

Tijdig signaleren en behandelen van trauma- en stressorgerelateerde problemen

bij jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking

Een handreiking voor behandelaren en begeleiders

Kajak
ACADEMISCHE WERKPLAATS



© Deze handreiking is een uitgave van de Academische Werkplaats Kajak (2020). De auteurs zijn leden van de *Werkgroep LVB en trauma* van de Academische Werkplaats Kajak.

Auteurs:

- Drs. Carina van Kregten, voorzitter (Pluryn; psycholoog NIP, EMDR-practitioner, cognitief gedragstherapeut VGCT)
- Drs. Rik Knipschild (Karakter; GZ-psycholoog, psychotraumatherapeut NtVP, onderzoeker)
- Dr. Liesbeth Mevissen (Kenniscentrum Trajectum LVB & Liesbeth Mevissen Praktijk voor Psychotrauma; GZ- en klinisch psycholoog, orthopedagoog generalist, EMDR-supervisor, psychotraumatherapeut NtVP, onderzoeker)
- Drs. Maria Kaatee (De Bascule; klinisch psycholoog, psychotherapeut)
- Dr. Maroesjka van Nieuwenhuijzen (William Schrikker, ontwikkelingspsycholoog, senior onderzoeker)
- Drs. Paul Prins (Pluryn; GZ-psycholoog in opleiding tot specialist, cognitief gedragstherapeut VGCT, EMDR-practitioner, psychotraumatherapeut NtVP)
- Drs. Karen Appelboom (Herlaarhof; GZ- en klinisch psycholoog, psychotherapeut, ABFT-therapeut)
- Drs. Conny Neumann (Karakter; GZ- en klinisch psycholoog/ psychotherapeut, cognitief gedragstherapeut VGCT, supervisor VGCT, psychotherapeut)
- Drs. Rikje ter Avest (De Hartekamp Groep; GZ-psycholoog, EMDR-practitioner, cognitief gedragstherapeut VGCT)

Met dank aan:

- Dr. Laura Leenarts (Youz; GZ-psycholoog, senior onderzoeker)
- Drs. Jessica Vervoort (Koraal, orthopedagoog generalist, onderzoeker)
- Drs. Femke Scheffers (MEE ZHN, orthopedagoog, onderzoeker)

Redactie:

- Dr. Mariëlle Dekker en dr. Wouter Groen (Academische Werkplaats Kajak)
- Met dank aan dr. Jolanda Douma (Landelijk Kenniscentrum LVB)

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken dient men zich tot de Academische Werkplaats Kajak te wenden.

Churchillaan 11
3527 GV Utrecht
030 7400 400
www.academischewerkplaatskajak.nl
info@awkajak.nl

Ontwerp:

Rudi Langezaal, Odijk

Inhoud

1.	Voorwoord	5
1.1	Leeswijzer	6
2.	Inleiding	7
2.1	Classificatie van een LVB	7
2.2	Stressvolle gebeurtenissen, veerkracht & trauma- en stressorgerelateerde stoornissen	7
2.3	Jeugdigen met een LVB: vaker stressvolle gebeurtenissen & minder veerkracht	8
2.4	Jeugdigen met een LVB & trauma: beter signaleren noodzakelijk	9
3.	Signalen traumagerelateerde problematiek bij LVB naar leeftijd	11
3.1	Signalen bij het jonge kind met een LVB	11
	Casus Naomi (jong kind met een vermoeden van een (L)VVB)	11
3.2	Signalen bij een kind met een LVB in de basisschoolleeftijd	12
	Casus Ramona (basisschoolleerling met een LVB)	12
3.3	Signalen bij adolescenten en jongvolwassenen met een LVB	13
	Casus Regillio (adolescent met een LVB)	13
	Casus Christel (jongvolwassene met een LVB)	13
4.	Beschrijving traumagerelateerde problemen	15
5.	Risicofactoren en beschermende factoren traumagerelateerde klachten	20
5.1	Risicofactoren traumagerelateerde klachten	20
5.2	Beschermende factoren traumagerelateerde klachten	20
6.	Traumaklachten gaan niet vanzelf over	23
7.	Diagnostiek van trauma- en stressorgerelateerde stoornissen bij jeugdigen met een LVB	24
7.1	Gebruik van vragenlijsten PTSS-symptomen	24
7.2	Klinische diagnostiek: het DITS-LVB interview	25
7.3	Aanpassingen aan diagnostisch onderzoek bij jeugdigen met een LVB	26

8.	Behandeling van trauma- en stressorgerelateerde stoornissen bij jeugdigen met een LVB	27
8.1	Elementen behandelplan	27
8.2	EMDR	28
8.3	Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie (TG-CGT)	29
8.4	KINGS-LVB (Kind IN een Gezond Systeem-LVB)	29
8.5	Narratieve therapie	31
8.6	Exposure	31
8.7	Ouder-kind psychotherapie	32
8.8	Psychofarmaca	32
8.9	Aanpassingen behandelingen bij jeugdigen met een LVB	33
9.	Begeleiding van jeugdigen met een LVB en trauma- en stressorgerelateerde stoornissen	35
9.1	Traumasensitief begeleiden	35
9.2	Versterken van veerkracht	36
10.	Overzicht van trainingen voor verschillende professionals (2020-2021)	38
10.1	Voor EMDR-therapeuten	38
10.2	Voor klinisch psychologen en psychotherapeuten (i.o.)	38
10.3	Voor gedragswetenschappers	38
10.4	Voor gedragswetenschapper, praktijkondersteuner huisarts, sociaal pedagogisch hulpverlener & maatschappelijk werk	39
10.5	Voor begeleiders	39
10.6	Voor leerkrachten	39
11.	Veelbelovende ontwikkelingen	40
11.1	Lopend Nederlands onderzoek bij jeugdigen en (jong)volwassenen met traumagerelateerde problematiek en een LVB	40
11.1.1	Veerkracht na tegenslagen	40
11.1.2	EMDR bij mensen met een LVB en ernstige gedragsproblemen	40
11.1.3	Toegevoegde waarde training regulatievaardigheden voorafgaand aan traumagerichte behandeling van adolescenten met complexe PTSS.	41
11.1.4	Adverse Childhood Experiences bij jeugdigen met cognitieve en adaptieve beperkingen	41
11.2	Ontwikkeling rond trainingen	41
11.2.1	Training Helpen bij Herstel	41
12.	Literatuur	42

1. Voorwoord

Kinderen, jongeren en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking (hierna jeugdigen met een LVB genoemd) zijn gevoeliger voor de impact van potentieel traumatische gebeurtenissen en hebben tevens een groter risico op het meemaken ervan, onder andere omdat ze een grotere kans hebben om op te groeien in gezinnen met complexe problematiek of in instellingen. In een Brits longitudinaal onderzoek vonden de onderzoekers een significant groter risico voor kinderen met een verstandelijke beperking om blootgesteld te worden aan ingrijpende jeugd-ervaringen (*Adverse Childhood Experiences, ACEs*). Als volwassenen hebben zij een hoger risico op het ontwikkelen van psychiatrische problematiek. ¹ Nieuwenhuis et al. (2019) komen in een recent onderzoek ook tot de conclusie dat mensen met een LVB die langdurend in zorg zijn in de GGZ, meer traumatische gebeurtenissen ervaren in hun leven dan mensen zonder een vermoeden van een LVB. ² Een schokkende 61% van de vrouwen met een LVB in deze groep heeft te maken gehad met seksueel geweld. Uit onderzoek onder 570 patiënten, langer dan 2 jaar in zorg, wordt duidelijk dat 86% van hen ooit een traumatische ervaring heeft meegemaakt. Daarvan is er bij 239 mensen (42%) aanwijzing voor een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Dit terwijl slechts 8% gediagnosticeerd is met PTSS. Bij 228 mensen (40%) blijkt verder dat er een vermoeden is van een LVB. ² Desondanks worden traumagerelateerde problemen bij jeugdigen (en volwassenen) met een LVB nog onvoldoende erkend, herkend en behandeld (o.a. ²).

Herkenning, diagnostiek en behandeling van traumagerelateerde problemen bij jeugdigen met een LVB is een gecompliceerde zaak waarbij gespecialiseerde deskundigheid vereist is. Behandelaren hebben weinig hulpmiddelen om de keuze te maken voor een bepaalde vorm van traumabehandeling. Daarnaast wordt niet altijd onderkend dat het (probleem)gedrag wat jeugdigen met een LVB laten zien het gevolg kan zijn van traumatische gebeurtenissen, terwijl erkenning, deskundige begeleiding en behandeling een grote bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van leven. In 2009 signaleerden Elias et al. een indrukwekkende discrepantie tussen de *practice-based* kennis en de *evidence-based* kennis. ³

Tegelijkertijd is er in het werkveld sprake van groeiende praktische en wetenschappelijke kennis over traumagerelateerde problemen in relatie tot risicofactoren, herkenning, bejegening, diagnostiek en behandeling. Vanuit de Academische Werkplaats Kajak is de werkgroep *LVB en trauma* ingesteld met als doel een overzicht te bieden van de wetenschappelijke kennis en de praktische ervaring in het werkveld op het gebied van trauma- en stressorgerelateerde problemen bij jeugdigen met een LVB. Daarbij ligt de focus op de vertaling van wetenschappelijke kennis naar het werkveld ten behoeve van behandelaren en begeleiders die rechtstreeks te maken hebben met jeugdigen en hun netwerk, zoals gedragswetenschappers, therapeuten, ambulante begeleiders, groepsleiders, gezinshuisouders en pleegouders. De werkgroep *LVB*

en trauma van de Academische Werkplaats Kajak wil met deze handreiking een bijdrage leveren aan het voorkomen van onderdiagnostiek van trauma - en stressorgerelateerde problemen bij jeugdigen met een LVB en het bevorderen van gepaste behandeling en begeleiding.

1.1 Leeswijzer

Deze handreiking geeft handvatten voor behandelaren en begeleiders die te maken hebben met jeugdigen met een LVB en dient om gefundeerde beslissingen te nemen over diagnostiek, begeleiding en behandeling van deze jeugdigen en hun netwerk.

Met deze handreiking informeren we behandelaren en begeleiders over: wat is trauma, hoe vaak komt het voor bij jeugdigen met een LVB, hoe kunnen we vaststellen of een jeugdige met een LVB getraumatiseerd is, wat zijn effectieve behandelingen voor deze groep, wat is een correcte bejegening en hoe kan hun veerkracht worden versterkt?

Ter illustratie zijn enkele casussen ingevoegd. Verder is er informatie over lopende onderzoeken en andere nieuwe ontwikkelingen en geven we handige links naar cursussen en trainingen op het gebied van trauma en LVB. We verwachten hiermee een bijdrage te leveren aan een betere herkenning en behandeling van trauma- en stressorgerelateerde klachten bij jeugdigen met een LVB.

2. Inleiding

In het werkveld is er groeiende praktische en wetenschappelijke kennis over herkenning, diagnostiek, bejegening en behandeling van getraumatiseerde jeugdigen met een LVB. Over welke cliënten gaat het?

2.1 Classificatie van een LVB

In de vijfde editie van het Handboek voor de classificatie van psychiatrische stoornissen ⁴ staat gedefinieerd dat om te kunnen spreken van een verstandelijke beperking er naast deficiënties in de intellectuele functies (IQ lager dan 70) ook beperkingen in adaptief functioneren dienen te bestaan die gedurende de ontwikkelingsleeftijd zijn ontstaan. Een cliënt kan dan niet voldoen aan de ontwikkelingsstandaarden van persoonlijke zelfstandigheid en sociale zelfredzaamheid in één of meer levenssituaties (op school, op het werk, thuis of in de bredere sociale omgeving) en heeft op minimaal één domein voortdurend ondersteuning nodig. De DSM-5 onderscheidt de drie volgende domeinen van adaptief functioneren:

- 1 Het *conceptuele (onderwijs)domein*: betreft onder andere competenties op het gebied van het geheugen, taal, lezen, schrijven, rekenkundig redeneren, het verwerven van praktische kennis, probleemoplossend vermogen en het beoordelen van nieuwe situaties.
- 2 Het *sociale domein*: besef van de gedachten, gevoelens en ervaringen van anderen (empathie), interpersoonlijke communicatieve vaardigheden,

het vermogen om vriendschap te sluiten en het sociaal oordeelsvermogen.

- 3 Het *praktische domein*: het leervermogen en zelfmanagement in verschillende levenssituaties, waaronder zelfverzorging, de verantwoordelijkheden van een baan, geldbeheer, vrijetijdsbesteding, zelfmanagement van gedrag en het plannen van taken op school en het werk.

In Nederland kunnen jeugdigen met een IQ-score tussen de 70 en 85 en bijkomende adaptieve problemen, eveneens gebruikmaken van de zorg voor jeugdigen met een LVB. Zij functioneren als het ware op LVB-niveau.

Jeugdigen met een LVB maken, net als jeugdigen zonder een LVB, ingrijpende en stressvolle gebeurtenissen mee die kunnen leiden tot trauma en stressorgerelateerde problemen.

2.2 Stressvolle gebeurtenissen, veerkracht & trauma- en stressorgerelateerde stoornissen

Stressvolle gebeurtenissen leiden niet per definitie tot problemen en niet alle stress is schadelijk. Stress kan worden gezien als een normale en noodzakelijke reactie op een gebeurtenis die als bedreigend wordt ervaren. Een stressreactie helpt om te groeien en zich

te ontwikkelen. Het risico zit in de frequente en of in de lange duur van hoge stress, zonder dat het kind steun ervaart vanuit een adequate omgeving. ⁵⁻⁷

Een aantal jeugdigen maakt ingrijpende en stressvolle gebeurtenissen mee die in potentie traumatisch kunnen zijn, zoals gescheiden worden van een gehechtheidsfiguur, een verkeersongeluk, medische handelingen, uithuisplaatsing, fysieke mishandeling, seksueel misbruik, geconfronteerd worden met (digitaal) geweld, pestervaringen, verwaarlozing of (getuige zijn van) huiselijk geweld, mishandeling en/of opgroeien bij een ouder met psychiatrische problematiek. ^{8 9}

Internationaal onderzoek laat zien dat ingrijpende jeugdervaringen (ACEs), een sleutelrol kunnen spelen in de ontwikkeling van jeugdigen en hun latere psychische en fysieke gezondheidsklachten (o.a. ^{8 10}). Afhankelijk van veel factoren, zoals de ernst en duur van de gebeurtenissen, de leeftijd, de mate van steun en opvang na de gebeurtenis(sen), herstellen jeugdigen op natuurlijke wijze van de psychische ontregelingen die met dergelijke gebeurtenissen gepaard gaan of ze worden er zelfs veerkrachtiger door. ¹¹

De confrontatie met ingrijpende of anderszins stresserende gebeurtenissen leidt bij een substantiële groep mensen tot aanhoudende klachten die het dagelijks functioneren belemmeren. Een aanzienlijke hoeveelheid onderzoek laat zien dat ingrijpende jeugdervaringen een enorme invloed hebben op de ontwikkeling en gezondheid. ^{8 9} Traumatische ervaringen kunnen bij jeugdigen leiden tot een grote variëteit aan klachten of zelfs stoornissen. ¹²

Sommige mensen ontwikkelen klachten die vallen onder de DSM-5-classificatie trauma- en stressorgerelateerde stoornissen en daarnaast hebben zij een groter risico op het ontwikkelen van andere comorbide psychische stoornissen op korte termijn of later in het leven. ¹² In het in 2020 [herziene Protocol voor classificatie, screening en diagnostiek van trauma- en stressorgerelateerde & dissociatieve stoornissen bij](#)

[kinderen en adolescenten](#) ¹³ staan deze stoornissen uitgebreid beschreven. De meest bekende is de posttraumatische stressstoornis (PTSS; zie blok A en B in hoofdstuk 4).

2.3 Jeugdigen met een LVB: vaker stressvolle gebeurtenissen & minder veerkracht

Jeugdigen met een (L)VB maken vaker dan leeftijdsgenoten zonder een verstandelijke beperking ingrijpende negatieve (levens)gebeurtenissen mee (o.a. ^{14 15}), zowel binnenshuis als buitenshuis alsook na uithuisplaatsing binnen gezinsvervangende woonvoorzieningen. ¹⁶ Zo laat Nederlands onderzoek binnen de jeugdzorg zien dat seksueel misbruik met lichamelijk contact onder jeugdigen met een LVB ruim drie keer zo vaak voorkomt als onder gemiddeld begaafde jeugdigen. ¹⁷ Wissink en collega's vonden in hun review aanwijzingen voor een minstens viermaal hoger risico op seksueel misbruik bij jeugdigen met een verstandelijke beperking. ¹⁸ Uit een recente Nederlandse studie blijkt dat 49% van de residentieel verblijvende jeugdigen met een LVB minstens twee schokkende gebeurtenissen heeft meegemaakt in zijn of haar leven. ¹⁹

Retrospectief onderzoek onder Britse adolescenten met een beperking (inclusief adolescenten met een verstandelijke beperking) laat zien dat 92% van de jongeren tenminste één ingrijpende ervaring heeft meegemaakt en 58% vier of meer. De meest voorkomende ingrijpende ervaringen waren: fysieke mishandeling, scheiding van een ouder en emotionele mishandeling. De meerderheid van de deelnemers maakte verhuizingen en opnames mee, met een gemiddelde van vier overplaatsingen. De ingrijpende gebeurtenissen hadden een significant verband met het totaal aantal overplaatsingen en diagnoses van psychische aandoeningen. ²⁰

Enkele studies richtten zich op veerkracht bij kinderen met een verstandelijke beperking. Vanwege problemen in executieve functies, zelfregulatie en probleemoplossend vermogen lijken kinderen met een LVB over minder veerkracht te beschikken dan kinderen zonder een LVB. ²¹ Vanwege hun doorgaans beperkte copingvaardigheden en informatieverwerking is het voor jeugdigen met een LVB moeilijker om van de opgelopen schade te herstellen. Zo kunnen jeugdigen met een LVB mogelijk moeilijker onder woorden brengen hoe zij zich voelen en hoe ze denken over de gebeurtenissen. Daarnaast hebben ze mogelijk minder succeservaringen en meer faalervaringen. Aangenomen wordt dat zij daardoor een verhoogd risico lopen om posttraumatische stressklachten te ontwikkelen. ²² Uit onderzoek blijkt in ieder geval dat volwassenen met een VB een groter risico lopen psychische klachten te ontwikkelen na een schokkende gebeurtenis dan volwassenen zonder een VB. ²³⁻²⁵ In een groot Brits onderzoek onder jeugdigen met ($n = 641$) en zonder (L)VB ($n = 17.774$) bleek PTSS een puntprevalentie van 0,5% onder jeugdigen met een (L)VB te hebben ten opzichte van 0,2% bij de niet-(L)VB groep; een duidelijk groter risico op een PTSS (odds ratio = 3,1). ²⁶

Dit alles betekent dat jeugdigen met een LVB extra kwetsbaar zijn. Zij maken vaker gebeurtenissen mee die traumatisch kunnen zijn en ze hebben minder potentie voor herstel.

2.4 Jeugdigen met een LVB & trauma: beter signaleren noodzakelijk

Rittmansberger en anderen pleiten op basis van hun onderzoek naar traumatische gebeurtenissen voor een uitbreiding van het bereik van potentieel traumatische ervaringen voor mensen met een VB. Zij noemen bijvoorbeeld het spanningsveld tussen overvraagd worden (behandeld worden boven het ontwikkelingsniveau, of voor uitdagingen en

ervaringen waar men sociaal emotioneel nog niet klaar voor is zoals seksualiteit of zwangerschap) enerzijds, en anderzijds juist het gemis van bij de leeftijd passende ervaringen (zoals vriendschap, seksualiteit, rijbewijs, school en carrière en autonomie). ²⁷ Hoewel jeugdigen met een LVB een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van trauma- en stressorgerelateerde klachten worden deze dikwijls niet als zodanig herkend en gediagnosticeerd. ²⁸

De volgende factoren zijn daar mogelijk debet aan:

- De problemen worden vaak gezien als problemen die gerelateerd zijn aan de verstandelijke beperking of toegeschreven aan andere stoornissen, zoals autisme, ADHD of psychotische stoornissen (*diagnostic overshadowing*).
- Bij behandelaren en uitvoerders van diagnostisch onderzoek is onvoldoende kennis over diagnostiek en effectieve behandeling van klachten bij jeugdigen met een LVB die het gevolg zijn van traumatische gebeurtenissen.
- Ook wordt nog vaak aangenomen dat symptomen van psychische stoornissen zich bij jeugdigen met een LVB op een atypische wijze uiten (zie bv. ²⁹). Uit onderzoek blijkt echter dat PTSS zich bij jonge mensen en volwassenen met een LVB op eenzelfde wijze presenteert als bij gemiddeld begaafden. ³⁰

Als tijdige behandeling van PTSS uitblijft kunnen er andere stoornissen en problemen bijkomen, zoals een verhoogd risico op suicide en herhaald slachtofferschap, ³¹ lichamelijke ziekten, delictgedrag en verslaving (o.a. ³²⁻³⁵). Dit soort problemen kunnen vervolgens de PTSS-klachten maskeren, zodat ze over het hoofd worden gezien. PTSS belemmert de ontwikkeling op zowel emotioneel, sociaal, cognitief als lichamelijk gebied. ³⁶ Aangehouden is tevens dat PTSS een negatieve invloed heeft op de schoolprestaties. ³⁶ Een niet-onderkende en niet-behandelde of niet-correct behandelde PTSS kan langdurende, ernstige gevolgen hebben die gepaard gaan met een grote lijdensdruk bij betrokkenen en met hoge kosten voor medische en psychologische



zorg. Het meemaken van een schokkende gebeurtenis is een risicofactor voor psychische problemen bij een ontwikkeling die als gevolg van de LVB toch al moeizamer verloopt.



3. Signalen traumagerelateerde problematiek bij LVB naar leeftijd

Door experts van het Amerikaanse *National Center for Child Traumatic Stress (NCCTS)* en het *National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) Trauma & Intellectual and Developmental Disabilities Expert Panel* is een training ontwikkeld, *The Road to Recovery*, speciaal voor begeleiders van mensen met een VB en traumaklachten.³⁷ Zij omschrijven per leeftijdscategorie een aantal aandachtspunten die een signaal kunnen zijn voor traumagerelateerde problematiek. Het is normaal dat jeugdigen na een schokkende gebeurtenis veranderd gedrag laten zien. Ingrijpende gebeurtenissen kunnen sterke emotionele en ook lichamelijke reacties oproepen, bijvoorbeeld hartkloppingen, buikpijn en verlies van controle over blaas en darmen. Jeugdigen kunnen scheidingsangst laten zien, woedeaanvallen, concentratieproblemen, slaapproblemen en gevoelens van angst en hulpeloosheid ervaren. Jeugdigen kunnen in hun spel de schokkende gebeurtenissen naspelen of tekeningen maken met angstbeladen thema's. Bij jeugdigen met een LVB is het belangrijk om te letten op ontwikkelingsleeftijd-gerelateerde signalen.

3.1 Signalen bij het jonge kind met een LVB

Een jong kind met een LVB dat een schokkende gebeurtenis heeft meegemaakt kan daar op zijn of haar eigen manier op reageren:

- Het kind kan meer moeite hebben kalm en rustig te worden wanneer het bang is. Het kan moeilijker zijn

om hem of haar te kalmeren.

- Het vermogen om zich verbaal te uiten kan door de LVB zijn verminderd, waardoor het kan lijken alsof het jonge kind niet onder de indruk is van wat het heeft meegemaakt. Soms wordt nog gedacht dat een jong kind niet geraakt wordt door schokkende gebeurtenissen (ze zijn te jong om het te begrijpen).
- Het kind kan zich terugtrekken of minder responsief worden als hij of zij angstig is of gespannen.
- In reactie op een schokkende gebeurtenis kunnen jongere kinderen vaardigheden (tijdelijk) kwijtraken waar ze wel al over beschikten. Bij jonge kinderen met een LVB kan dat heftiger zijn of ingrijpender.
- Jongere kinderen met een LVB kunnen meer negatieve emoties laten zien ten gevolge van een schokkende gebeurtenis, zoals meer agressie, nieuwe angsten ontwikkelen, meer moeite hebben in de interactie met leeftijdsgenoten en meer ontregeld, niet-constructief gedrag laten zien dan leeftijdsgenoten zonder een LVB.

Casus Naomi

Jong kind met een vermoeden van een (L)VB

Naomi is een meisje van 1,5 jaar. Zij is gediagnosticeerd met Foetaal Alcohol Syndroom (FAS). Zij is te vroeg geboren en heeft een aantal maanden in het ziekenhuis gelegen. Ze heeft veel medische ingrepen meegemaakt en woont nu in een pleeggezin. Naomi heeft een ontwikkelingsachterstand op veel gebieden:





motorisch, cognitief, emotioneel en sociaal. Zij spreekt niet en lijkt gesproken taal niet te begrijpen. Het is nog niet bekend in hoeverre zij haar achterstand zal kunnen inlopen. Onbekende situaties roepen stress en angst bij haar op. Ze is dan lang van streek en laat zich nauwelijks troosten door haar pleegmoeder. Naomi uit haar ongenoegen door heen en weer te wiegen met haar bovenlichaam en geluiden te maken. Naomi wordt soms midden in de nacht in paniek wakker. Ze huilt en is van streek bij doktersbezoeken en in het ziekenhuis.

Aandachtspunten

Naomi laat reacties zien die kunnen duiden op trauma:

- zich moeilijk laten troosten;
- in paniek bij ziekenhuisbezoek;
- slaapproblemen;
- het proces van hechting is verstoord;
- reacties op gebeurtenissen die haar mogelijk aan de schokkende gebeurtenissen doen herinneren (doktersbezoek).

3.2 Signalen bij een kind met een LVB in de basisschoolleeftijd

Het kind met een LVB in de basisschoolleeftijd dat een schokkende gebeurtenis mee heeft gemaakt, kan moeite hebben zich verbaal uit te drukken en taal goed te begrijpen, waardoor het moeilijk is te communiceren over gedachten en beelden over de schokkende gebeurtenissen.

Kinderen met een LVB in de basisschoolleeftijd kunnen dan de volgende reacties laten zien die duiden op een mogelijk trauma:

- teruggetrokken zijn of woede-uitbarstingen laten zien die niet passen bij hun leeftijd;
- ontwikkelingsmijlpalen die ze al bereikt hadden kwijtraken;

- meer moeite hebben met het leren van zaken die concentratie en precisie vragen;
- moeite hebben met de sociale omgang met leeftijdsgenoten en kwetsbaar zijn voor pesten en in een isolement raken.

Casus Ramona

Basisschoolleerling met een LVB

Ramona is een meisje van 7 jaar met een IQ-score van ongeveer 70. Ze gaat naar groep 3 van het speciaal basisonderwijs. Ze woont met haar biologische ouders en twee brusjes. Ze wordt aangemeld bij de specialistische GGZ in verband met gedragsproblemen en leerproblemen. Gedacht wordt aan ADHD gezien haar onrust en concentratieproblemen. Ook is ze snel boos. Onlangs is ze van school weggelopen toen het schoolwerk niet lukte.

Tijdens de intake wordt dit gedrag besproken. In het kinderpsychiatrisch onderzoek is Ramona rustig en verlegen en is het contact goed. Er worden geen ADHD-symptomen gezien. Na de intake vertelt zij thuis aan moeder dat de vader van een vriendinnetje enkele jaren geleden 'iets raars' met haar gedaan heeft. Toen ze bij haar vriendinnetje Fatima wilde gaan spelen, deed haar vader de deur open, terwijl hij enkel in een onderbroek gekleed was. Hij zei dat Fatima nog sliep, maar dat ze binnen mocht komen. Eenmaal binnen nam hij Ramona op schoot, deed haar onderbroek naar beneden en kuste haar vagina. Daarna kwam Fatima en gingen ze spelen. In een volgend gesprek bij de GGZ vertelt Ramona dat ze beelden ziet als ze op school is, dat ze nachtmerries heeft en niet meer bij Fatima wil spelen.

Wanneer met ouders wordt doorgepraat over het thema trauma en seksueel misbruik, vertelt moeder dat haar man (vader van Ramona) haar





zus heeft verkracht. Sinds die tijd is het contact met haar familie verbroken. Ouders zijn nog samen, maar praten niet meer over het voorval.

Aandachtspunten

Ramona laat reacties zien die kunnen duiden op trauma:

- gedragsproblemen;
- concentratieproblemen;
- herbelevingen;
- nachtmerries;
- vermijding.

3.3 Signalen bij adolescenten en jongvolwassenen met een LVB

Pubers en adolescenten die een schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt kunnen meer roekeloos gedrag laten zien, depressieve klachten ontwikkelen, problemen krijgen op school en drank- en drugs misbruik. ³⁷ De signalen op middelbareschoolleeftijd kunnen zijn:

- moeite hebben zich een voorstelling te maken van de toekomst en daar plannen voor te maken.
- zich meer en langer afhankelijk opstellen van hun verzorgers.
- gebrek aan motivatie laten zien en zich verslagen voelen, met name ten aanzien van de toekomst.
- zich nog meer 'anders dan anderen' voelen en het gevoel hebben dat ze niet geaccepteerd worden door leeftijdsgenoten.

Casus Regillio

Adolescent met een LVB

Regillio (15 jaar) wordt aangemeld voor diagnostiek en behandeling. Hij durft al geruime



tijd niet alleen naar school te gaan. Dat is reden voor zijn moeder om hem dagelijks naar school te brengen en van school op te halen. Regillio volgt ZMLK-onderwijs. Hij heeft aanpassingsproblemen en een IQ-score van ongeveer 60. Zelf zegt hij dat hij graag meer dingen alleen wil kunnen doen. Regillio is tien keer van school gewisseld, voornamelijk omdat hij veel gepest werd en moeder het schoolklimaat steeds niet passend vond voor haar zoon. Eén van de pestervaringen is dat hij op zijn 7de door andere leerlingen gedwongen werd hondenpoep te eten. Regillio laat zich nu zien als een jongen die bang is voor ruzie, bang voor drukte, bang om op te vallen. Hij is bang om naar school te gaan: "Er kan weer iets verschrikkelijks gebeuren."

Aandachtspunten

Regillio laat reacties zien die kunnen duiden op trauma:

- angst om niet geaccepteerd te worden door leeftijdsgenoten;
- schrikachtig en snel angstig;
- alert op gevaar.

Casus Christel

Jongvolwassene met een LVB

Christel is een jonge vrouw van 19 jaar met een IQ-score van ongeveer 58. Christel is enig kind en woont in een eenpersoonsappartement met begeleiders in de directe nabijheid. Zij krijgt iedere dag een begeleidingsmoment en heeft een baan bij een lunchroom. Christel heeft zich aangemeld bij de polikliniek voor mensen met een LVB, omdat zij moeite heeft met het aangaan van sociale contacten en een sterke behoefte heeft aan structuur en regelmaat. Verder trekt Christel zich steeds meer terug, heeft moeite om mensen te vertrouwen, heeft allerlei angsten en onverklaarbare lichamelijke klachten.





Tijdens de intake wordt dit gedrag besproken en blijkt dat Christel in het verleden mishandeld is door haar broer als haar ouders niet thuis waren. Haar broer bedreigde haar geregeld met een mes en hij mishandelde haar fysiek. Zij werd geslagen, geschopt en ook aan haar haar door de kamer getrokken. Haar broer vertelde aan hun ouders dat Christel erg onhandig was en regelmatig viel als zij niet thuis waren. Christel werd dan door haar ouders aangesproken op dit onhandige gedrag. Zij heeft haar ouders nooit de waarheid durven te vertellen, omdat zij bang was dat haar vader haar zou slaan. Christel kreeg in de thuissituatie ambulante begeleiding. Deze heeft Christel aangemeld voor begeleid wonen. Hier bleek dat Christel weinig vertrouwen heeft in de begeleiders. Ze reageert heel schrikachtig op geluiden uit de omgeving. Christel heeft op dit moment geen contact meer met haar familie.

Aandachtspunten

Christel laat reacties zien die kunnen duiden op trauma:

- zich afsluiten van anderen;
- angsten;
- lichamelijke klachten.

4. Beschrijving traumagerelateerde problemen

Ongeveer 80% van de bevolking maakt in het leven ingrijpende en stressvolle gebeurtenissen mee.³⁸ De frequentie, aard en ernst van deze gebeurtenissen kunnen sterk uiteenlopen. Ingrijpende levensgebeurtenissen zijn bijvoorbeeld een incidentele ziekte of pesten, maar kunnen ook positieve gebeurtenissen zijn zoals het behalen van een diploma. Als we spreken over gebeurtenissen die in potentie traumatisch kunnen zijn, dan denken we aan emotionele en fysieke verwaarlozing, confrontatie met een feitelijke of dreigende dood, een ernstige verwonding of stelselmatig fysiek en/of seksueel geweld.³⁹

Ieder mens reageert anders op potentieel traumatische gebeurtenissen. Deze reacties zijn afhankelijk van verschillende factoren zoals leeftijd, ontwikkelingsfase, temperament en steun na de schokkende gebeurtenissen. Daarnaast spelen ook eerdere traumatische ervaringen een rol en de wijze waarop de omgeving reageert. Een confrontatie met ingrijpende gebeurtenissen brengt mensen uit hun evenwicht, gaat gepaard met stress en leidt in sommige gevallen tot psychische stoornissen. Van de 80% van de mensen die een potentieel traumatische gebeurtenis meemaakt, ontwikkelt 5-10% een PTSS.

In een Nederlands onderzoek onder kinderen in de leeftijd van 8 tot 12 jaar³⁶ rapporteerde een op de zeven (14%) kinderen ooit een potentieel traumatiserende gebeurtenis te hebben meegemaakt. De geschatte prevalentiecijfers van PTSS bij

kinderen die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt, lopen uiteen van 10% tot 35%.³⁶

Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat naar schatting 5% tot 10% van de bevolking ooit in zijn of haar leven een PTSS ontwikkelt.⁴⁰ En, zoals reeds eerder vermeld, werd er in een groot Brits onderzoek onder jeugdigen met dat PTSS een puntprevalentie van 0,5% gevonden onder jeugdigen met een (L)VB ten opzichte van 0,2% bij de jeugdigen zonder (L)VB. Eerstgenoemden hebben een duidelijk groter risico op het ontwikkelen van een PTSS (odds ratio = 3,1).²⁶

In de DSM-5 ([zie blok A voor alle criteria](#)) wordt gesproken van een PTSS:

- als er sprake is van blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld;
- als gevolg daarvan heeft de persoon (langer dan een maand) veel last van zich opdringende pijnlijke herinneringen aan de gebeurtenis, worden prikkels vermeden die met de schokkende gebeurtenis samenhangen, is er sprake van verhoogde *arousal* en reactiviteit en van negatieve veranderingen in cognities en stemming;
- deze gevolgen het dagelijks functioneren belemmeren.

In de DSM-5 is een apart subtype PTSS voor kinderen van zes jaar en jonger ([zie blok B](#)). Specifiek voor dit subtype is dat de criteria rekening houden met het ontwikkelingsstadium waarin een kind zich bevindt. Zo kunnen jonge kinderen bijvoorbeeld PTSS

Blok A: DSM-5 criteria voor PTSS (ouder dan 6 jaar)

- A.** Betrokkene is blootgesteld aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwondingen en/of seksueel geweld op één (of meerdere) van de volgende manieren:
- het is de persoon direct overkomen;
 - de persoon was getuige van de gebeurtenis;
 - een direct familielid of vriend van de persoon is het overkomen;
 - de persoon wordt herhaaldelijk blootgesteld aan nare details van de ingrijpende gebeurtenis(sen) (bijv. politieagenten die herhaaldelijk worden blootgesteld aan de details van kindermisbruik). Criterium 4 is niet van toepassing op blootstelling via elektronische media, televisie, films of afbeeldingen, tenzij deze blootstelling werk-gerelateerd is (dus wel bij de politie).

Er moet sprake zijn van de onderstaande symptomen:

- B.** Herbeleven. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op één (of meer) van de volgende manieren:
- herhalende, zich opdringende herinneringen;
 - onaangename dromen die gerelateerd zijn aan het trauma;
 - handelen of voelen alsof het trauma opnieuw plaatsvindt;
 - heftige emoties als iemand eraan herinnerd wordt;
 - lichamelijke reacties als iemand eraan herinnerd wordt.
- C.** Vermijden. Aanhoudend vermijden van prikkels die gerelateerd zijn aan het trauma, zoals blijkt uit één (of twee) van de volgende symptomen:
- het vermijden van gedachten en gevoelens;
 - het vermijden van plaatsen, mensen, voorwerpen en situaties.
- D.** Negatieve gedachten en stemming. Negatieve veranderingen in gedachten en stemming gerelateerd aan de traumatische gebeurtenis, zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende symptomen:
- onvermogen om delen van gebeurtenis te herinneren;
 - negatieve gedachten over zelf, anderen en de wereld ('ik kan niemand vertrouwen');
 - vertekende gedachten over consequenties en oorzaak van de gebeurtenis;
 - negatieve emoties (angst, afschuw, woede, schuld, schaamte);
 - afgenomen interesse en participatie in activiteiten;
 - afgesneden of vervreemd voelen van anderen;
 - niet in staat positieve emoties te ervaren.
- E.** Hyperactivatie. Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid, zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende:
- geïrriteerdheid en woede-uitbarstingen;
 - roekeloosheid en zelfdestructief gedrag;
 - hyperalertheid;
 - overdreven schrikreacties;
 - concentratieproblemen;
 - slaapproblemen.

Voor alle bovenstaande symptomen geldt: deze zijn begonnen of verslechterd na de traumatische gebeurtenis.

- F.** De duur van de stoornis is langer dan één maand.
- G.** De stoornis veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren, of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- H.** De stoornis kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (zoals medicatie, alcohol) of aan een somatische aandoening.

Blok B: aanpassingen DSM-5 criteria voor PTSS (6 jaar en jonger)

- A:** Toegevoegd aan A (blootstelling aan traumatische ervaring): gebeurtenis overkomt primaire verzorgers.
- B:** Gewijzigd aan B (intrusieve symptomen): posttraumatisch spel en dromen hoeven niet inhoudelijk samen te hangen met traumatische gebeurtenis en hoeven niet noodzakelijkerwijs pijnlijk te zijn.
- C:** Bij kinderen < 6 jaar zijn cluster C (vermijden) en D (negatieve veranderingen in cognities) samengevoegd:
Er hoeft maar minimaal 1 kenmerk aanwezig te zijn (terwijl bij kinderen ouder dan 6 jaar er in cluster C sprake is van minimaal 1 kenmerk en in cluster D van minimaal 2 kenmerken).
Afname interesse en verarming spel geldt ook als een symptoom van negatieve cognities.
- D:** Cluster D (verhoogde prikkelbaarheid) is cluster E bij > 6jaar. De criteria zijn hetzelfde, maar voor kinderen < 6 jaar zijn de criteria van roekeloos of zelfdestructief gedrag vervallen.
- F:** Lijdensdruk of beperkingen in relaties met ouders, broers en zussen, leeftijdsgenoten of andere verzorgers of met gedrag op school.

ontwikkelen als ze getuige zijn geweest van trauma bij hun ouder of verzorger. Verder hoeven ze aan minder symptomen te voldoen om de diagnose PTSS te kunnen krijgen, omdat ze bijvoorbeeld nog niet in staat zijn om te reflecteren op hun gedachten en gevoelens.²² Specifiek zijn de criteria van vermijding en negatieve verandering in stemming en gedachten samengevoegd. Er hoeft in deze samengevoegde categorie slechts aan 1 criterium voldaan te worden in plaats van aan 2 criteria zoals bij oudere kinderen en volwassenen (waarvoor geldt dat ten minste aan 1 criterium voor vermijding en 2 criteria voor negatieve stemming en gedachten voldaan moet zijn). Ook geldt dat verarming van spel een symptoom is. Het criterium van roekeloos of zelfdestructief bij kinderen van 6 of ouder geldt niet voor jongere kinderen.

De uitingsvormen van PTSS bij jeugdigen met een LVB stemmen overeen met de PTSS-symptomen die in de DSM IV-TR en de DSM -5 worden beschreven. Het DSM-5 PTSS-subtype voor kinderen van 6 jaar en jonger is geschikt voor jeugdigen met een LVB en een ontwikkelingsleeftijd van zes jaar en jonger.

In de praktijk zien we jeugdigen met ernstige problemen in de relatie tot hun ouders en verzorgers,

laag zelfbeeld en problemen met emotieregulatie, waar bij nader onderzoek blijkt dat meegemaakte gebeurtenissen een rol speelden in het ontstaan van de problemen. Ook bij andere signalen is het belangrijk om te denken aan een mogelijke PTSS of een andere trauma- of stressorgerelateerde stoornis, bijvoorbeeld verhoogde stress, stagnatie in de ontwikkeling, teruggetrokken gedrag, eetproblemen, oppositioneel gedrag, slaapproblemen, zelfverwonding, agressie, afname initiatief, stemmingsproblematiek, toename dwangmatig gedrag en middelengebruik. Uit ACEs-studies blijkt dat ook lichamelijke aandoeningen een relatie kunnen hebben met meegemaakte gebeurtenissen.⁸

Als gevolg van het meemaken van schokkende gebeurtenissen kunnen problemen ontstaan op zeven gebieden:⁴¹

- 1. Hechting:** problemen met grenzen stellen en vertrouwen hebben, leidend tot achterdocht, sociale isolatie, interpersoonlijke problemen en problemen met empathie;
- 2. Biologie:** problemen met de ontwikkeling van sensomotoriek, somatisatie en een toename van lichamelijke klachten en fysieke problemen in het algemeen;

- 3. Affectregulatie:** problemen met regulatie en het uiten van gevoelens, behoeftes en wensen;
- 4. Dissociatie:** amnesie (geheugenverlies), depersonalisatie (ervaringen van onwerkelijkheid, vervreemding of alsof je van buitenaf waarneemt; het gaat hier om de eigen gedachten, gevoelens, gewaarwordingen, gedragingen of het eigen lichaam) en derealisatie (ervaringen van onwerkelijkheid of vervreemding met betrekking tot de omgeving) en problemen met herinneringen;
- 5. Gedragsregulatie:** problemen met impulsbeheersing, zelfdestructief gedrag, agressie naar anderen, pathologisch zelftroostend gedrag, slaapstoornissen, eetproblemen en middelenmisbruik;
- 6. Cognitief functioneren:** problemen met aandachtsregulatie, focussen op en afronden van taken, plannen, oriëntatie in tijd en ruimte, taalontwikkeling en leren;
- 7. Zelfbeeld:** ontbreken van een continu en voorspelbaar zelfbewustzijn, negatief zelfbeeld.

In de DSM-5 wordt naast de PTSS voor jonge kinderen (jonger dan 6 jaar) en de 'reguliere' PTSS voor kinderen ouder dan 6 jaar, jongeren en volwassenen nog een aantal trauma- en stressorgerelateerde stoornissen beschreven. Deze omvatten de acute stressstoornis, aanpassingsstoornis, hechtingsstoornissen (reactieve hechtingsstoornis en ontremd-sociaal contactstoornis) en restcategorieën (ongespecificeerde trauma- en stressorgerelateerde stoornissen). De acute stressstoornis lijkt erg op PTSS maar treedt direct na het trauma op en duurt maximaal 1 maand. Als de acute klachten na blootstelling aan een trauma chronisch blijken, worden de klachten als PTSS geïnclassificeerd. Voor de aanpassingsstoornis geldt dat de klachten direct samenhangen met een aanblijvende stressor (bijvoorbeeld een stalker) en weer verdwijnen na wegvallen van de stressor (tenminste binnen 6 maanden). In het in 2020 [herziene Protocol voor classificatie, screening en diagnostiek van trauma- en stress-gerelateerde & dissociatieve stoornissen bij kinderen en adolescenten](#) ¹³ worden deze stoornissen uitgebreid beschreven.

Wanneer een jeugdige met een LVB met gedragsproblemen en emotionele problemen wordt aangemeld voor hulp, is het nodig om altijd te informeren naar meegemaakte gebeurtenissen, de ervaring rond die gebeurtenissen en de impact van de gebeurtenissen en bronnen van veerkracht en herstel.

De tabel op pagina 19 ([Tabel 1](#)) beschrijft signalen die ouders/begeleiders alert zouden moeten maken op traumagerelateerde klachten. Ieder van deze klachten op zich is reden voor verder onderzoek. De enige uitzondering hierop geldt wanneer de potentieel traumatische gebeurtenis heel recent (minder dan 4 weken geleden) heeft plaatsgevonden. Stressreacties na een ingrijpende gebeurtenis zijn namelijk normale reacties op een (abnormale) gebeurtenis. Het hoort er dus bij dat een kind na het meemaken van een ingrijpende en stressvolle gebeurtenis stressorgerelateerde klachten heeft, zich angstig voelt, moeite heeft met slapen, situaties liever wil vermijden, een terugval in gedrag laat zien, et cetera. Vaak is het zo dat er natuurlijk herstel plaatsvindt en dat de klachten verdwijnen. Soms is het echter zo dat klachten aanhouden, waarbij 4 weken na de ingrijpende gebeurtenis als uitgangspunt wordt genomen. Wanneer de klachten langer dan 4 weken aanhouden is er reden om nader onderzoek te doen, waarbij geldt: hoe sneller, hoe beter.

Tabel 1. Concrete beschrijving van klachten die passen bij een doorgemaakt trauma.

Intrusieve symptomen	Vermijding	Negatieve veranderingen	Spanning (arousal)
<p>Herinneringen</p> <ul style="list-style-type: none"> kunnen zeer realistisch zijn en dus erg veel angst oproepen. nare indringende, herinneringen komen steeds opnieuw ongewild naar boven. bij kinderen die jonger zijn dan 6 jaar kunnen de traumatische thema's terugkerend naar voren komen in het spel. bij adolescenten kan er sprake zijn van een terugkerend gespreksonderwerp. <p>Nachtmerries</p> <ul style="list-style-type: none"> dromen over de gebeurtenis zelf. angstige dromen zonder een duidelijke inhoud. <p>Flashbacks</p> <ul style="list-style-type: none"> bevinden zich op een spectrum: van geen besef van de actuele omgeving, tot kortdurende herbeleving. kunnen het gevoel geven alsof de traumatische gebeurtenis weer opnieuw gebeurt, alsof je er middenin zit en zo handelt. <p>Triggers</p> <ul style="list-style-type: none"> gesprekken, activiteiten, voorwerpen, sensaties, geluiden of geuren die de herinnering aan het trauma oproepen. jeugdigen kunnen op triggers reageren alsof ze zich weer in de bedreigende situatie bevinden. <p>Emotioneel</p> <ul style="list-style-type: none"> de herinnering aan het trauma roept heftige emoties en lichamelijke reacties op. zweeten, verhoogde hartslag, trillen, snel ademen. 	<p>Blijvende (poging tot) vermijding van bij het trauma horende triggers, zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> (herinneringen aan) activiteiten of plaatsen. mensen, gesprekken, gedachten en gevoelens, geluiden, geuren of associatieve beelden. 	<p>Negatieve gemoedstoestanden</p> <ul style="list-style-type: none"> veel vaker dan normaal last van negatieve gevoelens: angst, afschuw, boosheid, schuldgevoelens of schaamte. steeds minder praten over eigen gevoelens. vlakke gevoelens het gevoel hebben er niet meer bij te horen. zich steeds meer afsluiten van anderen. minder zin hebben om dingen te ondernemen. moeite om positieve emoties te ervaren (zoals geluk, voldoening of liefdevolle gevoelens). <p>Negatieve cognities</p> <ul style="list-style-type: none"> negatieve gedachten of verwachtingen over zichzelf, anderen of de wereld. ('Ik ben slecht', 'Je kunt niemand vertrouwen', 'De wereld is door en door gevaarlijk', 'Mijn hele lichaam is voor altijd verwoest'). negatieve gedachten over de oorzaak of gevolgen van de traumatische gebeurtenissen, waar men zichzelf of een ander de schuld van geeft ('ik heb het aan mezelf te danken' 'wat ik ook doe, ik ben machteloos' etc.). eigen toekomst somber inzien. 	<p>Aanhoudende verhoogde prikkelbaarheid of hyperactivatie</p> <ul style="list-style-type: none"> snel geïrriteerd zijn, prikkelbaar gedrag. concentratieproblemen. overdreven schrikreacties. voortdurend alert en waakzaam zijn. woede-uitbarstingen (met weinig of geen aanleiding) met agressief gedrag (verbaal of fysiek) tegen mensen, dieren of voorwerpen. last van slaapproblemen, zoals moeite met in- of doorslapen, of onrustige slaap. lichamelijke klachten (buikpijn, hoofdpijn, rugpijn, of plotseling weer bedplassen). bij kinderen ouder dan 6 jaar: zelfverwondend gedrag, roekeloos of zelfdestructief gedrag.

5. Risicofactoren en beschermende factoren traumagerelateerde klachten

5.1 Risicofactoren traumagerelateerde klachten

In [Tabel 2](#) op pagina 21 worden risicofactoren beschreven die kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van trauma- en stressorgerelateerde klachten na een ingrijpende en stressvolle gebeurtenis. Deze factoren betreffen een selectie van samenvoegingen van bevindingen uit onderzoeken. [42-46](#) Een kanttekening is dat individuele risicofactoren weinig voorspellende waarde hebben in het voorspellen van traumagerelateerde klachten. Echter, wanneer er sprake is van meerdere risicofactoren wordt de kans op het ontstaan van klachten groter. Hulpverleners en anderen zouden daar alert op moeten zijn.

Deze risicofactoren gelden voor jeugdigen en volwassenen in het algemeen, dus ook voor jeugdigen met een LVB. Dat geldt ook voor de beschermende factoren die hieronder worden genoemd.

5.2 Beschermende factoren traumagerelateerde klachten

Op pagina 22 staat een schema met factoren die beschermend kunnen werken en kunnen helpen om de kans op het ontwikkelen van trauma- of stressorgerelateerde problemen te verkleinen. De in deze [Tabel 3](#) beschreven factoren zijn een selectie van bevindingen uit onderzoeken. [42-46](#) Beschermende factoren kunnen tegenwicht bieden aan de risico's op het ontwikkelen van traumagerelateerde problemen. De aanwezigheid kan de negatieve werking van risicofactoren beperken, maar niet compenseren. Voor beschermende factoren geldt: het geheel is meer dan de som der delen. De wisselwerking tussen de factoren die beschermend kunnen werken, kan het effect versterken. [47](#)

Tabel 2. Risicofactoren voor het ontwikkelen van traumagerelateerde klachten voorafgaand aan een potentieel traumatische gebeurtenis, tijdens en na een potentieel traumatische gebeurtenis.

Domeinen	Voorafgaand aan een potentieel traumatische gebeurtenis	Tijdens een potentieel traumatische gebeurtenis	Na een potentieel traumatische gebeurtenis
Aard/kenmerken gebeurtenis	<p>Al eerder traumatische gebeurtenis(sen) meegemaakt</p> <p>Geschiedenis van verwaarlozing</p>	<p>Interpersoonlijke gebeurtenissen zijn risicovoller dan bijvoorbeeld natuurrampen</p> <p>Blootstelling aan geweld, met name door ouders</p> <p>Getuige zijn is risicovoller dan zelf slachtoffer zijn</p>	<p>Ernstige gevolgen (blijvende schade, materiële en immateriële schade, lichamelijk letsel, verlies dierbaren)</p> <p>Verhoogde blootstelling aan mediareportage en juridische procedures</p>
Biologisch	<p>Geslacht: vrouwen meer risico dan mannen op ontwikkelen klachten na traumatische gebeurtenis</p> <p>Diverse genen: per genvariant 1-2% meer kans</p> <p>Erfelijkheid voor conversie van traumatische ervaring naar posttraumatische klachten ligt tussen 13-70%</p>	<p>Verhoogde hartslag</p>	<p>Kleinere hippocampus</p> <p>Verlaagde cortisol-concentratie (stresshormoon) door versterkte negatieve feedbackloop</p> <p>Hogere noradrenaline levels</p>
Cognitief en sociaal-emotioneel	<p>Laag IQ of slechte schoolprestaties</p> <p>Psychische problemen</p> <p>Beperkte probleem-oplossingsvaardigheden</p> <p>Beperkte sociale vaardigheden</p> <p>Inadequate impulscontrole</p> <p>Negatief zelfbeeld</p> <p>Introversie</p>	<p>Ervaren doodsdreiging</p> <p>Hoge stress bij kind</p> <p>Beperkte coping vaardigheden</p> <p>Kwetsbaar temperament (sterk reageren op emotionele prikkels)</p> <p>Disfunctionele betekenisgeving</p> <p>Objectieve ernst van trauma</p> <p>Extremepaniekreacties tijdens een gebeurtenis</p> <p>Dissociatieve reacties tijdens traumatische gebeurtenis</p>	<p>Stresserende gedachten over permanente en verontrustende veranderingen</p> <p>Onderdrukking van gedachten</p> <p>Rumineren/piekeren</p>
Gedrag			<p>Verhoogd externaliserend of internaliserend gedrag</p>
Omgeving (familie en sociaal)	<p>Weinig sociale steun</p> <p>Sociaal isolement</p> <p>Eerdere psychische/ psychosociale problematiek bij ouders/gezinsleden</p>	<p>Hoge stress bij ouders</p> <p>Ouder(s) niet aanwezig om te steunen</p>	<p>Posttraumatische stress bij ouders</p> <p>Familie niet aanwezig/ beschikbaar</p> <p>Weinig sociale steun en sociaal</p> <p>Isolement</p> <p>Gestagneerde verwerking bij ouders</p> <p>Veranderd gezinsfunctioneren</p>

Tabel 3. Beschermende factoren traumagerelateerde klachten voor, tijdens en na een potentieel traumatische gebeurtenis.

Domeinen	Voor een potentieel traumatische gebeurtenis	Tijdens een potentieel traumatische gebeurtenis	Na een potentieel traumatische gebeurtenis
Biologisch	Geslacht: vrouwen maken minder potentieel traumatiserende gebeurtenissen mee dan mannen		Normale (niet verlaagde) concentratie van cortisol (stresshormoon) Geslacht: mannen ontwikkelen minder snel PTSS-klachten dan vrouwen
Cognitief en sociaal-emotioneel	Goede probleem-oplossingsvaardigheden Goede sociale vaardigheden Adequate impulscontrole Positief zelfbeeld (<i>self-efficacy</i>) Extraversie Functionele betekenisgeving (bijvoorbeeld neiging om ook positieve kanten van negatieve ervaringen te zien)	Hechtingsfiguur die beleving en sensaties verwoordt	Hechtingsfiguur die beleving en sensaties verwoordt
Gedrag	Adequate coping vaardigheden Steun en hulp kunnen vragen en aanvaarden Vaardigheden om emoties te kunnen reguleren		
Omgeving (familie en sociaal)	Betrokkenheid/steun van omgeving Beschikbaarheid van en ondersteuning door ouders Opgroeien in een zorgzaam gezin met voldoende materiële mogelijkheden. Gezin heeft aansluiting in een netwerk Wonen of verblijven in en deel uitmaken van een buurt/gemeenschap met onderlinge betrokkenheid en openheid Wonen of verblijven in een omgeving waarin weinig narigheid gebeurt	Nabijheid van hechtingsfiguren tijdens gebeurtenis of direct erna Idem Idem	Betrokkenheid en ondersteuning van ouders en omgeving Adequate coping met situatie en reacties door ouders (en andere gezinsleden) Idem Idem

6. Traumaklachten gaan niet vanzelf over

Het langetermijnbeloop van traumagerelateerde symptomen is hoofdzakelijk beschreven voor volwassenen zonder een LVB. Er is hier nog geen onderzoek naar gedaan bij jeugdigen met een LVB. Er zijn enkele onderzoeken naar het beloop hiervan bij jeugdigen zonder een LVB. Uit dat onderzoek wordt duidelijk dat PTSS niet vanzelf overgaat of verdwijnt en dat een interventie nodig is. ⁴⁸ Daarnaast blijkt uit follow-uponderzoek dat niet-specifieke behandelingen weinig effectief zijn en een effectieve, op trauma gerichte behandeling nodig is. ⁴⁹ Het is belangrijk de impact van deze bevindingen niet te onderschatten. Het betekent dat een interventie die wordt ingezet, zonder dat de mogelijke rol van trauma in het ontstaan van de klachten is onderkend, minder effect heeft.

Vroegtijdige identificatie, doorverwijzing en behandeling van traumagerelateerde klachten zijn van belang om het kind optimale ontwikkelingskansen te bieden. Het is belangrijk alert te zijn op symptomen en ze uit te vragen bij ouders, andere opvoeders en bij de jeugdige zelf in het intakegesprek. Indien traumagerelateerde klachten zijn vastgesteld, kan spoedige inzet van passende behandeling leiden tot opheffing van ontwikkelingsachterstanden en nieuwe achterstanden voorkomen. ¹² De auteurs van deze handreiking verwachten dat dit ook geldt voor jeugdigen met een LVB. Recente bevindingen zijn hoopgevend. ^{16 50 51}

Aangezien voor diagnostiek en behandeling van trauma en diagnostiek van een LVB specialistische kennis en vaardigheden vereist zijn, is het belangrijk dat jeugdigen en hun netwerk worden verwezen naar **behandelaren die ervaring en expertise hebben op beide gebieden**. In [hoofdstuk 10](#) staan de opleidingsmogelijkheden om je op dit vlak te specialiseren.

7. Diagnostiek van trauma- en stressorgerelateerde stoornissen bij jeugdigen met een LVB

Er zijn verschillende routes die naar traumascreening, diagnostiek en behandeling kunnen leiden. Soms is bekend dat een kind één of meerdere schokkende gebeurtenissen heeft meegemaakt. Soms doet het gedrag van een kind vermoeden dat er schokkende gebeurtenissen hebben plaatsgevonden. Zoals eerder beschreven, zijn klachten en symptomen na schokkende gebeurtenissen divers van aard en kunnen soms 'verstopt' zitten tussen andere klachten of stoornissen. Om een juiste indicatie te stellen voor interventie en behandeling is het van belang een zorgvuldige analyse te maken van de geschiedenis van het kind op alle levensgebieden en het netwerk in kaart te brengen.⁵² Dit gebeurt aan de hand van dossieronderzoek en via vragenlijsten en interviews met de jeugdige met een LVB en zijn of haar ouders/ verzorgers en belangrijke anderen.

Tijdens de traumagerichte diagnostiek doet men grondig onderzoek naar de traumageschiedenis. De onderzoeker probeert ook zicht te krijgen op de overtuigingen en verwachtingen die het kind heeft ontwikkeld op basis van de ervaringen. In aanvullend onderzoek moeten ook de ontwikkelingsvaardigheden, krachten, relaties en (gehechtheids) relaties van het kind met belangrijke anderen worden opgenomen, evenals traumatriggers of reacties behorend bij de traumatische gebeurtenissen.

7.1 Gebruik van vragenlijsten PTSS-symptomen

Op de [website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie](#) staan screenings- en diagnostische instrumenten vermeld voor het screenen of onderkennen van trauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Echter, deze instrumenten zijn **niet ontwikkeld voor of aangepast aan jeugdigen met een LVB** en er is voor deze instrumenten ook (nog) geen externe beoordeling van de betrouwbaarheid en validiteit voor jeugdigen met én zonder een LVB beschikbaar of deze was (nog) onvoldoende (Schokverwerkingslijst voor Kinderen (SVLK)). Wel tonen (inter)nationale wetenschappelijke artikelen over de betrouwbaarheid en validiteit van deze vragenlijsten aan dat ze veelbelovend zijn voor screening en diagnostiek van traumagerelateerde stoornissen bij jeugdigen uit de algemene bevolking (dus niet specifiek voor LVB!). Afhankelijk van de vaardigheden en de leeftijd van het kind en zijn of haar ouders zijn deze instrumenten (deels zelfinvulvragenlijsten) mogelijk ook inzetbaar als screening of diagnostisch instrument bij jeugdigen met een LVB. Echter, conclusies op basis van deze instrumenten moeten voor deze doelgroep met voorzichtigheid getrokken worden.

- The [Children's Revised Impact of Event Scale \(CRIES-13\)](#) (ouder- en kindversie voor/over kinderen vanaf 8 jaar. [53-56](#))
- De Nederlandse bewerking van de [Trauma Symptom Checklist for Young Children \(TSCYC\)](#)/Vragenlijst over traumasymptomen bij jonge kinderen brengt PTSS-symptomen in kaart bij kinderen van 3 tot 12 jaar. Nederlandse en internationale bevindingen naar de psychometrische kwaliteiten van deze vragenlijst bij kinderen zonder een LVB zijn veelbelovend. [57-59](#)
- De [Schokverwerkingslijst voor Kinderen \(SVLK\)](#) met een ouderversie (voor kinderen van 4 tot 18 jaar) en een zelfinvulvragenlijst voor kinderen van 8 tot 18 jaar. [61](#) [62](#)

7.2 Klinische diagnostiek: het DITS-LVB interview

De afgelopen jaren is er voor jeugdigen en volwassenen met een LVB een klinisch interview ontwikkeld waarmee ingrijpende negatieve gebeurtenissen en de daarmee samenhangende klachten in kaart kunnen worden gebracht. Tot voor kort werd dit instrument voor wetenschappelijk onderzoek gebruikt onder de naam *ADIS-C-LVB sectie PTSS*. Voor de praktijk is de vernieuwde versie, het Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren-Licht Verstandelijke Beperking (*DITS-LVB*) kosteloos digitaal beschikbaar. [63](#) Het *DITS-LVB* dient te worden afgenomen door gedragswetenschappers met een diagnostische bevoegdheid, die getraind zijn in de afname ervan (zie [Accare](#) en [RINO groep](#)).

Er is een *DITS-LVB* versie die bij jeugdigen van 6 tot en met 18 jaar afgenomen kan worden, een ouderversie, en een versie voor (jong) volwassenen (> 18 jaar). Met het *DITS-LVB* kan een posttraumatische stressstoornis (PTSS) bij jeugdigen en (jong)volwassenen met een LVB op een valide en betrouwbare manier worden vastgesteld volgens de criteria van de DSM-5. [30](#) [64](#) [65](#) Elke versie (kind, volwassene, ouder) bestaat uit een sectie waarin

potentieel traumatische gebeurtenissen (trauma's en stressoren) 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.

Echter, niet alle jeugdigen die één of meer ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt ontwikkelen een volledig PTSS-beeld met zowel herbelevingen, vermijding, overprikkelbaarheid als negatieve gedachten en gevoelens. En als geen van de meegemaakte gebeurtenissen voldoet aan de voorwaarden die de DSM-5 aan het criterium voor trauma stelt, mag ook geen diagnose PTSS gesteld worden. Toch kunnen jeugdigen die geen zuivere PTSS hebben ernstig in hun functioneren worden gehinderd door wat ze hebben meegemaakt. Met het *DITS-LVB* krijgen we ook daar zicht op. Dat is belangrijk, omdat er goede behandelmogelijkheden zijn.

Wanneer moet men denken aan het (laten) afnemen van het *DITS-LVB* bij een jeugdige met een LVB?

- Als een jeugdige vanwege een vermoeden van psychiatrische problematiek bij een specialistische voorziening voor diagnostiek en behandeling wordt aangemeld. Uit onderzoek is gebleken dat naar schatting bij 1 op de 3 van de aangemelde jeugdigen met een LVB een diagnose PTSS kon worden vastgesteld. [26](#) [58](#)
- Als er sprake is van sociale en/of emotionele problemen, gedragsproblemen, lichamelijke klachten en/of leerproblemen bij een kind dat uit huis is geplaatst. Vaak is er sprake van een voorgeschiedenis met huiselijk geweld, misbruik of verwaarlozing.
- Als de jeugdige psychische problemen heeft en het is bekend dat er iets ingrijpends is gebeurd. Dit is temeer het geval wanneer er meerdere gebeurtenissen na elkaar hebben plaatsgevonden. De jeugdige kan het zelf hebben ondergaan of kan er getuige van zijn geweest. Het kan ook zijn dat de jeugdige heeft gehoord dat een dierbaar persoon iets ergs is overkomen. Voorbeelden van dit soort gebeurtenissen

zijn: geweld of bedreiging, seksueel misbruik, ernstig ongeluk of brand, natuurramp, oorlog, overval, medische onderzoeken of behandelingen, pesten, uithuisplaatsing, scheiding van ouders maar ook akelige verhalen of beelden uit de media.

7.3 Aanpassingen aan diagnostisch onderzoek bij jeugdigen met een LVB

Veel jeugdigen met een LVB hebben problemen in de communicatie. Het is belangrijk om de communicatie aan te passen en bijvoorbeeld gebruik te maken van meerdere manieren om te communiceren, zoals foto's, plaatjes, pictogrammen of tekeningen.

Men kan hierin het beste de aanbevelingen uit de [Richtlijn Diagnostisch Onderzoek LVB](#) van het Landelijk Kenniscentrum LVB volgen.

Wanneer de mogelijkheden van een jeugdige om verbaal te communiceren beperkt zijn, is het belangrijk dat zoveel mogelijk mensen die de jeugdige goed kennen worden betrokken bij de screening en de diagnostiek. Denk aan ouders, leerkrachten, begeleiders en dergelijke. Verder is het belangrijk dat verzorgers worden getraind in het herkennen van signalen (zoals vermijding, hyperalertheid) en non-verbale signalen van spanning en stress die kunnen duiden op traumaklachten (zie [hoofdstuk 10](#) voor trainingen begeleiders en leerkrachten).

Een aantal voorbeelden van mogelijke aanpassingen wanneer men diagnostisch onderzoek uitvoert met jeugdigen met een LVB:

- Controleer of uitleg is begrepen.
- Herhaal instructies.
- Stem communicatie af op niveau taalbegrip (grote verschillen!).
- Daarbij is het belangrijk alert te zijn op non-verbale signalen van spanning en stress.
- Vereenvoudig taalgebruik (korte, enkelvoudige zinnen, gangbare, concrete woorden).
- Gebruik geen dubbele ontkenningen.
- Praat rustig.
- Stel één vraag per keer.
- Stem communicatie af op abstractieniveau.
- Gebruik geen impliciete boodschappen of figuurlijk taalgebruik, zoals spreekwoorden, woordspelingen en cynisme.
- Formuleer korte, concrete en eenduidige vragen.
- Stel vragen vanuit het ik-perspectief (Hoe zou jij het vinden als...?).
- Formuleer vragen met dezelfde inhoud op verschillende manieren (i.v.m. neiging tot instemmen).
- Gebruik visuele ondersteuning bij de vragen en antwoordmogelijkheden.
- Geef voorbeelden/neem voorbeeldvragen/opgaven op.
- Geef positieve feedback over inzet en houding.
- Gebruik een prikkelarme testruimte.
- Las pauzes in.
- Maak het niet langer dan 2 uur.
- Bied meer structuur, bijvoorbeeld in de vorm van picto's die de opeenvolgende stappen in het consult uitbeelden.

8. Behandeling van trauma- en stressorgerelateerde stoornissen bij jeugdigen met een LVB

8.1 Elementen behandelplan

De uitkomsten van het diagnostisch onderzoek vormen de basis voor het behandelplan.

- Het totale behandelplan is een combinatie van de volgende elementen:
- Psycho-educatie: psycho-educatie geeft informatie over de aard en oorzaak van de posttraumatische stressreacties, het helpt manieren te vinden die kunnen helpen triggers te ontdekken en manieren te vinden om om te gaan met de reacties die triggers teweegbrengen. Psycho-educatie is ook nodig om de samenwerking met de cliënt te optimaliseren, de doelen van de behandeling te benoemen en daarmee het risico op uitval te minimaliseren.
- Het vergroten van emotieregulatie en het aanleren en trainen van adequate coping-vaardigheden.
- Enige vorm van exposure aan de herinnering aan de gebeurtenissen is een belangrijk onderdeel van *evidence-based* interventies, bijvoorbeeld praten over de gebeurtenissen, de emoties en de ervaringen benoemen en verwerken (in een tempo en op een manier die passen bij het kind).
- Cognitief herstructureren, betekenis verlenen en disfunctionele overtuigingen bewerken zijn elementen die vaak worden gevonden in bewezen effectieve behandelingen. In traumagerichte cognitieve gedragstherapie zijn ze het belangrijkste element, in andere protocollen zijn ze deel van de integratie, het een plaats geven van de traumatische ervaringen en de consequenties daarvan in het hedendaagse leven, die plaatsvindt na of tijdens exposure.

- Emoties herkennen, benoemen en valideren. Belangrijke thema's daarbij zijn de emoties die rechtstreeks raken aan het trauma, naast gevoelens van schuld, schaamte, boosheid, rouw of verdriet.

Bij jeugdigen met een LVB geldt dat specifiek aandacht nodig is voor het exploreren van gedachten en ideeën die dysfunctioneel en mogelijk onterecht zijn. Jeugdigen denken soms dat iets wat zij deden of niet deden de oorzaak is van de gebeurtenissen of daaraan heeft bijgedragen. Soms denken ze dat wanneer zij iets anders hadden gedaan, de gebeurtenissen anders waren verlopen. Dat is maar zeer zelden waar. Het verhaal goed uitgelegd krijgen, helpt soms om het kind te stoppen zichzelf te straffen of zichzelf de schuld te geven.

In het behandelplan wordt de link gelegd tussen de gebeurtenissen, de klachten, het perspectief en de behandeldoelen. Op basis van het behandelplan kan worden vastgesteld of, en zo ja welke interventies nodig zijn om te komen tot traumabehandeling. Het uitgangspunt van Beer en De Roos is dat traumabehandeling altijd zo snel mogelijk dient te worden ingezet. ¹² ¹³ Daarmee kan lijden verlicht worden, ontwikkelingsstagnatie worden opgeheven en revictimisering worden voorkomen. Een voorbereidende fase voorafgaand aan de traumabehandeling is geen voorwaarde. Er zijn vooralsnog geen aanwijzingen dat ernst, dan wel complexiteit van de posttraumatische stress vraagt om een voorbereidende fase.

Voor algemene aanbevelingen voor het aanpassen van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een LVB is bruikbare informatie te vinden in de [Richtlijn effectieve interventies LVB](#) van het Landelijk Kenniscentrum LVB.

Vanzelfsprekend spelen ouders een belangrijke rol in de behandeling. Daarnaast moet er sprake zijn van een veilige omgeving om in op te groeien. Soms kan het nodig zijn om naast traumabehandeling te werken aan het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden van ouders, traumaverwerking voor ouders, het organiseren van een steunfiguur en het uitbreiden van de communicatievaardigheden binnen het gezin. De behandeling start met een begrijpelijke en ontschuldigende uitleg over het effect van schokkende gebeurtenissen. De boodschap daarvan luidt: "Traumaklachten zijn een normale reactie op een abnormale gebeurtenis."

Hoewel er geen pasklaar concept is voor de behandeling van PTSS en traumagerelateerde problematiek, heeft onderzoek aangetoond dat de effectiefste behandelingen in ieder geval een aantal standaardelementen bevatten: ⁵²

- een wetenschappelijke basis, dat wil zeggen gebaseerd op wetenschappelijke kennis en niet op de overtuiging van een persoon over wat zal werken;
- een begrijpelijk onderzoek naar de traumagerelateerde problematiek, waarbij de geschiedenis en de behoeften van het kind in kaart zijn gebracht;
- gebaseerd is op een helder plan, waarbij de ouders/verzorgers dienen te worden betrokken;
- is gericht op de traumatische ervaringen. Dat wil zeggen, het spreekt actief de traumatische ervaringen van het kind en de posttraumatische stresssymptomen aan.

De gevolgen van schokkende en stressvolle gebeurtenissen, zoals PTSS en andere traumagerelateerde problematiek, zijn effectief te behandelen bij jeugdigen met en zonder een LVB. In een recente literatuurreview over traumaspecifieke

behandeling bij mensen met een VB is aangetoond dat de vier soorten behandelingen (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR; n = 8 studies), traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TG-CBT; n = 2 studies), *exposure* therapie (n = 1 studie) en ouder-kindpsychotherapie (n = 1 studie) goed verdragen worden en geassocieerd zijn met een verbetering van de traumasymptomen ook op de langere termijn. ⁶⁶ Meer onderzoek is echter nodig met strengere onderzoekdesigns (randomisatie, blind, gebruik van gestandaardiseerde instrumenten, maten voor therapietrouw). Hieronder bespreken we de behandelmogelijkheden voor jeugdigen met een LVB.

8.2 EMDR

EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) is een vorm van psychotherapie die specifiek bedoeld is voor het behandelen van klachten die het gevolg zijn van beschadigende gebeurtenissen. EMDR is tot nu toe de best onderzochte methode bij jeugdigen met een verstandelijke beperking. EMDR is goed toepasbaar en de effecten zijn hoopgevend.

^{50 51 67 68}

Een uitgangspunt bij deze behandeling is de aanname dat disfunctioneel opgeslagen herinneringen aan de basis liggen van psychische klachten. ⁶⁹ Het effect van de EMDR-behandeling is deels te verklaren op grond van de werkgeheugentheorie. Doordat het werkgeheugen maar een beperkte capaciteit heeft, kan de aversieve (negatieve) herinnering die in het begin van de EMDR-procedure wordt geactiveerd niet in al haar intensiteit in het geheugen worden gehouden als tegelijk ook een tweede taak, zoals het maken van oogbewegingen, moet worden uitgevoerd. In experimentele studies (zie o.a. ⁷⁰) is aangetoond dat het tegelijkertijd uitvoeren van een taak die het werkgeheugen belast ervoor zorgt dat de herinnering meer en meer wordt ervaren als minder emotioneel en heftig. Dit zorgt uiteindelijk voor veranderingen in betekenisverlening en voor consolidatie van functionele geheugenrepresentaties. Met andere

woorden, een negatieve, indringende emotionele herinnering wordt vervangen door een 'wijze les' die zonder negatieve emotionele lading het latere gedrag helpt te sturen ('ik doe altijd mijn autogordel om' in plaats van 'het was een vreselijk ongeluk').

Bij zowel jeugdigen als volwassenen met een verstandelijke beperking wordt gebruikgemaakt van het EMDR-protocol voor jeugdigen die gemiddeld begaafd zijn. Dit is een vereenvoudigd protocol dat verschillende varianten kent, afgestemd op de kalenderleeftijd van de jeugdige.^{12 67} Bij de behandeling van iemand met een LVB is niet de kalenderleeftijd, maar de (geschatte) ontwikkelingsleeftijd leidend voor de instructies van de therapeut. Bijvoorbeeld bij een ontwikkelingsleeftijd tussen 4 en 8 jaar wordt gevraagd om het target (het actueel naarste beeld van de emotioneel beladen herinnering) te tekenen in plaats van het met woorden te beschrijven. Bij een ontwikkelingsleeftijd beneden 3 jaar wordt de verhalenmethode toegepast (*story telling*;⁷¹). Kenmerkend voor deze methode is dat een belangrijke ander (ouder, opvoeder, vertrouwde begeleider) in het bijzijn van de therapeut het verhaal van de traumatische gebeurtenis vertelt om daarmee de herinnering te activeren, en deze vervolgens te desensibiliseren (ongevoelig te maken) en van een functionele betekenis te voorzien (dus van de disfunctionele gedachte 'ik ben machteloos' naar 'ik heb controle'). Het verhaal heeft een positief begin. Gaandeweg worden steeds meer details toegevoegd van wat de persoon zag, hoorde, dacht en voelde (emotioneel en fysiek) toen het gebeurde. Ook afbeeldingen, tekeningen, voorwerpen en lichamelijke aanrakingen kunnen actief worden ingezet om de herinnering aan de schokkende gebeurtenis te helpen activeren. Het verhaal, dat altijd positief wordt afgesloten, wordt herhaald totdat het geen enkele spanning meer oproept.

Als het werken met het protocol ondanks de op de ontwikkelingsleeftijd afgestemde instructies moeizaam verloopt, zullen extra aanpassingen nodig

zijn, zoals verdere vereenvoudiging van instructies, verlenging van de duur van de sets of inzet van de vertrouwenspersoon als co-therapeut, bijvoorbeeld om een traumatische herinnering te activeren.^{12 68}

8.3 Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie (TG-CGT)

Naast EMDR, is Trauma Gerichte Cognitieve Gedragstherapie (TG-CGT), waaronder schematherapie, Horizon STEPS en bijvoorbeeld WRITE-junior therapie (deels) effectief gebleken bij traumaklachten. Deze therapieën zijn bewezen effectief bij jeugdigen zonder een LVB, maar zijn nog niet onderzocht bij jeugdigen met een LVB. In de [Handreiking Cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met een LVB en een psychiatrische stoornis](#) van de Academische Werkplaats Kajak wordt uitgebreid beschreven wanneer en hoe CGT een rol kan spelen bij de behandeling van psychische stoornissen, waaronder ook traumagerelateerde stoornissen en welke aanpassingen nodig zijn bij het inzetten van CGT bij jeugdigen met een LVB. Meer informatie voor professionals over bovengenoemde therapieën die nog niet specifiek zijn onderzocht bij jeugdigen met een LVB is ook te vinden op de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie bij de [Praktijkstandaard Chronisch Trauma](#).

8.4 KINGS-LVB (Kind IN een Gezond Systeem-LVB)

Voor jeugdigen met een LVB die leven in een gezin met complexe problematiek met een ouder of ouders die zelf functioneren op LVB-niveau is een EMDR-behandeling soms moeilijk haalbaar. Dit is des te meer het geval als de ouders ook gebukt gaan onder eigen traumatische ervaringen en waar uithuisplaatsing dreigt. Voor deze gezinnen is KINGS-LVB ontwikkeld:

Kind IN een Gezond Systeem-LVB. De centrale gedachte achter deze behandeling is dat ouders de behandeling en verdere ontwikkeling van hun getraumatiseerde kind alleen goed kunnen ondersteunen als ook hun eigen traumagerelateerde problemen worden behandeld en hun ouderschapsvaardigheden worden versterkt. Ambulante traumabehandeling is in deze gezinnen niet altijd uitvoerbaar door praktische belemmeringen en adaptieve beperkingen van de gezinsleden. Hierbij kan men denken aan problemen met de financiën, het regelen van vervoer, beperkingen in planningsvaardigheden, het lastig vinden om door te zetten, je aan afspraken te houden, gezondheidsklachten en gebrek aan sociale steun. Door een intensief en klinisch traumabehandlungsprogramma voor een gezin met één of meerdere gezinsleden met een LVB aan te bieden, wordt tegemoetgekomen aan een aantal van deze obstakels.

KINGS-LVB is een aangepaste versie van KINGS.⁷² De haalbaarheid en effectiviteit van het KINGS-LVB programma is recent binnen zes gezinnen met complexe problematiek met behulp van N = 1 onderzoek onderzocht door Mevissen en collega's.^{68 73} De resultaten zijn hoopgevend. Posttraumatische stressklachten namen significant af bij zowel ouders als kinderen. Bij ouders werd daarnaast een significante afname gevonden van algemene psychopathologie en van ervaren opvoedstress. De resultaten bleken behouden bij een follow-up meting na 6 maanden.

Hieronder geven we een korte beschrijving van het programma dat deze gezinnen hebben doorlopen.

Voorafgaand aan de opname is bij alle gezinsleden het DITS-LVB afgenomen om de trauma's en de daaraan gerelateerde klachten in beeld te brengen. Ook is het gezin thuis bezocht om een beeld te krijgen van de gezinsomstandigheden.



De gezinsleden zijn enkele weken later opgenomen en verbleven gedurende 6 weken in een huisje op een beschermd terrein. Er was de hele dag een gezinsondersteuner beschikbaar en 's nachts was hulp oproepbaar in geval van nood. Al op de eerste dag werd gestart met intensieve traumabehandeling van de ouders en aansluitend intensieve traumabehandeling van de kinderen (2 sessies per dag gedurende 4 dagen per week) door gekwalificeerde EMDR-*practitioners*. De hbo-opgeleide en in CGT geschoolde gezinsondersteuners zorgden gedurende de traumabehandeling voor een traumasensitief klimaat en waarborgden de veiligheid en primaire levensbehoeften van de kinderen. Aansluitend op de traumabehandeling kregen de ouders een training in positief opvoedgedrag met behulp van video-feedback. Na 6 weken ging het gezin terug naar huis waar ze gedurende 2 weken intensieve ambulante ondersteuning kregen van gezinsondersteuners voor een goede transfer van wat er was geleerd. De reguliere hulpverleners van het gezin werden nauw betrokken bij het hele traject en namen de zorg voor het gezin weer over. Betrokken hulpverleners stemden hun communicatie af op de LVB.

KINGS-LVB richt zich op de intensieve behandeling van zowel de ouders als het kind, en op de ouder-kind interactie.⁷⁴ KINGS en KINGS-LVB bestaat uit een combinatie van behandelingen, onder andere psycho-educatie, motiverende gespreksvoering, EMDR, cognitieve gedragstherapie en het trainen van positief opvoedgedrag van de ouders via video-feedbacktraining.⁶⁸ Voorbeelden van aanpassingen voor gezinnen met één of meerdere leden met een LVB zijn:

- Extra 2 weken ambulante begeleiding van het gezin voor het ondersteunen van de transfer van het geleerde naar de thuissituatie.
- Verplaatsen van (video)training van positief opvoedgedrag naar de laatste 2 weken van de

behandeling (in de reguliere KINGS behandeling is de videotraining niet aan het einde).

- Continue aanwezigheid van een gezinsondersteuner in aangrenzende ruimte bij het woongedeelte van het gezin (voor het bewaken van de veiligheid van de jeugdige).
- Het DITS-LVB (zie paragraaf 7.2) wordt afgenomen.
- Het deel van de psycho-educatie over de relatie tussen hun traumatische ervaringen en hun problemen met emoties en gedrag wordt weggelaten.
- Er wordt afgestemd op de adaptieve mogelijkheden van de cliënten (o.a. eenvoudiger taalgebruik, visuele ondersteuning, 1 taak per keer (zie de [Richtlijn Effectieve interventies LVB](#) van het Landelijk Kenniscentrum LVB).

Voor een uitgebreide beschrijving van KINGS-LVB zie ⁶⁸.

8.5 Narratieve therapie

'[Mijn levensverhaal](#)' (Wie ben ik) is een interventie voor (jong)volwassenen vanaf 18 jaar met een LVB en traumagerelateerde klachten of depressieve klachten. ⁷⁵ De databank [Erkende interventies langdurige GGZ](#) beoordeelt deze interventie met 'eerste aanwijzingen voor effectiviteit'.

De interventie 'Mijn levensverhaal' is gebaseerd op concepten uit de positieve psychologie, met name uit de narratieve therapie en de *life-review* therapie. Deze interventie bestaat uit 17-wekelijkse één-op-één of groepssessies van 1,5 tot 2 uur over een periode van 4 maanden. Deze interventie is gericht op het behandelen van traumagerelateerde of depressieve klachten en het versterken van de eigen identiteit en vermogens, door het integreren van levensgebeurtenissen in de eigen levenslijn, rekening houdend met de cognitieve beperkingen. Er wordt zowel stilgestaan bij pijnlijke als fijne herinneringen.

Een recent onderzoek onder (jong)volwassenen met een LVB laat zien dat de (jong)volwassenen in de interventiegroep significant meer verbetering lieten

zien ten aanzien van hun traumagerelateerde of depressieve klachten, welbevinden, tevredenheid met hun leven en hun levensdoelen dan de controlegroep van (jong)volwassenen met een LVB die *care as usual* kregen. Er waren geen verschillen tussen deelnemers met traumagerelateerde klachten of depressieve klachten. ⁷⁵

Aangezien slechts 7 van de 62 deelnemers tussen de 18 en 24 jaar oud waren (waarvan 2 in de interventiegroep) en de rest ouder was, kunnen we deze conclusies slechts voorzichtig generaliseren naar de leeftijdsgroep jongvolwassenen met een LVB en traumagerelateerde klachten.

8.6 Exposure

Exposure therapie is een vorm van gedragstherapie. *Exposure* is een ander woord voor blootstelling. Deze interventie richt zich op een combinatie van psycho-educatie, ontspanning en imaginaire exposure om de automatische angstreactie op traumagerelateerde stimuli te verminderen. Bij imaginaire exposure therapievormen verwerken kinderen en jongeren de ingrijpende gebeurtenissen door in een veilige omgeving te spelen, te vertellen, te schrijven en/of te tekenen over wat zij hebben meegemaakt en geleidelijk afstand te nemen van de gedachten en gevoelens die zij hierbij onbewust over zichzelf en anderen hebben ontwikkeld. De wijze van exposure kan verschillen in vorm (imaginair, narratief) en in de mate van exposure. Imaginaire exposure wil zoveel zeggen als blootstelling aan de ingrijpende gebeurtenissen door zich deze voor te stellen. Voor jonge kinderen en mensen met een jonge ontwikkelingsleeftijd geldt dat zij nog niet in staat zijn om zich de ingrijpende gebeurtenis 'op commando' voor te stellen. Dan kan narratieve exposure gebruikt worden, waarbij iemand de ingrijpende gebeurtenis navertelt zodat de client blootgesteld wordt aan de herinneringen van de ingrijpende gebeurtenis. Een beperkte mate van exposure wordt geadviseerd om potentiële hertraumatisering te voorkomen, zodat

door de milde, stapsgewijze exposure gewenning en uitdoving ontstaat. Een deel van deze technieken wordt ook bij EMDR en TG-CGT behandelingen ingezet. Op exposure gebaseerde interventies zijn bewezen interventies voor PTSS bij mensen zonder een LVB. Er is slechts één casestudie bekend van een succesvolle behandeling van een 24-jarige vrouw met PTSS en een verstandelijke beperking,⁶⁶ maar ervaring in de klinische praktijk suggereert dat exposure ook effectief is bij getraumatiseerde mensen met een LVB.

8.7 Ouder-kind psychotherapie

Deze behandelvorm richt zich op het bevorderen van veiligheid, hechting en gepaste emotionele reacties bij jonge kinderen (< 7 jaar). Deze behandelvorm wordt vooral ingezet bij preverbaal traumatische gebeurtenissen, waarbij de gebeurtenis heeft plaatsgevonden voordat het kind kon spreken. De gehechtheidsrelatie (in plaats van exposure) speelt hierbij een belangrijke rol. Ook van deze behandelvorm is maar één casestudie bekend waarin enige effectiviteit werd aangetoond van de therapie, en waarbij ook de nodige aanpassingen werden gedaan (gebruik van non-verbale communicatie en motorische therapie elementen).⁶⁶

De eerder beschreven KINGS-LVB behandeling biedt een behandelprotocol dat ook sterk gericht is op de gezinscontext en het trainen van traumasensitief opvoeden, maar anders dan bij ouder-kind-psychotherapie is er ook een grote rol voor EMDR en cognitieve gedragstherapie weggelegd.

Een andere vorm van context-gerichte behandeling is 'De Slapende Honden methode'. Het is een behandeling om kinderen met weerstand en dus kinderen die niet gemotiveerd zijn, ontvankelijk te maken voor traumaverwerking.⁸⁰ De methode bestaat uit een tool om de omstandigheden van het kind en mogelijke barrières voor behandeling

te analyseren. Een behandelplan op maat bestaat uit praktische interventies om de barrières op te ruimen en om traumaverwerking en integratie te ondersteunen. De Slapende Honden methode kan bestaan uit interventies met de biologische ouders, familie, verzorgers, groepsleiding, pleegzorgwerkers, de (gezins)voogd en therapeuten. De sessies met het kind worden beperkt tot een minimum.

8.8 Psychofarmaca

Er is geen onderzoek beschikbaar naar de effectiviteit van psychofarmaca bij jeugdigen met een LVB met een PTSS. Voor informatie over de inzet van psychofarmaca bij jeugdigen zonder een LVB met psychische stoornissen verwijzen we naar de PTSS-pagina op de website van het [Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie](#) en over de inzet van psychofarmaca bij jeugdigen en volwassenen met een LVB naar de [Handreiking Psychofarmaca bij jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB en psychische stoornissen](#) van de Academische Werkplaats Kajak .

Onder klinici bestaat brede consensus dat PTSS het best behandeld kan worden met een psychologische behandeling, zoals EMDR en TG-CGT. Pas wanneer psychologische behandeling voldoende lang (tenminste enkele maanden) en voldoende intensief is geprobeerd, kunnen psychofarmaca toegevoegd worden aan het behandelregime. Toch kan medicamenteuze behandeling een belangrijke bijdrage leveren aan het slagen van traumabehandeling.

Er bestaan twee indicaties voor psychofarmaca bij PTSS: **1.** ondanks goede psychologische behandeling zijn er restklachten, waarbij er sprake is van significant lijden; **2.** door de ernst van de klachten lukt het niet om tot psychologische behandeling te komen. Dan kunnen psychofarmaca helpen om de eerste drempels voor therapie weg te nemen, ook omdat een te grote vertraging tussen diagnose en behandeling een nadelig effect kan hebben op de motivatie van het kind en diens omgeving.

Met name voor de tweede indicatie geldt dat laagdrempelig starten (en wanneer mogelijk weer stoppen) van medicamenteuze behandeling overwogen moet worden. Medicatie staat dan (kortdurend) ten dienste van de psychologische behandeling en heeft vaak een snel en gunstig effect op angstklachten en prikkelbaarheid. In de praktijk maken behandelaars zich soms zorgen dat de psychologische behandeling minder effectief is door gelijktijdig gebruik van psychofarmaca. Uit onderzoek bij normaalbegaafde jeugdigen blijkt echter niet dat medicatie een negatief effect heeft op het rendement van EMDR: ⁷⁶ psychologische en farmacotherapeutische behandeling kunnen prima samen gaan.

Wanneer er sprake is van restklachten na een volledig doorlopen psychologisch behandeltraject, geldt dat de medicatie waarschijnlijk gedurende langere tijd gegeven zal worden. De behandeling is dan niet curatief, maar symptoom-verlichtend. Het is dan extra van belang een medicijn met, ook op de lange duur, een mild bijwerkingenprofiel te kiezen, zoals SSRI's (*selective serotonin reuptake inhibitor*) of clonidine. Voor de meeste middelen geldt dat zij vanaf een leeftijd van 6-8 jaar voorgeschreven kunnen worden. Een veelvoorkomende bijwerking van SSRI's is verhoogde bewegingsdrang (acathisie) die niet verward moet worden met verhoogde prikkelbaarheid van de PTSS. Risperidon heeft bij kortdurend gebruik over het algemeen ook een zeer mild bijwerkingenprofiel, maar kan bij langdurend gebruik leiden tot gewichtstoename, borstgroei bij jongens, niet overgaande bewegingsstoornissen en metabool syndroom (verhoogde bloeddruk, toegenomen bloedvetten, overgewicht).

Er zijn geen specifieke middelen voor PTSS. In de praktijk baseren klinici hun keuze van psychofarmacon vaak op de symptoomgroep. Het effect van de verschillende middelen verschilt per persoon. Wanneer het gaat om symptomen van herbelevingen, angst en depressieve klachten zijn SSRI's (zoals fluoxetine) geïndiceerd. Wanneer er

sprake is van verhoogde prikkelbaarheid, motorische rusteloosheid of inslaapproblemen kan een adrenerg middel zoals clonidine worden gegeven. Bij sterke emotionele labiliteit kan een anti-convulsief middel als carbamazepine of een antipsychoticum zoals risperidon worden gekozen. Bij (rand)psychotische symptomen, agressie of zelfbeschadigend gedrag kan een atypisch antipsychoticum zoals risperidon worden voorgeschreven.

8.9 Aanpassingen behandelingen bij jeugdigen met een LVB

Dat een behandeling niet ontwikkeld is voor gebruik bij jeugdigen met een LVB, wil niet zeggen dat de interventie niet bruikbaar is. Het vertalen van de werkzame elementen en contextuele factoren in het behandelen van jeugdigen met een LVB vraagt de nodige creativiteit, omdat deze doelgroep zich kenmerkt door een grote heterogeniteit. Er zal dus eerst goed naar de relatief sterke en zwakke aspecten van het verbaal, cognitief, adaptief en emotioneel functioneren van de jeugdige gekeken moeten worden om te zien welke aanpassingen nodig zijn.

Voor jeugdigen met een LVB kan het bijvoorbeeld nodig zijn om:

- Het tempo van de interventie aan te passen.
- Eenvoudigere taal en woorden te gebruiken.
- Informatie te doseren.
- Vaker pauze te nemen tijdens de behandelingen.
- Multi-sensorische input te gebruiken, bijvoorbeeld woorden en illustraties, pictogrammen.
- Specifieke suggesties te doen voor veranderingen, afspraken heel concreet te beschrijven en in deelvaardigheden op te knippen.
- Tijd te nemen om nieuwe vaardigheden aan te leren.
- Expliciet afspraken te maken over hoe cliënten nieuwe vaardigheden generaliseren naar nieuwe situaties door verzorgers vanuit alle levensgebieden te includeren in de behandeling en begeleiding.

Voor een uitgebreide beschrijving van aanpassingen binnen interventies en behandelingen verwijzen we naar de [Richtlijn effectieve interventies LVB](#) van het Landelijk Kenniscentrum LVB.

9. Begeleiding van jeugdigen met een LVB en trauma- en stressorgerelateerde stoornissen

9.1 Traumasensitief begeleiden

Voor jeugdigen met (en zonder) een LVB en traumaklachten is het van groot belang dat ouders, begeleiders, leerkrachten en verzorgers de omgeving inrichten op een manier die tegemoetkomt aan de behoefte van het kind. Het kost tijd om het kind (weer) een gevoel van veiligheid te laten ervaren. Dat betekent dat opvoeders en begeleiders naar het gedrag van het kind als gevolg van de schokkende gebeurtenissen kunnen kijken als: "omgaan met de gevolgen van schokkende gebeurtenissen op de manier die bij het kind past." Het kind reageert vanuit een gevoel van onveiligheid. Het is belangrijk dat begeleiders het gevoel van veiligheid (leren) vergroten. Kinderen ontwikkelen door de ervaringen die ze hebben opgedaan overtuigingen over zichzelf, opvoeders en de wereld in het algemeen. Deze overtuigingen hangen samen met gevoelens en gedrag. Wanneer opvoeders de overtuigingen kunnen herkennen en de invloed daarvan herkennen op emoties en gedrag, kunnen ze kinderen helpen te herstellen van trauma.

Opvoeders (waaronder begeleiders) zijn een belangrijke schakel in de hulp die kinderen nodig hebben hun emoties te (leren) reguleren. In 2021 verschijnt er een training voor begeleiders van kinderen met een verstandelijke beperking en traumagerelateerde problematiek ('Helpen bij Herstel'; [zie paragraaf 11.2.1](#)). Het doel van de training is begeleiders te laten inzien hoe ingrijpend

de impact van trauma is, hoe uiteenlopend de reacties van kinderen kunnen zijn en hoe de begeleiders een bijdrage kunnen leveren aan herstel. In de begeleiding van getraumatiseerde kinderen en hun netwerk is het belangrijk te begrijpen dat (ervaren) gevaar, veiligheid en bescherming de centrale thema's zijn bij het begeleiden van getraumatiseerde kinderen met en zonder een LVB. Dat kan bewerkstelligd worden door educatie, training en begeleiding. De kernelementen van traumasensitief begeleiden zijn:

- weten wat trauma is;
- begrijpen wat de impact van trauma is;
- leren gepast te reageren op de gedragsmatige en emotionele uitdagingen die het opvoeden van een getraumatiseerd kind met zich meebrengt;
- het creëren van een veilige omgeving en versterken van veerkracht;
- de opvoeders goed voor zichzelf leren zorgen en steun en hulp leren te vragen en zoeken.

Het opvoeden en begeleiden van een getraumatiseerd kind kan een uitdagende taak zijn, waarbij het risico op uitputting op de loer ligt. De training 'Zorgen voor getraumatiseerde kinderen' (Coppens en Van Kregten) biedt handvatten voor begeleiders van kinderen met traumaproblematiek. Voor leerkrachten is er de training 'Lesgeven aan getraumatiseerde kinderen'. Beide zijn ontwikkeld voor begeleiders van kinderen met een gemiddelde intelligentie, maar zeker ook bruikbaar voor kinderen met een LVB ([zie hoofdstuk 10](#)). Alhoewel dus niet specifiek ontwikkeld voor kinderen met een LVB, is er ook een praktijkboek over traumasensitief lesgeven binnen

het basisonderwijs.⁷⁷ Dit boek biedt leerkrachten, intern begeleiders en schoolmaatschappelijk werkers praktische kennis en vaardigheden om goed om te kunnen gaan met het vaak moeilijk te begrijpen gedrag van getraumatiseerde leerlingen waar ze op hun school, mede door de invoering van Passend Onderwijs, in toenemende mate mee te maken hebben. Door traumasensitief onderwijs te bieden aan de kinderen die het nodig hebben wordt het klassenklimaat voor alle kinderen veiliger en de effectieve leertijd en de leeropbrengsten van alle kinderen hoger.

Op de [website van Leony Coppens](#) zijn ook handouts te vinden die de kernconcepten van het begeleiden van kinderen met traumagerelateerde problematiek beschrijven. Een individuele therapie, ingebed in een traumasensitieve begeleidings- en opvoedingsstijl vergroot het effect van de behandeling.

9.2 Versterken van veerkracht

In hulpverlening en in onderzoek richt men zich vaak op pathologie en risico's. In de laatste jaren is er daarnaast toenemende belangstelling voor het onderwerp veerkracht. Veerkracht kan worden beschreven als de mate waarin een individu de capaciteiten heeft om te herstellen. Veerkracht hebben is geen eigenschap, maar een samenspel van verschillende factoren die herstel bevorderen. De mate van veerkracht van een persoon is gerelateerd aan de mate waarin de context elementen bevat die de veerkracht versterken. Een veilige, consistente en verzorgende omgeving bevordert iemands vermogen om te kunnen omgaan met stressvolle gebeurtenissen.

De omgeving speelt een grote rol bij het versterken van veerkracht. Het model van Bronfenbrenner kan hierbij helpend zijn.⁷⁸ Positieve interacties met familie, leeftijdsgenoten, leerkrachten, begeleiders van dagbesteding en andere positieve

interpersoonlijke relaties zijn een bron van veerkracht (microsysteem). Dat wil zeggen dat herstel bevorderd kan worden door belangrijke volwassenen die steunend en een voorbeeld kunnen zijn. Bronfenbrenner noemt het mesosysteem: de interacties tussen de microsystemen. De relaties versterken elkaar en vormen een steunend netwerk voor de client. Daaromheen bevindt zich het exosysteem, waaronder sociale instituties, de buurt, de media en het lokale beleid vallen. Op exoniveau zijn onder andere het hebben van een religie of spiritualiteit belangrijke voorspellers van veerkracht. Het gevoel deel uit te maken van een groter geheel, zoals een vereniging, een buurtgemeenschap, een religieuze groep kan een belangrijke bron van veerkracht zijn.

Het onderzoek naar veerkracht bij mensen met een LVB staat nog in de kinderschoenen. In een eerste literatuuronderzoek van Scheffers komen verschillende factoren naar voren die veerkracht kunnen versterken.⁷⁹ Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen factoren die werkzaam zijn op individueel niveau en op systemisch niveau. Individuele factoren kunnen pas tot uiting komen als wordt voldaan aan voorwaarden op systemisch niveau: dat wil zeggen, als de maatschappij het niet toestaat, heb je als individu weinig in te brengen.

Factoren van veerkracht op individueel niveau

- Autonomie: betrokken zijn bij keuzes over je eigen leven.
- Acceptatie: jezelf accepteren als volledig persoon met krachten en beperkingen.
- Fysieke gezondheid: medicatietrouw, doktersbezoeken, lichaamsbeweging, gezonde voeding.

Factoren van veerkracht op systemisch niveau

- Netwerk: personen uit het professioneel netwerk die op een gelijkwaardige manier het contact aangaan.
- Participatie: passende activiteiten waardoor personen in staat zijn om te participeren in de samenleving.

Een tweede literatuuronderzoek van Scheffers gaat over processen binnen het sociale netwerk van mensen met een VB die hun veerkracht kunnen versterken. ⁷⁹ Belangrijke met elkaar verbonden thema's zijn:

- Acceptatie door het netwerk: de omgeving ontwikkelt een goed idee van wat verwacht mag/kan worden van de persoon met een VB in hun netwerk en gaat hier op een positieve en accepterende wijze mee om.
- Positieve emoties: de omgeving (h)erkent de stappen die iemand maakt, uit positieve emoties en helpt bij het *reframen* van negatieve emoties.
- Gevoel van samenhang: de omgeving vindt manieren om betekenis te geven aan tegenslagen die samenhangen met het hebben van een persoon met een VB in hun netwerk.
- Ondersteuning vanuit het netwerk: verzorgers uit het netwerk van een persoon met een VB hebben ondersteuning nodig om te ontlasten en gevoelens, zorgen en ervaringen te delen

Naast diagnostiek, interventies, therapie en behandeling is het versterken van veerkracht een belangrijk aanknopingspunt in de ondersteuning van cliënten.

10. Overzicht van trainingen voor verschillende professionals (2020-2021)

10.1 Voor EMDR-therapeuten

[RINO GROEP](#): EMDR bij mensen met autisme:

Durf het aan! (Incl. DITS-LVB training).

[RINO GROEP](#): Verdiepingscursus traumadiagnostiek en EMDR-therapie bij mensen met een verstandelijke beperking (voor EMDR-therapeuten, incl. DITS-LVB training).

[KING-nascholing](#): EMDR-therapie voor trauma-gerelateerde klachten bij mensen met een laag IQ of autisme (incl. DITS-LVB training).

[Liesbeth Mevissen](#): scholing op maat en supervisie.

[Liesbeth Mevissen](#): scholing gecombineerde ouder-kind traumabehandeling op aanvraag.

10.2 Voor klinisch psychologen en psychotherapeuten (i.o.)

[Radboud Centrum Sociale Wetenschappen, Opleiders in](#)

[Mens & Maatschappij](#): CGT- verdieping bij complexe psychopathologie: LVB, psychose en trauma (niet specifiek gericht op jeugdigen).

10.3 Voor gedragswetenschappers

[RINO GROEP](#): Vervolgcurcus cognitieve gedragstherapie:

Behandeling van cliënten met een licht verstandelijke beperking.

[RINO GROEP](#): Signaleren, diagnosticeren (m.b.v. DITS-LVB) en indiceren voor behandeling van trauma bij (L)VVB en zwakbegaafdheid.

[RINO Amsterdam](#): Cursus complexe PTSS bij mensen met een laag IQ.

[Accare](#): Training diagnosticeren van trauma m.b.v. DITS-LVB.

[RINO GROEP](#): Imaginatie en Rescripting met kinderen, jeugdigen en volwassenen.

[RINO Amsterdam](#): Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT).

[RINO Amsterdam](#): Complexe PTSS voor mensen met een laag IQ.

[RINO Amsterdam](#): Trauma op school.

[RINO Amsterdam](#): Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD.

[KING nascholing](#): Diagnostiek van traumagerelateerde klachten bij mensen met een laag IQ of autisme (incl. DITS-training).

[Liesbeth Mevissen](#): Scholing op maat.

[PAO Psychologie, Nascholing en Opleiding](#): Cursus Trauma bij mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid (voor gedragswetenschappers, inclusief DITS-LVB training).

10.4 Voor gedragswetenschapper, praktijk-ondersteuner huisarts, sociaal pedagogisch hulpverlener & maatschappelijk werk

RINO GROEP: Herkennen en behandel mogelijkheden van trauma bij mensen met een verstandelijke beperking met speciale aandacht voor EMDR.

KING nascholing: Diagnostiek van traumagerelateerde klachten bij mensen met een laag IQ of autisme (voor gedragswetenschappers, incl. DITS-LVB training).

Quality of Life Center: Training 'Mijn Levensverhaal' gericht op de vermindering van traumagerelateerde klachten bij volwassenen met een LVB (Boek: Mijn levensverhaal. Ontdekkingsreis naar mijzelf).

Liesbeth Mevissen: Scholing op maat.

De Slapende Honden methode is een behandeling om kinderen met weerstand en dus die niet gemotiveerd zijn ontvankelijk te maken voor traumaverwerking. ⁸⁰

10.5 Voor begeleiders

Leony Coppens/diverse pleegzorg- en jeugdzorg-organisaties: Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: een training voor opvoeders (Boek: Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: een training voor opvoeders).

10.6 Voor leerkrachten

Leony Coppens of KING nascholing: Lesgeven aan getraumatiseerde kinderen: een training voor leerkrachten in het basisonderwijs (boek: Lesgeven aan getraumatiseerde kinderen).

11. Veelbelovende ontwikkelingen

11.1 Lopend Nederlands onderzoek bij jeugdigen en (jong)volwassenen met trauma-gerelateerde problematiek en een LVB

11.1.1 Veerkracht na tegenslagen

Een promotieonderzoek naar factoren gerelateerd aan veerkracht bij mensen met een verstandelijke beperking (januari 2020 - 31 december 2022). Dit onderzoek wordt door promovendus *Femke Scheffers* uitgevoerd aan de Universiteit van Amsterdam onder begeleiding van Prof. dr. X. Moonen en dr. E.S. van Vugt. Er is tot op heden zeer weinig onderzoek gedaan naar hoe veerkracht bij mensen met een verstandelijke beperking versterkt kan worden. Het huidige project naar veerkracht biedt mogelijkheden om de hulpverlening rondom mensen met een verstandelijke beperking effectiever en efficiënter in te richten. Het onderzoeksproject bestaat uit vier studies:

- Een systematisch literatuuronderzoek naar veerkracht bij mensen met een verstandelijke beperking. ⁷⁹
- Een systematisch literatuuronderzoek naar veerkracht en het sociale netwerk van mensen met een verstandelijke beperking.
- Een kwalitatief onderzoek naar veerkracht vanuit het perspectief van mensen met een verstandelijke

beperking, hun directe betrokkenen en hulpverleners (n = 15).

- Gebaseerd op de drie voorgaande studies wordt een instrument ontwikkeld waarmee veerkracht bij mensen met een verstandelijke beperking kan worden geïnventariseerd. Verschillende versies worden ontwikkeld voor de cliënt en het sociale netwerk (validatieonderzoek n = 150).

11.1.2 EMDR bij mensen met een LVB en ernstige gedragsproblemen

Promotieonderzoek naar EMDR bij mensen met een LVB en ernstige gedragsproblemen (januari 2020 - december 2024). Dit onderzoek wordt door promovendus *Anne Versluis* uitgevoerd bij 's Heeren Loo in samenwerking met de Radboud Universiteit en de Academische Werkplaats Verstandelijke Beperking. Prof. dr. Robert Didden, prof. dr. A. de Jongh, prof. dr. C. Schuengel en dr. L. Mevissen zijn bij dit onderzoek betrokken. Het onderzoek bestaat uit een viertal deelstudies, namelijk:

- Het ontwikkelen van een *screeener* naar PTSS bij mensen met een licht verstandelijke beperking.
- Aanvullend onderzoek naar de psychometrische kenmerken van de *DITS-LVB*.
- Onderzoek naar de effectiviteit van EMDR bij mensen met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen.
- Onderzoeken van de verwachtingen en ervaringen van cliënten en therapeuten met Intensieve EMDR-vorm met roterende therapeuten.

Voor meer informatie over dit onderzoek kunt u [contact opnemen met Anne Versluis](#).

11.1.3 Toegevoegde waarde training regulatievaardigheden voorafgaand aan traumagerichte behandeling van adolescenten met complexe PTSS

Dit onderzoek naar de noodzaak en meerwaarde van een training in regulatievaardigheden voorafgaand aan traumagerichte behandeling van meervoudige en interpersoonlijke PTSS wordt uitgevoerd door *Rik Knipschild* (Karakter) bij adolescenten (12-18 jaar). Het onderzoek is niet specifiek gericht op adolescenten met een LVB, maar een kwart van de deelnemers heeft wel een LVB (= IQ-score tussen de 70-85). Er is een training in regulatievaardigheden ontwikkeld. In de periode 2019-2022 wordt de toegevoegde waarde van deze training met behulp van een *randomized controlled trial* (RCT) onderzocht. De volgende twee condities worden met elkaar vergeleken: 12 sessies regulatievaardigheidstraining, plus 12 sessies EMDR versus 12 sessies EMDR zonder voorafgaande training in regulatievaardigheden.

11.1.4 Adverse Childhood Experiences bij jeugdigen met cognitieve en adaptieve beperkingen

Een promotieonderzoek naar ACEs bij jeugdigen met cognitieve en adaptieve beperkingen en hun ouders (onderzoekperiode is 2017-2022). Dit onderzoek wordt door promovendus *Jessica Vervoort-Schel* uitgevoerd aan de Universiteit van Amsterdam onder begeleiding van Prof. dr. X. Moonen, Prof. dr. R. Lindauer en dr. P. van der Helm. Het onderzoeksproject bestaat uit de volgende studies:

- Dossierstudie naar ace's bij jeugdigen met een IQ < 70 (n = 69). Reeds afgerond, zie ¹⁹.
- Dossierstudie naar ACEs bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (IQ 50-70) en zwakbegaafdheid (IQ 70-85) (n = 108). *Prevalence of Adverse Childhood Experiences and hardships in family*

and environment in children with Mild Intellectual Disabilities and Borderline Intellectual Functioning in residential care: a case-file study (bijna klaar).

- Dossierstudie naar ACEs bij jeugdigen van Koraal en William Schrikker (n = 245).
- Dossierstudie naar ACEs bij kinderen met een IQ < 50 (n = nog onbekend).
- Review naar ACEs bij VB.
- Brief report m.b.t. bestaande screeners voor ingrijpende ervaringen voor jeugdigen met cognitieve en adaptieve beperkingen. Verkennende fase.

11.2 Ontwikkeling rond trainingen

11.2.1 Training Helpen bij Herstel

De training 'Getraumatiseerde kinderen met een verstandelijke beperking en trauma, Helpen bij Herstel' is ontwikkeld voor begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking en trauma. Aafke Scharloo, Giuditta Soro en Carina van Kregten vertalen en bewerken hiervoor *The Road to Recovery*, een training van het National Traumatic Stress Network (NCTSN). Deze training, bestaande uit zes modules, is ontwikkeld om opvoeders en hulpverleners/begeleiders van getraumatiseerde kinderen met een verstandelijke beperking, kennis, vaardigheden en denkkaders te laten opdoen die relevant en specifiek zijn voor het effectief helpen van kinderen met een verstandelijke beperking die getraumatiseerd zijn. De training is bedoeld als introductie op dit onderwerp en is zo ontwikkeld dat deelnemers op basis hiervan meer verdieping kunnen zoeken, bijvoorbeeld daar waar het gaat om specifieke behandelingen voor kinderen met een verstandelijke beperking. De training probeert een balans te bieden tussen breedte en diepte van informatie, maar de nadruk ligt op de breedte. De training wordt uitgegeven door Bohn Stafleu en van Loghum en zal naar verwachting begin 2021 verkrijgbaar zijn.

12. Literatuur

- 1 Hassiotis A, Brown E, Harris J, Helm D, Munir K, Salvador-Carulla L, et al. Association of Borderline Intellectual Functioning and Adverse Childhood Experience with adult psychiatric morbidity. Findings from a British birth cohort. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1).
- 2 Nieuwenhuis JG, Smits HJH, Noorthoorn EO, Mulder CL, Penterman EJM, Nijman HLI. Not recognized enough: The effects and associations of trauma and intellectual disability in severely mentally ill outpatients. 2019.
- 3 Elias C, Seebregts A, Swennenhuis P, Bouma G. Eindrapport 'Traumabehandeling bij kinderen met een licht verstandelijke beperking'. Tilburg/Leeuwarden: Fontys Hogeschool Pedagogiek/Tjallinga Hiem; 2009.
- 4 APA. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association.; 2014.
- 5 Child NScotD. *Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper 3*. <http://www.developingchild.harvard.edu> 2005-2014.
- 6 Pijpers F, Vanneste Y, Wessels E, Van den Haak L. Early life stress, Impact en aangrijpingspunten voor preventie. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*. 2019;5:49-53.
- 7 Child NScotD. *Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper 3*. 2005-2014.
- 8 Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998;14(4):245-58.
- 9 Felitti VJ. The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead. *The Permanente journal*. 2002;6(1):44-7.
- 10 Santoro AF, Shear SM, Haber A. Childhood adversity, health and quality of life in adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2018;62(10):854-63.
- 11 Kilmer RP. Resilience and Posttraumatic Growth in Children. *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2006. p. 264-88.
- 12 Beer R, de Roos C. *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren*. Houten: LannooCampus; 2017.
- 13 Beer R, Verlinden E, Lindauer R. Protocol voor classificatie, screening en diagnostiek van trauma- en stressgerelateerde & dissociatieve stoornissen bij kinderen en adolescenten. 2020.
- 14 Hatton C, Emerson E. The Relationship Between Life Events and Psychopathology Amongst Children with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2004;17(2):109-17.
- 15 Mevissen L, de Jongh A. PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*. 2010;30(3):308-16.
- 16 Mevissen EHM, Didden HCM. *Systeemgerichte diagnostiek en behandeling van psychotrauma bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. 2017.
- 17 Samson C. *Omringd door zorg, toch niet veilig: Seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen, 1945 tot heden*. Amsterdam; 2012.
- 18 Wissink IB, van Vugt E, Moonen X, Stams G-JJM, Hendriks J. Sexual abuse involving children with an intellectual disability (ID): A narrative review. *Research in Developmental Disabilities*. 2015;36:20-35.

- 19 Vervoort-Schel J, Mercera G, Wissink I, Mink E, Van der Helm P, Lindauer R, et al. Adverse Childhood Experiences in Children with Intellectual Disabilities: An Exploratory Case-File Study in Dutch Residential Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(10).
- 20 Morris DJ, Webb EL, Parmar E, Trundle G, McLean A. Troubled beginnings: the adverse childhood experiences and placement histories of a detained adolescent population with developmental disorders. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*. 2020;ahead-of-print (ahead-of-print).
- 21 Emerson E. *The Determinants of Health Inequities Experienced by Children with Learning Disabilities*. London, UK: Public Health England; 2015.
- 22 Mevissen L, Didden R, De Jongh A. Posttraumatische-stressstoornis (PTSS). In: Didden R, Groen W, Moonen X, Troost P, editors. *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: De Tijdstroom; 2016. p. 169-81.
- 23 Finzi-Dottan R, Dekel R, Lavi T, Su'ali T. Posttraumatic stress disorder reactions among children with learning disabilities exposed to terror attacks. *Compr Psychiatry*. 2006;47(2):144-51.
- 24 Martorell A, Tsakanikos E. Traumatic experiences and life events in people with intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*. 2008;21(5).
- 25 Wigham S, Taylor JL, Hatton C. A prospective study of the relationship between adverse life events and trauma in adults with mild to moderate intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res*. 2014;58(12):1131-40.
- 26 Emerson E. Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2003;47(1):51-8.
- 27 Rittmannsberger D, Kocman A, Weber G, Lueger-Schuster B. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in people with intellectual disabilities: A Delphi expert rating. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2019;32(3):558-67.
- 28 Mevissen L. Diagnostiek en behandeling van een posttraumatische stressstoornis bij mensen met een verstandelijke beperking In: Didden R, Moonen X, Douma J, editors. *Met het Oog op behandeling 5*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB 2019.
- 29 Wieland J. *Psychopathology in borderline intellectual functioning: Explorations in secondary healthcare*. Proefschrift. Leiden 2016.
- 30 Mevissen L, Didden R, Korzilius H, Jongh Ad. Assessing posttraumatic stress disorder in children with mild to borderline intellectual disabilities. *European Journal of Psychotraumatology*. 2016;7(1):29786.
- 31 Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Psychiatric comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder among older adults in the United States: results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2012;20(5):380-90.
- 32 Auslander WF, McMillen JC, Elze D, Thompson R, Jonson-Reid M, Stiffman A. Mental Health Problems and Sexual Abuse Among Adolescents in Foster Care: Relationship to HIV Risk Behaviors and Intentions. *AIDS and Behavior*. 2002;6(4):351-9.
- 33 Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, van der Kolk B, Pynoos R, Wang J, et al. A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of traumatic stress*. 2009;22(5):399-408.
- 34 Cicchetti D, Toth SL. A Developmental Psychopathology Perspective on Child Abuse and Neglect. *JOURNAL- AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*. 1995;34(5):541.
- 35 Wethington HR, Hahn RA, Fuqua-Whitley DS, Sipe TA, Crosby AE, Johnson RL, et al. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *American journal of preventive medicine*. 2008;35(3):287-313.
- 36 Alisic E, Jongmans MJ, van Wesel F, Kleber RJ. Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2011;31(5):736-47.
- 37 Ko SJ, Pynoos RS, Griffin D, Vanderbilt D, panel Ntale. *The road to recovery: supporting children with intellectual and developmental disabilities who have experienced trauma*. Los Angeles, CA, and Durham, NC: National Center for Child Traumatic Stress; 2015.
- 38 De Vries GJ, Olff M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of traumatic stress*. 2009;22(4):259-67.
- 39 Mevissen L, Didden R. *Systeemgerichte diagnostiek en behandeling van psychotrauma bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Onderzoek & Praktijk. 2017(1):6-14.

- 40** Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
- 41** Cook A, Spinazzola J, Ford J, Lanktree C, Blaustein M, Cloitre M, et al. Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*. 2005;35(5):390-8.
- 42** Landolt MA, Cloitre M, Schnyder U. How to treat children and adolescents with trauma-related disorders. In: Landolt MA, Cloitre M, Schnyder U, editors. *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents*. Switzerland: Springer International Publishing; 2017. p. 507-17.
- 43** Bandelow B, Baldwin D, Abelli M, Altamura C, Dell'Osso B, Domschke K, et al. Biological markers for anxiety disorders, OCD and PTSD - a consensus statement. Part I: Neuroimaging and genetics. *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*. 2016;17(5):321-65.
- 44** Bandelow B, Baldwin D, Abelli M, Bolea-Alamanac B, Bourin M, Chamberlain SR, et al. Biological markers for anxiety disorders, OCD and PTSD: A consensus statement. Part II: Neurochemistry, neurophysiology and neurocognition. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2017;18(3):162-214.
- 45** Bomyea J, Risbrough V, Lang AJ. A consideration of select pre-trauma factors as key vulnerabilities in PTSD. *Clinical Psychology Review*. 2012;32(7):630-41.
- 46** Zoladz PR, Diamond DM. Current status on behavioral and biological markers of PTSD: a search for clarity in a conflicting literature. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2013;37(5):860-95.
- 47** Ince D, van Yperen T, Valkenstijn M. Top tien beschermende factoren. Voor een positieve ontwikkeling van jeugdigen. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2018.
- 48** Scheeringa MS. Het behandelen van PTSS bij jonge kinderen. Amsterdam: SWP; 2017.
- 49** Scheeringa M, Zeanah C, Myers L, Putnam F. Predictive Validity in a Prospective Follow-up of PTSD in Preschool Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2005;44(9):899-906.
- 50** Mevissen L, Didden R, De Jongh A. EMDR-therapie voor posttraumatische stressstoornis bij kinderen en adolescenten met een licht verstandelijke beperking. Een multiple baseline studie. *Directieve Therapie*. 2016;36:169-83.
- 51** Mevissen L, Didden R, Korzilius H, de Jongh A. Eye movement desensitisation and reprocessing therapy for posttraumatic stress disorder in a child and an adolescent with mild to borderline intellectual disability: A multiple baseline across subjects study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2017;30(S1):34-41.
- 52** Coppens L, van Kregten C. Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: een training voor opvoeders. Handleiding voor trainers. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2018.
- 53** Deeba F, Rapee RM, Prvan T. Psychometric properties of the Children's Revised Impact of Events Scale (CRIES) with Bangladeshi children and adolescents. *PeerJ*. 2014;2:e536.
- 54** Verlinden E, Van Meijel EPM, Opmeer BC, Beer R, de Roos C, Bicanic IAE, et al. Verlinden, E., Van Meijel, E.P.M., Opmeer, B.C., Beer, R., de Roos, C., Bicanic, I.A.E., Lamers-Winkelmann, F., Olf, M., Boer, F. & Lindauer, R.J.L. (2014). Characteristics of the Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES) in a Clinically Referred Dutch Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 338-344. *Journal of Traumatic Stress* 2014;3:338-44
- 55** Verlinden E, Lindauer R. The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-13) (ouder- en kindversie). 2015. p. <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/wp-content/uploads/2018/04/Children%E2%80%99s-Revised-Impact-Event-Scale-CRIES-13-ouder-kindversie.pdf>.
- 56** Verlinden E, Lindauer R.J.L. Trauma bij kinderen en adolescenten: screening, diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2015;57(12):912-6.
- 57** Tierolf B, Schuengel C, Lamers-Winkelmann F. Validation and Standardization of the Dutch Trauma Symptom Checklist for Young Children in a Normative and Clinical Sample. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2018;27(1):1-14.
- 58** Wherry JN, Herrington SC. Reliability and Validity of the Trauma Symptom Checklist for Children and Trauma Symptom Checklist for Young Children Screeners in a Clinical Sample. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2018;27(8):998-1010.
- 59** Nilsson D, Wadsby M, Svedin CG. The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist For Children (TSCC) in a sample of Swedish children. *Child Abuse & Neglect*. 2008;32(6):627-36.
- 60** van Meijel EPM, Verlinden E, Diehle J, Lindauer R.J.L. Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA), Nederlandse vertaling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2013.

- 61** Alisic E, Eland J, Kleber RJ. Schokverwerkingslijst voor Kinderen (SVLK). Zaltbommel/Utrecht: Instituut voor Psychotrauma i.s.m. Klinische & Gezondheidspsychologie (UU) en Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren (UMC Utrecht). 2006.
- 62** Alisic E, Kleber RJ. Measuring Posttraumatic Stress Reactions in Children: A Preliminary Validation of the Children's Responses to Trauma Inventory. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. 2010;3(3):192-204.
- 63** Mevissen EHM, Didden HCM, Jongh Ad. DITS-LVB: Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren - Licht Verstandelijke Beperking. Assen: Accare; 2018.
- 64** Mevissen L, Didden R, Korzilius H, de Jongh A. Assessing posttraumatic stress disorder in children with mild to borderline intellectual disabilities. *European Journal of Psychotraumatology*. 2016;7(1):29786.
- 65** Mevissen EHM, Didden HCM, Jongh Ad, Korzilius HPLM. Assessing posttraumatic stress disorder in adults with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. 2020.
- 66** Keesler JM. Trauma-Specific Treatment for Individuals With Intellectual and Developmental Disabilities: A Review of the Literature From 2008 to 2018. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2020.
- 67** Mevissen L. EMDR bij mensen met een verstandelijke beperking. In: Oppenheim H, Hornsveld H, ten Broeke E, de Jongh A, editors. *Praktijkboek EMDR deel ii: Toepassingen voor nieuwe patiëntengroepen en stoornissen*. Amsterdam: Pearson; 2015. p. 251-83.
- 68** Mevissen L, Ooms-Evers M, Serra M, de Jongh A, Didden R. Feasibility and potential effectiveness of an intensive trauma-focused treatment programme for families with PTSD and mild intellectual disability. *European Journal of Psychotraumatology*. 2020;11(1):1777809.
- 69** Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles protocols, and procedures. New York: Guilford Press; 2018.
- 70** De Jongh A, Ernst R, Marques L, Hornsveld H. The impact of eye movements and tones on disturbing memories involving PTSD and other mental disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2013;44(4):477-83.
- 71** Lovett J. Small wonders: healing childhood trauma with EMDR. New York: Free Press; 1999.
- 72** Wanders EH, Ploeg C. EMDR in een klinische setting KINGS: Kind in een gezond system. In: Beer R, Roos Cd, editors. *Handboek EMDR voor Kinderen en Jongeren*. Houten: Lanno Campus; 2017. p. 469-86.
- 73** Mevissen L, Evers M, Wanders F, Didden R. Het KINGS-model bij licht verstandelijke beperking: Behandeling van complexe gezinstrauma's in klinische setting. *Kind & Adolescent Praktijk*. 2018;17(3):34-42.
- 74** Mevissen L. Diagnostiek en behandeling van een posttraumatische stressstoornis bij mensen met een verstandelijke beperking. In: Didden R, Moonen X, Douma J, editors. *Met het Oog op behandeling 5*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB; 2019.
- 75** Beernink J, Westerhof GJ. Effectiveness of a life story intervention for adults with intellectual disability and depressive and trauma-related complaints. *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID*. 2020.
- 76** Cohen JA, Mannarino AP, Perel JM, Staron V. A Pilot Randomized Controlled Trial of Combined Trauma-Focused CBT and Sertraline for Childhood PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46(7):811-9.
- 77** Coppens L, Schneijderberg M, van Kregten C. Lesgeven aan getraumatiseerde kinderen, een praktisch handboek voor het basisonderwijs Houten: SWP; 2018.
- 78** Bronfenbrenner U. Ecological systems theory. Six theories of child development: Revised formulations and current issues. London, England: Jessica Kingsley Publishers; 1992. p. 187-249.
- 79** Scheffer F, Moonen XM, van Vught ES. Bronnen van veerkracht bij personen met een licht verstandelijke beperking: een systematisch literatuuronderzoek. Laag IQ in de GGZ; Nieuwegein 2019.
- 80** Struik A, van Blanken B. Traumabehandeling kan wel! De toepassing van de slapende honden methode bij jeugdigen en volwassenen met een verstandelijke beperking. *LVB Onderzoek & Praktijk*. 2018(1).

Kajak

ACADEMISCHE WERKPLAATS

Churchillaan 11
3527GV Utrecht
030 7400 400

www.academischewerkplaatskajak.nl

info@awkajak.nl