin, K. (2009). De Trauma-Symptoom Checklist for Children (TSCC): psychometrische kwaliteiten van de Nederlandse vertaling. *Gedragstherapie (Utrecht)*, 42(3), 185-204.
- Beck, J.S., Beck, A. T., Jolly, J.B., & Steer, R.A. (2017). Handleiding BYI-2-NL: Beck Youth Inventories 2nd Edition – Nederlandstalige bewerking. Amsterdam: Pearson Benelux BV.
- Beer, R. (2018). Efficacy of EMDR Therapy for Children with PTSD: A Review of the Literature. *Journal of EMDR. Practice and Research*, 12,4,177-196.
- Beer, R., & De Roos, C. (2012). Diagnostiek van getraumatiseerde kinderen en adolescenten (I) en Psychotherapie bij kinderen en adolescenten: van 'onvoltooid' naar 'voltooid verleden tijd' (II) In: E. Vermetten, R.J. Kleber, O. van der Hart (red). *Handboek Posttraumatische stressstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.

- Beer, R., & Roos, C. de (2013). EMDR voor kinderen en jongeren met traumagerelateerde klachten. In: C. Braet, & S. Bögels, *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten 2*. Amsterdam: Boom.
- Beer, R. & Roos, C. de (2017). *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren*. Houten: LannooCampus.
- Bellis, M.D. de, & Dillen, T. van (2005). Childhood post-traumatic stress disorder: an overview. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 745-772
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bicanic, I., Jongh, A. de, & Broeke, E. ten (2015). Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe PTSS: noodzaak of mythe? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 57, 332-339.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Cully, M., Brent, D., and McKenzie, S. (1995). *Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)*. Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230-6.
- Blöte, A.W. & Curfs, L.M.G. (1986). Het gebruik van de Conners Teacher Rating Scale in Nederland. *Ned. T. v.d. Psychologie*, 41, 226-236.
- Bodden, D., Braet, C., & Stikkelbroek, Y. (2016). *CDI-2 Screeningsvragenlijst voor depressie bij kinderen en jongeren*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers B.V.
- Briere, J. (1996) *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Briere, J. (2005) *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) Professional Manual*. Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Briggs-Gowan, M.J., & Carter, A.S. (2002). *Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA) manual, version 2.0*. New Haven, CT: Yale University
- Brock, A.J.L.L. de, Vermulst, A.A., Gerris, J.R.M. & R.R. Abidin, R.R. (1992). *Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI)*. Amsterdam: Pearson.
- Children and War Foundation (1998). *The Children's Revised Impact of Event Scale - 13 (CRIES-13)*. Zie www.childrenandwar.org.
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., Francis, S. E. (2000) Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 835-855.
- Collin-Vézina, D. en Hébert, M. (2005) Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *Journal of nervous and mental disease*, 193,1,47-52.
- Conners, C.K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry*, 126, 884-888.
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazolla, J. en Kolk, B. van der (2003). *Complex trauma in children and adolescents*. White Paper from the national Child Traumatic Stress Network Complex Trauma Task Force. www.NCTSN.org
- Copeland, W.E., Keeler M.A., Angold A., & Costello E.J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry*, 64, 577-584.
- Diehle, J., de Roos, C., Beer, R., Boer, F., Lindauer, R.J.L. (2009). Nederlandse vertaling van de Child Posttraumatic Cognitions Inventory (cPTCI). Children and War Foundation. Zie ook www.childrenandwar.org.
- Diehle, J., de Roos, C., Boer, F. & Lindauer, R.J.L. (2013) A cross-cultural validation of the Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents in a Dutch population, *European Journal of Psychotraumatology*, 4:1, DOI: 10.3402/ejpt.v4i0.19896.
- Diehle, J., de Roos, C., Meiser-Stedman, R., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2015). The Dutch version of the Child Posttraumatic Cognitions Inventory: validation in a clinical sample and a school sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 26362.

- Diseth, T. H., & Christie, H. J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents - an overview of assessment tools and treatment principles. *NORDIC JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 59(4), 278–292. <https://doi.org/10.1080/08039480500213683>
- Van der Does, A. J. W. (2016). Handleiding van de Beck Depression Inventory Second edition Nederlandse versie – Herziene editie (BDI-II-NL-R). Amsterdam: Pearson.
- Ebesutani, C., Reise, S. P., Chorpita, B. F., Ale, C., Regan, J., Young, J., ... & Weisz, J. R. (2012). The Revised Child Anxiety and Depression Scale-Short Version: Scale reduction via exploratory bifactor modeling of the broad anxiety factor. *Psychological Assessment*, 24(4), 833.
- Egberink, I.J.L., Leng, W.E. de, & Vermeulen, C.S.M. (8 juni 2020). COTAN beoordeling 2007, SCARED-NL. Bekeken via www.cotandocumentatie.nl
- Egberink, I.J.L., Leng, W.E. de, & Vermeulen, C.S.M. (8 juni 2020). COTAN beoordeling 2012, Vragenlijst voor angst bij kinderen van 4 t/m 12 jaar, VAK 4-12. Bekeken via www.cotandocumentatie.nl
- Fairbank, J.A. & Fairbank, D.W. (2009). Epidemiology of child traumatic stress. *Current Psychiatry Reports*, Aug. 11 (4): 289-295.
- Farrington, A., Waller, G., Smerden, J., & Faupel, A. W. (2001). The Adolescent Dissociative Experiences Scale: Psychometric properties and difference in scores across age groups. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(10), 722-727.
- Felitti, M.D., Vincent, J., Anda, M.D., Robert, F., Nordenberg, M.D., Williamson, M.S., & James, 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
- Ferdinand, R.F., & van der Ende, J. (2002). *Nederlandse vertaling van de DISC-IV; Diagnostic Interview Schedule for Children*. Rotterdam: Afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het Sophia Kinderziekenhuis.
- Friedrich, W.N. (1997). *Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). *CERQ Handleiding voor het gebruik van de Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Een vragenlijst voor het meten van cognitieve copingstrategieën*. Zoetermeer: DATEC.
- Ghesquière, A., Fan, M.Y., Berliner, L., Rivara, F.P., Jurkovich, G.J., Russo, J., Zatzick, D.F. (2008). Adolescents' and parents' agreement on posttraumatic stress disorder symptoms and functioning after adolescent injury. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 487-491. doi:10.1002/jts.20364
- Giannopoulou, I., Strouthos, M., Smith, P., Dikaiakou, A., Galanopoulou, V., & Yule, W. (2006). Posttraumatic stress reactions of children and adolescents exposed to the Athens 1999 earthquake. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 21(3), 160-166. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.09.005
- Gigengack, M. R., Hein, I. M., van Meijel, E., Lindeboom, R., van Goudoever, J. B., & Lindauer, R. (2020). Accuracy of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment (DIPA) in a Dutch sample. *Comprehensive psychiatry*, 100, 152177. Doi:10.1016/j.comppsy.2020.152177.
- Gioia, Isquith, Guy & Kenworthy (2004). *Behavior Rating Inventory of Executive Function BRIEF: Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Goedhart, A., Treffers, F. & Widenfelt, B. (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*. 58, p. 1018-1035.
- Goodman, R. (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Grinsven, F. Van, & Holdorp, J. (2015). *Trauma-georiënteerde hulp voor kinderen met complex trauma in gezinsvervangende woonsituaties. Kennisdocument voor professionals in pleegzorg, gezinshuizen en residentiële woonvormen*. Nederlands Jeugdinstituut: Utrecht
- Harter, S. (1985). *Manual for the Self- Perception Profile for Children*. Denver, CO: University of Denver.

- Harter, S. (1988). *Manual for the Self- Perception Profile for Adolescents*. Denver, CO: University of Denver.
- Hartveld, G. & Janssen, M. (1992). *Nederlandse vertaling van de Child Dissociative Checklist (CDC)*. Vrije Universiteit, Amsterdam.
- Hauber, K. (2017). EMDR bij adolescenten met een dissociatieve stoornis. In: R. Beer & C. De Roos (red.) *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren*. Houten: Lannoo-campus.
- Heide, F.J.J. ter, Kleber, R.J., & Mooren, T.T.M. (2014). Complex trauma en complexe PTSS: Wat is het en wie heeft het? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 40(5), 437-459.
- Hiller, R.M., Creswell, C., Meiser-Stedman, R., Lobo, S., Cowdrey, F., Lyttle, M.D., Ehlers, A., & Halligan, S.L. (2018). A longitudinal examination of the relationship between trauma-related cognitive factors and internalising and externalising psychopathology in physically injured children. *J Abnorm Child Psychol*, doi: 10.1007/s10802-018-0477-8.
- Hogendoorn, S.M., Wolters, L.H., Vervoort, L., Prins, P., Boer, F., Kooij, E., & De Haan, E. (2008). Measuring Negative and Positive Thoughts in Children: An Adaptation of the Children's Automatic Thoughts Scale (CATS). *Cognitive Therapy Research*, 34, 467-478.
- Huizinga, M., & Smidts, D. P. (2012). *BRIEF Vragenlijst executieve functies voor 5- tot 18-jarigen: handleiding*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Jellesma, F. C., Meerum Terwogt, M., Reijntjes, A. H., e.a. (2005) De vragenlijst Non-Productieve Denkprocessen voor Kinderen (NPDK). *Kind en Adolescent*, 26, 368-378.
- 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.M., 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). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33: 359-369. doi:10.1002/da.22469
- Jonkman, C.S., Verlinden, E., Bolle, E.A., Boer, F., Lindauer, R.J.L. (2013). Traumatic Stress Symptomatology After Child Maltreatment and Single Traumatic Events: Different Profiles, *Journal of Traumatic Stress*, 26, 225-232. DOI: 10.1002/jts.21792
- Jonkman, C. S., Verlinden, E., Punt, D. J., & Lamers-Winkelmann, F. (2019). The child sexual behavior inventory: reliability and validity in a Dutch normative and clinical sample. *Child abuse & neglect*, 98, 104176
- Joshi, P. T. & O'Donnell, D. A. (2003). Consequences of child exposure to war and terrorism. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 275-292.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., ... & Ryan, N. (1997). Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.
- The KIDSCREEN Group Europe. (2004). KIDSCREEN: Gezondheid en het welzijn van kinderen & jongeren; Vragenlijst voor kinderen in de leeftijd van 8 tot 18 jaar. <https://www.kidscreen.org/english/questionnaires/>
- Klaufus, L., Verlinden, E., Van Der Wal, M., Kösters, M., Cuijpers, P., & Chinapaw, M. (2020). Psychometric evaluation of two short versions of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. *BMC psychiatry*, 20(1), 47.
- Kolk, B.A. van der, & Andrea, W. (2010). Towards a Developmental Trauma Disorder Diagnosis for Childhood Interpersonal Trauma. In: R. Lanius, E. Vermetten, C. Pain (Eds.), *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease; the hidden epidemic*, pp. 57-69. London: Cambridge University Press.
- Koot, H. M. (1997). *Handleiding bij de Vragenlijst voor Gezinsproblemen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Kooij, L. & Lindauer, R.J.L. (2019). Kind en Jeugd Trauma Screener (KJTS; kind- en ouderversie; vertaling Child and Adolescent Trauma Screen, Sachser e.a., 2017).

- Kösters, M. P., Chinapaw, M. J., Zwaanswijk, M., van der Wal, M. F., & Koot, H. M. (2015). Structure, reliability, and validity of the revised child anxiety and depression scale (RCADS) in a multi-ethnic urban sample of Dutch children. *BMC psychiatry*, *15*(1), 132.
- Kovacs, M. (2004). *Children's Depression Inventory 2*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems Inc.
- Kösters, M. P., Chinapaw, M. J., Zwaanswijk, M., van der Wal, M. F., & Koot, H. M. (2015). Structure, reliability, and validity of the revised child anxiety and depression scale (RCADS) in a multi-ethnic urban sample of Dutch children. *BMC psychiatry*, *15*(1), 132.
- Lamers-Winkelmann, F. (1998). *Experimentele Nederlandse vertaling van de Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*. Amsterdam, Vrije Universiteit, afdeling Orthopedagogiek.
- Leeuwen, K. Van, Vermulst, A. A., Kroes, G., De Meyer, r. E., & Veerman, J.W. (2011). *Verkorte Schaal voor Ouderlijk Gedrag (VSOG)*. Nijmegen: Praktikon BV.
- Lindauer, R.J.L., & Boer, F. (2012). *Trauma bij kinderen*. Houten: LannooCampus.
- Lyneham, H.J., Abbott, M.J., & Rapee, R.M. (2007). Interrater reliability of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent version. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*, 731-737. doi:10.1097/chi.0b013e3180465a09
- Matulis, S., Loos, L., Langguth, N., Schreiber, F., Gutermann, J., Gawrilow, C., & Steil, R. (2015). Reliability, factor structure, and validity of the German version of the Trauma Symptom Checklist for Children in a sample of adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, *6*.
- Meijel, E. P. M. van, Ensink, J.B.M., Verlinden, E., Lindauer, R.J.L. (2019). *CAPS-CA 5 DSM-5 - interviewboek: Klinisch interview voor PTSS bij kinderen en adolescenten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Yule, W., Dalgleish, T. (2003). *Child Posttraumatic Cognitions Inventory (cPTCI)*. Children and War foundation. Zie ook www.childrenandwar.org
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Bryant, R., Salmon, K., Yule, W., Dalgleish, T., & Nixon, R. D. (2009). Development and validation of the child post-traumatic cognitions inventory (CPTCI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *50*(4), 432-440.
- Mevissen, L., Didden, R., De Jongh, A. (2018). Handleiding Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren – Licht Verstandelijke Beperking. Assen: Accare Child Study Center.
- Muris, P., Bodden, D., Birmaher, B., Hale, W., Mayer, B. (2007). *SCARED-NL Vragenlijst over angst en bang-zijn bij kinderen en adolescenten*. Amsterdam: Boom test uitgevers
- Nader, K. O. (1997) Assessing trauma experiences in children. In *Assessing psychological trauma and PTSD* (eds. J. P. Wilson & T. M. Keane), pp. 291-348. New York: Guilford.
- Nader, K.O., Newman, E., Weathers, F.W., Kaloupek, D.G., Kriegler, J.A. Blake, D.D. (2004). *Clinician Administered PTSD scale for Children and Adolescents (CAPS-CA)*. Los Angeles. Western Psychological Services.
- Nauta, M. (2006). *Nederlandse vertaling van de Revised Child Anxiety and Depression Scale ouder-versie (RCADS-P)*.
- NICE (2005). Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. *National Clinical Practice Guideline*, 26
- Olf, M. (2005). *Nederlandse vertaling van de Children's Revised Impact of Event Scale - kind-versie (CRIES-13 kind-versie)*. Zie www.childrenandwar.org.
- Oldehinkel, A. J. (2000). *Nederlandse vertaling van de Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS)*. Disciplinegroep Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, *21*, 685-692.
- Oosterlaan, J., Baeyens, D., Scheres, A., Antrop, I., Roeyers, H. & Sergeant, J.A. (2008). Vragenlijst voor gedragsproblemen bij kinderen 6-16 jaar. Amsterdam: Pearson.Ox, M. (2004) *De diagnostiek van de Post Traumatische Stress Stoornis bij kinderen*. Doctoraalscriptie Universiteit van Amsterdam.
- Oosterlaan, J., & Prins, P.J.M. (2011). *VAK 4-12 Vragenlijst voor Angst bij Kinderen van 4 tot en met 12 jaar*. Amsterdam: Pearson Assessment Information B.V.

- Pelham W, Gnagy EM, Greenslade KE, Milich R. (1992). Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 310, pp. 210-218
- Perrin, S., Meiser-Stedman, R., and Smith, P. (2005) The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a Screening Instrument for PTSD. In *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 487-498.
- Ploeg, J.D. van der, Scholte, E. M., (2008). *Gezinsvragenlijst (GVL) Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Potgieter-Marks, R., Sabau, A., & Struik, A. (2015). Guidelines for the assessment and treatment of children and adolescents with dissociative symptoms and dissociative disorders. <http://www.estd.org>
- Putnam, F.W. (1993a) Dissociation in children and adolescents: Behavioral profiles and problems. *Child abuse and neglect*, 17, 39-45.
- Putnam, F. W., Halmers, K., and Trickett, P. K. (1993b) Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child abuse and neglect* 17, 731-741.
- Pynoos, R. A., Rodriguez, N., Steinberg, A.S. e.a. (1998): *The UCLA PTSD Reaction Index for DSM-IV (Revision 1)*. Los Angeles: UCLA Trauma Psychiatry Program. Nederlandse vertaling: de Roos, C.
- Reichart, C. G., Wals, M., & Hillegers, M. (2001). Nederlandse vertaling en bewerking van Kiddie-SADS-lifetime versie (K-SADS-PL). AZR-Sophia/Altrecht.
- Resick, P.A., Bovin, M.J., Calloway, A.L., Dick, A.M., Mitchell, K.S., Suvak, M.K., Wells, S.Y., Stirman, S.W., & Wolf, E.J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 241-251.
- Romijn, A. en P. Kousemaker (2001), '*De KIPPPI-methode voor vroegtijdige onderkenning. Revisie en nadere verantwoording*'. Leiden, Universiteit Leiden.
- Roos, C. de & Eland, J. (2005). Posttraumatische stressstoornis bij kinderen en adolescenten: diagnostiek en hulpverlening. In: B.P.R Gersons & M. Olff (red.). *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stressstoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T.K., Jungbluth, N., Risc, E., Rosner, R., & Goldbeck, L. (2017). International Development and Psychometric Properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *J Affect Disord*, 210, 189-195.
- Saigh, P.A., (2004). A structured interview for diagnosing Posttraumatic Stress Disorder: Children's PTSD Inventory. San Antonio, TX: PsychCorp. Schäfer, I., Barkmann, C., Riedesser, P. en Schulte-Markwort, M. (2004) Peritraumatic dissociation predicts posttraumatic stress in children and adolescents following road traffic accidents. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 79-91.
- Schäfer, I., Barkmann, C., Riedessen, P., et al. (2004). Peritraumatic dissociation predicts posttraumatic stress in children and adolescents following road traffic accidents. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5, 79-92
- Scheeringa, M.S. & Haslett, N. (2010). *The Reliability and Criterion Validity of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment: A New Diagnostic Instrument for Young Children*. *Child Psychiatry and Human Development* 41:299–312. DOI 10.1007/s10578-009-0169-2
- Scheeringa, M.S., Myers, L., Putnam, F.W., & Zeanah, C.H. (2012). Diagnosing PTSD in early childhood: An empirical assessment of four approaches. *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 359-367.
- Schmid, M., Petermann, F., & Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC psychiatry*, 13(1), 3.
- Schniering, C. A., & Rapee, R. M. (2002). Development and validation of a measure of children's automatic thoughts: The Children's Automatic Thoughts Scale. *Behaviour Research & Therapy*, 40, 1091-1109
- Scholing, A., Nauta, M. H., & Spence, S. H. (1999a). *Spence Children's Anxiety Scale (Dutch translation of child version)*. Amsterdam: University of Amsterdam.
- Scholing, A., Nauta, M. H., & Spence, S. H. (1999b). *Spence Children's Anxiety Scale (Dutch translation of parent version)*. Amsterdam: University of Amsterdam.

- Scholte, E.M., Ploeg, J.D. van der (2018). *Handleiding Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schreurs, P. J. G., van de Willige, G., Brosschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993) *De Utrechtse Coping Lijst*. Amsterdam: Pearson.
- Segers, H. (2006) *Dissociatieve symptomen bij chronisch mishandelde kinderen tussen acht en twaalf jaar: Pilotstudie*. Eindwerk voor Licentiaat in de Klinische Psychologie. Vrije Universiteit, Brussel.
- Siebelink, B. M., Treffers, Ph. D. A., & van Widenfelt, B. M. (1998). *Nederlandse vertaling van de PSWQ-C (PSWQ-K)*. Oegstgeest: Curium.
- Siebelink, B. M., Treffers, Ph. D. A. (2001) *Nederlandse bewerking van Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child Version (Child Interview Schedule; Parent Interview Schedule; Manual)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Silberg, J. (2004). Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents. International Society for the Study of Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, Vol. 5(3) 2004 <http://www.haworthpress.com/web/JTD>.
- Silverman, W.K. & Albano, A.M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Child Version, Child Interview Schedule*. San Antonio, The Psychological Corporation.
- Silverman, W.K., Saavedra, L.M., & Pina, A.A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with Anxiety Disorders Interview Schedule for DSMIV: Child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 937-944. doi:10.1097/00004583-200108000-00016
- Skoczeń, I., Rogoza, R., Rogoza, M., Ebesutani, C., & Chorpita, B. (2017). Structure, Reliability, Measurement Stability, and Construct Validity of the Polish Version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Assessment*, 1073191117711019.
- Smidts, D.P. & Oosterlaan, J. (2007). *Gedragsvragenlijst voor Kleuters: Handleiding*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.
- Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A., & Yule, W. (2003). Principal components analysis of the impact of event scale with children in war. *Personality and Individual Differences*, 34, 315-322.
- Spence, S. H. (1998) A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.
- Strand, V. C., Sarmiento, T. L., & Pasquale, L. E. (2005). Assessment and screening tools for trauma in children and adolescents: a review. *Trauma Violence Abuse*, 6, 55-78.
- Struik, A. (2017). EMDR bij kinderen met een dissociatieve stoornis of dissociatieve symptomen. In: R. Beer & C. De Roos (ed). *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren*. Houten: Lannoo-campus.
- Terr, L. C. (1991). Childhood Traumas - An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Thombs, B. D., Bernstein, D. P., Lobbstaël, J., & Arntz, A. (2009). A validation study of the Dutch Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: factor structure, reliability, and known-groups validity. *Child abuse & neglect*, 33(8), 518-523t.
- Tierolf, B., & Lamers-Winkelman, F. (2014). *TSCYC Vragenlijst over traumasymptomen bij jonge kinderen*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Tierolf, B., Schuengel, C., & Lamers-Winkelman, F. (2017). Validation and standardization of the Dutch Trauma Symptom Checklist for Young Children in a normative and clinical sample. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1-14. doi: 10.1080/10926771.2017.1303012.
- Treffers, P. D. A., Goedhart, A. W., Van den Bergh, B. R. H., Veerman, J. W., Ackaert, L. & de Rycke, L. (2002). *Competentie-Belevingsschaal voor Adolescenten*. Amsterdam, Pearson.
- Utens, E. M. W. J., & Ferdinand, R.F. (2000). *MASC: Angstschaal voor kinderen: Nederlandse vertaling*. Sophia Kinderziekenhuis: Erasmus MC, Rotterdam.
- Veerman, J.W., Janssen, J., Kroes, G., De Meyer, R.E., Nguyen, L. & Vermulst, A. A. (2011) *Vragenlijst Gezinsfunctioneren Ouders (VGFO)*. Nijmegen: Praktikon BV.
- Veerman, J. W., Straathof, M. A. E., Treffers, P. D. A. Van den Bergh, B. R. H. & ten Brink, L. T. (1997). *Competentie Belevingsschaal voor Kinderen*. Amsterdam, Pearson.

- Verhulst, F. C., Ende, J. van der, Koot, H. M. (1996) *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie Sophia Kinderziekenhuis.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der, Koot, H.M. (1997a) *Handleiding voor Teacher's Report Form (TRF)*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie Sophia Kinderziekenhuis.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der, Koot, H.M. (1997b) *Handleiding voor de Youth Self Report (YSR)*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie Sophia Kinderziekenhuis.
- Verlinden, E., Olf, M., & Lindauer, R.J.L. (2005). Children's Revised Impact of Event Scale - ouder-versie (CRIES-13, ouder-versie). Zie: <http://www.childrenandwar.org>
- Verlinden, E., Schippers, M., Van Meijel, E.P.M., Beer, R., Opmeer, B.C., Olf, M., Boer, F., Lindauer, R.J.L. (2013). What makes a life event traumatic for a child? The predictive values of DSM-Criteria A1 and A2. *European Journal of Psychotraumatology*, 21;4. DOI: 10.3402/ejpt.v4i0.20436
- Verlinden, E., van Meijel, E.P.M., Opmeer, B.C., Beer, R. de Roos, C., Bicanic, I.A.E., Lamers-Winkelmann, F., Olf, M., Boer, F., Lindauer, R.J.L. (2014a). Characteristics of the Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES) in a clinically referred Dutch sample. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 1-7. DOI: 10.1002/jts.21910.
- Verlinden E, van Laar Y.L., van Meijel, E.P.M., Opmeer, B.C., Beer, R. de Roos, C., Bicanic, I.A.E., Lamers-Winkelmann, F., Olf, M., Boer, F., Lindauer, R.J.L. (2014b). A Parental Tool to Screen for Posttraumatic Stress in Children: First Psychometric Results. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 1-4. DOI: 10.1002/jts.21929.
- Verlinden, E., Lamers-Winkelmann, F. (2016). *CSBI: Vragenlijst over seksueel gedrag bij jonge kinderen*. Hogrefe Uitgevers B.V., Amsterdam, Nederland.
- Verlinden, E., Beer, R.L. & Lindauer (2017). Diagnostiek van traumagerelateerde en dissociatieve stoornissen. In: G. Bosmans, I. Noens, L. Claes en P. Bijttebier (red.) *Handboek diagnostiek bij kinderen, jongeren en gezinnen*. Leuven: Acco.
- Vermulst, A. A., Kroes, G., De Meyer, R. E., Nguyen, L. & Veerman, J. W. (2011). *Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL)*. Nijmegen: Praktikon BV.
- Wolf, de M., Dekker-van der Sande, F., Sterkenburg, P. & Thoorns-Vreugdenhil, A. (2017). *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. <https://www.nji.nl/nl/Databank/Richtlijn-Problematische-gehechtheid-voor-jeugdhulp-en-jeugdbescherming>
- World Health Organization. (2018). *International Classification of Diseases, 11th revision (ICD-11)*, World Health Organization: Geneva.
- Yule, W., & Williams, R. (1990). Posttraumatic stress reactions in children. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 279-295. doi:10.1002/jts.2490030209.

1. De gebeurtenis

Wat is er gebeurd, volgens jouw herinnering? Hoe oud was je toen? Eventueel: Is het vaker gebeurd?
Hoe lang heeft dit geduurd?

2. Symptomen kind

Hoe heb je gereageerd?

- a. Wat voelde je: tijdens, kort erna, langer erna?
- b. Wat deed je: tijdens, kort erna, langer erna?
- c. Wat dacht je: tijdens, kort erna, langer erna?

3. Reacties ouders

Hoe hebben je ouders gereageerd op de gebeurtenis: tijdens, erna?
Hoe hebben je ouders gereageerd op jouw reacties: kort erna, later?
Wat deden ze/ zeiden ze?

4. Reacties van dissociatie

Onderstaande vragen zijn bedoeld om te screenen op eventuele dissociatieve reacties (criterium B van de acute stress stoornis). Het betreft gesloten vragen, waarop alleen ja/nee antwoorden gegeven kunnen worden (Schäfer e.a., 2004). Onderscheiden dient te worden of deze symptomen alleen aanwezig waren tijdens de gebeurtenis (peritraumatische dissociatie) of nu nog steeds. Stel daarvoor dezelfde vragen in de tegenwoordige tijd.

Derealisatie

Leek de wereld om je heen vreemd, alsof je in een film speelde, alsof het niet echt was?

Depersonalisatie

Voelde je lijf vreemd, alsof het niet van jou is?

Verminderd bewustzijn van omgeving

Had je minder in de gaten wat er om je heen gebeurde?

Emotionele verdooving

Voelde je je verdoofd of zelfs helemaal gevoelloos?

Amnesie

Ben je belangrijke details van de gebeurtenis vergeten?

5. Coping

Wat gaat alweer goed? Wat hielp?

1. De gebeurtenis

Wat is er gebeurd volgens uw informatie/herinnering? Hoe oud was hij/zij toen? Eventueel: Weet u of het vaker is gebeurd? Zo ja: Hoe lang heeft dit geduurd, volgens uw informatie?

2. Symptomen kind

Hoe heeft uw kind erop gereageerd? Heeft u veranderingen opgemerkt in zijn/haar gedrag: tijdens, kort na, langer na de gebeurtenis. Zo ja, wat heeft u geobserveerd?

3. Reacties ouders

Hoe heeft u geageerd op de gebeurtenis: tijdens (alleen indien ouder aanwezig was), erna?
Hoe heeft u gereageerd op reacties van uw kind: kort erna, later?

4. Reacties van dissociatie

Onderstaande vragen zijn bedoeld om te screenen op eventuele dissociatieve reacties (criterium B van de acute stress stoornis). Onderscheiden dient te worden of deze symptomen alleen aanwezig waren tijdens de gebeurtenis (peri-traumatische dissociatie) of nu nog steeds. Stel daarvoor dezelfde vragen in de tegenwoordige tijd. Het betreft subjectieve belevingen van het kind. Daarom is het de vraag hoe betrouwbaar/valide de informatie van ouders hierover is. Onderstaande symptomen kunnen hoogstens worden afgeleid (vermoed) uit eventueel gedrag van het kind, dat ze hebben waargenomen. Ouders kunnen de beleving niet zelf direct waarnemen.

Derealisatie

Heeft u gemerkt dat de wereld om hem/haar heen vreemd of onwerkelijk leek, als in een droom? Zo ja, wat heeft u geobserveerd? Waar heeft u dat uit afgeleid?

Depersonalisatie

Heeft u gemerkt dat uw kind zich vreemd voelde in zijn/haar lichaam, alsof het niet van hem/haar is? Zo ja, wat heeft u geobserveerd? Waar heeft u dat uit afgeleid?

Verminderd bewustzijn van omgeving

Heeft u gemerkt dat uw kind minder in de gaten had wat er om hem/haar heen gebeurde? Zo ja, wat heeft u geobserveerd? Waar heeft u dat uit afgeleid?

Emotionele verdooving

Heeft u gemerkt dat uw kind zich verdoofd voelde of zelfs gevoelloos? Zo ja, wat heeft u geobserveerd? Waar heeft u dat uit afgeleid?

Amnesie

Heeft u gemerkt dat uw kind belangrijke details van de gebeurtenis is vergeten? Zo ja, wat heeft u geobserveerd? Waar heeft u dat uit afgeleid?

5. Coping

Wat gaat alweer goed? Wat heeft geholpen?

BIJLAGE III. OVERZICHT MEETINSTRUMENTEN: KLINISCHE INTERVIEWS

Naam instrument	Auteur(s) en jaar	Meetpretentie	Auteur(s) vertaling	Ouder- en kind versie	Leeftijdswaarde	Internat. gebruikt	Tijdsduur afname	Verkrijgbaar via
CAPS-CA DSM-5	Nader e.a., 2004	PTSS volgens DSM-5	van Meijel, Ensink, Verlinden, & Lindauer, 2019	Kind	8 t/m 17 jaar	Ja	Ca. 45-60 min.	Bohn Stafleu van Loghum
ADIS-C	Silverman & Albano, 1996	Angststoornissen en verwante psychische stoornissen (waaronder PTSS) volgens DSM-IV.	Siebelink & Treffers, 2001	Kind Ouder	7 t/m 17 jaar	Ja	Ca. 45-90 min.	Pearson heeft de verkoop gestaakt. Er wordt gekeken naar een versie gebaseerd op DSM-5.
DIPA	Scheeringa & Haslett 2010	PTSS, stemmingsstoornissen, gedragsstoornissen, angststoornissen, hechtingsstoornissen en slaapstoornissen volgens DSM-5	Gigengack, van Meijel en Lindauer, 2013	Ouder	1 t/m 7 jaar	Ja	Ca. 45-120 min.	Bohn Stafleu van Loghum
DITS-LVB	Mevisen, Didden, De Jongh, 2018	PTSS bij mensen met een licht verstandelijke beperking volgens DSM-5	n.v.t.	Kind Ouder Volwassenen	6 t/m 18 jaar	Nee	Max. 60 min.	https://opleidingen.accare.nl/

BIJLAGE IV. OVERZICHT MEETINSTRUMENTEN: VRAGENLIJSTEN

Naam instrument	Auteur(s) en jaar	Meetpretentie	Auteur(s) vertaling	Ouder- en kind versie	Leeftijdswaarde	Internat. gebruikt	Aantal items	Verkrijgbaar via
A. PTSS-symptomen								
CRIES-13	Children & War Foundation, 1998	PTSS-klachten	Olf, 2005; Verlinden, Olf, & Lindauer, 2005	Kind Ouder	8 t/m 17 jaar	Ja	13 items	www.nji.nl en www.kenniscentrumkjp.nl
TSCC	Briere, 1996	Posttraumatische stress en andere gerelateerde symptomen	Bal, 1998 Experimentele NL vertaling: Lamers-Winkelmann, 1998	Kind	8 t/m 16 jaar	Ja	54 items	Voorlopig via S.Bal of F.Lamers-Winkelmann. Naar verwachting in 2021 beschikbaar bij Hogrefe
TSCYC	Briere, 2005	Posttraumatische stress en andere gerelateerde symptomen	Tierolf & Lamers-Winkelmann, 2014	Ouder	3 t/m 12 jaar	Ja	90 items	Hogrefe
SVLK Internationale benaming: CRTI	Alisic, Huijbregts, Eland, & Kleber, 2012	Posttraumatische stressreacties aangevuld met veelvoorkomende andere klachten	n.v.t.	Kind Ouder	4 t/m 17 jaar.	Nee	34 items	Boom
B. Dissociatie symptomen								
CDC	Putnam, Helmers, & Trickett, 1993	Dissociatieve symptomen	Hartveld & Janssen, 1992	Ouder	5 t/m 14 jaar	Ja	20 items	Voor zover bekend, geen copyright en niet commercieel uitgegeven

Naam instrument	Auteur(s) en jaar	Meetpretentie	Auteur(s) vertaling	Ouder- en kind versie	Leeftijd-range	Internat. gebruikt	Aantal items	Verkrijgbaar via
A-DES	Armstrong, Putnam, Carlson, Libero, & Smith, 1997	Dissociatieve symptomen	Auteur onbekend	Kind	12 t/m 20 jaar	Ja	30 items	Voor zover bekend, geen copyright en niet commercieel uitgegeven
C. Angst symptomen								
RCADS-20 RCADS-25 RCADS-47	Chorpita, Yim, Moffitt, Umemeto & Francis, 2000	Symptomen van angst en depressie	Oldehinkel, 2000; Nauta, 2006	Kind Ouder	8 t/m 18 jaar	Ja	20 items 25 items 47 items	https://www.childfirst.ucla.edu/resources/
SCARED-NL	Birmaher, Khetarpal, Cully, Brent, McKenzie, 1995	Symptomen van de belangrijkste angststoornissen	Muris, Bodden, Birmaher, Hale, Mayer, 2007	Kind Ouder	7 t/m 19 jaar	Ja	69 items	Boom
VAK 4-12 Internationale benaming: FSCC-R	Ollendick, 1983	Subjectief ervaren angst	Oosterlaan & Prins, 2011	Kind	4 t/m 12 jaar	Ja	80 items	Pearson
D. Depressieve symptomen								
RCADS-20 RCADS-25 RCADS-47	Chorpita, Yim, Moffitt, Umemeto & Francis, 2000	Symptomen van angst en depressie	Oldehinkel, 2000; Nauta, 2006	Kind Ouder	8 t/m 18 jaar	Ja	20 items 25 items 47 items	https://www.childfirst.ucla.edu/resources/
CDI-2	Kovacs, 2004	Depressieve symptomen	Bodden, Braet & Stikkelbroek, 2016	Kind Ouder	8 t/m 21 jaar	Ja	28 items 17 items	Hogrefe

Naam instrument	Auteur(s) en jaar	Meetpretentie	Auteur(s) vertaling	Ouder- en kind versie	Leeftijdscategorie	Internat. gebruikt	Aantal items	Verkrijgbaar via
BDI-II-NL-R	Beck, Steer, Brown, jaar onbekend	Depressieve symptomen	Van der Does, 2016	Kind	Vanaf 13 jaar	Ja	21 items	Pearson
E. Seksueel afwijkend gedrag								
CSBI	Friedrich, 1997	Seksueel (afwijkend) gedrag	Verlinden & Lamers-Winkelmann, 2016	Ouder	2 t/m 12 jaar	Ja	38 items	Hogrefe
F. Gedragsproblemen								
VvGK Internationale benaming: DBD	Pelham, Gnagy, Greenslade & Milich, 1992	Symptomen van de gedragsstoornissen ADHD, ODD en CD	Oosterlaan, Baeyens, Scheres, Antrop, Roeyers, & Sergeant, 2008	Ouder/leerkracht	6 t/m 16 jaar	Ja	42 items	Pearson
AVL	Scholte & van der Ploeg, 2018	Gedragsproblemen van ADHD	n.v.t.	Ouders/leerkracht	4 t/m 18 jaar		18 items	Bohn Stafleu Van Loghum
G. Hechting								
ARI-CP 2-5 jaar	Basic Trust en de Universiteit van Amsterdam	Gehechtheidsrelatie	n.v.t.	Ouder	2 t/m 5 jaar	Nee	48 items	www.basictrust.com
AISI 2-5 jaar	Basic Trust en de Universiteit van Amsterdam	Gehechtheidsgedrag	n.v.t.	Ouder	2 t/m 5 jaar	Nee	20 items	www.basictrust.com
AISI 6-12 jaar	Basic Trust en de Universiteit van Amsterdam	Gehechtheidsgedrag	n.v.t.	Ouder	6 t/m 12 jaar	Nee	20 items	www.basictrust.com

Naam instrument	Auteur(s) en jaar	Meetpretentie	Auteur(s) vertaling	Ouder-kind versie	Leeftijd-range	Internat. gebruikt	Aantal items	Verkrijgbaar via
GIH 13-18 jaar	Basic Trust en de Universiteit van Amsterdam	Gehechtheidsgedrag	n.v.t.	Kind	13 t/m 18 jaar	Nee	36 items	www.basictrust.com
H. Cognities								
CBSK Internationale benaming: Self-Perception Profile for Children	Harter, 1985	Competentiebeleving en gevoel van eigenwaarde	Veerman, Straathof, Treffers, Van den Bergh & ten Brink, 1997	Kind	8 t/m 11 jaar	Ja	36 items	Pearson
CBSA Internationale benaming: Self-Perception Profile for Adolescents	Harter, 1988	Competentiebeleving en gevoel van eigenwaarde	Treffers, Goedhart, Van den Bergh, Veerman, Ackaert & de Rycke, 2002	Kind.	12 t/m 17 jaar	Ja	35 items	Pearson
cPTCI	Meiser-Stedman, Smith, Yule, & Dagleish, 2003	Negatieve posttraumatische gedachten	Diehle, de Roos, Beer, Boer, & Lindauer, 2009	Kind	8 t/m 17 jaar	Ja	25 items	www.childrenandwar.org
CERQ	Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2002	Cognitieve coping strategieën na het meemaken van een specifieke gebeurtenis	n.v.t.	Kind	Vanaf 12 jaar	Nee	36 items	https://www.datec.nl/
I. Coping-stijl								

Naam instrument	Auteur(s) en jaar	Meetpretentie	Auteur(s) vertaling	Ouder- en kind versie	Leeftijdscategorie	Internat. gebruikt	Aantal items	Verkrijgbaar via
UCL	Schreurs, van de Willige, Brosschot, Tellegen & Graus, 1993	Coping-gedrag	n.v.t.	Kind	Vanaf 14 jaar	Nee	47 items	Pearson
J. Aandacht- en geheugenfuncties								
BRIEF BRIEF-S BRIEF-P	Gioia, Isquith, Guy & Kenworthy, 2004	Executieve functies	Huizinga & Smidts, 2012	Kind Ouder Leerkra cht	2 t/m 17 jaar	Ja	68-75 items 14-18 items 63 items	Hogrefe
K. Gezinsfunctioneren								
GVL	Van der Ploeg & Scholte, 2008	Kwaliteit van gezins- en opvoedingsomstandigheden	n.v.t.	Ouder	4 t/m 18 jaar	Nee	45 items	Pearson
VGP	Koot, 1997	Moeilijkheden en problemen in het gezin	n.v.t.	Ouder	0 t/m 24 jaar	Nee	130 items	http://www.mentalhealthonline.nl
OBVL OBVL-K	Vermulst, Kroes, De Meyer, Nguyen & Veerman, 2011	Opvoedingsbelasting die ouders ervaren in de opvoeding	n.v.t.	Ouder	0 t/m 18 jaar	Nee	34 items 10 items	https://www.praktikon.nl/
VGFO	Veerman, Janssen, Kroes, De Meyer, Nguyen & Vermulst, 2011	Het functioneren van het gezin en de problemen die ouders in het gezin ervaren	n.v.t.	Ouder	0 t/m 18 jaar	Nee	28 items	https://www.praktikon.nl/

Naam instrument	Auteur(s) en jaar	Meetpretentie	Auteur(s) vertaling	Ouder- en kind versie	Leeftijdscategorie	Internat. gebruikt	Aantal items	Verkrijgbaar via
VSOG	Van Leeuwen, Vermulst, Kroes, De Meyer & Veerman, 2011	Ouderlijke opvoedingsgedrag	n.v.t.	Ouder	0 t/m 18 jaar	Nee	25 items	https://www.praktikon.nl/
VMG	Veerman, Janssen, Kroes, De Meyer, Nguyen & Vermulst, 2011	(potentieel) stressvolle gebeurtenissen in de opvoedingsomgeving van kinderen	n.v.t.	Ouder	0 t/m 18 jaar	Nee	15 items	https://www.praktikon.nl/
L. Globaal functioneren/welbevinden								
CBCL, YSR, TRF	Achenbach (1991)	Emotionele en gedragsproblemen	Verhulst (1996, 1997)	Ouder Kind Leerkra cht	1½ t/m 18 jaar	Ja	100-120 items	www.aseba.nl
SDQ	Goodman, 1997	Emotionele- en gedragsproblemen en sociale competenties	Goedhart, Treffers & Van Widenfelt, 2003	Kind Ouder Leekra cht	2 t/m 17 jaar	Ja	25 items	www.sdqinfo.org
BYI-2-NL	Beck, Beck, Jolly, Steer, 2017	Depressie, angst, boosheid, verstorend gedrag en zelfbeeld	Pearson Benelux BV	Kind	7 t/m 17 jaar	Ja	20 items per onderdeel	Pearson
KIPPPI	Romijn & Kousemaker, 2001	Sociaal-emotionele ontwikkeling, het welzijn en het gedrag van jonge kinderen	n.v.t.	Ouder	0 t/m 15 jaar	Nee	Onbekend	www.kipppi.nl
SEV	Scholte & Van der Ploeg, 2018	Sociaal- emotionele ontwikkeling	n.v.t.	Ouder/l eerkra cht	4 t/m 18 jaar	Nee	72 items	Bohn Stafleu van Loghum

Naam instrument	Auteur(s) en jaar	Meetpretentie	Auteur(s) vertaling	Ouder- en kind versie	Leeftijdswaam	Internat. gebruikt	Aantal items	Verkrijgbaar via
BITSEA	Briggs-Gowan & Carter, 2002	Sociaal- emotionele gedragsproblemen of vertragingen in sociaal- emotionele competenties	Ingrid Kruizinga	Ouder Kindervang	12 t/m 35 maanden	Ja	42 items	Ingrid Kruizinga: ingridkruizinga@hotmail.com
M. Kwaliteit van leven								
Kidscreen	The KIDSCREEN Group Europe, 2004	Kwaliteit van leven	The KIDSCREEN Group Europe, 2004	Kind Ouder	8 t/m 17 jaar	Ja	10 items 27 items 50 items	www.kidscreen.org