

Module Diagnostiek

(Complexe) Posttraumatische Stress Stoornis en Dissociatieve Stoornissen bij volwassenen met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering [VCT]

1

Auteur: Mevr. Drs. G.M. [Martijne] Rensen

© CELEVT Copyright 2016 rev. 2020 alle rechten voorbehouden.

Citeren

Rensen (2016, rev 2020); module diagnostiek (Complexe) Posttraumatische StressStoornis (PTSS) en Dissociatieve Stoornissen bij volwassenen met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering; Amsterdam, Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke chronische Traumatisering (CELEVT).

Woord vooraf: Vroeg-detectie en integrale diagnostiek

Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (VCT) is een van de meest basale, langdurige determinanten voor gezondheid en welbevinden met vaak ingrijpende gevolgen voor de getroffen zijn/ haar persoonlijke omgeving en de maatschappij. Grootschalige epidemiologische onderzoeken tonen aan dat ongeveer 50-70% van de volwassen cliënten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) lijdt onder de gevolgen van chronische traumatisering in de kindertijd en een psychische, somatische en sociaal-maatschappelijke kwetsbaarheid heeft die niet gerelateerd is aan een specifieke vorm van psychopathologie maar aan een scala aan psychische stoornissen en fysieke en sociale problemen¹. De traumatisering staat in lineaire relatie tot een complexiteit van vaak samenhangende psychische stoornissen variërend van (complexe) Posttraumatische StressStoornis (PTSS), Dissociatieve Stoornissen, problemen met hechting, Angststoornissen, Alcohol en Drugsverslaving tot Depressie, Persoonlijkheidsstoornissen, Somatisatiestoornissen en Schizofrenie/ psychotische episoden. Aanhoudende somatische problemen komen in hoge mate voor zoals hart- en vaatziekten, buik-gynaecologische klachten, reuma en neurofysiologische problemen. Veel in de kinderjaren mishandelde volwassenen hebben een achterstand op het gebied van carrière, zijn werkloos, worden dakloos, vertonen delinquent gedrag en worden slachtoffer van herhaald (huiselijk en seksueel) geweld. De aard en ernst varieert met de leeftijd waarop de traumatisering begon, de relatie met de agressor, de duur en ernst van de traumatisering en de emotionele en sociale ondersteuning uit de omgeving². De problematiek vraagt om een integrale diagnostische evaluatie op meerdere levensgebieden en daaropvolgend multidisciplinaire behandeling.

2

Systematische screening en diagnostiek bevorderen

Deze module beschrijft de state-of-the-art van de screening en diagnostiek op (Complexe) Posttraumatische StressStoornis (PTSS) en Dissociatieve Stoornissen bij volwassenen - met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (VCT). De doelstelling is de systematische screening en diagnostiek in Nederland te bevorderen en (verder) te standaardiseren in de dagelijkse behandelpraktijk. De opzet is om volwassenen met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering te verzekeren van gekwalificeerde traumadiagnostiek in Nederland die gebaseerd is op actuele kennis en het beste wetenschappelijk bewijs.

¹ Trimbos Instituut 2007, TNO 2010, ACE studies www.canaratives.org 2015 ² Pelcovitz et al, 1997

De diagnostiek volgt de getrapte diagnostiek volgens een integraal diagnostisch model waarin naast de psychische problematiek gekeken wordt naar de algemene gezondheid, sociaal welbevinden en zorgbehoefte. De diagnostiek is niet alleen gericht is op de psychische klachten, symptomen en stoornissen er is daarbij aandacht voor potentieel traumatiserende gebeurtenissen in de kinderjaren en de levensgeschiedenis. Uiteindelijk moet de diagnostiek uitmonden in een behandeling die bijdraagt aan herstel op meerdere levensgebieden, symptomatisch (psychisch en somatisch), persoonlijk en maatschappelijk.

De module omvat:

- **De screening** die gedaan kan worden door (BIG) geregistreerde professionals in de somatische zorg (huisartsen, POH-GGZ, medisch specialisten, hipto-therapeuten, fysiotherapeuten, tandartsen e.a.) en GGZ- verpleegkundigen, psychiaters, (gz)psychologen, klinische psychologen, psychotherapeuten in de basis- en gespecialiseerde GGZ.
- **Het diagnostisch onderzoek** dat gedaan kan worden door BIG geregistreerde GGZ-verpleegkundigen, psychiaters, (gz)-psychologen, klinische psychologen, psychotherapeuten in de basis- en gespecialiseerde GGZ.
- **De behandeldiagnostiek** voor het in kaart brengen van de zorgbehoefte, kwaliteit van leven en steunsysteem om tot indicatiestelling te komen.

Altijd screenen en daaropvolgend VCT-traumadiagnostiek

Om tot een snellere en efficiëntere identificatie te komen zou de (korte) eerste screening op symptomen van PTSS en/ of Dissociatie structureel ingebed moeten zijn in iedere behandelpraktijk in de geestelijke en somatische gezondheidszorg. Bij positieve uitkomsten volgt (doorverwijzing voor) diagnostiek op (Complexe) Posttraumatische StressStoornis (PTSS) en Dissociatieve Stoornissen binnen de (basis en) gespecialiseerde GGZ.

De rationaliteit hierachter is dat veel cliënten die behandeling zoeken dit doen vanwege de directe dan wel indirecte gevolgen van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering en dat dit nogal eens schuil kan gaan onder een scala aan psychische stoornissen en somatische en sociaal- maatschappelijke

problemen³. Door de grote overlap aan symptomen tussen de verschillende DSM-5 diagnoses, de veelal aanwezige somatische en sociaal-maatschappelijke problemen is het mogelijk dat (complexe) Posttraumatische Stressstoornis (PTSS) en Dissociatieve Stoornissen en de relatie met Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering worden gemist en onterecht een niet adequate of onvolledige diagnose wordt gesteld met daaropvolgend incomplete en ineffectieve behandeltrajecten. Met als gevolg een chronisch beloop en een toename van de ernst van de psychopathologie.

Deskundigheidsniveau

De screening kan plaatsvinden door alle (BIG- registreerde) professionals in de geestelijke, somatische en maatschappelijke gezondheidszorg¹ die basiskennis hebben van (Complexe) PTSS- en Dissociatieve symptomen in relatie tot Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering bij volwassenen en de screening en signalering daarvan, inclusief de mogelijkheden voor traumabehandeling en doorverwijzing voor diagnostiek.

De diagnostiek kan plaatsvinden door BIG geregistreerde GGZ- verpleegkundigen, psychiaters, (gz)-psychologen, klinische psychologen, psychotherapeuten. De eindverantwoordelijkheid moet liggen bij een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut. Ongeacht de discipline geldt dat de diagnostiek gedaan kan worden door een professional die opgeleid is in de diagnostiek van (Complexe) PTSS en Dissociatieve Stoornissen in relatie tot Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering bij volwassenen, inclusief de verschillende diagnostische methoden en instrumenten, de interpretatie daarvan en de mogelijkheden voor behandeling.

¹Bijvoorbeeld (huis) artsen, POH-GGZ, medisch specialisten, fysio- en haptotherapeuten, agogen, alternatief behandelaren, coaches. Ook volwassenen die behandeling zoeken kunnen de vragenlijsten zelf invullen.

³ Dong, Anda, Felitti, Williamson, Dube, Brown et al., 2005; Dube, Felitti, Dong, Giles, Anda, 2003; Edwards, Holden, Felitti, Anda, 2003; Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards et al, 1998; Felitti, Anda, 2010; McLaughlin, Greif Green, Gruber, Sampson, Zaslavsky, 2010; Teicher, Samson, Polcari, McGreenery, 2006; Verdurmen, ten Have, de Graaf, van Dorsselaer, van 't Land, Vollenbergh, 2007; Zlotnick, 2006

Ontwikkelssystematiek en reikwijdte

De intentie was een module te realiseren die laagdrempelig gebruikt kan worden door een brede groep professionals. De ontwikkelssystematiek omvatte een combinatie van wat als effectief bekend is uit wetenschappelijk onderzoek, reviews, studies en analyses in gerenommeerde vakliteratuur en best-practices uit de klinische praktijk. Daarbij zijn relevante nationale en internationale richtlijnen geraadpleegd en experts - behandelaren, onderzoekers, wetenschappers, ervaringsdeskundigen - bevroegd die 'leading' zijn binnen het vakgebied. Als uitgangsvraag werd gesteld: 'Welke valide screening- en diagnostische methodes en instrumenten zijn aangewezen om te komen tot een effectieve screening en diagnostiek welke laagdrempelig kan worden toegepast'.

Richtsnoer en innovatie

Met deze module wordt een stap vooruit gemaakt in de kwaliteitsontwikkeling in de dagelijkse behandelpraktijk praktijk. De verdere verfijning en als aangewezen aanpassing van de diagnostische variabelen en de bijbehorende methodes en instrumenten met de input van professionals, cliënten en onderzoekers, zal een blijvend aandachtspunt zijn. De integratie van praktijkervaring, wetenschap en innovatie zal bijdragen aan de ontwikkeling van evidence-based screening en diagnostiek.

De module heeft geen juridische status, ze is een weergave van de consensus van de experts over veilige, professionele en effectieve behandeling. De module is zo objectief mogelijk ten opzichte van de verschillende theoretische benaderingen geformuleerd en beoogt te dienen als leidraad en leerinstrument voor behandelaren en als richtsnoer en toetsingskader voor cliënten en naasten, verwijzers, beleidsmakers en verzekeraars.

Dank

Bij het tot stand komen van de module was een brede groep experts binnen het vakgebied en ervaringsdeskundigen betrokken die hun kennis, expertise en ervaring hebben ingebracht waarvoor ik zeer erkentelijk ben. Zowel voor het inbrengen van kennis en ervaring als voor de betrokkenheid bij de problematiek van in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen en de noodzaak voor kennisontwikkeling en kwaliteitsverbetering binnen het vakgebied.

Deze module is in 2020 op enkele organisatorische aspecten herzien en opnieuw uitgegeven, vooral met het doel om te gebruiken in de opleiding tot VCT-Expert en tot VCT_Master aan de Trauma Academie van CELEVT. De module is in 2020 ook voorzien van een projectaanpak voor [organisaties van] behandelaren die de diagnostiek willen implementeren.

Mevr. drs. G.M. (Martijne) Rensen

Directeur CELEVT, Opsteller van de Module

Inhoudsopgave

Woord vooraf

1. Doelgroep

- 1.1. Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering
- 1.2. Diagnostische criteria Posttraumatische Stressstoornis (PTSS) volgens DSM-5
- 1.3. Diagnostische criteria Dissociatieve Stoornissen volgens DSM-5
- 1.4. DESNOS: Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified

— 7 —

2. Achtergrond

- 2.1. Psychische-, gezondheids- en maatschappelijke problemen
- 2.2. Knelpunt

3. Getrapte diagnostiek

4. Toegangsdiagnostiek: screening

- 4.1. Vroeg detectie in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en somatische zorg

4.2. De screening

4.3. Trauma Screening Questionnaire (TSQ)

4.4. Somatoform Dissociation Questionnaire SDQ-5

5. Psychodiagnostisch onderzoek: (Complexe) PTSS en Dissociatieve Stoornissen

5.1. Diagnostiek bij cliënten uit een ander taalgebied

5.2. Integraal diagnostisch model

5.3. Voorzichtig en kritisch uitvragen

5.4. Het diagnostisch proces

5.5. Symptom Checklist (SCL-90)

5.6. Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20)

5.7. Clinical Administered PTSD Scale (CAPS/ KIP)

5.8. Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SCID-DESNOS of SIDES)

5.9. Dissociation Experience Scale (DES)

5.10. Structured Interview for DSM-iv Dissociative Disorders (SCID-D)

5.11. Vragenlijst Belastende Ervaringen (VBE)

5.12. Differentiaal disgnostiek

5.13. Verdiepingsdiagnostiek 9 5.14. Standaard lichamelijk onderzoek

6. Behandel Diagnostiek: zorgbehoefte en indicatiestelling

- 6.1. Herstel op meerdere levensgebieden
- 6.2. Camberwell Assessment of Needs (CAN)
- 6.3. World Health Organization Quality of Life Questionnaire-Bref (WHOQOL-Bref; WHOQoL)
- 6.4. Sociale Steunlijst Interacties (SSL-I)
- 6.5. Impact Message Inventory-Circumplex (IMI-CS)
- 6.6. Zorgvuldig en respectvol bespreken
- 6.7. SamenKeuzesMaken (SKM)
- 6.8. Informatie

7. Evaluatiediagnostiek en onderzoek

- 7.1. Evaluatiediagnostiek
- 7.2. Onderzoek
- 7.3. Enkele opmerkingen bij evaluatiediagnostiek

8. Organisatie en implementatie

- 8.1. Implementatieproject Inrichten

9. **Expertnetwerk en adviseurs**

10. **Referenties**

10

— 10

1. Doelgroep

De module richt zich op volwassenen met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering die stoornissen volgens, in overeenstemming met de DSM5 diagnostische categorieën Posttraumatische Stressstoornis (PTSS) en Dissociatieve Stoornissen hebben ontwikkeld, mogelijk samengaan met symptomen van Complexe PTSS en/ of in combinatie met één of meerdere andere diagnoses.

1.1. Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (VCT)

Onder Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering wordt verstaan: "de schadelijke psychische, biologische en sociale gevolgen van (een combinatie van) stressvolle en potentieel traumatische gebeurtenissen tijdens de kinderjaren. Aanhoudend, langdurig, binnen de interpersoonlijke context en met verstoring van de ontwikkelingsfasen. Zoals:

- Aanhoudende en langdurige mishandeling (emotioneel, fysiek, seksueel);
- Aanhoudende en langdurige verwaarlozing (psychisch, pedagogisch, fysiek);
- Het getuige zijn van aanhoudend en langdurig geweld in het gezin;
- Verkeren in oorlogsomstandigheden en/ of hebben moeten vluchten;
- Langdurig moeten ondergaan van pijnlijke medische handelingen;
- Multiële traumatische verliezen binnen het gezin.

Met als gevolg voortdurende verstoring van (de kwaliteit van) de hechtingsrelatie. Trauma wordt in dit verband gezien als een subjectieve respons van een individu op een gebeurtenis, niet de kwaliteit van de gebeurtenis¹.

¹ LCVT, 2009

1.2. Diagnostische criteria Posttraumatische Stressstoornis (PTSS) volgens DSM-5

PTSS is in de DSM-5 opgenomen in het hoofdstuk psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Er moet sprake zijn van traumatisering, dit houdt in dat betrokkene is blootgesteld aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwondingen en/of seksueel geweld op één (of meerdere) van de volgende manieren:

1. Het is de persoon direct overkomen;
2. De persoon was getuige van de gebeurtenis;
3. Een direct familielid of vriend van de persoon is het overkomen;
4. De persoon wordt herhaaldelijk blootgesteld aan nare details van de ingrijpende gebeurtenis(sen).

12

Er moet sprake zijn van de onderstaande symptomen:

A. Herbeleven

De traumatiserende 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 plaats vindt;
- Heftige emoties als iemand eraan herinnerd wordt;
- Lichamelijke reacties als iemand eraan herinnerd wordt.

B. 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

C. 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

D. 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.

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

1.2.1. Subtype PTSS met prominent aanwezige dissociatieve symptomen

14

In de DSM-5 is het subtype PTSS met prominent aanwezige dissociatieve symptomen toegevoegd van de volgende typen: 1) Depersonalisatie: gevoelens van vervreemding van de eigen psychische processen of van het eigen lichaam alsof de betrokkenen zichzelf van buitenaf waarneemt en 2) Derealisatie: het beleven alsof de omgeving niet echt is.

1.3. Diagnostische criteria Dissociatieve Stoornissen volgens DSM-5

Onder dissociatieve stoornissen worden in de DSM-5 genoemd:

1. Dissociatieve Identiteitsstoornis

- A.** Verstoring van de identiteit gekenmerkt door twee of meer afzonderlijke persoonlijkheidstoestanden, die in sommige culturen als beschreven worden een ervaring van bezetenheid. De verstoring in identiteit houdt een duidelijke discontinuïteit in van het gevoel van eigenwaarde en het gevoel van leeftijd, vergezeld door afwisselingen in invloed, gedrag,

bewustzijn, geheugen, waarneming, cognitie en/ of zintuiglijk functioneren. Deze symptomen kunnen worden waargenomen door anderen of door de persoon zelf.

- B. Terugkerende hiaten in het herinneren van dagelijkse gebeurtenissen, belangrijke persoonlijke informatie en/ of traumatiserende gebeurtenissen die in strijd zijn met het gewone vergeten.
- C. De symptomen veroorzaken een klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren, of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- D. De stoornis is geen normaal onderdeel van de in grote lijnen geaccepteerde culturele of religieuze praktijk.
- E. De symptomen zijn niet te wijten aan fysiologische effecten van een verslaving of een andere medische aandoening.

2. **Dissociatieve amnesie**

- A. Een onvermogen om belangrijke autobiografische informatie, meestal van traumatische of stressvolle aard te herinneren, die in strijd is met de gewone vergeten
- B. De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren, of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- C. De stoornis is niet toe te schrijven tot fysiologische effecten van een stof of een **14** neurologische of andere medische aandoening.
- D. De stoornis is niet beter te verklaren door dissociatieve identiteitsstoornis, posttraumatische stressstoornis, acute stress-stoornis, somatoforme stoornis, of grote of milde neurocognitieve stoornis.

3. Depersonalisatie- / derealisatiestoornis

- A. De aanwezigheid van aanhoudende of terugkerende ervaringen van depersonalisatie, derealisatie, of allebei:
1. Depersonalisatie: ervaringen van onwerkelijkheid of onthechting, of het zijn een buitenstaander met twijfel over gedachten, gevoelens, sensaties, lichaam of acties.
 2. Derealisatie: ervaringen van onwerkelijkheid of onthechting met betrekking tot de omgeving.
- B. Tijdens de depersonalisatie of derealisatie-ervaringen blijft de realiteitstoetsing intact.
- C. De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren, of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- D. De stoornis is niet toe te schrijven tot fysiologische effecten van een stof of een neurologische of andere medische aandoening.
- E. De stoornis is niet beter te verklaren door een andere psychische stoornis, zoals schizofrenie, paniekstoornis, depressieve stoornis, acute stress-stoornis, posttraumatische stress-stoornis, of een andere dissociatieve stoornis

16

4. Andere gespecificeerde dissociatieve stoornis

Deze categorie is van toepassing op klinische beelden waarbij symptomen die kenmerkend zijn voor een dissociatieve stoornis significante lijdensdruk of beperkingen veroorzaken in het sociale of beroepsmatige functioneren, of in het functioneren op andere belangrijke terreinen, maar die niet volledig voldoen aan de criteria van een van de stoornissen in de categorie dissociatieve stoornissen. De classificatie andere gespecificeerde dissociatieve stoornis wordt gebruikt in situaties waarin de clinicus ervoor kiest om te vermelden wat de specifieke reden is waarom het klinische beeld niet voldoet aan de criteria voor een gespecificeerde dissociatieve stoornis. De volgende voorbeelden van klinische beelden kunnen worden gespecificeerd door het predicaat 'andere gespecificeerde dissociatieve stoornis' te gebruiken.

1. Chronische en recidiverende syndromen van gemengde dissociatieve symptomen. Deze categorie bestaat uit een identiteitsstoornis die samenhangt met minder duidelijke discontinuïteiten in de zelfbeleving en het gevoel van zelfcontrole, of identiteitsveranderingen of episoden van bezetenheid bij iemand die geen dissociatieve amnesie rapporteert.
2. Identiteitsstoring door langdurige en intense gedwongen gedachtebeïnvloeding. Mensen die onderworpen zijn geweest aan intensieve gedwongen gedachtebeïnvloeding (...) kunnen klachten presenteren over langdurige veranderingen in, of grote twijfel over hun identiteit.
3. Acute dissociatieve reacties op stressvolle gebeurtenissen. Deze categorie is bestemd voor acute, voorbijgaande aandoeningen die meestal minder dan één maand duren, en soms slechts een paar uur of dagen. Deze aandoeningen worden gekenmerkt door een vernauwing van het bewustzijn, depersonalisatie, derealisatie, dispercepties, microamnestieën, voorbijgaande stupor, en/of veranderingen in het sensorisch-motorisch functioneren.
4. Dissociatieve trance. Deze aandoening wordt gekenmerkt door een acute vernauwing of compleet verlies van het bewustzijn van de directe omgeving, die zich manifesteert als een zeer ernstig gebrek aan responsiviteit of ongevoeligheid voor omgevingsprikkels.
5. **Ongespecificeerde dissociatieve stoornis**

Deze presentatie is van toepassing op klinische beelden waarbij symptomen die kenmerkend zijn voor een dissociatieve stoornis die klinisch significante lijdensdruk of beperkingen veroorzaken in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen maar die niet volledig voldoen aan de criteria voor een van de stoornissen in de categorie dissociatieve stoornissen.

1.4. DESNOS: Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified

In de DMS-5 is meer aandacht voor de gevolgen van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering en meer complexe posttraumatische stressreacties dan in de DSM-IV, maar heeft nog zijn beperkingen. Daarom is het concept Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified - DESNOS - Aandoeningen van Extreme Stress Niet Anders Omschreven in deze module meegenomen.

Naarmate cliënten langduriger getraumatiseerd zijn, voldoen zij vaker aan de criteria van DESNOS. DESNOS komt vrijwel niet voor zonder PTSS, om die reden zou DESNOS geen aparte stoornis zijn maar geassocieerd zijn met PTSS. DESNOS blijkt vooral samen te hangen met interpersoonlijk geweld en traumatisering op jonge leeftijd ¹. DESNOS richt zich naast PTSS-symptomen vooral ook op affectregulatie, in grote lijnen:

- A. Affectieve en fysiologische disregulatie, waaronder problemen in affectregulatie, verminderd bewustzijn/ dissociatie van lichaamssensaties, emoties en lichaamstoestand.
- B. Disregulatie van aandacht en gedrag, zoals preoccupatie met gevaar, obsessief gedrag, agressieve uitbarstingen of juist geremde agressie, zelfdestructief gedrag, zichzelf beschadigen, onvermogen om empathie te reguleren zoals geen of te veel empathie tonen.
- C. Disregulatie van zichzelf en relaties, waaronder relationele problemen, problemen met vertrouwen van anderen, sociaal isolement en problemen met zelfbeeld, preoccupatie met de dager (s) wantrouwen, agressie ten opzichte van anderen, niet passende manieren van intimiteit zoeken.

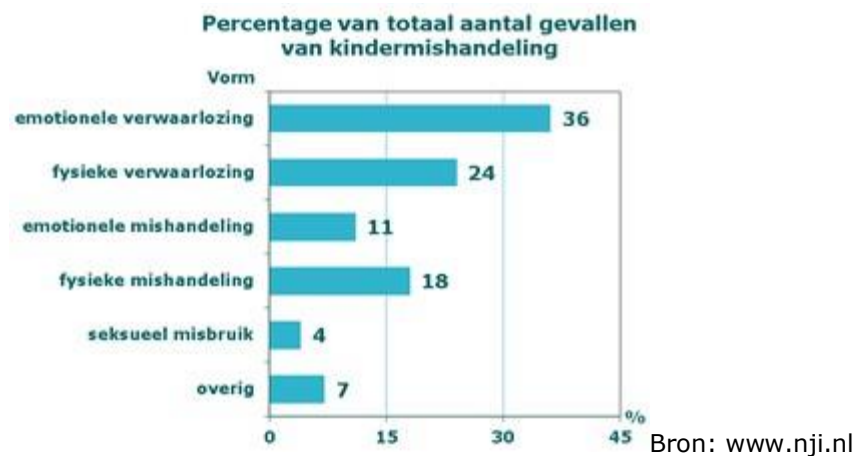
¹ Brand, Loewenstein, Spiegel, 2014; Busuttil, 2009; Bremner, Vermetten, 2007; Bryand, 2010; Cloitre, Carlson, Dalenberg, Mac Dade-Monter, 2012; Courtois, 2008; Doranhy, Van der Hart, 2014; Ford, Stockton, Kaltman, Green, 2006, Friedman, 2013a; Kolk van der, Roth, Pelcovitz, Sunday, Spinazzola, 2005 Lanius, Brand, Vermetten, Frewen, Spiegel, 2012; Resick, Bovin, Calloway, Dick, King, Mitchell, Wolf, 2012, Simeon, 2007; Stofsel&Mooren, 2010

2. Achtergrond

Prof. Dr. Vincent Felitti, Onderzoeker ACE Studies (Conferentie LCVT, 2010¹) **'Adverse childhood experiences are the most basic and longlasting determinants of health risk behaviors, mental illness, social disfunction, disease, disability, death and health costs'.**

2.1. Psychische-, somatische en maatschappelijke problemen

Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering is een maatschappelijk probleem met ingrijpende, vaak levenslange gevolgen voor de getroffensten. Jaarlijks zijn volgens de laatste MPI Studie 118.000 kinderen en jongeren tussen 0 en 18 jaar slachtoffer (ruim 3 % van de bevolking)⁹.



In the Adverse Childhood Experience Study (ACE Study), een retrospectief cohortonderzoek onder ruim 17.000 personen van middelbare leeftijd in de sociale middenklasse, onderzochten Felitti e.a. het voorkomen van negatieve ervaringen in de kindertijd (ACE's) en de relatie met psychische, lichamelijke en sociale problemen op volwassen leeftijd. Als negatieve ervaringen formuleerden zij herhaalde lichamelijke en/ of emotionele mishandeling, seksueel misbruik, disfunctionerende gezinssituaties. Zij constateerden dat de kans op psychiatrische, somatische en sociale problematiek

¹ Felitti, LCVT Rondetafelconferentie, 2010 ⁹

Alink, Ijzendoorn, Bakermans et al, 2011

lineair correleert aan het aantal negatieve ervaringen in de kindertijd (ACE-score). De voor leeftijd, sekse, ras en genoten opleiding gecorrigeerde odds ratio's voor de relatie tussen het aantal ACE's en de kans op psychische of lichamelijke problematiek varieerden van 1,4 (a ACE) – 1,9 (> 4 ACE) voor ernstige obesitas en 4,5 – 11,1 (> 4 ACE) voor intraveneus drugsgebruik. Bijna 40% scoorde twee of meer ACE's, een op de acht vier of meer ACE's. Meer weten over dit belangwekkende onderzoek? <http://www.canarratives.org>.

Epidemiologische onderzoeken wijzen uit dat Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering verband houdt met een scala aan psychische stoornissen in de volwassenheid en dat deze relatie het sterkst is bij een combinatie van meerdere vormen van traumatisering. Er is een verband met Post Traumatische Stressstoornis en Dissociatieve Stoornissen en een lineair verband met stemmingsstoornissen, angststoornissen, eetstoornissen, schizofrenie en psychotische- en persoonlijkheid stoornissen en riskant gezondheidsgedrag zoals verslavingen, zelfbeschadiging en suicide(pogingen). Er is er een aantoonbaar verband met lichamelijke problemen zoals hart- en vaatziekten, diabetes, longziekten, maag- en darmproblemen, problemen aan het bewegingsapparaat, neurologische problemen, obesitas. Veel in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde mensen hebben ten opzichte van diegenen die opgroeien in een veilige omgeving een achterstand op het gebied van opleiding en carrière en hebben te maken met arbeidsuitval door ziekte en werkloosheid, sociaal isolement, dakloosheid, criminaliteit en herhaald (huiselijk) geweld.

2.2. Zorgconsumptie en kosten

Chronisch getraumatiseerde kinderen zijn de hoogste gebruikers van de gezondheidszorg als ze volwassen zijn. De zorgconsumptie is ongeveer driemaal zo hoog als gemiddeld. Zij maken meer gebruik van alle vormen van zorg: psychologen, psychiaters en andere hulpverleners zoals huisartsen, medisch specialisten, maatschappelijk werk en fysiotherapeuten. Er is hierbij geen verschil tussen mannen en vrouwen. Het zorggebruik is hoger bij mensen bij wie sprake is van meerdere vormen van traumatisering dan bij mensen die zijn blootgesteld aan een enkele vorm¹.

1

Uit cijfers van de brancheorganisatie GGZ Nederland gecombineerd met de uitkomsten van overzichtsstudies komt naar voren dat naar berekening ongeveer 1.2 miljard Euro van de totaal ongeveer 3 miljard Euro van de behandelkosten in de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en forensische zorg ten laste komt van in de kinderjaren mishandelde en seksueel misbruikte volwassenen. De kosten voor de vrijgevestigde psychiaters en psychologenpraktijken zijn hierin niet meegenomen. Ook buiten beschouwing gelaten - maar aanbevolen te onderzoeken - zijn de kosten van de somatische huisartsen- en medisch specialistische zorg en maatschappelijke zorg¹.

2.3. Knelpunt

Ongeveer 50-70% van de cliënten in de GGZ heeft een achtergrond van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering². Door de problematiek op meerdere levensgebieden en de veelal complexe dan wel "verhulde" hulpvragen waarmee cliënten met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering binnenkomen, wordt het verband tussen psychotrauma en Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering en de hulpvraag zowel door de cliënt als de professional vaak niet onderkend. Al naar gelang hun specifieke theoretische achtergrond, kunnen diagnostici trauma-gerelateerde symptomen verschillend interpreteren en aan verschillende diagnoses verbinden. Een zoektocht van 20-30 jaar met verschillende diagnoses en ineffectieve behandeltrajecten is niet ongebruikelijk, de gevolgen zijn een steeds sterkere ontregeling en toename van de ernst van de psychopathologie³.

Behandeling bij Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering is in 2006 door Zorgverzekeraars Nederland en VWS benoemd tot een van de belangrijkste knelpunten in de GGZ. In 2011 stelde de Gezondheidsraad dat de kwaliteit van behandelmogelijkheden achterblijft en dat er nog heel wat moet gebeuren op het gebied opleiding, onderzoek en het ontwikkelen en implementeren van evidence based richtlijnen. Zij constateerde (citaat) *"Deze ernstigste groep wordt vaak van het kastje naar de muur gestuurd en zelfs buiten de GGZ-instellingen gehouden, omdat men de deskundigheid niet in huis heeft en de behandelingen kostbaar zijn. Hoewel er evidence-based*

¹ Trimbos Instituut 2007, TNO 2010, Sectorrapport GGZ 2014, ACE studies www.canaratives.org 2015)

² Verdurmen, ten Have, de Graaf, van Dorsselaer, van 't Land, Vollenbergh, 2007

³ Rensen, 2006

behandelingen zijn voor deze patiëntengroepen is in de praktijk de aangewezen behandeling vaak niet beschikbaar". Slachtofferhulp Nederland constateerde in 2014 te weinig gespecialiseerde behandelmogelijkheden en een versnipperd en ondoorzichtig veld ¹.

¹ Gezondheidsraad, 2011; Slachtofferhulp Nederland, 2014; Zorgverzekeraars Nederland, 2006

3. Getrapte diagnostiek

De screening en diagnostiek is ingericht volgens het model van de getrapte diagnostiek. Dit model biedt een efficiënte en effectieve mogelijkheid om het diagnostisch onderzoek zo in te richten dat de meest laagdrempelige diagnostiek eerst en de meer complexe diagnostiek later wordt gedaan. Het biedt ook de mogelijkheid voor een vroege screening en signalering, een gerichte verwijzing en een doelmatige inrichting van de voordeur voor de GGZ. Ook biedt het model mogelijkheden voor het scherper onderscheiden van de basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Dit model geeft ook ruimte voor differentiatie in disciplines evenals ruimte voor zelfmanagement door cliënten door hen zelf de eerste screening te laten doen en door het invullen van zelfrapportagelijsten¹. Evaluatiediagnostiek tot slot is een structureel onderdeel van getrapte diagnostiek en dient ertoe om het effect van de behandeling te meten en te evalueren. In deze module:

Toegangsdagnostiek

De screening die laagdrempelig zowel in de eerste als tweede lijn kan worden toegepast. In de (huis) artsenpraktijk, de basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ. De toegangsdagnostiek is vooral exclusiediagnostiek. Het karakter is per definitie grofmazig.

Psychodiagnostisch onderzoek

De gespecialiseerde traumadiagnostiek die kan worden uitgevoerd in de (basis en) gespecialiseerde GGZ. Het psychodiagnostisch onderzoek leidt cliënt en behandelaar/diagnosticus door het proces van diagnostiek om te komen tot een gezamenlijke probleemdefinitie ten aanzien van de trauma-gerelateerde problematiek.

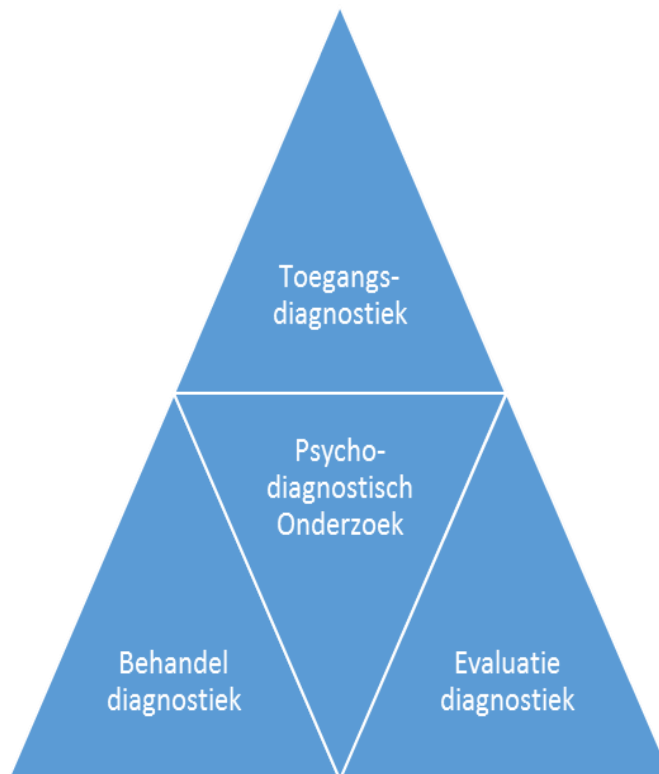
¹ Davison, G. (2000), Huschmaekers, G., Smeets, R. (2005), Verheul, R., Kamphuis, J.H.,

Behandel diagnostiek

De behandel diagnostiek dient om te komen tot een behandelindicatie die is toegesneden op de persoonlijke en specifieke symptomen en klachten en die tegelijkertijd een unieke mix is van zorgbehoeften en herstel (activiteiten) op diverse levensterreinen.

Evaluatie diagnostiek

De evaluatie diagnostiek behelst het meten van het beloop van de klachten en symptomen tijdens het behandeltraject en beantwoordt de vraag in welke mate de behandel doelen gerealiseerd zijn.



4. Toegangsdiagnostiek; Screening op posttraumatische stresssymptomen en dissociatieve symptomen

De screening kan plaatsvinden door alle (BIG- registreerde) professionals in de geestelijke, somatische en maatschappelijke gezondheidszorg¹⁶ die basiskennis hebben van symptomen van posttraumatische stress en dissociatie en van psychotrauma in relatie tot Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering bij volwassenen en de screening en signalering daarvan, inclusief de mogelijkheden voor traumabehandeling en doorverwijzing voor diagnostiek¹.

4.1. Vroeg detectie in de somatische en geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Vanaf de intake zouden professionals in de somatische zorg (huisarts en medisch specialisten) en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en bij voorkeur ook in de maatschappelijke dienstverlening attent moeten zijn op symptomen van posttraumatische stress en dissociatie en psychotrauma in relatie tot een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering.

25

Bij voorkeur zou bij iedere cliënt een korte screening gedaan moeten worden. Dit kan eenvoudig door twee korte zelfrapportagelijsten die in ongeveer tien minuten ingevuld kunnen worden. De rationaliteit hierachter is dat veel cliënten die behandeling zoeken dit doen vanwege de directe dan wel indirecte gevolgen van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering en dat dit nogal eens schuil kan gaan onder een scala aan psychische, somatische en sociaal- maatschappelijke problemen die in eerste instantie niet als zodanig door de cliënt en professional worden herkend².

De hulpvraag kan rechtstreeks betrekking hebben op de hieraan gerelateerde psychische klachten maar ook in eerste instantie met andere samenhangende problemen. Hulp wordt vooral gevraagd wanneer de problematiek ernstig interfereert met het functioneren op belangrijke levensgebieden als dagelijkse bezigheden, werk, relatie en sociale contacten die gepaard gaat met een ernstige psychische

¹ Bijvoorbeeld (huis) artsen, POH-GGZ, medisch specialisten, fysio- en haptotherapeuten, agogen, alternatief behandelaren, coaches. Ook volwassenen zelf die behandeling zoeken kunnen de vragenlijsten zelf invullen.

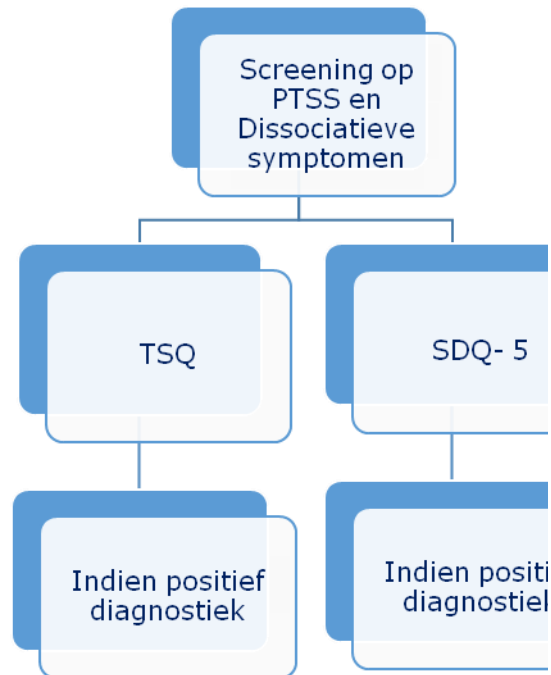
² Dong, Anda, Felitti, Williamson, Dube, Brown et al., 2005; Dube, Felitti, Dong, Giles, Anda, 2003; Edwards, Holden, Felitti, Anda, 2003; Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards et al, 1998; Felitti, Anda, 2010; McLaughlin, Greif Green, Gruber, Sampson, Zaslavsky, 2010; Teicher, Samson, Polcari, McGrenery, 2006; Verdurmen, ten Have, de Graaf, van Dorsselaer, van 't Land, Vollenbergh, 2007; Zlotnick, 2006

lijdensdruk veelal heeft de hulpvraag betrekking op al lang bestaande klachten. De hulpvraag ontstaat vaak ook als de tot dusver gehanteerde coping strategieën tekort blijken te schieten. De hulpvraag kan afkomstig zijn van de betrokkene zelf maar ook van diens systeem dat vaak belast is en kan worden beperkt in het normale functioneren of sterk compenserend moet optreden (bron: Richtlijn angststoornissen, Trimbos Instituut, 2013).

Hoewel ook bij de screening gestandaardiseerde instrumenten van belang kunnen zijn is het tijdig observeren van signalen van groot belang. Er dient in dit stadium de uiterste terughoudendheid te worden betracht in het uitvragen van traumatische ervaringen. Dat laat onverlet dat als de cliënt zelf over traumatische ervaringen begint men daarvoor de ruimte moet geven en daarop respectvol moet reageren.

4.2. De screening

De screening kan vrij eenvoudig en in korte tijd (ongeveer 10 minuten) gebeuren door iedere cliënt twee zelfrapportagelijsten in te laten vullen. Indien **positief** op een van de vragenlijsten of op beiden wordt gespecialiseerde VCT- traumadiagnostiek uitgevoerd c.q. doorverwezen voor gespecialiseerde VCT-traumadiagnostiek.



Schema 1. Screening op Posttraumatische stresssymptomen en Dissociatieve symptomen

4.3. Trauma Screening Questionnaire (TSQ)

Het meest bekende screeningsinstrument is de Trauma Screening Questionnaire (TSQ), deze is in het Nederlands vertaald en gevalideerd in een grote studie naar de incidentie en predictie van PTSS. De TSQ bestaat uit tien herbelevings- en hyperactivatie items, de schaal bevat geen vermijdingsitems. De TSQ vraagt naar reacties op traumatische gebeurtenissen in de afgelopen week. Het beantwoorden van minimaal zes vragen met 'ja' wordt gezien als een goede indicatie voor PTSS. De ervaringen zijn dat de lijst gemakkelijk en snel in te vullen is. De resultaten geven aan dat de TSQ een waardevol instrument is met goede sensitiviteit en specificiteit. Bij een afkappunt van 7 is de kans het grootst dat er sprake is van PTSS. Het is aan te raden om de open vraag naar eventuele traumatische belevingen uit de VBE (zie diagnostiek) toe te voegen. De afnametijd is ongeveer vijf minuten.

4.4. Somatoform Dissociation Questionnaire SDQ-5

De Somatoform Dissociation Questionnaire SDQ-5 is een screeningsinstrument voor dissociatieve symptomen en een verkorte versie van de SDQ-20. Wanneer de SDQ-5 score hoger of gelijk is aan het afkappunt 8 kan geconcludeerd worden dat de kans op dissociatieve symptomatologie c.q. Dissociatieve Stoornissen verhoogd is. Daarbij is de sensitiviteit 90% en de specificiteit 96%. De ervaringen zijn dat de lijst gemakkelijk en snel in te vullen is. De psychometrische eigenschappen zijn zeer bevredigen. De betrouwbaarheid is hoog ¹. De afnametijd is ongeveer 5 minuten.

¹ Brewin, 2002; Dekkers, Olff, Naring, 2010

5. Psychodiagnostisch onderzoek

Diagnostiek op (Complexe) Posttraumatische Stressstoornis (PTSS) en Dissociatieve Stoornissen

In de diagnostiek wordt uitgezocht hoe symptomen en klachten en factoren in de voorgeschiedenis onderling samenhangen binnen de context van het functioneren van de cliënt en wordt de mate en ernst daarvan in onderlinge samenhang bekeken.

De diagnostiek kan plaatsvinden door BIG geregistreerde GGZ- verpleegkundigen, psychiaters, (gz)-psychologen, klinische psychologen, psychotherapeuten. De eindverantwoordelijkheid moet liggen bij een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut. Ongeacht de discipline geldt dat de diagnostiek gedaan kan worden door een professional die opgeleid is in de diagnostiek van (complexe) PTSS en de verschillende Dissociatieve Stoornissen in relatie tot Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering bij volwassenen, inclusief co-morbiditeit, de verschillende diagnostische methoden en screenings- en diagnostische instrumenten, de interpretatie daarvan en de mogelijkheden voor behandeling.

5.1. Diagnostiek bij cliënten uit een ander taalgebied

Voor cliënten uit een ander taalgebied en een andere culturele achtergrond zijn er beperkingen bij de toepassing van de in de standaard gebruikte instrumenten omdat de perceptie van de vragen door deze cliënten nogal kan verschillen van de gemiddelde autochtone inwoner van dezelfde leeftijd¹. Een aantal van de in de standaard genoemde instrumenten zijn afkomstig uit het Engels en vertaald naar verschillende talen. Aanbevolen wordt om bij allochtone cliënten zoveel mogelijk een vertaling te zoeken die zo dicht mogelijk aansluit bij het eigen taalgebied. Contact met de auteur(s) kan uitsluitend geven over de uitgaves in andere talen. Diagnostiek door een professional uit de eigen cultuur en/ of in de taal waar de voorkeur van de cliënt naar uitgaat is aanbevolen.

¹ Stofsel & Mooren, 2010, Van
Os, 2014

5.2. Integraal diagnostisch model

De diagnostiek volgt een integraal diagnostisch model waarin naast de psychische problematiek gekeken wordt naar de algemene gezondheid en sociaal maatschappelijk functioneren in combinatie met de levensgeschiedenis. Ook het vragen naar iemands persoonlijke verhaal, kwetsbaarheid en weerbaarheid, sociale relaties, toekomstperspectief en zorgbehoefte is onlosmakelijk onderdeel van de diagnostiek²⁰. Mensen zijn niet alleen 'cliënt', maar vooral ook een ouder van, partner, vriend, vriendin, werknemer. Daarom is maatwerk nodig in de vorm van aandacht voor de specifieke levensfase, persoonlijke ontwikkeling en naaste omgeving. Essentieel is het leggen van de basis voor de therapeutische werkrelatie, het maken van eigen keuzes en uitgaan van de sterke kanten en vaardigheden als bron van eigenwaarde en competentie om daarop te kunnen steunen tijdens het behandelproces¹. Het uitgangspunt is dat mensen zelf de verantwoordelijkheid voor hun gezondheid nemen en dat de diagnostiek bijdraagt aan herstel op meerdere dimensies: symptomatisch herstel, persoonlijk herstel en maatschappelijk herstel²².

5.3. Voorzichtig en kritisch uitvragen

Cliënten lopen vaak lang met hun klachten rond en lijden hier sterk onder, de stap om hulp te vragen is groot en wordt niet snel genomen. Daarom is het belangrijk dat cliënten die de stap genomen hebben voelen dat ze serieus worden genomen en dat professionals de ernst van de klachten serieus nemen en de cliënt voldoende tijd geven hun verhaal zelf te vertellen. De diagnostische attitude wordt idealiter gekenmerkt door het serieus nemen van de psychische en de hiermee samenhangende somatische en sociaal-maatschappelijke klachten (bron: Richtlijn angststoornissen, Trimbos Instituut, 2013).

Het in kaart brengen van de traumageschiedenis is op zich stressvol maar wordt door de meeste cliënten gewaardeerd en levert de diagnosticus veel informatie op. Dat neemt niet weg dat hiermee de deur geopend kan worden naar herinneringen en gevoelens die de cliënt het liefst vermijdt of die kunnen leiden tot verergering van de psychische problematiek. Het is belangrijk dat de cliënt het gevoel heeft dat de behandelaar zo dicht mogelijk aansluit bij de hulpvraag, vragenlijsten kunnen daarbij ondersteunend en helpend zijn.

¹ Ogden et al., 2006; ²² Dröes & Witgenburg, 2015.

De cliënt is eerder wellicht ook niet in staat om alle relevante details te vertellen, dit kan te maken hebben met lacunes in het geheugen, het onvermogen om de impact van een bepaalde gebeurtenis te beseffen, dreigementen van de daders(s), of het vermijden van pijnlijke gevoelens zoals angst, schaamte of schuldgevoel¹.

Het is goed om voorzichtig en kritisch te zijn in het uitvragen van traumatische ervaringen en in het gebruik van daartoe bestemde vragenlijsten en zorgvuldig aan te sluiten bij het tempo van de cliënt. Te snel achter elkaar gestelde vragen of vragen die op een of andere manier bedreigend of te indringend zijn er kunnen ertoe bijdragen dat de cliënt decompenseert. De diagnosticus die dit herkent en hiermee rekening houdt, adequaat reageert en een kalme congruente en oprechte aanpak heeft bevordert het gevoel van veiligheid. Bij cliënten met (ernstige) dissociatieve symptomen is het goed om er rekening mee te houden dat zij op verschillende momenten zeer verschillend kunnen reageren op vragen over vroegere traumatisering ².

5.4. Het diagnostisch proces: Posttraumatische Stressstoornis in combinatie met Dissociatieve Stoornissen

De diagnose start met een anamnese, deze omvat een beschrijving van de huidige klachten, de psychische (en somatische) ziekte- en behandel voorgeschiedenis, de biografie, de traumageschiedenis, sociale omgeving en de hulpvraag aan de hand van het diagnostisch gesprek. Het is aanbevolen om altijd (semi) gestructureerde interviews en zelfrapportagelijsten als ondersteuning respectievelijk verificatie van de klinische indrukken te gebruiken en ook om de kans te verminderen dat bepaalde aspecten worden gemist. De vragenlijsten worden gebruikt om de ernst van de klachten vast te stellen, om de onderlinge samenhang van klachten en symptomen in relatie tot de voorgeschiedenis in kaart te brengen, observaties te doen en om behandeldoelen te bepalen.

¹ Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2010

² Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2010

Er is voor deze module volgens de systematiek van de getrapte diagnostiek gezocht naar een goede balans tussen het verkrijgen van voldoende informatie en de belasting voor de cliënt waarbij de meest essentiële diagnostiek eerst wordt gedaan en de meer complexe diagnostiek daarna.

Er is een set van vragenlijsten samengesteld waarbij gekeken is naar:

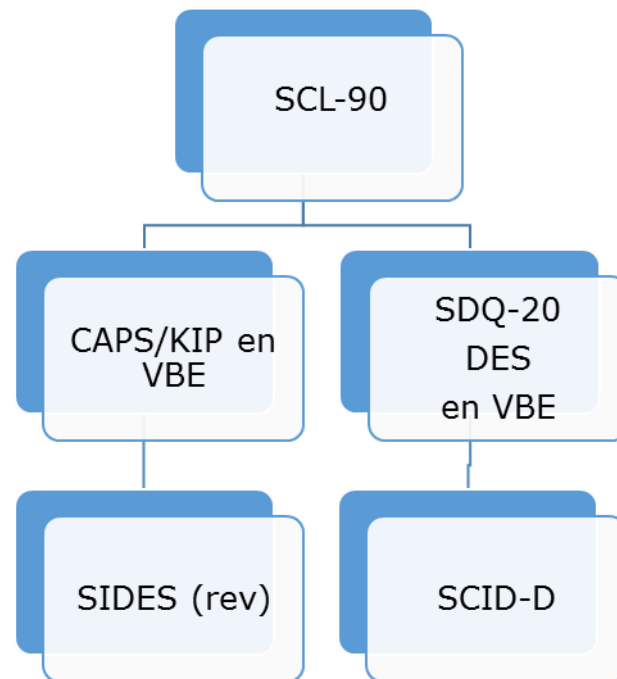
- Vragenlijsten voor het meten van Posttraumatische StressStoornis.
- Vragenlijsten voor het meten van Dissociatieve Stoornissen.
- Vragenlijsten voor het meten van Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS/ CPTSS).
- Vragenlijsten voor het meten van zorgbehoefte en steunsysteem.

Voorts:

- Een combinatie van zelfrapportagelijsten en door de professional af te nemen vragenlijsten.
- In te bedden in breder diagnostisch onderzoek op basis van de specifieke problematiek van de cliënt.
- (Vertaald) in het Nederlands en bij voorkeur licentievrij.
- Gevalideerd door wetenschappelijk onderzoek.

32

Wij kwamen op een set van een combinatie van de onderstaande instrumenten. Aan te bevelen is om na de screening en een positieve uitkomst op een of beide screeningsinstrumenten vanwege de samenhang van de posttraumatische stress en dissociatieve problematiek **altijd zowel de diagnostiek op Posttraumatische StressStoornis (PTSS) als diagnostiek op Dissociatieve Stoornissen in combinatie** te doen en de volgende stappen te zetten:



Stroomschema 2. Diagnostiek op Posttraumatische Stressstoornis (PTSS) en
Dissociatieve Stoornissen

5.5. Symptom CheckList (SCL-90)

Deze zelfrapportagelijst zal altijd afgenomen moeten worden.

De Symptom CheckList (SCL-90) is een multidimensionale *zelfrapportagelijst* die vaak wordt gebruikt als meetinstrument voor de ervaren mate van psychopathologie en voor de evaluatie van interventies. De SCL-90 meet de mate waarin iemand gedurende de afgelopen week last heeft gehad van bepaalde psychische en/ of lichamelijke klachten. De SCL-90 bestaat uit 90 items die worden beantwoord op een vijfpuntsschaal en zijn verdeeld over acht schalen: angst, agorafobie, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen; wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, woede-hostiliteit, slaapproblemen. Daarnaast kan een totaalscore over alle 90 items worden berekend, die de algemene mate voor het psychoneurotische en somatisch niet-welbevinden weergeeft. De totaalscore duidt op het algemeen niveau van psychisch/lichamelijk functioneren. De SCL-90 is gevalideerd en beschikt over goede psychometrische kwaliteiten. De afnametijd is ongeveer 20 minuten¹.

¹ Etten, Arrindel, 2003

5.6. Clinician Administered PTSD Scale- 5 (CAPS-5)/ KIP

Dit semigestructureerd interview zal altijd afgenomen moeten worden.

De Clinician Administered PTSD Scale -5 (CAPS-5) wordt beschouwd als standaard voor het stellen van de diagnose PTSS. De CAPS-5 is een *semigestructureerd interview*, in Nederland vertaald als het Klinisch Interview voor PTSS (KIP). De vragenlijst kan door de cliënt zelf worden ingevuld maar vaak heeft het de voorkeur de lijst samen door te nemen. Zowel dichotone (wel/ niet) als continue gegevens (ernst en frequentie op een schaal van 1-5) worden verzameld op symptoomniveau. De CAPS-5 vraagt, naast zeventien PTSS-symptomen, acht geassocieerde symptomen uit waaronder schuldgevoelens en dissociatieve klachten. De CAPS-5 vraagt naar de afgelopen maand, maar heeft ook de mogelijkheid om life-time uit te vragen als de periode duidelijk vaststaat. Het interview begint met enkele vragen naar de aanwezigheid van potentieel traumatische gebeurtenissen. Bij minimaal 18 punten kan de diagnose PTSS worden gesteld op een totaalscore van 45-65. De CAPS-5 beschikt over uitstekende psychometrische capaciteiten, de betrouwbaarheid is 0,90 of hoger is. De validiteit is goed. De afnametijd is ongeveer 90 minuten¹.

5.7. Dissociatief Subtype van PTSS_Interview (DSP-I)

Af te nemen na de CAPS-5/ KIP

Het verdient aanbeveling om het beloftevolle instrument het *klinische interview en zelfrapportagelijst* (DSP-I) te gebruiken als aanvulling op de CAPS-5. De DSP-I bestaat uit twee delen, deel 1 is een klinisch interview om de omvang en ernst van het dissociatieve subtype van PTSS volgens de DSM-5 vast te stellen. De duur varieert van 5 tot 15 minuten. DEEL 2 is een checklist bedoeld om de aanwezigheid van andere PTSS gerelateerde dissociatieve symptomen in kaart te brengen. Deze checklist kan als interview of als zelfinvul-lijst gebruikt worden. De duur is ongeveer 10 minuten².

¹ Blake, Weathers, Naci, Kaloupek, Gusman, Charney, Keane (1995); Hovers, Ploeg van der, Klaarenbeek, 1994; Vermetten, 2012; Weathers, Keane, Davidson, 200

² Auteurs: Marloes B. Eidhof, F. Jackie June ter Heide, Monika Zaba, Ulrike Schmidt, Ruth A. Lanius, Bethany Brand, Richard J. Loewenstein, David Spiegel & Eric Vermetten [2019 rev 2020]

5.8. Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SCID-DESNOS/ SIDES of SIDES-R-NL)

Bij een positieve score op de CAPS-5/ KIP zal het gestructureerde interview of de zelfrapportagelijst afgenomen moeten worden.

Hoewel de CAPS-5 aandacht besteedt aan geassocieerde kenmerken van PTSS, is het niet uitgebreid genoeg om meer complexe vormen van PTSS vast te kunnen stellen. Daarvoor dient het Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SCID-DESNOS/ SIDES of SIDES-R-NL). De SIDES is een 45-item *gestructureerd klinisch interview* dat bestaat uit zes subschalen die corresponderen met de zes DESNOS-symptoomclusters. De SIDES-R-NL is een *zelfrapportagelijst* die bestaat uit 45 vragen die corresponderen met de DESNOS-symptoomclusters. Beiden meten de met complexe PTSS geassocieerde kenmerken (DESNOS), zowel de symptomen als de ernst en intensiteit, zoals veranderingen in de regulatie van affect en impulsen, veranderingen in aandacht en bewustzijn en veranderingen in zelfbeeld. De SIDES en de SIDRES-R-NL beschikken over uitstekende psychometrische capaciteiten, de betrouwbaarheid is goed, de validiteit op diverse onderdelen nog in onderzoek. De afnametijd van de SIDES is ongeveer 75 minuten, De afname van de SIDES-R-NL is ongeveer 30 minuten²⁷.

35

5.9. Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20)

Deze zelfrapportagelijst zal altijd afgenomen moeten worden.

De Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20) is 20-item *zelfrapportagelijst*. De SDQ-20 meet zowel psychologische als somatoforme dissociatie. Hierbij gaat het om analgesie, anesthesie, verlies van motorische controle, wisselende voorkeuren voor smaak en reuk, pijn, somniebulisme en delirium. De SDQ-20 doet 20 uitspraken, de antwoorden worden gescoord op een Likertschaal variërend van 1-helemaal niet van toepassing tot 5-heel erg van toepassing. De minimum score is 20 en de maximumscore is 100. Bij een score van 25 is een grote kans op aanwezigheid van een Dissociatieve Identiteit Stoornis. De betrouwbaarheid van de SDQ-20 is hoog. De SDO-20 is gevalideerd en heeft goede psychometrische kwaliteiten. De validiteit van de SDQ-20 blijkt ook uit consistentie sterke correlatie met de DES. De afnametijd is ongeveer 10 minuten²⁸.

5.10. Dissociative Experiences Scale (DES)

Bij een score van > 25 op de SDQ-20 zal deze zelfrapportagelijst afgenomen moeten worden.

De Dissociative Experiences Scale (DES) is internationaal het meest gebruikte instrument voor de screening van dissociatieve symptomen. De DES is een korte schriftelijke zelfrapportagelijst met 28 vragen die gescoord worden op een Likert-schaal variërend van 0 % (nooit) tot 100% (altijd). De DES score is het quotiënt van de totale score (variërend van 0-100). De DES is een screeningsinstrument, geen diagnostisch instrument. Met behulp van de DES kan de frequentie van de algemene dissociatieve ervaringen worden vastgesteld. De frequentie van uiteenlopende dissociatieve en verwante symptomen in het dagelijkse leven van de cliënt worden vastgesteld. De gemiddelde score op de DES van de bevolking variëren van 3,7 tot 7,8, de gemiddelde scores van opgenomen psychiatrische patiënten varieert van 14,6 tot 17,00. Een hogere score op de DES betekent een grotere kans op het bestaan van een Dissociatieve Identiteit Stoornis. Bij een grensscore van 25 is de kans op een Dissociatieve Identiteit Stoornis groot. De validiteit van de DES is groot en in verschillende onderzoeken bevestigd ²⁹. De afnametijd is ongeveer 10 minuten.

5.11. Structured Interview for DSM- IV Dissociative Disorders (SCID-D)

Bij een score van > 25 moet deze diagnostische vragenlijst afgenomen worden.

Van de verschillende gestructureerde klinische diagnostische instrumenten om dissociatieve symptomen te inventariseren, is de SCID-D het meest bekend en het meest betrouwbare en valide diagnostische instrument voor het vaststellen van Dissociatieve Stoornissen. De SCID- D is een semigestructureerd interview bedoeld voor getrainde klinici met kennis van psychiatrische stoornissen en psychopathologie om de proposities fals-positieve en fals-negatieve zo klein mogelijk te houden. In de SCID- D zijn vijf symptoomgroepen geoperationaliseerd: amnesie, depersonalisatie, derealisatie, identiteitsverwarring en identiteitswijziging. Het bevat een ernstindex voor de symptomen van de vijf dissociatieve stoornissen. Het instrument heeft goede psychometrische kwaliteiten. De aard en de ernst van de symptomen wordt vastgesteld. Organische oorzaken, hersenletsel, alcohol- en druggebruik worden uitgesloten, evenals lichte vormen van dissociatie van voorbijgaande aard. Er zijn ook vragen naar stemmingswisselingen, leeftijdsregressie en stemmen horen en het vaststellen van verschillende

'identiteiten'. Het interview heeft een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en validiteit ¹. Afhankelijk van de psychische gesteldheid is de afnametijd tussen de 45 en 90 minuten.

5.12. Trauma and Dissociation Symptoms Interview (TADS-I).

Een beloftevol instrument is het *diagnostisch interview* Trauma and Dissociation Symptoms Interview (TADS-I) ontwikkeld door Boon en Matthees waarmee de aard en de ernst van dissociatieve symptomen en andere traumagerelateerde symptomen in kaart gebracht kan worden. Afname moet primair leiden tot een uitspraak over de aanwezigheid van een DSM-5 Dissociatieve Stoornis. De TADS-I onderscheidt zich van het Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative disorders (SCID-D). In de TADS-I ook vragen opgenomen over andere traumagerelateerde klachten, ondermeer over symptomen van de (complexe) Posttraumatische Stressstoornis (PTSS). Daarnaast zijn vragen opgenomen naar zogenoemde somatoforme (sensomotorische) dissociatieve klachten. Tenslotte kan met behulp van de TADS-I een onderscheid gemaakt worden tussen dissociatieve symptomen die verwijzen naar een opdeling van het zelf en andere symptomen van verlaging of vernauwing van het bewustzijn. Deze laatste groep symptomen wordt in de literatuur doorgaans "normale" dissociatie genoemd, in tegenstelling tot de "pathologische" dissociatieve symptomen die complexe dissociatieve stoornissen kenmerken. Het validatieonderzoek naar de TADS-I loopt².

¹ Blake, Weathers, Naci, Kaloupek, Gusman, Charney, Keane, 1997; Brewin, 2001; Carlier, Gersons, 1992; Briere, Spinazzola, 2009; Dijke, Van der Hart, 2007; Dijke, Ford, Van der Hart, Bhring, 2011, Courtois, 2008; Courtois, Ford, 2009; Ford, Stockton, Kaltman, Green, 2006; Dorrepaal et al, 2006; Foa, Riggs, Dancu et al, 1993; Foa, Keane, Friedman, Cohen, 2008; Ford, Stockton, Kaltman, Green, 2006; Pelcovitz, Van der Kolk, Roth, Mandel, Kaplan, Resick, 1997; Zlotnick, Pearlstein, 1997; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, Vanderlinden, 1996; Nijenhuis, 1999; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, Vanderlinden, 1998; Nijenhuis, Van Dyck, Spinhoven, Van der Hart, Chatrou M, Vanderlinden, Moene, 2003; Bernstein, Putnam, 1986; IJzendoorn van, Schuengel, 1996

² Boon cs www.suzetteboon.com 2020 rev

5.13. Vragenlijst Belastende Ervaringen (VBE)

Deze zelfrapportagelijst moet altijd afgenomen worden.

De *zelfrapportage* vragenlijst naar belastende ervaringen (VBE) is gericht op het bepalen van type2 trauma – verwaarlozing en mishandeling. Naast een open vraag naar eventuele traumatische belevingen, bevat deze schriftelijke vragenlijst 25 beschrijvingen van verschillende traumatische ervaringen. Er wordt gevraagd naar de leeftijd die men had toen de gebeurtenissen begonnen en ophielden en de ernst ervan op een vijfpuntsschaal. De VBE-totaalscore is het aantal gebeurtenissen dat cliënten rapporteert (0-25). Op basis van de duur van de gebeurtenissen, de relatie tot degene die ze veroorzaakte, de aangegeven ernst en de leeftijd van aanvang en stopzetting kunnen compositiescores worden berekend met betrekking tot emotionele verwaarlozing, emotionele mishandeling, fysieke mishandeling, hinderlijke seksuele toenaderingen en seksuele mishandeling (0-12). De composietotaalscore is de som van deze vijf subscores (0- 60). De validiteit en betrouwbaarheid van de VBE voor de totaal- en subschalen is goed. ¹ De afnametijd is ongeveer 20 minuten.

38

5.14. Differentiaaldiagnostiek

Eerder is al aangegeven dat er bij de doelgroep veelal sprake is van een hoge co-morbiditeit (zie voorgaande hoofdstukken)². Hier worden enkele aspecten die veelvoorkomend uitgelicht en enkele meetinstrumenten benoemd die gebruikt zouden kunnen worden. Het scala aan co-morbide klachten en symptomen is echter hoger dan we hier (kunnen) noemen en het benoemen van een of enkele instrumenten heeft ook zijn beperkingen. Wij hebben enkele keuzes gemaakt en adviseren om kennis te nemen van de bestaande multidisciplinaire richtlijnen en standaarden via www.trimbos.nl. Een toelichting op de instrumenten is opgenomen in de bijlage. Nadat de diagnose is gesteld is het aan te

¹ Brewin, 2002; Nijenhuis, Van der Hart, Kruger, 2002.

² Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH, 2001; Shea, 1998 34
Beck et al, 1961; Van der Does, 2002

bevelen om co-morbiditeit in kaart te brengen waarbij de volgende aspecten en instrumenten hier genoemd worden:

Persoonlijkheidsproblematiek

De diagnostische vragenlijst Severity Indices of Personality Problems (SIPP) kan gebruikt worden voor het meten op alle persoonlijkheidsstoornissen.

Het semigestructureerd interview Structured Interview for DSM Personality Disorders (SIPD)-4 kan gebruikt worden voor het meten van zowel de symptomen van persoonlijkheidsproblematiek als de intensiteit op verschillende levensgebieden.

Depressie

De Beck Depression Inventory-Second Edition -NL zelfrapportage-lijst kan gebruikt worden voor het meten van de algehele ernst van een depressie.

Gehechtheid en kwaliteit van de band met ouders

Voor het in kaart brengen van gehechtheidservaringen kan het Gehechtheid Biografisch Interview (GBI) gebruikt worden met vragen over gehechtheidservaringen in de jeugd¹.

Het Parental Bonding Instrument (PBI) is een zelfrapportagelijst bestaande uit 50 vragen waarmee de kwaliteit van de band met de ouders kan worden vastgesteld.

Suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag

Bij suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag wordt aanbevolen om de Richtlijn diagnostiek en behandeling Suïcide Risico (NVvP) aan te houden.

5.13. Verdiepingsdiagnostiek

Indien aangewezen kan aanvullend onderzoek (verdiepingsdiagnostiek) nodig zijn om de diagnostiek verder te onderbouwen. Bij voorkeur door een (neuro) psycholoog, neuroloog, psychiater met kennis van de psychotrauma in relatie tot Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering en die bekend is met de psychofysiologische complexiteiten van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering. Het kan onder andere gaan om psychologisch onderzoek (intelligentie-, (neuro-)psychologisch- of

¹ Rev 2020 voor het GBI wordt aanbevolen deze ook structureel af te nemen. Om te kunnen classificeren is een GBI-opleiding nodig. Als men deze niet gevolgd heeft kunnen de vragen gebruikt worden voor een klinische interpretatie. Opleiding in gehechtheid en gedesorganiseerde gehechtheid wordt wel sterk aanbevolen.

persoonlijkheidsonderzoek), biomedisch of klinisch laboratoriumonderzoek of beeldvormend onderzoek (EEG, ECG, CT, MRI, fMRI), medicatie advies.

5.14. Standaard lichamelijk onderzoek

Bij cliënten met (Complexe) Posttraumatische Stressstoornis (PTSS) en/ of Dissociatieve Stoornissen en psychotrauma met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering wordt frequent ernstige somatische problematiek gevonden (zie hoofdstuk 2). Aanbevolen wordt om cliënten somatisch te screenen door een arts, zeker als de cliënt niet regelmatig een huisarts bezoekt ¹. Hierbij kan bijvoorbeeld de door van den Berg e.a. ontwikkelde vragenlijst gebruikt worden. Hierin wordt de somatische voorgeschiedenis uitgevraagd, evenals het gebruik van medicatie en middelen. In een aparte categorie 'Cardiovasculair risicomanagement' worden de verschillende risicofactoren voor cardiovasculaire ziekten nagegaan. Ook is een lijst opgenomen met ziekten en klachten van het zenuwstelsel, hart en vaten, ademhaling, endocriene systeem, spijsverteringskanaal, urinewegen en bewegingsstelsel en wordt gevraagd naar infectieziekten en allergieën. Daarnaast kan lichamelijk onderzoek plaatsvinden: bloeddruk, pols, gewicht, hart, carotiden en de longen en algemeen neurologisch onderzoek³⁷. Wij bevelen aan om de huisarts van de cliënt te vragen het onderzoek te doen en tegelijkertijd een samenwerking op te starten voor de vervolgbehandeling somatisch en psychologisch.

¹ Inspectie gezondheidszorg, GGZ Nederland, 2008; Swols e.a., 2011; Theunissen e.a., 2013; Berg v.d. e.a., 2014; Swolfs e.a. 2011. ³⁷ Berg, v.d. e.a., 2014.

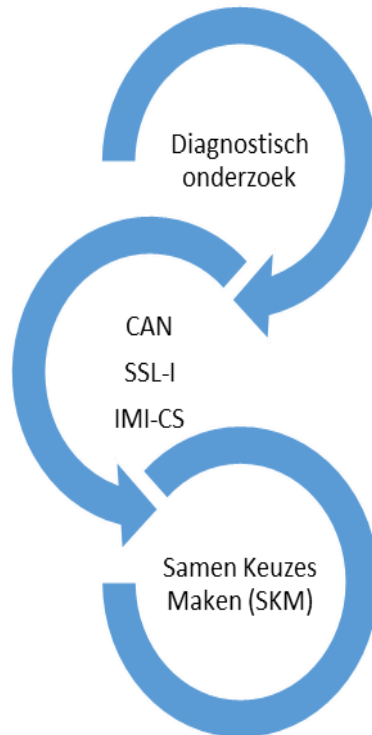
6. Behandeldiagnostiek; Zorgbehoefte en indicatiestelling

In de behandeldiagnostiek komen de uitkomsten van de bevindingen van het diagnostisch onderzoek aan bod in het kader van het behandelperspectief. Met de herstelperspectief in gedachten zou als leidraad kunnen gelden dat de diagnostiek en daaropvolgend de behandeling uiteindelijk moeten uitmonden in het inzicht dat kwetsbaarheid weliswaar aanpassingen vereist maar niet in de weg hoeft te staan van de ervaring om een betekenisvol leven te leiden.

6.1. Unieke mix van behandeling en herstelactiviteiten

De uitdaging voor cliënt en diagnosticus/ behandelaar is om te komen tot een behandelindicatie die is toegesneden op de persoonlijke en specifieke symptomen en klachten en de daarbij passende behandeling en die tegelijkertijd een unieke mix is van zorgbehoeften en herstel (activiteiten) op diverse levensterreinen.

Tegelijkertijd is het volgen van de systematiek van de behandeldiagnostiek een uitermate goede gelegenheid om een gelijkwaardige en adequate basis te leggen voor de therapeutische werkwetenschap tijdens de behandeling en om hierop te reflecteren.



Stroomschema 3. Behandeldiagnostiek

6.2. Herstel op meerdere levensgebieden en met sociale steun

Het is goed om in het oog te houden dat herstel alleen succesvol kan verlopen als de betrokkene zich daartoe in staat acht en zich autonoom voelt en risico's en verantwoordelijkheid durft te nemen. Het begrip 'herstel' verwijst naar persoonlijke processen van mensen die proberen om ondanks de vaak desastreuze gevolgen van de psychische problematiek hun leven weer op te pakken. Hieraan worden meerdere aspecten of dimensies onderscheiden: symptomatisch herstel, persoonlijk herstel en maatschappelijk herstel. Vooral ervaringsdeskundigen kennen aan het persoonlijke herstel het primaat toe. Persoonlijk herstel betekent hoop hervinden en moed verzamelen, een positief zelfgevoel ontwikkelen, een betekenisvol bestaan opbouwen en de Controle over het eigen leven terugwinnen.

Voor werken aan psychische en somatische gezondheid, herstel van ziekte en welbevinden, het omgaan met belastende omstandigheden (stress) in het algemeen en de gevolgen van en ervaringen van chronische traumatisering in het bijzonder is sociale steun uitermate belangrijk.

6.3. Camberwell Assessment of Needs (CAN)

Een veelgebruikt instrument om de zorgbehoefte in kaart te brengen is het *semigestructureerde interview* de Camberwell Assessment of Needs (CAN). Dit instrument stelt op zorgbehoeften op vierentwintig gebieden vast en biedt de cliënt de mogelijkheid om te melden in welke mate aan deze behoeften tegemoet is gekomen. Naast de cliëntenversie bestaat er ook een hulpverlenersversie. Door invulling van beide versies kunnen de zorgbehoeften zowel vanuit het perspectief van de cliënt als vanuit het perspectief van de professional worden beschreven. De Camberwell Assessment of Need (CAN) is gevalideerd op basis van de meningen van experts en op basis van een survey naar zorgbehoeften onder cliënten met ernstige psychiatrische stoornissen. De betrouwbaarheid is ruim voldoende. Onderzoeken tonen aan dat het gebruik van de functionele gezondheidspatronen volgens de lijst leidt tot een beter behandelresultaat. De lijst kan afgenomen worden door professionals die hiervoor zijn opgeleid. (Bron: Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie, Trimbos, 2010)¹.

6.4. Sociale Steunlijst Interacties (SSL-I)

De Sociale Steunlijst Interacties (SSL-I) is een 34 items *zelfrapportagelijst* die zes typen sociale steun meet die onderling nauw samenhangen: alledaagse emotionele ondersteuning, emotionele ondersteuning bij problemen, waarderingssteun, instrumentele ondersteuning, social companionship (elkaars gezelschap zoeken), informatieve ondersteuning in relatie met de behoefte van de cliënt. Uit deze scores zijn twee gegevens af te leiden: de mate waarin de respondent een tekort aan steun ervaart en de mate waarin de respondent te veel steun ervaart. Er is ook een verkorte uitgave van de SSL-I².

6.5. Impact Message Inventory-Circumplex (IMI-CS)

De Beoordelingsschaal Beïnvloedingsboodschappen (Impact Message Inventory Circumplex (IMI-C) is een *diagnostisch instrument* dat diagnostici en behandelaren kan helpen om stagnaties, herhalingspatronen of impasses in de diagnostiek en daaropvolgend de behandeling te begrijpen en eventueel te doorbreken. De diagnosticus/ behandelaar scoort eigen cognities, emoties, **36** gedragsneigingen en ervaren boodschappen zoals die zich voordoen in de interactie met een cliënt. Diagnostici en behandelaren die met cliënten complexe traumaproblematiek werken kunnen gebaat zijn bij gebruik van het instrument. Er is een internetversie van de

¹ De Vries J, Van Heck GL (1998); WHOQOL Group, (1998 a); WHOQOL Group (1998 b)

² verwijzing

IMI-C beschikbaar, de IMI-CS ²⁾. Deze internetversie maakt eigen rekenwerk overbodig en voorziet van grafische feedback. Zowel de papieren afnamevorm als de IMI-CS informatie zijn betrouwbaar en gevalideerd. De (verkorte webversie van de) IMI-C leent zich niet alleen voor casusconceptualisering tijdens het diagnostisch onderzoek en de behandeling, maar net zo goed voor het monitoren van het therapeutisch proces¹².

6.6. Zorgvuldig en respectvol bespreken

De resultaten van de diagnostiek moeten op een zorgvuldige en respectvolle manier besproken worden in een tempo waarin de cliënt dat aankan waarbij de volgende zaken aan de orde komen: (1) de vastgestelde problemen en hun mogelijk voortkomen uit Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering; (2) de sterke en zwakke kanten van de cliënt; (3) hoe cliënt en behandelaar/ behandelteam het beste kunnen samenwerken om de weg naar herstel in te zetten. De bevindingen moeten eerlijk en onomwonden worden besproken in een taal die de cliënt kan aanvaarden en die hem of haar aanspreekt. Bij sommige cliënten bestaat het risico van decompensatie als ze de diagnose horen zelfs al wordt deze op een zorgvuldige manier gebracht. Met de juiste begeleiding kan de cliënt toch de kracht vinden om geleidelijk tot zich te laten doordringen wat de diagnose behelst.

6.6. SamenKeuzesMaken (SKM)

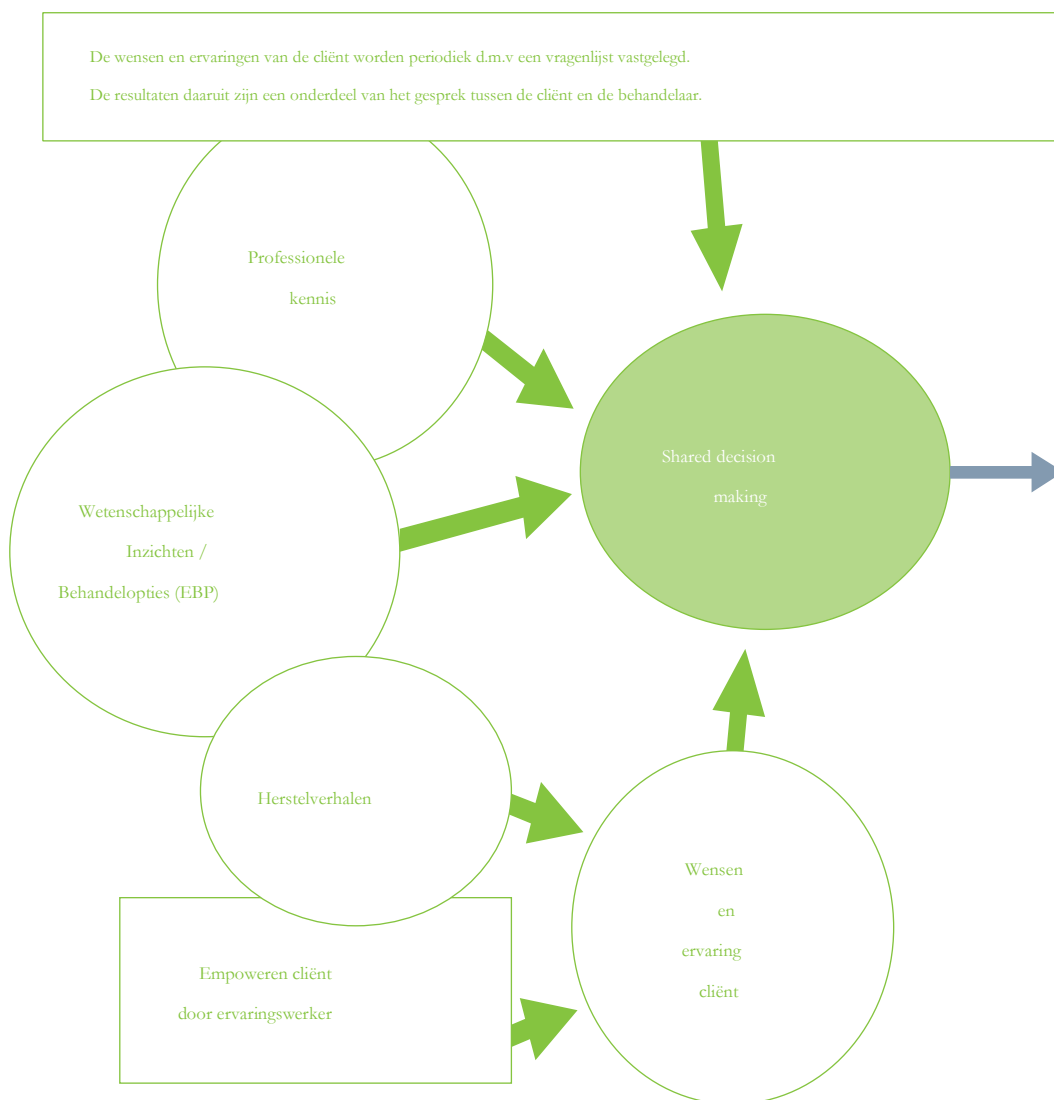
Afsluitend is het belangrijk dat cliënten hun eigen wensen op diverse gebieden kunnen realiseren en goed geïnformeerd kunnen beslissen over hun behandeling³. Een beloftevol ondersteuningsinstrument is het digitale programma SamenKeuzesMaken uitgangspunt bij SamenKeuzesMaken (SKM) is 'herstel'. Bij SKM worden de deskundigheid van de professional, de ervaringsdeskundigheid van de cliënt en wetenschappelijke inzichten gebruikt om tot een behandelbeslissing te komen. De cliënt wordt met behulp van een webbased programma voorbereid op de behandelplanbespreking, zodat hij of zij als meer gelijkwaardige gesprekspartner kan bijdragen aan de vormgeving van toekomstige behandeling en begeleiding. Dit proces wordt ook wel shared decision making genoemd of 'samen keuzen maken' en gaat over het proces van cliënt en professional (met als mogelijk betrokkenheid van de familie en andere naastbetrokkenen) om te komen tot

¹ Kiesler, 1996; Kiesler & Schmidt, 1993, 2006; Schmidt, Wagner & Kiesler, 1999, Hafkenscheid 2013

² Veeninga & Hafkenscheid, 2009; Hafkenscheid, 2010, 2012b

³ Dröes & Plooy, 2010

besluitvorming. Cliënt en professional(s) kunnen eventuele verschillen bespreken en vervolgens tot gezamenlijke besluitvorming komen over prioriteiten in de behandeling. Om het herstelproces zo goed mogelijk met behandeling te ondersteunen wordt bij SKM gebruikgemaakt van een drietal te onderscheiden componenten.



De vragenlijst kan regelmatig worden ingevuld, de inspanning die de cliënt genomen heeft om de vragenlijst in te vullen loont om meerdere redenen. In de eerste plaats is de beantwoording van iedere vraag voor de cliënt een reden om over dat facet na te denken en er een standpunt over in te nemen. In de tweede plaats is er tijdens het gesprek met de behandelaar een duidelijke door de cliënt opgestelde lijst met aandachtspunten voor behandeling aanwezig. De geschiedenis van alle antwoorden wordt bewaard en een verloop van voor- of achteruitgang kan bij een aantal categorieën grafisch zichtbaar worden gemaakt.

6.7. Informatie

Het is altijd goed als de cliënt en naasten en/of andere nabij betrokken personen uit het relatienetwerk van de cliënt mondelinge en schriftelijke informatie krijgen over Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering, de stappen in de screening en diagnostiek, de te gebruiken diagnostische instrumenten, de uitkomsten en indicatiestelling, behandelmogelijkheden en mogelijk verloop en eventuele verwijsmogelijkheden. Hiertoe kan gebruik worden gemaakt van deze standaard, websites waaronder de website van de Stichting STRAKX Onderzoek en Innovatie VCT, Het Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke chronische Traumatisering (CELEVT), informatiebrochures van patiëntenorganisaties of beroepsverenigingen en dergelijke.

7. Evaluatiediagnostiek en onderzoek

7.1. Evaluatiediagnostiek

Evaluatiediagnostiek is een structureel onderdeel van getrapte diagnostiek en behelst het vanaf de diagnostiek en het begin van de behandeling meten en daarna regelmatig opnieuw meten van het beloop van de behandeling met behulp van tevoren vastgestelde meetinstrumenten. De evaluatiediagnostiek geeft telkens antwoord op de vraag in welke mate de behandeldoelen gerealiseerd zijn. De ernst van de klachten en symptomen, het verloop van de behandeling en de gekozen behandelmethoden, zorgvraag gecombineerd met onder andere de kwaliteit van leven, en het patroon van medische consumptie en het productieverlies door ziekte of arbeidsverzuim bij de diagnostiek en gedurende het behandeltraject kunnen worden gemeten en het beloop daarvan kan vervolgens worden vastgesteld¹. Gemeten kan bijvoorbeeld worden op:

- Uitgangssymptomen/ klachten
- Kwaliteit van leven
- Zorgbehoefte
- Sociale steunsysteem
- De therapeutische samenwerking
- Clienttevredenheid
- Medische consumptie en productieverlies²

Hiervoor kan een keuze gemaakt worden uit:

- Instrumenten om uitgangssymptomen/ klachten te meten uit het psychodiagnostisch onderzoek.
-

¹ Voor advies over evaluatiediagnostiek en deelname aan het CELEVT/ STRAKX Traumacentra belooponderzoek Treatment Monitor VCT-V kunt u contact opnemen met CELEVT info@celevt.nl

² TIC-P de Trimbos questionnaire for Cost associated with Psychiatric Illness ook wel de Vragenlijst over Zorggebruik, Ziekte en Werk genoemd, genomen worden. De lijst richt zich op het patroon van zorggebruik, de kosten van de gezondheidszorg en de kosten als gevolg van productieverlies.

- Instrumenten om zorgbehoefte, sociale steun en therapeutische relatie te meten uit de behandel diagnostiek.
- Instrumenten om cliënt tevredenheid⁴⁸ en kwaliteit van leven¹ te meten. - Instrumenten om het zorggebruik en productieverlies te meten²

7.2. Onderzoek

Evaluatiediagnostiek sluit goed aan bij de toenemende tendens om de inbreng, regie en het maken van keuzes voor het eigen behandeltraject van cliënten te versterken. Hiermee kan ook de basis gelegd worden voor een onderzoekdatabase lokaal of indien van toepassing landelijk in samenwerking met andere behandelaren/ ggz-organisaties voor landelijk en regionaal praktijkgericht effect- en belooponderzoek. Met een dergelijke database zou een voortdurende verbetering van diagnostiek en behandeling mogelijk zijn in het kader van onderzoek en innovatie.



¹ De World Health Organization Quality of Life Questionnaire-Bref (WHOQOL-Bref; WHOQoL) is een zelfrapportagelijst die inventariseert op domeinen van functioneren en verbetering van kwaliteit van leven, met of ondanks de klachten. De lijst bestaat uit 26 items die onderverdeeld zijn in 4 domeinen (lichamelijke gezondheid; psychologische gezondheid; sociale relaties; omgeving) en twee items over de algemene kwaliteit van leven. Het instrument focust op hoe de cliënten zelf hun levenskwaliteit ervaren. Een hoge domeinscore komt overeen met een betere kwaliteit van leven

² TiC-P de Trimbos questionnaire for Cost associated with Psychiatric Illness ook wel de Vragenlijst over Zorggebruik, Ziekte en Werk genoemd, genomen worden. De lijst richt zich op het patroon van zorggebruik, de kosten van de gezondheidszorg en de kosten als gevolg van productieverlies.

7.3. Enkele opmerkingen bij evaluatiediagnostiek

Bij evaluatiediagnostiek krijgen over het algemeen alle cliënten dezelfde (zelfbeoordelings) vragenlijst(en) voorgelegd waarmee klachten en symptomen gestandaardiseerd worden geïnterviewd. Deze werkwijze gaat uit van de vooronderstelling, dat elke patiënt met dezelfde DSM-classificatie(s) en dezelfde vragenlijstuitkomsten dezelfde therapeutische aanpak wenst en nodig heeft. Ook wordt voorondersteld dat de evaluatie van behandel-effecten uniform voor elke patiënt kan worden bepaald. Uit oogpunt van kostenbeheersing en organisatorische sturingsmogelijkheden zijn deze vooronderstellingen aantrekkelijk, maar er zijn empirische, klinische en ethische vraagtekens¹.

In de systematiek van het model van getrapte diagnostiek is ook de behandeldiagnostiek betrokken als onlosmakelijk onderdeel van het proces. Daarom wordt aanbevolen om bij evaluatie diagnostiek en onderzoek altijd ook de systematiek van de behandeldiagnostiek mee te nemen.

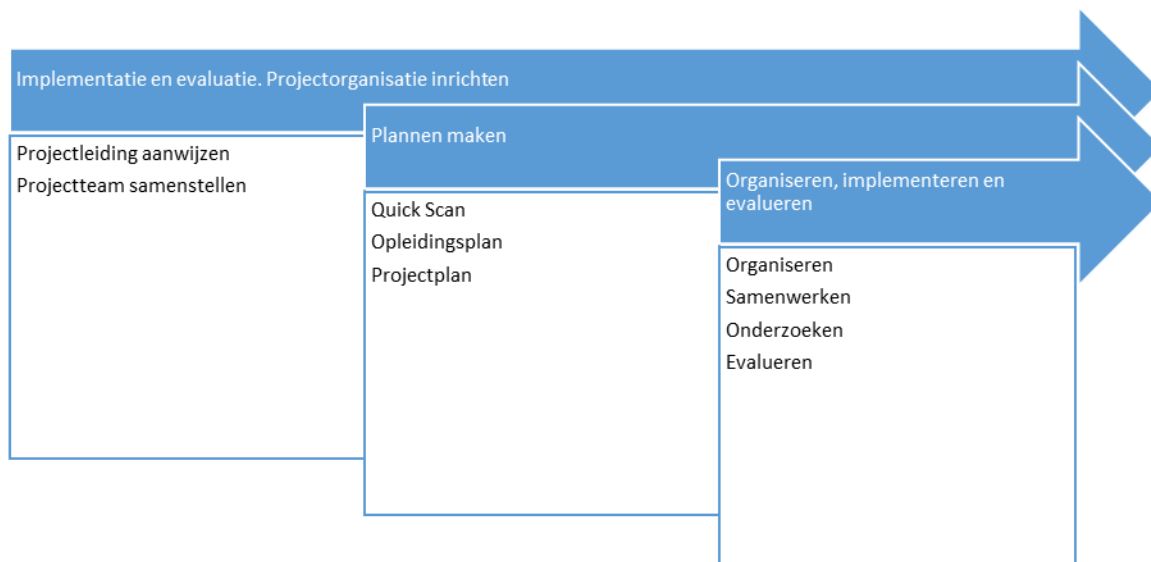
¹ Hafkenscheid 2010, 2012 a

8. Organisatie en implementatie

Bij het toepassen van (nieuwe) psychodiagnostische methoden en instrumenten voor screening en diagnostisch onderzoek geldt dat het resultaat en de effectiviteit bepaald wordt door de mate waarin de methodiek in de klinische praktijk operationeel wordt en verankerd is in de dagelijkse behandelpraktijk. Daarvoor geldt niet alleen opleiding en kennisontwikkeling maar ook de daadwerkelijke implementatie en inrichting van het diagnostiekproces.

Aanbevolen wordt om de volgende procesmatige stappen te zetten om op een gestructureerde wijze de gewenste toepassingen in de dagelijkse behandelpraktijk te ontwikkelen en te implementeren.

8.1. Implementeren in de dagelijkse behandelpraktijk



Projectleiding aanwijzen:

- Eindverantwoordelijke manager, projectleider aanwijzen.
- Toekennen budget.

Projectteam samenstellen:

- Professionals.
- Ervaringsdeskundigen/ cliënten.
- Onderzoekers.

QuickScan & Opleidingsplan:

- In kaart brengen kennis en ervaring.
- In kaart brengen opleidingsbehoefte.
- Opleidingsplan opstellen.
- Intervisie/ supervisie structuur realiseren.
- Inhoudelijk consulent (ervaren behandelaar) aanwijzen.

Projectplan opstellen¹:

- Achtergrond.
- Doelstelling.
- Deelprojecten.
- Te verwachten (deel) resultaten.
- Planning en tussenresultaten.

¹ Bij CELEVT kunt u gratis een eenvoudige projectsystematiek voor multidisciplinaire (samenwerking) projecten opvragen gebaseerd op de Prince projectmanagementsystematiek en toegesneden op de zorgsector.

- Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.
- Communicatie en verslaglegging.
- Verantwoording en rapportage.
- Budgetbeheer.

Organiseren & Inrichten:

- Samenwerking- en verwijsrelaties intern en extern in kaart brengen en benaderen.
- Primair proces c.q. diagnostiekprogramma beschrijven □ Diagnosestraat inrichten.
- Diagnostiekteam inrichten.
- Ondersteunende instrumenten – EPD, meetinstrumenten, brochures, personeel e.a. realiseren.

52

Onderzoeken & evalueren:

- Evaluatiediagnostiek inrichten.
- Belooponderzoek inrichten.
- Indien gewenst Interbeoordelaargroep.
- Jaarlijkse plan-do-check evaluatie inrichten.

9. Refenties

3. Alink, L., Ijzendoorn, R.van, Bakermans, M et al (2011), Kindermishandeling in Nederland Anno 2010: de Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen, Leiden, Casimir.
4. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5 ed., Washington, DC: Author.
5. Arnevik, E., Wilberg, T., Monsen, J.T., Andrea, H., & Karterud, S. (2009). A crossnational validity study of the Severity Indices of Personality Problems (SIPP118). *Personality and Mental Health*, 3, 41-55.
6. Arnow, B. A. (2004). Relationships between child maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 10–15.
7. Arrindell WA, Ettema JHM, Klachtenlijst (SCL-90) (1086); Lisse: Swets & Zeitlinger.
8. Berg, van den, K.E.M., Rijnders, C.A.Th., Dam, van, A., Ven, van de, A.L.M., FeltzCornelis, C.M., Graafsma, S.J., (2014), Somatiek in de ambulante psychiatrie: de toegevoegde waarde van een standaard lichamelijk onderzoek tijdens de ambulante intake, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 5, p 295-306.
9. Bernstein EM, Putnam FW (1986); Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*; 174:727-735.
10. Blake DD, Wheathers FW, Nagi LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, Keane TM (1995), The development of a clinician administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*; 8:75-90.
11. Boevink, W., A. Plooy en S. van Rooijen(red) (2006) *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen*. Amsterdam: SWP 10.
12. Boon S, Draijer N, *Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen*. Lisse, Swets & Zeitlinger, 1995.
13. Boon S, Draijer N, *Diagnostiek van dissociatieve stoornissen met de SCID-D: mogelijkheden en beperkingen*. *Psychopraxis* 2007; 9: 30-35.
14. Bremner, J.D., Vermetten, E. (2007), Psychiatric approaches to dissociation: Integrating history, biology and clinical assessment. In. E. Vermetten, M.J. Dorahy & D. Spiegel (Eds), *Trauma dissociation, neurobiological treatment*, 239-258.
15. Davison, G. (2000), Stepped care: Doing more or less? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 580- 55.

15. Deegan, P.E. & R.E. Drake (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57, 1636-9.
16. Dorahy, M. J., & Van der Hart, O. (2015). DSM-5's posttraumatic stress disorder with dissociative symptoms: Challenges and future directions. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(1), 7-28.
17. Drake, R.E. & P.E. Deegan (2009). Shared decision making is an ethical imperative. *Psychiatric Services*, 60, 1007.
- Dröes, J. & C. Witsenburg, *Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen*, Passagecahier 2012.
18. Dröes, J., *Handboek rehabilitatie zorg en welzijn*, 2008
19. Does, A.J.W. van der (2002). BDI-II-NL. Handleiding. De Nederlandse versie vande Beck Depression Inventory-2nd edition. Lisse: Harcourt Test Publishers.
20. Dijke, A. van; Van der Hart, O., *SIDES-R-NL (2007), Zelfrapportageversie 1*, Universiteit Utrecht
21. Dijke, A. van; Ford, J.D.; Van der Hart, O.; Buringh, M.; (2001) Complex Posttraumatic Stress Disorder in Patients with Borderline Personality Disorders; in: *Psychological Trauma, Theory, Practice, Research, Tractice and Policy*; Vol 4 pp 162-168.
22. Brand B, Classen C, Lamins R, Loewenstein R, McNary S, Putnam FW (2009); A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. *Psychol Taruma: Theory Res Pract Policy* 1(2): 153-171.
23. Brand, B.L., Loewenstein, Spiegel, D., (2014) Dispelling myths about Dissociative Identity Disorder treatment. An empirically based approach. *Psychiatry*, 77 (2), 169189.
24. Briere, J., & Spinazzola, J. (2009) Assessment of sequelae of complex trauma: Evidencebased Measures. In C. A. Courtois, & J. D. Ford (Eds), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York: The Guilford Press.
25. Busuttill, W., (2009) Complex posttraumatic Stress disorder: a useful diagnostic framework? *Psychiatry*, Volume 8, issue 8, p.3010-314.
26. Bryand, A., (2010) The complexity of complex PTSD, *American Journal of Psychiatry*, 167 (8) Chu, J.A, *Rebuilding shattered lives; The responsible treatment of complex porttraumatic and dissociative disorders* (2 nd Ed), John Wiley & Sons, 2011.
27. Cloitre, M., Carlson, E.B., Dalenberg, C. & Mac Dade-Monter, E. (2012), Dissociation in posttraumatic stress disorders part 1: definitions and review research, *Psychological trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 4, 479-489.
28. Courtois, C.A., *Complex Trauma, Complex Reactions* (2008); Assesment and Treatment, *Psychological Trauma Theory, Research, Practice& Policy*; S (1): p. 86 -100
29. Courtois, C.A., Ford, J.D. (2009) *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence based guide*, New York; Guilford Press.

30. Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Williamson DF, Dube SR, Brown DW et al. (2005), Childhood residential mobility and multiple health risks during adolescence and adulthood: the hidden role of adverse childhood experiences. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine; 159, 1104-1110.
31. Doranhy, M.J., Van der Hart, O. (2014), DSM-5's PTSD with dissociation symptoms: Challenges and future directions, Journal of Trauma and Dissociation, p...Terr, L.C. (1991) Childhood traumas an outline and overview. American Journal of Psychiatry, 148. P. 10-20.
32. Draijer N, Boon S, The validation of the Dissociative Experiences Scale against the criterion of the SCID-D, using receiver operating characteristics (ROC) analysis. Dissociation 1993; VI (1): 28-37.
33. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH: Childhood abuse, Household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. Journal of the American Medical Association (JAMA) 2001; 286:3089- 3096.
34. Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). The Impact of Adverse Childhood Experiences on Health Problems: Evidence from Four Birth Cohorts Dating Back to 1900. Preventive medicine, 37(3), 268-277.
35. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. Am J Psychiatry; 160(8): 1453-1460.
36. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V e.a (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med; 14(4): 245-258.
37. Felitti VJ, Anda RF (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare (2010). In: Lanius RA, Vermetten E, Pain C, editors. The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic. Cambridge: Cambridge University Press; 77-86.
38. Foa, E.B., Riggs, D.S. Dancu, C.V. et al (1993), Reliability and validation of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder, Journal of traumatic stress, 6, 459-473.

39. Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. (2008). Effective treatment for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. (2nd Edition ed.). New York: The Guilford Press.
40. Ford, J.D., Stockton, P., Kaltman, S., Green, B.L., (2006) Disorders of Extreme Stress (DESNOS) symptoms are associated with type and severity trauma exposure in a sample of healthy young woman, *Journal of Interpersonal Violence*, 21-11.
41. Friedman, M.J., (2013a), Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to go next, *Journal of Traumatic Stress*, 26, 548-556.
42. Gezondheidsraad (2011). Behandeling na Kindermishandeling. Den Haag.
43. Hafkenscheid, A. (2010). Rammelende ROM in de ggz: geen ROM zonder Routine Process Monitoring. *GZ-Psychologie*, 2, 12-17.
44. Hafkenscheid, A. (2012a). Assessing 'objective' countertransference with a computerdelivered Impact Message Inventory (IMI-C). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19, 37-45.
45. A., & Rouckhout, D. (2009). Circumplex structure of the Impact Message Inventory (IMI-C): An empirical test with the Dutch version. *Journal of Personality Assessment*, 91, 187-194.
46. Hafkenscheid, A., & Rouckhout, D. (2013). The Impact Message Inventory (IMI-C): a replication study of its circumplex structure in a Dutch sample. *Journal of Personality Assessment*.
47. Honig A, Kemp Ed, Pop P, Romme MAJ, Phillipsen H (1992); Herkennen van en omgang met lichamelijke klachten en ziekten bij ambulante chronisch psychiatrische patiënten; een follow up-studie. *Tijdschr Psychiatrie*; 34: 723-731.
48. Hovers, J.E., Ploeg, H.M. van der, Klaarenbeek, M.T.A. (1994), The assessment of PTSD with caps: Dutch results, *Journal of Clinical Psychology*, 50, 325-340.
49. Hutschemaekers, G., Smeets, R. (2005) Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ, stand van zaken en uitdaging voor de toekomst, in: A.H. Schene, F. Boer, T.J. Heeren e.a. (red), *Jaarboek voor de psychiatrie en psychotherapie*, pp. 273 -288, Bohn Stafleu van Loghum.
50. Inspectie gezondheidszorg, GGz Nederland (2008); Somatische screening. Prestatieindicatoren GGz en verslavingszorg basisset 2007-2008 Den Haag: Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ; pp. 46-51.

51. International Society for the Study of Dissociation (2005); Guideliness for treating Dissociative Identity Disorders in adults. *J. Trauma Dissoc*; 6 (4); pp 69 - 149
52. Kolk van der BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress* 2005; 18:389-399.
53. Lanius, R., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P.A., Spiegel, D., (2012), The dissociative subtype of Posttraumatic Stress Disorder. Rationale, Clinical and Neurobiological evidence and implications. *Depressie and Anxiety*, 29,8, 701-708.
54. Landerlijk Centrum Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (LCVT) (2008); Richtlijnen voor Instroom, Diagnostiek, Indicatiestelling en evaluatiediagnostiek (effectmeting) voor volwassenen met psychopathologie ten gevolgen van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering- Volwassenen, Utrecht 2008.
55. Leferink, S. (2014); Het verschil maken; Utrecht Slachtofferhulp Nederland.
56. McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., e.a. (2000). Reliability of the Camberwell Assessment of Need--European Version. Epsilon Study 6. *European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. The British Journal of Psychiatry, (Suppl.)*, s34-40.
57. McLaughlin KA, Greif Green J, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication II. Associations with persistence of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(2): 124-132.
58. Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O, Vanderlinden J, The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1996; 184: 688- 694.
59. Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O, Vanderlinden J, Psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire: A replication study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1998; 67: 17-23.
60. Nijenhuis ER, Van Dyck R, Spinhoven P, Van der Hart O, Chatrou M, Vanderlinden J, Moene F, Somatoform dissociation discriminates among diagnostic categories over and above General psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1999; 33:511-520.

61. Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., e.a. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 167, 589-595.
62. Pelcovitz, D., Van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3-16.
63. Planije M, Smits C (2006); Inventarisatie van 'best practices' voor GGz cliënten met co-morbide somatische diagnose. Utrecht: Trimbos-instituut, Programma Re-integratie.
64. Putnam, F.W. (2004). The costs and consequences of child maltreatment. Presented at the Annual Meeting of the American Association for the Advancement of Science, Seattle, WA, 12-16 February.
65. Resick, P.A., Bovin, M.J., Calloway, A.L., Dick, A.M., King, M.W., Mitchell, K.S., Wolf, E.J. (2012), A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5, *Journal of Traumatic Stress*, 25, 1-12
66. Simeon, D., (2007), Relationship between dissociation and post traumatic stress disorder, in: E. Vermetten, M.J. Dorahy & D. Spiegel (Eds), *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment*, 77-101, Arlington, American Psychiatric Press
67. Salyers, M. e.a. (2012). A coding system to measure elements of SDM during psychiatric visits, *Psychiatric Services*, 8. Lieberman, J.A., Stroup, T.S., Mcevoy, J.P. e.a. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 353, 1209-1223. Hutton, P., Morrison, A.P., Yung, A.R., Taylor, P.J., French, P. & G.
68. Slade, M., Thornicroft, G., Loftus, L., e.a. (1999). Can: Camberwell Assessment of Need. A comprehensive needs assessment tool for people with severe mental illness. London: Gaskell.
69. Swolfs SN, Boerkoel RA, Rijnders CA (2011); De meerwaarde van een somatische screening op een polikliniek psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*; 53: 201-10.
70. Teicher M.H., Samson J.A., Polcari A., McGreenery C.E. (2006). Sticks, stones and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 993-1000.

71. Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). The haunted self: Structural Dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York/London: W. W. Norton & Company.
72. Verdurmen, J., ten Have, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., van 't Land, H., & Vollenbergh, W. (2007). Psychische gevolgen van kindermishandeling op volwassen leeftijd: resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence study' (NEMESIS). Utrecht: Trimbos instituut.
73. Verheul, R., Kamphuis, J.H., (DATUM) Zorgtoewijzing bij persoonlijkheidsstoornissen: naar een model van getrapte diagnostiek, in: De toekomst van persoonlijkheidsstoornissen, p 158-172, Bohna Stafleu van Logum.
74. Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C., Dolan, C.C., Busschbach, J.J.V., Van der Kroft, P.J.A., Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, 20, 23-34.
75. Walker, E. A., Unutzer, J., Rutter, C., Gelfand, A., Saunders, K., Vonkorff, M., et al. (1999). Costs of health care used by women HMO-members with a history of childhood abuse and neglect. *Archives of General Psychiatry*, 56, 609-613.
76. IJzendoorn, M.H. van, & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (des). *Clinical Psychologie Review*, 16, 365-382.
77. Weathers FW, Keane TM, Davidson JRT, Clinician-administered PTSD scale: a review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety* 2001; 13:132-156.
78. Weiss DS, Structured clinical interview techniques for PTSD. In: Wilson JP, Keane TM(Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (p. 103-121), 2004.
79. Zlotnick C, Pearlstein T (1997): Validation of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress. *Comprehensive Psychiatry*; 38:243-247.
80. Zlotnick, C. (2006). Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American woman. *Journal of interpersonal violence*, 21(2), 262-275.
81. Zorgverzekeraars Nederland (2006). Contracteerruimte 2007: geormerkte middelen speciale GGZ-voorzieningen.

10. Expertgroep en adviseurs

- Mw. Drs. W. Boevink, Senior onderzoeker Trimbos Instituut en User Research Center Universiteit Maastricht (cliënt perspectief).
- Mw. T. Bravenboer, Voorzitter Stichting Revief voor mensen die in hun jeugd misbruikt zijn. (Cliënt perspectief).
- Dhr. Drs. B. Cazemier, klinisch psycholoog, psychotherapeut, opleider en supervisor, GGZ Drenthe, voorheen Top Referent Trauma Centrum (algemeen).
- Mw. Dr. A. van Dijke, Klinische (neuro) psycholoog/ psychotherapeut, Universitair hoofddocent klinische psychologie Vrije Universiteit, manager COLK Yulius (algemeen).
- Mevr. dr. N. Giele, klinisch psycholoog, psychotherapeut, onderzoeker,(verslaving).
- Mw. I. van der Giessen, Directeur Hersteltalent, Herstelcoach Admiraal de Ruyter Ziekenhuis, bestuurder Phrenos, Adviseur NVVP (cliënt perspectief).
- Mw. Drs. M. Groenendijk, klinisch psycholoog, psychotherapeut, opleider en supervisor, Praktijk De Binnenkijk, voorheen Top referent Trauma Centrum (algemeen).
- Dhr. Dr. A. Hafkenscheid, Klinisch psycholoog, psychotherapeut, opleider, supervisor,
- Sinaï Centrum (therapeutische samenwerking en evaluatiediagnostiek)
- Dhr. Prof. Dr. O. van der Hart, Psycholoog/ psychotherapeut, zelfstandig gevestigd, Emeritus Hoogleraar Psychopathologie van Chronische Traumatisering, Universiteit Utrecht (algemeen).
- Dhr. Drs. T.L.R. Horemans, psychiater, zorginhoudelijk manager Top Referent Trauma Centrum, GGZ Eindhoven (algemeen).
- Mevr. dr. N. Kool, Verpleegkundig specialist, onderzoeker, supervisor, Palier Parnassia BAVO groep (suicide en zelfbeschadiging).
- Mw. Dr. N.J. Nicolai, Psychiater/ Psychotherapeut/ Psychoanalyticus, zelfstandig gevestigd, auteur en redacteur van 'Psychotherapie na seksueel misbruik' (algemeen).
- Dhr. Dr. E. Nijenhuis, Psycholoog/ psychotherapeut, Onderzoeker Psychotraumatology Institute Europe (Dissociatieve Stoornissen).
- Mevr. drs. M. Mauritz, verpleegkundig specialist, onderzoeker, supervisor, GGNET (diagnostiek CPTSS).
- Dhr. Drs. R. Vroon, klinisch psycholoog, psychotherapeut, GGNET (algemeen).