

# Protocol <sup>1</sup>

## Classificatie, screening en diagnostiek van kinderen en adolescenten met traumagerelateerde problematiek

Traumacentrum van de Bascule

Renée Beer, Eva Verlinden, Frits Boer, Ramón Lindauer<sup>2</sup>



---

<sup>1</sup> Dit document wordt jaarlijks geactualiseerd. Correspondentieadres: R.Beer@debascule.com

<sup>2</sup> Eerste versie Renée Beer, Ramón Lindauer en Frits Boer (2007)

# Inhoud

## Inleiding

1. Classificatie
  - 1.1. Aanpassingsstoornis
  - 1.2. Acute Stressstoornis (ASS)
  - 1.3. Posttraumatische Stressstoornis (PTSS)
  - 1.4. Dissociatieve stoornissen
2. Klinische manifestatie
  - 2.1. Jonge kinderen (0-3 jaar)
  - 2.2. Kleuters (4-6 jaar)
  - 2.3. Schoolkinderen (6-12 jaar)
  - 2.4. Pubers en adolescenten (12-18 jaar)
  - 2.5. Gevolgen van chronische traumatisering
3. Screening door verwijzers
  - 3.1. Interview met kind en ouders
  - 3.2. Korte vragenlijst
  - 3.3. Beslisriteria
4. Diagnostiek
  - 4.1. Maten
  - 4.2. Meetinstrumenten
    - 4.2.1. Klinisch-diagnostisch interview van ouders en kind
    - 4.2.2. Vragenlijsten
5. Aanbevolen testbatterij
6. Conclusies

## Literatuur

## Bijlagen:

1. Screening: stramien voor interview met kind  
Screening: stramien voor interview met ouder
2. Overzicht meetinstrumenten: klinische interviews
3. Overzicht meetinstrumenten: vragenlijsten

## 0. Inleiding

Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontstaat ten gevolge van het meemaken van een of meer schokkende gebeurtenissen, zoals een verkeersongeluk, een natuurramp, seksueel misbruik of huiselijk geweld. Epidemiologisch onderzoek wijst uit dat het aantal kinderen dat wordt blootgesteld aan schokkende gebeurtenissen hoger is dan vaak wordt gedacht (Fairbank & Fairbank, 2009). Uit onderzoek van Costello e.a. (2002) blijkt dat zo'n 25% van de kinderen voor het 16<sup>de</sup> levensjaar één of meer schokkende gebeurtenissen heeft meegemaakt.

Bekend is dat de meeste kinderen - naar schatting ongeveer 80% - geen volledige PTSS ontwikkelen na het meemaken van schokkende gebeurtenissen. Ook bekend is dat meerdere factoren van invloed zijn op het al dan niet ontwikkelen hiervan (Beer & de Roos, in press). Een aantal kinderen ontwikkelt wel traumagerelateerde klachten of stoornissen, maar welk type stoornis bij hoeveel kinderen voorkomt, en hoeveel kinderen helemaal geen klachten krijgen, is onbekend (Perrin e.a., 2000; Yule e.a., 2005; Stallard, 2006). Hoe kunnen we vaststellen of een kind getraumatiseerd is geraakt en daarvoor behandeling behoeft? Kunnen we dat meer gestandaardiseerd doen? Wat hebben we daarvoor nodig? Welke kinderen zijn gebaat bij verwijzing door hulpverleners in de jeugdzorg, zoals Bureaus Jeugdzorg of behandelaars in de gezondheidszorg, zoals (huis)artsen? Voor behandelaars is het relevant om te weten wanneer traumagerichte behandeling geïndiceerd is. En voor wetenschappelijk onderzoekers is het noodzakelijk dat behandelaars, die meewerken aan wetenschappelijk onderzoek, dezelfde diagnostische instrumenten gebruiken, zodat verzamelde data met elkaar vergeleken kunnen worden.

In dit protocol worden verschillende aspecten besproken rond classificatie, screening en diagnostisch onderzoek. Begonnen wordt met een bespreking van de *classificatie* van traumagerelateerde stoornissen volgens de DSM-IV-TR en de beperkingen van dit instrument voor gebruik bij kinderen en adolescenten (1). Vervolgens wordt op een rijtje gezet welke traumagerelateerde klachten gepresenteerd kunnen worden in verschillende ontwikkelingsfasen: *klinische manifestatie* (2). Hierna volgt een bespreking van aanbevolen instrumenten voor *screening*, te gebruiken door verwijzers (3). In aansluiting daarop volgt een overzicht van relevant geachte instrumenten ten behoeve van (*differentiaal*)*diagnostiek* van traumagerelateerde en comorbide stoornissen (4). Vervolgens worden enkele overwegingen besproken met betrekking tot het gebruik van metingen in het kader van wetenschappelijk onderzoek versus metingen bij klinisch gebruik (5). Afgesloten wordt met een conclusie (6). Voor het tot stand komen van dit protocol is gebruik gemaakt van literatuurstudie, overleg met collega's binnen de Bascule, binnen Nederland<sup>1</sup> en in het buitenland<sup>2</sup>.

## 1. Classificatie

Binnen de DSM-IV-TR worden verschillende stoornissen onderscheiden, waarbij een relatie gelegd wordt tussen het meemaken van een gebeurtenis en optredende psychopathologie, waaronder Aanpassingsstoornis (1.1.), Acute Stressstoornis (ASS) (1.2.) en PTSS (1.3). Deze zijn samen te vatten onder de noemer traumagerelateerde stoornissen. Daarnaast worden verschillende dissociatieve stoornissen onderscheiden.

### 1.1. Aanpassingsstoornis

Een aanpassingsstoornis wordt geclassificeerd indien voldaan wordt aan de volgende criteria:

#### Aanpassingsstoornis

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>A. Emotionele en gedragssymptomen in reactie op (een) herkenbare stressveroorzakende factor(en), optredend eerder dan 3 maanden na begin van betreffende factor(en)</li><li>B. Significantie van gedrag blijkt uit: lijden dat ernstiger is dan wat verwacht kon worden bij blootstelling aan de stressveroorzakende factor of beperkingen in sociaal of schools functioneren</li><li>C. Onvoldoende criteria voor andere specifieke As I stoornis, geen verergering van reeds bestaande AS I of II stoornis</li><li>D. Geen uiting van rouwreactie</li><li>E. Na wegvallen stressveroorzakende factor (of gevolgen ervan), blijven symptomen maximaal 6 maanden</li></ul> |
|--|

Deze classificatie is van toepassing indien de gebeurtenis(sen) niet voldoet(n) aan criterium A van ASS en PTSS. Er is in dat geval sprake van stressfactor(en) in plaats van schokkende ge-

<sup>1</sup> Medewerkers van de overige specialistische traumacentra in ons land voor kind en jeugd: Haarlem, Leiden en Utrecht

<sup>2</sup> Judith Cohen, Benjamin Saunders

beurtenis(sen). En ook de duur van de symptomen in relatie tot de stressfactor(en) is van betekenis. Evenals bij de PTSS kan hierbij worden gespecificeerd:

Een acute aanpassingsstoornis wordt geclassificeerd indien de symptomen korter duren dan zes maanden. Van een chronische aanpassingsstoornis is sprake indien de symptomen langer aanhouden dan zes maanden als reactie op een chronische stressveroorzakende factor of op een stressfactor die blijvende gevolgen heeft.

### 1.2. Acute stressstoornis

Van een acute stressstoornis wordt gesproken wanneer aan de volgende criteria wordt voldaan:

#### **Acute stressstoornis**

- A. 1. **Blootstelling** aan een gebeurtenis die feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding, of bedreiging van fysieke integriteit van betrokkene of anderen met zich bracht.  
2. Reacties: o.a. intense angst, hulpeloosheid, afschuw. Bij kinderen: chaotisch of geagiteerd gedrag.
- B. Symptomen van dissociatie: tenminste 3
- C. Symptomen van herbeleving: tenminste 1
- D. Duidelijke vermijding
- E. Duidelijke symptomen van angst of verhoogde prikkelbaarheid
- F. Symptomen veroorzaken significant lijden
- G. Duur van de symptomen langer dan 2 dagen en korter dan 4 weken, aanvang eerder dan 4 weken na de gebeurtenis
- H. Niet het gevolg van een middel of een somatische aandoening, geen kortdurende psychose

Het belangrijkste verschil tussen ASS en PTSS is de duur van de symptomen en het optreden van dissociatieve symptomen (cluster B).

De DSM-IV-TR is een classificatiesysteem, dat in principe geen etiologische verbanden legt, maar optredende symptomen slechts ordent. Gemeenschappelijk aan bovenbeschreven stoornissen (PTSS, ASS en aanpassingsstoornis) is dat er wel een relatie wordt gelegd tussen het optreden van symptomen en voorafgaande gebeurtenissen (Lonigan e.a., 2003). Ze zijn geordend afnemend in ernst. Behalve de hierboven beschreven stoornissen kunnen zich ook diverse andere - gedrags-, stemmings-, somatoforme en dissociatieve - stoornissen ontwikkelen na het meemaken van stresserende of schokkende gebeurtenissen.

### 1.3. Posttraumatische Stressstoornis

Volgens de DSM-IV-TR is sprake van PTSS indien aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

#### **Posttraumatische stressstoornis**

- A. 1. **Blootstelling** aan een gebeurtenis die feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding, of bedreiging van fysieke integriteit van betrokkene of anderen met zich bracht.  
2. Reacties: o.a. intense angst, hulpeloosheid, afschuw. Bij kinderen: chaotisch of geagiteerd gedrag.
- B. Symptomen van **herbeleving**: tenminste 1
- C. Symptomen van **vermijding of afstomping van algemene reactiviteit**: tenminste 3
- D. Symptomen van **verhoogde prikkelbaarheid**: tenminste 2
- E. Duur van de symptomen: langer dan 1 maand
- F. Symptomen veroorzaken significant lijden

Specifiek voor de diagnose PTSS en ASS, volgens de DSM IV-TR, is dat er sprake moet zijn geweest van blootstelling aan één of meer schokkende gebeurtenissen. Die blootstelling kan direct geweest zijn (als slachtoffer of getuige) of indirect (erover gehoord hebben van een naast betrokkene). Voorts moet sprake zijn van symptomen uit de drie clusters: B herbeleving, C vermijding en D verhoogde prikkelbaarheid. Van acute PTSS wordt gesproken indien symptomen korter dan drie maanden aanwezig zijn, en van chronische PTSS indien symptomen langer dan drie maanden aanhouden. Indien de symptomen pas beginnen vanaf zes maanden na de laatste gebeurtenis, wordt gesproken van verlaat begin.

In de DSM-5 - die naar verwachting zal verschijnen in 2013 - zal het A2-criterium verdwenen zijn en andere aspecten toegevoegd, zoals negatieve cognities, agressie en automutilatie.

Het classificatiesysteem van de DSM IV-TR voldoet niet voor kinderen jonger dan vier jaar. Daarvoor is dit systeem onvoldoende sensitief en specifiek (Perrin e.a., 2000). De volgende redenen zijn hiervoor aan te voeren: vaststelling van de criteria ten aanzien van de symptoom-

clusters (B,C en D) berust op verbale weergave van subjectieve belevingen, waartoe jonge kinderen nog niet goed in staat zijn en kinderen laten in verschillende ontwikkelingsfasen bovendien verschillende symptomen zien, die niet gedifferentieerd worden aangegeven in de DSM-IV-TR. De vraag is dan ook of bestaande instrumenten, waarmee de aanwezigheid van PTSS wordt vastgesteld, - waarbij PTSS wordt geoperationaliseerd door de definitie van de DSM-IV-TR -, wel valide zijn voor kinderen (Adler-Nevo & Manassis, 2005, Cohen & Mannarino, 2004, Scheeringa e.a., 1995, Ox, 2004). Kinderen laten een grotere variatie aan symptomatologie zien dan volwassenen. PTSS uit zich bij kinderen in symptomen die passen bij hun ontwikkelingsniveau, en als kind of ouders geen verband kunnen leggen met een (of meer) schokkende gebeurtenis(sen), kan de diagnose gemist worden (Beer & de Roos, 2004). Het is dan ook van groot belang dat verwijzers en behandelaars de relevante symptomen bij kinderen in verschillende ontwikkelingsfasen kunnen herkennen. In de DSM-5 zal hierin wel worden voorzien. Er komt een PTSS diagnose voor kinderen jonger dan vier..

#### 1.4. Dissociatieve stoornissen

In de DSM-IV-TR worden vijf categorieën van dissociatieve stoornissen onderscheiden:

Dissociatieve amnesia

Dissociatieve fugue

Dissociatieve identiteitsstoornis

Depersonalisatiestoornis

Dissociatieve stoornis Niet Anderszins Omschreven

Niet in de DSM-IV-TR - maar wel in de traumaliteratuur - wordt gedifferentieerd tussen type I en type II trauma (Terr, 1991). Deze differentiatie is van belang voor het bepalen van adequate interventies c.q. een toegesneden behandelplan. Met type I trauma doelt men op de gevolgen van een eenmalige acute gebeurtenis. Type II trauma verwijst naar de gevolgen van een periode waarin langdurig en herhaald sprake is geweest van geweld, gevaar, dreiging, en eventueel ook misbruik (de Roos & Eland, 2005). In het laatste geval hebben de stressoren meer invloed op de persoonlijkheidsontwikkeling van het kind dan bij type I trauma. Bij type II trauma is dan ook uitgebreidere diagnostiek nodig.

## **2. Klinische manifestatie**

Ten aanzien van de criteria van de DSM-IV-TR voor classificatie van PTSS bij kinderen zijn wijzigingen voorgesteld, omdat kinderen in verschillende ontwikkelingsfasen verschillende reacties laten zien. De voorgestelde wijzigingen en de meest kenmerkende afwijkingen in klinische manifestatie per leeftijdsgroep zijn hieronder in kaart gebracht.

### 2.1. Jonge kinderen (0-3 jaar)

Voor zeer jonge kinderen zijn alternatieve criteria voorgesteld (Scheeringa e.a., 1995, 2003) die momenteel onderwerp van onderzoek zijn en nog niet als zodanig zijn geaccepteerd. Doel van de auteurs is om criteria vast te stellen, die meer verankerd liggen in het gedrag dan in de beleving, en die objectiever kunnen worden vastgesteld dan via verbale weergave. Zij hebben ook items opgenomen, die alleen voorkomen bij baby's en peuters. Jonge kinderen reageren vaak met aspecifieke klachten en symptomen (Perrin e.a., 2000; Cohen e.a., 1998; Joshi & O'Donnell, 2003). De volgende wijzigingen zijn voorgesteld voor de toekomstige DSM-5 criteria voor PTSS (Scheeringa, 2004):

#### A. *De gebeurtenis was traumatisch*

Weglaten: "met bedreiging van leven en fysieke integriteit", omdat kinderen niet levensbedreigende gebeurtenissen ook als traumatisch kunnen ervaren.

#### B. *Herbeleving*

Slechts 1 item nodig.

#### C. *Afvlakking/Vermijding*

Slechts 1 item nodig.

Ook: verlies van reeds verworven vaardigheden, met name taal en zindelijkheid.

#### D. *Verhoogde arousal*

Slechts 1 item nodig.

#### E. *Toegevoegde categorie: Nieuwe angsten en agressie.*

Slechts 1 item nodig. Betreft een nieuw cluster; geen theoretisch construct voor clustering van deze items, maar ze passen niet in bestaande clusters.

#### F. *Overige symptomen* die een rol kunnen spelen of een aanwijzing kunnen zijn van comorbiditeit.

Naast de bovengenoemde meer of minder ernstige symptomen, kan ook sprake zijn van een vertraging in het bereiken van de ontwikkelingsmijlpalen.

## 2.2. Kleuters (4-6 jaar)

Kleuters hebben nog niet het cognitieve vermogen om zich te verplaatsen in het perspectief van een ander, waardoor zij ten onrechte kunnen denken dat zij zelf schuldig zijn aan zaken die hen zijn overkomen. Het magisch denken kan leiden tot zelfverwijten en verwarring, wat op gedragsniveau vertaald kan worden in toegenomen driftbuien, piekeren of klampgedrag. Dit laatste komt voort uit angst om de verzorger los te laten, omdat hem/haar of het kind zelf iets ergs kan overkomen (Cohen e.a., 1998, Perrin e.a., 2000, Joshi & O'Donnell, 2003).

## 2.3. Schoolkinderen (6-12 jaar)

Vanaf een jaar of zes is verplaatsing in een ander mogelijk, waardoor kinderen wel meer perspectieven tegelijkertijd kunnen overwegen. Het denken blijft nog steeds heel concreet, hetgeen een belemmering kan vormen voor volledig begrip van wat hen is overkomen. Voor deze leeftijdsgroep worden de volgende symptomen genoemd, die kunnen wijzen op een PTSS (Terr, 1991; Adler-Nevo & Manassis, 2005; Cohen & Mannarino, 2004; Perrin e.a., 2000):

- lichamelijke klachten (maag-, buik-, hoofdpijn, duizeligheid),
- slaapproblemen
- intrusieve gedachten of nachtmerries
- traumagerelateerde angsten
- verstoorde tijdswaarneming tijdens de gebeurtenis
- posttraumatisch spel; reenactment in spel, tekeningen of gedrag
- veranderde attitude tegenover mensen, het leven en de toekomst
- omen-formatie (menen dat er voortekenen waren waaruit ze hadden kunnen afleiden wat er stond te gebeuren)

Bij kinderen jonger dan acht jaar komen veel van de genoemde reacties tot uiting in spel of tekeningen.

## 2.4. Pubers en adolescenten (12-18 jaar)

Bij pubers en adolescenten komt de klinische manifestatie in toenemende mate overeen met die van volwassenen. In deze leeftijdscategorie kunnen de volgende gedragingen voorkomen naast de genoemde criteria in de DSM IV-TR: risicovol ('thrill-seeking') gedrag en drank- of drugsmisbruik, als symptomen van vermijding; radicale gedragsveranderingen. In de DSM-5 zal naar alle waarschijnlijkheid ook (negatieve) cognities, automutilatie en agressie worden opgenomen. In deze ontwikkelingsfase is de neiging het sterkst om niet te willen communiceren over gevoelens naar aanleiding van het trauma. Dit vergroot de kans op ontwikkeling van depressieve gevoelens. Ook 'mooi weer spelen' kan optreden als reactietendens, het doen voorkomen alsof er niets aan de hand is. In deze situaties kan het (extreem) gericht zijn op anderen de functie hebben om te ontsnappen aan eigen angstgevoelens. In geval van langdurig en systematisch geweld c.q. onderdrukking zijn jongeren, die zich afsluiten voor interne traumagerelateerde processen, extra kwetsbaar. Zij kunnen daardoor een verhoogd risico vormen voor de gemeenschap; deze jongeren kunnen namelijk op basis van achterdocht en intenties tot wraakneming vatbaar worden voor beïnvloeding door terroristische organisaties. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat zij in sommige gevallen kunnen worden verleid tot het plegen van terreurdaden (Joshi & O'Donnell, 2003).

Onderstaande tabel (tabel 1) biedt een samenvattend overzicht van leeftijdsspecifieke reacties, die kunnen optreden na een eenmalige gebeurtenis. De genoemde reacties kunnen ook in een latere ontwikkelingsfase optreden of daarin blijven bestaan.

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

Peuters/ kleuters	Schoolkinderen	Pubers/adolescenten
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verwarring als gevolg van onvermogen om te verwoorden wat ze ervaren</li> <li>▪ Angstig hechtgedrag</li> <li>▪ (Separatie)angsten</li> <li>▪ Regressief gedrag</li> <li>▪ Beperkt spel (met of zonder posttraumatisch solospel)</li> <li>▪ Herhaling in gedrag en spel ('reenactment')</li> <li>▪ Agressief/destructief gedrag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Concentratieproblemen</li> <li>▪ Agressieve of angstige fantasieën</li> <li>▪ Overdreven bezorgdheid over eigen veiligheid of die van anderen*</li> <li>▪ Herhaling in spel met andere kinderen, tekeningen of woordgebruik, 'reenactment'</li> <li>▪ 'Omen-formatie'</li> </ul> <p>* In mindere mate ook bij pubers</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verminderd functioneren op school: (prestaties, aanwezigheid, sociaal gedrag)</li> <li>▪ Schaamte voor gevoel van kwetsbaarheid</li> <li>▪ Schaamte voor afhankelijkheid van ouders</li> <li>▪ Radicale gedragsveranderingen</li> <li>▪ Risicovol ('thrill seeking') gedrag</li> <li>▪ Alcohol-/drugsmisbruik</li> <li>▪ Woede en wraakfantasieën</li> <li>▪ Angst voor controleverlies daarover</li> <li>▪ Beperkt toekomstperspectief</li> </ul>

Uit: Beer & de Roos (in press)

### 2.5. Gevolgen van chronische traumatisering

Bij chronisch getraumatiseerde kinderen (type II trauma) van alle leeftijden is daarnaast een grote variatie aan symptomatologie mogelijk (o.a. Segers, 2006; Terr, 1991):

- hardnekkige ontkenning
- zelfverdooving of zelfhypnose
- problemen met affectregulatie
- identificatie met de agressor
- agressie gericht tegen zichzelf
- symptomen van dissociatie

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

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

Dissociatieve reacties op het gebied van waarneming c.q. realiteitstoetsing zijn onder meer: depersonalisatie, derealisatie en emotionele verdooving. Dissociatieve reacties tijdens en onmiddellijk na een incident (peritraumatische dissociatie) worden verondersteld adaptief te zijn, maar een chronisch vertonen van deze reacties kan leiden tot een falend verwerkingsproces van de gebeurtenis en daardoor tot sterkere posttraumatische stressreacties (Schäfer e.a., 2004). Jonge kinderen ontwikkelen makkelijker vaardigheden tot dissociëren. Volgens Putnam (1993a) betreft deze vaardigheid een ontwikkelingsfenomeen met een piek op het tiende levensjaar, die vervolgens afneemt tijdens de adolescentie en volwassenheid.

In het geval van chronische traumatisering blijkt dan ook dat hoe vroeger in het leven de traumatiserende gebeurtenissen starten, hoe groter de kans is dat vaardigheden tot dissociëren ontwikkeld worden (Schäfer e.a., 2004). Of symptomen van pathologische dissociatie aanwezig zijn, naast symptomen van PTSS zoals boven beschreven, zal dus moeten worden vastgesteld.

Een speciale taakgroep 'complex trauma' van het 'National Child Traumatic Stress Network', - een consortium waarin verschillende universiteiten en instituten zijn verenigd - heeft aanbevelingen ontwikkeld ten aanzien van diagnostiek en behandeling van kinderen en adolescenten die chronisch getraumatiseerd zijn en onder meer last hebben van pathologische dissociatie (Cook e.a., 2003). De aanbevelingen van deze taakgroep ('taskforce') ten behoeve van de DSM-5 worden hieronder samengevat:

'*Complex trauma*' beschrijft het duale probleem van blootstelling aan traumatiserende gebeurtenissen enerzijds en de impact van deze blootstelling op korte en lange termijn anderzijds.

### 1. Gebeurtenissen

De gebeurtenissen vinden plaats binnen het systeem waarin het kind opgroeit, de sociale omgeving, die verondersteld wordt juist de bron van veiligheid en stabiliteit te zijn. Ze treden tegelijkertijd of opeenvolgend op en impliceren verschillende vormen van kindermishandeling: affectieve en pedagogische verwaarlozing, seksueel misbruik, lichamelijke mishandeling, getuige zijn van huiselijk geweld. De gebeurtenissen zijn chronisch en beginnen in de vroege jeugd.

### 2. De gevolgen

De gevolgen zijn divers en vergroten de kans op volgende traumatisering. Binnen ons huidige classificatiesysteem (DSM-IV-TR) is geen valide categorie voorhanden om de gevolgen adequaat te kunnen classificeren. De eerste reeks ervaringen leidt 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 van traumatiserende ervaringen betreft doorgaans opnieuw een opeenstapeling van verschillende vormen van geweld en verwaarlozing. Verslechtering of klinische symptomen kunnen zich manifesteren op zeven gebieden: hechting, biologie, emotieregulatie, dissociatie, gedragsregulatie, cognities, en zelfbeeld.

De verslechtering vindt plaats in een ontwikkelingscontext en is ook van invloed op het vervolg van de ontwikkeling (Cook e.a., 2003). Om die reden is door de groep de term 'developmental trauma disorder' (DTD) voorgesteld om het type traumatisering en de gevolgen ervan aan te duiden naast 'complex PTSD' (C-PTSD). Dit voorstel wordt waarschijnlijk niet geaccepteerd voor de DSM-5; mogelijk wel voor de DSM-6.

De term 'complex trauma' verwijst in feite naar een specifieke vorm van type II of chronische traumatisering. Er is discussie in het veld over de vraag in hoeverre de gevolgen van seksueel misbruik specifiek zijn en te onderscheiden zijn van huiselijk geweld. Voor beide categorieën geldt dat procesdiagnostiek gewenst is tijdens de behandeling naast screening en diagnostiek voorafgaand aan behandeling. Omdat beide vormen veelal gepaard gaan met gedwongen geheimhouding, komt vaak pas tijdens de behandeling boven water wat er precies is gebeurd.

Ten aanzien van de aard van gebeurtenissen die kunnen traumatiseren is het van belang om naast interpersoonlijke traumatisering door geweld, zoals hierboven beschreven, ook te denken aan 'afhankelijke' levensgebeurtenissen. Hiermee worden negatieve sociale ervaringen bedoeld, die kinderen kunnen oplopen ten gevolge van het hebben van een psychiatrische aandoening (bijvoorbeeld ADHD) of een chronische medische diagnose (bijvoorbeeld astma), of het ondergaan hebben van aversieve interventies, zoals gesepareerd worden in verband met agressief gedrag onder invloed van een acute psychose.

Voor alle leeftijden geldt dat vroegtijdige detectie van PTSS en van dissociatie van belang is vanwege de sterk negatieve invloed op het cognitief en sociaal-emotioneel functioneren alsook op de neurobiologische ontwikkeling. Vroegtijdige *behandeling* is van belang om kinderen en adolescenten optimale ontwikkelingskansen te bieden en ontwikkelingsstagnatie te voorkomen (Chemtob e.a. 2002; Cohen & Mannarino, 1998; Beer & de Roos, 2004).

Omdat bij kinderen - evenals bij volwassenen - vaak sprake is van co-morbiditeit met andere psychiatrische stoornissen, is differentiaaldiagnostiek van belang. PTSS kan samengaan met andere angststoornissen, stemmingsstoornissen, gedragsstoornissen en somatoforme stoornissen (Cohen & Mannarino, 2004; Tinker & Wilson, 1999; Beer & de Roos, in press). Het is van belang dat de problematiek helder in kaart wordt gebracht en dat hypothesen worden ontwikkeld ten aanzien van een mogelijke onderlinge samenhang. Hierna volgt een bespreking van instrumenten die daarbij behulpzaam kunnen zijn.

### **3. Screening door verwijzers**

Criteria om te bepalen of verwijzing geïndiceerd is naar instellingen c.q. behandelaars voor traumagerichte behandeling kunnen worden onderscheiden naar:

- *gebeurtenissen* die het kind heeft meegemaakt
- *symptomen* van het kind
- *reacties* van ouders/verzorgers op de gebeurtenis en op de reacties van het kind
- *hardnekkigheid van reacties*: beloop van het natuurlijk verwerkingsproces

De mate waarin sprake is van lijden of van ontwikkelingsstagnatie, is bepalend of verwijzing al dan niet overwogen dient te worden.

Snelle en relatief gemakkelijke screening kan als volgt plaatsvinden:



### 3.1. Een interview met kind en ouders

Aanbevolen wordt om kinderen vooral te vragen naar hun *belevingen*; en zowel kind als ouders naar de (veranderde) *gedragingen* van het kind. In dit interview kan worden gecheckt of leeftijdsspecifieke reacties op de schokkende gebeurtenissen aanwezig zijn. Zie hierboven. In bijlage 1 wordt een stramien aangegeven voor een dergelijk interview

### 3.2. Afname van een korte vragenlijst

- De Children's Revised Impact of Event Scale, ofwel **CRIES-13** (Children and war foundation, 1998; Nederlandse vertaling: Olf, 2005) is een zelf-invulvragenlijst waarmee gescreend wordt op de aanwezigheid van symptomen van PTSS. Deze korte vragenlijst is bruikbaar voor kinderen vanaf 8 jaar. De CRIES-13 is kosteloos verkrijgbaar via [www.childrenandwar.org](http://www.childrenandwar.org). Onlangs is door de Children and War foundation een verkorte versie van de CRIES-13 op de website geplaatst, genaamd CRIES-8. De items gericht op hyperarousal zijn in deze versie weggelaten. De verkorte versie wordt door de Children and War Foundation aangeraden om te gebruiken als screeningsinstrument. In Nederland vindt momenteel valideringsonderzoek plaats (AMC-de Bascule) waarbij tevens gekeken wordt welke versie het meest geschikt is al screeningsinstrument.
- De Strengths and Difficulties Questionnaire, ofwel **SDQ** (Goodman, 1997; Nederlandse vertaling: Goedhart, Treffers & Van Widenfelt, 2003) kan door verwijzers worden gebruikt als screeningsinstrument. De vragenlijst screent op psychische problematiek, waaronder emotionele symptomen, gedragsproblemen, hyperactiviteit/aandachtstekort en problemen met leeftijdsgenoten. Hij is gratis te downloaden op [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org) en heeft een korte afnametijd, 5 minuten. Deze lijst geniet nationaal en internationaal een groeiende populariteit (Boer, 2006). Er bestaan verschillende versies: ouders en leerkrachten kunnen een lijst invullen voor drie tot en met zestien jarigen en er is een zelfbeoordelingsversie voor adolescenten van elf tot en met zestien jaar. In Nederland vindt op dit moment op verschillende plaatsen normeringonderzoek plaats (Valenkamp e.a., 2006).
- De Child Dissociative Checklist, ofwel **CDC** (Putnam et al., 1993b, Nederlandse vertaling: Hartveld & Janssen, 1992) is een lijst met 20 items, die een indicatie geeft voor symptomen van dissociatie. Betrouwbaarheid en validiteit zijn goed. De lijst wordt ingevuld door ouders van kinderen van 5 t/m 14 jaar. Voor adolescenten kan gebruik worden gemaakt van de Adolescent Dissociative Experience Scale, ofwel **A-DES** (Armstrong, Carlson & Putnam, 1997). Deze zelfinvulvragenlijst is geschikt voor jeugdigen van 12 t/m 20 jaar. De vragenlijst meet symptomen van pathologische dissociatie bij adolescenten.

### 3.3. Beslisriteria

Verwijzing is *aangewezen* als:

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

Verwijzing is *niet aangewezen* als:

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

## **4. Diagnostiek**

Terwijl bij screening alleen wordt vastgesteld of er sprake is van bepaalde symptomen, wordt bij diagnostisch onderzoek uitgezocht hoe de symptomen onderling kunnen samenhangen binnen de context van het functioneren van de persoon enerzijds, en met omgevingsfactoren die van invloed zijn op ontstaan en onderhouden van de klachten anderzijds (Hermeler & Noorloos, 1998).

### 4.1. Maten

Nadat doorverwijzing heeft plaatsgevonden of rechtstreeks is aangemeld bij een behandelaar of behandelingsinstelling, is de volgende stap: diagnostisch onderzoek gericht op vaststelling van

de behandelindicatie. De reeds door verwijzer verzamelde informatie wordt aangevuld en uitgediept. Vastgesteld dient te worden of traumagerichte behandeling geïndiceerd en realiseerbaar is en tevens wat nog meer eventueel behandeling behoeft. Hiervoor wordt informatie verzameld over de volgende variabelen.

**Tabel 2. Relevante diagnostische variabelen**

<p>Specifieke variabelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aard van de gebeurtenissen (traumageschiedenis)</li> <li>▪ beleving van de herinneringen aan de gebeurtenis(sen)* <ul style="list-style-type: none"> <li>- hoe en hoeveel wordt er teruggedacht aan de gebeurtenis(sen)?</li> </ul> </li> <li>▪ reacties kind op de gebeurtenissen, aard van de symptomen* <ul style="list-style-type: none"> <li>- angsten; stemmingsproblemen; gedragsproblemen</li> </ul> </li> <li>▪ reacties van ouders/verzorgers op gedrag c.q. veranderd functioneren van het kind</li> <li>▪ reacties van ouders/verzorgers op de gebeurtenissen</li> </ul> <p>Globale variabelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ algemeen actueel functioneren c.q. welbevinden van het kind* <ul style="list-style-type: none"> <li>- veranderingen na het meemaken van een schokkende gebeurtenis?</li> </ul> </li> <li>▪ psychosociale problemen in het gezin</li> </ul> <p>* Deze variabelen kunnen worden geobjectiveerd met diagnostische instrumenten</p>
---

Leergeschiedenis van symptomen en onderhoudende factoren, zoals bekrachtigingpatronen, worden zorgvuldig uitgevraagd en geanalyseerd (gedragstherapeutische diagnostiek).

Bovenstaande variabelen kunnen, maar hoeven niet altijd, gemeten te worden. Bij kinderen die geïnccludeerd worden in wetenschappelijk onderzoek zal over het algemeen meer gemeten worden dan bij kinderen die verwezen zijn voor behandeling. In dat 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 goed in kaart te brengen.

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

#### 4.2. Meetinstrumenten

In het algemeen wordt aanbevolen om bij een vermoeden van angst- en/of stemmingsstoornissen in de diagnostiek gebruik te maken van een combinatie van een gestandaardiseerd klinisch-diagnostisch interview en psychometrisch goed onderbouwde vragenlijsten ([www.kenniscentrum-kjp.nl](http://www.kenniscentrum-kjp.nl)). Hoewel traumagerelateerde stoornissen zich bij kinderen en jeugdigen niet altijd alleen manifesteren via angstsymptomen, - zoals besproken in paragraaf 2 -, is het van belang om binnen de rubriek angststoornissen te differentiëren óf er sprake is van een angststoornis, en zo ja van welke. Omdat trauma zulke diverse effecten te zien kan geven is in de diagnostiekfase meer nodig dan dat. Ook de eventuele comorbiditeit, dient goed in kaart te worden gebracht. Hieronder worden instrumenten genoemd, die in aanmerking komen voor diagnostisch onderzoek. Zoals gebruikelijk bij kinderen en adolescenten, dient diagnostiek te steunen op meerdere informanten: rapportage van het kind, ouders en significante anderen zoals leerkrachten (de Roos en Eland, 2005).

##### *4.2.1. Klinisch-diagnostisch interview van ouders en kind*

Dit interview is gericht op ontwikkelingsanamnese en klachtenanamnese. Omdat ouders de neiging hebben om de impact van gebeurtenissen te onderschatten en kinderen de neiging hebben om hun ouders te willen sparen, is het van belang om ouders en kind in de intakefase zowel gezamenlijk als apart te spreken. Ouders geven betrouwbaarder informatie over het *gedrag* van het kind dan het kind zelf, echter niet over de *belevingen* van het kind. En omgekeerd kan het kind betrouwbaarder rapporteren over interne belevingen, maar minder over het eigen gedrag (Strand e.a., 2005). Om deze reden gaat de voorkeur uit naar een (semi-) gestructureerd klinisch interview. De volgende instrumenten worden in de literatuur beschreven: de Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV - Child Version, ofwel **ADIS-C** (Silverman & Albano, 1996; Nederlandse bewerking: Siebelink & Treffers, 2001), de Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents, ofwel **CAPS-CA** (Nader e.a., 2004; Nederlandse vertaling: van Meijel, Verlinden, Diehle, Lindauer), de Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime Version, ofwel **K-SADS-PL** (Kaufman e.a., 1997; Nederlandse vertaling: Reichart, Wals & Hillegers, 2000), de **Children's PTSD Inventory** (Saigh, 2000; Nederlandse vertaling: Alisic, 2009), de Diagnostic Interview

Schedule for Children, ofwel **DISC-IV** (Schaffer e.a., 2000; Nederlandse vertaling: Ferdinand & van der Ende, 2002) en de Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders, ofwel **SCID-D** (Steinberg, 1994; Nederlandse vertaling Boon & Draijer).

Volgens de richtlijnen van de N.I.C.E. (National Institute of Clinical Excellence) voldoet de CAPS-CA aan de gouden standaard voor het diagnosticeren van PTSS. De CAPS-CA is door het Academisch Medisch Centrum Amsterdam - De Bascule vertaald in het Nederlands, maar nog niet beschikbaar (zie [www.testweb.bsl.nl](http://www.testweb.bsl.nl)). Momenteel vindt valideringsonderzoek plaats, dat begin 2012 wordt afgerond. Het interview zal na de validering beschikbaar worden gesteld. Er zullen door het Academisch Medisch Centrum Amsterdam - De Bascule tevens trainingen worden verzorgd voor het correct afnemen en scoren van dit interview.

Op grond van op dit moment beschikbare normgegevens van genoemde instrumenten en van praktische zaken, zoals tijdsduur van afname en vereiste klinische ervaring en training, wordt daarom voorlopig aanbevolen:

- **ADIS-C** (Silverman & Albano, 1996; Nederlandse bewerking: Siebelink & Treffers, 2001). Hiermee is differentiaaldiagnostiek mogelijk van verschillende angststoornissen volgens de DSM-IV, waaronder PTSS. Er wordt tevens uitvoerig aandacht geschonken aan schoolweigering, een veel voorkomende complicatie van angststoornissen. Daarnaast kan ook de aanwezigheid van stemmingsstoornissen en externaliserende stoornissen worden vastgesteld. Ook wordt voorzien in een screening op een aantal andere stoornissen, zoals leerstoornissen en pervasieve ontwikkelingsstoornissen. Zowel ernst en intensiteit van de symptomen komen aan de orde alsook de mate van interferentie met het dagelijks functioneren. Klinische ervaring wordt vereist voor het gebruik van dit instrument.
- **SCID-D** (Steinberg, 1994; Nederlandse vertaling; Boon & Draijer) is een semi-gestructureerd klinisch diagnostisch interview om nauwkeurig in kaart te brengen of en in hoeverre er sprake is van dissociatieve stoornissen. Naast de classificatie van de dissociatieve stoornissen kan met behulp van de SCID-D ook de aanwezigheid en de ernst worden vastgesteld van vijf kernsymptomen: amnesie, depersonalisatie, derealisatie, identiteitsverwarring en identiteitsfragmentering. De SCID-D is ontwikkeld voor gebruik bij volwassenen, maar wordt in enkele studies ook gebruikt bij adolescenten (Nilsson & Svedin, 2006)

#### 4.2.2. Vragenlijsten

Met vragenlijsten kan de aanwezige problematiek snel, gestandaardiseerd en gestructureerd in kaart worden gebracht. Vragenlijsten zijn tevens te gebruiken als instrumenten voor behandel-evaluatie. Onderstaande vragenlijsten zijn geselecteerd op de volgende criteria: tijdsduur voor afname en scoring (zo kort mogelijk); validatie en normering in Nederland; compatibiliteit met internationale vakliteratuur; reeds in gebruik bij overig wetenschappelijk onderzoek naar angststoornissen op de Bascule, zodat verzamelde gegevens voor specifieke vraagstellingen kunnen worden vergeleken. Hierna volgt een overzicht van instrumenten, gerubriceerd volgens bovengenoemde variabelen (tabel 2, par. 4.1.).

#### A. PTSS-symptomen

- De University of California at Los Angeles Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index for DSM-IV (Revision 1), ofwel **UCLA PTSD Reaction Index for DSM-IV** (Pynoos e.a., 1998; Nederlandse vertaling: de Roos), is een prettige lijst in het gebruik, hij heeft ook een dimensionale schaal. Er is echter overlap met de module PTSS van de ADIS-C. De lijst is niet genormeerd. De vragenlijst wordt gebruikt door sommige specialistische traumacentra voor kind en jeugd in Nederland. Er is een kind-, adolescenten- en ouderversie beschikbaar. De kindversie is geschikt voor kinderen van 7 t/m 12 jaar oud. De adolescentenversie voor jongeren vanaf 13 jaar.
- De Children's Impact of Event Scale, ofwel **CRIES-13** (Children and War Foundation, 1998; Nederlandse vertaling: Olf, 2005) is reeds genoemd als instrument bij screening door verwijzers. Deze vragenlijst kan hier worden afgenomen bij kinderen vanaf 8 jaar om PTSS symptomen te screenen, indien dit nog niet is gebeurd.
- De Trauma Symptom Checklist for Children, ofwel **TSCC** (Briere, 1996; Nederlandse vertaling: Bal, 1998; Experimentele Nederlandse vertaling: Lamers-Winkelmann, 1998) en de Trauma Symptom Checklist for Young Children, ofwel **TSCYC** (Briere, 2005, Nederlandse vertaling: Lamers-Winkelmann, 1998) brengen ptss symptomen in kaart en meten tevens de beleving van de gebeurtenissen. Naast ptss symptomen worden ook andere symptoom clusters uitgevraagd die veel voorkomen bij getraumatiseerde kinderen, waaronder: angst, depressie, dissociatie, boosheid etc. De lijsten beschikken tevens over twee subschalen om te bepalen of er sprake is van onderrapportage of overrapportage. De

TSCC is een zelf-invulvragenlijst voor kinderen van 8 t/m 16 jaar. De TSCYC wordt ingevuld door ouders met kinderen van 3 t/m 12 jaar. De lijsten zijn nog niet genormeerd in Nederland. Gebruik van deze lijst en het beschikbaar stellen van gegevens levert een bijdrage aan normeringsonderzoek (Lamers-Winkelmann).

- De Child Sexual Behavior Inventory, ofwel **CSBI** (Friedrich, 1997; Nederlandse vertaling: Schoentjes en Lamers-Winkelmann, 1998) voor ouders van kinderen van 2 t/m 12 jaar, brengt symptomen van afwijkend seksueel gedrag van het kind in kaart. Deze lijst kan bij de ouders afgenomen worden indien er sprake is van traumatisering ten gevolge van (vermoed) seksueel geweld.
- De Schokverwerkingslijst voor Kinderen - Herziene versie, ofwel **SVLK** (Alisic, Eland & Kleber, 2006) kent twee varianten: een kindversie voor kinderen van 8 t/m 18 jaar en een ouderversie voor ouders van kinderen van 4 t/m 18 jaar. Met 34 items worden symptomen geïnterviewd van herbeleving, vermijding, verhoogde prikkelbaarheid en overige kindspecifieke reacties (zie Alisic, Eland & Kleber, 2006; Yule, Perrin & Smith, 1999). De SVLK is in Nederland ontwikkeld. De internationale benaming luidt: Children's Responses to Trauma Inventory (CRTI). Validatie- en normeringonderzoek voor de Nederlandse populatie loopt op dit moment (Alisic, Eland & Kleber, 2006; de Roos & Eland, 2005)

## B. Angstsymptomen/-stoornissen

- De Revised Child Anxiety and Depression Scale, ofwel **RCADS** (Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto & Francis, 2000) is een bewerking van de Spence Children's Anxiety Scale, ofwel **SCAS** (Spence, 1998). Er zijn een aantal items aan toegevoegd. De Nederlandse vertaling is gedaan door Oldehinkel waarmee in Nederland momenteel onderzoek wordt gedaan. Met dit instrument kunnen symptomen van angst en ook van depressie worden geïnterviewd. Hij is geschikt voor kinderen van 8 t/m 18 jaar. Er is een versie beschikbaar voor ouders en voor kinderen. De afnameduur is ongeveer 15 minuten. In de V.S. is hij uitgebreid onderzocht en betrouwbaar en valide gebleken. Normering voor de Nederlandse populatie en validatie-onderzoek is momenteel gaande.
- De Multidimensional Anxiety Scale for Children, ofwel **MASC** (March e.a., 1997; vertaald/bewerkt door Utens & Ferdinand, 2000a) is een zelfrapportage vragenlijst die bestaat uit 39 items en geschikt is voor kinderen en jeugdigen van 8 t/m 18 jaar. Voor de MASC zijn Amerikaanse normen beschikbaar voor drie leeftijdsgroepen en voor jongens en meisjes afzonderlijk (vertaling Utens en Ferdinand, 2000b). Normeringonderzoek voor Nederland vindt momenteel plaats. Deze lijst is niet opgenomen in het schema van aanbevolen instrumenten, bijlage 2 en 3, omdat om bovengenoemde reden voorkeur gegeven wordt aan gebruik van de RCADS. Voor meer informatie wordt verwezen naar E. Utens & R.F. Ferdinand, Erasmus MC, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Rotterdam.

## C. Depressieve symptomen/stoornissen

- De Children's Depression Inventory, ofwel **CDI** (Kovacs, 1992; Nederlandse vertaling: Timbremont & Braet & Roelofs, 2008) is een bewerking van de Beck Depression Inventory, ofwel **BDI** (Beck, 1979). Gemeten worden affectieve, cognitieve en gedragsmatige symptomen van depressie. Deze lijst is te gebruiken als zelfrapportagelijst voor kinderen van 7 t/m 17 jaar, afnameduur ongeveer 10-15 minuten. In 2008 is de herziening van de CDI uitgebracht. Extra normonderzoek heeft hiervoor plaatsgevonden.

## D. Dissociatieve symptomen

- De Child Dissociative Checklist, ofwel **CDC** (Putnam et al, 1993b; Nederlandse vertaling: Hartveld & Janssen, 1992) is reeds genoemd als instrument bij screening door verwijzers.
- De Adolescent Dissociative Experience Scale, ofwel **A-DES** (Armstrong, Carlson & Putnam, 1997) is reeds genoemd als instrument bij screening door verwijzers.

## E. Globaal functioneren/welbevinden

- De Child Behaviour Check List, ofwel **CBCL**, de Teacher's Report Form, ofwel **TRF** en de Youth Self-Report, ofwel **YSR** (Achenbach, 1991; vertaald door Verhulst & van der Ende, 1996,1997). Deze lijsten worden in veel Nederlandse GGZ instellingen standaard afgenomen en geven een indicatie of de gesignaleerde psychopathologie zich wel of niet bevindt in de klinische range en op welke klachten en symptomen de behandeling gericht dient te worden. De CBCL wordt ingevuld door ouders. De TRF wordt ingevuld door de leerkracht. Er zijn voor ouders en leerkrachten twee versies beschikbaar voor kinderen van 1½-5 en 6-18 jaar. De YSR wordt ingevuld door jongeren van 11-18 jaar.

- De Strengths and Difficulties Questionnaire, ofwel **SDQ** (Goodman, 1997; Nederlandse vertaling: Goedhart, Treffers & Van Widenfelt, 2003), reeds genoemd als instrument bij screening door verwijzers, is een korte lijst die minder subschalen kent dan bovenstaande lijsten (CBCL, TRF, YSR). Hij onderscheidt eveneens kinderen en adolescenten met en zonder psychopathologie. In de klinische populatie is hij te gebruiken als signaleringsinstrument om te bepalen of nader diagnostisch onderzoek nodig is.
- Eventuele achteruitgang in leerprestaties, een frequent voorkomend symptoom bij PTSS, kan worden vastgesteld via rapportage van leerkracht of van mentor bij middelbare scholieren.

## F. Cognities en cognitieve stijl

Cognities en cognitieve stijl - niet genoemd in tabel 2 - kunnen eveneens beschouwd worden als relevante specifieke variabelen om te meten. Beoordelingen door kinderen en ouders van de gebeurtenis en van de eigen reacties daarop kunnen een beschermende maar ook een risicofactor zijn, afhankelijk van hun inhoud, en daarmee een belangrijke rol spelen als moderator. De rol van cognities bij kinderen en adolescenten als moderator is empirisch aangetoond bij depressie, maar nog niet bij PTSS (Beer en de Roos, in voorbereiding). De modererende rol die hier onderzocht zou moeten worden betreft zowel cognities met betrekking tot zichzelf (zelfbeeld), anderen en de wereld, alsook de cognitieve stijl (denkstijlen, cognitieve patronen). Volgens het cognitieve leertheoretische model liggen disfunctionele cognities ten grondslag aan psychopathologie.

Instrumenten:

- De Competentie Belevingsschaal voor Kinderen, ofwel **CBSK** en de Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten, ofwel **CBSA** (Veerman et al., 1997) geven voor kinderen respectievelijk adolescenten een maat voor het zelfbeeld, de competentiebeleving, cognities ten aanzien van zichzelf.
- De Non-Productieve Denkprocessen voor Kinderen, ofwel **NPDK** (Jellesma et al., 2006) is een nieuwe, recent in Nederland ontwikkelde, schaal, die een maat geeft voor circulaire denkprocessen: piekeren en rumineren. Interessante onderzoeksvraag is in hoeverre verstoring in denkstijl optreedt ten gevolge van het meemaken van schokkende gebeurtenissen, en in hoeverre dit herstelt na behandeling. Het verdient aanbeveling hierover systematisch gegevens te verzamelen.
- De child-Post-Traumatic Cognitions Inventory, ofwel **cPTCI** (Meiser Stedman e.a., 2003, Nederlandse vertaling: Diehle e.a., 2009) is een vragenlijst die systematisch de negatieve gedachten inventariseert van getraumatiseerde kinderen en jongeren over zichzelf en de wereld om hen heen. Het is een korte vragenlijst, ontwikkelt in Groot-Brittannië, die daar gevalideerd is binnen een klinische populatie van schoolgaande kinderen en jongeren tussen de 8 en 18 jaar. De vragenlijst kan worden ingezet voor diagnostiek en meting van behandel-effecten. Validatie voor de Nederlandse populatie vindt op dit moment plaats (AMC-de Bascule).

## G. Copingstijl (omgaan met problemen)

Ook agressieregulatie en stijl van omgaan met problemen (copingstijl) door kind en ouders worden verondersteld moderatoren te zijn, die van invloed zijn op het al dan niet ontwikkelen van klachten na schokkende gebeurtenissen, en op de snelheid waarmee klachten ook weer kunnen worden verholpen.

- De Utrechtse Coping Lijst, ofwel **UCL** (Schreurs en van de Willige, 1993) is te gebruiken voor jongeren vanaf 14 jaar en geeft een maat voor individuele copingstijl

## H. Gedragsproblemen

Omdat traumagerelateerde problematiek ook tot uiting kan komen via gedragsproblemen, is het goed om te kunnen differentiëren welke gedragsstoornis eventueel geclassificeerd kan worden.

- De Vragenlijst voor Gedragsproblemen bij Kinderen, ofwel **VVGK** (Oosterlaan en Scheres, 2000) differentieert ADHD, ODD en CD. Hiermee wordt geen relatie gelegd met de oorzaak van de gedragsproblemen; dit instrument bevordert slechts gestandaardiseerde classificatie van gedragsstoornissen. Óf er sprake is van een *traumagerelateerde* gedragsstoornis, indien die vastgesteld is, dient te blijken uit overige diagnostische gegevens.

## I. Aandacht- en geheugenfuncties

Voor wetenschappelijk onderzoek verdient het aanbeveling om voor en na behandeling systematisch in kaart te brengen of er sprake is (geweest) van verstoringen in aandacht en/of

concentratie; functioneren van het werkgeheugen. Hiervoor kunnen de volgende instrumenten worden gebruikt:

- De Test of Everyday Attention for Children, ofwel **Tea-Ch** (Manley et al., 2001). Dit instrument geeft een indicatie van volgehouden, verdeelde en selectieve aandacht.
- **K-ABC Woordvolgorde** (Kaufman e.a., 1983). Dit instrument geeft een score voor de kwaliteit van selectieve aandacht en het functioneren van het werkgeheugen.
- The Rivermead Behavioral Memory Test, ofwel de **Rivermead** (Wilson e.a., 1991) is een instrument dat de kwaliteit meet van het verbale geheugen.

In bijlage 2 en 3 staan bovengenoemde instrumenten gerubriceerd in een schema met relevante gegevens over de verschillende instrumenten. Op basis van genoemde criteria in 4.2.2. worden deze instrumenten voorlopig aanbevolen. Hoe uitgebreid gemeten wordt bij diagnostisch onderzoek is afhankelijk van complexiteit van aangemelde problematiek enerzijds en van doelstelling van het onderzoek anderzijds: indicatiestelling, opzet behandelplan, maten voor behandel-evaluatie of voor wetenschappelijk onderzoek.

## 5. Aanbevolen testbatterij

Omdat dit protocol jaarlijks wordt bijgesteld op basis van beschikbare kennis c.q. instrumenten, draagt de aanbeveling van instrumenten een voorlopig karakter.

### 5.1. Klinisch gebruik

Bij klinisch gebruik is het primair van belang dat het gezin het gevoel krijgt dat behandelaar c.q. behandelaanbod aansluiten bij de hulpvraag. De patiënt wil gehoord worden en een behandeling krijgen die gericht is op reductie van klachten, welke door ouders of het kind/de jongere zijn genoemd. Eventuele metingen dienen ter ondersteuning respectievelijk verificatie van klinische indrukken van de therapeut. En ook om de kans te verkleinen dat belangrijke aspecten worden gemist. Hierbij kan een keus worden gemaakt uit genoemde vragenlijsten. Alleen die variabelen hoeven te worden gemeten die op grond van het klinisch interview een rol lijken te spelen. Met andere woorden: je hoeft alleen te meten wat relevant lijkt om te weten.

### 5.2. Wetenschappelijk onderzoek

De eisen die aan een testbatterij worden gesteld zijn bij wetenschappelijk onderzoek strenger dan bij het klinisch gebruik. In beide situaties is het evenzeer van belang dat de testbatterij valide en betrouwbaar is. De onderzoeksvraag is mede bepalend voor de keus van instrumenten. Minimale eis bij wetenschappelijk onderzoek is dat er gebruik wordt gemaakt van een klinisch interview om de diagnose(n) vast te stellen in combinatie met vragenlijsten die door de patiënten zelf en/of ouders worden ingevuld. In dit protocol zijn instrumenten besproken die verschillende aspecten in kaart brengen, niet alleen posttraumatische stresssymptomen maar ook traumagerelateerde stoornissen en comorbiditeit, zoals cognities en cognitieve stijl, copingstijl, gedragsproblemen en aandacht en geheugenfuncties.

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

## 6. Conclusies

In dit protocol is besproken welke instrumenten worden aanbevolen voor screening en diagnostiek van PTSS, zoals gedefinieerd door het classificatiesysteem van de DSM IV. Ook is besproken waarom de classificatie volgens DSM IV niet voldoet voor kinderen. Aangegeven is welke reacties per leeftijdsgroep kenmerkend zijn en gemeten zouden kunnen worden. Op de verschillende traumacentra voor kinderen en jeugdigen in ons land worden naast de hier besproken instrumenten in een aantal gevallen ook nog andere gebruikt, afhankelijk van doelstelling en ervaring met de gebruikte instrumenten. Hopelijk draagt dit voorlopige protocol bij aan het tot stand komen van een vastgestelde, gedifferentieerde en valide testbatterij voor de diagnostiek van getraumatiseerde kinderen in Nederland.

## Literatuur

- Adler-Nevo, G. & Manassis, K. (2005). Psychosocial treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: the neglected field of single-incident trauma. *Depression and Anxiety*, 22, 177-189.
- Alisic, E., Eland, J. & Kleber, R.J. (2006). *Schokverwerkingslijst voor kinderen (SVLK) Handleiding*. Zaltbommel/Utrecht: Instituut voor Psychotrauma.
- Alisic, E. (2009). *Nederlandse vertaling van Children's PTSD Inventory*. Amsterdam: Pearson.
- APA: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC, American Psychiatric Association; 2000.
- 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.
- Bal, S. (1998). *Nederlandse vertaling van de Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*. Niet gepubliceerd.
- Beer, R. & de Roos, C. (2004). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bij kinderen en adolescenten. Theorie en empirie. *Kind en Adolescent*, 20, 38-53.
- Beer, R. en de Roos, C. (in press). Psychotherapeutische behandeling van kindren en adolescenten: Algemene beschouwingen (I) en specifieke behandelingen (II). Van onvoltooid naar voltooid verleden tijd. In: E. Vermetten, R. Kleber en O. van der Hart (red). *Leerboek Psychotrauma*. De Tijdstroom.
- Boer, F. (2006) *Advies inzake de keus voor een algemeen te gebruiken screeningsinstrument voor de Bascule*. Interne publicatie.
- Boon, S. & Draijer, N. *Nederlandse vertaling van Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D). Gestructureerd klinisch interview voor de DSM-IV dissociatieve stoornissen*. Vakgroep Psychiatrie, Vrije Universiteit, Amsterdam.
- 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.
- Chemtob, C.M., Nakashima, J., and Carlson, J.G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: a field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 99-112.
- Children and War Foundation (1998). *Children's Impact of Event Scale (CRIES-13)*. Zie [www.childrenandwar.org](http://www.childrenandwar.org).
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., et al. (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.
- Cohen, J. A. and Mannarino, A. P. (1998) Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children: six- and 12-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 44-51.
- Cohen, J. A. and Mannarino, A. P. (2004) Posttraumatic Stress Disorder. In *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (eds. Th. H. Ollendick & J. S. March), pp. 405-431.: Oxford University Press.

Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393-402.

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.

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

Costello, E.J., Erkanli, A., Fairbank, J.A., Angold, A. (2002). The Prevalence of Potentially Traumatic Events in Childhood and Adolescence. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 15, No. 2, April 2002, pp. 99–112

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.

Eland, J., de Roos, C., Kleber, R. (2005) *Kind en Trauma een opvangprogramma*. Harcourt Book Publishers.

Fairbank, J.A. and Fairbank, D.W. (2009). Epidemiology of child traumatic stress. *Current Psychiatry Reports*, Aug. 11 (4): 289-295.

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.

Ferdinand, R.F., Van Lier, M.H.M., Van der Most, G.H.F., De Nijs, P.F.A., Reichart, C.G., Dekkers, F.H.W. (2004) Meetinstrumenten bij psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen. In: *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46, 10, 659-664.

Friedrich, W.N. (1997). *Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.

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.

Hartveld, G. & Janssen, M. (1992). *Nederlandse vertaling van de Child Dissociative Checklist (CDC)*. Vrije Universiteit, Amsterdam.

Hermeler, K.M.M. en Noorloos, J.R. (1998). Vaststellen en beoordelen van probleemgedrag bij kinderen door middel van psychodiagnostiek en gedragsassessment. In: Prins, P.J.M. en Bosch, J.D. (red.) *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

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.

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., et al. (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, 980-988.

Kaufman, A.S. & Kaufman, N.L. (1983). *K-ABC: Kaufman Assessment Battery for Children, Interpretive Manual*. Minnesota: American Guidance service.



Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. New York: Multi-Health Systems.

Lamers-Winkelmann, F. (1998). *Nederlandse vertaling van de Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)*. Amsterdam, Vrije Universiteit, afdeling Orthopedagogiek.

Lamers-Winkelmann, F. (1998). *Experimentele Nederlandse vertaling van de Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*. Amsterdam, Vrije Universiteit, afdeling Orthopedagogiek.

Lonigan, C. J., Phillips, B. M., & Richey, J. A. (2003). Posttraumatic stress disorder in children: diagnosis, assessment, and associated features. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 171-194.

Manly, T., Anderson, V., Nimmo-Smith, I., et al (2001) The differential assessment of children's attention: the Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch), normative sample and ADHD performance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 42, 1065-1081.

March, J.S. (1997). *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)*. Multi-Health Systems Inc.

Meiser-Stedman, R., Smith, P., Yule, W., Dalgleish, T. (2003). *Child Posttraumatic Cognitions Inventory (cPTCI)*. Children and War foundation. Zie ook [www.childrenandwar.org](http://www.childrenandwar.org)

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. Nederlandse vertaling: in ontwikkeling (van Meijel, E.P.M., Verlinden, E., Diehle, J., Lindauer, R.J.L. )

Nilsson, D. & Svedin, C.G. (2006). Evaluation of the Swedish version of Dissociation Questionnaire (DIS-Q), Dis-Q-Sweden, Among Adolescents. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7, 65-69

Olf, M. (2005). *Nederlandse vertaling van de Children's Impact of Event Scale (CRIES-13)*. *Herziene Kinder schokverwerkingslijst*. Amsterdam: AMC de Meren, afdeling psychotrauma. Zie [www.childrenandwar.org](http://www.childrenandwar.org).

Oosterlaan, A. J., Scheres, A. (2000) *Handleiding bij de vragenlijst voor gedragsproblemen bij kinderen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Ox, M. (2004) *De diagnostiek van de Post Traumatische Stress Stoornis bij kinderen*. Doctoraalscriptie Universiteit van Amsterdam.

Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2000). The assessment and treatment of Post-traumatic Stress Disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 41, 277-289.

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.

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.

Reichart, C.G., Wals, M., & Hillegers, M. (2000). *Nederlandse vertaling van Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)*. Utrecht: H.C. Rümke Groep.

Roos, C. de & Eland, J. (2005). Posttraumatische stressstoornis bij kinderen en adolescenten: diagnostiek en hulpverlening. In: Gersons, B.P.R. & Olf, M. (red.) *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stress- stoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Saigh, P.A., Yasik, A.E., Oberfield, R.O., Green, B., Halamandaris, P., Rubenstein, H., Nester, J., Resko, J., Hetz, B., & McHugh, M. (2000). The children's PTSD inventory: Development and reliability. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 369-380.

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.

Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C.P., Dulcan M.K., Schwab-Stone, M. E. (2000). NIHM Diagnostic Interview Schedule for Children-Version IV (NIHM DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnosis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.

Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J., et al (1995) Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 191-200.

Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 561-570.

Scheeringa, M.S. (2004) *Presentatie op EMDR congres*.

Schoentjes, E. & Lamers-Winkelmann, F. (1998). *Experimentele Nederlandse vertaling van de Child Sexual Behavior Inventory (CBSI)*. Amsterdam, Vrije Universiteit.

Schreurs, P. J. G., van de Willige, G., Brosschot, J. F., et al (1993) *De Utrechtse Coping Lijst*. Lisse: Swets Test Publishers.

Segers, H. (2006) *Dissociatieve symptomen bij chronisch mishandelde kinderen tussen acht en twaalf jaar: Pilotstudie*. Eindwerk voor Licentiaat in de Klinische Psychologie. Vrije Universiteit, Brussel.

Silverman, W.K. & Albano, A.M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Child Version, Child Interview Schedule*. San Antonio, The Psychological Corporation.

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.

Spence, S. H. (1998) A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.

Stallard, P. (2006) Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: A review of randomised controlled trials. [www.sciencedirect.com/Clinical Psychology Review](http://www.sciencedirect.com/ClinicalPsychologyReview)

Steinberg, M. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

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.

Timbremont, B., Braet, C. & Roelofs, J. (2008) *Handleiding Children's Depression Inventory (herziene versie)*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Tinker, R.H. & Wilson, S.A. (1999) *Through the eyes of a child: EMDR with children*. New York. Norton.

Utens, E. M. W. J., & Ferdinand, R. F. (2000a). *Nederlandse vertaling van de Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC-NL)*. Rotterdam: AZR-Sophia / Erasmus Universiteit.

Utens, E. M. W. J., & Ferdinand, R. F. (2000b). *MASC: Angstschaal voor kinderen: Nederlandse vertaling*. Sophia Kinderziekenhuis: Erasmus MC, Rotterdam.

Valenkamp, M.W., Verhulst, F.C., De Ruiter, C. (2006) Signaleringslijsten psychische problematiek bij jeugdigen. In: *Kind en Adolescent*, 27,1, 4-30.

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.

Widenfelt, B. M. v., Goedhart, A. W., Treffers, P. D., et al (2003) Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 281-289.

Widenfelt, B. M. v., Goedhart, A. W., Treffers, P. D., et al (2003) Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 281-289.

Wilson, B.A., Cockburn, J. & Baddeley, A. (1991). *The Rivermead Behavioral Memory Test*. Thames Valley Test Company, London. Vertaling: Van Balen, H.G.G. & Groot Zwaartink, A.J.M. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Yule, W., Perrin, S. & Smith, P. (1999) Posttraumatic stress reactions in children and adolescents. In: W. Yule (ed.) *Posttraumatic Stress Disorders: Concepts and therapy* (pp. 25-50). Chichester: John Wiley & Sons.

Yule, W., Smith, P., Perrin, S. (2005) Post-traumatic stress disorders. In *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* (ed. P. J. Graham), pp. 342-358.: Cambridge University Press.

#### **NOTA BENE:**

Van de vertaalde meetinstrumenten zijn in sommige gevallen alleen de Nederlandse auteurs opgenomen in de literatuurlijst.

## **BIJLAGE 1.**

## **Screening: stramien voor interview met kind**

### **1. De gebeurtenis**

Wat is er gebeurd?

Was je tijdens de gebeurtenis heel erg bang?

Voelde je je hulpeloos?

Voelde je afschuw of walging, dacht je: 'gadver.....' ?

### **2. Symptomen kind**

Hoe heb je gereageerd?

a. Wat voelde je: tijdens, kort erna, langer erna?

b. Wat deed je: tijdens, kort erna, langer erna?

c. Wat dacht je: tijdens, kort erna, langer erna?

### **3. Reacties ouders**

Hoe hebben je ouders gereageerd op de gebeurtenis: tijdens, erna?

Hoe hebben je ouders gereageerd op jouw reacties: kort erna, later?

Wat deden, zeiden je ouders?

### **4. Reacties van dissociatie**

De onderstaande vragen zijn direct gericht op het al of niet aanwezig zijn van dissociatieve reacties, criterium B van de Acute Stress Stoornis . Het zijn gesloten vragen, waarop alleen ja/nee antwoorden gegeven kunnen worden. Overgenomen uit: Schäfer et al, 2004. Onderscheiden dient te worden of deze symptomen alleen aanwezig waren tijdens de gebeurtenis (peritraumatische dissociatie) of nu nog steeds. Daarvoor dezelfde vragen stellen in de tegenwoordige tijd.

#### **Derealisatie**

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

#### **Depersonalisatie**

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

#### **Verminderd bewustzijn van omgeving**

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

#### **Emotionele verdooving**

Voelde je je verdoofd of zelfs helemaal gevoelloos?

#### **Amnesie**

Ben je belangrijke details van de gebeurtenis vergeten?

### **5. Coping.**

Wat gaat alweer goed? Wat hielp?

## Screening: stramien voor interview met ouder

### 1. De gebeurtenis

Wat is er gebeurd?

Heeft u gemerkt dat uw kind heel erg bang was, zich hulpeloos voelde, of afschuw ervoer?

### 2. Symptomen kind

Hoe heeft uw kind erop gereageerd?

Zijn/haar gedrag: tijdens de gebeurtenis (indien bekend), kort erna, langer erna.

### 3. Reacties ouders

Hoe heeft u geageerd op de gebeurtenis: tijdens (alleen indien ouder aanwezig was), erna?

Hoe heeft u gereageerd op reacties van uw kind: kort erna, later?

### 4. Reacties van dissociatie

De onderstaande vragen zijn direct gericht op het al of niet aanwezig zijn van dissociatieve reacties, criterium B van de Acute Stress Stoornis . Het zijn gesloten vragen, waarop alleen ja/nee antwoorden gegeven kunnen worden. Overgenomen uit: Schäfer et al, 2004. Onderscheiden dient te worden of deze symptomen alleen aanwezig waren tijdens de gebeurtenis (peritraumatische dissociatie) of nu nog steeds. Daarvoor dezelfde vragen stellen in de tegenwoordige tijd. Het betreft subjectieve belevingen van het kind. Het is de vraag of ouders hierover iets kunnen zeggen. Ze kunnen onderstaande symptomen eventueel afleiden uit gedrag van het kind, maar niet zelf direct waarnemen.

#### Derealisatie

Heeft u gemerkt dat de wereld om hem/haar heen vreemd of onwerkelijk leek, als in een droom?

#### Depersonalisatie

Heeft u gemerkt dat uw kind zich vreemd voelde in zijn/haar lichaam, alsof het niet van hem/haar is?

#### Verminderd bewustzijn van omgeving

Heeft u gemerkt dat uw kind minder in de gaten had wat er om hem/haar heen gebeurde?

#### Emotionele verdoving

Heeft u gemerkt dat uw kind zich verdoofd voelde of zelfs gevoelloos?

#### Amnesie

Heeft u gemerkt dat uw kind belangrijke details van de gebeurtenis is vergeten?

### 5. Coping

Wat gaat alweer goed? Wat hielp?

## BIJLAGE 2. Overzicht meetinstrumenten: klinische interviews

Instrument	Auteur(s) en jaar	Meetpretentie	Vertaling	Genormeerd	Validatie	Ouder- en kind versie	Verschillende versies/range leeftijden	Internat. gebruikt	Tijdsduur afname (A) en scoring (S)	Verkrijgbaar via
ADIS-C	Silverman & Albano, 1996	Angststoornissen en andere psychische stoornissen volgens DSM-IV. Beoordeelt interferentie met functioneren.	Siebelink & Treffers, 2001		Betrouwbaarheid en validiteit onderzocht bij oorspronkelijke Engelstalige versie. Nederlandse validering loopt bij Academisch Centrum Kinder- & Jeugdpsychiatrie Curium in Oestgeest (Siebelink&Treffers)	Kind Ouder	7-17 jaar	Ja	A: afh. van lft. en psychopathologie 45-90 min. Nameting neemt minder tijd in beslag  S:15 min.	Pearson
CAPS-CA	Nader e.a. 2004	PTSS	Wordt momenteel vertaald (Van Meijel, Verlinden, Diehle, Lindauer, AMC-de Bascule, Amsterdam). Uitgave i.s.m. Bohn Stafleu van Loghum		Internationaal gevalideerd. Ned. versie wordt vanaf 2010 gevalideerd bij AMC - De Bascule	Kind	8-16 jaar	Ja	A: 45-60 min  S: 15 min	Nog niet verkrijgbaar. Info volgt zodra bekend. Zie ook <a href="http://www.testweb.bsl.nl">www.testweb.bsl.nl</a>
K-SADS-PL	Kaufman e.a., 1997	Diagnose van een grote range aan stoornissen waaronder stemmingsstoornissen, angststoornissen, schizofrenie, gedragsstoornissen en middelenmisbruik.	Reichart, Wals & Hillegers, 2000		Internationaal gevalideerd. In NL geen onderzoek naar psychometrische kwaliteiten	Kind Ouder	6-18 jaar	Ja	A: minstens 2 á 3 uur (voor gehele interview). Zeer afhankelijk van aanwezige problematiek  S: ?	Het instrument is op te vragen bij mevr. dr. C.G. Reichart via <a href="mailto:c.g.reichart@curium.nl">c.g.reichart@curium.nl</a>
Children's PTSD Inventory	Saigh, 2000	PTSS	Alisic, 2009		Internationaal gevalideerd	Kind	6-18 jaar	Ja	A: 5-20 minuten  S:?	Pearson

Instrument	Auteur(s) en jaar	Meetpretentie	Vertaling	Genormeerd	Validatie	Ouder- en kind versie	Verschillende versies/range leeftijden	Internat. gebruikt	Tijdsduur afname (A) en scoring (S)	Verkrijgbaar via
DISC-IV	Shaffer e.a., 2000	Veel voorkomende DSM-IV en ICD-10 diagnoses waaronder angststoornissen, stemmingsstoornissen, gedragsstoornissen, en schizofrenie	Ferdinand & van der Ende, 2002		Internationaal gevalideerd. In NL niet.	Kind Ouder	Ouderversie: 6-17 jaar Kindversie: 9-17 jaar	Ja	A: afh. van lft. en psychopathologie. Gehele interview 90-120 min.  S: Gebruik van computer algoritme	Verkrijgbaar via de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het Sophia Kinderziekenhuis/Erasmus universiteit Rotterdam
SCID-D	Steinberg, 1994	Dissociatieve stoornissen	Boon & Draijer						A: 30-90 min. Afhankelijk van de ervaringen van het individu  S: ?	

### BIJLAGE 3. Overzicht meetinstrumenten: vragenlijsten

Instrument	Auteur(s) en jaar	Meetpretentie	Vertaling	Genormeerd	Validatie	Ouder- en kind versie	Verschillende versies/range leeftijden	Internat. gebruikt	Tijdsduur afname (A) en scoring (S)	Verkrijgbaar via
<b>A. (Partiële) PTSS</b>										
CRIES-13	Children & War Foundation, 1998	Posttraumatische reacties bij kinderen	Olf, 2005	In V.S. Onderzoek voor Nederlandse populatie loopt (AMC-de Bascule)	Internationaal gevalideerd	Kind	Vanaf 8 jaar	Ja	A: 5 á 10 min. S: 5 min.	Gratis verkrijgbaar via <a href="http://www.childrenandwar.org">www.childrenandwar.org</a>
TSCC	Briere, 1996	Posttraumatische reacties en beleving van de gebeurtenis(sen)	Bal, 1998 Experim. vertaling: Lamers-Winkelman, 1998	In V.S. Onderzoek voor Nederlandse populatie loopt (Vrije Universiteit, Amsterdam)	Internationaal gevalideerd	Kind	8 t/m 16 jaar	Ja	A: 10 a 20 min S: 15 minuten	Nog niet verkrijgbaar. Info volgt zodra bekend. Voor het gebruiken van de NI-vertaling contact opnemen met S.Bal of F.Lamers-Winkelman
TSCYC	Briere, 2005	Posttraumatische reacties en beleving van de gebeurtenis(sen)	Lamers-Winkelman, 1998	In V.S. Onderzoek voor Nederlandse populatie loopt (Vrije Universiteit, Amsterdam)	Internationaal gevalideerd	Ouder	3 t/m 12 jaar	Ja	A: 10 a 20 min S: 15 minuten	Nog niet verkrijgbaar. Info volgt zodra bekend. Voor het gebruiken van de NI-vertaling contact opnemen met F.Lamers-Winkelman
CSBI	Friedrich, 1997	Inventariseert symptomen van afwijkend seksueel gedrag	Schoentjes en Lamers-Winkelman, 1998	In V.S. Onderzoek voor Nederlandse populatie loopt.		Ouder	2 t/m 12 jaar	Ja	A: 20 minuten S: 15 min.	Nog niet verkrijgbaar. Info volgt zodra bekend. Voor het gebruiken van de NI-vertaling contact opnemen met F.Lamers-Winkelman
SVLK	Ned. instrument Internationale benaming: Children's Responses to Trauma Inventory (CRTI)	Inventariseert symptomen van PTSS en overige kindspecifieke reacties	Alisic, Eland & Kleber (2006)	Onderzoek loopt (Alisic, Eland & Kleber, UMC Utrecht)	Onderzoek loopt (Alisic, Eland & Kleber, UMC Utrecht)	Kind Ouder	Kindversie: 8 t/m 18 jaar Ouderversie: 4 t/m 18 jaar	Nee	A: 20 minuten S: 5 minuten (34 items)	Kosteloos via <a href="mailto:E.Alisic@umcutrecht.nl">E.Alisic@umcutrecht.nl</a>







Instrument	Auteur(s) en jaar	Meetpretentie	Vertaling	Genormeerd	Validatie	Ouder- en kind versie	Verschillende versies/range leeftijden	Internat. gebruikt	Tijdsduur afname (A) en scoring (S)	Verkrijgbaar via
NPKD	Ned. instrument	Non-productieve denkprocessen:piekeren en rumineren	Jellesma et al (2006)	Ja	Ja	Kind	Basisschoolleeftijd		A: 10 items, 4 puntschaal S:	Via FJellesma@FSW.leidenuniv.nl
<b>G. Copingstijl</b>										
UCL	Ned instrument	Coping als persoonlijkheidsstijl	Schreurs et al (1993)	Ja	Ja	Kind	Vanaf 14 jaar	?	A: 5 min 47 items, 4 puntschaal S:	Nee Aanwezig op de meeste instellingen
<b>H. Gedragsproblemen</b>										
VVGK	Disruptive behaviour disorders (Pelham et al, 1998)	Brengt systematisch symptomen van gedragsstoornissen in kaart: óf en in welke mate is er een gedragsstoornis. Dfferentieert ADHD, ODD, CD	Oosterlaan et al (2000)	Ja, Nederlandse en Vlaamse normen	Ja	Kind	6 t/m 16 jaar	?	A: 10 min 42 items, 4 puntschaal S:	Aanwezig op de meeste instellingen
<b>I. Aandacht- en geheugenfuncties</b>										
TEA-Ch	Manly e.a. (2001)	Volgehouden, verdeelde en selectieve aandacht							A: 20 min S: invoeren en optellen	Harcourt Test Publishers
K-ABC Woordvolgorde	Kaufman	Selectieve aandacht en werkgeheugen							A: 10 min S:	Harcourt Test Publishers
Rivermead	Wilson e.a. (1991)	Verbale geheugen							A: 30 min S:	Harcourt Test Publishers