

Kinderen worden geregeld blootgesteld aan schokkende gebeurtenissen zoals verkeersongelukken, geweld op school, seksueel misbruik of kindermishandeling. Dit kan ernstige psychische gevolgen met zich meebrengen. Nog al te vaak worden deze psychische gevolgen niet onderkend. Kinderen blijven daardoor langdurig rondlopen met klachten of krijgen een verkeerde diagnose toegeschreven. Hoe kunnen we de psychische gevolgen van een schokkende gebeurtenis vroegtijdig herkennen? Eva Verlinden zoekt antwoord op deze vraag.

HET SIGNALEREN VAN PSYCHOTRAUMA BIJ KINDEREN

TIJD HEELT NIET ALLE WONDEN

INLEIDING

Kinderen en adolescenten worden regelmatig geconfronteerd met schokkende gebeurtenissen. Soms betreft het een eenmalige gebeurtenis, zoals een verkeersongeluk of een brand. Andere gebeurtenissen zijn langdurig van aard, denk aan huiselijk geweld of seksueel misbruik. Na het meemaken van een schokkende gebeurtenis hebben vrijwel alle kinderen en adolescenten in meer of mindere mate last van stressreacties. Voorbeelden hiervan zijn prikkelbaarheid, somberheid, inslaapproblemen, nachtmerries of woede-uitbarstingen (*American Psychiatric Association*, 2008; Gurwitch et al., 2008). Deze stressreacties zijn in de eerste weken na het meemaken van een schokkende gebeurtenis heel normaal. Bij de meeste kinderen verdwijnen deze reacties weer na verloop van tijd. Het meemaken van één of meer schokkende gebeurtenissen kan echter ook tot blijvende psychische schade leiden; dan spreken we van een trauma (Copeland et al., 2007; De Bellis & Van Dillen, 2005).

Het woord 'trauma' is afkomstig uit het Grieks en betekent letterlijk 'wond' of 'verwonding'. In de medische wereld verwijst het woord trauma naar een lichamelijke wond of ander fysiek letsel. In de psychologie spreken we echter over een psychisch trauma, ook wel psychotrauma. Deze termen worden gebruikt om te verwijzen naar een psychische wond die veroorzaakt wordt door één of meer zeer beangstigende of schokkende gebeurtenissen. Deze angstaanjagende of schokkende gebeurtenissen worden ook wel aangeduid als traumatische gebeurtenissen.

In het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5), wordt een traumatische gebeurtenis als volgt gedefinieerd: 'Blootstelling aan een

feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld' (*American Psychiatric Association*, 2014, p. 390). Iemand kan dit zelf overkomen of hier getuige van zijn. Traumatische gebeurtenissen worden doorgaans onderscheiden in twee typen, te weten; type 1-trauma en type 2-trauma. Bij een type 1-trauma gaat het om het meemaken van een eenmalige gebeurtenis, zoals een verkeersongeluk of een brand. Bij type 2-trauma gaat het om meer of herhaalde gebeurtenissen die chronisch en interpersoonlijk van aard kunnen zijn, zoals langdurige mishandeling of seksueel misbruik.

POSTTRAUMATISCHE STRESSSTOORNIS Als de stressreacties na het meemaken van een schokkende gebeurtenis langdurig aanhouden en het dagelijks leven van een kind verstoren, kan er sprake zijn van een posttraumatische stressstoornis (PTSS). PTSS is de meest bekende en voorkomende stoornis die ontstaat na het meemaken van schokkende gebeurtenissen (Galea, Nandi & Vlahov, 2004). Onderzoek laat zien dat circa één op de zes kinderen PTSS ontwikkelt na het meemaken van een schokkende gebeurtenis (Alisic e.a., 2014). Deze cijfers lopen uiteen afhankelijk van de soort gebeurtenis en het geslacht van het kind. Meisjes lopen over het algemeen meer risico op het ontwikkelen van PTSS dan jongens. Bovendien leiden gebeurtenissen met een interpersoonlijk karakter (bijvoorbeeld een verkrachting of kindermishandeling) vaker tot PTSS.

Volgens de DSM-5 wordt PTSS gekenmerkt door vier symptoomclusters: (1) herbelevingen; (2) vermijding; (3) negatieve cognities en stemming; en (4) verhoogde prikkelbaarheid. Met herbelevingen worden klachten bedoeld zoals flashbacks of terugkerende dromen die gerelateerd zijn aan

de gebeurtenis. Vermijding heeft betrekking op het uit de weg gaan van gesprekken, mensen of plekken die herinneringen oproepen aan de gebeurtenis. Onder het cluster negatieve cognities en stemming vallen diverse symptomen waaronder negatieve gedachten over zichzelf, vervreemding van anderen, en verminderde interesse in activiteiten. Het laatste cluster, ten slotte, betreft diverse symptomen gerelateerd aan verhoogde prikkelbaarheid, zoals agressief gedrag, slaap- en concentratieproblemen, en zelfdestructief gedrag (*American Psychiatric Association, 2014*).

PTSS is vaak chronisch en kan lang doorwerken. Het syndroom heeft zijn invloed op het dagelijks functioneren van een kind en kan een bedreiging vormen voor de sociale, emotionele, cognitieve en lichamelijke ontwikkeling (Fairbank & Fairbank, 2009; Gabbay et al., 2004). PTSS verdwijnt over het algemeen niet vanzelf. Gelukkig zijn er effectieve behandelingen voor kinderen en adolescenten voorhanden, waaronder Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie (TG-CGT) en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Diehle et al., 2014). Hoe eerder we PTSS bij kinderen herkennen, hoe sneller we kinderen een passende behandeling kunnen aanbieden en hoe meer problemen op latere leeftijd kunnen worden voorkomen.

PSYCHOTRAUMA De afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het Academisch Medisch Centrum (AMC) te Amsterdam heeft het thema 'psychotrauma' als speerpunt opgenomen in het wetenschappelijke onderzoek. De afgelopen jaren werd uitgebreid onderzoek gedaan naar het welbevinden van kinderen en adolescenten die zijn blootgesteld aan diverse schokkende of traumatische gebeurtenissen.

UITSPRAKEN VAN KINDEREN OVER ERVAREN TRAUMA'S

- Ik moet er steeds aan denken
- Het lijkt alsof het nog steeds gebeurt
- Ik zie hem steeds, altijd en overal
- Het is mijn eigen schuld
- Ik kan niemand meer vertrouwen
- Alle mannen zijn slecht
- Volwassenen laten je in de steek
- Ik ben waardeloos
- Ik dacht dat ik dood ging
- Sinds de gebeurtenis schrik ik van elke deur die hard dichtvalt

Een van de onderzoeksprojecten was gericht op het verbeteren van de vroegtijdige herkenning van kinderen met PTSS (Verlinden, 2014). Het primaire doel van dit project was het ontwikkelen en valideren van een screeningsinstrument om PTSS bij kinderen te signaleren. De betrouwbaarheid en validiteit van dit instrument werd onderzocht. Gedurende het onderzoeksproject werd bovendien opgemerkt dat de psychische gevolgen van kindermishandeling verder lijken te reiken dan PTSS en te verschillen van de gevolgen van eenmalige trauma's. Het huidige onderzoeksproject heeft een eerste stap gezet in het toetsen van deze assumptie door de symptoomprofielen van kinderen die zijn blootgesteld aan eenmalig trauma te vergelijken met kinderen die zijn blootgesteld aan mishandeling. In onderhavig artikel wordt een impressie van dit project gegeven.

PTSS HERKENNEN

De diagnose PTSS is niet altijd eenvoudig te stellen. Gestructureerde diagnostische interviews zijn de gouden standaard bij het vaststellen van PTSS. De afname van een dergelijk interview kost echter veel tijd en moet vaak worden gedaan door getrainde professionals. Voor het vroegtijdig signaleren van PTSS zijn betrouwbare en valide screeningsinstrumenten een noodzaak. Screeningsinstrumenten bieden een snelle, kosteneffectieve en betrouwbare manier om kinderen met PTSS te signaleren. Met een screeningsinstrument kan

UITSPRAKEN VAN OUDERS OVER DE ERVAREN TRAUMA'S VAN HUN KIND

- De gebeurtenis heeft het leven van mijn kind voor- goed veranderd
- Ik ben een slechte ouder omdat ik mijn kind dit niet heb kunnen besparen
- Mijn kind wil niet dat mensen praten over wat er gebeurd is, dan loopt hij weg of wordt hij boos
- Het is mijn schuld dat mijn kind dit heeft moeten meemaken
- Ik dacht dat ze dood was
- Sinds de gebeurtenis lijkt het wel alsof ik een heel ander kind in huis heb
- Mijn kind plast weer in bed, terwijl hij eerder zindelijk was
- Mijn kind gunt zichzelf geen moment rust, zolang hij bezig blijft, denkt hij er niet aan

uiteraard geen formele diagnose worden vastgesteld, maar de lijst kan worden gebruikt voor het identificeren van kinderen die verdere diagnostiek en/of behandeling nodig hebben.

Een van de meest gebruikte instrumenten voor het screenen op PTSS bij kinderen is de *Children's Revised Impact of Events Scale*, afgekort CRIES (Children and War Foundation, 1998). De CRIES is een korte zelfrapportage-vragenlijst voor kinderen vanaf acht jaar. Er zijn twee versies beschikbaar; de CRIES-8 en de CRIES-13. De CRIES-8 bestaat uit vier vragen over herbeleving (bijvoorbeeld 'Zie je er plotseling beelden van in je hoofd?') en vier vragen over vermijding (bijvoorbeeld 'Blijf je uit de buurt van dingen die je eraan herinneren?'). De CRIES-13 omvat alle vragen van de CRIES-8 en nog eens vijf vragen over verhoogde prikkelbaarheid (bijvoorbeeld 'Heb je slaapproblemen?').

In Nederland is vooralsnog geen specifiek onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid en validiteit van de CRIES. Bovendien is er internationaal onvoldoende onderzoek verricht naar de meest optimale afkapwaarde van dit instrument en heeft onderzoek zich beperkt tot specifieke populaties en kleine steekproeven. Verlinden (2014) richtte zich om deze redenen op de betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandstalige CRIES en het bepalen van de meest optimale afkapwaarde. Dit onderzoek vormt tevens een aanvulling op internationaal onderzoek gezien de grote groep kinderen die werd onderzocht en de diversiteit aan schokkende gebeurtenissen waaraan de kinderen zijn blootgesteld.

De onderzoekspopulatie betrof een klinische groep van 395 kinderen en adolescenten, waarvan 247 meisjes (62,5%). De leeftijd van de kinderen varieerde tussen zeven en achttien jaar met een gemiddelde leeftijd van 12.79 jaar ($sd=3.01$). Alle kinderen waren blootgesteld aan één of meer schokkende gebeurtenissen waaronder eenmalige gebeurtenissen (type I-trauma) en chronische traumatisering (type 2-trauma). Tabel 1 geeft een overzicht van de schokkende gebeurtenissen die door de kinderen zijn benoemd als de meest nare gebeurtenis. De kinderen zijn geworven via Bureau Jeugdzorg en vier gespecialiseerde psychotraumacentra in de regio Amsterdam, Haarlem, Leiden en Utrecht. Kinderen werd gevraagd om zelfstandig de CRIES in te vullen, met daarbij de instructie om te denken aan de meest nare gebeurtenis uit hun leven. Vervolgens werden de kinderen en ouder(s) afzonderlijk van elkaar geïnterviewd met behulp van het *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Version* (ADIS-C/P; Silverman & Albano, 1996; Neder-

landse vertaling door Siebelink & Treffers, 2001). De ADIS-C/P is een semigestructureerd interview voor het diagnosticeren van angststoornissen en verwante psychische stoornissen bij kinderen van zeven tot en met zeventien jaar.

Volgens het diagnostische kind-interview (ADIS-C) voldeden 178 kinderen (45,4%) in het onderzoek aan de diagnostische criteria voor PTSS. De resultaten van het onderzoek hebben aangetoond dat zowel de CRIES-8 als de CRIES-13 betrouwbare en valide instrumenten zijn om te screenen op PTSS bij kinderen. De interne consistentie (.74 - .89) en test-hertestbetrouwbaarheid (.64 - .85) van de CRIES-8/CRIES-13 waren acceptabel tot goed. Deze bevindingen komen overeen met internationaal onderzoek naar de betrouwbaarheid van de CRIES (Giannopoulou et al., 2006; Smith et al., 2003; Zhang et al., 2011).

Een afkapwaarde van 17 of hoger op de CRIES-8 en een afkapwaarde van 30 of hoger op de CRIES-13 bleek de beste balans tussen sensitiviteit en specificiteit te bieden, en leverde een correcte classificatie van 78% tot 81% van alle kinderen op. Deze resultaten komen overeen met de

TABEL 1. OVERZICHT VAN DE SCHOKKENDE GEBEURTENISSEN (N=395)

	<i>n</i>	%
SOORT GEBEURTENIS		
Seksueel misbruik	131	33.2
Huiselijk geweld	104	26.3
Verkeersongeluk of eenmalig ongeval	47	11.9
Fysiek geweld	34	8.6
Traumatische rouw	25	6.3
Pesten	21	5.3
Emotionele mishandeling of verwaarlozing	7	1.8
Ernstige ziekte of overlijden van dierbare	6	1.5
Ernstige ziekte bij kind zelf	5	1.3
Stalken	3	0.8
Uithuisplaatsing	3	0.8
Andere gebeurtenis	9	2.3
FREQUENTIE		
Eenmalige gebeurtenis (Type I)	175	44.3
Chronische traumatisering (Type II)	220	55.7

bevindingen uit internationaal onderzoek (Giannopoulou et al., 2006; Perrin, Meiser-Stedman & Smith 2005; Smith et al., 2003; Zhang et al., 2011). De diagnostische efficiëntie van de CRIES-13 was enigszins beter dan van de CRIES-8 (respectievelijk .81 en .78). Om deze reden wordt het gebruik van de CRIES-13 aanbevolen ten opzichte van het gebruik van de CRIES-8. Bovendien kost de afname van de vijf extra vragen op de CRIES-13 weinig extra tijd en levert dit relevante klinische informatie op ten aanzien van de aanwezige verhoogde prikkelbaarheid (Dow et al., 2012).

Met herbelevingen worden klachten bedoeld zoals flashbacks of terugkerende dromen die gerelateerd zijn aan de gebeurtenis

OUDERRAPPORTAGE

De CRIES is oorspronkelijk een zelfrapportage-vragenlijst voor kinderen. Zelfrapportage door kinderen is van groot belang, aangezien uit onderzoek is gebleken dat ouders de ernst van de posttraumatische stressklachten van hun kinderen kunnen onderschatten (Earls et al., 1988; Yule & Williams, 1990). Daarnaast kan bij ouderrapportage sprake zijn van een bias als gevolg van psychologische problemen van de ouder zelf. Ook is het mogelijk dat ouders de chronische aard van de posttraumatische stressklachten bij hun kind miskennen en ervan overtuigd zijn dat hun kind een schokkende gebeurtenis snel zal verwerken (McFarlane, 1987; Yule & Williams, 1990). De afname van vragenlijsten

bij kinderen is echter niet altijd even gemakkelijk. Sommige kinderen zijn niet aanwezig of niet bereid om zelf vragen te beantwoorden. Andere kinderen, met name de jonge(re), beschikken over onvoldoende cognitieve vaardigheden om betrouwbaar en valide over hun eigen klachten te rapporteren. In dergelijke situaties kan rapportage door de ouders waardevolle informatie opleveren of een aanvulling zijn op de zelfrapportage van hun kind (Ghesquiere et al., 2008).

Met deze insteek hebben wij ons gericht op het ontwikkelen van een ouderversie van de CRIES-13. De formulering van de oudervragen zijn gebaseerd op de oorspronkelijke kind-vragen. Evenals de kindversie bestaat de ouderversie uit dertien items. De betrouwbaarheid en validiteit van deze ouderversie zijn vervolgens onderzocht in een klinische groep kinderen ($n=59$) tussen acht en achttien jaar met een gemiddelde leeftijd van 12.59 jaar ($sd=2.95$). Het percentage meisjes en jongens was gelijkmatig verdeeld, respectievelijk 52,5% en 47,5%. De studie onderzocht bovendien de correlatie tussen de kind- en ouderversie van de CRIES-13 aangezien uit eerder onderzoek is gebleken dat kind- en ouderrapportages regelmatig van elkaar kunnen verschillen (Jensen et al., 1999). Kind en ouder vulden afzonderlijk van elkaar de CRIES-13 in waarna vervolgens de afname van het semigestructureerde interview (ADIS-C/P) plaatsvond.

De resultaten bieden ondersteuning voor de betrouwbaarheid en de convergente/divergente validiteit van de ouderversie. Een afkapwaarde van 31 of hoger bleek de beste balans te bieden tussen sensitiviteit (.94) en specificiteit (.78), en gaf een correcte classificatie bij 84% van alle kinderen. Zoals verwacht werd een lage overeenstemming gevonden tussen kind- en ouderrapportages (.40 - .55). Deze laatste bevinding is in overeenstemming met eerder onderzoek (Meiser-Stedman et al., 2007; Shemesh et al., 2005) en onderschrijft het belang om zowel kind- als ouderrapportages mee te nemen in het diagnostische proces. Beide informanten kunnen unieke en bruikbare informatie verschaffen (Bird, Gould & Staghezza, 1992; Nauta et al., 2004; Jensen et al., 1999). Meer informatie over het kind levert bovendien een completer diagnostisch beeld op (Grills & Ollendick, 2003).

MEER DAN PTSS

Vaak wordt bij psychotrauma direct en uitsluitend gedacht aan PTSS. De diagnose PTSS omvat echter niet alle klachten waar kinderen last van kunnen hebben na het meemaken van schokkende gebeurtenissen. Met name als het gaat om herhaaldelijk vroegkinderlijke traumatisering met een

Het woord 'trauma' betekent letterlijk 'wond' of 'verwonding'

interpersoonlijk karakter, zoals kindermishandeling, zijn de klachten vaak complexer (Kilpatrick et al., 2003). Als kinderen herhaaldelijk worden bedreigd, met name door een ouder of verzorger, heeft dat negatieve gevolgen voor het interne waarschuwingssysteem, de systemen die emoties en gedrag reguleren en het vermogen om gevaarsignalen te herkennen (Cook et al., 2003). Deze kinderen lopen een groot risico op meer uitgebreide psychopathologie zoals gedragsproblemen, internaliserende problemen en hechtingsproblematiek (Pears, Kim & Fisher, 2008; Litrownik et al., 2005; Manly et al., 2001; Zeanah et al., 2004). Daarnaast zijn er verbanden gerapporteerd tussen langdurige negatieve kind-ervaringen en functionele beperkingen en/of psychische problematiek op latere leeftijd (Cloitre et al., 2005; Greif Green et al., 2010).

In het promotieonderzoek van Verlinden (2014) zijn de psychische gevolgen in kaart gebracht bij kinderen die zijn blootgesteld aan eenmalige gebeurtenissen (type 1 trauma) en kinderen die zijn blootgesteld aan kindermishandeling (type 2 trauma). In deze studie werd onderscheid gemaakt tussen a) PTSS-symptomen; b) trauma-gerelateerde symptomen; en c) niet-trauma-gerelateerde symptomen. PTSS-symptomen omvatten alle symptomen behorende bij de diagnose PTSS zoals opgenomen in het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. Met trauma-gerelateerde symptomen worden alle psychische problemen bedoeld waarvan is aangetoond dat ze verband kunnen houden met het trauma, bijvoorbeeld dissociatie, angst en depressie. Niet-trauma-gerelateerde symptomen zijn algemene moeilijkheden in de ontwikkeling van een kind die op het eerste gezicht geen verband lijken te houden met de gebeurtenissen. De onderzoekspopulatie betrof een klinische groep van 83 kinderen die zijn blootgesteld aan eenmalige gebeurtenissen (type 1-trauma) en een klinische groep van 173 kinderen die uit huis zijn geplaatst na langdurige kindermishandeling (type 2-trauma). De resultaten lieten zien dat kinderen die zijn blootgesteld aan type 1-trauma significant meer PTSS-symptomen en trauma-gerelateerde symptomen rapporteerden, terwijl kinderen die zijn blootgesteld aan langdurige kindermishandeling significant meer niet-trauma-gerelateerde symptomen rapporteerden.

Concluderend kunnen we stellen dat blootstelling aan eenmalig trauma een ander diagnostisch profiel oplevert dan blootstelling aan langdurige kindermishandeling. De criteria voor PTSS weerspiegelen over het algemeen de psychische gevolgen van een eenmalig trauma, maar zijn veelal te nauw gedefinieerd om de psychische gevolgen van kindermishan-

deling te dekken. Fatsoenlijke diagnostiek is om deze reden van groot belang; niet alleen om na te gaan welke schokkende gebeurtenissen een kind heeft meegemaakt, maar ook om na te gaan welke problemen een kind laat zien en in hoeverre deze verband houden met de schokkende gebeurtenissen.

TOT SLOT

Het vroegtijdig signaleren van posttraumatische stressklachten is van groot belang ter preventie van chronische problematiek en om, indien nodig, kinderen tijdig een passende en effectieve behandeling aan te bieden. De kind- en ouerversie van de CRIES zijn effectieve instrumenten voor het screenen op PTSS bij kinderen en adolescenten. Het screeningsinstrument is kort, eenvoudig te beoordelen, vrij beschikbaar, en daarmee kostenbesparend. Daarnaast is voor de CRIES geen professionele training vereist. Met de CRIES kunnen professionals werkzaam in de klinische praktijk posttraumatische stressklachten snel en eenvoudig herkennen en kinderen gericht doorverwijzen voor aanvullende diagnostiek of een passende behandeling. De CRIES is beschikbaar via de sites van het Nederlands Jeugdinstituut (www.nji.nl) en het Landelijke Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (www.kenniscentrumkjp.nl).

Benadrukt dient te worden dat de CRIES een volledige diagnostische evaluatie niet kan vervangen (Sack et al., 1998). Voor het vaststellen van een formele klinische diagnose moet gebruik worden gemaakt van meer gedetailleerde informatie zoals een (semi)gestructureerd diagnostisch interview, waarbij niet alleen de ernst van de symptomen wordt uitgevraagd, maar ook de duur en subjectieve beperkingen in het dagelijks functioneren (*Children and War Foundation*, 1998). De afname van een (semi)gestructureerd diagnostisch interview kost echter veel tijd en vereist vaak een professionele training. Een stapsgewijze procedure wordt om deze reden aanbevolen, waarbij het screenen van kinderen voorafgaat aan de afname van (semi)gestructureerde diagnostische interviews of het bieden van passende zorg (Kramer & Landolt, 2011).

Als het gaat om chronische traumatisering wordt sterk aanbevolen om aanvullende diagnostiek in te zetten gericht op meer uitgebreide psychopathologie. De waarschijnlijkheid dat kinderen aan de criteria van PTSS voldoen, wordt minder naarmate een trauma complexere vormen aanneemt. Dit is in lijn met onze veronderstelling dat, in tegenstelling tot de gevolgen van een eenmalig trauma, de gevolgen van kindermishandeling verder reiken dan PTSS. Het verdient aanbeveling om in vervolgonderzoek nader te kijken naar de gevolgen van chronische traumatisering en het gebruik van geschikte (screenings)instrumenten bij deze doelgroep.

Het verrichten van toekomstig wetenschappelijk onderzoek is niet alleen van cruciaal belang voor de continue verbetering van de zorg aan getraumatiseerde kinderen, het is ook onontbeerlijk voor vooruitgang en innovatieve ontwikkelingen. Nieuwe inzichten kunnen bijdragen aan de preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van getraumatiseerde kinderen en zijn essentieel om adequaat te kunnen handelen in de dagelijkse praktijk.

Literatuur

- Alisic, E., Zalta, A.K., Wesel, F. van Larsen, S.E., Hafstad, G.S. et al. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 335-340.
- American Psychological Association Presidential Task Force on Posttraumatic Stress Disorder and Trauma in Children and Adolescents (2008). *Children and Trauma. Update for Mental Health Professionals*. Washington: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5); Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Amsterdam: Boom.
- Bird, H.R., Gould, M.S. & Staghezza, B. (1992). Aggregating data from multiple informants in child psychiatry epidemiological research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 78-85. doi: 10.1097/00004583-199201000-00012
- Children and War Foundation. (1998). *The Children's Revised Impact of Event Scale (13): CRIES-13*. Geraadpleegd in juni 2008 van <http://www.childrenandwar.org/measures/children%E2%80%99s-revised-impact-of-event-scale-8-%E2%80%93-13-cries-13/>.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36, 119-124.
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J. & Van der Kolk, B. (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents. White Paper from the National Child Traumatic Stress Network Complex Trauma Task Force*. Los Angeles, ca: National Center for Child Traumatic Stress.
- Copeland, W.E., Keeler, G., Angold, A. & Costello, E.J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64, 577-584. doi:10.1001/archpsyc.64.5.577
- De Bellis, M.D. & Van Dillen, T. (2005). Childhood post-traumatic stress disorder: An overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 745-722.
- Diehle, J., Opmeer, B.C., Boer, F., Mannarino, A.P. & Lindauer, R.J.L. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 227-236.
- Dow, B.L., Kenardy, J.A., Le Brocq, R.M. & Long, D.A. (2012). The utility of the Children's Revised Impact of Event Scale in screening for concurrent PTSD following admission to intensive care. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 602-605. doi: 10.1002/jts.21742.
- Earls, F., Smith, E., Reich, W. & Jung, K.G. (1988). Investigating psychopathological consequences of disaster in children: A pilot study incorporating a structured diagnostic interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 90-95. doi: 10.1097/00004583-198801000-00014
- Fairbank, J.A. & Fairbank, D.W. (2009). Epidemiology of child traumatic stress. *Current Psychiatry Reports*, 11(4), 289-295. doi: 10.1007/s11920-009-0042-9
- Gabbay, V., Oatis, M.D., Silva, R.R. & Hirsch, G. (2004). Epidemiological aspects of PTSD in children and adolescents. In R. R. Silva (Ed.), *Post-traumatic stress disorder in children and adolescents: Handbook*. New York: Norton.
- Galea, S., Nandi, A. & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*, 27, 78-91. doi:10.1093/epirev/mxio03
- Giannopoulou, I., Strouthos, M., Smith, P., Dikaiajou, A., Galanopoulou, V. & Yule, W. (2006). Post-traumatic stress reactions of children and adolescents exposed to the Athens 1999 earthquake. *European Psychiatry*, 21, 160-166. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.09.005
- Ghesquiere, A., Fan, M.Y., Berliner, L., Rivara, F.P., Jurkovich, G.J. et al. (2008). Adolescents' and parents' agreement on posttraumatic stress disorder symptoms and functioning after adolescent injury. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 487-491. doi:10.1002/jts.20364
- Greif Green, J.G., McLaughlin, K.A., Berglund, P.A., Gruber, M.J., Sampson, N.A. et al. (2010). Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication II. Associations With First Onset of DSM-IV Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113-123.
- Grills, A.E. & Ollendick, T.H. (2003). Multiple informant agreement and the anxiety disorders interview schedule for parents and children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 30-40. doi: 10.1097/00004583-200301000-00008
- Gurwitch, R.H., Silovsky, J.F., Schultz, S., Kees, M. & Burlingame, S. (2008). *Reactions and guidelines for children following trauma and disaster*. Washington: American Psychological Association.
- Jensen, P.S., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Bird, H.R., Dulcan, M.K. et al. (1999). Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder:

OVER DE AUTEUR

Dr. Eva Verlinden is als onderzoeker/orthopedagoog verbonden aan het Academisch Medisch Centrum (AMC), Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Meibergdreef 5, 1105 AZ te Amsterdam en aan de GGD Amsterdam, Afdeling Epidemiologie, Gezondheidsbevordering & Zorginnovatie, Nieuwe Achtergracht 100, 1018 WT Amsterdam.
E-mail: verlinden.eva@gmail.com.

Summary

TIME DOES NOT HEAL ALL WOUNDS: IDENTIFYING CHILDREN SUFFERING FROM PSYCHOLOGICAL TRAUMA
EVA VERLINDEN

Traumatic exposure is a common experience among children and may have severe and long lasting effects on child's mental well-being and development. We reported on children who have been exposed to one or more potentially traumatic events during their lives and focused on identifying those children suffering from psychological trauma. It was found that exposure to single trauma and child maltreatment leads to different traumatic stress profiles and that the effects of child maltreatment tend to extend symptoms of PTSD. Furthermore, the results provided support for the reliability and validity of the CRIES, a screening tool for child's posttraumatic stress. This screening tool may help clinicians to identify children suffering from psychological trauma and to assign appropriate follow-up diagnostic and clinical care.

- are both informants always necessary? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1569-79. doi: 10.1097/00004583-199912000-00019
- Kilpatrick, D.G., Ruggiero, K.J., Acerno, R., Saunders, B.E., Resnick, H.S. & Best, C.L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 692-700.
- Kramer, D. & Landolt, M. (2011). Characteristics and efficacy of early psychological interventions in children and adolescents after single trauma: a meta-analysis. *European Journal Of Psychotraumatology*, 2. doi: 10.3402/ejpt.v2i0.7858.
- Litrownik, A.J., Lau, A., English, D., Briggs, E., Newton, R. et al. (2005). Measuring the severity of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 29, 553-573.
- Manly, J.T., Kim, J.E., Rogosch, F.A. & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13, 759-782.
- McFarlane, A.C. (1987). Family functioning and overprotection following a natural disaster: The longitudinal effects of post-traumatic morbidity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 21, 210-218. doi: 10.3109/00048678709160914
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Glucksman, E., Yule, W. & Dalgleish, T. (2007). Parent and child agreement for acute stress disorder, post-traumatic stress disorder and other psychopathology in a prospective study of children and adolescents exposed to single-event trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 191-201. doi:10.1007/s10802-006-9068-1
- Nauta, M.H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H. & Waters, A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 813-39. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00200-6
- Pears, K. C. Kim, H. K. & Fisher, P.A. (2008). Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 32, 958-971.
- Perrin, S., Meiser-Stedman, R. & Smith, P. (2005). The children's revised impact of event scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 487-498. doi: 10.1017/S1352465805002419
- Sack, W. H., Seeley, J. R., Him, C. & Clarke, G. N. (1998). Psychometric properties of the Impact of Events Scale in traumatized Cambodian refugee youth. *Personality and Individual Differences*, 25, 57-67. doi: 10.1016/S0191-8869(98)00030-0
- Shemesh, E., Newcorn, J. H., Rockmore, L., Shneider, B. L., Emre, S. et al. (2005). Comparison of parent and child reports of emotional trauma symptoms in pediatric outpatient settings. *Pediatrics*, 115, e582-e589. doi:10.1542/peds.2004-2201
- Siebelink, B. M. & Treffers, Ph. D. A. (2001). *Dutch translation of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Version*. Lisse/Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Silverman, W. K. & Albano, A. M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children for DSM-IV: Child and Parent Version*. San Antonio, the Psychological Corporation.
- Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A. & Yule, W. (2003). Principal components analysis of the Impact of Event Scale with children in war. *Personality and Individual Differences*, 34, 315-322. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00047-8
- Verlinden E. (2014). *Time does not heal all wounds. Identifying suffering from psychological trauma*. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Yule, W. & Williams, R. (1990). Posttraumatic stress reactions in children. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 279-295. doi: 10.1002/jts.2490030209
- Zeanah, C. H., Scheeringa, M., Boris, N. W., HELLERS, S. S., Smyke, A. T. & Trapani, J. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse and Neglect*, 28, 877-888.
- Zhang N., Zhang, Y., Wu, K., Zhu, Z. & Dyregrov, A. (2011). Factor structure of the Children's Revised Impact of Event Scale among children and adolescents who survived the 2008 Sichuan earthquake in China. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 236-241. doi: 10.1111/j.1467-9450.2010.00867.x