

Stichting STRAKX

Onderzoek en Innovatie

Vroegkinderlijke Chronische

Traumatisering Volwassenen (VCT-V)

STRAKX is een schakel tussen in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen, behandelaren, onderzoekers, maatschappij en vele anderen. STRAKX wil ervoor zorgen dat volwassenen met psychotrauma en ervaringen van mishandeling en/of verwaarlozing en seksueel misbruik in de kinderjaren overal in Nederland terecht kunnen voor de best mogelijke wetenschappelijk onderbouwde traumabehandeling.

STRAKX is NU werken

aan een nieuwe

toekomst. Deel 2.

Multidisciplinaire Integrale

Traumabehandeling (MIT),

behandelkwaliteit en

onderzoek.

**Stichting STRAKX Onderzoek en Innovatie Vroegkinderlijke
Chronische Traumatisering – Volwassenen (VCT-V)**

Vorselaarstraat 30, 1066 NN Amsterdam
T 020 364 26 39 E

info@strakxisnu.nl

www.strakxisnu.nl

Auteur

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

Colofon

Uitgave, STRAKX april 2017

De publicatie is te downloaden op www.strakxisnu.nl/traumabehandeling

© Copyright

Alle rechten voorbehouden. Plaatsing op andere sites, veelvuldig op welke wijze dan ook kopiëren en/ of commercieel gebruik is niet toegestaan zonder uitdrukkelijke toestemming van STRAKX.

Citeren

Rensen drs. G.M. (2017); Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling, behandelkwaliteit en onderzoek; Amsterdam, Stichting STRAKX Onderzoek en Innovatie VCT-V.

Hebt u belangstelling om een partnership aan te gaan?

● **Hebt u belangstelling om licentiehouders te worden vragen?**

Of bent u om andere redenen belangstellend?

De eerste stap is om een afspraak te maken om kennis te maken.

● **Wij ontmoeten u graag.**

Neem vrijblijvend contact op met Martijne Rensen.

Mail: m.rensen@strakxisnu.nl

Tel: 06 46 19 07 36

Lees ook de brochure over het Netwerk Multidisciplinaire Integrale Traumaexpertise Centra op www.strakxisnu.nl/traumabehandeling.

Hebt u belangstelling om een partnership aan te gaan?

Of om licentiehouders te worden vragen?

De eerste stap is om een afspraak te maken om kennis te maken.

Neem vrijblijvend contact op. Wij ontmoeten u graag.

Martijne Rensen, oprichter en directeur van STRAKX kunt u bereiken via mail naar m.rensen@strakxisnu.nl of bel 06 46 19 07 36.

Lees ook de brochure over het Netwerk Multidisciplinaire Integrale Traumaexpertise Centra www.strakxisnu.nl/traumabehandeling

Inhoudsopgave

Woord vooraf

1. Voor welke cliënten?

- 1.1. Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (VCT)
- 1.2. Desorganiseerde hechting en psychisch problematiek in de volwassenheid
- 1.3. CPTSS, Dissociatieve Stoornissen, Borderline Persoonlijkheid Stoornis

2. Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling (MIT)

- 2.1. Effectiever op verschillende levensgebieden dan één-dimensionele benadering
- 2.2. Psychische, fysieke en sociaal-maatschappelijke problemen
- 2.3. In samenwerking ontwikkeld en samenwerkend uitgevoerd
- 2.4. Positieve gezondheid
- 2.5. Reguliere en complementaire behandelvormen

3. Vroeg in de zorgketen screenen

- 3.1. Screening bij iedere cliënt in de GGZ
- 3.2. Vroege traumatisering vaak niet onderkend
- 3.3. Korte screening
- 3.4. Terughoudend zijn met uitvragen maar wel ruimte geven

4. Diagnostiek

- 4.1. Integraal diagnostisch model
- 4.2. Getrapte diagnostiek
- 4.3. CPTSS, Dissociatieve Stoornissen, hechting en co-morbiditeit
- 4.4. Persoonlijke behandeldiagnostiek

5. Fasegerichte gespecialiseerde traumabehandeling

- 5.1. Gezonde reactie op abnormale levensbedreigende gebeurtenissen
- 5.2. Niet alleen symptomen maar vooral een zinvol leven

- 5.3. Liefdevol vakmanschap
- 5.4. Heel de mens
- 5.5. Eigen regie
- 5.6. Internationaal eerste keuze behandeling
- 5.7. Modulaire aanpak in drie behandelphasen
- 5.8. Gericht op de verwerking van de traumatische herinneringen
- 5.9. Langere voorbereidingsperiode en ingebed in meeromvattende behandeling
- 5.10. Meeromvattende behandeling
- 5.11. Behandelduur
- 5.12. Somatisch onderzoek en behandeling bij lichamelijke ziekten
- 5.13. Complementaire behandeling

6. EHealth om zelf te werken aan herstel

- 6.1. Apps en EHealth
- 6.2. Vroegkinderlijk Trauma-NET
- 6.3. Landelijke e-Community geïntegreerd in de regio

7. Treatment Monitor VCT_V

- 7.1. Voor de behandelaar en cliënt
- 7.2. Goed opgeleide behandelaren
- 7.3. Inzicht in behandelproces en de resultaten daarvan
- 7.4. Onlosmakelijk onderdeel behandelproces
- 7.5. Zelfmanagement en Samen Keuzes Maken
- 7.6. Aan Treatment Monitor VCT_V gekoppeld effectonderzoek

8. Wetenschappelijke krachten bundelen

- 8.1. De best mogelijke traumabehandeling
- 8.2. Universitaire Leerstoel
- 8.3. Onderzoekslijn Screening en diagnostiek
- 8.4. Onderzoekslijn Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling (MIT)
- 8.5. Onderzoekslijn Positieve gezondheid: focus op veerkracht en herstel

8.6. Onderzoekslijn Medisch biologische en neurofysiologische aspecten

9. Adviesraden

- 9.1. Vooraanstaand netwerk
- 9.2. Wetenschappelijke Adviesraad (WAR)
- 9.3. Maatschappelijke Adviesraad (MAR)

Referenties

Woord vooraf.

STRAKX is NU werken aan een nieuwe toekomst

“Zo sterk als het verlangen is om wreedheden te ontkennen, zo sterk is ook de overtuiging dat ontkennen niet helpt. Dat de waarheid omtrent afschuwelijke gebeurtenissen wordt onthouden en verteld, is een voorwaarde voor herstel van de maatschappelijke orde enerzijds en de genezing van slachtoffers anderzijds.” Judith Lewis Herman, 1992.

Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (VCT), waaronder psychische mishandeling, fysieke mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik, is de meest basale en langdurige determinant voor gezondheid en welbevinden. In de kinderjaren langdurig en herhaaldelijk mishandelde, verwaarloosde en seksueel misbruikte volwassenen hebben een algemene psychische, fysieke en maatschappelijke kwetsbaarheid. De traumatisering staat in lineaire relatie tot een complexiteit van vaak samenhangende psychische stoornissen, somatische ziekten en maatschappelijke problemen. Volgens grootschalige overzichtsstudies heeft in Nederland circa 50-70% van de mensen met ernstige psychische stoornissen een voorgeschiedenis van langdurige en herhaaldelijke mishandeling, verwaarlozing en/of seksueel misbruik in de kinderjaren¹.

De traumabehandeling van deze volwassenen is al langer een van de grootste knelpunten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)². In kwaliteit door het niet beschikbaar zijn van gekwalificeerde en bewezen effectieve behandelinterventies en in kwantiteit door het gebrek aan behandel mogelijkheden. Daarbij is het veld versnipperd. Dit houdt kennisontwikkeling tegen en ook de multidisciplinaire integrale samenwerking die nodig is in de gespecialiseerde traumabehandeling van in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen.

¹ Trimbos Instituut, 2007

² Zie ook STRAKX Brochure deel 1. Netwerk Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling, 2017

Onderzoek binnen dit domein staat in Nederland nog in de kinderschoenen. Er is een tekort aan bewezen effectieve interventies, wetenschappelijke publicaties zijn gering, leerstoelen en gedegen onderzoekprogramma's bij universiteiten ontbreken³.

De Gezondheidsraad⁴ pleit voor integrale diagnostiek en behandeling, het opstellen en naleven van behandelrichtlijnen, scholing van behandelaren en een landelijke onderzoek infrastructuur. Dat is precies de insteek van STRAKX! Wij willen er samen met onze partners en licentiehouders voor zorgen in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen overal in Nederland terecht kunnen voor de best mogelijke traumabehandeling. Wij willen dat doen in een omgeving waar de mens voorop staat, cliënten actieve deelnemers zijn en professionals vanuit liefdevol vakmanschap werken. Meer over partnership en licentiehouderschap kunt u lezen in de Brochure: STRAKX Netwerk Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling. Deze brochure is te downloaden op www.strakxisnu.nl/traumabehandeling.

Wij willen dat STRAKX een begrip wordt, dat men zich thuis voelt en met opgeheven hoofd naar STRAKX toegaat. Dat in de kinderjaren langdurig en herhaaldelijk getraumatiseerde mensen zeggen: Ik ga naar STRAKX! Dat men weet: STRAKX is NU: ik ga nu werken aan mijn nieuwe toekomst.

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

Martijne Rensen

Oprichter en Directeur Stichting STRAKX Onderzoek en Innovatie VCT-V

³ Gezondheidsraad, 2011, Rensen, 2015.

1. Voor welke cliënten?

“De meest algemene reactie op wreedheden is om ze uit het bewustzijn te verbannen. Sommige schendingen van de maatschappelijke code zijn te gruwelijk om hardop te worden genoemd: dat is de betekenis van het woord *onuitsprekelijk*”. Judith Lewis Herman, 1992.

Voor iedereen die in de kinderjaren ernstig en aanhoudend getraumatiseerd is door Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering. Waaronder psychische mishandeling, fysieke mishandeling, verwaarlozing en/ of seksueel misbruik. En die in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) gespecialiseerde traumabehandeling zoekt.

1.1. Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (VCT)

Onder Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (Jeugdtrauma's) wordt verstaan: de schadelijke psychische, biologische en sociale gevolgen van (een combinatie van) stressvolle en potentieel traumatische gebeurtenissen tijdens de kinderjaren. Deze gebeurtenissen zijn aanhoudend, langdurig, binnen de interpersoonlijke context en met versterking 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;
- Het verkeren in oorlogsomstandigheden en/ of hebben moeten vluchten;
- Het langdurig moeten ondergaan van pijnlijke medische handelingen;
- Het meemaken van meerdere traumatische verliezen binnen het gezin.

Het gevolg is een voortdurende versterking van (de kwaliteit van) de hechting en hechtingsrelaties.

Trauma wordt in dit verband gezien als een subjectieve respons van een individu op een gebeurtenis, niet de kwaliteit van de gebeurtenis⁴.

1.2. Desorganiseerde hechting en psychisch problematiek in de volwassenheid

⁴ Rensen, G.M., 2016

Er is een sterke relatie tussen Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering, de voortdurende verstoring van de hechting en hechtingsrelaties met gedesorganiseerde hechting en ernstige psychiatrische problemen in de volwassenheid.

Daarbij is vooral het niet verwerkt zijn van de vroege traumatische ervaringen belangrijk. In gehechtheidsonderzoek en de daarin gebruikte classificatie wordt dit *onverwerktheid genoemd*. Dat houdt in de (on)mogelijkheid de traumatische ervaringen te verwerken, gepreoccupeerd zijn met en overweldigd zijn door trauma en verlies. Met een hoge mate van *onverwerktheid* (een hoge *unresolved*-score).

Dit uit zich in tekortkomingen in het redeneren over de traumatische ervaringen, het spreken over het retrospectieve verhaal en extreme gedragsreacties rond de traumatische ervaringen.

De duidelijkste correlaties liggen tussen desorganisatie van gehechtheid in de babytijd, latere vroegkinderlijke trauma's aangevangen voor het achtste levensjaar en Complexe Post Traumatische Stressstoornis (CPTSS), Dissociatieve Stoornissen en de Borderline Persoonlijkheid Stoornis⁵.

1.3. CPTSS, Dissociatieve Stoornissen, Borderline Persoonlijkheid Stoornis

In aanmerking nemend de diagnostische categorieën in de DSM-5 richt de Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling bij STRAKX zich op cliënten waarbij sprake is van:

- Complexe Posttraumatische Stress Stoornis (CPTSS);
- Dissociatieve Stoornissen;
- Mogelijk in combinatie met Borderline Persoonlijkheid Stoornis.

Ook kan er sprake zijn van één of meer andere co-morbide diagnoses zoals:

- Depressie
- Angststoornissen
- Psychotische episoden
- Overige Persoonlijkheidsproblematiek
- Eetstoornissen

⁵ Nicolai, N., 2010

- Conversiestoornissen
- Somatoforme stoornissen
- Verslavingsproblematiek

2. Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling (MIT)

"Bij mensen die langdurig en herhaaldelijk aan trauma's hebben blootgestaan ontwikkelt zich een sluipende, voortschrijdende vorm van posttraumatische stress-stoornis die de persoonlijkheid binnendringt en deze uitholt". "Chronisch getraumatiseerde mensen kennen geen basistoestand van fysieke rust meer. Ze raken zo aan gewend aan hun toestand dat ze het verband niet meer zien tussen hun lichamelijke symptomen van ontreding met de toestand van angst waarin ze ontstonden". Judith Lewis Herman, 1992.

2.1. Effectiever op verschillende levensgebieden dan één-dimensionele benadering

Bij STRAKX is de Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling (MIT) het basisprincipe van de gespecialiseerde traumabehandeling bij volwassenen met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering, in het bijzonder Complexe Posttraumatische Stress stoornis (CPTSS) en Dissociatieve Stoornissen (en bijkomende co-morbide stoornissen). Naast psychische problematiek wordt gekeken naar fysieke gezondheid en sociaal-maatschappelijk functioneren. Gezien de veelal samenhangende psychische, fysieke en sociaal-maatschappelijke problematiek verwachten wij dat Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling (MIT) op verschillende levensgebieden effectievere resultaten zal geven dan de doorsnee één-dimensionale traumabehandeling.

2.2 Psychische, somatische en maatschappelijke problemen

Grootschalige epidemiologische onderzoeken tonen aan dat in de kinderjaren mishandelde, verwaarloosde en seksueel misbruikte volwassenen een algemene psychische, somatische en maatschappelijke kwetsbaarheid hebben. De traumatisering staat in lineaire relatie tot een complexiteit van vaak samenhangende psychische stoornissen, variërend van problemen met hechting, (complexe) posttraumatische Stressstoornis (PTSS), dissociatieve stoornissen, angststoornissen, alcohol- en drugsverslaving tot depressie, eetstoornissen, somatisatiestoornissen, schizofrenie/ psychotische episoden en persoonlijkheidsstoornissen. Er is er een aantoonbaar verband met een scala aan somatische problemen, waaronder cardiovasculaire problemen, diabetes mellitus,

longziekten, gynaecologische problemen, problemen aan het bewegingsapparaat en neurofysiologische problemen. Veel in de kinderjaren chronische getraumatiseerde mensen hebben maatschappelijke problemen, zoals een achterstand in opleiding en carrière, arbeidsuitval door ziekte en werkloosheid, sociaal isolement, dakloosheid, criminaliteit en herhaald (huiselijk) geweld⁶.

2.3. In samenwerking ontwikkeld en samenwerkend uitgevoerd

In samenwerking met behandelaren, wetenschappers en onderzoekers, en met in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen, is het model voor Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling (MIT) ontwikkeld. Niet alleen de evidence-based diagnostiek en traumabehandeling behoren tot de behandelmogelijkheden, maar ook complementaire behandelingen, coaching en aanvullende ondersteunende interventies. De focus ligt op potentieel en krachten, sterktes en mogelijkheden, vooruitkijkend naar herstel op meerdere dimensies: symptomatisch, persoonlijk en maatschappelijk⁷. Georganiseerd in een niet-stigmatiserende, herkenbare en laagdrempelige regionale setting in een samenwerking tussen de (gespecialiseerde) GGZ, huisartsen (POG-GGZ), maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten en andere professionals in de eerste lijn⁸.

2.4. Positieve gezondheid

In termen van positieve gezondheid is er aandacht voor psychische, fysieke en maatschappelijke factoren die bevorderen dat iemand het vermogen heeft te herstellen en een zinvol persoonlijk en maatschappelijk leven te leiden. Het in Nederland door Dr. Machteld Huber ontwikkelde concept Positieve Gezondheid is opgenomen in de omschrijving van gezondheid van WHO (World Health Organization) en leidend voor de STRAKX Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling. Gezondheid wordt gezien in termen van veerkracht, functioneren en participatie in plaats van alleen in symptomatische zin. De essentie is om mensen in hun kracht te houden of te zetten en hen eigenaar te laten zijn van hun herstelproces en om te kunnen doen wat het leven zin geeft. De WHO omschrijft dit als: 'the ability to adapt and to self-manage, in the face of social, physical

⁶ Arnow, 2004; Putnam, 2004; Verdurmen, Ten Have, De Graaf, Van Dorsselaer, Van 't Land, Vollenbergh, 2007; TNO 2010; ACEstudies www.canaratives.org, 2015

⁷ Droes, Witsenburg, 2012.

⁸ Zie STRAKX (2017) Netwerk Multidisciplinaire Integrale Traumaexpertise Centra (STRAKX MIT)

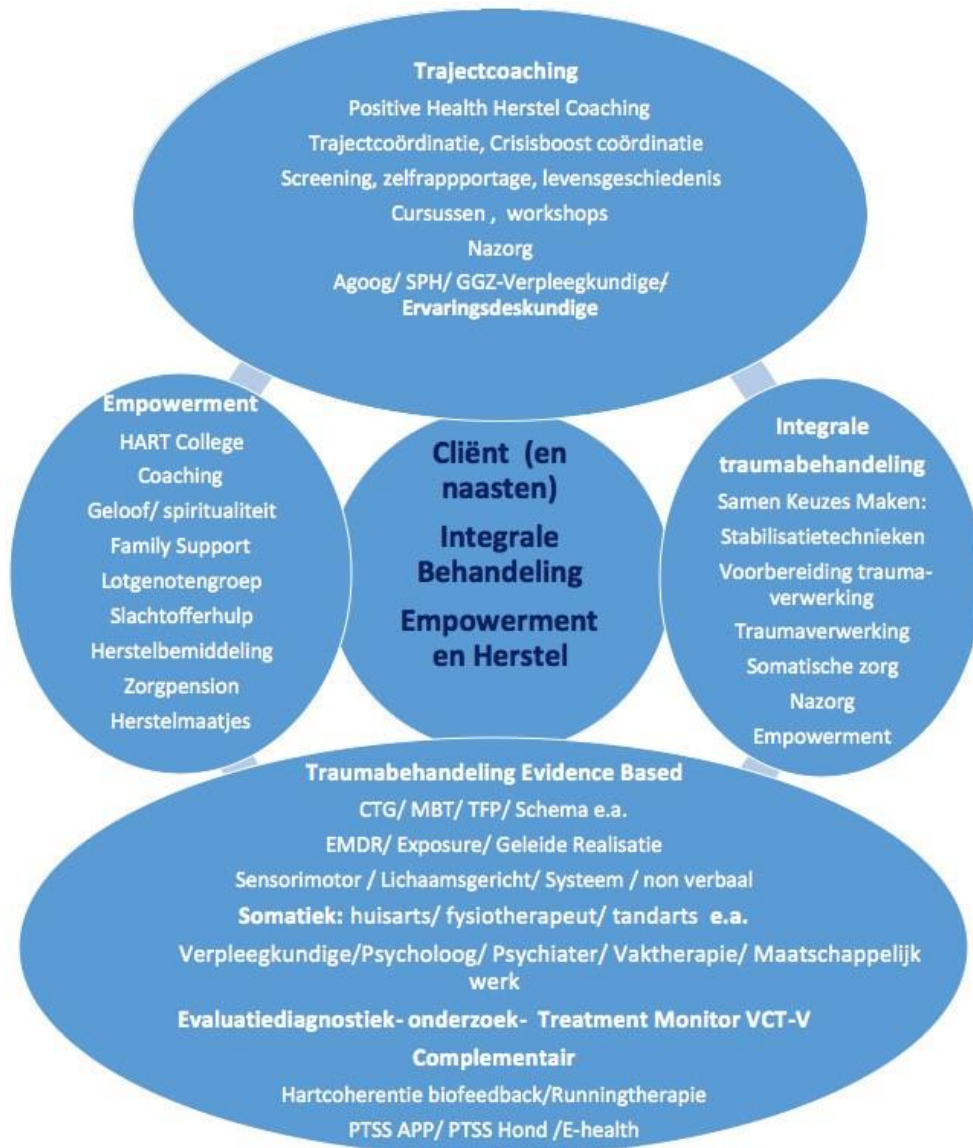
and emotional challenges'. Vanuit het perspectief van de Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling is ook het in het concept opgenomen werken aan groei en ontplooiing belangrijk⁹.

2.5. Reguliere en complementaire behandelvormen

Bij Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling (MIT) gaat het om het geheel van reacties, klachten en symptomen waarbij zowel de aanhoudende traumatisering als de meervoudige psychische, somatische en maatschappelijke gevolgen een rol spelen. Deze Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling sluit aan bij een wereldwijde ontwikkeling waarbij reguliere en complementaire behandelingen gecombineerd worden. De multidisciplinaire integrale benadering betekent ook het integreren van verschillende (reguliere en complementaire) behandelwijzen waarvan wetenschappelijk onderzoek de effectiviteit en veiligheid heeft aangetoond. Hierbij worden alle dimensies van het bestaan (psychische, lichamelijke, maatschappelijke, mentale en spirituele) in de behandeling betrokken. De 'mens als geheel' is het vertrekpunt voor diagnostiek en behandeling, de cliënt wordt gezien als een autonoom individu, waarbij diens opvattingen over ziekte en gezondheid, veerkracht en een zinvolle levensinvulling zeer belangrijk zijn¹⁰.

⁹ Huber, Van Vliet, Giezenberg, Knottnerus, 2013.

¹⁰ Appelo, Van den Brink, Knottnerus, 2013



3.Vroeg in de zorgketen screenen

“Wanneer de waarheid ten slotte wordt erkend, kan het herstel van de overlevende beginnen. Het gebeurt echter maar al te vaak dat geheimhouding blijft bestaan, en dan komt het verhaal van de traumatische gebeurtenis naar buiten in de vorm van een symptoom”. Judith Lewis Herman, 1992.

Bron: Rensen G.M. (2017); STRAKX-module screening en diagnostiek op (Complexe) Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) en Dissociatieve Stoornissen bij volwassenen met - een vermoeden van - psychotrauma en een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering; Amsterdam, Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke chronische Traumatisering (CELEVT).

3.1. Screening bij iedere cliënt in de GGZ

Wij willen bereiken dat een (korte) screening op symptomen van (C)PTSS en dissociatie een structureel onderdeel wordt van de intake bij iedere nieuwe cliënt in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) ¹¹. De rationaliteit hierachter is dat uit grootschalig epidemiologisch onderzoek (Trimbos Instituut, 2007) blijkt dat 50-70 % van cliënten die in de GGZ-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 problemen¹².

3.2. Vroege traumatisering vaak niet onderkend

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 lijdensdruk ¹³. De hulpvraag kan rechtstreeks betrekking hebben op de hieraan gerelateerde trauma-gerelateerde psychische klachten maar ook in eerste instantie met andere samenhangende psychische problemen en co-morbide problematiek die op de voorgrond staat. Bijvoorbeeld

¹¹ En bij voorkeur ook in de medische (huisartsen) praktijk

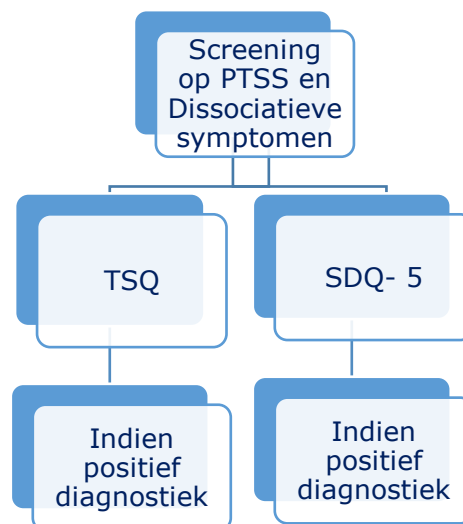
¹² Arnow, 2004; Putnam, 2004; Verdurmen, Ten Have, De Graaf, Van Dorsselaer, Van 't Land, Vollenbergh, 2007; TNO 2010; ACEstudies www.canaratives.org,2015

¹³ Bron: Richtlijn angststoornissen, Trimbos Instituut, 2013

depressie, persoonlijkheidsproblematiek, angststoornissen, eetstoornissen, conversiestoornissen, verslavingsproblematiek of somatische problematiek¹⁴. Hierdoor wordt vaak een verkeerde of incomplete diagnose gesteld met daaropvolgend inefficiënte behandeltrajecten¹⁵.

3.3. Korte screening

Een korte screening kan misdiagnostiek en incomplete diagnoses terugdringen. De screening kan gedaan worden door alle (BIG- registreerde) professionals in de geestelijke, gezondheidszorg¹⁶ die basiskennis hebben van posttraumatische stress-symptomen en dissociatieve symptomen in relatie tot Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering. Inclusief de mogelijkheden voor traumabehandeling en doorverwijzing voor diagnostiek. De screening kan vrij eenvoudig en in korte tijd gedaan worden door de cliënt twee zelfrapportagelijsten in te laten vullen¹⁷.



Indien **positief** op een of op beiden vragenlijsten wordt **gespecialiseerde VCT-traumadiagnostiek** uitgevoerd of doorverwezen voor gespecialiseerde VCT-traumadiagnostiek door daartoe opgeleide behandelaren.

¹⁴ Zie ook hoofdstuk 2

¹⁵ Rensen, 2015.

¹⁶ Bijvoorbeeld (huis) artsen, POH-GGZ, medisch specialisten, fysio- en haptotherapeuten, agogen, alternatief behandelaren, coaches. Ook volwassenen die behandeling zoeken kunnen de vragenlijsten zelf invullen.

¹⁷ Rensen, 2017.

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 PTSS¹⁸. De afnametijd is ongeveer vijf minuten¹⁹.

Het is aan te raden om een open vraag naar traumatische ervaringen in de kindertijd uit de Vragenlijst Belastende Ervaringen toe te voegen.

Somatoform Dissociation Questionnaire SDQ-5

De Somatoform Dissociation Questionnaire SDQ-5 is een screeningsinstrument voor dissociatieve symptomen. 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 psychometrische eigenschappen zijn zeer bevredigen. De betrouwbaarheid is hoog²⁰. De afnametijd is ongeveer 5 minuten.

Vraag belastende ervaringen uit - Traumatic Experience Checklist (TEC)

Het is aan te raden om een open vraag naar traumatische ervaringen in de kindertijd uit de Vragenlijst Belastende Ervaringen Traumatic Experience Checklist (TEC) toe te voegen²¹.

3.4. Terughoudend zijn met uitvragen maar wel ruimte geven

Er moet 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 daarvoor de ruimte gegeven moet worden en dat er respectvol gereageerd moet worden.

¹⁸ Walters, Bisson, Shepherd, 2007

¹⁹ Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, Vander Hart, VanderLinden, 1998

²⁰ Brewin, 2002; Dekkers, Olff, Naring, 2010

²¹ Nijenhuis, Van der Hart, Kruger, 2002

4. Diagnostiek

“Bij overlevenden van kindermishandeling die psychiatrisch patiënt worden, blijken zich de meest uitgebreide symptomen voor te doen. Ze verkeren in grotere geestelijke nood dan andere patiënten. Het meest opvallende is misschien wel het feit dat de reeks symptomen die met een voorgeschiedenis van samengaan zo uitgebreid is”. Judith Lewis Herman, 1992.

Bron: Rensen G.M. (2017); STRAKX-module screening en diagnostiek op (Complexe) Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) en Dissociatieve Stoornissen bij volwassenen met - een vermoeden van - psychotrauma en een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering; Amsterdam, Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke chronische Traumatisering (CELEVT).

4.1. Integraal diagnostisch model

De diagnostiek van STRAKX volgt een integraal diagnostisch model waarin naast de psychische problematiek gekeken wordt naar de algemene gezondheid, sociaal welbevinden en zorgbehoefte in combinatie met de levensgeschiedenis. In alle Multidisciplinaire Integrale Traumaexpertise Centra wordt een vaste set van wetenschappelijk gevalideerde methoden en vragenlijsten gebruikt worden die zeer behulpzaam zijn om de samenhang tussen de verschillende diagnostische gebieden goed uit te vragen en om de voortgang van de behandeling te evalueren²².

De diagnostiek kan gedaan worden 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

²² Davison, G. (2000), Huschemaekers, G., Smeets, R. (2005), Verheul, R., Kamphuis, J.H.

screenings- en diagnostische instrumenten, de interpretatie daarvan en de mogelijkheden voor behandeling.

4.2. Getrapte diagnostiek

De diagnostiek bij STRAKX 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. Ook biedt het model mogelijkheden voor het scherper onderscheiden van de basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ en 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 zelfrapportagelijsten²³.

Evaluatiediagnostiek tot slot is een structureel onderdeel van getrapte diagnostiek en dient ertoe om het effect van de behandeling te meten en te evalueren. De evaluatiediagnostiek behelst het meten van het beloop van de klachten en symptomen tijdens het behandeltraject en beantwoordt de vraag in welke mate de behandeldoelen gerealiseerd zijn²⁴.

4.3. CPTSS, Dissociatieve Stoornissen, hechting en co-morbiditeit

Er worden (semi) gestructureerde interviews en zelfrapportagelijsten gebruikt als ondersteuning respectievelijk verificatie van de klinische indrukken en 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 en om behandeldoelen te bepalen. Er wordt bij STRAKX door alle diagnostici gewerkt met een set van vragenlijsten waarbij gekeken is naar:

- Vragenlijsten voor het meten van Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS/ CPTSS).

²³ Davison, 2000; Huschemaekers, Smeets, 2005.

²⁴ Rensen, 2017

- Vragenlijsten voor het meten van Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS).
- Vragenlijsten voor het meten van Dissociatieve Stoornissen.
- Vragenlijsten voor hechtingsproblematiek en co-morbiditeit.
- Vragenlijsten voor het meten van zorgbehoefte en steunsysteem.
- Vragenlijsten voor veerkracht en empowerment.

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 onderzoek²⁵.

4.4. Persoonlijke behandel diagnostiek

De uitdaging voor cliënt en 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.

Omdat de gespecialiseerde traumabehandeling bij cliënten met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (VCT) over het algemeen langer durend is, er vaak sprake is van hechtingsproblematiek en problematiek op verschillende levensgebieden wordt bij de STRAKX Centra uitgebreide aandacht besteed aan de behandel diagnostiek. Zorgbehoefte, sociaal steunsysteem, veerkracht en de therapeutische werkaliantie worden in kaart gebracht.

Client en behandelaar maken behandelafspraken door gebruik te maken van het digitaal systeem Samen Keuzes Maken <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/c31f9c99-51a3-4fb9-97c7-872a0a98fbbb.pdf>.

²⁵ Rensen, 2017

5. fasegerichte gespecialiseerde traumabehandeling

“Omdat traumatische syndromen gemeenschappelijke kenmerken hebben, volgt het herstelproces ook een gemeenschappelijke weg. De fundamentele fasen van herstel zijn het zorgen voor veiligheid, reconstrueren van het traumatische verhaal en het herstellen van de verbondenheid tussen de overlevende en de gemeenschap”. Judith Lewis Herman, 1992.

Bron: Rensen G.M. (2017); Outline Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling op (Complexe) Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) en Dissociatieve Stoornissen bij volwassenen met - een vermoeden van - psychotrauma en een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering; Amsterdam, Stichting STRAKX Onderzoek en Innovatie VCT_V.

5.1. Gezonde reactie op abnormale levensbedreigende gebeurtenissen

Het is onze drijfveer om mensen te helpen om de in wezen aanwezige kracht en energie (weer) naar boven te halen. Hoe ver die misschien ook weg lijkt door hetgeen men heeft meegemaakt en waar men onder lijdt. Wij nemen mee dat in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen in wezen gezonde mensen zijn die lijden onder hetgeen hen is aangedaan. De reacties op ernstige en aanhoudende traumatisering in de kinderjaren zijn gezonde reacties op abnormale gebeurtenissen in vaak levensbedreigende situaties. Om te kunnen overleven en om verder te leven.

5.2. Niet alleen psychische symptomen maar vooral een zinvol leven

Bij de Multidisciplinaire Integrale Traumaexpertise Centra gaat het niet alleen om vermindering van psychische en somatische klachten en symptomen, maar vooral om het mensen bij te staan om een zinvol leven te kunnen leiden. En ook bij zelfregie en zelfredzaamheid, het vergroten van veerkracht en gezond gedrag en het sociaal-maatschappelijk actief zijn. Herstel is alleen mogelijk als mensen de pijnlijke confrontaties ook durven aangaan. Wij vinden het daarom belangrijk dat de traumatiserende ervaringen verwerkt worden en worden geïntegreerd in iemands levensverhaal. Dit vereist moed, kracht en energie, maar het langdurig tegenhouden -of niet behandelen- leidt tot psychische en/of lichamelijke klachten. Het is bij mensen met ervaringen van

Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering wel belangrijk om het tempo van het proces goed in de gaten te houden. Met forceren wordt het tegendeel bereikt.

5.3. Liefdevol vakmanschap

Wij willen werken in een veilig en inspirerend behandelklimaat. Een plek waar mensen zich welkom voelen en zich daardoor direct al beter en krachtiger voelen is voor mensen die in de kinderjaren ernstig getraumatiseerd zijn een basisvoorwaarde. Zij weten immers maar al te goed hoe het is om machteloos te zijn. Wij willen werken in een omgeving waar de mens voorop staat, cliënten actieve deelnemers zijn en professionals vanuit liefdevol vakmanschap werken. We maken oprecht vriendelijk contact en luisteren met aandacht naar wat nodig is. Mensen zorgen voor elkaar en tonen begrip en waardering. We nemen verantwoordelijkheid voor ons eigen gedrag en spreken anderen aan op houding en gedrag dat leed toevoegt. We werken met plezier, we delen een gezamenlijk doel en zorgen voor de best mogelijke gespecialiseerde traumabehandeling²⁶.

5.4. Heel de mens

Cliënten kunnen rekenen op een effectieve diagnose, de best mogelijke gespecialiseerde traumabehandeling en aanvullende zorg. We doorbreken traditionele scheidslijnen en spelen wij in op de actuele beweging om dichterbij de integrale vraag van de cliënt aan te sluiten. We hebben persoonlijke aandacht voor de hele mens. Dat betekent dat we alle dimensies van het bestaan (psychische, lichamelijke, maatschappelijke, mentale en spirituele) in de behandeling betrekken. De opvattingen van de cliënt ziekte en gezondheid, veerkracht en een zinvolle levensinvulling zeer richtinggevend voor de behandeling en herstel.

5.5. Eigen regie

Meer zelfregie voor de cliënt en minder afhankelijkheid van de zorgprofessional is ons adagium. 'Wij weten wat goed voor u is' is inmiddels echt achterhaald²⁷. Mensen houden de regie over eigen leven en welbevinden, ze nemen zelf de verantwoordelijkheid voor

²⁶ Bron: www.planetree.nl

²⁷ Zie STRAKX (2017) Netwerk Multidisciplinaire Integrale Traumaexpertise Centra (STRAKX MIT)

hun gezondheid. We kijken vooruit naar mogelijk toekomstige veranderingen en herstel op meerdere dimensies: symptomatisch, persoonlijk en maatschappelijk²⁸. We bieden toegang tot traumabehandeling, eigen dossier en relevante informatie zodat betere keuzes mogelijk zijn. We schetsen alternatieven en maken gevolgen van keuzes duidelijk²⁹.

5.6. Internationaal eerste keuze behandeling

De fasegerichte behandeling is een meeromvattende behandeling waarvan gebleken is dat dit een effectieve behandelmethode is die internationaal als eerste keuze wordt aangemerkt. Na een eerste periode van intensieve behandeling van gemiddeld twee jaar is een forse verbetering in de kwaliteit van leven en trauma-gerelateerde symptomen te zien. Indien de gehele behandeling wordt afgerond neemt de psychopathologie in sterke mate af en verdwijnt in veel gevallen³⁰. De kwaliteit van leven, de maatschappelijke participatie en sociaal functioneren neemt in hoge mate toe.

5.7. Modulaire aanpak in drie behandelfasen

STRAKX hanteert in de verschillende behandelfasen een modulaire aanpak. Door de behandeling op te delen in verschillende modules wordt het traject enerzijds overzichtelijk gehouden, anderzijds wordt de cliënt (geleidelijk) begeleid in het benoemen en vervolgens in het aangaan van de confrontatie met traumatische herinneringen. De behandeling bestaat uit verschillende fasen die elkaar deels overlappen:

1. Stabilisatie en symptoomreductie

Vaardigheden voor stabilisatie en symptoomreductie en voorbereiden op traumaverwerking;

2. Traumaverwerking

Verwerken traumatische herinneringen, exposure/ blootstelling en integreren.

²⁸ Droes, Witsenburg, 2012.

²⁹ Bron: www.planetree.nl

³⁰ Brand,Loewenstein, Spiegel, 2014; Courtois,Ford Eds, 2009; Van der Hart, Nijenhuis & Steele,2010.

3. Integratie

Integratie van het verleden, heden en toekomst, rouw, nieuw perspectief en herstel

Er is in alle fasen aandacht voor alle levensgebieden: psychische en fysieke gezondheid, wonen, werk, dagbesteding, inkomen, sociale en maatschappelijke participatie, veerkracht, zelfredzaamheid, sociaal netwerk.

5.8. Gericht op de verwerking van de traumatische herinneringen

Bij STRAKX is de gespecialiseerde traumabehandeling primair gericht op verwerking van de traumatische ervaringen en herstel.

Bij volwassenen met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering wordt er nogal eens van uitgegaan dat traumaverwerking gecontra-indiceerd zou zijn en wordt hiervan afgezien³¹. Als argument wordt vaak gebruikt dat de problematiek vanwege de hoge co-morbiditeit of de complexiteit van de traumatisering te zwaar is. Als tweede argument wordt vaak aangevoerd dat cliënten Cognitief Gedragstherapeutische Traumabehandeling (zoals EMDR en Cognitief exposure, of Geleide Realisatie) niet aan zouden kunnen vanwege het gevaar van decompensatie. Te vaak wordt ook gedacht dat in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen deze vormen van traumabehandeling niet zouden wensen of dat beter 'vooruitgekeken kan worden dan omgezien'.

Uit predictie onderzoek blijkt echter dat cliënten met complexere trauma-gerelateerde stoornissen en bijkomende co-morbiditeit net zoveel van CGT-traumabehandeling profiteren als cliënten zonder co-morbide stoornissen en minder complexe trauma-gerelateerde psychische problematiek³². Vanuit STRAKX is daarom het streven om op basis van de uitkomsten van de diagnostiek, zo snel als mogelijk is over te gaan op CGT-traumabehandeling³¹.

³¹ Lampe, Mitmansgruber, Gast, Chlussler, Reddeman, 2008; Drayer, Langeland, Boon, 2012.

5.9. Langere voorbereidingsperiode en ingebed in meeromvattende behandeling

Bij cliënten met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering met CPTSS en Dissociatieve Stoornissen – en aanverwante co-morbiditeit- zijn wel meer voorzorgsmaatregelen, een langere voorbereidingen nodig, voordat tot traumaverwerking kan worden overgegaan dan bij eenmalige traumatisering en minder complexe traumatisering het geval is. Er is ook meer behandelexpertise nodig³².

Bij een te snelle overgang naar traumaverwerking bestaat het gevaar van decompensatie, daarom wordt bij STRAKX de traumaverwerking altijd ingebed in een meeromvattende fasegerichte behandeling.

5.10. Meeromvattende behandeling

De fasegerichte aanpak is een meeromvattende behandeling waarin verschillende behandelmethodieken gebruikt kunnen worden:

- Cognitieve gedragstherapie (CTG) gecombineerd met psychodynamische psychotherapie, Tranceference Focused Psychotherapy (TFP) en Mentalisation Based Therapy (MBT);
- Schematherapie, systeemtherapie, medicatie;
- Cognitief Gedragstherapeutische Traumabehandeling waaronder EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing), Imaginair Exposure en Geleide Realisatie.
- Lichaamsgerichte therapie waaronder psychomotore therapie, Sensori Motor Psychotherapie (SP), hartcoherentie training.
- Complementaire behandeling, coaching, advies, begeleiding.

Iedere cliënt bij STRAKX heeft een vaste individuele behandelaar voor de psychotherapie. Daarnaast kunnen aanvullende (groeps) therapiemodules en cursussen gevolgd worden en kan (tijdelijk) medicatie aangewezen zijn.

³² Brand,Loewenstein, Spiegel, 2008; Minnen, van, 2010; Jong, Broeke, 2012.

5.11. Behandelduur

De behandelduur is naar de huidige inzichten gemiddeld 1 tot 4 jaar, uitgaande van 100 tot 150 consulten per jaar bij Complexe Post Traumatische Stress Stoornis (CPTSS) en minder complexe Dissociatieve Stoornissen. Bij hoge psychische, somatische comorbiditeit en een complexere voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering kan de behandeling langere tijd in beslag nemen. Bij complexe Dissociatieve Stoornissen waaronder de Dissociatieve Identiteit Stoornis (DIS) is dat vrijwel altijd het geval. De behandelduur kan in deze gevallen 10-15 jaar duren. Net als bij andere EPA-problematiek (Ernstige Psychiatrische Aandoeningen) kan er sprake zijn van chroniciteit en is langere begeleiding gedurende het leven nodig. Waar aangewezen met terugkeer naar voorgaande behandelfasen.

5.12. Somatisch onderzoek en behandeling bij lichamelijke ziekten

Bij cliënten met CPTSS en Dissociatieve Stoornissen en een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering wordt frequent ernstige somatische problematiek gevonden. Zoals cardiovasculaire problemen, diabetes mellitus, longziekten, gynaecologische problemen, problemen aan het bewegingsapparaat, neuro- fysiologische problemen.

Bij STRAKX worden daarom alle cliënten zorgvuldig onderzocht door een arts waarbij deze let op somatische aandoeningen die geregeld voorkomen³³.

- De verschillende risicofactoren voor cardiovasculaire ziekten worden nagegaan.
- Tevens wordt gekeken naar ziekten en klachten van het zenuwstelsel, en het bewegingsstelsel.
- Daarnaast kan een lichamenlijk en een algemeen neurologisch onderzoek plaatsvinden.

³³ Inspectie gezondheidszorg, GGZ Nederland, 2008; Swols e.a., 2011; Theunissen e.a., 2013; Berg v.d. e.a., 2014; Swolfs e.a., 2011.

- Er wordt gekeken naar specifieke problemen die bij in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen veel voorkomen, zoals aanhoudende pijnklachten en chronische vermoeidheid.

Hiervoor moet een Multidisciplinaire Integrale Traumaexpertise Centra over de nodige expertise kunnen beschikken. Dit kan door de benodigde competenties in huis te halen of door samenwerkingen aan te gaan met regionale huisartsen, fysiotherapeuten, haptonomen, tandartsen, regionale ziekenhuizen.

5.13. Complementaire behandeling

Veel volwassenen met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering geven aan dat zij naast de reguliere, bekende behandelingen gebruik willen maken van complementaire behandelvormen. Ze zoeken naar nieuwe wegen om hun klachten te verminderen en maken hier graag hun eigen keuzes in³⁹.

Ons uitgangspunt is dat zowel reguliere als complementaire behandelvormen beschikbaar dienen te zijn. Besluit men tot complementaire behandeling, dan geldt bij een reguliere DSM-5 diagnose dat de daarbij passende fasegerichte behandeling moet worden of zijn toegepast. De complementaire behandeling komt niet in plaats van de reguliere behandeling, maar er kan voor een combinatie gekozen worden³⁴. Er worden alleen complementaire behandelingen toegepast die bewezen effectief zijn en positieve resultaten laten zien in (reviews van) meerdere goed uitgevoerde studies. Bij de STRAKX Centra gaat het dan om:

- Deelgenoten-/ lotgenotengroepen, herstelbemiddeling, coaching, re-integratiebegeleiding en maatjes-/ vriendendiensten.
- Acupunctuur, haptonomie, yoga, mindfulness, Chi Quong
- PTSS Hond, sporten en running therapie, leefstijltrainingen.
- Massage, ontspanning en stressvermindering, yoga.
- EHealth en APPS.

³⁴ Hoenders, Appelo, Van den Brink, Hartogs, Berger, Tasma, 2013.

6. E-Health om zelf te werken aan herstel

“Hulpeloosheid en isolement zijn de kernervaringen van een psychisch trauma. Een hernieuwd gevoel van macht en verbondenheid is de kernervaring van herstel. De getraumatiseerde persoon gaat inzien dat anderen haar of hem tot slachtoffer hebben gemaakt en gaat beseffen welke gevolgen dat heeft gehad. Ze zijn nu zover dat ze concrete maatregelen kunnen treffen om gevoel van macht en zeggenschap te versterken.” Judith Lewis Herman, 1992.

Bron: Rensen G.M. (2017); EHealth om zelf te werken aan herstel voor mensen met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering; Stichting STRAKX Onderzoek en Innovatie VCT_V.

6.1. Apps en EHealth

Wij willen mensen helpen om zelf te werken aan herstel van de traumatische ervaringen op een plaats en tijd die hen het beste schikt. EHealth en Apps kunnen directe ondersteuning bieden wanneer klachten zich voordoen, en hierdoor de zelfredzaamheid en veerkracht van mensen vergroten. We willen Apps en EHealth tools ontwikkelen die ingezet kunnen worden voor psycho-educatie, het monitoren van klachten, het vinden van professionele zorg en het aanreiken van interventies. Een van de belangrijkste voordelen is dat deze toepassingen en met name apps altijd en overal geraadpleegd kunnen worden. Ook kunnen EHealth en apps anoniem gebruikt worden, wat extra van waarde is bij Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering, waarbij gevoelens van schaamte vaak voorkomen³⁵.

Enkele onderdelen zoals screeningsmethodes kunnen vrij (bijvoorbeeld via Vroegkinderlijk TraumaNET)³⁶ aangeboden worden zodat cliënten zelf of verwijzers zoals (huis) artsen, POH-GGZ, medisch specialisten een korte screening kunnen doen. Ook enkele EHealth oplossingen kunnen vrij aangeboden worden.

³⁵ Olf, Zuiden van, Bakker, 2015.

³⁶ De STRAKX e-community

6.2. Vroegkinderlijk Trauma-NET

Vroegkinderlijk Trauma-Net wordt een online kennisplatform, herstelinstrument en ontmoetingspunt voor mensen die in hun volwassen leven kampen met psychische klachten als gevolg van chronische traumatisering in de kinderjaren. Conform vergelijkbare succesvolle initiatieven als www.psychosenet.nl (psychosegevoeligheid) en www.proudtobeme.nl (eetproblematiek) functioneert Vroegkinderlijk TraumaNet als een communicatieplatform om in de kinderjaren chronisch getraumatiseerde volwassenen te ondersteunen in hun herstel. Het is laagdrempelig, goed toegankelijk en draagt bij aan veerkracht en zelfredzaamheid, de juiste behandeling, de beschikbaarheid van kennis en uiteindelijk ook tot kostenbesparing in de zorg. Vroegkinderlijk TraumaNet zal bovendien functioneren als een virtueel ontmoetingsplein voor iedereen die betrokken is bij de psychische, fysieke en maatschappelijke gevolgen van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering.

6.3. Landelijke e-Community geïntegreerd in de regio

De Nieuwe GGZ³⁷ is opgericht in december 2015, STRAKX is aangesloten bij de landelijke e-Community voor eHealth en m-Health. Een e-community, geïntegreerd in de regio, waarmee cliënten, professionals, en mensen in de directe omgeving van de cliënt kunnen samenwerken. In die infrastructuur beheert de cliënt zijn eigen dossier en heeft hij via een soort blendleconstructie, eHealth diensten tot zijn beschikking in een open aanbod waar de cliënt zelf bepaalt van welke eHealth of m-Health-dienst hij gebruik wil maken.

³⁷ [www. http://www.denieuweggz.nl/](http://www.denieuweggz.nl/)

7. Treatment Monitor VCT_V

Bron: Rensen G.M. (2017); Naar de best mogelijke gespecialiseerde traumabehandeling; wetenschappelijk effectonderzoek en onderzoekslijnen; Stichting STRAKX Onderzoek en Innovatie VCT_V.

7.1. Voor de behandelaar en cliënt

Treatment Monitor VCT_V wordt door alle behandelaren bij STRAKX gebruikt en is een instrument voor het behandelkwaliteit, zelfsturing en zelfmanagement en voor diagnostiek en evaluatiediagnostiek (effectmeting).

Treatment Monitor VCT_V maakt een terugkoppeling over behandelresultaten mogelijk naar zowel de cliënt als naar de behandelaar als naar het behandelteam. Het systeem biedt cliënten de zekerheid dat gewerkt wordt met evidence based (wetenschappelijk onderbouwde) methoden voor Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling (MIT). Het biedt hen ook de mogelijkheid om zelf keuzes te maken voor het behandeltraject. En om vanuit eigen zorgbehoefte en kracht sturing te geven aan herstel. Wij verwachten daarom dat niet alleen behandelaren belangstelling hebben voor het werken met Treatment Monitor VCT_V maar dat cliënten daar in toenemende mate om zullen vragen.

7.2. Goed opgeleide behandelaren

Voor iedere behandelaar bij STRAKX werkt met Treatment Monitor VCT_V. Hiervoor geldt dat zij passend bij het niveau van hun beroepsuitoefening zijn opgeleid in de diagnostiek en evaluatiediagnostiek en methodes van effectmeting (inclusief de beperkingen hiervan). En ook in de basisprincipes voor de Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling conform evidence based methodes voor reguliere en complementaire vormen van traumabehandeling³⁸.

³⁸ Ook STRAKX partners en licentiehouders werken met Treatment Monitor VCT_V. Zie hiervoor Strakx Brochure: Multidisciplinaire Integrale Traumaexpertise Centra, 2017 www.strakxisnu.nl/traumabehandeling.

Cliënten³⁹ weten dan dat zij behandeld worden door een behandelaar die beschikt over de kennis en vaardigheden die nodig zijn voor de gespecialiseerde traumabehandeling bij mensen met een achtergrond van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering.

7.3. Inzicht in behandelproces en de resultaten daarvan

Bij STRAKX worden alle behandelingen gestandaardiseerd geregistreerd en de voortgang van iedere behandeling wordt gevolgd door middel van een geprotocolleerd evaluatiesysteem. Bij de start van de behandeling helpen gegevens van gestandaardiseerde en gevalideerde meetinstrumenten om een goed beeld te krijgen van de aard en de ernst van de klachten en de zorgbehoefte, wat van belang is voor het kiezen van de juiste behandeling. Bij (half) jaarlijkse vervolgmetingen wijzen de gegevens uit of de behandeling aanslaat en leidt tot reductie van symptomen, verbetering van (inter) persoonlijk functioneren, maatschappelijk functioneren (arbeid/bezigheden), vermindering van zorggebruik en tot een betere kwaliteit van leven. Ook wordt de cliënt tevredenheid gemeten en kunnen cliënt en behandelaar in gesprek gaan of keuzes voor het vervolg van de behandeling ⁴⁰.

7.4. Onlosmakelijk onderdeel behandelproces

Het werken met de Treatment Monitor VCT_V maakt onlosmakelijk onderdeel uit van het diagnostiek en behandelproces. Dat vergroot niet alleen het gebruik in de dagelijkse praktijk maar de verwachting is ook – vanuit onderzoek perspectief – dat de drop-out ratio gering zal zijn. Om de doorstroom in de indicatiestelling te optimaliseren is daarom in het STRAKX Kwaliteitsinstrument 'Screening, diagnostiek en evaluatie diagnostiek' voorzien in een methode van getrapte diagnostiek (licht waar mogelijk, zwaarder waar aangewezen) en is een diagnosestraat met beslismomenten beschreven⁴¹.

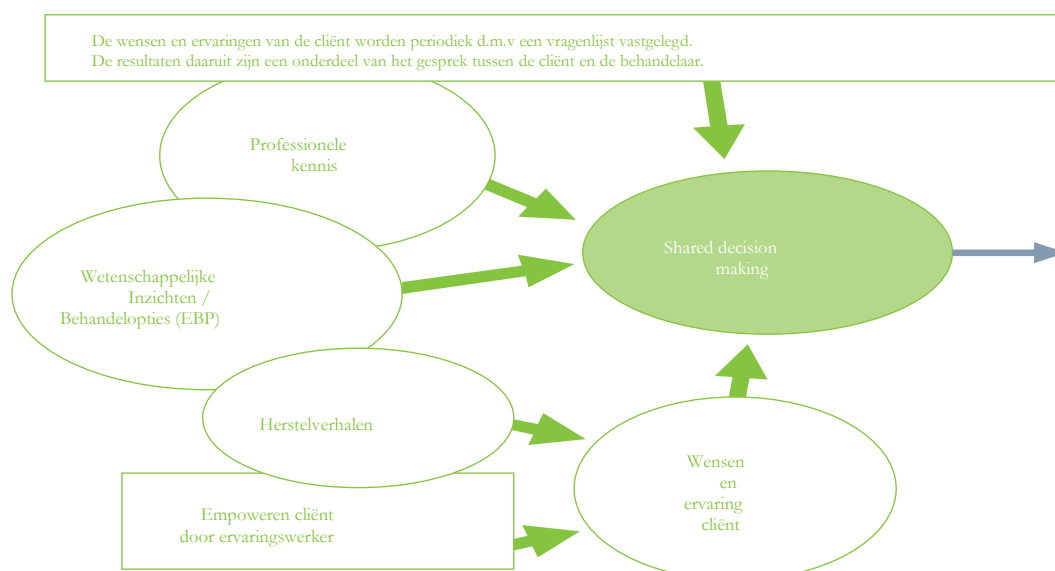
³⁹ En verwijzers en verzekeraars

⁴⁰ Rensen, 2017

⁴¹ Rensen, 2017

7.5. Zelfmanagement en Samen Keuzes Maken

Treatment Monitor VCT_V geeft ook ruimte voor zelfmanagement voor cliënten omdat ze zelf de eerste screening kunnen doen, door het invullen van zelfrapportagelijsten en in de behandel diagnostiek expliciet te vragen naar zorgbehoefte. Client en behandelaar gaan samen in gesprek over het behandelplan en het behandelbeloop waarvoor Treatment Monitor VCT_V gekoppeld wordt een het digitale systeem Samen Keuzes Maken (SKM)⁴². Het is een geïntegreerd en in de dagelijkse behandelpraktijk goed toepasbaar systeem voor op de individuele behandelbehoefte toegesneden behandel evaluatie en effectmeting. 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. De behandelgeschiedenis wordt bewaard en een verloop van voor- of achteruitgang kan bij een aantal categorieën grafisch zichtbaar worden gemaakt⁴³.

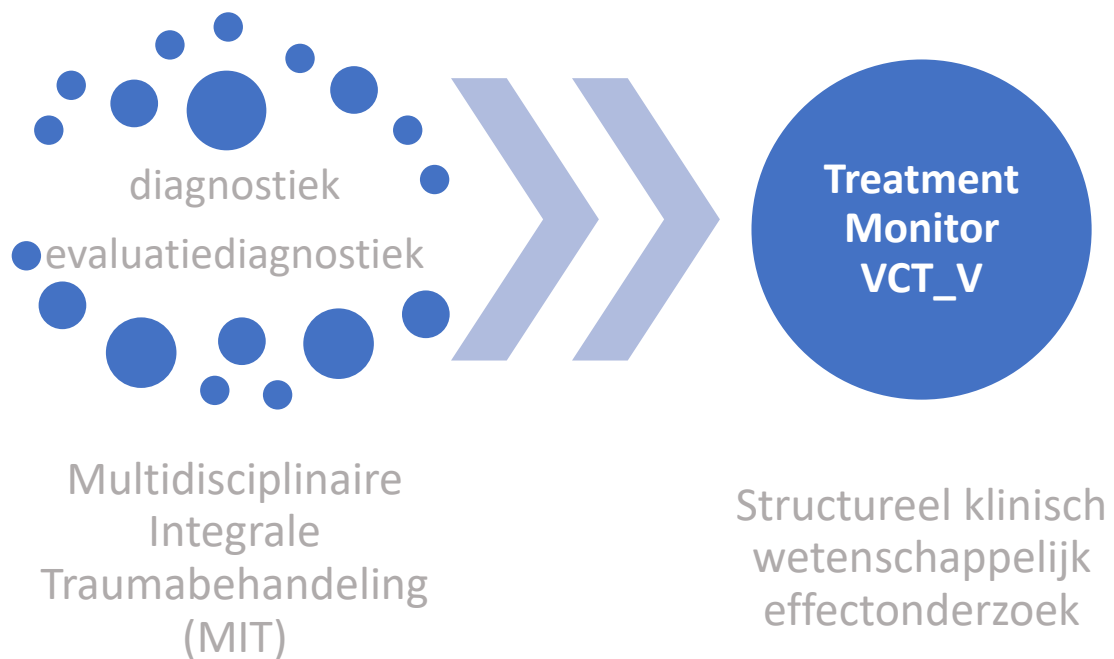


⁴² Davison, G. (2000), Huschemaekers, G., Smeets, R. (2005), Verheul, R., Kamphuis, J.H.,

⁴³ <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/c31f9c99-51a3-4fb9-97c7-872a0a98fbbb.pdf>

7.7. Aan Treatment Monitor VCT_V gekoppeld effectonderzoek

In de toekomst biedt dit landelijke databestand de mogelijkheid tot aan ROM gekoppeld wetenschappelijk effectonderzoek. Hiervoor kan het nodig zijn om extra informatie te verzamelen, deze gegevens vast te leggen in een SPSS-databestand en deze te koppelen aan de systematische dataverzameling.



8. Wetenschappelijke krachten bundelen

Bron: Rensen G.M. (2017); Naar de best mogelijke gespecialiseerde traumabehandeling; wetenschappelijk effectonderzoek en onderzoeklijnen; Stichting STRAKX Onderzoek en Innovatie VCT_V.

8.1. De best mogelijke traumabehandeling

Om tot de best mogelijke traumabehandeling te komen is het noodzakelijk om de effectiviteit en efficiëntie van Multidisciplinaire Integrale Traumabehandelingen aan te tonen.

Met STRAKX en in het bijzonder de structurele toepassing van Treatment monitor VCT_V willen wij bijdragen aan het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek. Wij hopen bij te dragen aan een sterk onderzoek- en innovatieveld waardoor wetenschappelijk onderzoek en behandelinnovaties hun weg vinden naar de dagelijkse behandelpraktijk. Dat komt ten goede aan behandeling zoekende volwassenen zodat zij de best mogelijke traumabehandeling krijgen met de meeste kans op succes. Wij hopen bij te dragen aan een sterk onderzoek- en innovatieveld waardoor wetenschappelijk onderzoek en behandelinnovaties hun weg vinden naar de dagelijkse behandelpraktijk.

8.2. Universitaire Leerstoel

Wij streven daarom ook naar een Universitaire Leerstoel en hopen deze op niet al te lange termijn te kunnen vervullen. Een leerstoel is van essentieel belang om het wetenschappelijk discours te kunnen houden, het vakgebied een plaats te geven binnen de academische wereld die zij verdient en bij te kunnen dragen aan wetenschappelijk onderzoek en behandelinnovatie.

Voor de ontwikkeling van wetenschappelijk onderzoek en behandelinnovatie is een gedegen onderzoekstructuur nodig. STRAKX wil zich inzetten om met relevante partijen te werken aan een gezamenlijke, breed gedragen Onderzoek- en Innovatieagenda, met doelen en stappen op de korte, middellange en lange termijn. Het doel is te komen tot meer samenhang in onderzoek en wetenschappelijk onderbouwing.

8.3. Onderzoekslijn Screening en diagnostiek

Binnen deze onderzoekslijn richt de aandacht zich op de verfijning, doorontwikkeling, standaardisatie en implementatie, effectiviteit en evaluatie van multidisciplinaire integrale screening en diagnostiek. De opzet is om op basis van het STRAKX-model voor integrale en getrapte screening en diagnostiek te komen tot de doorontwikkeling van methodes, instrumenten en standaardisatie voor vroege detectie, screening en diagnostiek en voor behandel-evaluatie, die aansluiten bij de symptomen en klachten bij (Complexe) PTSS en Dissociatieve Stoornissen en co-morbiditeit bij volwassenen met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering. Daarnaast gaat specifieke aandacht uit naar de co-morbiditeit met één of meerdere andere diagnoses op As I en/of As II⁴³, en de relatie tussen de DSM-5 PTSS, het subtype PTSS met prominent aanwezige dissociatieve symptomen en Dissociatieve Stoornissen en de validering van het begrip Complexe PTSS c.q. Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified – DESNOS.

8.4. Onderzoekslijn Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling (MIT)

Binnen deze onderzoekslijn richt de aandacht zich op de verfijning, doorontwikkeling, standaardisatie en implementatie, effectiviteit en evaluatie van Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling (MIT). Hoewel er belangwekkend nationaal en internationaal wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar meer algemene traumabehandeling, ontbreekt het aan structureel onderzoek naar traumabehandeling bij (Complexe) PTSS en Dissociatieve Stoornissen en co-morbiditeit bij volwassenen met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering. Dit geldt nog sterker voor onderzoek naar Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling bij een combinatie van psychische, somatische en maatschappelijke problematiek. Doel is de behandelmethodes te onderzoeken op effectiviteit en de wijze waarop verschillende methodes geïntegreerd kunnen worden in bestaande behandelprogramma's, welk behandelpakket de meeste verbetering biedt en welke behandelfactoren passen binnen de ontwikkeling van standaarden en behandelrichtlijnen. Het kan onder andere gaan om methodes voor psycho-educatie, de fasegerichte behandeling, traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TG-CGT), Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR), Geleide Realisatie, Narratief Exposure Therapie, Mentalisation Based Treatment (MBT), psychodynamische therapie en ook complementaire behandelmethoden.

8.5. Onderzoekslijn Positieve gezondheid: focus op veerkracht en herstel

Binnen deze onderzoekslijn gaat het om de doorontwikkeling, implementatie en evaluatie van de herstelbenadering, veerkracht en positieve gezondheid. Dit is een relatief nieuw onderzoeksgebied, zeker in relatie tot Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering. Het is de uitdaging om bij Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling de herstelbenadering, aspecten van veerkracht en elementen van positieve gezondheid goed meetbaar te maken, en ze te onderzoeken op effectiviteit als het gaat om gecombineerd psychische, somatische en maatschappelijke problematiek. Doel is de herstelmethodes te onderzoeken op effectiviteit en de wijze waarop verschillende methodes geïntegreerd kunnen worden in bestaande behandelprogramma's, welke herstelactiviteiten passen binnen de ontwikkeling van standaarden en behandelrichtlijnen. Het kan onder andere gaan om (consumer based) onderzoek naar multidisciplinaire integrale screening en diagnostiek en traumabehandeling, de relatie tot symptomatisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel, veerkracht en hoop hervinden en moed verzamelen, een positief zelfgevoel ontwikkelen en een betekenisvol bestaan opbouwen, specifieke herstelmethoden, het meten van zorgbehoefte, kwaliteit van leven of SamenKeuzesMaken⁴⁴.

8.6. Onderzoekslijn Medisch biologische en neurofysiologische aspecten

Binnen deze onderzoekslijn richt de aandacht zich op de verfijning en doorontwikkeling van neurobiologische en neurofysiologische screening, diagnostiek en behandeling. Onderzoek is in opkomst naar de relatie tussen de neurobiologische en neurofysiologische effecten van aanhoudende stress bij chronische traumatisering in de kinderjaren en neurobiologische en neurofysiologische ontregeling die daarvan het gevolg is, gecombineerd met mogelijkheden voor behandeling en herstel. Dit is van belang voor het begrijpen van het ontstaan van klachten en symptomen, voor de diagnostiek en de behandeling daarvan, zeker in het kader van Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling. Het kan onder andere gaan om onderzoek naar de hypothalamus-hypofyse-bijnieras (hpa-as), de cortisol productie, de functie van de hypofyse en de hypothalamus, veranderingen in het limbische systeem en de hippocampus, hormonen die daarbij een rol spelen, serotonine en endorfine, corticosteroïdreceptorfunctie⁴⁴. Het kan ook gaan om (beeldvormend) hersenonderzoek (MRI) en biologische producten, zoals

⁴⁴ De Kloet & Rinne 2007; Nicolai, 2009

bloed en speeksel, of om onderzoek naar schade aan het hechtingsysteem en de relatie met het biologische en neurofysiologisch systeem. Ook farmacotherapie, neuro imaging komen in aanmerking.

9. Adviesraden

Bron: Rensen G.M. (2017); Rapport Wetenschappelijke en Maatschappelijk Adviesraden; Stichting STRAKX Onderzoek en Innovatie VCT_V.

9.1. Vooraanstaand netwerk

Wij voelen ons zeer vereerd en gesteund in onze doelstellingen door een groot en stevig netwerk van vooraanstaande personen binnen het vakgebied. Een breed landelijk netwerk en van professionals en ervaringsdeskundigen die ons op het gebied van traumabehandeling, wetenschappelijk onderzoek en herstel adviseren en met raad en daad bijstaan. Binnen onze Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) en de Maatschappelijke Adviesraad (MAR) hebben wij de afgelopen periode vooraanstaande personen binnen het vakgebied mogen begroeten⁴⁵.

9.2. Wetenschappelijke Adviesraad (WAR)

De Wetenschappelijk Adviesraad is ingesteld om vanuit de professionele expertise van de leden een inhoudelijke bijdrage te leveren aan de doelstelling en missie van de stichting STRAKX. Voor wat betreft de ontwikkeling van Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling en wetenschappelijk onderzoek. De leden van de Wetenschappelijke Adviesraad worden individueel en op grond van persoonlijke expertise gevraagd voor advies over:

- De Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling;
- De wetenschappelijke infrastructuur; • De wetenschappelijke onderzoekslijnen;
- Wetenschappelijk onderzoek.

Voorts kunnen leden gevraagd worden voor:

- Het mede optreden als copromotor bij wetenschappelijk onderzoek.
- Het mede realiseren van (wetenschappelijke) publicaties.

⁴⁵ Zie ook www.strakxisnu.nl

- Het waar aangewezen uitdragen van de missie, doelstelling, activiteiten en waarden van STRAKX.

9.3. Maatschappelijke Adviesraad (MAR)

De Maatschappelijke Adviesraad (MAR) is een groep van mensen die zelf te maken hebben gehad met Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering, behandeling en herstel. Deze groep wordt ingesteld om vanuit ervaringsdeskundigheid een herstelgerichte inhoudelijke bijdrage te leveren aan de doelstelling en missie van STRAKX voor wat betreft de ontwikkeling van Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling en wetenschappelijk onderzoek. De leden van de Maatschappelijke Adviesraad worden individueel en op grond van persoonlijke expertise gevraagd voor advies over:

- De Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling;
- De wetenschappelijke infrastructuur; • De wetenschappelijke onderzoekslijnen;
- Wetenschappelijk onderzoek.

Voorts kunnen leden gevraagd worden voor:

- Het mede optreden als copromotor bij wetenschappelijk onderzoek.
- Het mede realiseren van (wetenschappelijke) publicaties.
- Het waar aangewezen uitdragen van de missie, doelstelling, activiteiten en waarden van STRAKX.

Referenties

1. Alink, L., Ijzendoorn, R. van, Bakermans, M et al (2011). Kindermishandeling in Nederland Anno 2010; de Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen. Leiden: Casimir.
2. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5 ed., text rev.). Washington, DC: Author.
3. Arnow, B. A. (2004). Relationships between child maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 10–15.
4. Berg, van den, K.E.M., Rijnders, C.A.Th., Dam, van, A., Ven, van de, A.L.M., Feltz-Cornelis, 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.
5. Berg, van der, P.G., Bont, de, A.J.M. Vleugel, B.M., Roos, de, C., Jongh, de, A., Gaag, van der, M. (2015). Prolonged exposure vs Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs Waiting List for Posttraumatic Stress Disorder in Patiënten with Psychotic Disorder, A randomized Clinical Trial, *JAMA Psychiatry*; 72 (3), 259-267.
6. Brand, B.L., Loewenstein, Spiegel, D., (2014) Dispelling myths about Dissociative Identity Disorder treatment. An empirically based approach. *Psychiatry*, 77 (2), 169-189.
7. Briere, J., Kaltman, S., Green, B.L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 223-226.
8. Courtois, C.A., Ford, J.D. Eds; (2009); *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide*. The Guilford Press, New York, 2009.
9. Davison, G. (2000), Stepped care: Doing more or less? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 580- 55.
10. Deegan, P.E. & R.E. Drake (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57, 1636-9.
11. Delespaul, Ph., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., Van Os, J.; Goede GGZ! (2015) *Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*; *Diagnosis Uitgeverij*.
12. Dong, M., Anda, R.F., Felitti, V.J., Williamson, D.F., Dube, S.R., Brown, D.W. 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.
13. 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.

14. Draijer, N., Langeland, W., Boon, S. (2012), Complexe trauma gerelateerde stoornissen na vroegkinderlijke traumatisering. C-PTSS, borderline persoonlijkheidsstoornissen en dissociatieve stoornissen. In: Handboek Posttraumatische stressstoornissen, red. Vermetten E, Kleber, R.J., Van der Hart, O., De Tijdstroom.
15. Droes, J., Witsenburg, C.(red) (2012). Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel. Amsterdam: SPW.
16. 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.
17. 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.
18. Edwards, V.J., Holden, G.W., Felitti, V.J., Anda, R.F. (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.
19. Felitti, V.J., Anda, R.F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare. In: Lanius, R.A., Vermetten, E., Pain, C., editors (2010); *The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic*; Cambridge: Cambridge University Press; 2010:77-86.
20. Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. (2008). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. (2nd Edition ed.)*. New York: The Guilford Press.
21. Gezondheidsraad (2011). *Behandeling na Kindermishandeling*, Den Haag: Gezondheidsraad.
22. Hafkenscheid, A. (2010). Rammelende ROM in de ggz: geen ROM zonder Routine Process Monitoring. *GZ-Psychologie*, 2, 12-17.
23. Hart, O. van der, Nijenhuis, E.R.S., Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/ Londen: Norton. (Nederlandse uitgave: *Jet belaagde zelf: Structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering*. Amsterdam: Boom, 2010)
24. Hoenders, H.J.R., Appelo, M.T., Van den Brink, H., Hartogs, B.M.A., Berger, C.J.J., Tasma, H.H. (2013); Protocol voor complementaire en alternatieve geneeswijzen; naar een verantwoorde toepassing binnen de GGZ; *Tijdschrift voor Psychiatrie*; 51 343-348.
25. 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.

26. Huber, M.A.S., Van Vliet, M., Giezenberg, J.A., Knottnerus, J.A. (2012); Towards a conceptual framework relating to 'Health and the ability to adapt and to selfmanage'. Operatierationalisering gezondheidsconcept. Rapport 2013 000VG. Louis Bolk Instituut Driebergen.
27. International Society for the Study of Dissociation. Guidelines for treating Dissociative Identity Disorder in adults. *J Trauma Dissoc* (2005); 6(4): 69-149.
28. Jongh, A., Broeke, ten, E. (2012), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). In: *Handboek Posttraumatische stressstoornissen*, red. Vermetten E, Kleber, R.J., Van der Hart, O., De Tijdstroom 2012.
29. Lampe. A., Mitmansgruber, H., Gast, U., Chlusser, G. & Reddeman, L. (2008). Therapieevaluation der Psychodynamische Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationaer Setting. *Neuropsychiatry*, 22, 189197.
30. Lanius, R.A., Vermetten, E. & Pain, C. (red). (2010). The impact of early trauma on health and disease; the hidden epidemic. London. Cambridge Univesity Press.
31. Leferink, S. (2014); *Het verschil maken*; Utrecht Slachtofferhulp Nederland.
32. McFarlane, A.C., & Van der Kolk, B.A. (1996). Trauma and its challenge to society. In B.A. van der Kolk, A.McFarlane, & L. Weisath (red.) *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (24-46). New York: The Guilford Press.
33. McLaughlin K.A., Greif Green J., Gruber M.J., Sampson N.A., Zaslavsky A.M., Kessler R.C. (2010); Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication II. Associations with persistence of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry*; 67(2): 124-132.
34. Minnen, A., van. (2010), *Cognitieve gedragstherapie (CTG)*. In: *Handboek Posttraumatische stressstoornissen*, red. Vermetten E, Kleber, R.J., Van der Hart, O., De Tijdstroom.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. Planije M., Smits C.; (2006); *Inventarisatie van 'best practices' voor GGz cliënten met co-morbide somatische diagnose*. Utrecht: Trimbos-instituut, Programma Re-integratie.

39. 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.
40. 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
41. Rensen, G.M. (2017); Module screening, diagnostiek en evaluatiediagnostiek op (Complexe) Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) en Dissociatieve Stoornissen bij volwassenen met een vermoeden van – psychotrauma en een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering; Amsterdam, Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke chronische Traumatisering (CELEVT).
42. Rensen G.M. (2017); STRAKX Outline Multidisciplinaire Integrale Traumabehandeling voor volwassenen met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering bij (Complexe) Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) en Dissociatieve Stoornissen; Amsterdam, Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke chronische Traumatisering (CELEVT).
43. Rensen G.M. (2017); EHealth om zelf te werken aan herstel voor mensen met een voorgeschiedenis van Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering; Stichting STRAKX Onderzoek en Innovatie VCT_V.
44. Speeltjes, P., Thielen, F., ten Have, M., Graaf de, R., Smit, F. (2016) Kindermishandeling, de economische gevolgen op de lange termijn; *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58-10, 706-711.
45. Swolfs, S.N., Boerkoel R.A., Rijnders, C.A. (2011); De meerwaarde van een somatische screening op een polikliniek psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*; 53: 201-10.
46. Olf, M, Van Zuiden, M., Bakker, A. (2015) Early interventions: From e-health to neurobiology; *European Journal of Psychotraumatology*.
47. 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.
48. Vermetten, E., Kleber, R.J. Haagen, J. (2012); Aspecten van psychologische methoden en procedures. In: *Handboek Posttraumatische stressstoornissen*, red. Vermetten E, Kleber, R.J., Van der Hart, O., De Tijdstroom.
49. 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.

50. Walters, T.R., Bisson, J.I., Shepherd, J.P.; Predicting posttraumatic stress disorder: validation of the Trauma Screening Questionnaire in victims of assault; Psychological Medicine; Vol 37, p. 143-150.
51. Zorgverzekeraars Nederland (2007) Contracteerruimte 2007: geormerkte gelden speciale GGZ voorzieningen. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.

Aantekeningen

Lined area for notes with 20 horizontal lines.