

# PROTOCOL VOOR
# CLASSIFICATIE, SCREENING EN DIAGNOSTIEK VAN

# TRAUMA- EN STRESSORGERELATEERDE
# & DISSOCIATIEVE STOORNISSEN

## BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN

Renée Beer, Eva Verlinden, Lieke Kooij
2026[1]

[1] Versie 5. Met dank aan Ramón Lindauer voor zijn input bij eerdere versies van dit protocol (2007, 2011, 2013, 2020) . Het protocol wordt telkens geactualiseerd als ontwikkelingen in het veld een update noodzakelijk maken.

# INHOUD


1. Inleiding ..... 4

2. Klinische manifestatie van posttraumatische stressreacties ..... 7

2.1. Baby's (0-1 jaar) ..... 8

2.2. Peuters en kleuters (2-5 jaar) ..... 8

2.3. Schoolkinderen (6-12 jaar) ..... 9

2.4. Pubers en adolescenten (13-18 jaar) ..... 9

2.5. Reacties na chronisch trauma ..... 9

2.6. Dissociatieve reacties ..... 10

3. Classificatie volgens DSM-5 ..... 12

3.1. Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen ..... 12

3.1.1. Reactieve hechtingsstoornis ..... 12

3.1.2. Ontremd-sociaalcontactstoornis ..... 12

3.1.3. Posttraumatische-stressstoornis (PTSS) ..... 12

3.1.4. Acute stressstoornis ..... 13

3.1.5. Aanpassingsstoornissen ..... 13

3.1.6. Persisterende rouwstoornis ..... 13

3.1.7. Andere gespecificeerde trauma- of stressorgerelateerde stoornis ..... 13

3.1.8. Ongespecificeerde trauma- of stressorgerelateerde stoornis ..... 14

3.2. Dissociatieve stoornissen ..... 14

3.2.1. Dissociatieve identiteitsstoornis ..... 14

3.2.2. Dissociatieve amnesie ..... 14

3.2.3. Depersonalisatie-/derealisatiestoornis ..... 15

3.2.4. Andere gespecificeerde dissociatieve stoornis ..... 15

3.2.5. Ongespecificeerde dissociatieve stoornis ..... 15

4. Van screening tot verwijzing ..... 16

4.1. Gesprek met kind en ouders ..... 16

4.2. Risicotaxatie bij vermoeden van kindermishandeling ..... 16

4.3. Besliscriteria voor verwijzing ..... 17

4.4. Voorwaarden voor verwijzing ..... 18

4.5. Screeningslijsten PTSS ..... 19

5. Diagnostisch onderzoek ..... 21

5.1. Relevante diagnostische variabelen ..... 21

5.2. Meetinstrumenten ..... 22

5.2.1. Klinisch-diagnostische interviews ..... 23

5.2.2. Vragenlijsten ..... 25
6. Criteria voor testbatterij ..... 35
7. Literatuur ..... 37
BIJLAGE I. Stramien voor screeningsgesprek met kind ..... 46
BIJLAGE II. Stramien voor screeningsgesprek met ouder ..... 47
BIJLAGE III. Overzicht meetinstrumenten: klinische interviews ..... 48
BIJLAGE IV. Overzicht meetinstrumenten: vragenlijsten ..... 49

## 1. INLEIDING

Epidemiologisch onderzoek wijst uit dat een hoger aantal kinderen en adolescenten aan een of meer potentieel traumatische gebeurtenissen wordt blootgesteld vóór het 16de levensjaar dan vaak wordt gedacht (Beer & De Roos, 2026). Dit percentage varieert in verschillende onderzoeken tussen 25 en 68% van de kinderen (Alisic et al., 2014; Lewis et al., 2019; Visser et al., 2025; Woolgar et al., 2022). De cijfers lopen sterk uiteen door het gebruik van verschillende definities van traumatische gebeurtenissen, verschillende onderzoekspopulaties, verschillende typen informanten en verschillende meetinstrumenten (Smith et al., 2019; Verlinden et al., 2017). In Europese studies zijn de prevalentiecijfers lager dan in Amerikaanse en Afrikaanse studies (Verlinden et al., 2017, pp. 236-237). De prevalentiestudie van Alink en collega's (2018) toont aan dat jaarlijks 2,6 tot 3,7% van alle in Nederland wonende kinderen een vorm van kindermishandeling ervaart.

Een traumatische gebeurtenis - in de literatuur ook wel een schokkende, ingrijpende of overweldigende gebeurtenis genoemd - is een gebeurtenis die kan leiden tot traumaklachten, ofwel traumagerelateerde of psychotraumagerelateerde klachten. Eenzelfde gebeurtenis kan bij de één tot traumagerelateerde klachten leiden en bij de ander niet. In de Engelstalige literatuur wordt daarom de afkorting PTEs gehanteerd (potentially traumatic events). 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 één of meer traumatische gebeurtenissen. Volgens de definitie in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision* (DSM-5-TR, APA, 2022) 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 een schending van de lichamelijke integriteit. Het subjectieve criterium dat in de DSM-IV eveneens aan de gebeurtenis gekoppeld was ('de gebeurtenis gaat gepaard met intense angst, machteloosheid en extreem onbehagen') is in de DSM-5 als criterium verdwenen.

Traumatische gebeurtenissen kunnen eenmalig zijn of zich over langere tijd herhalen en kunnen worden aangeduid als type I versus type II (Terr, 1991) of als enkelvoudig versus chronisch trauma. De Bellis & Van Dillen (2005) hebben een indeling voorgesteld op basis van de aard van de gebeurtenis: *interpersoonlijke traumatisering*, veroorzaakt door menselijk handelen of door de relatie tussen mensen, waaronder alle vormen van geweld en kindermishandeling, tegenover *non-interpersoonlijke traumatisering,* die niet wordt veroorzaakt door menselijk handelen. Onder de tweede categorie vallen gebeurtenissen zoals natuurrampen, (verkeers-)ongevallen, confrontatie met een levensbedreigende ziekte of medische interventies (Beer & De Roos, 2026). Een derde indeling is gebaseerd op de wijze van blootstelling aan de gebeurtenissen. Zo onderscheidt de DSM-5 tussen directe en indirecte blootstelling aan een traumatische gebeurtenis. Indirecte blootstelling betekent dat een kind niet aanwezig was, maar wel heeft gehoord over de gebeurtenis die elders heeft plaatsgevonden. Getuige zijn van hoe een ander getroffen wordt wordt daarentegen gezien als een vorm van directe blootstelling; deze vorm kan soms sterker traumatiseren dan zelf getroffen worden. Dit is wellicht toe te schrijven aan de machteloosheid die gepaard gaat met passief toekijken, terwijl het slachtoffer actief bezig is met het proberen te overleven (door te vluchten, te vechten, te bevriezen of te behagen (fawn) om escalatie en verdere gevaren te voorkomen).

Een specifieke vorm van indirecte blootstelling, waarvoor diverse begrippen in omloop zijn, is secundaire traumatisering, plaatsvervangende traumatisering (*vicarious traumatisation*, *compassion fatigue*, *empathy-based stress*) (Kim et al., 2022; Rauvola et al., 2019): hiermee wordt gedoeld op klachten die kinderen kunnen ontwikkelen doordat ze herhaaldelijk indirect worden blootgesteld aan traumatische ervaringen van anderen. De term secundaire traumatisering wordt ook gebruikt om de klachten te kenschetsen van kinderen van ouders die oorlogsgetroffenen zijn. Hierbij hebben kinderen traumagerelateerde klachten ontwikkeld, terwijl ze niet direct zijn blootgesteld aan traumatische

gebeurtenissen, maar wel indirect via het functioneren van hun ouders (Bachem et al., 2018; Dashorst et al., 2019; Greenblatt-Kimron et al., 2021).

Wanneer er sprake is van verschillende typen *interpersoonlijke* chronische traumatisering binnen de context van het gezin, die in de vroege kindertijd zijn begonnen, bestaat het risico dat de ontwikkeling van de hersenen en de persoonlijkheid hierdoor wordt beïnvloed (Teicher & Samson, 2016). Dit type gebeurtenissen wordt in de ICD-11 'complex trauma' genoemd. Deze term is niet opgenomen in de DSM-5 (APA, 2013); evenmin in de latere versie DSM-5-TR (Cortés, 2022). De classificatie Complexe PTSS wordt daarom niet gehanteerd binnen het kind- en jeugdveld. Wel is het belangrijk dat in de beschrijvende diagnostiek aandacht wordt besteed aan de complexere vorm van psychotrauma-stressorgerelateerde klachten, naar aanleiding van traumatische gebeurtenissen in de ontwikkeling van het kind of de jongere (Kerig, 2013). In aanvulling hierop is het relevant om te vermelden dat classificaties pas vanaf 18 jaar verplicht zijn voor formele verwijzingen naar en binnen de GGZ.

Ten aanzien van de aard van de 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 (Beer & De Roos, 2026). Daarnaast tonen Nederlands en internationaal onderzoek aan dat kinderen ook traumaklachten kunnen ontwikkelen na het meemaken van negatieve levensgebeurtenissen die niet voldoen aan de criteria van de DSM, zoals een echtscheiding van ouders (Verlinden et al., 2013) en het gepest worden (Sachser et al., 2025).

Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) is een van de stoornissen die kunnen ontstaan als gevolg van het meemaken van één 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 et al., 2014; Visser et al., 2025); vooral kinderen die zijn blootgesteld aan interpersoonlijke traumatische gebeurtenissen lopen een groter risico om PTSS te ontwikkelen. Naar schatting ontwikkelt 20,3% volgens de DSM-IV-criteria en 12,0% volgens de DSM-5-criteria een volledige PTSS na blootstelling aan traumatische gebeurtenissen (Visser et al., 2025). Daarnaast zijn meerdere factoren van invloed op het al dan niet ontwikkelen van klachten, zoals het soort en het aantal ingrijpende gebeurtenissen (da Silva et al., 2024; Visser et al., 2025); het geslacht, waarbij meisjes een hoger risico lopen; de copingstrategieën van het kind en de belangrijke betrokkenen; en de ouderlijke reacties (Smith et al., 2018). Naast PTSS kunnen zich ook andere stoornissen ontwikkelen die in de DSM-5 onder de categorie trauma- en stressorgerelateerde stoornissen worden gerubriceerd. Daarnaast kunnen zich gedragsstoornissen, angststoornissen, stemmingsstoornissen, stoornissen in de executieve functies en stoornissen in gezinsrelaties ontwikkelen. Welke risicofactoren en beschermende factoren invloed hebben op de kans dat klachten zich ontwikkelen, blijft een belangrijke onderzoeksvraag. Inmiddels is bekend dat sociale steun van ouders, familieleden, vrienden of buren een beschermende factor is. Het bieden van steun, structuur en veiligheid door ouders bevordert het herstel na het meemaken van een traumatische gebeurtenis. Echter, als er sprake is van ouders met psychopathologie als gevolg van hun eigen trauma, vormt dit een risicofactor. Ook een gebrek aan sociale steun voor het gezin vanuit de omgeving vormt een risicofactor (Beer & De Roos, 2026).

Dit protocol is geschreven om professionals handvatten te bieden bij hun onderzoek naar de vraag of klachten van een kind die aanleiding geven tot een hulpvraag gerelateerd zijn aan het meemaken van een of meer potentieel traumatische gebeurtenissen en of het kind daarvoor behandeling behoeft.
Gedegen onderzoek naar de samenhang tussen klachten en ingrijpende gebeurtenissen is essentieel voor het vaststellen en behandelen van psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Het protocol biedt handvatten voor zowel screening als verdiepende diagnostiek. Voor behandelaren is het daarnaast van belang om procesdiagnostiek te blijven doen, vooral wanneer er sprake is van interpersoonlijk trauma, zoals seksueel misbruik of huiselijk geweld. Dit type ervaringen gaat vaak gepaard met langdurige (gedwongen) geheimhouding vanwege schaamte, schuldgevoel, loyaliteit of bedreiging en chantage. Het is niet ongebruikelijk dat pas tijdens de behandeling duidelijk wordt wat er daadwerkelijk is gebeurd, wat in dat geval soms een bijstelling van de diagnose en het behandelplan noodzakelijk maakt (Cruz et al., 2022).

Het protocol is geschreven voor uiteenlopende groepen:
Voor *verwijzers* (hulpverleners en behandelaren in de jeugdzorg en de gezondheidszorg, zoals (huis)artsen en jeugdverpleegkundigen) is het belangrijk om te kunnen bepalen of kinderen gebaat zijn bij een 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 voor een effectieve behandeling aanwezig zijn. Ook dienen zij de gestelde indicatie te kunnen toelichten met een onderbouwde classificatie en diagnose.
Voor *onderzoeker*s is het wenselijk dat vaker dezelfde diagnostische, valide en betrouwbare instrumenten worden gebruikt, zodat de verzamelde data beter met elkaar kunnen worden vergeleken (Beer, 2018).

Dit protocol belicht verschillende aspecten van classificatie, screening en diagnostiek van psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen. Het protocol begint met een overzicht van het palet aan traumagerelateerde klachten die de clinicus bij kinderen in verschillende ontwikkelingsfasen kan aantreffen *(2).* Dan volgt een schets van alle trauma- en stressorgerelateerde en dissociatieve stoornissen die binnen de DSM-5-TR (APA, 2022) worden onderscheiden *(3)*. In aansluiting hierop worden instrumenten besproken die aanbevolen worden voor screening en risicotaxati*e,* te gebruiken door verwijzers *(4).* Hierna volgt een overzicht van relevante instrumenten voor (differentiaal-)diagnostisch onderzoek naar traumagerelateerde en dissociatieve stoornissen. Omdat bij kinderen veelal sprake is van comorbiditeit, noemen we in dit overzicht eveneens betrouwbare en valide instrumenten voor diagnostisch onderzoek naar 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 relevante testbatterij voor klinisch gebruik en wetenschappelijk onderzoek. De Bijlagen bieden een stroomschema voor gestructureerde screening op de 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

Recente inzichten in de psychotraumatologie laten zien dat traumatische ervaringen op jonge leeftijd zich anders manifesteren dan bij oudere kinderen en volwassenen. Met name bij kinderen van 0–5 jaar is sprake van zogenoemd preverbaal trauma, waarbij ervaringen nog niet talig worden uitgedrukt en opgeslagen, maar zich vooral uiten op het niveau van het lichaam, de regulatie en de gehechtheidsrelatie. Dit betekent dat posttraumatische stressreacties zich in deze fase primair manifesteren in veranderingen in arousal, gedrag, lichamelijk functioneren en interactiepatronen met verzorgers. Signalen kunnen zich uiten als ontregeling zonder duidelijke aanleiding, sterke reacties op zintuiglijke prikkels, regressie in de ontwikkeling en verstoringen in de emotieregulatie en de hechting.

Voor behandelaren vraagt dit om een ontwikkelingssensitieve en observatiegerichte benadering, waarbij niet alleen wordt gekeken naar wat een kind vertelt, maar vooral naar het functioneren in het dagelijks leven en in relatie tot belangrijke anderen. Het is van belang om gedragsmatige, lichamelijke en relationele signalen, zoals het vermijden van dagelijkse routines, veranderingen in contactgedrag of verhoogde prikkelgevoeligheid, actief mee te nemen in de beoordeling. Daarnaast dienen klachten altijd te worden geduid in samenhang met de voorgeschiedenis en context van het kind, inclusief medische ervaringen, scheidingsmomenten en ervaringen met onveiligheid. Triggers liggen daarbij vaak op het niveau van sensorische prikkels en alledaagse handelingen.

Vanuit dit ontwikkelingssensitieve perspectief kunnen traumagerelateerde stressreacties zich op verschillende manieren uiten, afhankelijk van de ontwikkelingsfase van het kind. Deze reacties kunnen optreden in plaats van of naast de criteria die in de DSM-5-TR (APA, 2022) worden genoemd. Tabel 1 geeft een overzicht van leeftijdsspecifieke manifestaties die kunnen optreden na het meemaken van één (of meer) traumatische gebeurtenis(sen).

**Tabel 1. Leeftijdsspecifieke reacties na traumatische gebeurtenissen**

| Categorie | Baby's | Peuters/kleuters | Schoolkinderen | Pubers/adolescenten |
|---|---|---|---|---|
| **Herbeleving / intrusies** | • Plots overstuur zonder duidelijke aanleiding<br>• Onverklaarbaar en ontroostbaar huilen<br>• Wanhopig huilen bij triggers<br>• Heftige reacties op scheiding (separatie als trigger)<br>• Heftige reacties op zintuigelijke prikkels<br>• Schrikreacties of verstijven<br>• Krijsend wakker worden | • Posttraumatisch spel (repetitief, zonder ontlading)<br>• Nachtmerries<br>• Paniekreacties bij triggers | • Herbelevingen via spel, tekeningen of gedachten (reenactment)<br>• Preoccupatie met gebeurtenis | • Herbelevingen vergelijkbaar met volwassenen<br>• Reenactment in gedrag<br>• Fantasieën over wraak en boete |
| **Vermijding** | • Afwenden van contact of verzorging<br>• Minder oogcontact en interactie<br>• Terugtrekken, weinig exploratie | • Vermijden van situaties (slapen, bad, dokter)<br>• Klampgedrag<br>• Verminderde exploratie, terugtrekken | • Vermijden van herinneringen en situaties<br>• Sociaal terugtrekken | • Vermijden van emoties en gesprekken<br>• Emotionele afsluiting |
| **Negatieve stemming / cognities** | • Minder vitaliteit<br>• Verminderde responsiviteit<br>• Prikkelbaarheid | • Regressie (slapen, zindelijkheid, taal)<br>• Separatieangst | • Schuld- en schaamtegevoelens<br>• Zelfverwijt<br>• Piekeren<br>• Beschadigd zelfbeeld | • Schaamte en schuld<br>• Depressieve gevoelens<br>• Negatief zelf- en wereldbeeld |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | • Regressie van regulatie (minder goed drinken, slapen) | • Prikkelbaarheid en emotionele uitbarstingen<br>• Nieuwe angsten | • Concrete interpretaties | • Spanning tussen behoefte aan autonomie en afhankelijkheid/angst |
| **Verhoogde arousal / regulatie** | • Slaapproblemen<br>• Hyperalertheid (voortdurend schrikken of hoge spierspanning)<br>• Motorische onrust of juist bevriezen<br>• Moeite met regulatie, moeilijk te troosten | • Slaapproblemen<br>• Hyperalertheid, schrikreacties<br>• Impulsiviteit of agressie (slaan, bijten)<br>• Concentratieproblemen, rusteloosheid<br>• Ontregeling bij routines | • Slaapproblemen<br>• Concentratieproblemen<br>• Prikkelbaarheid | • Risicogedrag ('thrill-seeking')<br>• Middelengebruik<br>• Impulsiviteit |
| **Lichamelijke signalen/ functioneren** | • Voedingsproblemen<br>• Lichamelijke spanning, overstrekken in lichaam<br>• Buikpijnachtige klachten, spugen, obstipatie | • Buikpijn, obstipatie, hoofdpijn<br>• Spanning in lichaam, motorische onrust<br>• Eetproblemen (kieskeurig, weigering) | • Lichamelijke klachten<br>• Verslechtering schoolprestaties | • Lichamelijke klachten<br>• Disfunctioneren op school en sociaal |

Bronnen: Beer & de Roos (2017); Verlinden et al. (2017); Zeanah (2019).

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

## 2.1. BABY'S (0-1 JAAR)

Bij baby's komen traumagerelateerde klachten voornamelijk tot uiting in ontregeling van het lichaam, de regulatie en de gehechtheidsrelatie. Trauma-gerelateerde reacties kunnen zich uiten in plotselinge ontregeling, bijvoorbeeld door onverklaarbaar of ontroostbaar huilen, of door wanhopig huilen in reactie op specifieke prikkels of situaties. Baby's kunnen heftig reageren op zintuiglijke triggers, zoals geluiden, aanrakingen of verzorgingshandelingen, maar ook op de scheiding van de ouder. Dergelijke reacties kunnen wijzen op herbeleving op sensorisch en lichamelijk niveau. Daarnaast kunnen kenmerken van vermijding zichtbaar zijn, zoals het afwenden van contact, minder oogcontact en een afname van het initiatief tot interactie en exploratie. Op het niveau van stemming en regulatie kan sprake zijn van verminderde vitaliteit, prikkelbaarheid en een afname van de responsiviteit. Ook kan regressie optreden in pasverworven regulatievaardigheden, zoals drinken en slapen. Baby's kunnen zich moeilijk laten troosten en sneller ontregeld raken door relatief lichte prikkels. Verder is er vaak sprake van verhoogde of juist verlaagde arousal, zichtbaar in slaapproblemen, verhoogde schrikreacties en fysiologische ontregeling, zoals hoge spierspanning of trillingen. Baby's hebben vaak moeite om na een ontregeling weer te herstellen en tot rust te komen. Lichamelijke signalen spelen in deze fase een prominente rol, zoals voedingsproblemen, spugen, darmklachten en spanning in het lichaam. Deze klachten hangen samen met verstoringen in de stressregulatie.

## 2.2. PEUTERS EN KLEUTERS (2-5 JAAR)

Bij peuters en kleuters is sprake van een combinatie van preverbaal opgeslagen informatie en beginnende symbolische verwerking. Traumatische ervaringen komen vooral tot uiting in gedrag, spel en lichamelijke reacties. Herbelevingen zijn vaak zichtbaar in posttraumatisch spel, waarbij het kind de gebeurtenis herhaaldelijk naspeelt zonder dat dit tot opluchting of afronding leidt. Daarnaast kunnen plotselinge angst- of paniekreacties optreden bij triggers die doen denken aan de oorspronkelijke gebeurtenis. Nachtmerries komen regelmatig voor, hoewel ze niet altijd direct herleidbaar zijn tot een specifieke gebeurtenis. Vermijding kan een rol spelen in specifieke situaties, zoals slapen, in bad gaan of naar plaatsen gaan waar medische handelingen worden verricht (bij de dokter, in het ziekenhuis). Kinderen kunnen zich terugtrekken, minder verkennen of juist sterk vastklampen aan de ouder en moeite hebben om alleen te zijn. Op emotioneel vlak is er vaak sprake van prikkelbaarheid, driftbuien en een verhoogde

gevoeligheid voor stress. Regressie naar eerdere ontwikkelingsfasen, zoals verlies van zindelijkheid, taalvaardigheden of slaappatronen, komt regelmatig voor. Toegenomen separatieangst en nieuwe, soms diffuse angsten zijn eveneens kenmerkend. Verhoogde arousal uit zich in slaapproblemen, hyperalertheid, impulsief of agressief gedrag en ontregeling van dagelijkse routines, zoals eten, aankleden of tandenpoetsen. Net als bij baby's spelen lichamelijke signalen een belangrijke rol, waaronder buikpijn, spanningsklachten en motorische onrust, vaak zonder duidelijke somatische oorzaak.

### 2.3. SCHOOLKINDEREN (6-12 JAAR)

Bij schoolkinderen komen lichamelijke klachten, slaapproblemen en concentratieproblemen regelmatig voor. Kinderen in deze leeftijdsfase zijn steeds beter in staat om na te denken over de betekenis van een gebeurtenis, maar hun denkstijl blijft relatief concreet. Hierdoor kunnen zij moeite hebben om gebeurtenissen volledig te begrijpen, wat kan leiden tot verwarring over oorzaak en gevolg. Dit kan zich uiten in onterechte schuldgevoelens, bijvoorbeeld het idee dat zij de gebeurtenis hadden kunnen voorkomen. Daarnaast kunnen zij zich sterk bezighouden met hun eigen gedrag tijdens de gebeurtenis en hierover blijven piekeren. Herbelevingen komen vaak tot uiting in spel, tekeningen of gesprekken (reenactment). Kinderen kunnen er ook voor kiezen om zich terug te trekken, bijvoorbeeld om ouders of anderen niet te belasten met hun zorgen. Dit kan leiden tot verminderd sociaal functioneren en een afname van de schoolprestaties. Het zelfvertrouwen kan worden aangetast, wat gepaard kan gaan met zorgen over de eigen kwetsbaarheid en die van anderen.

### 2.4. PUBERS EN ADOLESCENTEN (13-18 JAAR)

Bij adolescenten komen de reacties steeds meer overeen met die van volwassenen. Tegelijkertijd speelt de ontwikkelingsfase een belangrijke rol, met name de spanning tussen de behoefte aan autonomie en gevoelens van afhankelijkheid en angst. Schaamte en het vermijden om over de gebeurtenis te praten komen vaak voor en kunnen bijdragen aan het ontstaan van depressieve gevoelens. Sommige jongeren doen alsof er niets aan de hand is, terwijl anderen juist risicovol gedrag gaan ontwikkelen, zoals middelengebruik of 'thrill-seeking'-gedrag, als manier om spanning en negatieve gevoelens te reguleren. Herbelevingen kunnen zich uiten in gedrag (reenactment) en in gedachten, zoals fantasieën over wraak en boete. Deze fantasieën kunnen soms intens zijn en verband houden met gevoelens van onrecht, machteloosheid en de behoefte aan controle. Daarnaast kunnen negatieve opvattingen over zichzelf, anderen en de wereld ontstaan (bijvoorbeeld: 'de wereld is onveilig' of 'niemand is te vertrouwen'), wat kan leiden tot sociale terugtrekking, wantrouwen en gedragsveranderingen. Op school kan sprake zijn van disfunctioneren op verschillende gebieden, waaronder prestaties, gedrag en aanwezigheid.

### 2.5. REACTIES NA CHRONISCH TRAUMA

Kinderen die langdurig en herhaaldelijk (chronisch) getraumatiseerd zijn, kunnen een grote variatie aan symptomen vertonen. Hoewel er geen direct en eenduidig verband bestaat tussen de aard en frequentie van meegemaakte gebeurtenissen enerzijds en de ernst van de gevolgen anderzijds (Beer & De Roos, 2026), blijkt zowel in de klinische praktijk als in empirisch onderzoek (Jonkman et al., 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 worden gebracht, zodat kan worden vastgesteld *of en hoe* deze met elkaar verband houden (Verlinden et al., 2017).

Reacties die men kan aantreffen bij chronisch getraumatiseerde kinderen zijn onder meer: hardnekkige ontkenning; zelfverdoving of zelfhypnose; problemen met affectregulatie; identificatie met de agressor; agressie tegen zichzelf; dissociatiesymptomen.
Voor de aanduiding van een specifieke vorm van chronische traumatisering, namelijk interpersoonlijke chronische traumatisering binnen het gezin, is het concept '*complex trauma*' geïntroduceerd en worden de gevolgen ook wel aangeduid als '*complexe PTSS*'. Beide termen worden door elkaar gebruikt. Het

betreft een omstreden concept dat verwijst 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, waarbij 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 et al., 2014). De gebeurtenissen vinden hierbij plaats binnen het systeem waarin het kind opgroeit: de sociale omgeving, die juist verondersteld wordt 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 verdere 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, wat leidt tot een verergering van de klinische symptomen. Deze symptomen kunnen zich manifesteren op de volgende gebieden: hechting, biologie, emotieregulatie, dissociatie, gedragsregulatie, cognities en zelfbeeld (Cruz et al., 2022; Hébert et al., 2018; Van der Kolk, 2010).

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 veel comorbide problemen hebben, waaronder pathologische dissociatie (Cook et al., 2003), heeft Van der Kolk (2010) het concept '*developmental trauma dis*order' (DTD) voorgesteld. De concepten '*complex trauma*', '*complex PTSD*' en '*developmental trauma disorder*' zijn echter (nog) niet opgenomen in de DSM-5-TR vanwege onvoldoende overeenstemming over de aard van de veronderstelde relevante gebeurtenissen en de daaruit voortvloeiende gevolgen. Nieuwe onderzoeken wijzen erop dat er mogelijk wel aanwijzingen zijn voor een classificatie of subtype voor DTD (Cruz et al, 2022), maar internationaal is hier nog geen overeenstemming over (Morelii et al., 2022). In de ICD-11 (2018) is complexe PTSS wel opgenomen als een aparte categorie.

In de huidige situatie worden bij kinderen met een palet aan symptomen vaak diverse diagnoses gesteld die als comorbiditeit worden beschouwd. De vraag is echter of er eerder sprake is van een netwerk van samenhangende traumagerelateerde symptomen dan van comorbiditeit. Er is veel debat in het veld over het (on)nut van een onderscheid tussen verschillende typen PTSS en de (on)wenselijkheid van verschillende behandelwijzen of benaderingen voor kinderen met verschillende typen symptomatologie (Bicanic et al., 2015; Schmid et al., 2013). Wij bevelen aan om bij kinderen die vroegkinderlijk en chronisch getraumatiseerd zijn zorgvuldig diagnostisch onderzoek te doen. Het is van groot belang om deze kinderen en hun omgeving een zo optimaal mogelijke behandeling te kunnen bieden. Een passende, beschrijvende diagnose waarin de samenhang tussen de ingrijpende gebeurtenissen en de klachten duidelijk wordt, is essentieel voor het bepalen van gerichte aanknopingspunten voor de behandeling.

## 2.6. Dissociatieve reacties

In de DSM-5 wordt het dissociatieve subtype van de posttraumatische stressstoornis (PTSS) onderkend als een specificeerbare subcategorie, waarbij naast de reguliere PTSS-symptomen ook aanhoudende of terugkerende dissociatieve verschijnselen optreden, zoals depersonalisatie en derealisatie. Dissociatie is een structurele scheiding tussen psychologische processen die normaal gesproken 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 de realiteitstoetsing bij deze kinderen 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 (peritraumatische dissociatie) kunnen adaptief zijn, maar als deze reacties aanhouden, leidt dit veelal tot een falend verwerkingsproces van de gebeurtenis en daardoor tot sterkere posttraumatische stressreacties ( Hauber & Struik, 2026).
Bij chronische traumatisering blijkt de kans op het ontwikkelen van vaardigheden tot dissociëren groter te zijn naarmate de traumatische gebeurtenissen eerder in het leven zijn begonnen.
Dissociatieve reacties kunnen variëren op een continuüm van mild tot ernstig. Reacties zijn waar te nemen op de volgende gebieden (Potgieter et al., 2015; Sinason & Marks, 2021:

- 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 ontwikkelingsstagnatie te voorkomen.

Paragraaf 3 biedt een overzicht van stoornissen die in de DSM-5 zijn ondergebracht binnen de categorieën trauma- en stressorgerelateerde stoornissen en dissociatieve stoornissen. In paragraaf 5 bespreken we instrumenten met behulp waarvan men kan vaststellen of er voldoende symptomen aanwezig zijn om deze stoornissen te classificeren. In Bijlagen I en II volgen aanwijzingen over hoe men in een screeningsgesprek met het kind en de ouders kan nagaan of er mogelijk dissociatieve reacties aanwezig zijn.

Met de huidige stand van zaken is het nog steeds niet mogelijk om dissociatieve stoornissen te diagnosticeren in één of enkele sessies met behulp van gevalideerde instrumenten. Dit vraagt om een langer durend proces in een veilige behandelcontext (Struik, 2017; Potgieter-Marks et al., 2015; Sinason & Marks, 2021). Zowel de diagnostiek als de behandeling van deze doelgroep verkeren nog in een experimenteel stadium (Hauber & Struik, 2026; Woolard, 2024)

# 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 alleen manifeste symptomen ordent. Binnen de DSM-5-TR (APA, 2022) worden twee categorieën stoornissen onderscheiden die een relatie veronderstellen tussen het meemaken van een of meer gebeurtenissen en psychopathologie, namelijk trauma- en stressorgerelateerde stoornissen en dissociatieve stoornissen. Deze paragraaf biedt een overzicht van de stoornissen binnen deze twee categorieën met een globale kenschets van elke stoornis[2]. Zie voor een gedetailleerde beschrijving van alle stoornissen en de specifieke criteria voor classificatie de Nederlandse vertaling van de DSM-5-TR (APA, 2022). Het is niet toegestaan om meer specifieke beschrijvingen en criteria uit de DSM op te nemen in dit diagnostiekprotocol.

## 3.1. Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen

In deze categorie zijn acht 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 gedragspatroon 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; de stoornis dient vóór het vijfde levensjaar aanwezig te zijn.
De DSM-5-TR beschrijft criteria ten aanzien van zowel het gedrag als het sociaal-emotionele functioneren van het kind alsook ten aanzien van de vorm van verzorging die het (niet) heeft meegemaakt.

### 3.1.2. Ontremd-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 gedragspatroon de manier waarop het kind actief onbekende volwassenen benadert en met hen omgaat.

### 3.1.3. Posttraumatische-stressstoornis (PTSS)

<u>Bij kinderen > 6 jaar.</u>

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 naaste 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;
- verhoogde arousal en reactiviteit

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

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 bestaat dat zij niet aan de criteria voor PTSS voldoen (Scheeringa et al., 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 met 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 van depersonalisatie of derealisatie aanwezig. 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, alsof het in een droom zit, veraf of vervormd (derealisatie).
Het tweede subtype betreft *PTSS met uitgestelde expressie*, ofwel PTSS waarbij symptomen zich pas later manifesteren, namelijk langer dan 6 maanden na de traumatische gebeurtenis.

### 3.1.4. Acute stressstoornis

Een acute stressstoornis kan worden geclassificeerd, 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(sen) niet voldoet(n) aan de criteria ten aanzien van de gebeurtenis, zoals bij acute stressstoornis (3.1.4.) en posttraumatische stressstoornis (3.1.3.). Hier is sprake van stressor(en) in plaats van traumatische gebeurtenis(sen). 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. Persisterende rouwstoornis

Deze stoornis, ook wel *Prolonged Grief Disorder* genoemd, is in de DSM-5-TR officieel erkend als een classificatie. De stoornis ontstaat na het verlies van een dierbare en wordt gekenmerkt door een langdurige en intense rouwreactie die het dagelijks functioneren ernstig belemmert. Symptomen zijn onder meer een aanhoudend verlangen naar of preoccupatie met de overledene, diep verdriet, moeite om het verlies te accepteren en een gevoel van leegte of zinloosheid. Bij volwassenen moeten de klachten minstens 12 maanden aanhouden; bij kinderen onder de 18 jaar is dit 6 maanden. De classificatie helpt om passende psychologische ondersteuning te bieden wanneer rouwklachten niet vanzelf afnemen.

### 3.1.7. 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 voor een van de stoornissen. Deze classificatie komt in aanmerking wanneer men wil aangeven wat de specifieke reden is waarom het klinisch beeld niet aan de criteria voldoet.

### 3.1.8. 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 niet volledig voldoen aan de criteria voor een van deze 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

Net als trauma- en stressorgerelateerde stoornissen kunnen dissociatieve stoornissen ontstaan na het meemaken van traumatische gebeurtenissen. Als er sprake is van een 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 door te bevriezen of te 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 op in situaties die in het verleden geassocieerd zijn met bedreiging of gevaar. We spreken dan over dissociatieve reacties of symptomen. Als dissociatieve symptomen langdurig blijven voortbestaan, kan er sprake zijn van een dissociatieve stoornis.

Volgens de DSM-5-TR 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, 2022, p. 329). Er worden vijf dissociatieve stoornissen onderscheiden.

Op basis van onderzoek is nog onvoldoende vastgesteld of deze dissociatieve stoornissen ook op kinderen van toepassing zijn. Zowel het diagnostisch onderzoek als de behandeling van dissociatieve stoornissen bij kinderen worden bemoeilijkt door een gebrek aan betrouwbare en valide instrumenten en door controverses over de diagnostiek en behandeling bij kinderen en adolescenten (Potgieter-Marks et al., 2015; Segers, 2006). Hierna volgt een globale beschrijving van de stoornissen. Voor meer details wordt de lezer verwezen naar de DSM-5-TR (APA, 2022) en de Zorgstandaard Dissociatieve Stoornissen (AKWA, 2020).

### 3.2.1. Dissociatieve identiteitsstoornis

Hierbij is sprake van fragmentatie van de identiteit gekenmerkt door twee of meer persoonlijkheidstoestanden. De fragmentatie omvat duidelijke discontinuïteit in de zelfbeleving en het gevoel van zelfcontrole, gepaard gaand met gerelateerde 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 van 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, alsof het in een droom is, wazig of visueel vervormd).
Het realiteitsbesef blijft intact tijdens een ervaring van depersonalisatie of derealisatie.
De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren.

### 3.2.4. ANDERE GESPECIFICEERDE DISSOCIATIEVE STOORNIS

Klinische beelden met kenmerkende symptomen die ook leed of beperking veroorzaken, maar niet voldoende om een van de stoornissen te classificeren. De clinicus kiest ervoor om 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 er zijn 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 een verwijzing voor traumabehandeling geïndiceerd lijkt.

Paragraaf 4.1 bespreekt enkele aandachtspunten voor het screeningsgesprek. In paragraaf 4.2 wordt besproken wat een hulpverlener kan doen wanneer er vermoedens zijn dat kindermishandeling een rol speelt. De hulpverlener heeft dan 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). In paragraaf 4.3 wordt aandacht besteed aan de criteria op basis waarvan men kan besluiten tot verwijzing. In paragraaf 4.4 worden de voorwaarden voor een adequate verwijzing aangegeven, zodat snel kan worden gestart met specialistische traumadiagnostiek en, indien noodzakelijk, traumabehandeling.

In de laatste paragraaf worden vragenlijsten besproken die behulpzaam zijn voor een systematische inventarisatie van gebeurtenissen en symptomen. Dit leidt tot passende diagnostiek, die in hoofdstuk 5 wordt besproken.

## 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 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 vanzelf beginnen te praten over deze gebeurtenissen. Om deze reden is het essentieel om expliciet navraag te doen bij zowel de ouders als het kind.

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 met meegemaakte gebeurtenissen wordt vermoed, is het nuttig om te vragen of ze nare gebeurtenissen hebben meegemaakt.

Het wordt aanbevolen 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 meegemaakte 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 Bijlagen I en II voor een stramien voor een screeningsgesprek met het kind en de ouder. Details worden pas later uitgevraagd, dus niet tijdens de screening.

## 4.2. RISICOTAXATIE BIJ VERMOEDEN VAN KINDERMISHANDELING

Als de professional (hulpverlener/arts/andere verwijzer) vermoedt 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 beschikbaar 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 hulpverlenen 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 het in voldoende mate mogelijk is om hulp te bieden of te organiseren. Als dit niet mogelijk is, doet de professional een melding. Vanaf 1 januari 2019 is de beroepskracht verplicht om bij stap 4 en 5 van de meldcode een afwegingskader te gebruiken. Per beroep zijn de afwegingskaders te vinden op: https://www.rijksoverheid.nl/.

### 4.3. BESLISCRITERIA VOOR VERWIJZING

Criteria voor het bepalen of doorverwijzing naar een Jeugd-GGZ-instelling of een behandelaar voor traumagerichte behandeling nodig is, kunnen worden onderscheiden in:

- 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 leed of ontwikkelingsstagnatie, en dit is bepalend voor de vraag of een 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 het kind en/of de verzorgers zijn bereid mee te werken aan nader onderzoek en/of behandeling hiervan.
- 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;
- De verwijzer twijfelt of de aanpak van de ouders optimaal is voor het kind.

Verwijzing is *niet aangewezen* als:

- Na het meemaken van traumatische gebeurtenissen worden er geen klachten waargenomen door de ouders of het kind zelf, en het kind lijkt ook geen last te hebben van herinneringen aan de gebeurtenis(sen). In dat geval kan men ouders adviseren om snel contact te zoeken, indien zich later onverhoopt alsnog problemen manifesteren 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 een verwijzing, terwijl dit wel aangewezen wordt geacht. In de volgende paragraaf geven we aan met welke juridische aspecten rekening gehouden moet worden.

## 4.4. 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 de jongere hierdoor verminderen en het voor (pleeg-)ouders makkelijker wordt om hun kind verder op te voeden.
- Rolverdeling

  Vaak zijn in dergelijke situaties meerdere hulpverleningsinstanties betrokken. Voor een verwijzing is het belangrijk dat duidelijk is welke hulpverlener of instantie welke rol en welke taken heeft. Het moet duidelijk zijn wie de primaire taak heeft om samen met het gezin de veiligheid binnen het gezin te bewaken.
- 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, vooral wanneer er sprake is van vechtscheiding en/of kindermishandeling, op de juiste manier toestemming is verkregen.

  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, is alleen de toestemming van het kind voldoende.

  *Gezinsvoogd*

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

  *Vervangende toestemming*

  Als medische zorg voor het kind noodzakelijk is en een gezaghebbende ouder weigert daarvoor toestemming te verlenen, kan de gezinsvoogd de kinderrechter om vervangende toestemming vragen. In dat geval behouden ouders wel hun gezag, maar niet voor die ene beslissing, wat leidt tot een verwijzing voor diagnostiek en behandeling.

  *Voogdij*

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

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

## 4.5. SCREENINGSLIJSTEN PTSS

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

Voor de 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 kindermishandeling 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 (**CTQ-SF)** in aanmerking (Bernstein & Fink, 1998). Deze is in het Nederlands ook wel bekend als de Jeugdtrauma-vragenlijst, ofwel **JTV** (Thombs et al., 2009). De CTQ-SF is een retrospectieve zelfrapportagevragenlijst 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 worden gemaakt van de Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen, ofwel **VMG** (Veerman et al., 2011). Zie paragraaf 5.2.2.: ‘gezinsfunctioneren’.
- Life Events Checklist **(LEC)** uit de Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA). Een uitgebreide checklist met 26 gebeurtenissen die een kind kan hebben meegemaakt. De lijst kan zowel door het kind als door de opvoeder(s) worden ingevuld, evenals samen met de therapeut. Deze uitgebreide *LEC* geeft inzicht in welke gebeurtenissen een kind heeft meegemaakt (Meijel et al., 2019). Ook de KJTS (Kooij et al., 2024, Kind en Jeugd Trauma Screener, zie volgende lijst van screeners) heeft een kortere versie van een Life Event Checklist die gebruikt kan worden voor de screening op potentiële traumatische en ingrijpende gebeurtenissen.

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

- De Kind en Jeugd Trauma Screener 7-18 jaar **(KJTS)** is een traumasymptoom-screeningslijst met een opvoedervragenlijst en een zelfbeoordelingslijst voor kinderen van 7 tot 18 jaar (Kooij et al., 2024). Deze vragenlijst bestaat uit een korte checklist van vijftien gebeurtenissen en twintig vragen over de symptomen volgens de symptoomcriteria van de DSM-5. De lijst wordt afgesloten met vijf vragen over belemmeringen bij het dagelijks functioneren. De vragenlijst is beschikbaar in verschillende talen en te vinden via https://www.uni-bamberg.de/en/kijupsych/translate-to-english-klinische-diagnostik/translate-to-english-cats/. Daarnaast is er een oudervragenlijst beschikbaar voor kinderen in de leeftijd van 3-6 jaar: Kind en Jeugd Trauma Screener 3-6 jaar **(KJTS)**. Deze screener bevat een korte checklist van vijftien gebeurtenissen, zestien vragen over de symptomen volgens de symptoomcriteria van de DSM-5. De lijst wordt afgesloten met vijf vragen over belemmeringen in het dagelijks functioneren (Sachser et al., 2017). Nederlandse vertaling: Kooij & Lindauer, 2019. De lijsten zijn eenvoudig in gebruik en vrij verkrijgbaar via de website van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI).
- De Strengths and Difficulties Questionnaire, ofwel **SDQ** (Goodman, 1997; Nederlandse vertaling: Goedhart et al., 2003), is een korte screeningslijst die emotionele en gedragsproblemen en sociale competenties meet bij kinderen en jongeren van 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 prosociaal 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 ondervindt zowel nationaal als internationaal groeiende populariteit. Er is in verschillende landen onderzoek gedaan naar de SDQ, waaronder ook in Nederland.

## 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 heeft meegemaakt met belevingsaspecten daarbij; (b) welke traumaklachten en comorbide problematiek een kind of jongere heeft; (c) of een hypothese kan worden opgesteld ten aanzien van een eventuele samenhang tussen meegemaakte gebeurtenissen en klachten.

We onderscheiden diagnostisch onderzoek dat gericht is op de classificatie van de problematiek (classificerende diagnostiek) en op de beschrijving ervan (beschrijvende diagnostiek). In het diagnostisch proces worden op basis van diagnostische instrumenten, gesprekken en observaties hypothesen geformuleerd over hoe symptomen onderling kunnen samenhangen binnen de context van het functioneren van het kind en het gezin. Daarna volgt verklarende diagnostiek, gericht op behandeling: een analyse van factoren die worden verondersteld invloed te hebben op het ontstaan en voortbestaan van de klachten. Deze verklarende diagnostiek vormt de basis voor 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 de verwijzing heeft plaatsgevonden (of rechtstreeks is aangemeld voor diagnostiek), vindt diagnostisch onderzoek plaats, gericht op classificatie en behandelindicatie. De reeds verzamelde informatie wordt waar nodig aangevuld en verdiept. 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, worden gemeten. Bij kinderen die worden geïncludeerd in wetenschappelijk onderzoek wordt over het algemeen meer gemeten 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 comorbiditeit,

verdient het aanbeveling om het functioneren van het kind op meerdere gebieden zorgvuldig in kaart te brengen.
Hieronder wordt besproken welke meetinstrumenten daarbij gebruikt kunnen worden, naast (zelf)rapportage door ouders, de leerkracht en het kind. Per casus kan men instrumenten kiezen afhankelijk van de doelstelling.

## 5.2. MEETINSTRUMENTEN

Er dient te worden vastgesteld wat er behandeld kan en moet worden. De 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 psychometrisch goed onderbouwde vragenlijsten. Gestandaardiseerde instrumenten kunnen niet volledig recht doen aan de interne belevingen van een kind, maar maken wel een geobjectiveerde 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 effecten van de behandeling (Alisic et al., 2012). De klachtenrapportages van kinderen en hun ouders of verzorgers verschillen vaak aanzienlijk. Het advies is daarom om gegevens te verzamelen van meerdere informanten, waaronder het kind zelf, ouders of verzorgers en andere belangrijke personen zoals mentoren of leerkrachten (Kooij et al., 2024).

Omdat psychotrauma zulke uiteenlopende effecten kan hebben, (zie paragraaf 2), is het van belang om eventuele comorbiditeit ook goed in kaart te brengen. Zoals gebruikelijk bij kinderen en adolescenten steunt de diagnostiek bij voorkeur op verschillende informanten: de rapportage van het kind, ouders en anderen, zoals de leerkracht (Beer & De Roos, 2026; NICE, 2018).

Hulpverleners kunnen terughoudend zijn om bij kinderen te vragen wat er is gebeurd en waar het kind hinder van ondervindt. Deze terughoudendheid komt voort uit de 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 op een leeftijdsadequate manier navraagt. Zelfrapportage door kinderen blijkt van groot belang. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat ouders de ernst van traumagerelateerde klachten bij hun kind kunnen onderschatten (Skar et al., 2021). Daarnaast kan bij ouderrapportage sprake zijn van een bias wanneer de ouder zelf psychische klachten heeft als gevolg 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 (Bailey et al., 2023; Cohodes et al., 2016).

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 hun eigen klachten valide en betrouwbaar te kunnen rapporteren. In die situaties kan rapportage door ouders waardevolle informatie opleveren of een aanvulling zijn op de zelfrapportage van het kind (Coombes et al., 2021). Hierbij dient men er rekening mee 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 rapporteren daarentegen over het algemeen betrouwbaar over hun interne belevingen en minder betrouwbaar over hun eigen gedrag (Strand, Sarmiento, & Pasquale, 2005; Beer & De Roos, 2026).

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, de afnameduur en de vereiste klinische ervaring. Daarna volgen ‘overige’ instrumenten die niet aan deze criteria voldoen, maar die in de literatuur veelvuldig worden genoemd.

### 5.2.1. KLINISCH-DIAGNOSTISCHE INTERVIEWS

Onderstaande instrumenten worden aanbevolen op grond van de hierboven genoemde criteria. Vier interviews komen in aanmerking.

- De *Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents for DSM-5*, ofwel **CAPS-CA DSM-5** (Nader et al., 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 bij het kind afgenomen. Afhankelijk van de leeftijd van het kind en de meegemaakte gebeurtenissen duurt de afname van het interview 45 tot 60 minuten. De meegemaakte gebeurtenissen worden met behulp van de life-eventschecklist in kaart gebracht. De CAPS-CA DSM-5 meet de frequentie en 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 is, de convergente/divergente validiteit acceptabel is en de behandelresponsiviteit goed is (Diehle et al., 2013). De psychometrische eigenschappen van de CAPS-CA DSM-5 worden momenteel onderzocht. Volgens het *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2018) wordt de CAPS-CA beschouwd als de gouden standaard voor de diagnostiek 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 behandeleffecten of voor gebruik in wetenschappelijk onderzoek. De CAPS-CA beperkt zich echter tot het interviewen van het kind. Wij adviseren om ook ouders te betrekken bij 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 en een gecertificeerde training voor het afnemen van de CAPS-CA is beschikbar via RINO Amsterdam
- De *SCID-5 Junior PTSS-module* is een semigestructureerd klinisch interview dat bedoeld is om posttraumatische stressstoornis (PTSS) vast te stellen bij kinderen en jongeren volgens de criteria van de DSM-5-TR. Het is onderdeel van een groter semigestructureerd klinisch interview waarin alle DSM-5-TR-domeinen worden besproken. Dit kan zowel met het kind als met de ouder/verzorger. De PTSS-module onderzoekt systematisch of er sprake is geweest van een traumatische gebeurtenis en beoordeelt vervolgens de aanwezigheid van PTSS-symptomen, verdeeld over de vier DSM-5-TR-symptoomclusters (herbeleving, vermijding, negatieve cognities en stemming, en verhoogde prikkelbaarheid). De vragen zijn aangepast aan het taalgebruik en de belevingswereld van jongeren, en er is ruimte voor klinische afweging.
- De *Diagnostic Infant and Preschool Assessment*, ofwel **DIPA** (Scheeringa & Haslett 2010; Nederlandse vertaling door Gigengack, van Meijel en Lindauer, 2013). De DIPA is een semi-gestructureerd interview voor het diagnosticeren van PTSS, depressieve stoornis, disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis, gedragsstoornissen (ADHD, oppositioneel-opstandige 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 de symptomen bij het kind. Het is geschikt voor ouders/verzorgers van kinderen van 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 uitgebracht door 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 gediagnosticeerd 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/).
- Het *Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren - Ernstige Verstandelijke Beperking***,** ofwel **DITS-EVB** (Hoogstad, Mevissen, De Jongh, & Didden, 2026).De DITS-EVB is een klinisch interview dat wordt gebruikt om een posttraumatische stressstoornis vast te stellen bij mensen met een ernstige of matige verstandelijke beperking (IQ < 50; ernstige beperkingen in het adaptief functioneren), volgens de DSM-5-TR-criteria voor kinderen van 6 jaar en jonger (American Psychiatric Association, 2022). Deze criteria sluiten het beste aan bij de cognitieve ontwikkelingsleeftijd en het niveau van functioneren van mensen met een ernstige of matige VB. De DITS-EVB is een aangepaste versie van de ouderversie van de DITS-LVB (Mevissen et al., 2018) en wordt afgenomen bij een informant die de persoon goed kent, zoals een verwant, een professionele begeleider of een andere verzorger.

  Het interview bestaat uit twee hoofdonderdelen: een deel waarin traumatische en stressvolle gebeurtenissen worden uitgevraagd en een deel waarin wordt gevraagd naar klachten (symptomen) die hierdoor zijn ontstaan. Vervolgens wordt vastgesteld in welke mate het dagelijks functioneren van de persoon door de meegemaakte gebeurtenissen wordt belemmerd, wat wordt weergegeven in de interferentiescore. Tot slot wordt gevraagd wanneer de klachten zijn begonnen. Met het scoreformulier wordt vastgesteld of de persoon voldoet aan de DSM-5-TR PTSS-criteria voor kinderen van 6 jaar en jonger.

  De aanpassingen ten opzichte van de DITS-LVB betreffen ten eerste het herformuleren van enkele items om deze beter te laten aansluiten bij mensen met een ernstige of matige verstandelijke beperking. Deze aanpassingen hadden bijvoorbeeld betrekking op items over de leefomgeving, bijvoorbeeld door “dagbesteding” toe te voegen naast “school” of “werk”. Daarnaast is bij een aantal gebeurtenissen de vraag toegevoegd: “Of heeft [naam] gezien of gehoord dat dit een ouder of verzorger is overkomen?”. Dit sluit aan bij de DSM-5-TR-criteria voor PTSS ≤ 6 jaar, die benadrukken dat het zien of horen dat een primaire verzorger dergelijke gebeurtenissen heeft meegemaakt traumatiserend kan zijn. Ten tweede zijn er gebeurtenissen toegevoegd die relatief vaak voorkomen bij mensen met een ernstige of matige verstandelijke beperking, zoals medische problemen en wisselingen van verzorgers. Ten slotte zijn enkele symptomen verwijderd omdat deze niet relevant waren voor deze doelgroep en bovendien niet meetellen volgens de DSM-5-TR PTSS-criteria voor jonge kinderen.

Overige interviews:

- De *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children-Present and Lifetime Version*, ofwel **K-SADS-PL** (Kaufman et al., 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 classificatie zijn alleen scores op vragenlijsten niet voldoende; daarnaast zijn observaties en gesprekken nodig. Vragenlijsten zijn bedoeld om de problematiek en het functioneren op bepaalde gebieden efficiënt, gestandaardiseerd en gestructureerd in kaart te brengen. Ze zijn bovendien geschikt voor het meten van behandeleffecten. De volgende vragenlijsten zijn eveneens geselecteerd op basis van de eerder genoemde criteria: (internationale) richtlijnen, psychometrische eigenschappen en praktische zaken, zoals gebruiksvriendelijkheid en afnameduur. Ze zijn gerangschikt op de aard van de problematiek/het functioneren dat 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, copingstijl, aandacht- en geheugenfuncties, gezinsfunctioneren, globaal functioneren en kwaliteit van leven. Naast dit document wordt aangeraden om de zorgstandaarden via de GGZ-zorgstandaarden en de richtlijnen Jeugdhulp online te blijven raadplegen. Deze online pagina's zullen ook zo up-to-date mogelijk blijven en de ontwikkeling van nieuwe instrumenten volgen.

**A. PTSS-symptomen**

Aanbevolen vragenlijsten in aanvulling op de screeningslijsten uit paragraaf 4.5:

- De *Trauma Symptom Checklist for Children*, ofwel **TSCC** (Briere, 1996; Nederlandse vertaling: Tierolf, 2021; Nederlandse benaming: Vragenlijst over traumasymptomen bij jongeren) en de Trauma Symptom Checklist for Young Children, ofwel **TSCYC** (Briere, 2005, Nederlandse vertaling: Tierolf & Lamers-Winkelman, 2014; Nederlandse benaming: Vragenlijst over traumasymptomen bij 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 aparte schalen om de validiteit van de rapportage vast te stellen (ontkenning en overdrijving). De TSCC is een zelfinvullijst voor kinderen van 10 tot en met 18 jaar en bestaat uit 54 items. De TSCYC wordt ingevuld door ouders van kinderen van 3 tot en met 12 jaar en bestaat uit 90 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 Nederlandse en Vlaamse populaties (Bal & Uvin, 2009; Matulis et al., 2015; Tierolf, Schuengel, & Lamers-Winkelman, 2018). De resultaten tonen aan dat de TSCC en de TSCYC betrouwbare en valide vragenlijsten zijn. Voor de TSCYC en de TSCC zijn representatieve normen beschikbaar, gebaseerd op de Nederlandse bevolking, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (Tierolf & Lamers-Winkelman, 2014; Tierolf, Schuengel & Lamers-Winkelman, 2018; Tierolf, 2021). De Nederlandstalige TSCC en TSCYC zijn beschikbaar bij Hogrefe Uitgevers.
- Traumatic Grief Inventory-Self Report plus (TGI-SR+) is een vragenlijst met 22 items die verschillende rouwreacties in kaart brengt. De items zijn afgestemd op de symptomen van (i) persisterende complexe rouwstoornis zoals beschreven in de DSM-5 (APA, 2013), (ii) prolonged grief disorder volgens de DSM-5-TR (APA, 2022), (iii) prolonged grief disorder zoals opgenomen in de ICD-11 (WHO, 2018), en (iv) de criteria van Prigerson et al. (2009). De TGI-SR+ is gebaseerd op de

zelfrapportagevragenlijst met 18 items (Boelen & Smid, 2017; Boelen et al., 2018). Deze 18 items zijn opgenomen als items 1 t/m 18 in de TGI-SR+. Voor de TGI-SR+ zijn vier aanvullende items toegevoegd, specifiek gericht op symptomen van prolonged grief disorder volgens de ICD-11. Na opname van prolonged grief disorder in de DSM-5-TR zijn uit de TGI-SR+ die items geselecteerd die overeenkomen met de nieuwe diagnostische criteria. De Rouwvragenlijst voor Kinderen en Jongeren (RVLK) bestaat uit 30 items en wordt gebruikt om de aard en intensiteit van rouwreacties te meten bij kinderen tussen de 6 en 18 jaar.

**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 van 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 deze 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 een dissociatieve stoornis. De afnameduur is ongeveer 10 minuten. Internationaal onderzoek heeft aangetoond dat de A-DES een goede interne consistentie en voldoende test-hertestbetrouwbaarheid heeft. 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 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: angst en depressie. De psychometrische eigenschappen van de RCADS-47, en de verkorte versies zijn in diverse internationale studies onderzocht. De zelfrapportagevragenlijst is ook onderzocht in een Nederlandse populatie van kinderen (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 wat betreft 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 – medisch type, specifieke fobie – situationeel type, sociale fobie, obsessief-compulsieve stoornis, posttraumatische en acute stressstoornis, generaliseerde angststoornis. Er zijn een kind- en ouderversie beschikbaar. De SCARED-NL dient afgenomen te worden door een psycholoog of iemand uit een aanverwante discipline. 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, 201, 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, en 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 voor angstsymptomen en -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 daarvan. De vragenlijst is geschikt voor kinderen en jongeren van 8 t/m 21 jaar. Een zelfrapportagevragenlijst (28 items) en een oudervragenlijst (17 items) zijn beschikbaar. De afnameduur van de zelfrapportagevragenlijst is ongeveer 10-15 minuten; die van de oudervragenlijst is 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-Winkelman, 2016) is een seksuele gedragsvragenlijst. De vragenlijst bestaat uit 38 items en is bedoeld om seksueel (afwijkend) gedrag bij kinderen van 2 tot en met 12 jaar in kaart te brengen. De CSBI heeft een totaalscore en twee subschalen: ontwikkelingsgerelateerd seksueel gedrag (OGSG) en seksueel misbruikgerelateerd gedrag (SMGG). De CSBI kan in de klinische praktijk worden gebruikt 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 in diverse (internationale) onderzoeken onderzocht. Er zijn representatieve normen beschikbaar, gebaseerd op een representatieve Nederlandse populatie, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (Jonkman, Verlinden, Punt & Lamers-Winkelman, 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 een 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 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 de gestandaardiseerde classificatie van gedragsstoornissen. Of er sprake is van een *traumagerelateerde* gedragsstoornis, dient, indien die vastgesteld wordt, uit overige diagnostische gegevens te blijken. De VvGK is verkrijgbaar bij uitgeverij Pearson.
- De ADHD-vragenlijst, ook wel **AVL genoemd** (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 gedragssymptomen van ADHD. De AVL bestaat uit 18 vragen verdeeld over drie subschalen: 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. Gehechtheid**

Soms vinden traumatische gebeurtenissen plaats binnen het gezin of de opvoedomgeving. Denk hierbij aan voorbeelden van huiselijk geweld, verwaarlozing of seksueel misbruik door een ouder, verzorger of

ander familielid. Juist degenen die het kind veiligheid zouden moeten bieden, falen hierin, wat het vertrouwen van het kind in anderen ernstig kan schaden. Daarnaast kan een gebrek aan sensitief en responsief ouderschap ertoe leiden dat de ouder-kindrelatie onder druk komt te staan, wat de ontwikkeling van een veilige gehechtheid bemoeilijkt. In de specialistische GGZ zien we dan ook regelmatig *problemen in de gehechtheid*, maar het is belangrijk te benadrukken dat dergelijke problemen niet automatisch wijzen op een *gehechtheidsstoornis*. In gesprekken, diagnostiek en classificatie blijft het daarom essentieel om onderscheid te maken tussen een onveilige (problematische) gehechtheidsrelatie en een formele gehechtheidsstoornis. Kinderen die blootgesteld zijn aan (ernstige) pathogene zorg, zoals een tekort aan basale emotionele en/of lichamelijke verzorging, wisseling van verzorgers en/of opgroeien in ongebruikelijke omstandigheden, lopen een verhoogd risico op het ontwikkelen van een reactieve hechtingsstoornis of een ontremd-sociaalcontactstoornis. 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 problemen in de gehechtheid in kaart te brengen. Hiervoor kunnen verschillende instrumenten worden gebruikt: vragenlijsten, klinisch interview en observaties. In deze paragraaf beperken we ons tot enkele aanbevolen vragenlijsten. Met nadruk vermelden wij dat problematische gehechtheid niet louter op basis van deze vragenlijsten kan worden vastgesteld. Meer informatie is te vinden in de richtlijn ‘Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming’ (de Wolf et al., 2017).

Aanbevolen vragenlijsten:

- Attachment Relationship Inventory – Caregiver Perception, ofwel **ARI-CP 2-5 jaar** (Spruit et al., 2019) en **ARI-CP 6-11 jaar** (Spruit et al., 2025) 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 en 6 t/m 11 jaar ervaren. De ARI-CP presenteert een profiel van de mate waarin opvoeders zichzelf en/of hun kind herkennen in uitspraken over kenmerken van veilige, vermijdende, ambivalente en gedesorganiseerde gehechtheidsrelaties. De ARI-CP bestaat uit 48 items. In de handleiding van de ARI-CP 2-5 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 (Spruit et al., 2021). Het wetenschappelijke artikel over de betrouwbaarheid en validiteit van de ARI-CP 6-11 is ingediend bij een wetenschappelijk tijdschrift. Het instrument is gratis beschikbaar en kan worden gedownload van de website van Basic Trust (www.basictrust.com).
- Attachment Insecurity Screening Inventory, ofwel **AISI 2-5 jaar** (Polderman & Kellaert-Knol, 2008) 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 (Wissink et al., 2016). Het blijkt een valide en betrouwbare lijst te zijn, die screent op de aanwezigheid van hechtingsproblemen bij kinderen. De AISI kan door opvoeders in korte tijd worden ingevuld. Het betreft slechts 20 items. Daarnaast kunnen er in een tweede deel tien open vragen over de gehechtheidsrelatie worden beantwoord. Het instrument kan worden besteld via de website van Basic Trust (www.basictrust.com).
- Attachment Insecurity Screening Inventory, ofwel **AISI 6-12 jaar** (Polderman & Kellaert-Knol, 2012) is het vervolg op de AISI 2-5 jaar. Het eerste onderzoek naar de betrouwbaarheid en interne structuur van de AISI 6-12 jaar, uitgevoerd door de Universiteit van Amsterdam, laat positieve resultaten zien (Spruit et al., 2018). Ook de AISI 6-12 jaar screent op hechtingsproblemen bij kinderen. Het instrument kan worden besteld via de website van Basic Trust (www.basictrust.com).
- Globale Indicatielijst Hechting, ofwel **GIH 13-18 jaar** meet of er sprake is van hechtingsproblemen en is geschikt voor kinderen van 13-18 jaar. De vragenlijst bestaat uit deel A en deel B. Deel A bevat 36 vragen over het hechtingsgedrag van het kind. De vragen worden beantwoord met de antwoorden Nee (0), Soms (1) en Ja (2). Deel B bevat een aantal open vragen over andere zaken die invloed kunnen hebben op de gehechtheid tussen kind en volwassene, waar men op kan ingaan. De

vragenlijst zal door Basic Trust nog verder worden verbeterd met behulp van onderzoek van de Universiteit van Amsterdam. Er is nog geen onderzoek naar de GIH beschikbaar, wat betekent dat de interpretatie van deze vragenlijst met voorzichtigheid dient te gebeuren. Het instrument kan worden besteld via de website van Basic Trust (www.basictrust.com).

**H. Cognities**

Cognities kunnen eveneens worden beschouwd als relevante specifieke variabelen om te meten. Beoordelingen door kinderen en ouders van de gebeurtenis en van hun eigen reacties daarop kunnen een beschermende factor, 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 et al., 2018). De modererende rol die hier onderzocht zou moeten worden betreft zowel cognities met betrekking tot zichzelf (zelfbeeld), anderen en de wereld als 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 dat uit Nederland, duiden op een goede interne consistentie, test-hertestbetrouwbaarheid, convergente validiteit en discriminante validiteit (Meiser-Stedman et al., 2009; Diehle, de Roos, Meiser-Stedman, Boer, & Lindauer, 2015). De Nederlandse vertaling van de cPTCI is vrij toegankelijk via de website van de Children and War Foundation.
- De *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*, ofwel **CERQ** (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2002), is een zelfrapportagevragenlijst voor volwassenen en jongeren vanaf 12 jaar. De CERQ kan zowel worden gebruikt voor het bepalen van de algemene cognitieve stijl als van de specifieke cognitieve strategie die wordt gehanteerd 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 et al.., 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 (copingstijl) door kind en ouders worden verondersteld moderators te zijn voor het al dan niet ontwikkelen van klachten na traumatische gebeurtenissen, enerzijds, en voor 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, 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 over het neuropsychologisch functioneren van getraumatiseerde jeugdigen kan men een neuropsychologisch onderzoek laten uitvoeren. Hierbij verdient het aanbeveling om de timing daarvan (voor of na de 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 vóór 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 bestaat uit een vragenlijst voor ouders, leerkrachten en een zelfrapportagevragenlijst. De **BRIEF Screener**, een sterk verkorte versie van de volledige BRIEF-vragenlijsten voor 5- tot 18-jarigen, is ontwikkeld om 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 gebruikt 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 gezinsrelaties en kijkt daarbij naar het opvoedgedrag van ouders en het functioneren van het gezin als geheel. De resultaten laten zien waar het gezin eventueel tekortschiet, wat de risico's zijn op problematisch gedrag bij het kind en wat de mogelijke oorzaken van de problemen zijn. 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 van

kinderen 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 binnen het gezin. Deze vragenlijst bestaat uit 130 items en wordt ingevuld door ouders/verzorgers van kinderen van 0-25 jaar. Eventueel kan men de afname beperken tot de eerste 29 items over zaken die mogelijk een probleem vormen binnen het gezin. Betrouwbaarheid en validiteit zijn door 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 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. Voor elke lijst in de VG&O is er een versie beschikbaar voor pleegouders. 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 kan worden gemeten. De vragenlijst bestaat uit 34 items, waarmee vijf domeinen van opvoedbelasting worden gemeten: problemen in de 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/).
    - De Vragenlijst Gezinsfunctioneren Ouders, ofwel **VGFO** (Veerman, Janssen, Kroes, De Meyer, Nguyen & Vermulst, 2011), richt zich op het functioneren van ouders in het gezin. De vragenlijst is geschikt voor ouders met kinderen van 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 worden gebruikt om een beeld te krijgen van het functioneren van het gezin en van 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 als doel inzicht te krijgen in gedragingen van ouders, waarvan in de literatuur is gebleken dat deze een rol spelen bij de ontwikkeling van probleemgedrag bij 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 een gestructureerde manier in kaart. Het betreft gebeurtenissen die in ieder gezin wel eens voorkomen, zoals geboorte, verhuizing en ziekte. De VGM 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 in de klinische range bevindt 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 in de screeningslijsten (hoofdstuk 4.2). De SDQ is een korte screeningslijst die de psychische en psychosociale problematiek en vaardigheden meet bij kinderen en jongeren van 2 t/m 17 jaar. Deze lijst bevat minder items/subschalen dan de 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 B.V.
- Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie, ofwel de **KIPPPI** (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, de kinderopvang en het basisonderwijs. Het is een aanvulling op het onderzoek naar de lichamelijke ontwikkeling en gezondheid van het kind door de consultatiebureauarts of schoolarts. De doelgroepen van de KIPPPI zijn baby's, dreumesen, peuters, kleuters, basisschoolkinderen, pubers, adolescenten (tot en met 15 jaar), hun opvoeders en opvoedingsomgeving. De KIPPPI is te bestellen via www.kipppi.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 door ouders ingevuld. 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 fysieke, emotionele, sociale en cognitieve functioneren. Er zijn drie versies beschikbaar met respectievelijk 10, 27 en 50 items. Voor elke versie zijn varianten voor kinderen en 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 zowel Nederlandse als 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 Bijlagen III en IV. De selectie van genoemde instrumenten is dus gebaseerd op de volgende criteria: (internationale) richtlijnen, psychometrische eigenschappen, beschikbaarheid, gebruiksvriendelijkheid en afnameduur. De aanbevelingen in dit protocol zijn gebaseerd op de kennis die op 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 wil gebruiken bij het diagnostisch onderzoek worden bepaald door 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 zowel de ouders als het kind het gevoel te geven dat er wordt aangesloten bij de hulpvraag. Cliënten willen graag gehoord worden en een behandeling krijgen die leidt tot een reductie van de klachten waarvoor ze hulp hebben gevraagd. Metingen tijdens het diagnostisch onderzoek hebben tot doel: de klinische indrukken van de therapeut te verifiëren en tevens de kans te minimaliseren dat belangrijke aspecten over het hoofd worden gezien of dat verkeerde diagnoses worden gesteld. Hierbij kan worden gekozen uit een arsenaal aan betrouwbare en valide interviews en vragenlijsten. Men dient zich echter te beperken tot de 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 te leveren die relevant is voor het opstellen van een optimaal behandelplan.

Een recente ontwikkeling binnen het Nederlandse klinische veld verdient bijzondere aandacht: intensieve traumabehandelingen. Deze behandelvorm is bedoeld voor jongeren die om uiteenlopende redenen niet in aanmerking komen voor een reguliere behandeling, bij wie reguliere behandeling onvoldoende aansluit, of bij wie eerdere behandeling wel aansloot maar intensivering nodig bleek om vermijding of andere barrières te doorbreken. Jongeren die intensieve traumabehandeling krijgen, hebben doorgaans een breed klachtenprofiel en een geschiedenis van talrijke, langdurige en herhaalde ingrijpende gebeurtenissen. Voor deze groep is het van belang om, naast de algemene diagnostiek, ook gerichte metingen uit te voeren tijdens en na het behandeltraject. Hiermee kan worden vastgesteld of de specifieke behandeldoelen van een intensief programma zijn bereikt, of dat verdere behandeling nodig is, en, zo ja, waarop deze zich moet richten. Het is echter lastig om hiervoor specifiekeaanbevelingen te doen, omdat de keuze voor meetinstrumenten afhankelijk is van meerdere variabelen, zoals het doel van de meting, de doelgroep en de aard van de behandeling.

Intensieve behandelingen richten zich meestal op de verwerking van specifieke gebeurtenissen om de daarmee verband houdende klachten te verminderen. Een deel van de traumagerelateerde klachten is inderdaad duidelijk gebeurtenisgebonden, zoals herbelevingen en vermijding. Andere klachten daarentegen, zoals hyperarousal, negatieve of disfunctionele kernopvattingen, depressieve stemming of gedragsproblemen, kunnen voortkomen uit een opeenstapeling van gebeurtenissen. Een diagnostische meting bij een intensieve behandeling kan daarom verschillende doelen hebben: vaststellen van klachtreductie na behandeling gericht op een specifieke gebeurtenis, vaststellen of aanvullende interventies nodig zijn voor de verwerking van andere gebeurtenissen die gerelateerd lijken aan deze klacht(en), of vaststellen of verdere reductie van andere (trauma)klachten wenselijk is. Omdat klachten en etiologische gebeurtenissen niet systematisch geordend zijn in het brein, blijft de casusconceptualisatie van de individuele cliënt leidend bij de keuze van geschikte instrumenten. Gezien de uiteenlopende vormen en doelen van intensieve behandelweken is het in de klinische praktijk vooralsnog een kwestie van weloverwogen kiezen uit de beschikbare instrumenten. Hopelijk kan het overzicht in dit protocol hierbij behulpzaam zijn.

- Wetenschappelijk onderzoek

Bij wetenschappelijk onderzoek gelden andere criteria voor de samenstelling van de testbatterij. Zowel bij klinisch gebruik als bij wetenschappelijk onderzoek dient de testbatterij uit valide en betrouwbare instrumenten te bestaan. Bij wetenschappelijk onderzoek moet de combinatie van de gekozen instrumenten antwoorden kunnen genereren op de gestelde onderzoeksvragen.
In behandeleffectstudies is het gangbaar om voor de vaststelling van de diagnose gebruik te maken van meerdere informanten en van een klinisch interview in combinatie met vragenlijsten die door de cliënten

zelf en/of ouders worden ingevuld. In dit protocol worden instrumenten besproken waarmee men objectief verschillende potentieel relevante aspecten van het functioneren van het kind in kaart kan brengen. Vanwege de frequente aanwezigheid van comorbide 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 meetinstrumenten voor deze klachten opgenomen.

Om vast te stellen of een behandeling effectief is geweest, dient bij nameting en follow-up sprake te zijn van een significante afname van de symptomen die bij de voormeting zijn gescoord, en ook van een verbeterd algeheel functioneren/welbevinden. De genoemde instrumenten zijn in principe geschikt om dit te meten. Zij zijn psychometrisch goed onderzocht en kunnen een betrouwbare indicatie geven of er 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-TR 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 relevante instrumenten opgenomen voor veelvoorkomende comorbide klachten. Hopelijk is dit protocol behulpzaam voor zowel verwijzers als behandelaren en onderzoekers om geschikte instrumenten te selecteren voor het specifieke doel waarvoor zij deze willen inzetten.

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.

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.

Alink, L., Prevoo, M., Berkel, S. V., Liniting, M., Klein Velderman, M., & Pannebakker, F. (2018). NPM-2017: Nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen.

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 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. et al. (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.

Bachem, R., et al. (2018). The Role of Parental Posttraumatic Stress, Marital Adjustment, and Dyadic Self-Disclosure in Intergenerational Transmission of Trauma: A Family System Approach. Journal of marital and family therapy 44(3): 543-555

Bailey, M., Meiser-Stedman, R., Hiller, R., Haag, K., Lobo, S., & Halligan, S. (2023). Child posttraumatic Cortés, A. S. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association, 2022. https://doi. org/10.1176/appi. books. 9780890425787. *Psicooncología*, *19*(2), 339.stress symptoms in an acute injury sample: Patterns of associations among child report, parent report, and child heart rate parameters. *Journal of Traumatic Stress, 36*, 333 - 345. https://doi.org/10.1002/jts.22913

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, *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten 2*. Amsterdam: Boom.

Beer, R. & Roos, C. de (2026). *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.

Cohodes, E., Hagan, M., Narayan, A. J., & Lieberman, A. (2016). Matched trauma: The role of parents' and children's shared history of childhood domestic violence exposure in parents' report of children's trauma-related symptomatology. *Journal of Trauma & Dissociation, 17*, 81 - 96. https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1058878

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

Coombes, L., Bristowe, K., Ellis-Smith, C. *et al.* Enhancing validity, reliability and participation in self-reported health outcome measurement for children and young people: a systematic review of recall period, response scale format, and administration modality. *Qual Life Res* **30**, 1803–1832 (2021). https://doi.org/10.1007/s11136-021-02814-4

Cortés, A. S. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association, 2022. https://doi. org/10.1176/appi. books. 9780890425787. *Psicooncología*, *19*(2), 339.

Cruz, D., Lichten, M., Berg, K., & George, P. (2022). Developmental trauma: Conceptual framework, associated risks and comorbidities, and evaluation and treatment. Frontiers in psychiatry, 13, 800687.

Dashorst, P., Mooren, T. M., Kleber, R. J., de Jong, P. J., & Huntjens, R. J. (2019). Intergenerational consequences of the Holocaust on offspring mental health: a systematic review of associated factors and mechanisms. European journal of psychotraumatology, 10(1), 1654065.

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.

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

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.

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.

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.comppsych.2020.152177.

Gioia, Isquith, Guy & Kenworthy (2004). *Behavior Rating Inventory of Executive Function BRIEF): Professional manual.* Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.

Greenblatt-Kimron, L., Shrira, A., Rubinstein, T., & Palgi, Y. (2021). Event centrality and secondary traumatization among Holocaust survivors' offspring and grandchildren: A three-generation study. Journal of Anxiety Disorders, 81, 102401.

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 & Struik, A. (2026) EMDR bij kinderen en adolescenten met een dissociatieve stoornis. In: R. Beer & C. de Roos (ed). Handboek EMDR bij kinderen en jongeren. Leuven: LannooCampus.

Hébert, M., Langevin, R., & Oussaïd, E. (2018). Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of affective disorders*, *225*, 306-312.

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 cognitieve factors and internalisering 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.

Hoogstad, A., Mevissen, L., De Jongh, A., & Didden, R. (2026). Diagnostisch
Interview Trauma en Stressoren - Ernstige Verstandelijke Beperking. Eemhart

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*., et al.* (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, ET AL., 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-Winkelman, 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/

Kim, J., Chesworth, B., Franchino-Olsen, H., & Macy, R. J. (2022). A Scoping Review of Vicarious Trauma Interventions for Service Providers Working With People Who Have Experienced Traumatic Events. Trauma, Violence, & Abuse, 23(5), 1437-1460. https://doi.org/10.1177/1524838021991310

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.

Kerig, P. (2023). Introduction to the Special Section: Developmental Perspectives on Trauma Exposure and Posttraumatic Stress. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 16*, 381 - 390. https://doi.org/10.1007/s40653-023-00557-7

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 et al., 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-Winkelman, 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. Lewis et al., 2019

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.

Morelli, N. M., & Villodas, M. T. (2022). A systematic review of the validity, reliability, and clinical utility of Developmental Trauma Disorder (DTD) symptom criteria. Clinical Child and Family Psychology Review, 25(2), 376-394.

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 (2018). *Post-traumatic stress disorder* (NICE Guideline NGNG116). https://www.nice.org.uk/guidance/ng116

Olff, 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.

Polderman, N., & Kellaert-Knol, M. G. (2008). Manual of the attachment insecurity screening inventory 2–5 years (AISI 2–5 years). Haarlem: Basic Trust.

Polderman N., & Kellaert-Knol M. G. (2012). Handleiding attachment insecurity screening inventory 6–12 jaar (AISI 6–12 jaar). Haarlem: Basic Trust.

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., Helmers, 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. et al. (1998): *The UCLA PTSD Reaction Index for DSM IV (Revision 1).* Los Angeles: UCLA Trauma Psychiatry Program. Nederlandse vertaling: de Roos, C.

Rauvola, R.S., Vega, D.M. & Lavigne, K.N. Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress, and Vicarious Traumatization: a Qualitative Review and Research Agenda. Occup Health Sci 3, 297–336 (2019). https://doi.org/10.1007/s41542-019-00045-1

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.

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.

Sachser, C., Kooij, L. H., Keller, J., Eilers, R., Jensen, T. K., Lindauer, R. J. L., … Birkeland, M. S. (2025). Understanding bullying as a significant predictor of posttraumatic stress symptoms in adolescents: insights from clinical samples in Norway, The Netherlands and Germany. *European Journal of Psychotraumatology*, *16*(1). https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2589566

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: Pilootstudie.* 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.

da Silva, H. C., Vilete, L., Coutinho, E. S. F., Luz, M. P., Mendlowicz, M., Portela, C. M., ... & Berger, W. (2024). The role of childhood cumulative trauma in the risk of lifetime PTSD: An epidemiological study. Psychiatry research, 336, 115887.

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

Sinason, V., & Marks, R. P. (Eds.). (2021). *Treating children with dissociative disorders: Attachment, trauma, theory and practice*. Routledge.

Skar, A., Jensen, T., & Harpviken, A. N. (2021). Who Reports What? A Comparison of Child and Caregivers´ Reports of Child Trauma Exposure and Associations to Post-Traumatic Stress Symptoms and Functional Impairment in Child and Adolescent Mental Health Clinics. *Research on Child and Adolescent Psychopathology, 49*, 919 - 934. https://doi.org/10.1007/s10802-021-00788-y

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. C., B., Smith, E., A., F., D., Langner, B., C., M., & H. (2021). Enhancing validity, reliability and participation in self-reported health outcome measurement for children and young people: a systematic review of recall period, response scale format, and administration modality. *Quality of Life Research, 30*, 1803 - 1832. https://doi.org/10.1007/s11136-021-02814-4

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.

Spruit, A., Colonnesi, C., Uittenbogaard, R., Wil lems, L. D., Wissink, I. B., & Noom, M. J. (2019). Attachment Relationship Inventory – Caregiver Perspective 2-5 years (ARI-CP 2-5) Handleiding. Amsterdam/Dordrecht: Universiteit van Amster dam/Basic Trust B.V.

Spruit, A., Uittenbogaard, R., & Noom, M. J. (2025). Attachment Relationship Inventory – Caregiver Perspective 6-11 years (ARI-CP 6-11) Handleiding. Amsterdam/Dordrecht: Universiteit van Amster dam/Basic Trust B.V.

Spruit, A., Colonnesi, C., Wissink, I., Uittenbogaard, R., Willems, L., Stams, G. J., & Noom, M. (2021). Development and validation of the Attachment Relationship Inventory—Caregiver Perception 2–5 years (ARI-CP 2–5): Psychometric structure, external validity, and norms. *Infant Mental Health Journal*, *42*(2), 188-205. https://doi.org/10.1002/imhj.21909

Spruit, A., Wissink, I., Noom, M. J., Colonnesi, C., Polderman, N., Willems, L., ... & Stams, G. J. J. (2018). Internal structure and reliability of the Attachment Insecurity Screening Inventory (AISI) for children age 6 to 12. *BMC psychiatry*, *18*(1), 30.

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.

Terr, L. C. (1991). Childhood Traumas - An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.

Thombs, B. D., Bernstein, D. P., Lobbestael, 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)*, 518-523*t*.

Tierolf, B., & Lamers-Winkelman, F. (2014). *TSCYC Vragenlijst over traumasymptomen bij jonge kinderen.* Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.

Tierolf, B. (2021). *TSCC Vragenlijst over traumasymptomen bij jongeren.* Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.

Tierolf, B., Schuengel, C., & Lamers-Winkelman, F. (2018). Validation and standardization of the Dutch Trauma Symptom Checklist for Young Children in a normative and clinical sample. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma,* 27(1), 1-14. https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1303012Treffers, 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., Olff, 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., Olff, 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-Winkelman, F., Olff, 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-Winkelman, F., Olff, 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-Winkelman, 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.

Visser, I., van der Mheen, M., Dorsman, H., Knipschild, R., Staaks, J., Hein, I., ... & Lindauer, R. J. (2025). Post-traumatic stress disorder rates in trauma-exposed children and adolescents: updated three-level meta-analysis. The British Journal of Psychiatry, 1-9.

Wissink, I. B., Colonnesi, C., Stams, G. J. J. M., Hoeve, M., Asscher, J. J., Noom, M. J., … & Kellaert-Knol, M. G. (2016). Validity and reliability of the attachment insecurity screening inventory (AISI) 2–5 years. Child indicators research, 9, 533-550.

Wolf, de M., Dekker-van der Sande, F., Sterkenburg, P. & Thooms-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.

**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 daarna, of langer daarna?
b. Wat deed je: tijdens, kort daarna, of langer daarna?
c. Wat dacht je: tijdens, kort daarna, of langer daarna?

**3. Reacties ouders**

Hoe hebben je ouders gereageerd op de gebeurtenis: tijdens, daarna?
Hoe hebben je ouders gereageerd op jouw reacties: kort daarna, 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 stressstoornis). Het betreft gesloten vragen, waarop alleen ja/nee antwoorden gegeven kunnen worden (Schäfer et al., 2004)**.** Onderscheiden dient te worden of deze symptomen alleen aanwezig waren tijdens de gebeurtenis (peritraumatische dissociatie) of nu nog steeds. Stel daarom dezelfde vragen ook in de tegenwoordige tijd.

**Derealisatie**

Leek de wereld om je heen vreemd, alsof je in een film speelde, alsof het niet echt was?
En hoe is dat nu?

**Depersonalisatie**

Voelde je lijf vreemd, alsof het niet van jou is?
En hoe is dat nu?

**Verminderd bewustzijn van omgeving**

Had je minder in de gaten wat er om je heen gebeurde?
En hoe is dat nu?

**Emotionele verdoving**

Voelde je je verdoofd of zelfs helemaal gevoelloos?
En hoe is dat nu?

**Amnesie**

Ben je belangrijke details van de gebeurtenis vergeten?

**5. Coping**

Wat gaat alweer goed? Wat hielp?

## BIJLAGE II. STRAMIEN VOOR SCREENINGSGESPREK MET OUDER

**1. De gebeurtenis**

Wat is er gebeurd volgens uw informatie of herinnering? Hoe oud was hij/zij toen? Eventueel: Weet u of dit 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 de ouder aanwezig was), daarna?
Hoe heeft u gereageerd op de reacties van uw kind: kort daarna of 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 daarom dezelfde vragen in de tegenwoordige tijd. Het betreft de subjectieve belevingen van het kind. Daarom is de vraag hoe betrouwbaar of valide de informatie van ouders hierover is. Onderstaande symptomen kunnen hoogstens worden afgeleid (vermoed) uit eventueel gedrag van het kind dat is waargenomen. Ouders kunnen de beleving niet zelf direct waarnemen.

**Derealisatie**

Heeft u gemerkt dat de wereld om hem/haar heen vreemd of onwerkelijk leek, alsof het in een droom was? 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 verdoving**

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** | **Leeftijdsrange** | **Internat. gebruikt** | **Tijdsduur afname** | **Verkrijgbaar via** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CAPS-CA DSM-5 | Nader et al., 2004 | PTSS volgens DSM-5 | van Meijel, Ensink, Verlinden, & Lindauer, 2019 | Kind | Vanaf 8 jaar | Ja | Ca. 45-60 min. | Bohn Stafleu van Loghum |
| SCID-5 Junior PTSS-module | Hien, Matzner, First, Sptizer, Gibbon & Williams (1994) | Het classificeren van psychiatrische stoornissen in kinderen en adolescenten volgens de DSM-5 | Wante, Braet, Bögels, & Roelofs (2020) | Kind Ouder | 7 t/m 18 jaar | Ja | Ca. 45-90 min. | Boom uitgevers |
| 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 | Mevissen, Didden, De Jongh, 2018 | PTSS bij mensen met een licht verstandelijke beperking volgens DSM-5 | n.v.t. | Kind Ouder Volwas-senen | 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 | Leeftijdsrange | Internat. gebruikt | Aantal items | Verkrijgbaar via |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **A. PTSS-symptomen** | | | | | | | | |
| KJTS | Sachser et al., 2019 | PTSS-klachten | Kooij & Lindauer, 2019 | Kind Ouder | 8 t/m 17 jaar | Ja | 15 life events en 20 klachten | https://tfcbt.nl/kind-en-jeugd-traumascreener-kjts/<br><br>https://www.uni-bamberg.de/kijupsych/klinische-diagnostik/cats-2/ |
| TSCC | Briere, 1996 | Posttraumatische stress en andere gerelateerde symptomen | Tierolf, 2021 | Kind | 10 t/m 18 jaar | Ja | 54 items | Hogrefe |
| TSCYC | Briere, 2005 | Posttraumatische stress en andere gerelateerde symptomen | Tierolf & Lamers-Winkelman, 2014 | Ouder | 3 t/m 12 jaar | Ja | 90 items | Hogrefe |
| **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 |
| 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** | | | | | | | | |

| Naam instrument | Auteur(s) en jaar | Meetpretentie | Auteur(s) vertaling | Ouder- en kind versie | Leeftijdsrange | Internat. gebruikt | Aantal items | Verkrijgbaar via |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RCADS-20<br>RCADS-25<br>RCADS-47 | Chorpita, Yim, Moffitt, Umemeto & Francis, 2000 | Symptomen van angst en depressie | Oldehinkel, 2000; Nauta, 2006 | Kind<br>Ouder | 8 t/m 18 jaar | Ja | 20 items<br>25 items<br>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<br>Ouder | 7 t/m 19 jaar | Ja | 69 items | Boom |
| VAK 4-12<br><br>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<br>RCADS-25<br>RCADS-47 | Chorpita, Yim, Moffitt, Umemeto & Francis, 2000 | Symptomen van angst en depressie | Oldehinkel, 2000; Nauta, 2006 | Kind<br>Ouder | 8 t/m 18 jaar | Ja | 20 items<br>25 items<br>47 items | https://www.childfirst.ucla.edu/resources/ |
| CDI-2 | Kovacs, 2004 | Depressieve symptomen | Bodden, Braet & Stikkelbroek, 2016 | Kind<br>Ouder | 8 t/m 21 jaar | Ja | 28 items<br>17 items | Hogrefe |
| 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** | | | | | | | | |

| Naam instrument | Auteur(s) en jaar | Meetpretentie | Auteur(s) vertaling | Ouder- en kind versie | Leeftijdsrange | Internat. gebruikt | Aantal items | Verkrijgbaar via |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CSBI | Friedrich, 1997 | Seksueel (afwijkend) gedrag | Verlinden & Lamers-Winkelman, 2016 | Ouder | 2 t/m 12 jaar | Ja | 38 items | Hogrefe |
| **F. Gedragsproblemen** | | | | | | | | |
| VvGK<br><br>Internationale benaming: DBD | Pelham, Gnagy, Greenslade & Milich, 1992 | Symptomen van de gedragsstoornissen ADHD, ODD en CD | Oosterlaan, Baeyens, Scheres, Antrop, Roeyers, & Sergeant, 2008 | Ouder/ Leer-kracht | 6 t/m 16 jaar | Ja | 42 items | Pearson |
| AVL | Scholte &van der Ploeg, 2018 | Gedragssymptomen van ADHD | n.v.t. | Ouders/ leer-kracht | 4 t/m 18 jaar | | 18 items | Bohn Stafleu Van Loghum |
| **G. Gehechtheid** | | | | | | | | |
| ARI-CP 2-5 jaar | Spruit et al., 2019 | Gehechtheidsrelatie | n.v.t. | Ouder | 2 t/m 5 jaar | Nee | 48 items | www.basictrust.com |
| ARI-CP 6-11 jaar | Spruit et al., 2025 | Gehechtheidsrelatie | n.v.t. | Ouder | 6 t/m 11 jaar | Nee | 48 items | www.basictrust.com |
| AISI 2-5 jaar | Polderman & Kellaert-Knol, 2008 | Gehechtheidsgedrag | n.v.t. | Ouder | 2 t/m 5 jaar | Nee | 20 items | www.basictrust.com |
| AISI 6-12 jaar | Polderman & Kellaert-Knol, 2012 | 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- en kind versie | Leeftijdsrange | 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<br><br>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<br><br>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, & Dalgleish, 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/ |

| Naam instrument | Auteur(s) en jaar | Meetpretentie | Auteur(s) vertaling | Ouder- en kind versie | Leeftijdsrange | Internat. gebruikt | Aantal items | Verkrijgbaar via |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **I. Coping-stijl** | | | | | | | | |
| 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<br>BRIEF-S<br>BRIEF-P | Gioia, Isquith, Guy & Kenworthy, 2004 | Executieve functies | Huizinga & Smidts, 2012 | Kind<br>Ouder<br>Leer-kracht | 2 t/m 17 jaar | Ja | 68-75 items<br>14-18 items<br>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<br>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<br>10 items | https://www.praktikon.nl/ |

| Naam instrument | Auteur(s) en jaar | Meetpretentie | Auteur(s) vertaling | Ouder- en kind versie | Leeftijdsrange | Internat. gebruikt | Aantal items | Verkrijgbaar via |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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/ |
| 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 Leer-kracht | 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 Leer-kracht | 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 |

| Naam instrument | Auteur(s) en jaar | Meetpretentie | Auteur(s) vertaling | Ouder- en kind versie | Leeftijdsrange | Internat. gebruikt | Aantal items | Verkrijgbaar via |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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/ Leer-kracht | 4 t/m 18 jaar | Nee | 72 items | Bohn Stafleu van Loghum |
| BITSEA | Briggs-Gowan & Carter, 2002 | Sociaal- emotionele gedragsproblemen of vertragingen in sociaal-emotionele competenties | Ingrid Kruizinga | Ouder Kinder-opvang | 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 |