

Gezondheidsraad

Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling





Aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Onderwerp : aanbieding advies *Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling*
Uw kenmerk : JZ/LJ-2983817
Ons kenmerk : I-413/10/VR/cn/855-B
Bijlagen : 1
Datum : 28 juni 2011

Geachte staatssecretaris,

Hierbij bied ik u het advies *Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling* aan, waarom de toenmalig minister voor Jeugd en Gezin in een adviesaanvraag van 17 februari 2010 heeft gevraagd. Ter informatie heb ik dit advies ook gestuurd aan de minister van Veiligheid en Justitie.

Jaarlijks worden in Nederland naar schatting ruim 100.000 kinderen mishandeld of verwaarloosd, waarvan een deel ernstig psychisch beschadigd raakt. De afgelopen jaren is veel gedaan om preventie, signalering en melding van kindermishandeling te verbeteren. Dit heeft geleid tot een grotere bewustwording over de ernst, complexiteit en omvang van dit grote maatschappelijke probleem. Maar om te kunnen komen tot het begin van een oplossing is een nog nadrukkelijker bewustzijn nodig. In dit advies komt de volgende stap aan de orde: de behandeling van de gevolgen van kindermishandeling.

De commissie heeft moeten constateren dat er weinig bewezen effectieve behandelmethoden zijn. Dit is geen louter Nederlands probleem, maar speelt wereldwijd. De versnippering van de hulpverlening is wel een Nederlands probleem, dat een integrale benadering van diagnostiek en behandeling van kinderen, gezinnen en als kind mishandelde volwassenen belemmert.

Om de situatie te kunnen verbeteren is het verder stimuleren van *evidence-based* werken een absolute noodzaak. Daarnaast is het nodig een goed fundament te leggen voor het doen van wetenschappelijk onderzoek, door het handelen in alle betrokken zorgdomeinen te monitoren en te evalueren. Dergelijke *practice-based evidence* is van onschatbare waarde voor de uiteindelijke wetenschappelijke onderbouwing van veelgebruikte interventies.

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Telefoon (070) 340 59 15
E-mail: v.ruiz@gr.nl

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
Telefax (070) 340 75 23
www.gr.nl



Onderwerp : aanbieding advies *Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling*

Ons kenmerk : I-413/10/VR/cn/855-B

Pagina : 2

Datum : 28 juni 2011

monitoren en te evalueren. Dergelijke *practice-based evidence* is van onschatbare waarde voor de uiteindelijke wetenschappelijke onderbouwing van veelgebruikte interventies.

De Academische Werkplaats Kindermishandeling van het Kinder- en Jeugdtraumacentrum Haarlem in samenwerking met de VU te Amsterdam en het multidisciplinair centrum kindermishandeling van Fier Fryslân zijn initiatieven die dit jaar nog van start gaan en die bovenstaande punten integreren. De commissie beveelt dan ook aan deze initiatieven als proeftuin te laten fungeren voor verdere beleidsontwikkeling. De resultaten van deze initiatieven ten aanzien van de effectiviteit van een integrale aanpak, *evidence-based* werken en het rijp maken van het veld voor beter onderzoek zullen niet alleen toepasbaar zijn voor kindermishandeling, maar ook voor de zorg voor jeugdigen met psychische of ontwikkelingsproblemen in zijn algemeenheid.

Het advies is getoetst in de Beraadsgroep Maatschappelijke Gezondheidszorg en de Beraadsgroep Geneeskunde.

Ik onderschrijf de aanbevelingen van de commissie.

Met vriendelijke groet,

prof. dr. L.J. Gunning-Schepers
voorzitter

Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling

aan:

de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 2011/11, Den Haag, 28 juni 2011

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en het gezondheids(zorg)onderzoek’ (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; Infrastructuur & Milieu; Sociale Zaken & Werkgelegenheid; Economische Zaken, Landbouw & Innovatie en Onderwijs, Cultuur & Wetenschap. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



De Gezondheidsraad is lid van het European Science Advisory Network for Health (EuSANH), een Europees netwerk van wetenschappelijke adviesorganen.



INAHTA

De Gezondheidsraad is lid van het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), een internationaal samenwerkingsverband van organisaties die zich bezig houden met *health technology assessment*.

U kunt het advies downloaden van www.gr.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling.
Den Haag: Gezondheidsraad, 2011; publicatienr. 2011/11.

Preferred citation:
Health Council of the Netherlands. Treating the effects of child abuse. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2011; publication no. 2011/11.

auteursrecht voorbehouden

all rights reserved

ISBN: 978-90-5549-840-6

Inhoud

Samenvatting 11

Executive summary 15

1 Inleiding 21

1.1 Achtergrond 21

1.2 Adviesaanvraag 22

1.3 Werkwijze en afbakening 22

1.4 Indeling van het advies 23

2 Kindermishandeling: maatschappelijk en klinisch probleem 25

2.1 Kindermishandeling door de jaren heen 25

2.2 Kindermishandeling, wat houdt het in? 28

2.3 Hoe vaak komt kindermishandeling voor? 31

2.4 Onder welke omstandigheden komt kindermishandeling voor? 34

2.5 Conclusie 36

3 Gevolgen van kindermishandeling 37

3.1 *Resilience* of veerkracht 37

3.2 Neurofysiologie 39

3.3 De gevolgen van mishandeling voor baby's en peuters (0-4 jaar) 40

3.4 De gevolgen van mishandeling voor schoolgaande kinderen (4-12 jaar) 40

3.5	De gevolgen van kindermishandeling voor adolescenten (12-18 jaar) 41
3.6	De gevolgen van kindermishandeling voor volwassenen (18 jaar en ouder) 41
3.7	De relatie tussen mishandeling en psychische klachten 43
3.8	Conclusie 45
<hr/>	
4	Assessment en behandeling van kinderen 47
4.1	Wat is er aan de hand? Assessment 47
4.2	De elementen van het assessment 49
4.3	Behandeling 53
4.4	Zorginfrastructuur 62
4.5	Onderzoek- en kennisinfrastructuur 66
4.6	Initiatieven tot samenwerken en integrale benadering 68
4.7	Conclusies 70
<hr/>	
5	Assessment en behandeling van volwassenen 71
5.1	Assessment van volwassenen 71
5.2	Behandeling 74
5.3	Zorginfrastructuur 78
5.4	Zorgbehoefte 79
5.5	Conclusies 82
<hr/>	
6	Conclusies en aanbevelingen 85
6.1	De gevolgen van kindermishandeling 85
6.2	Zorgbehoefte 86
6.3	Bewezen effectieve interventies voor kinderen en volwassenen 88
6.4	Beschikbaarheid en toegankelijkheid van bewezen effectieve interventies 91
6.5	Wetenschappelijke lacunes op het gebied van behandeling 92
6.6	Aanbevelingen 93
<hr/>	
	Literatuur 97
<hr/>	
	Bijlagen 113
A	De adviesaanvraag 115
B	De commissie 119
C	Verantwoording werkwijze 121
D	Geraadpleegde deskundigen 125
E	Lijst met afkortingen 127

Samenvatting

Adviesaanvraag

Kindermishandeling is een verschijnsel van alle tijden dat zich voordoet in vele vormen. In ons land worden naar schatting per jaar ruim 100.000 kinderen mishandeld. De afgelopen jaren heeft de overheid sterk ingezet op het verbeteren van de preventie, signalering en melding van kindermishandeling. Omdat er onvoldoende zicht was op de mogelijkheden voor behandeling van jeugdige en volwassen slachtoffers van kindermishandeling, heeft de minister voor Jeugd en Gezin de Gezondheidsraad hierover advies gevraagd. Hij vroeg een overzicht van de stand van wetenschap ten aanzien van behandeling van de gevolgen van kindermishandeling; inzicht in de aard van de gevolgen; een indicatie van de zorgbehoefte en aanbevelingen voor het verbeteren van de zorg voor slachtoffers.

Gevolgen van kindermishandeling

Kindermishandeling kan zeer ingrijpende gevolgen hebben voor de ontwikkeling en het functioneren van kinderen, die kunnen voortduren tot in de volwassenheid. Mishandeling heeft nadelige effecten op de ontwikkeling van de hersenen en ook op de fysieke ontwikkeling van kinderen. Door de grote plasticiteit van het kindere brein lopen jonge kinderen sneller schade op. Bij heel jonge kinderen verstoort mishandeling een veilige hechting aan de ouders, wat ernstige gevolgen heeft voor het algeheel sociaal functioneren op latere leeftijd. Oudere kinderen

kunnen gedragsproblemen krijgen en psychiatrische stoornissen ontwikkelen die doorwerken in de volwassen leeftijd. Bij volwassenen is bovendien geconstateerd dat zij, als zij als kind mishandeld zijn, ook vaker lijden aan chronische aandoeningen zoals diabetes, hart- en vaatziekten en astma.

Assessment

Als blijkt dat een kind mishandeld is, is het van groot belang goed in kaart te brengen wat er aan de hand is. Dit betreft de ontwikkeling, fysieke en psychische gesteldheid van het kind, maar ook de veiligheid, omgevingsfactoren zoals de sociale context en de rol van de ouders of verzorgers als persoon en als opvoeders. Het is daarbij van belang niet alleen de problemen, maar ook wat wel goed gaat op een rij te zetten. Doordat deze informatie op dit moment door veel verschillende instanties en professionals wordt verzameld, is het assessment vaak op een of meer onderdelen onvolledig. Ook bij als kind mishandelde volwassenen is een volledig assessment van belang. Over het algemeen is dat eenvoudiger, omdat de volwassene op zichzelf staat en vaker zelf de bron van de informatie kan zijn.

Behandeling

Als in de internationale wetenschappelijke literatuur wordt gezocht op goed onderzochte, bewezen effectieve behandelingen van gevolgen van kindermishandeling, is de oogst mager. Voor zowel kinderen als volwassenen zijn traumafocused cognitieve gedragstherapie (TF-CBT) en EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) de interventies met de sterkste bewijskracht voor effectiviteit bij de behandeling van symptomen van posttraumatische stress. Posttraumatische stress kan optreden bij verschillende typen mishandeling. Voor verbetering van de ouder-kindrelatie na fysieke mishandeling van kinderen is *parent-child interaction therapy* (PCIT) vooralsnog de enige bewezen effectieve interventie.

Voor verschillende psychiatrische stoornissen die mede kunnen ontstaan door mishandeling, zijn behandelrichtlijnen met interventies beschikbaar. Deze houden echter niet altijd specifiek rekening met de achtergrond van mishandeling.

Het gebrek aan bewezen effectieve interventies is geen louter Nederlands probleem; het speelt wereldwijd. Feit blijft dat in ons land veel interventies worden toegepast zonder deugdelijke onderbouwing van werkwijze en effectiviteit.

Een integrale benadering is een belangrijke voorwaarde voor een goed assessment en een adequate behandeling. Dit wil zeggen dat niet één probleem tegelijk in kaart gebracht en aangepakt wordt, maar dat beoordeling en behandeling op verschillende vlakken tegelijk gebeurt. Bijvoorbeeld zorgen voor een veilige omgeving én behandeling van het kind én aanpak van eventuele problemen van de ouders.

Zorgbehoefte

Het bepalen van de omvang van de zorgbehoefte is lastig. Ten eerste is niet duidelijk hoe vaak kindermishandeling precies vóórkomt. Ten tweede is niet op voorhand vast te stellen welk type mishandeling tot welke schade leidt en hoe lang die zal doorwerken. Duidelijk is wel dat het om een aanzienlijk probleem gaat, waarbij jaarlijks voor alle nieuwe slachtoffers psycho-educatie nodig is. Daarnaast zal voor een aanzienlijk deel verdere zorg nodig zijn.

Volwassen slachtoffers van kindermishandeling willen graag dat het taboe op praten over kindermishandeling wordt doorbroken; in de maatschappij én onder hulpverleners. Verder wijzen zij vooral op het belang van deskundige en empathische hulpverleners.

Beschikbaarheid van zorg

De zorginfrastructuur voor slachtoffers van kindermishandeling is zeer complex. Kinderen en hun ouders hebben te maken met maatschappelijk werk, jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg, jeugd-ggz en de reguliere somatische gezondheidszorg, eventueel aangevuld met de algemene ggz, verslavingszorg en schuldsanering. Volwassenen die als kind zijn mishandeld kunnen te maken hebben met ggz, somatische gezondheidszorg, openbare ggz, verslavingszorg en maatschappelijk werk. De afstemming tussen al deze zorgdomeinen is niet altijd optimaal.

De beschikbaarheid van TF-CBT, EMDR en PCIT is op dit moment niet landelijk gedekt. Waar TF-CBT en EMDR toegepast worden, is het nodig hiervoor training en supervisie te volgen. De naleving van richtlijnen waarin CBT de aangewezen behandeling is, schiet tekort.

Aanbevelingen

De commissie pleit voor de ontwikkeling van de hulpverlening in de richting van een integrale benadering. Dat wil zeggen: intensieve, multidisciplinaire samenwerking tussen hulpverleners en instanties op sleutelmomenten in de hulpverlening en een integrale aanpak van de issues die spelen bij een mishandeld kind en zijn directe omgeving of bij een als kind mishandelde volwassene. Er zijn twee initiatieven die de komende jaren een integrale werkwijze zullen ontwikkelen en deze zullen onderzoeken op effectiviteit: de Academische Werkplaats Kindermishandeling van het Kinder- en jeugdtraumacentrum Haarlem in samenwerking met de VU in Amsterdam en het initiatief van Fier Fryslân voor een multidisciplinair centrum kindermishandeling. De commissie beveelt aan deze initiatieven te ondersteunen, onder meer door goede evaluatie ervan mogelijk te maken.

Omdat deze twee initiatieven gericht zijn op kinderen, beveelt de commissie eveneens aan een academische werkplaats in te stellen gericht op volwassenen die als kind zijn mishandeld, complementair aan de activiteiten van het Landelijk Centrum Vroegkinderlijke chronische Traumatisering.

Meer en beter onderzoek naar behandelingsmogelijkheden na kindermishandeling vraagt om te beginnen dat het veld rijp gemaakt wordt voor onderzoek. Het startpunt hiervan is het systematisch en structureel vastleggen van (de reden voor) de keuze voor een interventie en de uitkomst ervan. Op deze manier kan *practice-based evidence* worden verzameld. Deze is te gebruiken voor de uitvoering van grotere wetenschappelijke studies die kunnen zorgen voor *evidence-based practice*. In de psychiatrie gebeurt dit in principe al in de vorm van routine outcome monitoring. Een dergelijk systeem is vooral ook nodig in de jeugdzorg. Tegelijk met het rijp maken van het veld voor onderzoek kan de weg worden gebaad voor *evidence-based* werken in alle zorgdomeinen die werken aan kindermishandeling, met name in de jeugdzorg. Een mogelijke invulling hiervan biedt *community based learning*, zoals dat in de Verenigde Staten op verschillende plaatsen wordt gebruikt.

Ter verbetering van de kwaliteit van de hulpverlening is veel scholing van hulpverleners op het terrein van kindermishandeling nodig. Assessment en behandeling van de gevolgen van kindermishandeling is specialistisch werk, dat veel specifieke expertise vraagt. Ondersteuning van het nieuw opgerichte Landelijk Opleidingscentrum Aanpak Kindermishandeling kan in de behoefte aan scholing voorzien.

Executive summary

Health Council of the Netherlands. Treating the effect of child abuse. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2011; publication no. 2011/11.

Request for advice

Child abuse has always been with us and it takes many different forms. It is estimated that more than 100,000 children are abused in the Netherlands each year. In recent years, the government has taken strong measures to improve the prevention, detection, and reporting of child abuse. Given the lack of clarity concerning the available treatment options for juvenile and adult victims of child abuse, the Minister for Youth and Family has requested the Health Council's advice on this matter. He asked for a summary of the current level of knowledge regarding treatment of the effects of child abuse, and an explanation of the nature of these effects. He further requested an indication of the care requirement, and recommendations on how the care for victims can be improved.

Effects of child abuse

Child abuse can have a very significant impact on children's development and on their ability to function, the repercussions of which can continue into adulthood. Abuse adversely affects the development of children's brains, as well as their physical development. During childhood, the brain is characterised by enormous plasticity, so young children are more easily damaged. In very young children, abuse prevents them from establishing a secure attachment relationship with their parents, which severely impairs their general social abilities in later life.

Older children may develop behavioural problems and psychiatric disorders, the impact of which continues on into adulthood. It has also been shown that adults who were abused as children are more likely to suffer from chronic disorders like diabetes, cardiovascular diseases, and asthma.

Assessment

In cases of child abuse it is vital to get an accurate picture of the issues involved. This involves the child's development, its physical and psychological condition, as well as its safety. Consideration must also be given to factors in its surroundings, such as the social context and role of its parents or guardians, both as individuals and as mentors. At present, many different agencies and professionals are involved in collecting information of this kind. As a result, one or more elements of the assessment are often incomplete. A complete assessment is just as important in the case of adults who were abused as children. This is usually easier, as adults have greater autonomy and are more often able to supply information directly.

Treatment

Articles in the international scientific literature on well-researched, demonstrably effective treatments for the effects of child abuse are few and far between. In both children and adults, there is good evidence that Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy (TF-CBT) and Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) are effective in treating the symptoms of post traumatic stress. Post-traumatic stress can result from various types of abuse. Currently, parent-child interaction therapy (PCIT) is the only intervention that has been shown to be effective in improving parent-child relationships, following the physical abuse of children.

Treatment guidelines (giving details of interventions) are available for a range of psychiatric disorders in which abuse can be a contributory factor. However, these do not always make specific allowance for a background of abuse.

The lack of demonstrably effective interventions is not restricted to the Netherlands, it is a worldwide problem. The fact remains that therapists in the Netherlands use a wide range of interventions whose mechanism of action and effectiveness have not been properly substantiated.

An integrated approach is of critical importance in terms of accurate assessment and effective treatment. Accordingly, rather than identifying and tackling issues one at a time, assessment and treatment take place simultaneously in several different areas. This might involve providing a safe environment and treatment for the child, while at the same time addressing the parents' problems, where applicable.

Care requirement

Quantifying the care requirement is no easy matter. Firstly, there is no accurate data on the occurrence of child abuse. Secondly, there is no way to predict which type of harm will result from a given type of abuse, or indeed the period of time for which these effects will persist. What is clear is that this is a substantial problem, involving a year-on-year requirement for the psycho-education of all new victims. In addition, many of these cases will need further care.

The adult victims of child abuse are keen to end the taboo on discussing child abuse, both among caregivers and in society at large. They further emphasise the importance of skilled and empathetic caregivers.

Availability of care

The care infrastructure for victims of child abuse is enormously complex. The children involved, and their parents, will be seen by professionals from social services, youth care services, child healthcare, youth mental health care, and the regular health care system. They may also receive general mental health care, addiction treatment and care, and assistance with debt restructuring. In addition to being seen by social workers, adults who were abused as children may receive mental health care, health care, and public mental health care, as well as addiction treatment and care. Sadly, the various health care domains do not always interact with one another as effectively as they should.

TF-CBT, PCIT, and EMDR are not currently available in all parts of the country. The use of TF-CBT and EMDR requires proper training and supervision. There is insufficient compliance with guidelines in which CBT is the preferred treatment.

Recommendations

The Committee urges that care development be directed towards an integrated approach. This would involve intensive, multidisciplinary collaboration between caregivers and agencies at key moments in care. In addition, there would be an integrated approach to the issues affecting abused children and those closest to them, or to the issues affecting adults who were abused as children. Two initiatives have been launched to develop a comprehensive approach over the next few years, and to explore its effectiveness. The first of these, the *Academische Werkplaats Kindermishandeling* (academic work centre on child abuse issues), is a collaborative venture between VU (Free University) Amsterdam and the Haarlem *Kinder- en jeugdtraumacentrum* (centre for traumatised children and young people). The second is a plan by Fier Fryslân to establish a multidisciplinary centre for the treatment of victims of child abuse. The Committee recommends that these initiatives be supported, for instance by facilitating their effective assessment.

Since these two initiatives focus on children, the Committee also recommends installing an academic work centre focussing on adults who were abused as children, complementing the activities of the *Landelijk Centrum Vroegkindelijke chronische Traumatisering* (Netherlands Centre for Chronic Early Childhood Traumatization).

The ground must be properly prepared before further, more effective research can be conducted into treatment options following child abuse. The first step involves making a systematic and structured record of the intervention chosen (including the reasons behind this choice), and its outcome. This approach makes it possible to gather practice-based evidence. This can then be used to implement larger-scale scientific studies that are capable of providing a springboard for evidence-based practice. In theory this is already an aspect of psychiatric practice, in the form of routine outcome monitoring. Youth care services in particular also need a system of this kind. While the ground is being prepared for research, other work can pave the way for evidence-based practice in all areas of care that deal with child abuse, particularly youth care services. A possible option here is community-based learning, as used in various parts of the United States.

If the quality of care is to be improved then a great deal of training will be needed for caregivers in the field of child abuse. The assessment and treatment of the effects of child abuse is a specialised job, one that requires considerable exper-

tise. This specialised training requirement could be met with support from the recently established *Landelijk Opleidingscentrum Aanpak Kindermishandeling* (national training centre for tackling child abuse issues).

Inleiding

1.1 Achtergrond

Kindermishandeling is een groot maatschappelijk probleem. Meer dan 100.000 kinderen zijn er ieder jaar het slachtoffer van. De negatieve gevolgen van kindermishandeling werken vaak levenslang door. Volwassenen die als kind mishandeld werden, hebben vaker te maken met psychische en lichamelijke klachten, thuisloosheid, huiselijk geweld, criminaliteit, verslaving en mishandelen vaker hun eigen kinderen. De schadelijke effecten op individueel niveau vertalen zich daarmee ook in grote maatschappelijke schade met hoge maatschappelijke kosten. Hoewel er in Nederland al sinds 1901 met de invoering van de ‘Kinderwetten’ van overheidswege beleid is voor kindermishandeling, is het een hardnekkig probleem.¹

De afgelopen jaren heeft de overheid ingezet op het verbeteren van preventie, signalering, melding en stoppen van kindermishandeling.² Dit advies zet een volgende stap en gaat in op de behandeling van kindermishandeling. Vooral nog is niet precies bekend wat de precieze zorgbehoefte is van slachtoffers van kindermishandeling en of het huidige aanbod toereikend is. Ook is er onvoldoende zicht op welke bewezen effectieve behandelingsmogelijkheden er zijn voor slachtoffers van kindermishandeling. Voor de minister voor Jeugd en Gezin, mede op verzoek van de Tweede Kamer, aanleiding om de Gezondheidsraad om advies te vragen.

1.2 Adviesaanvraag

De Gezondheidsraad ontving in februari 2010 het verzoek te adviseren over de volgende vragen (bijlage A):

- 1 Is er duidelijkheid over welke fysieke en psychische stoornissen kunnen ontstaan als gevolg van kindermishandeling?
- 2 Wat is de behoefte aan psychiatrische en traumazorg van de slachtoffers van kindermishandeling? Is die behoefte vooral klinisch of sociaal-maatschappelijk van aard?
- 3 Welke bewezen effectieve interventies op het gebied van behandeling zijn op dit moment beschikbaar, zowel op klinisch als sociaal-maatschappelijk vlak?
- 4 Welke wetenschappelijke lacunes zijn er op het gebied van behandeling?
- 5 Zijn de benodigde interventies over het hele land en voor alle slachtoffers (kinderen en volwassenen) beschikbaar en toegankelijk?
- 6 Zo niet, kunt u dan aanbevelingen doen voor het verbeteren van de beschikbaarheid en toegankelijkheid?

De minister verzocht de Gezondheidsraad bij de beantwoording van de vragen uit te gaan van de vormen van kindermishandeling zoals de Wet op de Jeugdzorg die definieert en de vragen te beantwoorden voor zowel mishandelde kinderen als voor volwassenen die in hun jeugd zijn mishandeld en daarvan nu nog de gevolgen ondervinden.

Deze adviesaanvraag staat volledig los van de onderzoeken die in 2010 zijn gestart naar seksueel misbruik in de rooms-katholieke kerk (Commissie Deetman), seksueel misbruik in instellingen voor jeugdzorg (Commissie Samson) en naar het seksueel misbruik van kinderen in drie Amsterdamse kinderdagverblijven (Commissie Gunning). Er is wel overleg geweest op secretarieel niveau om eventuele overlap te voorkomen.

1.3 Werkwijze en afbakening

Ter voorbereiding op dit advies heeft de Gezondheidsraad een commissie ingesteld onder voorzitterschap van prof. dr. E. Schadé (bijlage B). De commissie is in maart 2010 gestart en is zesmaal bijeen geweest.

De commissie heeft literatuuronderzoek gedaan naar de gevolgen van mishandeling en de stand van wetenschap rond de behandeling daarvan. Daarbij heeft de commissie zich met name gericht op systematische reviews, aangevuld

met grijze literatuur (rapporten, publicaties van overheid of onderzoeksinstituten die niet in peer-reviewed tijdschriften worden gepubliceerd); bijlage C bevat de volledige verantwoording. Omdat de literatuur soms niet voldoende informatie kon verschaffen, is de klinische en wetenschappelijke kennis en ervaring van de commissieleden ook een belangrijke informatiebron geweest.

De zorgbehoefte van slachtoffers is globaal in kaart gebracht aan de hand van gesprekken met een aantal verenigingen van slachtoffers en van verslagen van bijeenkomsten en conferenties van slachtoffers en hulpverleners (bijlage D). De commissie realiseert zich dat hiermee een belangrijke groep werd gemist: kinderen die worden mishandeld. Vanwege juridische bezwaren heeft de commissie afgezien van het betrekken van deze kwetsbare groep in haar gesprekken. De zorgbehoefte van kinderen is in retrospect enigszins uit de gesprekken met de verenigingen van slachtoffers gedestilleerd.

Een overzicht van het zorgaanbod is verkregen door gesprekken met hulpverleners en instellingen en onderzoek van vooral grijze literatuur en websites van instellingen en samenwerkingsverbanden.

In het kader van het gehele adviestraject zijn gesprekken gevoerd met verschillende deskundigen (bijlage D).

Het advies gaat over kinderen (0-12 jaar), adolescenten (12-18 jaar) en volwassenen (18 jaar en ouder) die als kind zijn mishandeld. Gezien de breedte van de adviesvraag en de beperkte tijd heeft de commissie de complexe en veelomvattende materie afgebakend: primaire preventie, signalering en melding van kindermishandeling en juridische (bijv. consequenties van gezagskwesties voor behandeling) en forensische (bijv. behandeling van delinquente jongeren met een verleden van mishandeling in justitiële jeugdinstellingen) aspecten zijn buiten beschouwing gelaten. Preventie en signalering waren niet specifiek onderdeel van de adviesvraag en stonden de afgelopen jaren reeds centraal in het regeringsbeleid. Ook de komende jaren houden deze onderwerpen aandacht. De juridische en forensische kanten van kindermishandeling zijn divers en complex en vergen een andere benadering dan louter een gezondheidswetenschappelijke.

Het advies is getoetst in de Beraadsgroep Maatschappelijke Gezondheidszorg en in de Beraadsgroep Geneeskunde.

1.4 Indeling van het advies

In hoofdstuk 2 schetst de commissie op beschouwende wijze de context van het onderwerp. Hierin komt, mede aan de hand van een historisch overzicht, aan bod

wat kindermishandeling inhoudt, hoe vaak het voorkomt en wordt via de sociaal-maatschappelijke kanten van kindermishandeling de vooral klinische benadering van het advies ingeleid. Hoofdstuk 3 schetst vervolgens wat de mogelijke gevolgen van kindermishandeling zijn bij kinderen en volwassenen. Hoofdstuk 4 gaat in op assessment* en behandeling van mishandelde kinderen. Daarna komt in hoofdstuk 5 assessment en behandeling van als kind mishandelde volwassenen aan de orde, evenals de zorgbehoefte van slachtoffers van kindermishandeling. In de hoofdstukken 4 en 5 komt ook de zorginfrastructuur aan bod. De commissie presenteert ten slotte haar conclusies en aanbevelingen in hoofdstuk 6.

In het advies worden vele afkortingen gebruikt, zie hiervoor bijlage E.

* Onder assessment verstaat de commissie: de beoordeling van de sociaal-maatschappelijke context van kind, gezin dan wel de volwassene die als kind is mishandeld en diagnostiek van somatische en psychische klachten als gevolg van de mishandeling.

Kindermishandeling: maatschappelijk en klinisch probleem

Dit hoofdstuk beschrijft het landschap van wat anno 2011 onder kindermishandeling wordt verstaan en wat er bekend is over het vóórkomen ervan. In de adviesaanvraag ligt de nadruk op de klinische context, maar kindermishandeling is ook een sociaal-maatschappelijk probleem waarbij waarden en normen een rol spelen. Door de achtergronden te schetsen, tracht de commissie de verschillende elementen in hun onderlinge verband te laten zien.

2.1 Kindermishandeling door de jaren heen

Kindermishandeling is een eeuwenoud verschijnsel dat in al zijn vormen in alle culturen over de hele wereld voorkwam en voorkomt. Kinderen werden en worden lijfelijk gestraft, als arbeidskracht uitgebuit en mishandeld, seksueel misbruikt en fysiek en emotioneel verwaarloosd. Beschrijvingen hiervan zijn terug te vinden tot in bronnen van ver voor onze jaartelling. Deze paragraaf bevat een kort historisch overzicht van de aandacht voor kindermishandeling in sociaal-maatschappelijke en klinische zin.

2.1.1 Sociaal-maatschappelijke aandacht voor kindermishandeling

Vanaf de 19^e eeuw is er een kentering zichtbaar in de wijze van aankijken tegen de omgang met kinderen. Het beeld dat kinderen kleine volwassenen waren veranderde in het besef dat kinderen begeleid moeten worden in hun groei naar vol-

wassenheid. Excessief straffen wordt strafbaar, kinderarbeid voor kinderen jonger dan 12 wordt verboden (1874) en de eerste leerplichtwet gaat in (1901). In 1905 volgen de zogenoemde ‘Kinderwetten’ van Cort van der Linden, die maatregelen bevatten voor kinderbescherming en jeugdrecht en de positie van ouders en kinderen veranderden: kinderen waren niet langer het bezit van hun ouders en opvoeden werd een plicht. In deze lijn ligt ook de Wet op de Ondertoezichtstelling van 1922, waarbij de kinderrechter een (tijdelijke) gezinsvoogd kon aanstellen om de ouders (gedwongen) te helpen bij de opvoeding. In 1956 worden de Raden voor de Kinderbescherming ingesteld, die o.a. nog steeds de rechter adviseren over kinderbeschermingsmaatregelen en ouderlijk gezag.

Midden jaren zestig van de twintigste eeuw wordt kindermishandeling (opnieuw) ontdekt als groot maatschappelijk probleem, naar aanleiding van de publicaties van de Amerikaanse kinderarts Henry Kempe. Kempe was de eerste die kindermishandeling signaleerde en benoemde in de medische praktijk met het artikel *The battered-child syndrome* in het *Journal of the American Medical Association (JAMA)* van juli 1962.³ In Nederland leidt dit in 1969 tot de instelling van een onderzoekscommissie naar de mogelijke aanpak van kindermishandeling (door toenmalig staatssecretaris Kruisinga van Volksgezondheid). In 1970 vindt oprichting plaats van de Vereniging tegen Kindermishandeling (nu Stichting Voorkoming Kindermishandeling). In 1972 wordt op aanbeveling van de onderzoekscommissie van Kruisinga het Bureau Vertrouwensarts inzake Kindermishandeling (BVA) opgericht. Artsen en anderen die een vermoeden van kindermishandeling hadden, konden dat bij het BVA melden. Aanvankelijk lag de nadruk vooral op fysieke mishandeling. Psychische mishandeling kreeg nauwelijks aandacht, al was hierover in 1957 reeds een boek verschenen.⁴

De aandacht voor kindermishandeling neemt in de jaren '70 en '80 van de vorige eeuw toe. Een van de thema's is seksueel misbruik bij (jonge) kinderen. Had de ‘seksuele revolutie’ in de jaren zeventig geleid tot beschouwingen over ‘liberalisering’ van de pedoseksualiteit, begin jaren tachtig wordt aandacht gevraagd voor de negatieve kanten daarvan in de vorm van ‘seksuele kindermishandeling’. Zo plaatst toenmalig staatssecretaris d’Ancona geweld tegen vrouwen en meisjes op de politieke agenda door een studieconferentie hierover te organiseren (Kijkduin, 1982) en door wetenschappelijk onderzoek op dit gebied te initiëren (de onderzoeken van Römken en van Draijer).

Vaste procedures voor melding van kindermishandeling en verwijzing naar hulpverlening waren er niet, en ouders werden ook niet altijd betrokken in de jeugdhulpverlening. Naar aanleiding van de Bolderkaraffaire wordt in 1988 een commissie ingesteld om hiervoor regels op te stellen. In dezelfde periode komt er

meer aandacht voor vrouwenmishandeling. De term huiselijk geweld wordt geïntroduceerd en het Nederlands Huisartsen Genootschap wijdt zijn jaarlijks congres aan het onderwerp.⁵ (Daarna is er door het NHG nooit meer aandacht aan dit thema besteed tot 2009, toen de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken Kindermishandeling werd gepubliceerd.⁶)

De tendens was om kindermishandeling als een vorm van huiselijk geweld te zien, waarmee het specifieke belang van het kind op de achtergrond dreigde te komen.

In 1989 sluiten de Verenigde Naties het Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind. Dit verdrag heeft mede gezorgd voor verruiming van het begrip kindermishandeling, omdat kindermishandeling gaandeweg gelijkgesteld werd aan schending van belangrijke kinderrechten, zoals het recht op verzorging en bescherming.

In 1992 moet de Wet op de Jeugdhulpverlening een antwoord bieden op de (toen al) versnipperde hulpverlening in tehuizen en instellingen. De wet verlegt de verantwoordelijkheid van het Rijk naar de provincies: zij stellen een Bureau Jeugdzorg in om als netwerk de algemene hulpverlening aan de jeugd beter te coördineren. Ook besluit de Tweede Kamer dat op provinciaal niveau één herkenbaar meldpunt voor kindermishandeling ingericht moet worden, met doorzichtige en uniforme procedures. Op basis van een advies van de Werkgroep Meldpunt Kindermishandeling gebeurt dit in de vorm van Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK's).⁷

Als gevolg van een aantal tragische gebeurtenissen (zoals rond Rowena, Savanna en het Maasmeisje) verhoogt de jeugdzorg vanaf begin deze eeuw de aandacht voor de veiligheid van het kind.

Sinds 2005 vervangt de Wet op de jeugdzorg de Wet op de jeugdhulpverlening, die niet meer voldeed. Bureau Jeugdzorg krijgt een officiële status als aparte instelling met voornamelijk een coördinerende, indicerende en verwijzende functie.⁸

Tussen 2007 en 2010 heeft minister Rouvoet, als eerste en vooralsnog enige minister voor Jeugd en Gezin, sterk ingezet op het verbeteren van de preventie, signalering en de melding van kindermishandeling. Inmiddels wordt op ministerieel niveau gewerkt aan een nieuwe aanpassing van het stelsel van de jeugdhulpverlening, waarin de belangrijkste verandering de decentralisering van de jeugdzorg naar de gemeenten zal zijn.

Uit bovenstaande blijkt dat kindermishandeling als sociaal-maatschappelijk probleem al decennialang erkend wordt, maar ook dat het moeilijk is er grip op te krijgen en de klinische én maatschappelijke hulpverlening goed te organiseren.

2.1.2 *Kindermishandeling in de klinische context*

Het eerder genoemde artikel van Kempe uit 1962 veroorzaakte ook veel ophef in medische kring. Vanaf dat jaar verschijnen steeds meer medische artikelen over het signaleren van kindermishandeling, later ook over de behandeling van de gevolgen.

Hiermee heeft het sociaal-maatschappelijk probleem kindermishandeling een duidelijke medische component gekregen. Maar ook hier blijkt het lastig grip te krijgen op het probleem en leidt de medisch-wetenschappelijke aandacht niet vanzelfsprekend tot een goede organisatie van medische signalering en zorg. Zo blijkt in 2008 na onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat de meeste ziekenhuizen in Nederland geen beleid hebben voor kindermishandeling. Afgelopen jaar is hetzelfde gebleken voor huisartsenposten. Ook is bij de psychiatrische behandeling van volwassenen die als kind zijn mishandeld aandacht voor hun eigen rol als ouder niet vanzelfsprekend. Ondanks de steeds hernieuwde maatschappelijke aandacht voor kindermishandeling is de signalering ervan in de gezondheidszorg nog relatief laag, hoewel daar langzaam verbetering in komt.⁹⁻¹¹ Getuige de discussie over invoering van meldcode dan wel meldplicht weten veel professionals in de gezondheidszorg nog altijd niet goed wat ze aan moeten met vermoedens van kindermishandeling. Sinds de jaren '80 van de vorige eeuw wordt kindermishandeling in golfbewegingen behandeld in opleidingen en nascholing, maar kennelijk beklijft het niet: van consequente aandacht voor het onderwerp is geen sprake.¹² Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) doet op dit moment een inventariserend onderzoek naar de aandacht voor kindermishandeling in medische opleidingen.

2.2 **Kindermishandeling, wat houdt het in?**

Met de veranderende normatieve inzichten is in de loop der jaren ook de definitie van kindermishandeling aan verandering onderhevig geweest.

De Wet op de jeugdzorg uit 2005 definieert kindermishandeling als:

*elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel.*¹³

De World Health Organization (WHO) definieert kindermishandeling als de mishandeling en verwaarlozing van kinderen jonger dan 18 jaar. Dit betreft alle typen lichamelijke en/of emotionele mishandeling, seksueel misbruik, fysieke en emotionele verwaarlozing, en commerciële en andere vormen van uitbuiting die resulteren in daadwerkelijke of mogelijke schade aan de gezondheid, overleving, ontwikkeling of waardigheid van het kind in de context van een relatie van verantwoordelijkheid, vertrouwen of macht. Blootstelling aan huiselijk geweld tussen de ouders/verzorgers van het kind beschouwt de WHO ook als een vorm van kindermishandeling.¹⁴

Deze definities zijn veel breder dan die uit het eerder genoemde, eerste echte klinische artikel van Kempe e.a. uit 1962.³ Daarin werd onder kindermishandeling alleen fysieke mishandeling door de ouders verstaan. Emeritus hoogleraar preventie en hulpverlening inzake kindermishandeling (VU Amsterdam) H.E.M. Baartman beschouwt deze begripsverruiming langs twee lijnen: horizontaal en verticaal.¹⁵

De horizontale verruiming betekent dat het begrip kindermishandeling steeds meer verschillende gedragingen is gaan inhouden (fysiek geweld, seksueel misbruik, emotionele verwaarlozing enzovoort) én steeds meer mogelijke plegers omvat (ouders, andere familieleden, een buurman of -vrouw, een leerkracht enzovoort).

De verticale verruiming betreft de culturele component: wat de maatschappij als mishandeling ziet. Waar vroeger ‘billenkoek’ of een tik op de vingers met een linaal geaccepteerde elementen in de opvoeding waren, wordt dit tegenwoordig in de Nederlandse cultuur minder getolereerd – want normovertredend – en sneller als mishandeling gezien. Dit verschilt per cultuur.

Een derde ontwikkeling die Baartman schetst, is dat kindermishandeling in het teken is komen te staan van aandacht voor het belang van een veilige opvoedingssituatie voor kinderen. Inmiddels is duidelijk dat kinderen die ‘slechts’ getuige zijn van huiselijk geweld hierdoor wel degelijk getraumatiseerd kunnen

raken.¹⁶ Dit maakt dat getuige zijn van huiselijk geweld tegenwoordig ook als een vorm van kindermishandeling wordt beschouwd. De helft van de kinderen die getuige zijn van geweld tussen beide ouders wordt bovendien zelf ook mishandeld.¹⁷ De aandacht voor veiligheid van kinderen heeft zo ook bijgedragen aan de verruiming van het begrip kindermishandeling.¹⁵

De commissie stelt vast dat de verschillende definities een hoge mate van *sensitiviteit* hebben: alle beschreven vormen van kindermishandeling zijn eronder te vatten. Met de hoge *sensitiviteit* neemt de *specificiteit* echter af: wanneer is sprake van mishandeling, misbruik of verwaarlozing en wanneer niet? In veel gevallen is het duidelijk, maar soms is er geen duidelijke grens te trekken. Of iets als mishandeling of verwaarlozing wordt gezien heeft een normatieve component.

Tevens wil de commissie opmerken dat het woord ‘ernstig’ een waardeoordeel betreft dat moeilijk objectief te duiden is. Wat ernstig is, zal per slachtoffer verschillen en kan een struikelblok vormen in het afstemmen van behandeling en andere hulpverlening aan het slachtoffer en zijn omgeving.

Literatuur en praktijk maken binnen de definitie van kindermishandeling onderscheid tussen verschillende typen mishandeling. Enerzijds is dit historisch zo gegroeid, anderzijds komt het voort vanuit de diagnostiek: de gevolgen per type mishandeling kunnen verschillend zijn. Het Actieplan Aanpak Kindermishandeling maakt onderscheid tussen: seksuele mishandeling; fysieke mishandeling; emotionele mishandeling; fysieke verwaarlozing; emotionele verwaarlozing en getuige zijn van partnergeweld.² Baartman onderscheidt: geweld; verwaarlozing; seksueel misbruik; exploitatie; schending van het recht op of het vermogen tot zelfbeschikking; en Munchausen by proxy.¹⁵ In het NPM (nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen)-2005 onderzoek maken Van IJzendoorn e.a. onderscheid tussen seksueel misbruik; fysieke (lichamelijke) mishandeling; emotionele mishandeling; fysieke verwaarlozing; verwaarlozing van het onderwijs; emotionele verwaarlozing en andere vormen van mishandeling.¹⁸ De NPM-2005 studie geeft ook uitgebreide definities voor de verschillende vormen van mishandeling, nodig om het vóórkomen op consistente wijze te kunnen scoren.¹⁸

De NEMESIS-studie (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) van het Trimbos-instituut uit 2007 onderscheidt seksueel misbruik; lichamelijke mishandeling; emotionele verwaarlozing en psychische mishandeling.¹⁹

De commissie hanteert voor dit advies de definitie in de Wet op de jeugdzorg. Leidend daarbij zijn de gevallen van kindermishandeling die tot dusdanige lichamelijke of psychische schade leiden, nu of in de toekomst, dat behandeling nodig is. De Wet op de jeugdzorg is de entree naar behandeling en zorg.

2.3 Hoe vaak komt kindermishandeling voor?

2.3.1 Beperkingen van schattingen

Het bepalen van het vóórkomen van kindermishandeling is niet eenvoudig, zoals blijkt uit de aanzienlijke verschillen die bestaan tussen afzonderlijke studies. De Australische National Child Protection Clearinghouse (NCPC) bediscussieert in een resource sheet over het vóórkomen van kindermishandeling en verwaarlozing uit april 2010 op overzichtelijke wijze een aantal methodologische factoren die een sterke invloed hebben op schattingen die gebaseerd worden op retrospectieve populatiestudies: de definitie van kindermishandeling, de formulering van vragen die in interviews worden gesteld, het aantal vragen dat wordt gesteld en de populatie die wordt onderzocht.²⁰

De breedte van de definitie van kindermishandeling of specifieke vormen daarvan heeft meteen gevolgen voor schattingen. Hoe enger de definitie, hoe lager het vóórkomen.

Als het onderzoek wordt gedaan door een groep uit de algemene populatie te bevragen, dan heeft de wijze van formuleren invloed op de antwoorden. Veel mensen denken liever niet over zichzelf als slachtoffer (werd u als kind emotioneel mishandeld?). Vragen die gedrag beschrijven leveren over het algemeen een meer waarheidsgetrouw antwoord op (vernederden uw ouders u systematisch?), aldus de NCPC. Ook maakt het uit welke mensen worden bevraagd. Patiënten uit de geestelijke gezondheidszorg rapporteren vaker een achtergrond van mishandeling als kind dan de gemiddelde burger. Hoewel over het algemeen wordt geprobeerd een steekproef te trekken die zo representatief mogelijk is voor de algemene bevolking blijkt de onderzoekspopulatie in veel studies toch enige selectie in zich te hebben, met mogelijke over- of onderschatting van mishandeling tot gevolg.

Andere factoren die van invloed zijn op schattingen zijn de periode waarop de vragen betrekking hebben, de periode waarin het onderzoek plaatsvindt, de mate van non-respons en het land waar het onderzoek wordt gedaan. Onderzoeken die gebruik maken van meldingen van professionals hebben als beperking dat de meldingen selectief zijn.

2.3.2 *Hoe vaak komt het voor in Nederland*

Ook in Nederland verschillen de schattingen over het vóórkomen van kindermishandeling per studie. Al sinds de jaren '80 van de vorige eeuw wordt hiernaar onderzoek gedaan. Tabel 1 geeft een overzicht van een aantal belangrijke Nederlandse studies. De schattingen in deze studies zijn gebaseerd op meldingen (zoals de NPM-2005) en op retrospectieve populaties studies (NEMESIS, Scholieren Over Mishandeling, Draijer en Römken).

Volgens de NPM-2005 studie van Van IJzendoorn e.a. zijn er jaarlijks naar schatting ruim 107.000 meldingen van verwaarlozing of mishandeling van kinderen in Nederland.^{18*} Bijna 30% van de respondenten in de NEMESIS-studie gaf aan ooit enige vorm van mishandeling als kind te hebben ondergaan.¹⁹

In de Scholieren over Mishandeling-studie (SOM) rapporteert 37% ooit slachtoffer te zijn geweest van mishandeling. Voor 20% gold dat voor het afgelopen jaar.²¹

De verschillen tussen de Nederlandse studies zijn (in ieder geval deels) te verklaren door methodologische factoren. Cijfers afgeleid van meldingen door professionals vallen consequent een stuk lager uit dan gegevens verkregen van een steekproef uit de algemene bevolking. Kennelijk blijft veel misbruik onzichtbaar en/of wordt het niet gemeld. Mogelijk speelt mee dat mishandeling soms pas (laat) in de volwassenheid naar buiten komt als psychiatrische of lichamelijke problemen ontstaan. Met de intensieve aandacht die melding van kindermishandeling de afgelopen jaren krijgt, is het interessant te bekijken of de cijfers betreffende het vóórkomen vanuit de twee benaderingen elkaar meer zullen naderen.

2.3.3 *Hoe vaak komt kindermishandeling voor in het buitenland?*

De commissie heeft een aantal recente buitenlandse studies bekeken. In de VS geven de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) voor 2008 op basis van onderzoek van het US Department of Health and Human Services (aan de hand van meldingen bij child protective services), aan dat ruim 10% van alle kinderen slachtoffer was van enige vorm van mishandeling, waarvan driekwart voor het eerst. Een ander onderzoek geeft een schatting van vóórkomen van 20%.^{24,25}

* In de tweede helft van 2011 worden de resultaten van de NPM-2010 verwacht.

Tabel 1 Overzicht van Nederlandse studies naar het vóórkomen van kindermishandeling.

Auteur	Studie	Studiepopulatie	Methode	Schatting van omvang van het probleem			
				Seksueel misbruik	Fysieke mishandeling	Emotionele mishandeling	Verwaarlozing
Van IJzendoorn (2007) ¹⁸	NPM-2005	Kinderen 0-17 jaar, aangemeld door AMK's en professionals n=858	Registraties Actuele mishandeling	4834	19.815	11.732	61.958 (fysiek en emotioneel)
				Schatting betreft het totaal aantal kinderen 0-17 jaar dat in het jaar 2005 in Nederland is aangemeld als mishandeld, naar type mishandeling			
Verdurmen (2007) ¹⁹	NEMESIS	Volwassenen 18-64 jaar n=7076	Getrapte, gestratificeerde aselecte steekproef, diagnostische interviews Retrospectief	6,9%	7,3%	11,8%	22,8% (emotioneel)
				Schatting betreft % volwassenen in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar dat aangeeft als kind ooit mishandeld te zijn, naar type mishandeling			
Lamers-Winkelman (2007) ²¹	SOM	Middelbare scholieren 12-16 jaar n=1845	Speciaal ontwikkelde vragenlijst (VVNG), Actueel / retrospectief	79	157	221	52 (fysiek en emotioneel)
				Schatting betreft aantal per 1000 jongeren 12-16 jaar dat ooit is mishandeld, naar type mishandeling			
Draijer (1988) ²²	Landelijk onderzoek seksueel misbruik SZW	Volwassen vrouwen 20-40 jaar n=1054	Interviews Retrospectief	15,6% door verwanten 7% binnen én buiten het gezin	11,5% (een derde hiervan ook misbruik in het gezin)		6,5%
				Schatting betreft percentage vrouwen 20-40 jaar dat aangeeft als kind ooit te zijn mishandeld, naar type mishandeling			
Römkens (1989) ²³	Landelijk onderzoek geweld tegen vrouwen UvA	Volwassen vrouwen n=1016	Interviews Retrospectief	18%	34%	17% (getuige huiselijk geweld)	
				Schatting betreft percentage volwassen vrouwen dat aangeeft als kind ooit te zijn misbruikt, naar type mishandeling			

De Australische NCPC heeft een overzicht gemaakt van de belangrijkste Australische studies naar het vóórkomen van kindermishandeling. De betreffende studies werkten allemaal met retrospectieve interviews van een steekproef uit de algemene bevolking. De getallen geven weer hoeveel mensen ooit mishandeld zijn als kind. Gesproken wordt van 5-10% lichamelijke mishandeling, 11% emotionele mishandeling, 12-23% getuige van huiselijk geweld, 4-16% seksueel misbruik van jongens en 7-36% seksueel misbruik voor meisjes. Er kon op basis van de beschikbare gegevens geen uitspraak gedaan worden over het vóórkomen

van verwaarlozing. De studies doen geen uitspraken over een *overall* prevalentie, omdat een bepaald type mishandeling meestal gepaard gaat met andere vormen van mishandeling.²⁰

De meest recente studie uit het Verenigd Koninkrijk dateert uit 2005. Bijna 3.000 jonge volwassenen tussen de 18 en 24 jaar oud werden random geselecteerd (*postcode address file* als *sampling frame*) en geïnterviewd door getrainde interviewers. Van hen meldde 90% uit een fijn gezin te komen. 16% van de respondenten had voor hun zestiende jaar te maken gehad met een vorm van mishandeling, een aantal daarvan buiten het eigen gezin.²⁶

Een recente systematische review over het vóórkomen van seksueel misbruik in Zwitserland geeft aan dat door grote verschillen in de meegenomen studies moeilijk conclusies te trekken zijn over de werkelijke prevalentie. Voor meisjes worden getallen genoemd tot 40%, voor jongens tot 11%. De auteurs concluderen wel dat seksueel misbruik net zoveel voorkomt in Zwitserland als in andere Europese landen.²⁷

In het buitenland verschillen de cijfers per studie, net zoals in Nederland. Gezien de aard van het probleem en de complexiteit van prevalentieonderzoek moet worden gewerkt met schattingen. Door de bank genomen is de conclusie gerechtvaardigd dat de cijfers in andere westerse landen in dezelfde orde van grootte vallen als in Nederland: kindermishandeling is overal een probleem van aanzienlijke omvang.

2.4 Onder welke omstandigheden komt kindermishandeling voor?

Kindermishandeling is niet voorbehouden aan een bepaalde cultuur of sociale klasse; het komt in alle lagen van de bevolking en in alle etnische groepen voor. Wel is duidelijk dat onder bepaalde omstandigheden het risico op kindermishandeling groter wordt, er zijn zogenoemde risicofactoren. Ook zijn er omstandigheden bekend die het risico op mishandeling juist verkleinen, de zogenoemde beschermende factoren. De betreffende factoren werken op verschillende niveaus:

- factoren die van invloed zijn op het optreden van mishandeling
- factoren die van invloed zijn op de gevolgen van de mishandeling
- factoren die de gevoeligheid voor behandeling bepalen.

Deze paragraaf gaat voor de volledigheid kort in op de factoren die van invloed zijn op het optreden van mishandeling (geen onderwerp van de adviesaanvraag). In hoofdstuk 3 komen factoren aan de orde die van invloed zijn op de gevolgen van de mishandeling en op de gevoeligheid voor behandeling.

2.4.1 *Risicofactoren die mishandeling in de hand werken*

Er is niet één oorzaak van kindermishandeling. Unicef waarschuwde in 2003 in de *League table of child maltreatment deaths in rich nations* om niet te veel gewicht toe te kennen aan de associatie tussen kindermishandeling en één aparte risicofactor. Dat doet gezinnen tekort die hun kinderen ondanks de aanwezigheid van zo'n risicofactor zonder mishandeling grootbrengen. Inmiddels bestaat er in de jeugdhulpverlening brede consensus over de beste manier om kinderen met een daadwerkelijk verhoogd risico op mishandeling te identificeren: daarbij gaat het om de cumulerende werking van verschillende risicofactoren samen. UNICEF noemt vier factoren als sterke risicofactor²⁸:

- alcohol en drugsmisbruik bij de ouders – vaak geassocieerd met armoede en lage sociaaleconomische status, maar ook op zichzelf een belangrijke risicofactor
- huiselijk geweld
- armoede en stress
- geweld in de maatschappij – in gebieden waar veel geweld voorkomt, zoals oorlogsgebieden, komt ook kindermishandeling meer voor.

Risicofactoren die in Nederland ook een rol spelen hebben te maken met de sociaaleconomische situatie van het gezin (werkloosheid, sociaal isolement, gebroken gezin), de geestelijke gezondheid (psychische problemen, huiselijk geweld) en pedagogische vaardigheden van de ouders, en de geestelijke en fysieke gezondheid van het kind (prematuur geboren, fysieke of verstandelijke beperking, ontwikkelingsstoornissen, temperament). Bij aanwezigheid van deze risicofactoren staat een gezin onder druk. Een extra stressor, maar ook een combinatie van (twee of meer van) deze risicofactoren kan dan mishandeling induceren. De specifieke interactie van risicofactoren en beschermende factoren tussen ouder en kind is hierbij ook van belang. Bijvoorbeeld: temperamentvolle ouders met een rustige gezonde baby kan prima gaan, terwijl dezelfde ouders met een huilbaby misschien makkelijker hun geduld verliezen. ^{15,17,18,21,29-33}

2.4.2 *Beschermende factoren tegen mishandeling*

Beschermende factoren bieden tegenwicht aan de risicofactoren bij het kind, de opvoeders en de gezinsomgeving. Ze zorgen ervoor dat ondanks eventueel aanwezige risicofactoren geen mishandeling plaatsvindt. Beschermende factoren kunnen zowel bij de opvoeders als bij het kind liggen en hebben vooral te maken met sociaal welbevinden (harmonieuze relaties, sociaal vangnet, verwerkt verleden), intelligentie en persoonlijkheid.^{28,29,34,35}

2.5 **Conclusie**

Ondanks ruim een eeuw gerichte (overheids)aandacht, is kindermishandeling een relevant en veel voorkomend maatschappelijk probleem. Er zijn veel verschillende definities mogelijk van kindermishandeling, mede omdat het begrip onderhevig is aan culturele en normatieve invulling. Het begrip kindermishandeling is de afgelopen eeuw steeds verder verruimd, in Nederland en daarbuiten, van aanvankelijk alleen fysieke mishandeling door ouders tot ook psychische mishandeling, verwaarlozing en getuige zijn van huiselijk geweld.

Een exacte prevalentie van kindermishandeling is niet te bepalen, omdat meestal niet duidelijk is wanneer de mishandeling precies begon, vaak verschillende vormen tegelijk voorkomen, veel mishandeling pas in de volwassenheid naar buiten komt en er nog steeds een taboe heerst op het praten over en het melden van (een vermoeden van) mishandeling. Daarnaast is de onderzoeksmethode van invloed op de uitkomst (wie wordt hoe en wanneer bevraagd). Duidelijk is evenwel dat het veel voorkomt. Daarmee is het een belangrijk volksgezondheidsprobleem dat dringend en blijvend aandacht verdient.

Gevolgen van kindermishandeling

Dit hoofdstuk bespreekt de mogelijke gevolgen van kindermishandeling voor kinderen in verschillende leeftijdsgroepen doorlopend tot in de volwassenheid, en de consequenties voor behandeling. Om te beginnen schetst de commissie in de persoon gelegen factoren die de gevolgen van kindermishandeling kunnen versterken of beperken.

3.1 *Resilience* of veerkracht

De mate waarin slachtoffers van kindermishandeling schade oplopen, hangt van verschillende factoren af. Er is dan ook geen sprake van een eenduidige expressie van schade bij slachtoffers. Het vermogen goed te blijven functioneren in gedrag, emotie, sociale vaardigheden en sociaal-maatschappelijke participatie (zoals onderwijs, werk) na een ingrijpende gebeurtenis of in een bepaalde ontwikkelingsfase wordt aangeduid als *resilience*, in het Nederlands vertaald als veerkracht of herstellingsvermogen. Veerkracht betreft een dynamisch proces: het gaat om positieve aanpassing in een context van tegenslag.^{36,37} Rutter formuleert *resilience* als de relatieve resistentie tegen risicovolle ervaringen of het verwerken van stress of nadelige invloeden.^{38,39} In de persoonlijkheidsliteratuur wordt *resilience* ook wel gezien als een relatief stabiele eigenschap die de omgang van kinderen met hun omgeving (dus ook met een bedreigende omgeving) beïnvloedt.⁴⁰

Wat is *resilience* precies? Zijn er factoren waarmee iemands *resilience* te voorspellen is? Kindermishandeling komt minder voor bij mensen met een hoge intelligentie en met een goede sociaaleconomische status. Intelligentie, geslacht en wonen in een goede, rustige buurt blijken echter niet geassocieerd te zijn met *resilience*.⁴¹⁻⁴³ Jaffee e.a. vonden wel verbanden tussen IQ, en een makkelijk temperament en *resilience* bij jongens. De auteurs presenteren een model voor een oplopend effect van stressoren op veerkracht of het oplopen van schade. Bij weinig of kortdurende stressoren kunnen intelligentie en een makkelijk temperament bijdragen aan een goede verwerking van de traumatische ervaring. Hoe vaker of hoe indringender de stressoren zijn, hoe minder IQ en temperament ertoe doen. Bij veel en ernstige stress loopt iedereen schade op.⁴¹

De onderzoeken naar *resilience* noemen zonder uitzondering kwalitatief goede interpersoonlijke relaties als belangrijke factor in het omgaan met bedreigende situaties in de omgeving. Het betreft relaties vanaf de vroege jeugd tot ver in de volwassenheid.^{41,42,44-46} Een veilige hechting als baby en peuter is hierbij als eerste en meest basale interpersoonlijke relatie van cruciaal belang (zie ook 3.3). Daarnaast hebben persoonskenmerken van een kind zijn weerslag op deze relaties.

Fysieke mishandeling en seksueel misbruik vinden veelal plaats in een context van affectieve verwaarlozing en onveilige hechtingsrelaties die op zichzelf al een negatieve impact hebben op de mogelijkheden van een kind om zich te ontwikkelen en op de geestelijke gezondheid later. Zo bleek uit het landelijke surveyonderzoek naar seksueel misbruik, dat affectieve verwaarlozing bepalend was voor de latere klachten, maar onafhankelijk daarvan voegde misbruik nog schade toe.^{22,46} Ook de cumulatie van negatieve levenservaringen verergert de latere gevolgen: mensen die zowel mishandeld als misbruikt als verwaarloosd zijn, zijn er veelal het ergste aan toe. Omgekeerd biedt veilige gehechtheid een zekere innerlijke bescherming (of veerkracht) tegen de negatieve invloed van belastende ervaringen.

In de ontwikkelingspsychologie wordt de laatste tijd onderzoek gedaan naar de zogenaamde *differential susceptibility* ofwel differentiële gevoeligheid. Verschillen in het temperament van kinderen zijn gekoppeld aan verschillen in gevoeligheid voor (positieve dan wel negatieve) omgevingsfactoren.⁴⁷ Dit zou ook gevoeligheid voor schade door traumatische ervaringen kunnen betreffen. Gevoeligheid voor schade en de wijze waarop de schade zich uit, wordt daarbij mede bepaald door iemands temperament. Temperament is onderdeel van de persoonlijkheid en is niet hetzelfde als gedrag. Het temperament van een persoon is

redelijk stabiel in de tijd en lijkt vanaf het derde levensjaar al redelijk gevormd te zijn. Uit onderzoek blijkt dat kinderen met een makkelijk temperament vaak goed terecht komen; opvoeding heeft daarop niet zo veel invloed meer. Bij kinderen met een moeilijk temperament ligt dat gecompliceerder.⁴⁸⁻⁵⁰

Kinderen met een makkelijk temperament zijn over het algemeen beter in staat goede stabiele relaties aan te gaan en zouden zo eventueel minder kans kunnen lopen op mishandeling en op schade daarvan.⁵¹ Het temperament maakt ook uit voor de aard van negatieve gevolgen: uiten ze zich als externaliserende of internaliserende gedragsproblemen bijvoorbeeld. Het is van belang altijd goed naar het kind te kijken en aan te sluiten bij zijn eigen kracht.

Tegelijkertijd zijn er aanwijzingen dat temperament beïnvloed kan worden door traumatische ervaringen zoals kindermishandeling. Dit is verwoord in de zogenoemde ‘scar’-hypothese: traumatische ervaringen zouden een soort litteken in het temperament kunnen achterlaten. Dit zou met name, maar zeker niet alleen, van belang kunnen zijn bij vroege mishandeling, in de baby- en peuterleeftijd voordat het temperament zich min of meer stabiel ontwikkeld heeft.⁵²

3.2 Neurofysiologie

In de afgelopen twee decennia is duidelijk geworden dat stress en trauma effect hebben op de organisatie en werking van de hersenen. Hoewel lang gedacht werd dat kinderen zeer veerkrachtig waren mede door de nog grote plasticiteit van hun hersenen, is nu duidelijk dat juist door die grote plasticiteit van de hersenen bij kinderen negatieve ervaringen tot grote verstoringen in het functioneren van de hersenen kunnen leiden. Bij jonge slachtoffers van mishandeling worden onder andere vermindering van grijze stof in de prefrontale cortex gezien, afwijkingen in de witte stof, verstoringen in de ontwikkeling van onder andere de hippocampus en corpus callosum en verstoringen in de *hypothalamic-pituitary-adrenal* (HPA)-as ofwel stress-as. Verstoringen in deze stress-as betreffen verstoorde verhoudingen van stresshormonen, waaronder cortisol, die leiden tot een permanente staat van alertheid ten dienste van een snelle vlucht-vechtreactie bij stress.⁵³⁻⁵⁷ Deze verstoringen in hersenstructuren en hormoonsystemen hebben ingrijpende gevolgen voor de ontwikkeling en het gedrag.

De afgelopen jaren is door Nederlands en internationaal onderzoek duidelijk geworden dat genetische opmaak ook van invloed is op de ontwikkeling van de hersenen, stressrespons en de weerbaarheid tegen trauma.^{55,58-63}

Ook in de moleculaire genetica wordt onderzoek gedaan naar gevoeligheid en veerkracht. Er zijn inmiddels aanwijzingen dat de genen CRHR1 en FKBP5,

die betrokken zijn bij het reguleren van de HPA-as, invloed hebben op *resilience*.^{56,57,64}

3.3 De gevolgen van mishandeling voor baby's en peuters (0-4 jaar)

Hechting is een selectieve en duurzame affectieve band die zich in het eerste levensjaar ontwikkelt tussen het kind en de primaire verzorger(s) van het kind.⁶⁵ De kwaliteit van vroege hechtingsrelaties is van grote invloed op de ontwikkeling van het kind. Een veilige hechting wordt geassocieerd met een betere relatie en socialisatie met de ouders/primaire verzorgers, een effectievere emotieregulatie en een cognitieve voorsprong.^{53,65-67}

Verwaarlozing en mishandeling van jonge kinderen door de ouders/primaire verzorgers leiden vaak tot onveilige, gedesorganiseerde hechting. De persoon aan wie het kind zich zou moeten kunnen hechten en die zijn toevluchtsoord zou moeten zijn voor troost en geborgenheid is tegelijkertijd een bron van onvoorspelbare dreiging. De ervaring van angst en dreiging zonder oplossing is karakteristiek voor mishandelde kinderen en is waarschijnlijk het belangrijkste proces waarlangs deze kinderen een gedesorganiseerde hechting ontwikkelen. Kinderen met een gedesorganiseerde hechting hebben een sterk verhoogd risico op latere gedrags- en ontwikkelingsproblemen.⁶⁷⁻⁷¹

Lichamelijke gevolgen van mishandeling bij heel jonge kinderen kunnen blauwe plekken, botbreuken en andere zichtbare tekenen van fysieke mishandeling zijn. Ook hun algemene fysieke ontwikkeling kan nadelig beïnvloed worden (*failure to thrive*) Verwondingen aan het hoofd kunnen permanente hersenbeschadigingen met zich meebrengen met blindheid, doofheid, motorische en cognitieve beperkingen als mogelijk gevolg.^{72,73}

Bij heel jonge kinderen is de sterfte aan kindermishandeling relatief hoog, vanwege hun fysieke kwetsbaarheid.

3.4 De gevolgen van mishandeling voor schoolgaande kinderen (4-12 jaar)

Bij de lichamelijke gevolgen van mishandeling voor kleine kinderen wordt over het algemeen eerst gedacht aan blauwe plekken, breuken en andere zichtbare tekenen van fysieke mishandeling. De CDC in de Verenigde Staten becijferen dat in 2008 meer dan 1.700 kinderen in de VS zijn overleden als gevolg van mishandeling of verwaarlozing.⁷³ In Nederland zijn dat er naar schatting 50 tot 80 per jaar.⁷⁴ Een ander fysiek aspect van mishandeling is *failure to thrive*: kinderen groeien niet goed, zijn vaak ziek. Maar ook obesitas ligt op de loer. Dit komt

vaker voor bij kleine kinderen die verwaarloosd worden.⁷⁵ Psychosomatische klachten als hoofdpijn en buikpijn zijn de meest voorkomende chronische kwalen bij schoolgaande kinderen in het algemeen.⁷⁶ Vaak wordt er geen oorzaak voor gevonden, maar ze kunnen wel met mishandeling samenhangen.⁷⁷

De stress van chronische mishandeling kan bepaalde hersendelen in een staat van permanente waakzaamheid brengen, met hyperactiviteit, concentratieproblemen, gedragsproblemen en slaapstoornissen als gevolg. Veel kinderen ontwikkelen symptomen van posttraumatische stress of dissociatie; in de literatuur worden percentages van 20-60% gerapporteerd.⁷⁸⁻⁸⁰ Ook problemen met zindelijkheid kunnen voorkomen. Op school kunnen concentratie- en leerproblemen optreden.⁸¹⁻⁸³ Ook in deze groep komt sterfte toch nog regelmatig voor, vooral bij de jongere kinderen, vanwege hun fysieke kwetsbaarheid.

3.5 De gevolgen van kindermishandeling voor adolescenten (12-18 jaar)

Mishandelde kinderen lopen in hun adolescentie een verhoogd risico op verslaving aan tabak, alcohol en drugs en op risicovol seksueel gedrag.⁸⁴⁻⁸⁷ Verder komen crimineel gedrag en tienerzwangerschappen vaker voor bij mishandelde en verwaarloosde kinderen. Ook prestaties op school lijden eronder.⁸⁷ Kindermishandeling en verwaarlozing, zeker die op zeer jonge leeftijd, kunnen ook gevolgen hebben voor het vermogen gezonde relaties aan te gaan in de jeugd en in volwassenheid.^{88,89}

Lichamelijke gevolgen bij adolescenten zijn tekenen van fysiek geweld, maar ook obesitas en astma komen vaker voor bij mishandelde dan bij niet-mishandelde adolescenten. De algehele gezondheid is eveneens slechter dan gemiddeld. Ook hier geldt dat psychosomatische klachten zoals buikpijn en hoofdpijn kunnen wijzen op mishandeling.

Psychische gevolgen zijn gedragsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, depressie, posttraumatische stress, dissociatieve stoornissen, psychoses en schizofrenie.^{83,87,90,91}

3.6 De gevolgen van kindermishandeling voor volwassenen (18 jaar en ouder)

Al lange tijd worden kindermishandeling en psychiatrische problemen in de kindertijd en in volwassenheid met elkaar in verband gebracht. Bij mensen die als kind zijn mishandeld komen psychiatrische aandoeningen significant vaker voor dan bij mensen zonder een verleden van mishandeling, ook als gecorrigeerd wordt voor andere factoren zoals sociaaleconomische status. Voorbeelden zijn

depressie, dissociatieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen, angststoornissen en (complexe) posttraumatische stressstoornis.^{88,92-98}

De afgelopen jaren is mede dankzij de ACE-studie (*Adverse Childhood Experiences*) duidelijk geworden dat mensen met traumatische ervaringen in hun jeugd (door mishandeling, verwaarlozing, een natuurramp, geweld of het verlies van een dierbare bijvoorbeeld) vaker lijden aan chronische lichamelijke aandoeningen als diabetes, astma en hart- en vaatziekten en ook aan psychosomatische klachten zoals hoofdpijn en buikpijn.^{85,88,99,100} De ACE-studie betreft een cohort van 17.000 patiënten uit de Amerikaanse middenklasse. 80% is blank, de gemiddelde leeftijd 57 jaar. Een groot deel van de deelnemers heeft een universitaire studie afgerond.

In deze groep met weinig van de ‘standaard’ risicofactoren voor kindermishandeling (lage sociaaleconomische status, lage opleiding, wonen in slechte wijken) bleek het vóórkomen van kindermishandeling onverwacht hoog, wat in tabel 2 is weergegeven.

Tabel 2 Het vóórkomen van belastende ervaringen uit de ACE-studie.^{85,99}

Type belastende ervaring (ACE-categorie)	Prevalentie
emotionele mishandeling	11%
fysieke mishandeling	28%
seksueel misbruik	22% (28% vrouwen, 16% mannen)
huiselijk geweld jegens moeder	13%
gezinslid met verslaving	27%
gezinslid in gevangenis	6%
gezinslid met psychiatrische problemen	17%
niet opgevoed door beide biologische ouders	23%
fysieke verwaarlozing	10%
emotionele verwaarlozing	15%

Op basis van deze categorieën is de ACE-score geïntroduceerd: ieder ‘ja’-antwoord op een van de categorieën is een punt (dus niet het aantal malen dat binnen een categorie mishandeling heeft plaatsgevonden); 11% van de deelnemers had een score van 5 of hoger, waarbij vrouwen een 50% grotere kans hadden op een score boven de 5 dan mannen.

De reden dat niet eerder bekend was dat kindermishandeling in deze klasse zoveel voorkwam is volgens Felitti het sociale taboe op mishandeling en de schaamte bij de slachtoffers. Er wordt niet naar gevraagd en er wordt niet vanzelf over gepraat.

De ACE-studie liet zien dat bij de patiënten die aangegeven hadden ooit mishandeld te zijn significant vaker psychiatrische maar vooral ook somatische aandoe-

ningen voorkwamen. Felitti waarschuwt dan ook voor het te snel op de genetische gooiën van de somatische aandoeningen. Chronische stress heeft grote gevolgen voor het immuunsysteem en de stressrespons van het lichaam, en dat heeft weer effect op bijvoorbeeld hart- en bloedvaten.* Deze retrospectieve bevindingen zijn inmiddels in prospectieve epidemiologische studies bevestigd.^{80,101-105}

Felitti e.a. (2010) concluderen dat kindermishandeling een van de meest basale, langdurige determinanten voor gezondheid is. Veel actuele *public health* problemen, zoals obesitas, diabetes en hart en vaatziekten zijn hier in ieder geval deels mee geassocieerd. Ongezonde leefstijl is in dit licht geen 'keuze' maar een manier om met de traumatische herinneringen om te gaan: een obese persoon is minder aantrekkelijk voor seksueel contact, alcohol, roken en drugs kunnen de herinneringen aan de mishandeling onderdrukken.^{99*}

De bevindingen van de ACE-studie zijn in Nederland op bescheiden schaal bevestigd in een onderzoek van TNO, in opdracht van de Augeo Foundation. Uit het onderzoek komt naar voren dat in Nederland meer mensen aangeven nooit mishandeld of verwaarloosd te zijn (56%) dan in de ACE-studie (36%); 44% heeft echter wel te maken gehad met mishandeling of verwaarlozing. In deze groep komen net als in de ACE-studie aandoeningen als astma, diabetes, verslaving en depressie significant vaker voor dan in de groep zonder verleden van mishandeling.¹⁰⁶ De NEMESIS-2-studie heeft data verzameld die de associatie tussen kindermishandeling en geestelijke gezondheidsproblemen op volwassen leeftijd in beeld zou kunnen brengen. Door gebrek aan financiering is een dergelijke analyse van de verzamelde data op dit moment niet mogelijk.¹⁰⁷

3.7 De relatie tussen mishandeling en psychische klachten

De laatste jaren is geprobeerd meer grip te krijgen op de relatie tussen mishandeling en psychische gevolgen. De meeste studies die een relatie laten zien, zijn gebaseerd op retrospectieve meldingen van kindermishandeling door middel van interviews met de deelnemers aan het onderzoek; op herinneringen aan mishandeling dus. Er zijn twijfels geopperd over de betrouwbaarheid en validiteit van deze meldingen, gezien het feit dat zo veel mishandeling nooit gerapporteerd wordt.¹⁰⁸⁻¹¹⁰ Scott e.a. hebben daarom een prospectieve studie uitgevoerd, waarin gebruik werd gemaakt van het koppelen van dossiers van de kinderbescherming met gegevens uit de New Zealand Mental Health Survey.⁸⁰ Ook op die manier

* V.J. Felitti. The ACE Study. Presentatie tijdens de Ronde Tafel Conferentie van LCVT en Zorgverzekeraars Nederland, op 17 november 2010 te Zeist.

werden significante relaties gevonden tussen kindermishandeling en stemmingsstoornissen, angststoornissen en verslaving.

De laatste jaren wordt ook onderzocht of bepaalde typen mishandeling sterker met bepaalde psychiatrische aandoeningen geassocieerd zijn. Dit is echter lastig te onderzoeken, omdat een vorm van mishandeling zelden alleen voorkomt. Meestal staan kinderen bloot aan meerdere typen tegelijk. Toch zijn er inmiddels aanwijzingen dat bepaalde typen mishandeling een grotere kans geven op bepaalde psychiatrische aandoeningen dan andere.

Zo lijkt getuige zijn van huiselijk geweld sterker gecorreleerd te zijn met gedragsproblemen dan met emotionele problemen.^{111,112} Er is ook een relatie tussen kindermishandeling en persoonlijkheidsstoornissen. Daarvan lijkt seksueel misbruik vaker gecorreleerd met paranoïde, schizoïde borderline en vermijdende persoonlijkheidsstoornissen.⁴⁶ Fysieke mishandeling lijkt vaker gecorreleerd met antisociale persoonlijkheidsstoornissen en emotioneel misbruik met paranoïde schizotypisch borderline. Emotionele verwaarlozing lijkt sterker gecorreleerd met borderline persoonlijkheidsstoornissen.¹¹³

Suïcidaliteit en depressie lijken sterker gecorreleerd met seksueel misbruik dan met andere vormen van mishandeling.¹¹⁴ Lewis e.a. (2010) lieten ook zien dat eventuele mishandeling in de jeugd van invloed is op de uitkomsten van behandeling. Dat betekent dat bij de behandeling van psychische problemen rekening gehouden moet worden met de (mishandelings)achtergrond van de patiënt.¹¹⁴

De commissie onderstreept dat de gevonden specifieke correlaties zwak zijn. De relatie met typen mishandeling is niet specifiek en niet dwingend: de genoemde psychiatrische aandoeningen kunnen ook een andere (mede)oorzaak hebben en niet altijd leidt mishandeling tot een psychiatrische stoornis.

De groep van Kessler heeft bovendien aangetoond dat de correlatie tussen kindermishandeling en psychiatrische aandoeningen sterker te maken heeft met de eerste manifestering van de aandoening dan met de persistentie ervan. Aandacht voor primaire preventie van mishandeling is en blijft daarom belangrijk.⁹³⁻⁹⁵

De psychiatrische gevolgen van kindermishandeling betreffen ernstige stoornissen die sterk invaliderend kunnen zijn. Ze berokkenen de slachtoffers en de samenleving grote economische schade vanwege langdurige arbeidsinvaliditeit en een groot beroep op medische en psychiatrische zorg.¹¹⁵

3.8 Conclusie

De gevolgen van kindermishandeling zijn zeer divers. Sommige kinderen lopen geen permanente (psychische) schade op, vele anderen raken wel beschadigd. Persoonlijkheidskenmerken en genetische opmaak beïnvloeden de weerbaarheid tegen trauma. Bij (jonge) kinderen is het ook andersom en beïnvloedt (chronische) stress de ontwikkeling van de hersenen en van het temperament.

Gevolgen van mishandeling variëren van uiteenlopende soorten fysiek letsel tot problemen op psychisch vlak. Deels zijn ze direct merkbaar, maar regelmatig blijkt de schade pas later, bijvoorbeeld in de adolescentie of op volwassen leeftijd.

Volwassenen die in hun kindertijd zijn mishandeld, hebben een verhoogde kans op (langdurige) psychische problemen en stoornissen, zoals stemmings- of angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en verslavingsproblemen. Ook zijn er duidelijke aanwijzingen dat kindermishandeling op latere leeftijd de kans op somatische aandoeningen als obesitas en astma verhoogt.

Sommige typen mishandeling lijken vaker tot bepaalde stoornissen te leiden dan andere, maar er is geen duidelijke relatie te leggen tussen een type mishandeling als oorzaak en een specifieke stoornis als gevolg.

De gevolgen van kindermishandeling kunnen invaliderend zijn en berokkenen het slachtoffer en de samenleving substantiële economische schade.

Assessment en behandeling van kinderen

Om kinderen die te maken hebben (gehad) met kindermishandeling te kunnen behandelen moet eerst in kaart gebracht worden wat er precies aan de hand is, ofwel er is een assessment nodig. Kinderen staan daarbij niet op zichzelf, maar moeten altijd in de context van hun gezin bekeken worden.* In dit hoofdstuk gaat de commissie inhoudelijk in op de elementen van het assessment. Verder komt de stand van wetenschap rond de behandeling van de psychische gevolgen van kindermishandeling bij kinderen aan de orde. Ook interventies voor de rol van de ouders, met name opvoedingsondersteuning komen kort aan bod. Oplossen van problemen van sociaal-maatschappelijke en sociaaleconomische aard (bijv. interventies in de verslavingszorg, arbeidsreïntegratie, het vormen van een sociaal netwerk) valt buiten dit advies, hoe relevant dat ook is voor het doorbreken van het patroon van mishandeling.

4.1 Wat is er aan de hand? Assessment

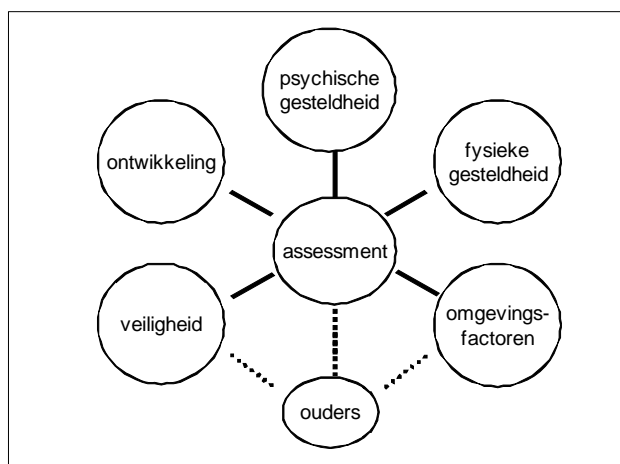
Voordat adequaat hulp kan worden geboden aan gezinnen waarin een kind mishandeld wordt of werd (binnen het gezin of daarbuiten) en aan het kind zelf, is

* Mishandeling kan binnen het gezin plaatsvinden of daarbuiten. In beide gevallen wordt het kind in de context van het gezin gezien en behandeld. Bij mishandeling binnen het gezin kan dit betekenen dat het kind wel uit huis geplaatst wordt en dus, hoewel – indien mogelijk – nog steeds in samenhang met het gezin, niet thuis behandeld wordt. De plek waar mishandeling plaatsvindt heeft inhoudelijke gevolgen voor de behandeling en begeleiding van kind en gezin.

het noodzakelijk te weten wat er aan de hand is. Dit betreft sociaal-maatschappelijke kennis van de gezinssituatie en het systeem daaromheen, kennis van de ouders als opvoeders en als persoon, kennis van de veiligheid van en binnen het gezin, kennis van de ouder-kindrelatie evenals kennis van de psychische, fysieke en sociale problemen waar het kind mee kampt. Van belang is niet alleen te focussen op de dingen die niet goed gaan, maar nadrukkelijk ook te identificeren wat wel goed gaat, waaronder de veerkracht van het kind.

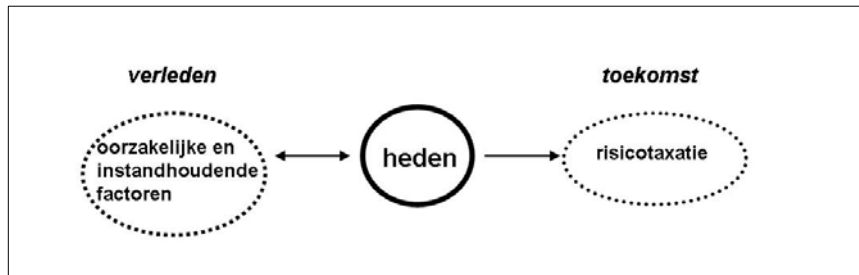
Het vergaren van deze kennis wordt vaak aangeduid met diagnostiek. Vanwege de klinische lading van deze term geeft de commissie er de voorkeur aan de term assessment te hanteren. Met assessment bedoelt de commissie het in kaart brengen van de veiligheid van het kind, onderzoek naar het gezin, het sociale systeem, sociaaleconomische factoren, de ontwikkeling van het kind alsmede diagnostiek van eventueel aanwezige lichamelijke en psychische gevolgen van mishandeling.* Figuur 1 geeft de elementen van het assessment weer.

De commissie meent dat, zoals figuur 1 laat zien, de onderdelen van assessment niet sequentieel in de tijd geordend moeten zijn. Idealiter komen alle onderdelen in het assessment aan de orde, liefst parallel in de tijd. Wel is van belang in de gaten te houden welke kennis, ten bate van de analyse ervan, waar in de tijd thuishoort. In figuur 2 is dit weergegeven.



Figuur 1 De elementen van het assessment bij kindermishandeling.

* Hiermee is diagnostiek dus een onderdeel van het assessment.



Figuur 2 Positionering in de tijd van de kennis die in het assessment wordt vergaard over het kind en het gezin, ten bate van de analyse van deze kennis. Deze benadering is belangrijk voor de afstemming van zorgvraag en aanbod.

De commissie hecht eraan het belang van een goed assessment te onderstrepen. Assessment hoeft niet per definitie tot behandeling te leiden. Als blijkt dat er geen schade is bij het kind (fysiek, psychisch of in de ontwikkeling), de veiligheid is gewaarborgd en er een goed sociaal vangnet aanwezig is, dan is behandeling niet nodig. Is behandeling wel aangewezen, dan is het assessment essentieel voor de invulling ervan.

4.2 De elementen van het assessment

4.2.1 Veiligheid

In het kader van het assessment verstaat de commissie onder veiligheid drie zaken:

- is er direct (fysiek) gevaar? (heden)
- zijn de basisvoorwaarden aanwezig voor een gezonde fysieke en mentale ontwikkeling van het kind? (verleden, heden)
- bestaat er een toekomstig risico op mishandeling? (risicotaxatie, toekomst)

Voor het vaststellen van de fysieke en emotionele veiligheid worden checklists gebruikt, zoals *Veilig Thuis?*, het eerste deel van het LIRIK (Licht Instrument Risicotaxatie Kindermishandeling) of de Delta Veiligheidslijst.¹¹⁶⁻¹¹⁸

Deze checklists gaan aspecten na als:

- aan/afwezigheid van fysieke, emotionele of seksuele mishandeling of misbruik
- aan/afwezigheid van basale verzorging en bescherming
- affectieve relatie tussen ouder en kind, aandacht van ouder voor het kind

- aan/afwezigheid van regelmaat, structuur en continuïteit
- aan/afwezigheid van voldoende toezicht van een volwassene
- mate van het gevoel van veiligheid bij het kind zelf
- veranderingsmogelijkheden van de ouders
- aan/afwezigheid van steun uit het sociaal netwerk.

Deze checklists zijn geen gevalideerde instrumenten. Op dit moment zijn het vooral geheugensteuntjes. De commissie is van mening dat het wel belangrijk is de betrouwbaarheid en validiteit van dit soort instrumenten wetenschappelijk te onderbouwen, al is dat niet eenvoudig. Er bestaan echter wel voorbeelden van goed gevalideerde checklists, zoals de *quality of life* – vragenlijsten.^{119,120}

Voor risicotaxatie zijn vergelijkbare checklists in gebruik. Op dit moment worden in Nederland verschillende instrumenten gebruikt om risico's op kindermishandeling in te schatten, te weten de *Child Abuse Risk Evaluation* – Nederlandse versie (CARE-NL), de *California Family Risk Assessment* (CFRA), de Delta Veiligheidslijst en het Licht instrument risicotaxatie kindermishandeling (LIRIK). Deze instrumenten zijn deels in ontwikkeling en nog niet uitgebreid wetenschappelijk onderzocht.^{117,118,121,122} In de in 2010 uitgekomen *JGZ-richtlijn Secundaire preventie kindermishandeling* staat uitgewerkt welke vroege signalen op kindermishandeling kunnen duiden.¹²³

4.2.2 Omgevingsfactoren

Onderdeel van het assessment is het in kaart brengen van sociaal-maatschappelijke en sociaaleconomische factoren. Voor het gezin als geheel gaat het bijvoorbeeld om de buurt waar het gezin woont, de voorzieningen, de veiligheid op straat, de huisvesting (adequaat of niet), het gezinsinkomen en het vermogen daarvan rond te komen, eventuele schulden en het sociale netwerk. Voor het kind zelf is zijn eigen sociale netwerk van leeftijdgenootjes van belang.

4.2.3 Ouders

Zolang het kind minderjarig is, staat het onder het gezag van de ouders of onder voogdij van andere verzorgers. Het is dus van cruciaal belang ouders/verzorgers bij het assessment te betrekken:

- hoe zijn ze als persoon – hebben ze zelf (psychische) problemen of zijn ze stabiel, hebben ze een makkelijk temperament?
-

- hoe zijn ze als ouder – hoe gaat het opvoeden van een of meer kinderen hen af?

Beide punten moeten in het assessment beoordeeld worden; vaak zijn ze met elkaar verbonden.

Veiligheid en omgevingsfactoren hangen nauw samen met de opvoedende en beschermende rol van de ouders voor het mishandelde kind. Als zij niet de plegers zijn en voldoende bescherming bieden, is het kind veilig bij hen. Is een of beide ouders betrokken bij de mishandeling of hebben de ouders het kind onvoldoende kunnen beschermen, dan zullen ook de ouders behandeld moeten worden.

4.2.4 *Ontwikkeling*

Voorafgaand aan diepgaander psychische en medische diagnostiek is het van belang te onderzoeken hoe het met de algehele motorische, fysieke, cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind is gesteld. Zijn de groeicurve en motoriek leeftijdsadequaat, hoe is het met de gezondheid van het kind? Heeft het kind vriendjes, hoe gaat het op school? Opvallende punten in de ontwikkeling kunnen aanwijzingen geven voor eventuele problemen thuis of op school en voor nadere psychische en medische diagnostiek en behandeling.

4.2.5 *Psychische gesteldheid*

Het assessment van de psychische gesteldheid van het kind betreft het gedrag en het sociaal-emotioneel functioneren van het kind. Bij de diagnostiek van hechtings- en gedragsproblemen en psychiatrische aandoeningen uit de DSM-IV wordt gebruikgemaakt van diagnostische instrumenten in de vorm van (gevalideerde) vragenlijsten, van (spel)observatie en zo mogelijk van gesprekken. Voor verschillende leeftijden en verschillende problemen zijn er vragenlijsten. Het voert te ver om hier diep op in te gaan. Het boek *Kinder- en jeugdpsychiatrie. Onderzoek en Diagnostiek* geeft een overzicht van diagnostiek van DSM-IV stoornissen, met beperkingen en mogelijkheden.¹²⁴

Voor het toetsen van een vermoeden van gedrags-, sociaal-emotionele of psychiatrische problemen buiten de geestelijke gezondheidszorg zijn er signalerende instrumenten zoals de *Teacher's Report Form* (TRF), de *Child Behavior Checklist* (CBCL), de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) en de *Sociaal Emotionele Vragenlijst* (SEV). Deze signalerende en diagnostische instrumenten zijn breed van opzet en kunnen problemen dan ook breed in kaart brengen. Spe-

cifiek voor kindermishandeling zijn ze echter niet, terwijl daar in het assessment wel behoefte aan kan bestaan. Er wordt de laatste tijd daarom meer onderzoek gedaan naar traumaspecifieke diagnostische vragenlijsten voor kinderen. Zo heeft het AMC/de Bascule in Amsterdam het *clinician-administered post-traumatic stress disorder scale for children and adolescents* (CAPS-CA) in onderzoek. De werkgroep Trauma en Kindermishandeling van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie en het LCVT werken aan richtlijnen voor de diagnostiek van kinderen met (complexe) traumasymptomen als gevolg van stelselmatige kindermishandeling.^{125,126}

Kinderen zijn niet altijd even specifiek in de uiting van de schade die ze hebben opgelopen; er is dus niet altijd een duidelijke diagnose te stellen. Een belangrijk voorbeeld hiervan is posttraumatische stressstoornis (PTSS). Dit klinische beeld is voor het eerst beschreven voor oorlogsveteranen. De classificatie PTSS is dus geënt op volwassenen. De traumasymptomen die kinderen kunnen krijgen voldoen daardoor niet makkelijk aan de diagnose PTSS, waarvoor een aantal PTSS-symptomen uit verschillende symptoomclusters noodzakelijk is. Het is daarmee van belang dat wordt gekeken of er PTSS-symptomen zijn, middels een zorgvuldige anamnese met het kind en zijn ouders. Instrumenten zoals de Trauma Symptomen Vragenlijst voor Kinderen (*Trauma Symptoms Checklist for Children*, TSCC) of de TSC voor jonge kinderen (*TSC for Young Children*, TSCYC) zijn behulpzaam bij het beoordelen van de mate van ernst van het trauma.¹²⁷⁻¹²⁹ De aan- of afwezigheid van PTSS-symptomen bij kinderen heeft belangrijke consequenties voor de aangeboden behandeling.

In de DSM-V, de opvolger van de op dit moment nog gebruikte DSM-IV, zijn er plannen voor een diagnose *developmental trauma disorder*.¹³⁰ Ook is een voorstel gedaan voor een diagnose PTSS bij kinderen van 2 tot 4 jaar (voorschoolse leeftijd).

4.2.6 Fysieke gesteldheid

Bij onderzoek naar een vermoeden van kindermishandeling hoort een kindergeneeskundig onderzoek. Hierbij wordt het kind onderzocht op blauwe plekken, (oude) breuken, (oude) brandwonden, tekenen van seksueel misbruik of andere fysieke tekenen van mishandeling. Bovendien wordt medisch differentiaal diagnostisch onderzoek gedaan naar mogelijke andere medische oorzaken bij gevonden afwijkingen of een onderliggend lijden op grond waarvan signalen van kindermishandeling kunnen worden verklaard.¹³¹ Een probleem is dat dit nog steeds niet altijd en systematisch gebeurt.

Bij volwassenen is inmiddels aangetoond dat mensen met een chronische aandoening zoals diabetes, obesitas, astma en hart- en vaatziekten vaker als kind mishandeld zijn dan gezonde volwassenen (zie ook hoofdstuk 3 en 5).^{85,99,101-103} Er zijn aanwijzingen dat mishandeling ook bij kinderen zijn weerslag heeft op de fysieke gezondheid. Zo is bekend dat kinderen uit mishandelingsituaties vaker buikpijn hebben en vatbaarder zijn voor infecties.^{75,77} Zo uitgebreid als in de ACE-studie is dit echter nog niet onderzocht.

4.3 Behandeling

4.3.1 Voorwaarden voor een kwalitatief goede behandeling

Wil een behandeling (van het kind maar ook van ouders en andere gezinsleden) slagen, dan moet aan een aantal voorwaarden voldaan zijn. Het gaat om:

- veiligheid van de situatie
- steun van de ouders
- integrale, multidisciplinaire benadering.

De commissie hecht er, wellicht ten overvloede, aan te onderstrepen dat voordat een kind behandeld kan worden, de situatie rondom het kind veilig moet zijn. Als de mishandeling of verwaarlozing voortduurt, is de kans van slagen van de behandeling van het kind beperkt. Signs of Safety, ontwikkeld door Turnell en Edwards in Australië, is een werkwijze die kan helpen bij het creëren en in stand houden van een veilige omgeving. Deze methode maakt gebruik van het netwerk, de mogelijkheden en de kracht van het gezin. Betrokkenen spreken af wat nodig is om ervoor te zorgen dat de kinderen nu en in de toekomst veilig zijn en om te voorkomen dat zij opnieuw het slachtoffer worden van mishandeling of verwaarlozing. De effectiviteit van de *Signs of Safety methode* is evenwel (nog) niet wetenschappelijk aangetoond.^{132,133}

Een tweede factor is de steun van de ouders of verzorgers aan het kind. Zij moeten achter de behandeling staan, de problemen van het kind serieus nemen en erkennen wat er gebeurd is. Deze factor is dermate belangrijk dat in de VS onderzoek wordt gedaan naar het gebruik van een *clarification*: een brief van de ouder/verzorger aan het kind, met een erkenning van het gebeurde, de uiting van spijt van de mishandeling of van het onvermogen om het kind voldoende te beschermen tegen de mishandeling, met erkenning van de verantwoordelijkheid van de ouder/verzorger voor de veiligheid en het welzijn van het kind en met afspraken voor de toekomst. De *clarification* is in onderzoek als voorbereiding op CBT

(*cognitive behavioural therapy*) na fysieke mishandeling¹³⁴ en is in Charleston, South-Carolina een voorwaarde voor behandeling¹³⁵. Ook als ouders/verzorgers geen echte *clarification* willen schrijven, kan een aanzet ertoe wel helpen om in gesprek te blijven over het gebeurde, zeker als de ouders plegers zijn.

Wat nodig is aan behandeling hangt af van de bevindingen uit het assessment. De commissie tekent hierbij aan dat psycho-educatie na mishandeling altijd nodig is voor kind en ouders, ook zonder aanwijsbare schade bij het kind. Psycho-educatie helpt om de mishandeling in het juiste perspectief te plaatsen: geweld (verbaal of fysiek) is niet de juiste manier om conflicten op te lossen; geweld is geen normaal onderdeel van gezinsrelaties; iemand onder controle houden met geweld is niet normaal; de plegers van gezinsgeweld dienen te worden gestraft.

De behandeling moet integraal zijn, dat wil zeggen gericht op verschillende problemen van het kind en het systeem daaromheen.^{35,136,137}

Ten slotte kan, net zo min als bij het assessment, bij behandeling geen sprake zijn van een ketenbenadering in de zin van een in de tijd sequentiële behandeling en oplossing van de verschillende problemen; een en ander verdient simultaan aandacht. Met andere woorden: het grote geheel dient continu in beeld te zijn. Binnen dat geheel is prioritering nodig: wat moet eerst, wat kan daarbij meteen meegenomen worden, wat kan beter opgepakt worden nadat andere problemen zijn opgelost.

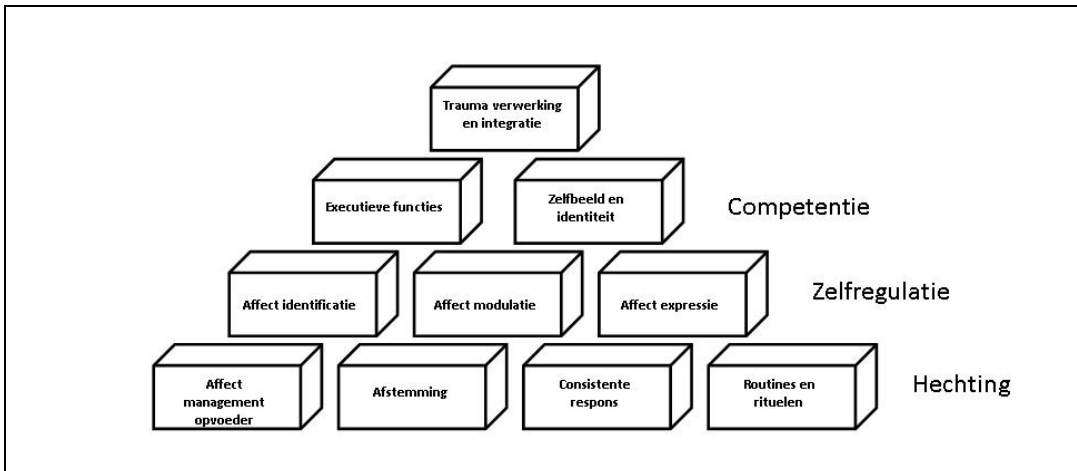
In hoofdstuk 3 is kort uiteengezet wat de gevolgen van kindermishandeling kunnen zijn. Voor veel van deze gevolgen zijn behandelingsinterventies beschikbaar. Vele daarvan houden echter niet specifiek rekening met de mishandeling als (mede) oorzaak. Ook behandelaars beschikken vaak over onvoldoende kennis van en ervaring met traumaspecifieke hulpverlening en behandeling.

4.3.2 Modellen

Behandeling van de gevolgen van kindermishandeling is complex en is eigenlijk een voortdurende wisselwerking tussen assessment en behandeling. Om houvast te bieden, zijn in de loop der jaren verschillende modellen en protocollen ontwikkeld. De commissie wil twee van deze modellen met name noemen, omdat daar in Nederland al mee gewerkt wordt en omdat de commissie ze inhoudelijk relevant en bruikbaar acht.

Een model dat breed te gebruiken is bij de uiteindelijke invulling van de behandeling van gedrags-, sociaal-emotionele of psychische problemen is het *Attachment, self-Regulation and Competency*-model (ARC model) van Blaustein en Kinniburgh.^{137,138} Dit model onderscheidt drie lagen van componenten die

nodig zijn om aan traumaverwerking te kunnen beginnen (figuur 3). Helemaal bovenaan de piramide staat *trauma experience integration* (traumaverwerking). Het model laat nadrukkelijk ruimte voor wat er wel goed gaat en wat het kind (nog) wel kan. Uiteindelijk komt het erop neer dat wanneer een kind kan vertellen wat er gebeurd is, het aan de traumabehandeling kan beginnen.



Figuur 3 Het ARC model.¹³⁷

Een ander model is het door het Chadwick Center ontwikkelde *Assessment-Based Treatment for Traumatized Children: A Trauma Assessment Pathway (TAP)*-model.²³⁴ Het is een interventiemodel voor het assessment en de behandeling van kinderen en adolescenten van tussen de 2 en 18 jaar oud, die traumatische ervaringen hebben gehad. Een bijbehorend 'traumawiel' wordt gebruikt gedurende de fase van behandeling en beoogt een leidraad te bieden voor de behandeling van getraumatiseerde kinderen op basis van een als een cirkel weergegeven (vandaar traumawiel), continue beoordeling van de resultaten van de behandeling en de verdere behoeften (*assessment based treatment*). Het TAP-model is vooral gericht op kinderen met (complexe) PTSS, maar is breder te gebruiken. De topreferente traumacentra binnen het LCVT werken volgens dit model. Het houdt rekening met de sociale context van het slachtoffer, de gevolgen die het slachtoffer ondervindt en met de effecten van behandeling. Het onderstreept het belang van een goed, zorgvuldig en continu assessment voor het welslagen van de behandeling. Daarnaast geeft het model het belang weer van betrokkenheid van het sociale systeem waarin het kind opgroeit en van de sociale context waarin de als kind mishandelde volwassene moet functioneren.

4.3.3 *Behandeling van mishandelde kinderen*

De behandeling van de fysieke gevolgen van mishandeling vindt doorgaans plaats in de somatische geneeskunde, volgens de daar geldende richtlijnen. Hoewel de achtergrond van mishandeling geen directe invloed zal hebben op de feitelijke behandeling, is inmiddels wel duidelijk dat persisterende mishandeling en onverwerkte trauma's de behandelbaarheid van met name chronische aandoeningen zoals diabetes, hart- en vaatziekten en astma nadelig kunnen beïnvloeden. De commissie concentreert zich in dit advies echter op de behandeling van de psychische gevolgen van mishandeling.

De commissie is uitgegaan van reviews en richtlijnen over interventies specifiek gericht op kinderen die mishandeld of misbruikt zijn. Het aantal gevonden reviews en richtlijnen was beperkt. Wel bestaat er een grote hoeveelheid artikelen over interventies voor een diversiteit aan psychische problemen bij kinderen, maar daarvan is er weinig specifiek voor mishandelde kinderen. Een uitzondering is te maken voor de artikelen over hechting en hechtingsproblemen. Immers, mishandelde kinderen hebben vaak een verstoorde hechting of problemen met het aangaan van vertrouwensrelaties met andere mensen. Zoals uit het ARC-model blijkt, moeten kinderen voldoende stabiel zijn om traumaverwerking aan te kunnen. Een kind dat voldoende stabiel is, is een kind dat in een relatief veilige omgeving verkeert en terug kan vallen op primaire opvoeders voor zijn of haar hechting. Daarnaast is het belangrijk dat het kind beschikt over voldoende copingvaardigheden om in staat te zijn om te vertellen over de traumatische ervaring.

De in de zomer van 2010 uitgekomen *Richtlijn familiaal huiselijk geweld* (FHG) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie/CBO geeft een overzicht van de beschikbare literatuur.¹³⁹ De commissie heeft weinig aanvullende literatuur gevonden.

Tabel 3 geeft een overzicht van interventies en hun bewijskracht ten aanzien van effectiviteit, grotendeels overeenkomstig de richtlijn FHG. De commissie hanteert voor het aanduiden van de bewijskracht de classificatie van het Dutch Cochrane Center. Niveau 1 staat daarin voor het hoogste niveau van bewijskracht, niveau 4 voor het laagste (bijlage C).

Tabel 3 Overzicht van systematische reviews en meta-analyses van therapeutische interventies voor de behandeling van door mishandeling getraumatiseerde kinderen.

Interventie	Bewijskracht
Trauma-gerichte cognitieve gedragstherapeutische interventies (TF-CBT) hebben een positief effect op PTSS-symptomen als gevolg van seksueel misbruik, huiselijk geweld en andere traumatische gebeurtenissen. Onderzoek naar verschillende traumapopulaties is wel nodig. B ^{139,146}	Niveau 2
<i>Eye movement desensitization and reprocessing</i> (EMDR) is effectief voor de behandeling van symptomen van posttraumatische stress bij kinderen B ¹⁴⁷	Niveau 2 - 3
Er zijn aanwijzingen dat groepstherapie voor seksueel misbruikte kinderen effectief is. C ¹⁴⁸	Niveau 3
Er is onvoldoende bewijs voor een uitspraak over de effectiviteit van psychotherapeutische interventies in combinatie met farmacotherapie in vergelijking met beide typen interventies afzonderlijk, voor de behandeling van PTSS. B ^{149,150}	Niveau 3
Er zijn geen effectieve behandelprogramma's voor kinderen gericht op verwerking van emotionele en/of fysieke verwaarlozing. D ^{139, 151,152}	Niveau 4
Er zijn geen effectieve behandelmethoden voor kinderen gericht op de verwerking van de gevolgen van fysieke mishandeling, anders dan PTSS. D ¹³⁹	Niveau 4
Er zijn voor kinderen ouder dan vijf die getuige zijn geweest van geweld tussen ouders/opvoeders geen effectieve behandelmethoden beschikbaar die gericht zijn op de verwerking van de gevolgen D ¹³⁹	Niveau 4
Het lijkt waarschijnlijk dat Child Parent Psychotherapy (CPP) effectief is voor kinderen van 2-5 jaar die getuige zijn van FHG en voor hun mishandelde moeders, ten aanzien van de afname van gedragsproblemen van het kind. De moeders lieten significant minder traumagerelateerd vermijdend gedrag zien. B ^{153,154}	Niveau 3
Voor kinderen met seksuele gedragsproblemen, al dan niet gelieerd aan seksueel misbruik, lijkt het CBT (groeps) behandelprogramma van Bonner e.a. effectief te zijn ten aanzien van de afname van de seksuele gedragsproblemen en het plegen van seksuele misdrijven tien jaar na afronding van de behandeling. B ^{139,155}	Niveau 3
Verwantenopvang is een levensvatbare optie voor kinderen die vanwege mishandeling uit huis worden geplaatst. Kinderen in verwantenopvang lijken een betere geestelijke gezondheid, gedragsontwikkeling en plaatsingsstabiliteit te ervaren dan kinderen die bij niet-verwanten werden ondergebracht. C ¹⁵⁶	Niveau 3

Vooralsnog hebben trauma-focused cognitive behavioural therapy (traumagerichte cognitieve gedragstherapie, TF-CBT) en EMDR de beste papieren voor de behandeling van PTSS-symptomen als gevolg van kindermishandeling bij kinderen.

De commissie wil er op deze plaats aanvullend op wijzen dat vaak, ten onrechte, wordt gedacht dat als kinderen uit huis zijn geplaatst geen behandeling meer nodig is. Helaas is dit absoluut niet het geval en is het ook van belang voor de pleegzorg dat zij bekend zijn met assessment van trauma en behandelmogelijkheden voor deze kinderen. Dit is een punt van zorg.

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een mengeling van gedragstherapie met interventies die ontwikkeld zijn vanuit de cognitieve psychologie. De kern is de veronderstelling dat zogenaamde *irrationele* cognities (gedachten) zorgen voor disfunctioneel gedrag, zoals vermijdingsgedrag of agressie. De technieken die gebruikt worden in de cognitieve gedragstherapie richten zich op het veranderen van de inhoud van deze irrationele cognities. Voor verschillende aandoeningen zijn verschillende vormen van CGT ontwikkeld. Cohen, Mannarino en Deblinger ontwikkelden de traumagerichte CBT (TF-CBT).¹⁶⁰ TF-CBT is een multimodale individuele traumabehandeling gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische principes, traumatheorie, gehechtheidstheorie en systeemtheorie bestaande uit 12 tot 16 sessies. Bij de behandeling van kinderen worden de ouders intensief bij de behandeling betrokken.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is een individuele therapeutische interventietechniek die is ontwikkeld en in 1989 gepubliceerd door Shapiro.¹⁵⁷⁻¹⁵⁹ In deze traumabehandeling worden herinneringen aan de traumatische ervaring worden opgehaald, waarbij de cliënt tegelijkertijd wordt afgeleid met bilaterale stimulaties. Voor bilaterale stimulatie wordt gebruik gemaakt van oogbewegingen, de cliënt volgt met zijn ogen de hand van de therapeut. Deze behandelmethodes bestaan daarnaast uit een aantal effectieve elementen van psychotherapie (psychodynamische, cognitief-gedragstherapeutische, interpersoonlijke en lichaamsgerichte elementen).

Hoewel de gepubliceerde onderzoeken niet specifiek zijn gedaan naar alle typen mishandeling, is de bewezen effectiviteit dermate breed dat het aannemelijk is dat TF-CBT en EMDR breed inzetbaar zijn. Omdat CBT en EMDR verzamelingen zijn voor verschillende behandelingen met als kernelement CBT of EMDR

is het van belang bij de toepassing gebruik te maken van geprotocolleerde versies van CBT en EMDR en hiervoor training en supervisie te volgen.^{159,160}

In Nederland zijn TF-CBT en EMDR beschikbaar, zij het nog lang niet overal. Bij de behandeling van trauma wordt nog geregeld gebruik gemaakt van behandelvormen waarvan de effectiviteit niet is vastgesteld.

Wat opviel in het literatuuronderzoek is dat er de laatste jaren meer onderzoek wordt gedaan naar interventies specifiek gericht op mishandeling. Deze studies zijn vaak echter beperkt van omvang en om verschillende redenen slecht vergelijkbaar. Daardoor zijn conclusies over de effectiviteit met de nodige mitsen en maren omgeven.

Overigens is de beperkte onderzoeksomvang en slechte vergelijkbaarheid van studies een probleem dat niet alleen hier speelt, maar dat in de gehele behandeling van kinderen met psychische problemen aan de orde is. Zo constateerde de Gezondheidsraad in zijn advies *Autismespectrumstoornissen: een leven lang anders* dezelfde problemen bij onderzoek naar interventies voor het behandelen van (de gevolgen van) autisme.¹⁶¹

Het gebrek aan goed opgezette studies van voldoende omvang kent verschillende oorzaken. Ten eerste vormen kinderen die slachtoffer zijn van mishandeling een kwetsbare groep waar uiterst zorgvuldig mee moet worden omgegaan. Ten tweede is de problematiek vaak complex, waardoor het onder meer moeilijk is om voldoende homogene onderzoeksgroepen samen te stellen. Ten derde is voor onderzoek met kinderen toestemming nodig van de ouders. In het geval van kindermishandeling kan dit een probleem zijn. Ten vierde is onderzoek met kinderen per definitie moeilijk vanwege ethisch juridische redenen. Zie hiervoor ook het RGO-advies *Kind en Ziekte: onderzoek voor gezondheid* (2010).¹⁶² Ten vijfde is kindermishandeling een beladen en daardoor weinig geliefd onderwerp voor onderzoek. Tot slot is een wetenschappelijke onderzoekscultuur niet vanzelfsprekend in alle domeinen waarin slachtoffers van mishandeling worden behandeld, zoals bijvoorbeeld in de jeugdzorg. In de afgelopen vijf jaar is meer onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de aanpak van kindermishandeling (ZonMw programma Zorg voor Jeugd en Nederlands Jeugdinstituut). Dit onderzoek was echter vrijwel uitsluitend gericht op signalering en preventie. Er zijn nog steeds grote lacunes op het gebied van behandeling. Door de aanhoudende inspanningen van onder meer het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en door de recent door ZonMw toegekende Academische Werkplaats Kindermishandeling (als één van de zes toegekende academische werkplaatsen Jeugd) komt daar

langzaam verandering in. Hierbij zij opgemerkt dat het NJi en ZonMw voor een groot deel door het ministerie van VWS worden gefinancierd.

4.3.4 Interventies gericht op de rol van de ouders

Zoals eerder al aangegeven staat een mishandeld kind niet op zichzelf. Het valt onder het gezag en de verantwoordelijkheid van ouders/verzorgers en is van hen afhankelijk voor een gezonde ontwikkeling en welzijn. Het hele systeem moet daarom bij de behandeling worden betrokken en niet zelden ook zelf worden behandeld. De ouder-kindinteractie speelt een belangrijke rol.

De laatste jaren krijgt de rol van de ouders in het stoppen van de mishandeling en in het helingsproces van het kind meer aandacht. Tabel 4 geeft een overzicht van bevindingen uit reviews en richtlijnen. De commissie merkt hierbij op dat het bij de opvoedingsinterventies gaat om mishandelingspecifieke interventies in het kader van een behandeling. Opvoedingsondersteunende programma's in de preventieve setting zijn hier niet meegenomen.

Tabel 4 Overzicht van systematische reviews en richtlijnen voor interventies betreffende de rol van de ouders.

Interventie	Bewijskracht
Om fysieke mishandeling te doen stoppen en de ouder-kindrelatie te verbeteren is <i>Parent-Child-Interaction Therapy</i> een effectieve behandelmethode. Niet onderzocht is of PCIT de problemen (onder andere PTSS-symptomen) vermindert bij het kind. B ^{139,163-165}	Niveau 2-3
Het programma voor verwaarlozende ouders, het safe care programma (project 12 ways) lijkt veelbelovend. D ^{151,152}	Niveau 4
Er is onvoldoende bewijs om het gebruik van opvoedingsprogramma's aan te bevelen voor de behandeling van fysieke mishandeling of verwaarlozing. Er is echter beperkt bewijs dat laat zien dat sommige opvoedingsprogramma's effectief zouden kunnen zijn in het verbeteren van een aantal uitkomsten die geassocieerd zijn met fysiek mishandelende opvoeding. B ¹⁶⁶	Niveau 3
De Nederlandse Horizonmethodiek (een vorm van TF-CBT voor kinderen en ouders) lijkt effectief in de behandeling van seksueel misbruikte kinderen. Ouders noemden positieve veranderingen in het eigen opvoedingsgedrag. B,C ^{136,167-171}	Niveau 3
<i>Parent Management Training Oregon</i> (PMTO), <i>Functional Family Therapy</i> (FFT), Triple P level 4/5, <i>Multi System Therapy – Child abuse and neglect</i> (MST-CAN) zijn zwaardere systeeminterventies die theoretisch goed onderbouwd zijn en mogelijk effectief zijn in de secundaire preventie van kindermishandeling. C ¹⁷²⁻¹⁷⁷	Niveau 3

Uit de tabel is af te leiden dat ook bij de interventies gericht op de opvoedende rol van de ouders in een situatie van mishandeling of verwaarlozing de bewijskracht voor effectiviteit vooralsnog tegenvalt. Goed opgezet onderzoek van voldoende omvang in deze specifieke doelgroep is nodig.

Een ontwikkeling die de commissie op deze plaats ook wil noemen zijn de interventies voor kwetsbare vrouwen en hun ongeboren of jonge kinderen, die op verschillende plaatsen in Nederland worden aangeboden. Er bestaan programma's en interventies in de eerste en tweede lijn. In de eerste lijn is het programma VoorZorg een voorbeeld van prenatale zorg en perinatale begeleiding van laag opgeleide jonge moeders.¹⁷⁸ Daarnaast heeft het UMC St. Radboud twee projecten: MeMoSa (MentorMoeders voor Steun en Advies) voor mishandelde vrouwen (met jonge kinderen) en web-based begeleiding van kinderen en adolescenten. Het MeMoSa programma is als interventie onderzocht in Rotterdam. Het implementatieonderzoek wordt gedaan vanuit Nijmegen.^{179,180}

In de tweede lijn zijn er bijvoorbeeld de verschillende POP-klinieken (psychiatrie, obstetrie en pediatrie). Zij bieden perinatale begeleiding van zwangere vrouwen met psychiatrische aandoeningen op verwijzing van huisarts, jeugdzorg of Raad voor de Kinderbescherming). Het Erasmus MC heeft de combipoli psychiatrie/kinder- en jeugdpsychiatrie, met dagbehandelingen voor moeders en kinderen tot 1 jaar en individuele behandelingen van moeders en kinderen tot 4 jaar, in afstemming met het Centrum voor Jeugd en Gezin en hulpverleners.^{181,182} Een derde voorbeeld is een regionaal netwerk voor kwetsbare zwangeren in Dordrecht. Dit is opgezet vanuit het ziekenhuis en regelt de zorgverlening van de zwangerschap tot het eerste levensjaar van het kind. Dit laatste project onderscheidt zich van de POP en de combipoli doordat het een bredere kwetsbare groep betreft met psychosociale problematiek, verstandelijke beperking, verslaving met gecombineerde problematiek inclusief mishandeling en verwaarlozing.^{183,184}

Deze interventies, projecten en programma's zijn totstandgekomen vanuit het besef van transgenerationale overdracht van verwaarlozing en mishandeling en vanuit de gedachte van preventie bij risicogroepen. Het doel van de interventies is de zwangere vrouwen of jonge moeders te helpen met hun problemen, hen pedagogische vaardigheden aan te leren en om de ontwikkeling van hun kind in de juiste proporties en tijdslijn te leren zien ('een kind van 3 maanden huilt niet expres om zijn ouders te tergen'). Op deze wijze wordt getracht moeder en kind op een veilige wijze te laten hechten. Dat een veilige hechting van onschatbare waarde is voor de ontwikkeling van het kind is in hoofdstuk 3 al toegelicht.

4.4 Zorginfrastructuur

De zorginfrastructuur voor slachtoffers van kindermishandeling is complex vanwege de veelheid aan betrokken disciplines en zorgdomeinen. Onderstaande figuren brengen de infrastructuur voor assessment en behandeling van mishandelde kinderen in kaart.

4.4.1 Assessment

In figuur 4 is getracht schematisch weer te geven hoe de infrastructuur rond het assessment van mishandelde kinderen er heden ten dage uitziet. Uitgangspunt is figuur 1 in paragraaf 4.1, met daarin de elementen van assessment. In de ovals staan per element de betrokken professionals genoemd, met daarbuiten het type organisatie of zorgdomein waarin deze professionals werkzaam zijn. De veelsoortige informatie die nodig is voor een goed assessment beslaat verschillende zorgdomeinen en daardoor ook veel verschillende professionals die deze informatie kunnen verzamelen dan wel hebben.

Het AMK betreft alle elementen van het assessment bij een onderzoek naar kindermishandeling en verzamelt informatie in contact met ouders en kinderen en door informanten uit de verschillende domeinen te raadplegen. Doel van het onderzoek is de aard van de kindermishandeling vast te stellen en te zorgen voor een gerichte overdracht aan hulpverleningsinstanties om mishandeling te doen stoppen. Binnen een half jaar wordt nagegaan of de hulp al dan niet op gang is gekomen.

De kwaliteit van het assessment van de ontwikkeling, psychische gesteldheid en fysieke gesteldheid is verbeterd doordat met de verbeterde signalering van kindermishandeling in ziekenhuizen de expertise op diagnostisch niveau is vergroot en multidisciplinair is geworden. Periodiek wordt in multidisciplinaire teams met een vertrouwensarts een plan van aanpak voor hulpverlening gemaakt. Deze ontwikkeling heeft naast meer meldingen bij het AMK eveneens geleid tot een toename van rechtstreekse verwijzingen naar hulpverlening.^{185,186,235}

Eveneens is de deskundigheid van kinderartsen toegenomen door een specifiek scholingsaanbod voor kinderartsen sinds 2008.¹⁸⁷ In diverse (academische) ziekenhuizen bestaat de mogelijkheid voor een multidisciplinair assessment, bijvoorbeeld bij de Goofypoli SKZ Rotterdam en in het AMC te Amsterdam. Enkele ziekenhuizen hebben een vertrouwensarts in dienst, zoals het Amphiaziekenhuis in Breda en het Maasstadziekenhuis in Rotterdam.

4.4.2 *Behandeling*

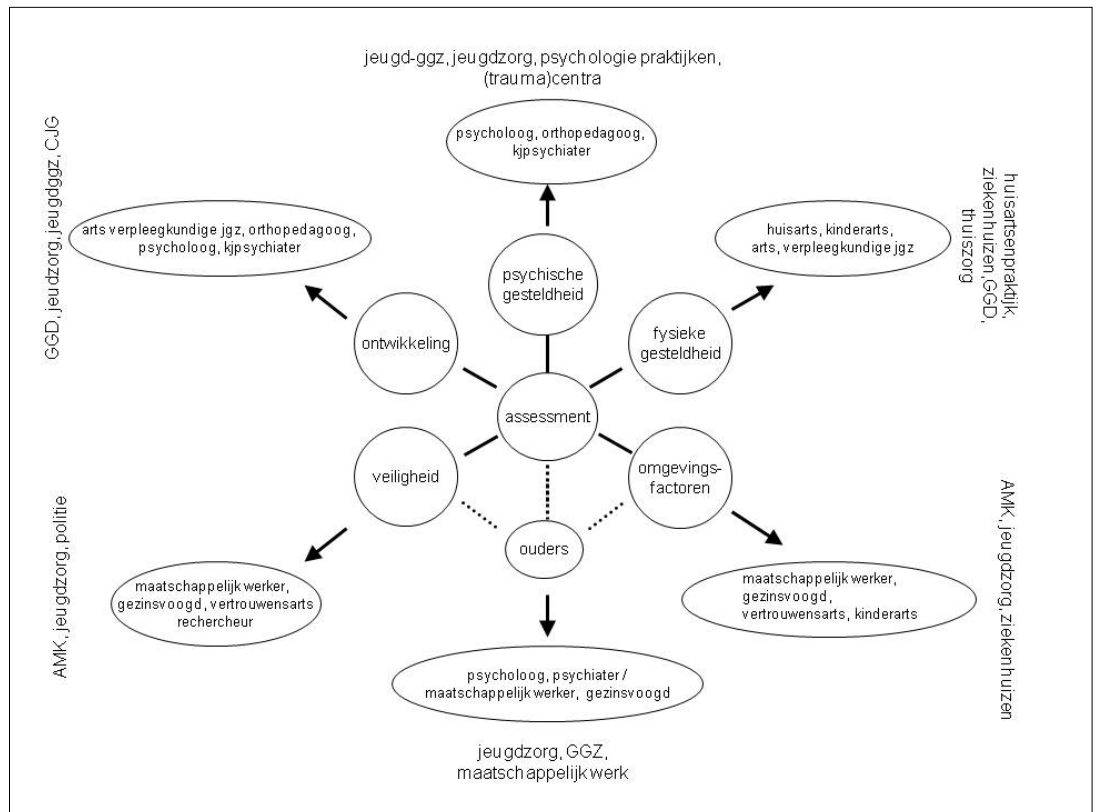
Figuur 5 toont de zorginfrastructuur voor de behandeling van kinderen die het slachtoffer zijn geworden van mishandeling. De fysieke behandeling komt voor rekening van de somatische geneeskunde door huisarts, kinderarts en andere specialisten, maar ook paramedici als logopedisten en fysiotherapeuten kunnen hierbij betrokken zijn. De psychische behandeling komt voornamelijk voor rekening van de jeugd-ggz (eerste en tweede lijn) en voor de kinder- en jeugdtraumacentra. Psycho-educatie gebeurt ook in de jeugdzorg. De betrokken professionals zijn psychologen, orthopedagogen en maatschappelijk werkers.

Ouders staan ook in de figuur genoemd, omdat zij onlosmakelijk met het kind zijn verbonden. Heeft de mishandeling van hun kind buiten het gezin plaatsgevonden, dan zijn zij belangrijk in het opvangen van hun kind en kunnen zij zelf ook hulp nodig hebben om het gebeurde te verwerken. Mochten hun omstandigheden wel de hand hebben gehad in de mishandeling van het kind, dan is aanpak van deze problemen noodzakelijk om herhaling te voorkomen en om het kind te kunnen helpen. Hierbij betrokken professionals zijn maatschappelijk werkers, psychologen, psychiaters.

Indien sprake is van een melding bij het AMK, zal het AMK op basis van daar uitgevoerde assessment een weging meegeven voor de in te zetten behandeling. Bij deze weging wordt rekening gehouden met de aard en ernst van de bevestigde mishandeling, met de aard en ernst van de gevolgen voor het kind en/of de aard en ernst van oorzakelijke/in stand houdende factoren. Behandeling kan op basis van de bevindingen en de weging overgedragen worden aan bijvoorbeeld een centrum voor jeugd en gezin, aan een hooggespecialiseerde derdelijns psychiatrische voorziening zoals het RMPI of aan een combinatie daarvan.

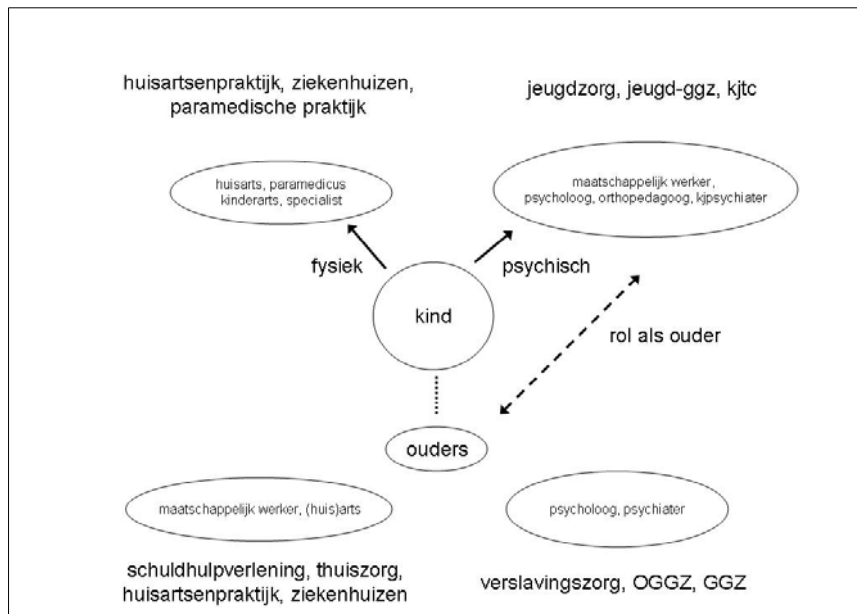
4.4.3 *Knelpunten*

Uit de ervaring van commissieleden en uit verschillende gesprekken met externe deskundigen blijkt dat assessment van de situatie in geval van kindermishandeling niet altijd goed verloopt. De informatieverzameling in de verschillende domeinen is niet goed op elkaar afgestemd, specifieke expertise voor assessment en diagnostiek van gevolgen van kindermishandeling ontbreekt en professionals uit verschillende domeinen weten van elkaar niet wat ze doen. Een aantal punten wordt hier nader gespecificeerd:



Figuur 4 De infrastructuur voor het assessment van kinderen.

- Voor een goede psychiatrische diagnostiek met betrekking tot kindermishandeling is specifieke opleiding en ervaring op dit terrein noodzakelijk, in aanvulling maar het liefst als specialisatie op de opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater, gedragswetenschapper / orthopedagoog of (ontwikkelings) psycholoog met een diagnostische registratie. Deze kennis en ervaring is lang niet altijd aanwezig.
- Het lichamelijk onderzoek van kinderen, van wie het sterke vermoeden bestaat dat ze mishandeld worden en die niet al bij een kinderarts bekend zijn, zou moeten gebeuren in overleg met een AMK-arts vanuit de advies- en consultatiefunctie. De AMK-artsen beschikken over de sociale kaart voor onderzoek en hulpverlening met een overzicht van deskundige kinderartsen



Figuur 5 De infrastructuur voor de behandeling van kinderen.

en forensisch geneeskundigen. Op deze wijze zou vaker dan nu het geval is kunnen worden verwezen naar de juiste specialisten. Echte medische diagnostiek dient te worden uitgevoerd door een kinderarts die geschoold is op het gebied van onderzoek bij (vermoedens) van kindermishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik. In de jeugdzorg zijn weinig of geen daartoe gespecialiseerde kinderartsen werkzaam en worden kinderen die mishandeld (verwaarloosd) zijn niet door een kinderarts gezien. Dit is een ernstige omis-sie in de diagnostiek na kindermishandeling.

- Het assessment van ouders in hun opvoedende rol en als persoon kan op dit moment niet door één professional worden uitgevoerd. Voor de beoordeling van opvoedende rol is een orthopedagoog uit de jeugdzorg aangewezen, voor de beoordeling als persoon een psycholoog of psychiater uit de volwassenen GGZ.
- Een goed assessment dient onafhankelijk te zijn van institutionele paradigma's en gebrek aan samenwerking waarbij geen enkele hulpverlener of hulpverleningsinstantie hoofdverantwoordelijk is. Op dit moment wordt assessment te vaak juist hierdoor belemmerd.

Knelpunten in de behandeling komen onder andere naar voren uit de vierde voortgangsrapportage van het project landelijke implementatie van de Regionale Aanpak Kindermishandeling (RAK), met het thema zorgaanbod.¹⁸⁸ Een aantal belangrijke knelpunten die in verschillende regio's genoemd zijn:

- zorgaanbod is onvoldoende in sommige regio's door te weinig capaciteit, door bediening van een beperkte doelgroep of omdat het te weinig specifiek is voor kindermishandeling
- zorgaanbod wordt onvoldoende benut wegens onbekendheid bij de hulpverleners
- gebrek aan financiering en mankracht
- systeemgerichte, integrale aanpak ontbreekt.

4.5 Onderzoek- en kennisinfrastructuur

Onderzoek vindt voornamelijk plaats aan de universiteiten. Dit onderzoek richt zich vooral op preventie, prevalentie en neurofysiologie. Ook wordt onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van nieuwe interventies en wordt kleinschalig effectiviteitsonderzoek naar nieuwe en bestaande interventies gedaan. Ook TNO, het Trimbosinstituut en het Verweij-Jonkerinstituut doen onderzoek op het terrein van kindermishandeling, meestal in samenwerking met een universiteit. In de jeugdzorg wordt ook steeds meer onderzoek gedaan. Het betreft kleinschalig, toegepast onderzoek. Door het ontbreken van een onderzoekstraditie, laat de kwaliteit van dit onderzoek nogal eens te wensen over. Bevindingen worden nauwelijks gepubliceerd, waardoor mogelijk waardevolle informatie niet breed toegankelijk is. Door het ontbreken van een solide onderzoekscultuur ontmoet *evidence-based* werken enige argwaan, zo blijkt uit gesprekken en uit de ervaring van de commissie. Professionals denken nogal eens dat dit een erg rigide werkwijze zou zijn en dat er geen ruimte meer zou zijn voor groeien en innovatie.

In de praktijk worden interventies vaak ontwikkeld op basis van situaties die zich op een bepaald moment voordoen. Als de methodiek en de theoretische onderbouwing van de interventie goed beschreven zijn en de resultaten goed vastgelegd worden kan dat leiden tot *practice-based evidence*. Voldoende solide *practice-based evidence* kan leiden tot goed wetenschappelijk onderzoek en *evidence-based practice*. De achterliggende gedachte is dan ook dat er een productieve wisselwerking bestaat tussen *evidence-based practice* en *practice-based evidence*.

Wat in de huidige praktijk innovatie onder meer in de weg staat, is het gebrek aan monitoring van uitkomsten van interventies. Hierdoor worden vele interventies al jaren toegepast, zonder dat duidelijk is of ze werken.

In de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt gewerkt aan *routine outcome monitoring child and adolescent psychiatry* (ROM-CAP). Dit betreft een samenwerking van de grote academische en perifere instellingen die alle behandelingen voor- en na gaan meten. Het betreft de volledige kinder- en jeugdpsychiatrie dus ook trauma.

Het LCVT heeft het initiatief genomen voor traumaspecifieke ROM voor volwassenen: de *Treatment Monitor*. Deze database vormt de basis voor de *Dutch Chronic Trauma Studies*. Doel van deze studie is om beter zicht te krijgen op de effectiviteit van gebruikte interventies. Echter, om redenen van capaciteit en organisatie zijn implementatie en uitvoering van deze initiatieven opgeschort.

ZonMw heeft de afgelopen jaren veel onderzoek gefinancierd in het programma Zorg voor Jeugd. Het programma bevat op dit moment echter geen gefinancierde onderzoeksprojecten specifiek voor de behandeling van de gevolgen van kindermishandeling, omdat geen aanvragen van voldoende kwaliteit werden ingediend. Voor zover projecten een relatie hebben met kindermishandeling gaat het om preventie (buiten de scope van dit advies). In de afgelopen twee jaar is, door en in opdracht van ZonMw, het psychotraumaonderzoek in Nederland in kaart gebracht.^{189,190} Geconstateerd werd dat psychotraumaonderzoeksveld versnipperd is en te maken heeft met een fragmentarische financiering. Psychotrauma als gevolg van kindermishandeling maakt slechts een klein onderdeel uit van het psychotraumaonderzoek in Nederland.

Het Trimbos-instituut doet onderzoek naar preventieve interventies voor kinderen met ouders met psychische problemen.

Implementatieonderzoek naar *evidence-based* werken op het gebied van kindermishandeling wordt in Nederland weinig gedaan, maar is wel belangrijk. In de Amerikaanse staat South Carolina wordt inmiddels gewerkt met een *learning collaborative approach* in project *Bringing Evidence Supported Treatments to South Carolina Children and Families* (BEST).¹⁹¹⁻¹⁹³ Hierbij wordt regionaal samengewerkt om professionals te trainen en bij te scholen in de nieuwste inzichten over bewezen effectieve interventies. Dit is een continu proces, waardoor de deelnemende instanties up-to-date blijven. Uitgangspunt is het plichtsgevoel van hulpverleners dat zij op de hoogte horen te zijn van de laatste inzichten, de best mogelijke zorg moeten verlenen en zich continu moeten bijscholen. Het multidisciplinair centrum in Charleston is de coördinator.

4.6 Initiatieven tot samenwerken en integrale benadering

Het besef dat kindermishandeling een integrale benadering vraagt en dat daarvoor samenwerking tussen de verschillende instanties essentieel is, dringt steeds meer door. Dit komt onder meer tot uitdrukking in verschillende nieuwe initiatieven tot vergaande samenwerking en voor een integrale benadering van problemen die spelen bij kindermishandeling.

Een voorbeeld van een nieuw samenwerkingsverband is het Convenant Intersectorale Aanpak Kindermishandeling Gelderland.¹⁹⁴ In het voorjaar van 2011 hebben 32 organisaties voor jeugdzorg, Licht Verstandelijk Gehandicapten (LVG), GGZ en verslavingszorg in Gelderland het convenant getekend, met als doel de veiligheid van kinderen te vergroten. Dit gebeurt door de veiligheid van kinderen mee te nemen in de hulpverlening en door goede afstemming en samenwerking tussen betrokken instellingen. Daarnaast hebben alle GGZ-instellingen in Gelderland de aansluiting op de Verwijsindex getekend. Om alle punten van het convenant te kunnen implementeren is een projectplan in voorbereiding dat naar verwachting in het najaar van 2011 gereed zal zijn.

Als voorbeeld van een vorm van integrale benadering zijn er verschillende instellingen die een zorglijn Gezinspsychiatrie hebben, zoals Yulius (voorheen Rotterdams Medisch Pedagogisch Instituut – RMPI) in de regio Rotterdam, GGZ Drenthe en de Bascule in Amsterdam. Binnen de gezinspsychiatrie gaat het om multiprobleemgezinnen waar kindermishandeling aan de hand is. Er wordt gewerkt volgens oplossingsgerichte methodieken en Signs of Safety.

Een ander samenwerkingsinitiatief is het multidisciplinair centrum kindermishandeling Friesland.¹⁹⁵ Dit initiatief gaat verder dan alleen het verbeteren van samenwerking en het afstemmen van het hulpaanbod. Binnen het multidisciplinair centrum kindermishandeling zullen de experts op het terrein van kindermishandeling en huiselijk geweld van de verschillende organisaties een multidisciplinair team gaan vormen dat vanuit een gezamenlijke visie kindermishandelingzaken oppakt. Ook zal onderzoek worden gedaan naar de effectiviteit van de integrale benadering. Het initiatief streeft naar een multidisciplinair centrum voor kindermishandeling, naar het model van het Chadwick Center in San Diego, Californië. Daar zit alles onder één dak. De melding van een vermoeden komt daar binnen, wordt daar getoetst en assessment en behandeling vinden ook daar plaats. Zelfs het forensisch onderzoek gebeurt in het centrum. De voordelen van deze benadering zijn: korte lijnen, snelle doorloop en snel hulp voor kinderen en ouders.

In de loop van 2011 hebben vele instanties zich achter het plan geschaard, waaronder Bureau Jeugdzorg Friesland, GGZ Friesland, Medisch Centrum Leeuwarden en Fier Fryslân. De korpsleiding van Politie Fryslân en de hoofdofficier van Justitie zijn nauw betrokken bij de verdere ontwikkeling en bespreking van plannen. De bedoeling is om op 15 september 2011 van start te gaan. Het zwaartepunt ligt in eerste instantie op onderzoek en diagnostiek en opstelling van een plan van aanpak/behandelplan waarmee multidisciplinair wordt samengewerkt binnen een eenduidig kader rondom het kind en zijn systeem. Uitgangspunt is dat het plan van aanpak/behandelplan wordt uitgevoerd binnen de reguliere organisaties, instanties en samenwerkingsverbanden.¹⁹⁵

Het is overigens niet voor het eerst dat een dergelijk initiatief voor een multidisciplinair centrum kindermishandeling is genomen. In 2000 kwamen verschillende partijen in Twente al tot een businessplan voor een Centrum Kindermishandeling Twente. Het plan is niet gerealiseerd en in de vergetelheid geraakt, door onfortuinlijke politieke timing en beleidsdiscussies over de nieuwe Wet op de jeugdzorg en de afstemming van de aanpak van kindermishandeling en van huiselijk geweld.¹⁹⁶

Tot slot noemt de commissie de Academische Werkplaats Kindermishandeling (AWK) van het KJTC Haarlem en de VU te Amsterdam, waarin samengewerkt wordt door alle zorg- en justitiële instellingen in Zuid Kennemerland die zich met kindermishandeling bezighouden, de gemeenten in Zuid Kennemerland en de universiteit. Dit initiatief wil de samenwerking tussen kennisinstellingen, praktijkinstellingen en de overheid in de regio Noord-Holland-Zuid bevorderen waar het gaat om kennisontwikkeling, kennisoverdracht en implementatie van science based en best practice methoden omtrent kindermishandeling en de behandeling van kinderen die met mishandeling te maken hebben gehad (en hun ouders/verzorgers). Binnen de AWK worden drie deelprojecten gerealiseerd:¹⁹⁷

- formeren van een Team Kindermishandeling voor betere samenwerking en snellere hulpverlening en onderzoek naar de effectiviteit hiervan. Dit team bestaat uit experts vanuit de samenwerkende zorg- en justitiële instellingen en is te vergelijken met het MCD kindermishandeling van Fier Fryslân (KJTC en Fier Fryslân trekken samen op in het onderzoek hiernaar).
- effectiviteitsstudies naar interventies voor slachtoffers van seksueel misbruik of huiselijk geweld
- kennisoverdracht en implementatie binnen het op te zetten Landelijk Opleidingscentrum Aanpak Kindermishandeling (LOAK) waarbij de werkwijze van het team Kindermishandeling en de behandelmethoden overdraagbaar

gemaakt zullen worden voor (toekomstige) professionals. Fier Fryslân zal vanuit zijn MCD kindermishandeling ook participeren in het LOAK.^{198,199}

Het MDC Kindermishandeling in Friesland en de Academische Werkplaats Kindermishandeling in Noord-Holland-Zuid zijn de eersten die effectiviteitsonderzoek naar interventies combineren met onderzoek naar de effectiviteit van de samenwerkingsvorm en integrale benadering van kindermishandeling.

4.7 Conclusies

Bij de behandeling van een kind dat slachtoffer is geworden van mishandeling moet het hele sociale systeem rond het kind betrokken zijn. De rol van de ouders of verzorgers in veiligheid en ondersteuning is zeer belangrijk. Behandeling moet integraal zijn: gelijktijdige interventies in verschillende domeinen zijn nodig.

Er zijn vooralsnog weinig interventies voor de behandeling van de gevolgen van kindermishandeling die voldoende wetenschappelijke bewijskracht hebben. TF-CBT en EMDR zijn op dit moment de best onderzochte en meest effectieve behandelingsvormen voor kinderen met PTSS-symptomen als gevolg van kindermishandeling. Voor het verbeteren van de ouder-kindrelatie na fysieke mishandeling is PCIT de best bewezen effectieve interventie. De bewijskracht van de overige beschikbare interventies voor behandeling valt tegen. Meer onderzoek van goede kwaliteit en voldoende omvang is nodig.

De infrastructuur voor assessment en behandeling is zeer complex en functioneert helaas niet altijd naar behoren. De belangrijkste knelpunten liggen in de noodzaak van gespecialiseerde kennis en ervaring en de noodzaak van een integrale benadering.

Assessment en behandeling van volwassenen

In dit hoofdstuk komt het assessment en behandeling van volwassen met een verleden van kindermishandeling aan de orde.

5.1 Assessment van volwassenen

Het assessment van volwassenen die in zorg komen en die als kind zijn mishandeld is zo mogelijk nog moeilijker dan van kinderen. In veel gevallen wordt in eerste instantie namelijk de link niet gelegd tussen de problemen waarmee de volwassene zich presenteert en de mishandeling in het verleden. Ook spelen soms problemen met hervonden herinneringen.²⁰⁰

Het assessment van volwassenen loopt vooral via de ontwikkelde stoornissen en vindt daarmee vooral in de psychiatrie plaats. In deze paragraaf komen de verschillende elementen van het assessment van volwassenen aan de orde.

5.1.1 Veiligheid

In dit advies gaat het om de behandeling van de gevolgen van kindermishandeling. De veiligheid van de volwassenen in hun kindertijd is dus niet (meer) relevant. Het is voor de effectiviteit van behandeling van de gevolgen van vroegere mishandeling echter wel relevant dat de betreffende persoon op het moment van behandeling veilig is. Mensen die als kind zijn mishandeld lopen een verhoogd risico op onveilige relaties in hun volwassenheid.^{23,46} Het kan dus zijn dat een

volwassene nog steeds in een situatie van mishandeling verkeert. In dat geval wordt getracht de betrokkene te motiveren uit die situatie te stappen, bijvoorbeeld door middel van opvang in een blijf-van-mijn-lijfhuis.

5.1.2 Psychiatrische diagnostiek

Voor de diagnostiek van psychische problemen bij volwassenen zijn, al naargelang het probleem, voldoende instrumenten voorhanden op het niveau van de aandoening, zoals de *structured clinical interview DSM-IV disorders – axis I* (SCID-I). Het probleem is dat ze onvoldoende worden gebruikt. Als niet systematisch wordt bevraagd op de psychische problemen zelf, kunnen stoornissen over het hoofd worden gezien.

Met uitzondering van de instrumenten waarmee men PTSS, complexe PTSS en dissociatieve stoornissen vaststelt, zijn weinig diagnostische instrumenten trauma- c.q. kindermishandelingspecifiek. Nadeel daarvan is dat daardoor mogelijk gevallen gemist worden waarbij een traumaspecifieke behandeling nodig is. Aan de andere kant ligt bij uitvoerige traumagerichte diagnostiek het gevaar van overdiagnostiek en overbehandeling op de loer. Onduidelijk is bovendien of informatie over jeugdtrauma's altijd relevant is voor de behandeling van psychische problemen op volwassen leeftijd.

Tegenwoordig worden patiënten wel systematisch bevraagd op seksueel misbruik. Bij andere vormen van mishandeling en verwaarlozing gebeurt dit echter minder of niet systematisch. Emotioneel misbruik en fysieke mishandeling scoren daarbij het slechtst.²⁰¹

Het LCVT heeft in 2008 de Richtlijnen instroom, diagnostiek, indicatiestelling en evaluatiediagnostiek (effectmeting) voor volwassenen met psychopathologie ten gevolge van vroegkinderlijke traumatisering uitgebracht.²⁰² Voor de aangesloten toeprefereerde traumacentra zijn deze richtlijnen leidend. De daar werkzame professionals kunnen er slechts gemotiveerd en gedocumenteerd van afwijken.

De volwassen doelgroep van deze toeprefereerde traumacentra bestaat uit mensen met symptomen van traumagerelateerde stoornissen. De diagnostiek in deze centra betreft dus derdelijnsdiagnostiek; de patiënten zijn verwezen door de eerste of tweede lijn. Bij de intake en kennismaking wordt gebruikgemaakt van zelfrapportagelijsten en een korte standaard traumalijst.²⁰³ In het daarop volgende diagnostisch onderzoek wordt gebruik gemaakt van de SCID-I, CAPS, SIDES en vindt een psychiatrisch onderzoek plaats.²⁰⁴⁻²⁰⁶

Omdat mensen met complexe traumagerelateerde stoornissen eigenlijk altijd lijden aan een combinatie van as I (klinische stoornissen) en as II (persoonlijkheidsstoornissen) is diagnostiek moeilijk. Om recht te doen aan deze overlap van as I- en as II-stoornissen ontwikkelde Draijer het 'diagnostisch vierkant'.²⁰⁷⁻²⁰⁹ Dit is een hulpmiddel om het diagnostisch traject vorm te geven en een op het individu gerichte indicatiestelling beter te onderbouwen. Het model geeft op de horizontale as de ernst van de affectieve verwaarlozing ofwel de mate van onveiligheid van de vroege hechtingsrelatie met de ouders weer. Deze dimensie komt het meest tot uitdrukking binnen de therapeutische relatie: hoe meer affectieve verwaarlozing en hechtingsproblemen, hoe problematischer de therapeutische relatie. Op de verticale as staat de ernst van de traumatisering en de cumulatie daarvan. Deze dimensie komt vooral tot uitdrukking in de ernst van de posttraumatische en dissociatieve problemen en in problemen met de affectregulatie.

Het voorgaande laat zien dat de diagnostiek van complexe stressgerelateerde stoornissen ingewikkeld is en veel ervaring en kennis vereist. Dit betekent dat deze diagnostiek door getrainde diagnostici moet worden gedaan. Op dit moment is daar in de reguliere psychologische en psychiatrische opleidingen te weinig aandacht voor.²⁰⁹

5.1.3 Medische diagnostiek

Blijvende fysieke gevolgen die bij volwassenen die als kind zijn mishandeld nog zichtbaar kunnen zijn, zijn littekens, oude breuken of hersenletsel.

Wat op dit moment niet gebeurt maar wel van belang kan zijn, is om bij chronische aandoeningen zoals obesitas, hart en vaatziekten, diabetes en astma te vragen naar traumatische gebeurtenissen in de jeugd. Zoals beschreven in hoofdstuk 3 bleek voor het eerst uit de Amerikaanse ACE-studie dat er een verband bestaat tussen een verleden van mishandeling en chronische aandoeningen als diabetes, astma, obesitas en hart en vaatziekten.^{85,88,99} Ook in Nederland lijkt dat het geval, zoals blijkt uit een recente TNO-studie.¹⁰⁶ Het verband tussen mishandeling in de jeugd en een verhoogde kans op chronische aandoeningen in volwassenheid is inmiddels door verschillende prospectieve studies bevestigd.¹⁰¹⁻¹⁰⁵

5.1.4 Ouderschap

Bij volwassenen die als kind zijn mishandeld bestaat een grotere kans dat zij hun eigen kinderen ook gaan mishandelen dan bij mensen die niet zijn mishandeld. Dit ontstaat uit onmacht, omdat ze zelf het slechte voorbeeld hebben gekregen en niet beter weten dan dat geweld erbij hoort in een gezin, vanwege een verstoorde

emotieregulatie of door de stress als gevolg van psychische problemen. Voor het assessment is dan ook van belang na te gaan of betrokkene zelf kinderen heeft en hoe het daarmee gaat. Hoe ervaart betrokkene het ouderschap, is er sprake van mishandeling van de eigen kinderen of bestaat er een substantieel risico op toekomstige mishandeling?

De volwassenen-GGZ focuste tot voor kort vooral op de psychische problemen van de betrokkene, zonder daarbij de invloed van het ouderschap op de problemen (en vice versa) daarbij te betrekken. De eerder genoemde KOPP-projecten zijn een voorbeeld van de veranderende praktijk.²¹⁰

Een punt bij de aandacht voor het ouderschap bij volwassenen met psychische problemen (al dan niet met een eigen achtergrond van mishandeling) is dat de afweging om de mishandeling van hun kinderen al dan niet te melden lastig kan zijn. De ouder besluit dan misschien te stoppen met zijn of haar behandeling, waardoor het paard achter de wagen wordt gespannen. Maar niet melden betekent mogelijk dat de mishandeling doorgaat, wat voor de kinderen zeer schadelijk is. Het bespreekbaar maken van de mishandeling en de melding aan een AMK of andere instantie vergt specifieke gespreksvaardigheden. De ervaring leert dat een gesprek met de ouders meer kan opleveren dan men soms denkt. De verschillende moeder-kindinteractie-interventies die in ontwikkeling zijn voorzien duidelijk in een behoefte de rol als ouder in combinatie met psychische problemen aan te pakken en mishandeling of verwaarlozing van het zeer jonge kind te voorkomen (zie ook hoofdstuk 4).^{181,211}

Als de ouder door behandeling veiliger gehecht raakt en uit zichzelf stopt met de mishandeling komt dit ten goede van het herstel van het vertrouwen tussen ouder en kind. Een melding kan dit herstel dan misschien frustreren. Buiten kijf staat evenwel dat er altijd aandacht moet zijn voor het ouderschap van de volwassen patiënt en dat de veiligheid en gezondheid van de kinderen gewaarborgd moeten zijn.

5.2 Behandeling

De commissie heeft zich ook in dit literatuuronderzoek gericht op (systematische) reviews en *evidence-based* richtlijnen; niet alle onderzoeksliteratuur is doorgenomen.

Tabel 5 geeft een overzicht van de best onderzochte interventies. De tabel geeft dus geen volledig overzicht van alle bestaande interventies.

Tabel 5 Overzicht op basis van systematische reviews en richtlijnen over interventies voor volwassenen.

Interventie	Bewijskracht
TF-CBT en EMDR zijn de aangewezen psychologische behandelingen voor PTSS. Onderzoek naar verschillende traumagroepen is evenwel nodig. B ^{212,213}	Niveau 2
De eerstelijnsbehandeling voor chronische PTSS (langer dan 3 maanden moet traumafocused zijn (TF-CBT of EMDR)). B ²¹⁴	Niveau 2
Er is geen reden aan te nemen dat TF-CBT bij PTSS na kindertrauma minder effectief is dan na volwassen trauma. C ²¹⁵	Niveau 3
Er is bewijs dat individuele en groepsTF-CBT, EMDR en stressmanagement effectief zijn in de behandeling van PTSS onder andere als gevolg van mishandeling als kind. Ze zijn effectiever dan niet traumaspecifieke psychologische interventies of niets doen (op de wachtlijst staan). Gezien de onverklaarbare heterogeniteit van de vergelijkingen manen de auteurs tot voorzichtigheid bij de interpretatie van de resultaten van de review. B ²¹⁶	Niveau 3
Psychotherapeutische benaderingen voor de behandeling van de psychologische effecten (PTSS, traumasymptomen, internaliserende en externaliserende symptomen, zelfwaardering, interpersoonlijk functioneren) van seksueel misbruik als kind hebben over het algemeen een positief effect. Om antwoord te kunnen geven op de vraag wat werkt bij wie is meer gespecificeerd onderzoek nodig. B ²¹⁷	Niveau 3
Er bestaan verschillende psychotherapeutische behandelconcepten voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen als gevolg van traumatisering in de kindertijd, gebaseerd op CBT of psychodynamische psychotherapeutische interventies. Geen van deze concepten is door de heterogeniteit van de patiëntenpopulatie in staat alle klinische problemen van de patiënten te adresseren. B ²¹⁸	Niveau 3
Er zijn effectieve interventies voorhanden voor patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis (vaak met verleden van mishandeling), waaronder therapieën die onder andere op de mishandeling gericht zijn. B ²¹⁹⁻²²²	Niveau 2-3

Net als het geval is bij kinderen valt op dat in de literatuur weinig mishandelingspecifieke studies te vinden zijn. Wat verder opvalt is dat er wel het nodige onderzoek met bewijskracht van enig niveau is over de behandeling van PTSS, maar dat onderzoek naar de behandeling van ingrijpendere, complexe traumagerelateerde stoornissen grotendeels ontbreekt.

TF-CBT en EMDR lijken ook bij volwassenen een effectieve interventie bij PTSS als gevolg van kindermishandeling. Voor PTSS is het daarmee wel duidelijk wat de aangewezen behandeling is. Een review dat dit jaar zal verschijnen laat duidelijk superieure resultaten zien van traumagerichte behandelingen bij PTSS ten gevolge van chronische kindertrauma's boven behandelingen die ver-

werkingen niet centraal stellen.²²³ Echter, zodra de klachten meer complex worden - zoals bij complexe PTSS en dissociatieve stoornissen is er zeer weinig onderzoek en is er derhalve ook geen empirische evidentie voor interventies. Op het gebied van dissociatieve stoornissen is er inmiddels wel één internationale cohort studie die aantoonst dat psychotherapie vooruitgang biedt.²²⁴ Ook is er een Nederlandse RCT vrijwel afgerond naar het effect van een stabiliserende interventie bij complexe PTSS.^{225,226}

Soms bestaat de neiging een stoornis (bijvoorbeeld een psychose) te zien als contra-indicatie voor de verwerking van trauma, terwijl dit niet zo hoeft te zijn. Traumaverwerking kan juist helpen bij de behandeling van de 'hoofdstoornis'.^{215*} Bij borderline persoonlijkheidsstoornissen is inmiddels meer aandacht voor traumaverwerking, hoewel dit nog niet standaard is en ook niet overal beschikbaar.

Het boek *Treating complex traumatic stress disorders* van Courtois en Ford (Eds.) (2009) bevestigt dat met name de behandeling van complexe PTSS en dissociatieve stoornissen wijd verbreid is, maar dat de wetenschappelijke en klinische validering van de psychotherapeutische behandelingen pas in het beginstadium verkeert.²²⁷ Ook in Nederland wordt hier herhaaldelijk op gewezen.^{189,228} Voor deze ernstige groep patiënten is nog niet duidelijk of meteen aan trauma focused therapie begonnen kan worden (zoals CBT) of dat een voorbereidende therapie nodig is (stabilisering en emotieregulatie). Hiernaar wordt nu wel onderzoek gedaan.^{226,229,230} Courtois en Ford spreken in dit verband van drie fasen in de behandeling:

- 1 veiligheid en stabilisering
- 2 verwerken van traumatische herinneringen
- 3 re-integratie.

De auteurs achten de eerste fase het belangrijkste voor het slagen van de behandeling. Zolang de persoon in kwestie niet veilig is of zich niet veilig voelt, blijft hij in zijn defensieve, zelfbeschermende strategieën en is er geen ruimte voor vooruitgang. In sommige gevallen is stabilisering het enige enigszins haalbare.

Deze driefasebenadering wordt ook in Nederland aangehouden voor de behandeling van patiënten met een complex traumagerelateerd ziektebeeld.²²⁸ Voor het werken met kinderen, adolescenten en volwassenen met dissociatieve stoornissen zijn er internationale richtlijnen beschikbaar van de International

* Dit standpunt is omstreden bij de complexe traumagerelateerde stoornissen, waar men bij voorkeur eerst stabiliseert (ISSTD richtlijnen).²³¹

Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD).²³¹ Deze richtlijnen zijn gebaseerd op *expert consensus*, aangezien evidentie op basis van onderzoek op dit gebied schaars is. In Nederland zijn vergelijkbare – expert based – richtlijnen ontwikkeld vanuit het Landelijk Centrum Vroegkinderlijke Traumatisering.

Net als bij kinderen is ook bij volwassenen beter onderzoek met voldoende omvang noodzakelijk om effectiviteit van interventies goed te kunnen vaststellen. Hoe complexer de stoornis hoe minder onderzoek er is naar bewezen interventies.

Een recent onderzoek van het Trimbos-instituut naar de implementatie van richtlijnen maakt duidelijk dat een grote meerderheid van de borderlinepatiënten niet de behandeling krijgt die volgens de recente richtlijnen wel is aangewezen (gespecialiseerde psychotherapie).^{232,233} Andere onderzoeken laten zien dat ook bij PTSS, als de stoornis of de patiënt als complex wordt beoordeeld, de behandeling volgens de richtlijn (bijvoorbeeld TF-CBT) niet wordt aangeboden. Hoewel er *evidence-based* behandelingen zijn voor deze patiëntengroepen is in de praktijk de aangewezen behandeling vaak niet beschikbaar.

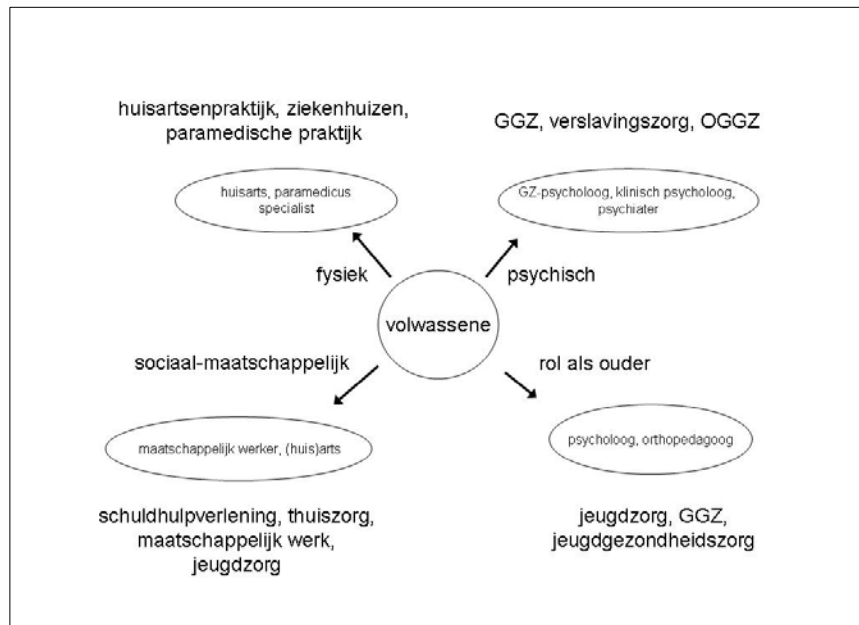
Voor verschillende DSM-IV aandoeningen bestaat *evidence* over de effectiviteit van interventies, die ook in diverse richtlijnen voor behandeling is verwerkt (bijv. depressie, schizofrenie, eetstoornissen, angststoornissen). Veel van deze studies en richtlijnen houden echter geen rekening met de consequenties van een achtergrond van mishandeling op diagnostiek en behandeling. Voor volwassenen lijkt dit soms minder relevant, omdat het voor de uitkomsten van behandeling van de DSM-IV stoornis niet altijd uitmaakt of er een verleden van mishandeling is of niet. Er is nog te weinig onderzoek gedaan om over de meerderheid van de psychiatrische stoornissen duidelijke uitspraken te doen. Het lijkt in ieder geval zinvol om bij onvoldoende behandelingsresultaat de mogelijkheden te overwegen om gerichte diagnostiek te doen naar eventueel aanwezige kindertrauma's en, indien aanwezig, deze te behandelen.

De commissie heeft verder zorgen over het gebrek aan zorgaanbod voor mensen die lijden aan de gevolgen van kindermishandeling, maar van wie de klachten niet duidelijk onder een DSM-IV (hoofd)classificatie vallen. Hoewel een psychotherapeutische op verwerking gerichte behandeling is aangewezen, bestaat de indruk dat veel van deze patiënten geen adequate hulp krijgen.

Er is een gebrek aan wetenschappelijk onderbouwde en goed geteste behandelingen voor de gevolgen van kindermishandeling bij de meer complexe patiëntengroepen, bij wie de ervaringen uit de kindertijd wel een rol lijken te spelen in de pathogenese en het voortduren van de stoornis. Dit is met name het geval bij dissociatieve stoornissen, psychotische stoornissen, diverse stoornissen in forensische context, en lage intelligentie.

5.3 Zorginfrastructuur

Figuur 6 geeft de zorginfrastructuur voor volwassenen schematisch weer. Voor het assessment en het behandelen van de gevolgen van kindermishandeling ligt het zwaartepunt bij de diagnostiek en behandeling van de psychische problemen. De professionals die zich daarmee bezig houden zijn psychologen, psychotherapeuten en psychiaters, in de GGZ en openbare GGZ. De rol als ouder is hier apart gezet, hoewel deze ook in de GGZ aan de orde zal komen.



Figuur 6 De zorginfrastructuur voor het assessment en de behandeling van volwassenen die als kind zijn mishandeld.

Een belangrijk punt bij de infrastructuur voor behandeling van volwassenen is de wijze waarop zij in de zorg belanden. Ook hier is een zorgvuldig assessment belangrijk: is de hulpverlener bedacht op een mogelijke link tussen de gepresenteerde klachten en een verleden van mishandeling? Verwijst hij adequaat door, zodat snel een juiste diagnose kan worden gesteld en de juiste behandeling ingezet?

Een speciaal punt van zorg zijn patiënten bij wie al van jongs af aan problemen zijn en die, wanneer zij volwassen worden, uit de jeugdzorg moeten worden overgedragen naar de volwassenen zorg. Deze mensen verliezen dan hun vaste behandelcontact, hetgeen niet in het bevorderlijk is voor een adequate behandeling. Deze kwetsbare jonge mensen zouden een vast contact moeten hebben en houden.

5.4 Zorgbehoefte

Om de zorgbehoefte in kaart te brengen, heeft de commissie gesproken met Stichting Geheim Geweld, de Vereniging tegen Seksuele Kindermishandeling, Caleidoscoop, STUK en het Jeugdcentrum Fier Fryslân. Een belangrijke beperking van deze werkwijze is dat de zorgbehoefte van kinderen niet in kaart is gebracht. Vanwege de juridische complexiteit van het interviewen van kinderen was het niet mogelijk hen specifiek te horen. De behoeften zoals die in deze paragraaf zijn geformuleerd komen dan ook uitsluitend vanuit het perspectief van volwassenen.

5.4.1 Algemeen

Uit alle gesprekken komt naar voren dat kindermishandeling nog steeds een taboe is. Slachtoffers praten er niet makkelijk over, maar hulpverleners ook niet. De aandacht voor kindermishandeling is vooral gericht op preventie en signalering en te weinig op het leren leven met de gevolgen ervan. Ook is er weinig erkenning voor die gevolgen. Als de mishandeling stopt, is het over, is vaak de reactie van de buitenwereld, inclusief veel hulpverleners. Slachtoffers hebben dan ook grote behoefte aan erkenning van wat er is gebeurd en van de sporen die dit nalaat. Het gevoel echt gehoord te worden, is essentieel.

Ook met kinderen moet gepraat worden over wat hen is overkomen en waar ze behoefte aan hebben als hulpverlening in beeld komt, desnoods door ze te laten tekenen. Jonge kinderen kunnen op die manier aangeven wat hun (toe-

komst)wensen zijn, waarop dan ingespeeld kan worden. In richtlijnen staat dat dit ook moet gebeuren, in de praktijk gebeurt het vaak niet.

5.4.2 *Behoeften met betrekking tot hulpverleners*

Er is grote behoefte aan hulpverleners die kennis van zaken hebben en weten hoe ze met slachtoffers moeten omgaan; niet alleen in klinische zin, maar vooral ook in emotionele zin. Het is van grote waarde dat de hulpverlener betrokkenheid toont, met behoud van zijn professionaliteit, dat het slachtoffer serieus genomen wordt en dat het behandelplan wordt afgestemd op wat het slachtoffer aangeeft. Een hulpverlener moet ook sorry kunnen zeggen, als hij of zij een fout maakt of zijn cliënt onheus bejegt.

De hulpverlener dient zich daarnaast te verdiepen in de etnische achtergrond van het slachtoffer en diens familie, omdat dit gevolgen kan hebben voor de bejegening en voor behandeling. De hulpverlening aan slachtoffers moet integraal en multidisciplinair zijn. Daar ontbreekt het nog wel eens aan.

In alle gesprekken is het probleem naar voren gekomen dat de link tussen de klachten en problemen van slachtoffers en de mishandeling vaak niet of pas heel laat wordt gelegd. Dit heeft zowel betrekking op de slachtoffers zelf als op de hulpverleners.

Sommige gesprekspartners gaven aan dat hulpverleners soms als te jong worden ervaren, te weinig levenservaring hebben om als hulpverlener in bijvoorbeeld een gezin met veel problemen geloofwaardig te kunnen optreden. Ook het gebrek aan continuïteit in de hulpverleners werd in een aantal gesprekken als een probleem gesignaleerd. Jongeren met ervaringskennis en met de wens zelf in de hulpverlening aan de slag te gaan, zouden een aangepast opleidingstraject moeten kunnen doorlopen.

Een ander probleem is dat hulpverleners in de eerste lijn, met name huisartsen, vaak niet weten naar wie ze patiënten kunnen verwijzen. De onduidelijkheid van het aanbod in de jeugdzorg werd genoemd als een oorzaak hiervoor, al geldt dit ook voor de hulpverlening aan volwassenen.

5.4.3 *Behoeften met betrekking tot behandeling*

Als belangrijk punt werd aangegeven dat waar het kinderen betreft, het kind centraal moet staan. Dit wordt nu wel beleden, maar in feite staat het hulpverleningssysteem centraal en niet het kind. Ook werd aangegeven dat men zou moeten behandelen vanuit de krachten en mogelijkheden van het slachtoffer en niet iedereen rigide volgens protocol op dezelfde wijze moet willen behandelen.

In alle gesprekken werd het belang van lotgenotencontact onderstreept. Het kan als opstap dienen voor het naar buiten brengen van wat een slachtoffer is overkomen en daarmee een ingang bieden voor behandeling. Daarnaast is lotgenotencontact volgens veel van de gesprekspartners een onmisbaar onderdeel van de behandeling, omdat het de mogelijkheid biedt te reflecteren en ervaringen te delen. Lotgenotencontact is bovendien belangrijk om te leren leven met het verleden en met de eventuele aandoening die daaruit voortgekomen is. Toch wordt er lang niet altijd verwezen naar lotgenoten.

In het verlengde hiervan is aangegeven dat slachtoffers behoefte hebben aan cursussen om te leren leven met hun verleden. Niet alle hulpverlening hoeft van psychiaters te komen. Er wordt bij sommige problemen te snel naar medicatie gegrepen.

Het is lang zo geweest dat de beschikbaarheid van specialistische behandelingen regionaal sterk verschilde. Met de komst van het LCVT hebben de aangesloten traumacentra getekend voor uniformering van diagnostiek en behandeling. De situatie is daarmee in de LCVT-centra verbeterd, maar is nog niet optimaal. Hulpverlening moet laagdrempelig zijn en goed vindbaar.

Een knelpunt voor bijvoorbeeld de behandeling van dissociatieve stoornissen zijn de lange wachlijsten. Het gaat hierbij om langdurige behandelingen (zo'n acht jaar) waarvoor te weinig therapeuten zijn. Er is ook geen landelijke dekking en buiten de traumacentra is de kennis te beperkt. Met name deze ernstigste groep wordt vaak van het kastje naar de muur gestuurd en zelfs buiten de GGZ-instellingen gehouden, omdat men de deskundigheid niet in huis heeft en de behandelingen kostbaar zijn.

De relatief nieuwe DBC-systematiek is volgens een aantal gesprekspartners niet geschikt voor de financiering van de behandeling van de gevolgen van kindermishandeling. Diagnostiek is lastig en vaak bestaan verschillende problemen naast elkaar. De behandelingen kunnen langdurig zijn en dienen integraal te zijn, waardoor ze niet binnen de huidige systematiek passen. Zo is bijvoorbeeld op grond van de internationale *expert based* (ISSTD) richtlijnen voor de behandeling van dissociatieve stoornissen intensieve individuele psychotherapie aangehouden en een doorgaand behandelcontact wenselijk; bij crises kan opname noodzakelijk zijn, waarbij het aangewezen is om het individuele behandelcontact te laten voortbestaan.²³¹

5.4.4 *Behoeften voor onderzoek*

Voor de dissociatieve stoornissen is grote behoefte aan onderzoek naar diagnostiek en behandeling bij volwassenen en kinderen. Omdat het om complexe aandoening gaat die een langdurige behandeling vergt, is het erg moeilijk hiervoor voldoende financiering te vinden.

Daarnaast wordt door verschillende gesprekspartners aangegeven dat huns inziens meer gebruik kan worden gemaakt van ervaringskennis van slachtoffers voor de ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden.

De commissie wil hier nog aantekenen dat het doen van interventieonderzoek met volwassenen die als kind zijn mishandeld, evenals met kinderen, lastig is. Ook hier geldt dat het onderwerp beladen en daarmee niet populair is, dat het moeilijk is voldoende homogene onderzoeksgroepen te vormen van voldoende omvang en dat het vaak ingewikkeld is toestemming te krijgen van beide (gezagdragende) ouders en van de medisch-ethische toetsingscommissies die onderzoeksvorstellen op ethische aspecten beoordelen.

5.5 **Conclusies**

De diagnostiek van psychische stoornissen wordt in de praktijk vaak niet systematisch uitgevoerd, doordat geen gebruikgemaakt wordt van (semi)gestructureerde interviews. Daardoor bestaat het gevaar dat traumagerelateerde problematiek over het hoofd gezien wordt, bijvoorbeeld PTSS of borderline persoonlijkheidsstoornis. Daarbij geldt wel dat diagnostiek van complexe traumagerelateerde stoornissen lastig is, en voorbehouden moet zijn aan daarin specifiek getrainde professionals.

Bij sommige (comorbide) psychische stoornissen zoals psychose, depressie en borderline komt het de behandeling ten goede als de vroegere kindermishandeling erbij betrokken wordt. Ten onrechte gebeurt dit vaak niet.

Er bestaat consensus over de fasen van behandeling van volwassenen met complexe traumagerelateerde stoornissen: stabilisatie – traumaverwerking – re-integratie.

Ook bij volwassenen zijn TF-CBT en EMDR de best onderzochte en vooralsnog de meest effectieve interventies voor de behandeling van symptomen van PTSS,

hoewel de *evidence base* meer solide zou kunnen. Ook voor volwassenen zijn deze interventies niet overal in Nederland beschikbaar en toegankelijk. Voor de behandeling van de complexere stoornissen zoals complexe-PTSS en dissociatieve stoornissen ontbreken nog steeds bewezen effectieve interventies.

Een centraal punt in de aard van de zorgbehoefte van slachtoffers is dat het gehoord worden als persoon. Tevens kan beter gebruik gemaakt worden van ervaringsdeskundigheid van slachtoffers voor het verbeteren van zorg en van lotgenotencontact als onderdeel van behandeling.

Hoewel de zorginfrastructuur voor volwassenen minder complex is dan voor kinderen, kan afstemming tussen en continuïteit van hulpverleners ook hier beter.

Conclusies en aanbevelingen

Kindermishandeling is een ernstig, complex en omvangrijk maatschappelijk probleem met ingrijpende, vaak levenslange gevolgen voor de slachtoffers. De sleutel tot een oplossing hiervoor is volle bewustwording van die ernst, complexiteit en omvang. Naast aandacht voor preventie is en blijft aandacht voor een goed assessment en een goede behandeling onontbeerlijk. In dit hoofdstuk beantwoordt de commissie de vragen uit de adviesaanvraag, op basis van de voorgaande hoofdstukken. Tot slot doet zij haar aanbevelingen.

6.1 De gevolgen van kindermishandeling

Is er duidelijkheid over welke fysieke en psychische stoornissen kunnen ontstaan als gevolg van kindermishandeling?

Deze vraag werd beantwoord in hoofdstuk 3.

Gevolgen

Duidelijk is dat de gevolgen ingrijpend kunnen zijn en kunnen persisteren tot in de volwassenheid als er niets aan gedaan wordt.

De gevolgen van kindermishandeling kunnen fysiek en psychisch van aard zijn.

Fysieke gevolgen zijn breuken en littekens, maar ook hersenletsel en een verhoogd risico op chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, astma en obesitas, en psychosomatische aandoeningen, zoals buikpijn en hoofdpijn. Heel jonge kinderen lopen door hun fysieke kwetsbaarheid meer risico op permanent hersenschade en op overlijden als gevolg van letsel door mishandeling.

Psychische gevolgen variëren van problemen met hechting, angst, depressie en concentratieproblemen tot gedragsproblemen, persoonlijkheidsstoornissen, complexe PTSS en dissociatieve stoornissen.

De opvatting dat kleine kinderen minder snel schade zouden oplopen omdat hun hersenen nog zo plastisch zijn, is pertinent onjuist. Heel jonge kinderen zijn juist extra gevoelig voor schade, juist vanwege die plasticiteit. Traumatische gebeurtenissen die niet op de juiste manier door hun verzorgers (kunnen) worden opgevangen leiden al gauw tot permanente schade in de ontwikkeling van het kindere brein en tot een gevoeliger afgestemd stresssysteem. Verstoringen in het stresssysteem hebben weer gevolgen voor het immuunsysteem en daarmee voor de gevoeligheid voor infecties. Verwaarlozing is niet acuut traumatisch maar heeft wel degelijk ernstige gevolgen.

De gevolgen van kindermishandeling kunnen invaliderend zijn en berokkenen het slachtoffer en de samenleving substantiële economische schade.

Oorzaak en gevolg

Er bestaan geen duidelijke één op één oorzaak-gevolgrelaties tussen specifieke vormen van mishandeling en specifieke problemen of stoornissen. Wel zijn er aanwijzingen dat sommige vormen van mishandeling sterker gecorreleerd zijn met bepaalde gevolgen. Mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis zijn bijvoorbeeld vaker seksueel misbruikt als kind, mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis hebben als kind vaker met fysiek geweld te maken gehad en mensen met een dissociatieve identiteitsstoornis zijn vaker zowel fysiek als seksueel mishandeld. Een probleem bij het onderzoek naar specifieke oorzaak en specifiek gevolg is dat vaak sprake is van verschillende vormen van kindermishandeling tegelijkertijd, veelal gecombineerd met affectieve verwaarlozing.

6.2 Zorgbehoefte

Wat is de behoefte aan psychiatrische en traumazorg van de slachtoffers van kindermishandeling? Is die behoefte vooral klinisch of sociaal-maatschappelijk van aard?

Het antwoord op deze vragen is vooral afgeleid uit de behoeften van volwassen slachtoffers zoals aangegeven in gesprekken (hoofdstuk 5). De commissie gaat hier ook in op de mogelijke omvang van de zorgbehoefte. Deze is gebaseerd op de conclusies uit hoofdstuk 3 over de mogelijke gevolgen van kindermishandeling en de hoofdstukken 4 en 5 over assessment en behandeling van kinderen en als kind mishandelde volwassenen.

Aard zorgbehoefte

Uit de gesprekken met organisaties van volwassen slachtoffers die als kind zijn mishandeld blijkt een grote behoefte aan het doorbreken van het taboe op het praten over kindermishandeling, met name bij hulpverleners. Belangrijk is dat zij zich gehoord en serieus genomen voelen om wie ze zijn en dat liefdevol gewerkt wordt vanuit hun kracht.

De relatie tussen (een verleden van) mishandeling en de klachten waarmee een slachtoffer zich presenteert wordt lang niet altijd gelegd, wat vaak jarenlange trajecten met misdiagnoses tot gevolg heeft. Sinds de jaren '80 van de vorige eeuw is hier aandacht voor gekomen in verschillende opleidingen en bijscholingen van bijvoorbeeld artsen. Het lijkt echter niet te beklijven: van consequente aandacht voor het onderwerp is geen sprake.

Andere belangrijke punten die de organisaties noemen, zijn het gebrek aan continuïteit van hulpverlening door frequente personele wisselingen en het gebrek aan ervaren hulpverleners. Er is behoefte aan een vlot en zorgvuldig assessment, doelgerichte verwijzing en bewezen effectieve behandeling van de gevolgen van kindermishandeling bij kinderen en volwassenen. Tot slot menen de organisaties voor slachtoffers dat in de hulpverlening meer gebruik gemaakt kan worden van de ervaringsdeskundigheid van slachtoffers, bijvoorbeeld in lotgenotencontact als ondersteuning van (andere) therapie.

De commissie voegt hieraan toe dat gezien de ernst van de gevolgen van kindermishandeling het duidelijk moge zijn dat wachtlijsten funest zijn.

Voor kinderen geldt dat veiligheid onmiddellijk gewaarborgd moet worden. Assessment en behandeling dienen binnen enkele weken na melding geboden kunnen worden, op verschillende vlakken. Dit behelst niet alleen zorgen voor de acute veiligheid, maar ook met een goed integraal assessment bepalen welke hulp en behandelingen nodig zijn en die dan ook meteen en simultaan inzetten.

Uit bovenstaand blijkt dat de aard van de zorgbehoefte zowel sociaal-maatschappelijk als klinisch is.

Indicatie omvang zorgbehoefte

Schattingen van de omvang van het probleem variëren sterk. Alle beschikbare schattingen laten zien dat het om een zeer aanzienlijk probleem gaat waarbij het aantal Nederlanders dat als kind is of wordt mishandeld ten minste uit te drukken is in honderdduizendtallen. Conservatieve schattingen geven aan ongeveer 10% van de (vrouwelijke) volwassenen seksueel misbruikt is binnen de familie en eveneens 10% fysiek mishandeld is. Alle verschillende vormen van mishandeling, misbruik en verwaarlozing tezamen genomen, geven schattingen van 10-30%, wat neerkomt op ongeveer 1,5 á 4 miljoen volwassenen.

Omdat de precieze gevolgen per individu niet te voorspellen zijn, is het niet mogelijk op basis van schattingen over het vóórkomen van mishandeling de benodigde zorg voor behandeling van de gevolgen te berekenen, zoals dat met bijvoorbeeld diabetes wel enigszins mogelijk is. Op basis van de beschikbare schattingen is echter duidelijk dat de omvang naar alle waarschijnlijkheid groot is. De commissie meent dat alle mishandelde kinderen in ieder geval psycho-educatie moeten krijgen.

6.3 Bewezen effectieve interventies voor kinderen en volwassenen

Welke bewezen effectieve interventies op het gebied van behandeling zijn op dit moment beschikbaar, zowel op klinisch als sociaal-maatschappelijk vlak?

Deze vraag is beantwoord in hoofdstuk 4 voor kinderen en in hoofdstuk 5 voor als kind mishandelde volwassenen.

Belang van een goed assessment

Alvorens in te gaan op de vraag welke bewezen effectieve behandelinterventies er zijn, wil de commissie het cruciale belang onderstrepen van een zorgvuldig, integraal assessment. Hiermee dient in kaart te worden gebracht wat er precies aan de hand is met betrekking tot veiligheid, omgevingsfactoren, de rol van de ouders als persoon en als opvoeders, de ontwikkeling van het kind en zijn psychische en fysieke gesteldheid. Belangrijk is ook te kijken naar wat er goed gaat. Het assessment van volwassenen die als kind zijn mishandeld bevat in principe dezelfde elementen, al slaat de rol van de ouder, indien van toepassing, op henzelf als opvoeder. Gezien de vele facetten van assessment dient dit multidisciplinair te worden uitgevoerd.

Zonder goed assessment is er geen goede basis voor een adequate besluitvorming over welke typen hulpverlening en welke behandelingen nodig zijn.

Bewezen effectieve interventies – klinisch

Voor zowel kinderen als volwassenen is het aantal bewezen effectieve klinische interventies klein. Voor beide groepen zijn TF-CBT en EMDR voor de behandeling van (symptomen van) PTSS internationaal de best onderzochte en vooralsnog de meest effectieve interventies. Verder is er weinig mishandelingspecifieke literatuur op het gebied van behandeling.

Op verschillende DSM-IV aandoeningen is *evidence* voor de effectiviteit van interventies beschikbaar, die ook in diverse richtlijnen voor behandeling is verwerkt. In veel van deze studies en richtlijnen wordt echter geen rekening gehouden met de consequenties van een achtergrond van mishandeling voor diagnostiek en behandeling.

Voor volwassenen lijkt dit minder relevant, omdat het voor de uitkomsten van behandeling van veel DSM-IV stoornissen niet uitmaakt of er een verleden van mishandeling is of niet. Voor borderline persoonlijkheidsstoornis, dissociatieve identiteitsstoornis en (complexe PTSS) zijn er evenwel aanwijzingen dat het beter is het onverwerkte verleden in de behandeling te betrekken. Internationaal gezien houdt men bij deze complexe stoornissen een drie fasen model aan waarin eerst gestreefd wordt naar stabilisatie (1), vervolgens indien mogelijk openlegend (exposure) gewerkt wordt (2), en ten slotte integrerend wordt gewerkt (3).

Omdat de gevolgen bij kinderen zich minder vaak als autonome stoornissen manifesteren en de psychische problemen nog dichterbij de mishandeling verbonden zijn, is het van groot belang in de behandeling van kinderen specifiek rekening te houden met de aard en ernst van de mishandeling.

Bewezen effectieve interventies – sociaal-maatschappelijk

Op sociaal-maatschappelijk gebied zijn er opvoedingsondersteunende interventies voor ouders. Daarvan is PCIT het best onderzocht; deze lijkt inderdaad effectief. Triple-P niveau 4/5, FFT, PMTO en MST-CAN worden veelbelovend genoemd, maar zijn nog niet voldoende onderzocht op effectiviteit in de specifieke setting van kindermishandeling. Verder zijn er vele algemene, niet mishandelingspecifieke opvoedingsondersteunende interventies die niet of nauwelijks zijn onderzocht op effectiviteit. Er lopen op dit moment nog verschillende onder-

zoeken op dit terrein, met name gefinancierd door de ZonMw Jeugdprogramma's, hoewel deze programma's aflopen en een vervolg onzeker is.

Bij de inzet van een opvoedingsinterventie is het belangrijk dat deze mishandelingspecifiek is en is ingebed in het bredere geheel van de behandeling.

Randvoorwaarden behandeling

Op basis van de stand van wetenschap en de kennis en ervaring binnen de commissie is een aantal randvoorwaarden voor een kwalitatief goede behandeling geïdentificeerd.

Voor kinderen én voor volwassenen die als kind zijn mishandeld is een integrale, multidisciplinaire benadering van assessment en behandeling essentieel.

Bij kinderen moet het assessment uitgevoerd worden door een multidisciplinair team, zodat alle aspecten van de ontwikkeling (fysiek, sociaal-emotioneel et cetera) van het kind en mogelijke afwijkingen daarvan in kaart kunnen worden gebracht. Tevens dient hele systeem betrokken te worden bij het assessment en de behandeling. Van belang is continu te beoordelen wat voor wie waar en wanneer nodig is. Het inzetten van een enkele interventie zonder rekening te houden met de context en de ontwikkeling in de tijd, is niet doelmatig.

Ten behoeve van de behandeling van volwassenen moeten professionals in hun opleiding leren om gesprekken te voeren met hun patiënten over gevoelige onderwerpen als kindermishandeling en seksueel misbruik. De opleiding moet aandacht besteden aan de onderkenning van de gevolgen van misbruik en mishandeling. En ook dient de daarop gerichte diagnostiek van traumagerelateerde stoornissen als complexe PTSS en dissociatieve stoornissen onderwezen te worden.

De geboden behandeling voor kinderen én volwassenen is zo veel mogelijk bewezen effectief, wordt volgens protocol uitgevoerd en de uitkomsten ervan worden gemonitord. Hulpverleners dienen goed geschoold te zijn in het assessment en de methoden van interventie.

Voor kinderen geldt dat assessment en – indien nodig – hulp en behandeling op verschillende vlakken, binnen enkele weken na melding geboden moeten kunnen worden. Dit behelst niet alleen kijken naar de acute veiligheid, maar ook een beoordeling op basis van een goed assessment of en welke hulp of behandeling nodig is en snelle inzet daarvan.

Beschikbare *evidence-based* richtlijnen verdienen implementatie en naleving. Het is een taak van de beroepsgroepen om hierop toe te zien. Daar waar zij nog niet beschikbaar of verouderd zijn, is het zaak ze te ontwikkelen of bij te werken.

Alles in ogenschouw nemend concludeert de commissie dat de hulpverlening aan slachtoffers van kindermishandeling dermate specifieke kennis en ervaring behoeft dat die is voorbehouden aan gespecialiseerde professionals.

6.4 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van bewezen effectieve interventies

Zijn de benodigde interventies over het hele land en voor alle slachtoffers (kinderen en volwassenen) beschikbaar en toegankelijk? Zo niet, hoe kan de beschikbaarheid en toegankelijkheid verbeteren?

Deze vragen zijn beantwoord in de hoofdstukken 4 en 5.

Zonder een goed assessment is een adequate behandeling niet mogelijk. Dit geldt zowel voor kinderen als voor volwassenen. Hier bestaat een belangrijke lacune, omdat op dit moment de onderdelen van het assessment door verschillende professionals/instanties worden uitgevoerd en overdracht en samenwerking vaak niet soepel verlopen.

Nederland kent veel instanties die interventies aanbieden op het gebied van kindermishandeling. Het probleem is dat het overgrote deel daarvan niet mishandelingspecifiek is. Dit geldt bijvoorbeeld voor een groot aantal opvoedingsondersteunende interventies.

Verder is een integrale benadering van behandeling essentieel, voor kinderen én volwassenen. Dat wil zeggen dat hulp in verschillende domeinen voor verschillende betrokkenen (kind, broertjes, zusjes, ouders, partner) tegelijk moet worden geboden en onderling goed geprioriteerd, afgestemd en heroverwogen moet worden. Vanwege de organisatie van de Nederlandse jeugdzorg, jeugd-GGZ en volwassenen-GGZ is zo'n integrale benadering en afstemming niet vanzelfsprekend, waardoor de hulpverlening niet zo doelmatig is als zij zou kunnen zijn. Slachtoffers krijgen hierdoor te vaak niet op tijd de hulp die zij nodig hebben. De op handen zijnde stelselwijziging van de jeugdzorg zal ingrijpende gevolgen hebben voor samenwerking en afstemming tussen verschillende instanties, nu de gemeentes de taak krijgen onder andere de zorg voor de jeugd en opvoedingsondersteuning te organiseren.

TF-CBT en EMDR voor PTSS bij kinderen en volwassenen zijn niet gelijkmatig verdeeld over het land beschikbaar. Waar TF-CBT en EMDR toegepast worden, is het nodig hiervoor training en supervisie te volgen. Het traumacentrum van de Bascule (academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie in Amsterdam)

heeft de TF-CBT naar Nederland gehaald en zal dit jaar landelijke trainingen gaan organiseren. De in Haarlem ontwikkelde Horizonmethode heeft eveneens een CBT-component. De effectiviteit van de gehele methode wordt de komende vier jaar onderzocht. De opleiding en supervisietrajecten voor de EMDR zijn in handen van de EMDR Vereniging Nederland. Om bewezen effectieve interventies goed te kunnen implementeren en landelijk uit te kunnen rollen, is een landelijke implementatiestructuur nodig, zeker in het licht van de stelselwijziging in de zorg voor de jeugd die een sterke decentralisatie van voorzieningen met zich mee zal brengen.

De zorginfrastructuur – als het gaat om de behandeling van de gevolgen van kindermishandeling bij kinderen en als kind mishandelde volwassenen – is zeer complex en versnipperd. Een belangrijke oorzaak hiervan ligt in de vele verschillende zorgdomeinen die erbij betrokken zijn, de vele instanties daarbinnen en de vele verschillende professionals die hierin werkzaam zijn.

6.5 Wetenschappelijke lacunes op het gebied van behandeling

Welke wetenschappelijke lacunes bestaan er op het gebied van behandeling?

Het antwoord op deze vraag komt met name uit de hoofdstukken 4 en 5.

Allereerst wil de commissie wijzen op het ontbreken van een wetenschappelijke basis voor veel instrumenten en checklists die gebruikt worden in het assessment.

Op het gebied van de sociaal-maatschappelijke behandelingsinterventies mist een *evidence base*. Bij de klinische interventies (zowel somatische als psychiatrische) bestaat te weinig aandacht voor mishandeling als belangrijk element in de fysieke en psychische klachten. Ook zijn er lacunes in de kennis over de effectiviteit van kindermishandelingspecifieke interventies voor zowel kinderen als volwassenen.

Er is een gebrek aan wetenschappelijk onderbouwde en goed geteste behandelingen voor de gevolgen van kindermishandeling bij de meer complexe volwassen patiëntengroepen, waarbij deze ervaringen uit de kindertijd wel een rol lijken te spelen in de pathogenese en het voortduren van de stoornis. Dit is met name het geval bij complexe PTSS, dissociatieve stoornissen, psychotische stoornissen en diverse stoornissen in forensische context.

6.6 Aanbevelingen

De algemene conclusie van dit advies is dat er in feite nog weinig over de behandeling van de late effecten van kindermishandeling bekend is. Er wordt veel gedaan maar weinig behandelingen hebben een goede wetenschappelijke onderbouwing. Dat klinkt door in de aanbevelingen die hieronder geformuleerd worden.

6.6.1 *Integrale benadering assessment en behandeling*

In 6.3 heeft de commissie aangegeven dat behandeling van de gevolgen van kindermishandeling een integrale, multidisciplinaire benadering nodig heeft. Dit geldt voor kinderen, maar ook voor volwassenen.

Zoals in 4.6 aangegeven zijn de Academische Werkplaats Kindermishandeling van het KJTC Haarlem en de VU en het multidisciplinair centrum kindermishandeling van Fier Fryslân de eersten die dit kalenderjaar nog aan de slag gaan met deze benadering over verschillende domeinen.

De commissie beveelt aan dat de twee initiatieven in Haarlem / VU Amsterdam en in Friesland in de gelegenheid worden gesteld als proeftuin te dienen. Extra ondersteuning om hun ervaringen te monitoren en te registreren is daarbij op zijn plaats, evenals het faciliteren van de ontwikkeling binnen deze initiatieven van een intersectoraal samenhangend zorgaanbod.

Omdat deze twee initiatieven vooral op kinderen gericht zijn, beveelt de commissie aan een academische werkplaats in te stellen, gericht op volwassenen die als kind zijn mishandeld. Dit, complementair aan de activiteiten van het LCVT. Het onderzoek zou zich met name moeten richten op diagnostiek en behandeling van complexe stoornissen als complexe PTSS en dissociatieve stoornissen, te beginnen met het maken van een systematische review hierover.

6.6.2 *Zorginfrastructuur*

De commissie heeft vastgesteld dat er op dit moment weinig bewezen effectieve interventies bestaan voor de behandeling van de gevolgen van kindermishandeling.

ling bij kinderen en volwassenen. De commissie meent dat het onverstandig is op basis van een zo beperkte *evidence base* vergaande aanbevelingen te doen over eventuele aanpassing van de bestaande, zeer complexe, infrastructuur. Voordat de zorginfrastructuur aangepakt kan worden, dient de hulpverlening klinisch gezien op peil te zijn. Daarvoor is het nodig het veld rijp te maken voor *evidence-based* werken en voor het doen van goed opgezet en gedocumenteerd onderzoek.

De commissie beveelt wel aan ervoor te zorgen dat TF-CBT en EMDR voor de behandeling van PTSS bij kinderen en als kind mishandelde volwassenen goed verspreid over Nederland beschikbaar en toegankelijk zijn. Ook hierbij is een landelijke coördinatie en implementatiestructuur van belang, zeker in het licht van de ophanden zijnde decentraliserende stelselwijziging voor de zorg voor de jeugd.

In het verlengde hiervan beveelt de commissie aan initiatieven en landelijke coördinatie rond het realiseren van een intersectoraal samenhangend en afgestemd zorgaanbod te stimuleren. Hierin dienen de bevindingen van de proeftuinen meegenomen worden.

6.6.3 Hulpverlening rijp maken voor *evidence-based* werken

Evidence-based werken is nog niet in alle lagen van de hulpverlening aan slachtoffers van kindermishandeling vanzelfsprekend. Dit is overigens geen louter Nederlands probleem, maar speelt wereldwijd. In de jeugdzorg is wel een trend zichtbaar in die richting en in de psychiatrie voor kinderen en volwassenen wordt al wel met *evidence-based* richtlijnen gewerkt.

Overigens is *evidence-based* werken niet hetzelfde als werken volgens vastgestelde, onveranderlijke procedures en met vastgestelde interventies. *Evidence-based* werken is werken op basis van de stand van wetenschap.* Omdat de wetenschap in continue ontwikkeling is, is *evidence-based* werken een dynamisch proces.

Een belangrijk hulpmiddel bij *evidence-based* werken zijn richtlijnen voor diagnostiek en behandeling in de verschillende zorgdomeinen (GGZ, jeugd-GGZ, jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg) voor de verschillende beroepsgroepen.

* In de VS wordt met betrekking tot kindermishandeling ook wel gesproken over *research based* werken, omdat harde *evidence* voor effectiviteit van interventies nog beperkt is.

In de Amerikaanse staat South Carolina zijn goede ervaringen opgedaan met *community based learning* om allerlei regionale hulpverleningsinstanties te overtuigen van de toegevoegde waarde van en het scholen in *evidence-based* werken.¹⁹²

De commissie beveelt aan dat, waar zij nog ontbreken, *evidence-based* richtlijnen worden ontwikkeld, rekening houdend met de consequenties van (een verleden van) kindermishandeling voor diagnostiek en behandeling. Bestaande richtlijnen dienen actueel te worden gehouden, geïmplementeerd te worden en te worden gebruikt. Hier ligt een taak voor de beroepsgroepen.

Tevens beveelt de commissie aan te onderzoeken hoe de ervaringen in South Carolina met *community based learning* en het project BEST in een Nederlands project te vertalen zouden zijn.

De commissie heeft verder geconstateerd dat de hulpverlening aan slachtoffers van kindermishandeling specialistische hulpverlening is, in de zin dat hulpverleners specifiek op dit gebied geschoold moeten zijn. Dit geldt voor de hulpverlening aan kinderen én aan als kind mishandelde volwassenen.

Het Landelijk Opleidingscentrum Aanpak Kindermishandeling (LOAK), een initiatief van het KJTC Haarlem en Fier Fryslân, gaat werken aan een landelijk aanbod van deskundigheidsbevordering op het gebied van de behandeling van de gevolgen van kindermishandeling. Het centrum zal hierin samenwerken met andere (internationale) organisaties die opleidingen, trainingen en cursussen aanbieden op dit terrein en zal zich richten op aanbod dat nog niet beschikbaar is. Het centrum richt zich op alle professionals die met (de gevolgen van) kindermishandeling te maken (kunnen) hebben bij kinderen en hun ouders.

In 2012 start het LOAK met een opleiding voor behandelaren op het gebied van abuse-focused en trauma-focused behandelingen, op hbo- en academisch niveau. Het LCVT heeft een gespecialiseerd cursusaanbod voor hulpverleners die werken met als kind getraumatiseerde volwassenen.

De commissie beveelt aan het opleidingscentrum LOAK in de gelegenheid te stellen dit specifieke, specialistische opleidingsaanbod voor Nederland op te zetten, uit te werken en structureel aan te bieden. Voor de hulpverlening aan volwassenen verdient het cursusaanbod van het LCVT ondersteuning.

Het LOAK zou ook een landelijke coördinerende rol voor het opleidingsaanbod op zich kunnen nemen, mits daartoe gefaciliteerd.

6.6.4 Hulpverlening rijp maken voor wetenschappelijk onderzoek

Het doen van wetenschappelijk solide onderzoek is niet altijd vanzelfsprekend in de zorgdomeinen waarin slachtoffers van kindermishandeling worden opgevangen en behandeld. De gedachte dat in de huidige situatie meteen een omslag kan komen door bijvoorbeeld een onderzoeksprogramma in te stellen, is onrealistisch. Het veld moet eerst 'bouwrijp' gemaakt worden, door eerst te werken aan een systematische en structurele monitoring van het waarom, hoe en het resultaat van het (be)handelen. In de psychiatrie gebeurt dit in principe al in de vorm van routine outcome monitoring. Een dergelijk systeem is met name ook nodig in de jeugdzorg. Daarnaast zal de Academische Werkplaats Kindermishandeling een bijdrage leveren aan de koppeling van de dagelijkse praktijk van een traumacentrum aan academisch onderzoek. De ervaringen van de werkplaats kunnen later breder worden vertaald.

De commissie beveelt aan een systeem voor het systematisch en structureel monitoren van de redenen en resultaten van (be)handelen te ontwikkelen. De op deze wijze verzamelde *practice-based evidence* kan als fundament dienen voor het doen van wetenschappelijk onderzoek, wat weer tot *evidence-based practice* kan leiden.

Mede op basis van de resultaten van de Academische Werkplaats Kindermishandeling zou onderzocht kunnen worden of een vorm van onderzoeks-ondersteuning mogelijk is, in analogie van ondersteuning van het RIVM voor infectieziekteonderzoek aan GGD'en. Voor de jeugdzorg ligt hierin een mogelijke taak voor het NJi.

De commissie beveelt tot slot aan de belangrijkste wetenschappelijke lacunes op te vullen door onderzoek uit te zetten. Het betreft met name onderzoek naar validering van instrumenten voor assessment, effectiviteitsonderzoek naar opvoedings- en behandelinterventies specifiek voor de gevolgen van kindermishandeling, en onderzoek naar nieuwe interventies voor de meest complexe volwassen patiëntengroepen met complexe PTSS en dissociatieve stoornissen.

Literatuur

-
- 1 Raad voor de Kinderbescherming. <http://www.rvdk.nl/>.
 - 2 Ministerie voor Jeugd en Gezin. Actieplan aanpak kindermishandeling. Kinderen veilig thuis. Den Haag: 2007.
 - 3 Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemuller W, Silver HK. The battered child syndrome. JAMA 1962; 181(1): 17-24.
 - 4 Clemens-Schöner BLF. Psychische kindermishandeling. Den Haag: 1957.
 - 5 Moors J, Wemekamp H. Handen thuis. Opstellen voor hulpverleners over geweld. Deventer: Van Loghum Slaterus; 1983.
 - 6 Klein Ikkink A.J., Boere-Boonekamp MM, De Bont M, De Boer A, Duys H, Haasnoot R e.a. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Kindermishandeling. Huisarts Wet 2010; 53(8): S15-S20.
 - 7 Baeten PACM, ten Berge IJ, Geurts E. De A van AMK. De adviesfunctie kindermishandeling onderzocht. Utrecht: NIZW Uitgeverij; 2000.
 - 8 Nederlands Jeugdinstituut. Evaluatie Wet op de jeugdzorg. Utrecht: 2009.
 - 9 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Huisartsen onvoldoende alert op kindermishandeling. Den Haag: 2010.
 - 10 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Spoedeisende hulp afdelingen onvoldoende ingericht op herkenning van kindermishandeling. Den Haag: 2008.
 - 11 MOgroep Jeugdzorg. Brancherapportage Jeugdzorg 2009. Utrecht: 2010.
 - 12 Höing M. Hulp aan slachtoffers van seksueel geweld. Een inventarisatie en kwaliteitsevaluatie van de behandeling van slachtoffers van seksueel geweld in de GGZ en vrouwenopvang in Nederland. RNG-studies Nieuwe Reeks 2003; 3.
-

- 13 Wet op de Jeugdzorg. Staatsblad 2004/306. 2004. Den Haag.
- 14 World Health Organization. http://www.who.int/topics/child_abuse/en/.
- 15 Baartman HEM. Het begrip kindermishandeling. Pleidooi voor een herbezinning en voor bezonnen beleid. Amsterdam: SWP Uitgeverij; 2009.
- 16 Teicher MH, Samson JA, Polcari A, McGreenery CE. Sticks, stones and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 993-1000.
- 17 Lamers-Winkelmann F, Willemen AM, Visser M. Adverse childhood experiences of referred children exposed to intimate partner violence: consequences for their wellbeing. 2011; under review.
- 18 Van IJzendoorn MH, Prinzie P, Euser EM, Groeneveld MG, Brilleslijper-Kater SN, Noort-van der Linden AMTv e.a. Kindermishandeling in Nederland Anno 2005, De Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeudigen (NPM-2005). Leiden: Casimir Publishers; 2007. Internet: www.LeidenAttachmentResearchProgram.eu.
- 19 Verdurmen J, ten Have M, de Graaf R, van Dorsselaer S, van 't Land H, Vollebergh W. Psychische gevolgen van kindermishandeling op volwassen leeftijd. Resultaten van de 'Netherlands mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS). Utrecht: Trimbos-instituut; 2007.
- 20 Price-Robertson R, Bromfield L, Vassallo S. NCPC resource sheet, April 2010. The prevalence of child abuse and neglect. <http://www.aifs.gov.au/nch/pubs/sheets/rs21/rs21.html>
- 21 Lamers-Winkelmann F, Slot NW, Bijl B, Vijlbrief AC. Scholieren over mishandeling. Resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen van het voortgezet onderwijs. Amsterdam/Duivendrecht: Vrije Universiteit, Faculteit der Psychologie en pedagogiek en PI Research; 2007. Internet: www.piresearch.nl.
- 22 Draijer N. Seksueel misbruik bij jonge kinderen: gegevens uit onderzoek. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 1989; 4.
- 23 Römken R. Onder ons gezegd en gezwegen: geweld tegen vrouwen in man-vrouw relaties. Amsterdam: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur; 1989.
- 24 Finkelhor D, Turner H, Omrod R, Hamby SL. Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics* 2009; 124(5): 1411-1423.
- 25 Administration on Children Youth and Families. *Child Maltreatment 2008*. Washington D.C., U.S.A.
- 26 May-Chahal C, Cawson P. Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 2005; 29(9): 969-984.
- 27 Schönbucher V, Maier T, Held L, Mohler-Kuo M, Schnyder U, Landolf M. Prevalence of child sexual abuse in Switzerland: a systematic review. *Swiss Med Wkly* 2011; 140: E1-E8.
- 28 Unicef. A league table of child maltreatment deaths in rich nations. Florence: Unicef Innocenti Research Centre; 2003: 5.
- 29 Dossier Kindermishandeling. Nederlands Jeugdinstituut. www.nji.nl.
- 30 Ferwerda H. Met de deur in huis. Omvang, aard, achtergronden en aanpak van huiselijk geweld in 2006 op basis van landelijke politiecijfers. Arnhem/Dordrecht: Advies- en onderzoeksgroep Beke.; 2007.
-

- 31 Bouwmeester-Landweer MBR. Early home visitations in families at risk for child maltreatment. [Proefschrift]. Rotterdam: 2006.
- 32 Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E, Hira Sing RA, Verloove-Vanhorick SP. Infant crying and abuse. *Lancet* 2004; 364(9442): 1340-1342.
- 33 Leerdam van FJM, Kooijman K, Öry F, Landweer M. Systematische review naar effectieve interventies ter preventie van kindermishandeling. TNO Preventie en Gezondheid en Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn; 2003.
- 34 Klein Velderman M, Pannebakker FD. Primaire preventie van kindermishandeling: Bekende, gebaande en gewenste paden. Leiden: ZonMw; 2008: KvL/P&Z/2008.097.
- 35 Berge ten I, Bruggemann M, Vinke A. Op weg naar een goed hulpaanbod voor mishandelde kinderen en hun ouders. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn NIZW Jeugd 2003.
- 36 Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev* 2000; 71(3): 543-562.
- 37 Walsh WA, Dawson J, Mattingly MJ. How are we measuring resilience following childhood maltreatment? Is the research adequate and consistent? What is the impact on research, practice, and policy? *Trauma Violence Abuse* 2010; 11(1): 27-41.
- 38 Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1094: 1-12.
- 39 Rutter M. Resilience, competence and coping. *Child Abuse Negl* 2007; 31(3): 205-209.
- 40 Masten AS, Obradovic J. Competence and resilience in development. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1094: 13-27.
- 41 Jaffee SR, Caspi A, Moffitt TE, Polo-Tomas M, Taylor A. Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: a cumulative stressors model. *Child Abuse Negl* 2007; 31(3): 231-253.
- 42 Collishaw S, Pickles A, Messer J, Rutter M, Shearer C, Maughan B. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse Negl* 2007; 31(3): 211-229.
- 43 Dumont KA, Widom CS, Czaja SJ. Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: the role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse Negl* 2007; 31(3): 255-274.
- 44 Banyard VL, Williams LM. Women's voices on recovery: a multi-method study of the complexity of recovery from child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2007; 31(3): 275-290.
- 45 Powers A, Ressler KJ, Bradley RG. The protective role of friendship on the effects of childhood abuse and depression. *Depress Anxiety* 2009; 26(1): 46-53.
- 46 Draijer PJ. Seksuele traumatisering in de jeugd. Lange termijn gevolgen van sekuseel misbruik van meisjes door verwanten. [Proefschrift]. Amsterdam: SUA; 1990.
- 47 Ellis BJ, Boyce WT, Belsky J, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Differential susceptibility to the environment: an evolutionary-neurodevelopmental theory. *Developm Psychopathol* 2011; 23(1): 7-28.
-

- 48 Asendorpf JB, Van Aken MAG. Resilient, overcontrolled, and undercontrolled personality prototypes
in childhood: replicability, predictive power, and the trait-type issue. *J Personality Soc Disord* 1999;
77(4): 815-832.
- 49 Dennissen JJA, Asendorpf JB, Van Aken MAG. Childhood personality predicts long-term trajectories
of shyness and aggressiveness in the context of demographic transitions in emerging adulthood. *J*
Personality 2008; 76(1): 67-99.
- 50 Van Aken MAG, Semon Dubas J. Personality type, social relationships and problem behaviour in
adolescence. *Eur J Develp Psychol* 2004; 1(4): 331-348.
- 51 Van Aken MAG, Hutteman R, Denissen JJA. Personality traits in adolescence. In: Brown B, Prinstein
M, editors. *Encyclopedia of Adolescence*. Elsevier MRW Production Department; 2011.
- 52 Clark LA. Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *J Abnormal*
Psychol 2005; 114(4): 505-521.
- 53 Glaser D. Child abuse and neglect and the brain: a review. *J Child Psychol Psychiatr* 2000; 41(1):
97-116.
- 54 Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP, Kim DM. The neurobiological
consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosc Behav Rev* 2003; 27: 33-44.
- 55 McCrory E, De Brito SA, Viding E. Research review: the neurobiology and genetics of maltreatment
and adversity. *J Child Psychol Psychiatr* 2010; 51(10): 1079-1095.
- 56 De Bellis MD, Baum AS, Birmaher B, Keshavan MS, Eccard CH, Boring AM e.a. Developmental
Traumatology. Part I: Biological stress systems. *Biol Psychiatry* 1999; 15(45): 1259-1270.
- 57 De Bellis MD, Keshavan MS, Clark DB, Casey BJ, Giedd JN, Boring AM e.a. Developmental
traumatology. Part II: Brain development. *Biol Psychiatry* 1999; 15(45): 1271-1284.
- 58 Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW e.a. Role of genotype in the cycle of
violence in maltreated children. *Science* 2002; 297(5582): 851-854.
- 59 Caspi A, Moffitt TE. Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience.
Nat Rev Neurosci 2006; 7(7): 583-590.
- 60 Ellis BJ, Boyce WT. Biological sensitivity to context. *Curr Direct Psychol Sci* 2008; 17: 183-187.
- 61 Bakermans-Kranenbrug MJ, van IJzendoorn MH. Gene-environment interaction of the dopamine D4
receptor (DRD4) and observed maternal insensitivity predicting externalising behavior in
preschoolers. *Developm Psychobiol* 2006; 6(48): 406-409.
- 62 Bakermans-Kranenbrug MJ, van IJzendoorn MH. Research review: genetic vulnerability or
differential susceptibility in child development: The case of attachment. *J Child Psychol Psychiatr*
2007; 48: 1160-1173.
- 63 Van IJzendoorn MH, Caspers K, Bakermans-Kranenburg MJ, Beach SR, Philibert R. Methylation
matters: interaction between methylation density and serotonin transporter genotype predicts
unresolved loss or trauma. *Biol Psychiatry* 2010; 68(5): 405-407.
- 64 Gillespie CF, Phifer J, Bradley B, Ressler KJ. Risk and resilience: genetic and environmental
influences on development of the stress response. *Depress Anxiety* 2009; 26(11): 984-992.
- 65 Verhulst FC, Verheij F, Ferdinand RF. *Kinder- en jeugdpsychiatrie. Psychopathologie*. Assen: 2003.
-

- 66 Goldberg S. Attachment and Development. New York: Oxford University Press; 2000.
- 67 Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses. *Dev Psychopathol* 2010; 22(1): 87-108.
- 68 Cicchetti D, Blender JA. A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience: implications for the developing brain, neural plasticity, and preventive interventions. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1094: 248-258.
- 69 Euser E, van IJzendoorn MH, Cyr C, Brilleslijper S, Bakermans-Kranenburg MJ. Kindermishandeling en Gehechtheid. In: Prins P, Braet C, editors. *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.; 2008: 477-502.
- 70 Nederlands Jeugdinstituut. Dossier hechting en hechtingsproblemen. <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=121345>.
- 71 Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Lapsley AM, Roisman GI. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Dev* 2010; 81(2): 435-456.
- 72 Mraz MA. The physical manifestations of shaken baby syndrome. *J Forensic Nurs* 2009; 5(1): 26-30.
- 73 Centers for Disease Control and Prevention. Traumatic head injury. <http://www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/sbs.html>.
- 74 Over de fysieke veiligheid van het kind. Themastudie: voorvallen van kindermishandeling met fatale of bijna-fatale afloop. Den Haag: 2011.
- 75 Whitaker RC, Phillips SM, Orzol SM, Burdette HL. The association between maltreatment and obesity among preschool children. *Child Abuse Negl* 2007; 31(11-12): 1187-1199.
- 76 Wijga AH, Scholtens S, van Oeffelen AAM, eckers M. Klachten en kwalen bij kinderen in Nederland. Omvang en gevolgen geïnventariseerd. Bilthoven: RIVM; 2010.
- 77 Lamers-Winkelmann F, de Schipper JC, Oosterman M. Children's physical health complaints after exposure to intimate partner violence. 2011; under review.
- 78 Runyon MK, Faust J, Orvaschel H. Differential symptom pattern of post-traumatic stress disorder (PTSD) in maltreated children with and without concurrent depression. *Child Abuse Negl* 2002; 26(1): 39-53.
- 79 Femularo R, Fenton T, Kinscherff R. Child maltreatment and the development of post traumatic stress disorder. *Am J Dis Child* 1993; 147(7): 755-760.
- 80 Scott K, Smith D, Ellis P. Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults. *Arch General Psychiatry* 2010; 67(7): 712-719.
- 81 Holtzer D, Rensen B, Baeten P, Ohlsen P. *De Kleine Gids Signalering Kindermishandeling* 2010. Deventer: Kluwer; 2010.
- 82 Lamers-Winkelmann F, de Schipper JC, Oosterman M. Children's physical health complaints after exposure to intimate partner violence. 2011; under review.
- 83 Wolzak A, ten Berge IJ. *Gevolgen van kindermishandeling*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2008.
-

- 84 Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and
comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(1): 49-56.
- 85 Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V e.a. Relationship of
childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The
Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998; 14(4): 245-258.
- 86 Widom CS, Marmorstein NR, White HR. Childhood victimization and illicit drug use in middle
adulthood. *Psychol Addict Behav* 2006; 20(4): 394-403.
- 87 Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE, Crozier J, Kaplow J. A 12 -year prospective study of
the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral and academic
problems in adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 824-830.
- 88 Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood
maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood
experiences study. *Am J Psychiatry* 2003; 160(8): 1453-1460.
- 89 Colman RA, Widom CS. Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective
study. *Child Abuse Negl* 2004; 28(11): 1133-1151.
- 90 Arseneault L, Cannon M, Fisher H, Polanczyk G, Moffitt TE, Caspi A. Childhood trauma and
children's emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal study. *Am J Psychiatry*
2011; 168: 65-72.
- 91 Kelleher I, Harley M, Lynch F, Arseneault L, Fitzpatrick C, Cannon M. Associations between
childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample. *Br J
Psychiatry* 2008; 193(5): 378-382.
- 92 Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the
physical, emotional and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse Negl* 1996; 20(1):
7-21.
- 93 Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US
National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1997; 27(5): 1101-1119.
- 94 Greif Green J, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM e.a.
Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I.
Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(2): 113-123.
- 95 McLaughlin KA, Greif Green J, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood
adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication II.
Associations with persistence of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(2): 124-132.
- 96 Cohen P, Brown J, Smaile E. Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the
general population. *Dev Psychopathol* 2001; 13(4): 981-999.
- 97 Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child
sexual abuse. *J Psychol* 2001; 135(1): 17-36.
- 98 Read J, Perry BD, Moskowitz A, Connolly J. The contribution of early traumatic events to
schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry* 2001; 64(4):
319-345.
-

- 99 Felitti VJ, Anda RF. The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare. In: Lanius RA, Vermetten E, Pain C, editors. *The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010: 77-86.
- 100 Kaiser Permanente, Centers for Disease Control and Prevention. The adverse childhood experiences (ACE) study. <http://www.acestudy.org/>.
- 101 Noll JG, Zeller MH, Trickett PK, Putnam FW. Obesity risk for female victims of childhood sexual abuse: a prospective study. *Pediatrics* 2007; 120(1): e61-e67.
- 102 Irish L, Kobayashi I, Delahanty DL. Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse: a meta-analytic review. *J Pediatr Psychol* 2010; 35(5): 450-461.
- 103 Vamossi M, Heitmann BL, Kyvik KO. The relation between an adverse psychological and social environment in childhood and the development of adult obesity: a systematic literature review. *Obes Rev* 2010; 11(3): 177-184.
- 104 Hovens JG, Wiersma JE, Giltay EJ, van Oppen P, Penninx BW, Zitman FG. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122(1): 66-74.
- 105 Clark C, Caldwell T, Power C, Stansfeld SA. Does the influence of childhood adversity on psychopathology persist across the lifecourse? A 45-year prospective epidemiologic study. *Ann Epidemiol* 2010; 20(5): 385-394.
- 106 Kuiper RM, Dusseldorp E, Vogels AGC. A first hypothetical estimate of the Dutch burden of disease with respect to negative experiences during childhood. TNO Quality of Life; 2010.
- 107 Tuithof M, ten Have M, van Dorsselaer S, de Graaf R. ADHD, gedragsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis. *Vóórkomen en gevolgen in de algemene bevolking: resultaten van NEMESIS-2*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
- 108 Briere J. Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60(2): 196-203.
- 109 Carlin AS, Kemper K, Ward NG, Sowell H, Gustafson B, Stevens N. The effect of differences in objective and subjective definitions of childhood physical abuse on estimates of its incidence and relationship to psychopathology. *Child Abuse Negl* 1994; 18(5): 393-399.
- 110 Shaffer A, Huston L, Egeland B. Identification of child maltreatment using prospective and self-report methodologies: a comparison of maltreatment incidence and relation to later psychopathology. *Child Abuse Negl* 2008; 32(7): 682-692.
- 111 Carpenter GL, Stacks AM. Developmental effects of intimate partner violence in early childhood: a review of the literature. *Children Youth Serv Rev* 2009; 31: 831-839.
- 112 Meltzer H, Doos L, Vostanis P, Ford T, Goodman R. The mental health of children who witness domestic violence. *Child Fam Social Work* 2009; 14: 491-501.
- 113 Lobbstael J, Arntz A, Bernstein DP. Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *J Pers Disord* 2010; 24(3): 285-295.
-

- 114 Lewis CC, Simons AD, Nguyen LJ, Murakami JL, Reid MW, Silva SG e.a. Impact of childhood trauma on treatment outcome in the treatment of adolescents with depression study (TADS). *J Americ Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49(2): 132-140.
- 115 Berger LM, Waldfogel J. Economic determinants and consequences of child maltreatment. *OECD Social Employment and Migration Working Papers*. Paris: OECD Publishing; 2011: 111.
- 116 Ten Berge IJ, Bakker A. *Veilig thuis?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2005.
- 117 Ten Berge IJ, Eijgenraam K. *Licht instrument risicotaxatie kindermishandeling (LIRIK)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2009.
- 118 PI Research, Van Montfoort. *Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij: De nieuwe methode voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling*. Duivendrecht/Woerden: PI Research/Van Montfoort; 2009.
- 119 Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. 3rd Edition. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- 120 Fayers PM, Machin D. *Quality of Life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. 2nd edition. Chichester: Wiley; 2007.
- 121 De Ruiter C, de Jong EM. *CARE-NL Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Utrecht: Corine de Ruiter. Utrecht: Corine de Ruiter; 2005.
- 122 Ten Berge IJ. *Instrumenten voor risicotaxatie in situaties van (vermoedelijke) kindermishandeling*. Notitie op verzoek van de MOgroep jeugdzorg. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2008.
- 123 Wagenaar-Fischer MM, Heerdink-Obenhuijsen N, Kamphuis M, de Wilde J. *JGZ-richtlijn Secundaire preventie kindermishandeling. Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling*. Bilthoven: RIVM Centrum Jeugdgezondheid; 2010: 295001012/2010.
- 124 Verhulst FC, Verheij F. *Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Onderzoek en diagnostiek*. 4e druk. Assen: Van Gorcum; 2009.
- 125 Beer R, Lindauer R, Boer F. *Diagnostiek traumagerelateerde problematiek*. Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/Professionals/Themas/trauma_en_kindermishandeling/diagnostiek.
- 126 Landelijk Centrum Vroegkinderlijke Traumatisering. *Richtlijnen voor instroom, diagnostiek, indicatiestelling en evaluatiediagnostiek (effectmeting) voor kinderen en jeugdigen met psychopathologie ten gevolge van vroegkinderlijke chronische traumatisering*. Utrecht: LCVT; 2011.
- 127 Briere J. *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) Professional Manual*. Psychological Assessment Resources. Odessa, FL: John Briere; 1996.
- 128 Briere J, Johnson K, Bissada A, Damon L, Crouch J, Gil E e.a. The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse Negl* 2001; 25: 1001-1014.
- 129 Briere J. John Briere, PhD. Published tests. http://www.johnbriere.com/psych_tests.htm.
- 130 Van der Kolk B, Pynoos RS, Cicchetti D, Cloitre M, D'Andrea W, Ford JD e.a. *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V*. 2009.
-

- 131 Aarsen RSR, Bilo RAC, Driessen MNBM, Bosschaart AN, van Zeben-van der Aa DM. Werkboek kindermishandeling. Amsterdam: Sectie Sociale en Psychosociale Kindergeneeskunde van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. VU Uitgeverij.; 2000.
- 132 Turnell A, Edwards S. Signs of safety: a solution and safety oriented approach to child protection casework. New York: Norton; 1999.
- 133 Turnell A, Edwards S. Signs of Safety. <http://www.signsofsafety.net/home>.
- 134 Chadwick Center, editor: San Diego International Conference on Child and Family Maltreatment. Kolko D. Clarification with physically abusive families in alternatives for families-a cognitive-behavioral therapy (AF-CBT): re-focusing on the future. 25-1-2011.
- 135 Chadwick Center, editor: San Diego International Conference on Child and Family Maltreatment. Ralston ME. Expanding the child advocacy center (CAC) multi-disciplinary team (MTD) by integrating evidence-supported mental health interventions into CAC service delivery. Sponsored by National Children's Alliance and the Regional Child Advocacy Centers (NCA). 23-1-2011.
- 136 Berger MA, Berge ten IJ, Geurts E. Samenhangende hulp: Interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders. NIWZ Jeugd Expertisecentrum Kindermishandeling 2004.
- 137 Blaustein ME, Kinniburgh KM. Treating traumatic stress in children and adolescents. How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency. New York: The Guilford Press; 2010.
- 138 Kinniburgh KM, Blaustein ME, Spinazzola J, van der Kolk BA. Attachment, self-regulation and competency. *Psychiatric Annals* 2005; Special Issue on Child Complex Trauma: 424-430.
- 139 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; 2010.
- 140 Macdonald GM, Higgins JP, Ramchandani P. Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 18(4): CD001930.
- 141 Stallard P. Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: a review of randomised controlled trials. *Clin Psychol Rev* 2006; 26: 895-911.
- 142 Cohen JA, Mannarino AP, Iyengar S. Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011; 165(1): 16-21.
- 143 Scheeringa MS, Weems CF, Cohen JA, Amaya-Jackson L, Guthrie D. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three through six year-old children: a randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatr* 2010; Dec 14(doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02354.x. [Epub ahead of print]).
- 144 Deblinger E, Mannarino AP, Cohen JA, Runyon MK, Steer RA. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depress Anxiety* 2011; 28(1): 67-75.
- 145 Jaycox LH, Cohen JA, Mannarino AP, Walker DW, Langley AK, Gegenheimer KL e.a. Children's mental health care following hurricane Katrina: a field trial of trauma-focused psychotherapies. *J Traumatic Stress* 2010; 23(2): 223-231.
-

- 146 Silverman WK, Ortiz CD, Viswesvaran C. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008; 37(1): 156-183.
- 147 Rodenburg R, Benjamin A, de Roos C, Meijer AM, Stams GJ. Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2009; 29: 599-606.
- 148 Reeker J, Ensing D, Elliott R. A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children. *Child Abuse Negl* 1997; 21(7): 669-680.
- 149 Hetrick SE, Purcell R, Garner B, Parslow R. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(7): CD007316.
- 150 Cohen JA, Mannarino AP, Perel JM, Staron V. A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(7): 811-819.
- 151 Lutzker JR. Project 12-ways: treating child abuse and neglect from an ecobehavioral perspective. In: Dangel RF, Polster RA, editors. *Parent training: foundations of research and practice* (pp. 260-297). New York: Guilford. New York: Guilford; 1984: 260-297.
- 152 Lutzker JR, Bigelow KM. *Reducing child maltreatment: a guidebook for parent services*. New York: Guilford; 2002.
- 153 Lieberman AF, van Horn P, Ghosh Ippen C. Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44(12): 1241-1248.
- 154 Lieberman AF, Ghosh Ippen C, van Horn P. Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45(8): 913-918.
- 155 Bonner BL, Walker CE, Berliner L. *Treatment manual for cognitive-behavioral treatment for parents/caregivers of children with sexual behavior problems*. Washington: National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information; 1999.
- 156 Winokur M, Holtan A, Valentine D. Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from home for maltreatment. *Campbell Syst Rev* 2009;(1): DOI:10.4073/csr.2009.1.
- 157 Shapiro F, Vogelmann-Sine S, Sine LF. Eye movement desensitization and reprocessing: treating trauma and substance abuse. *J Psychoactive Drugs* 1994; 26(4): 379-391.
- 158 Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): evaluation of controlled PTSD research. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1996; 27(3): 209-218.
- 159 Shapiro F. *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford; 1995.
- 160 Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten. Met de methode traumagerichte cognitieve gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2008.
- 161 Gezondheidsraad. *Autismespectrumstoornissen: een leven lang anders*. Den Haag: Gezondheidsraad; 2009: 2009/09.
- 162 Raad voor Gezondheidsonderzoek. *Kind en ziekte: onderzoek voor gezondheid*. Den Haag: Gezondheidsraad; 2010: RGO, nr. 62.
-

- 163 Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B, Valle LA, Brestan EV, Balachova T e.a. Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72(3): 500-510.
- 164 Nixon RD, Sweeney L, Erickson DB, Touyz SW. Parent-child interaction therapy: one- and two-year follow-up of standard and abbreviated treatments for oppositional preschoolers. *J Abnorm Child Psychol* 2004; 32(3): 263-271.
- 165 Nixon RD, Sweeney L, Erickson DB, Touyz SW. Parent-child interaction therapy: a comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional defiant preschoolers. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(2): 251-260.
- 166 Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, Stewart-Brown S. Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(3): CD005463.
- 167 Lamers - Winkelman F, Bicanic I. Een werkboek voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt (Horizon Reeks, 1A). Utrecht: SWP; 2000.
- 168 Lamers - Winkelman F. Een werkboek voor ouders van seksueel misbruikte kinderen (Horizon Reeks, 2A). Utrecht: SWP; 2000.
- 169 Lamers - Winkelman F. Therapeutenhandleiding bij een werkboek voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt (Horizon Reeks, 1B). Utrecht: SWP; 2000.
- 170 Lamers - Winkelman F. Therapeutenhandleiding bij een werkboek voor ouders van seksueel misbruikte kinderen (Horizon Reeks, 2B). Utrecht: SWP; 2000.
- 171 Mutsaers K. Wat werkt bij de aanpak van kindermishandeling? Nederlands Jeugdinstituut 2008.
- 172 Patterson GR, Forgatch MS, Degarmo DS. Cascading effects following PMTO intervention. *Dev Psychopathol* 2010; 22(4): 949-970.
- 173 Triple P. Triple P. Positive Parenting Program. <http://www19.triplep.net/?pid=29>.
- 174 FFT Nederland. Functional Family Therapy. <http://www.fft-nederland.nl/>.
- 175 Swenson CC, Schaeffer CM, Henggeler SW, Faldowski R, Mayhew AM. Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: a randomized effectiveness trial. *J Fam Psychol* 2010; 24(4): 497-507.
- 176 De Viersprong. Multi systeem therapie child abuse and neglect. <http://www.devierversprong.nl/jeugd-mstcan.html>.
- 177 Nederlands Jeugdinstituut. Databank effectieve jeugdinterventies. <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=103055>.
- 178 Nederlands Jeugdinstituut / Jeugdzorg & Opvoedhulp. VoorZorg. Verpleegkundige ondersteuning bij zwangerschap en geboorte. <http://www.voorzorg.info/smartsite.dws?id=1696>.
- 179 UMC St.Radboud N. MeMoSa - Mentor Moeders voor Steun en Advies. <http://www.umcn.nl/Research/Departments/medischevrouwenstudies/Pages/Memosasa.aspx>.
- 180 Lo Fo Wong S. Memosa Nijmegen Mentormoeders voor Steun en Advies - Implementatieproject. Nijmegen: ZonMw - Zorg voor Jeugd projectaanvraag; 2011.
- 181 Lambregtse - van den Berg MP. De ouder-kind polikliniek psychiatrie. Leiden: Boerhaave Symposium; 2008.
-

- 182 LKPZ. Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap. <http://www.lkpz.nl/>.
- 183 Akerboom BMC, Hengst D, van Maurik M. Zorg voor kwetsbare zwangeren / jonge ouders. Samenwerkingsafspraken regio Dordrecht e.o. Dordrecht: 2011.
- 184 Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Den Haag: Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte; 2009.
- 185 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Afdeling spoedeisende hulp van ziekenhuizen signaleert kindermishandeling nog onvoldoende: gebroken arm nog te vaak een ongelukje. Den Haag: IGZ; 2008.
- 186 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Melden kindermishandeling door SEH afdelingen. Den Haag: IGZ; 2010.
- 187 Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. <http://www.nvk.nl/>.
- 188 Kooijman K, Baat de M, Linden van der P. Regionale aanpak kindermishandeling (vierde voortgangsrapportage). Utrecht: NJi; 2010.
- 189 Gersons BPR, Kleber RJ, de Pater C. Psychotraumaonderzoek in Nederland: archipel met kansen. Diemen: Arq - Psychotrauma Expert Groep; 2010.
- 190 ZonMw, Stichting Arq. Signalement Zicht op Psychotrauma. Den Haag: ZonMw; 2009.
- 191 Ebert L, Amaya-Jackson L, Markiewicz J, Burroughs J. The NCCTS Learning Collaborative Model for the Adoption & Implementation of Evidence-Based Mental Health Treatment: NCCTS. Guidelines for Conducting a Learning Collaborative. Los Angeles, CA and Durham, NC: National Center for Child Traumatic Stress and Duke University Evidence-Based Practice Implementation Center.; 2008.
- 192 MUSC, Dee Norton Lowcountry Children's Center. Project BEST - Bringing Evidence Supporte Treatments to South Carolina Children and Families. <http://academicdepartments.musc.edu/projectbest/index.htm>.
- 193 National Child Traumatic Stress Network. NCTSN Learning Collaboratives. <http://www.nctsn.org/resources/training-and-education/nctsn-learning-collaboratives>.
- 194 Convenant intersectorale aanpak kindermishandeling Gelderland. 2011.
- 195 Fier Fryslân. Multidisciplinair Centrum Kindermishandeling. Leeuwarden: Fier Fryslân; 2011. Internet: <http://www.fierfryslan.nl/Kindermishandeling-1.ashx>.
- 196 Strategic Business Partner. Businessplan Centrum Kindermishandeling Twente - Een initiatief van het Advies en Meldpunt Kindermishandeling Overijssel, Bureau Jeugdzorg Overijssel, Jeugdzorg Perspectief, Mediant, Medisch Spectrum Twente en Politie Twente. Enschede: Strategic Business Partner; 2000.
- 197 Lamers-Winkelmann F, van Bavel J. Academische werkplaats Kindermishandeling: onderzoek, kennisontwikkeling en implementatie. Amsterdam/Haarlem: ZonMw Academische Werkplaatsen Jeugd - projectaanvraag; 2010.
- 198 Academische Werkplaats Kindermishandeling, Fier Fryslân. Landelijk Opleidingscentrum Aanpak Kindermishandeling (LOAK). Haarlem/Amsterdam/Leeuwarden: 2011.
-

- 199 Van Bavel J, van Dijke A. Projectplan Landelijk Opleidingscentrum Aanpak Kindermishandeling (LOAK). Haarlem/Leeuwarden: KJTC Haarlem/Fier Fryslân; 2011.
- 200 Gezondheidsraad. Omstreden herinneringen. Den Haag: Gezondheidsraad; 2004: 2004/02.
- 201 Lobbestael J, Arntz A, Harkema-Schouten P, Bernstein DP. Development and psychometric evaluation of a new assessment method for childhood maltreatment experiences: The interview for traumatic events in childhood (ITEC). *Child Abuse Negl* 2009; 33: 505-517.
- 202 Landelijk Centrum Vroegkinderlijke Traumatisering. Richtlijnen voor Instroom, Diagnostiek, Indicatiestelling en Evaluatiediagnostiek (effectmeting) voor volwassenen met psychopathologie ten gevolge van vroegkinderlijke chronische traumatisering. Utrecht: LCVT; 2008.
- 203 Draijer N. Gestructureerd Trauma Interview. (Structured Trauma Interview: STI). Amsterdam: Afdeling Psychiatrie, Vrije Universiteit; 1989.
- 204 Weathers FW, Keane TM, Davidson JR. Clinician-administered PTSD scale: a review of the first ten years of research. Weathers FW, Keane TM, Davidson JR. *Depress Anxiety* 2001; 13(3): 132-156.
- 205 Pelcovitz D, van der Kolk B, Roth S, Mandel F, Kaplan S, Resick P. Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *J Trauma Stress* 1997; 10(1): 3-16.
- 206 Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(8): 624-629.
- 207 Draijer N. Diagnostiek en indicatiestelling bij (een vermoeden van) seksueel misbruik in de voorgeschiedenis. State of the art. In: Nicolai N, editor. *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik*. Utrecht: De Tijdstroom; 2003: 21-45.
- 208 Draijer N, Langeland W. Trauma, hechting en verwaarlozing. Een tweedimensionaal model voor diagnostiek en indicatiestelling bij vroegkinderlijke traumatisering. *Cogiscope* 2009; 4: 31-38.
- 209 Draijer N, Langeland W, Boon S. Klinische diagnostiek van complexe traumatische stress gerelateerde stoornissen. In: Vermetten E, Kleber RJ, van der Hart O, editors. *Handboek posttraumatische stressstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom; 2011.
- 210 Trimbos-instituut. Kinderen van Ouders met Psychische Problemen. <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/preventie/kopp-kvo>.
- 211 Berg van den MP. Parental psychopathology and the early developing child, The Generation R Study [Proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2006.
- 212 Ponniah K, Hollon SD. Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a review. *Depress Anxiety* 2009; 26(12): 1086-1109.
- 213 Cloitre M. Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. *CNS Spectr* 2010; 14(1 (Suppl. 1)): 32-43.
- 214 Bisson JJ, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 97-104.
- 215 van Minnen A, Arntz A, Keijsers GJ. Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: predictors of treatment outcome and dropout. *Behav Res Ther* 2002; 40: 439-457.
-

- 216 Bisson JI, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3): CD003388.
- 217 Taylor JE, Harvey ST. A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clin Psychol Rev* 2010; 30(6): 749-767.
- 218 Wöller W. Psychotherapeutic treatment concepts of personality disorders in patients with childhood traumatization. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2008; 76(9): 530-539.
- 219 Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009; 40(2): 317-328.
- 220 Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T e.a. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63(6): 649-658.
- 221 Nordahl HM, Nysaeter TE. Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2005; 36(3): 254-264.
- 222 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn ontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008: AF0806.
- 223 Ehring T, Welboren R, Morina N, Wicherts J, Emmelkamp PMG. A meta-analysis of treatments for PTSD in adult survivors of chronic childhood trauma. submitted 2011.
- 224 Brand B, Classen C, Lamins R, Loewenstein R, McNary S, Putnam FW. A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. *Psychol Taruma: Theory Res Pract Policy* 2009; 1(2): 153-171.
- 225 Dorrepaal E, Thomaes K, Draijer N. Stabilisatiecursus als antwoord op complexe posttraumatische stressstoornis. Diagnostiek, behandeling en onderzoek bij vroeggetraumatiseerde vrouwen met een complexe posttraumatische stressstoornis. *Tijdschr Psychiatrie* 2006; 48(3): 217-222.
- 226 Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH, van Balkom AJ, van Dyck R, Veltman DJ e.a. Stabilizing group treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: a pilot study. *Child Abuse Negl* 2010; 34(4): 284-288.
- 227 Courtois CA, Ford JD Eds. *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide.* The Guilford Press, New York, 2009.
- 228 Draijer N, Langeland W, Boon S. Behandeling van complexe stress-gerelateerde stoornissen na vroegkinderlijke traumatisering (complexe PTSS, borderline persoonlijkheids- en dissociatieve persoonlijkheidsstoornissen). In: Vermetten E, Kleber RJ, van der Hart O, editors. *Handboek posttraumatische stressstoornissen.* Utrecht: De Tijdstroom; 2011.
- 229 Cloitre M, Stovall-McClough KC, Noonan K, Zorbas P, Cherry S, Jackson CL e.a. Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2010; 167(8): 915-924.
-

- 230 Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, van der Kolk B, Pynoos RS, Wang J e.a. A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress* 2009; 22(5): 399-408.
- 231 International Society for the Study of Dissociation. Guidelines for treating Dissociative Identity Disorder in adults. *J Trauma Dissoc* 2005; 6(4): 69-149.
- 232 Hermens M, van Splunteren P, van de Bosch A, Verheul R. How well implemented is the clinical guideline on borderline personality disorders in mental health care? Results from a gap study in the Netherlands. submitted 2011.
- 233 Van Splunteren P, Hermens M. Van kennis naar actie. Toepassing van richtlijnen in de GGz. *Tijdschr Gedragstherapie* 2011;(November 2011).
- 234 Chadwick Center for Children and Families. Assessment-based treatment for traumatized children: A Trauma Assessment Pathway (TAP). San Diego, CA, 2009.
- 235 Van de Merwe M.H. Kindermishandeling vraagt om hulp. Verslag zorgvernieuwing 2008-2010. Stichting Maasstad Ziekenhuis. Rotterdam, 2011.

-
- A De adviesaanvraag
 - B De commissie
 - C Verantwoording werkwijze
 - D Geraadpleegde deskundigen
 - E Lijst met afkortingen

Bijlagen

De adviesaanvraag

Op 18 februari 2010 ontving de voorzitter van de Gezondheidsraad het verzoek van de minister van Jeugd en Gezin om advies over kindermishandeling. De minister schreef (brief JZ/LJ-2983817):

Jaarlijks worden naar schatting ruim 107.000 kinderen in Nederland verwaarloosd of mishandeld*. Een deel van deze kinderen raakt ernstig psychisch beschadigd door de soms jarenlange traumatisering. De Wet op de Jeugdzorg** definieert kindermishandeling als “elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel”*** Kindermishandeling betreft zowel fysiek en seksueel geweld als fysieke en emotionele verwaarlozing.

Kindermishandeling ondermijnt bij het kind het vertrouwen in anderen en in zichzelf. Mishandeling van het kind door een ouder is in het bijzonder schadelijk, vanwege de speciale band tussen ouder en kind. Als dat vertrouwen door mishandeling wordt geschaad zijn de negatieve gevolgen enorm.

* Van IJzendoorn, M.H. e.a. (2007) Kindermishandeling in Nederland Anno 2005, De Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2005).

** Artikel 1, sub p.

*** Staatsblad 2004/306.

Uit de NEMESIS studie is gebleken dat in Nederland emotionele verwaarlozing het vaakst voorkomt (23% van de algemene bevolking), gevolgd door psychische mishandeling (12%), lichamelijke mishandeling (7%) en seksueel misbruik (7%). Kindermishandeling komt vaker voor bij meisjes dan bij jongens; dit geldt in het bijzonder voor seksueel misbruik.*

De gevolgen van kindermishandeling zijn zeer divers. Het gaat om uiteenlopende soorten fysiek letsel en problemen op psychisch vlak. Kindermishandeling kan onder andere leiden tot acuut trauma, een posttraumatische stressstoornis, angststoornissen en depressie.

Deels zijn de gevolgen van mishandeling bij het kind direct merkbaar, maar regelmatig blijkt de schade pas later, bijvoorbeeld als het kind volwassen is. Mensen die in hun kindertijd zijn mishandeld hebben een verhoogde kans op (langdurige) psychische problemen en stoornissen op volwassen leeftijd, zoals stemmings- of angststoornissen en verslavingsproblemen. Daarnaast is er een grotere kans op maatschappelijke uitval in de vorm van arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of delinquent gedrag.

In 2007 heb ik met het in gang zetten van het Actieplan Aanpak Kindermishandeling “Kinderen veilig thuis” sterk ingezet op het verbeteren van de signalering, melding en preventie van kindermishandeling. Het is mijn wens dat dit actieplan uiterlijk in 2011 volledig is uitgevoerd.

Inzetten op preventie is nodig en effectief. De signalering en melding van kindermishandeling zijn de afgelopen tijd verbeterd. Maar het is op dit moment onvoldoende duidelijk wat de precieze zorgbehoefte is van slachtoffers van kindermishandeling en of het huidige aanbod volstaat.

Daarom wil ik, mede op verzoek van de Tweede Kamer, de Gezondheidsraad de volgende vragen voorleggen:

- 1 Is er duidelijkheid over welke fysieke en psychische stoornissen kunnen ontstaan als gevolg van kindermishandeling?
- 2 Wat is de behoefte aan psychiatrische en traumazorg van de slachtoffers van kindermishandeling? Is die behoefte vooral klinisch of sociaal-maatschappelijk van aard?
- 3 Welke bewezen effectieve interventies op het gebied van behandeling zijn op dit moment beschikbaar, zowel op klinisch als sociaal-maatschappelijk vlak?
- 4 Welke wetenschappelijke lacunes zijn er op het gebied van behandeling?
- 5 Zijn de benodigde interventies over het hele land en voor alle slachtoffers (kinderen en volwassenen) beschikbaar en toegankelijk?

* Psychische gevolgen van kindermishandeling op volwassen leeftijd. Resultaten van de “Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) J. Verdurmen e.a. Trimbos Instituut, Utrecht. 2007.

6 Zo niet, kunt u dan aanbevelingen doen voor het verbeteren van de beschikbaarheid en toegankelijkheid?

Ik vraag u bij de beantwoording van de vragen uit te gaan van alle vormen van kindermishandeling zoals die in de Wet op de Jeugdzorg staan gedefinieerd. Tevens verzoek ik u de vragen te beantwoorden voor zowel mishandelde kinderen als voor volwassenen die in hun jeugd zijn mishandeld en daar nu nog de gevolgen van ondervinden.

Indien mogelijk, zie ik uw advies graag in het voorjaar van 2011 tegemoet.

Hoogachtend,
de Minister voor Jeugd en Gezin,
(w.g.)
mr. A. Rouvoet

De commissie

-
- prof. dr. E. Schadé, *voorzitter*
hoogleraar huisartsgeneeskunde, Academisch Medisch Centrum Amsterdam
 - prof. dr. M.A.G. van Aken
hoogleraar ontwikkelingspsychologie, Universiteit Utrecht
 - prof. dr. A.R. Arntz
hoogleraar klinische psychologie, Universiteit Maastricht
 - dr. I.J. ten Berge
senior medewerker jeugdzorg en opvoedhulp, Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht
 - dr. P.J. Draijer
universitair hoofddocent, afdeling psychiatrie, Vrije Universiteit medisch centrum, Amsterdam
 - prof. dr. F. Lamers-Winkelman
emeritus hoogleraar preventie en hulpverlening inzake kindermishandeling, Vrije Universiteit, Amsterdam
 - dr. R.J.L. Lindauer
kinder- en jeugdpsychiater/filosoof, afdelingshoofd Kinder- en Jeugdpsychiatrie Academisch Medisch Centrum en inhoudelijk divisiedirecteur O4, de Bascule, Amsterdam
 - dr. S. Lo Fo Wong
huisarts, UMC St. Radboud, Nijmegen / Rotterdam
-

- drs. M.H. van de Merwe
vertrouwensarts, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam
- prof. dr. S.A. Reijneveld
hoogleraar sociale geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen
- drs. A.C. van der Tuin
senior beleidsmedewerker aanpak kindermishandeling, Directie Jeugd,
ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, *waarnemer*
- dr. ir. V.W.T. Ruiz van Haperen, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag

De Gezondheidsraad en belangen

Leden van Gezondheidsraadcommissies worden benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise inzake de te behandelen adviesvraag. Zij kunnen echter, dikwijls juist vanwege die expertise, ook belangen hebben. Dat behoeft op zich geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van een Gezondheidsraadcommissie. Openheid over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en de overige leden van de commissie, als naar de voorzitter van de Gezondheidsraad. Bij de uitnodiging om tot de commissie toe te treden wordt daarom aan commissieleden gevraagd door middel van het invullen van een formulier inzicht te geven in de functies die zij bekleeden, en andere materiële en niet-materiële belangen die relevant kunnen zijn voor het werk van de commissie. Het is aan de voorzitter van de raad te oordelen of gemelde belangen reden zijn iemand niet te benoemen. Soms zal een adviseur-schap het dan mogelijk maken van de expertise van de betrokken deskundige gebruik te maken. Tijdens de installatievergadering vindt een bespreking plaats van de verklaringen die zijn verstrekt, opdat alle commissieleden van elkaars eventuele belangen op de hoogte zijn.

Verantwoording werkwijze

Periode van zoeken

De selectie van grijze literatuur vond doorlopend plaats, tussen maart 2010 en mei 2011.

De systematische literatuursearch naar systematische reviews en grote studies omvatte alle literatuur in de genoemde databases t/m maart 2011. Op onderdelen is de literatuur aangevuld met artikelen uit de periode maart – mei 2011.

Databases

- PubMed/Medline
- Cochrane Database of Systematic Reviews
- PsychLit
- National Guideline Clearinghouse
- Guidelines Finder

Filters zoekstrategie: kindermishandeling en systematic review

Kindermishandeling:

Zoekterm: ((child abuse) OR (child maltreatment))

(Zoeken op afzonderlijke vormen van kindermishandeling en vervolgens de gevonden literatuur bij elkaar voegen leverde niet meer literatuur op dan het zoeken op de algemene termen child abuse en child maltreatment.)

Systematic review:

(Bron: University of Rochester): Filter: (((((((((((("Meta-Analysis"[MeSH Terms] OR meta-analysis[pt]) OR medline[tiab]) OR (((metaanalyses[tiab] OR metaanalysis[tiab]) OR metaanalytic[tiab]) OR metaanalytical[tiab]) OR metaanalytically [tiab])) OR "meta analysis"[All Fields]) OR (((overview[tiab] OR overview/literature[tiab]) OR overviewed[tiab]) OR overviewer[tiab]) OR over-viewing[tiab]) OR overviews[tiab])) OR clinical trial[pt]) OR multicenter study[pt]) OR evaluation studies[pt]) OR validation studies [pt]) OR review[pt]) OR (systematic review[All Fields] OR systematic reviews[All Fields]))

Mate van bewijskracht van de literatuur (hoofdstuk 4 en 5 assessment en behandeling)

	Voor artikelen betreffende: interventie (preventie of therapie) (typen bewijsmateriaal)
A1	Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en van voldoende omvang
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook cohort onderzoek, case-control onderzoek)
C	Niet-vergelijkend onderzoek
D	Mening van deskundigen, zoals de commissie

Bron: CBO: Levels of Evidencence (http://www.cbo.nl/Downloads/632/bijlage_A.pdf).

Formuleren van conclusies uit de literatuur

Aan de hand van het beschikbare bewijs werden vervolgens conclusies geformuleerd met een aanduiding van niveau van bewijskracht, volgens onderstaande indeling:

Mate van bewijskracht van de conclusies

Niveau 1	Gebaseerd op één systematische review (A1) of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde, onderzoeken van niveau A2
Niveau 2	Gebaseerd op één onderzoek van niveau A2 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde, onderzoeken van niveau B
Niveau 3	Gebaseerd op één onderzoek van niveau B of C
Niveau 4	Gebaseerd op de mening van deskundigen, bijvoorbeeld de commissie

NB: Een conclusie is zo sterk als de studie met de meeste bewijskracht. Een systematische review (SR) leidt alleen dan tot een conclusie van niveau 1 als deze gebaseerd is op ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde

gerandomiseerde, vergelijkende klinische onderzoeken. Als de beste studie die in een SR wordt besproken van niveau B of C is, kan de conclusie die op basis van de SR wordt getrokken nooit sterker zijn dan niveau 2 of 3. Dit laatste is bij de meeste SR's op het gebied van interventies voor kindermishandeling het geval.

Elektronische referenties

Er is tevens gebruik gemaakt van informatie afkomstig van websites. Op 1 juni 2011 is van alle webverwijzingen geverifieerd dat zij in de vermelde vorm actief waren en de bedoelde informatie bevatten.

Geraadpleegde deskundigen

-
- E. van Amersfoort, Vereniging tegen Seksuele Kindermishandeling, Utrecht
 - drs. J. van Bavel, klinisch psycholoog, manager KJTC Haarlem en projectleider van de Academische Werkplaats Aanpak Kindermishandeling
 - drs. M. Dekker, programmadirecteur, Augeo Foundation, Zeist
 - A. van Dijke, directeur, Fier Fryslân, Leeuwarden
 - dr. A.M. van Dijke, hoofd kennisontwikkeling, Landelijk Centrum voor Vroegkinderlijke chronische Traumatisering, Utrecht / klinisch neuropsycholoog, Delta Psychiatrisch Centrum, Poortugaal
 - dr. M. Donkers, adviseur jeugdbeleid, Marjon Donkers Coaching & Advies, Amsterdam
 - prof. dr. V.J. Felitti, Kaiser Permanente, San Diego, Verenigde Staten
 - dr. I. de Graaf, senior wetenschappelijk medewerker, psychische gezondheid, Trimbos-instituut, Utrecht
 - mr. drs. T. van Haaren-Paulus, Regiocoördinator aanpak kindermishandeling, Programma's / Maatschappelijke opvang, Dienst Wonen, Zorg en Samenleven, Amsterdam
 - M. Hovingh, Vereniging tegen Seksuele Kindermishandeling, Amersfoort
 - prof. dr. M.H. van IJendoorn, Centre for Child and Family Studies, Universiteit Leiden
 - dr. H.P.M. Kreemers, secretaris Commissie Deetman, Den Haag
 - H. Lakho, Stichting Geheim Geweld, Den Haag
-

- dr. M.P. Lambregtse-van den Berg, (kinder- & jeugd)psychiater, Combipoli Psychiatrie / Kinder- & Jeugdpsychiatrie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- N. Landsmeer, kinderarts, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- dr. F.J.M. van Leerdam, senior inspecteur, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Amsterdam
- A. van Leeuwen, Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) Gouda
- drs. G.M. Rensen, Landelijk Centrum Vroegkinderlijke Traumatisering, Utrecht
- drs. C. Ruppert, secretaris Commissie Samson, Den Haag
- dr. A.R. Teeuw, sociaal pediater, AMC Amsterdam
- drs. M. Visser, trauma team coördinator, klinisch psycholoog, KJTC Haarlem
- drs. A.P. van der Zanden, wetenschappelijk medewerker, psychische gezond jeugd, Trimbos-instituut, Utrecht
- Team Kindermishandeling, AMC Amsterdam
- Initiatiefgroep multidisciplinair centrum kindermishandeling Friesland
- STUK
- Kinder- en jeugdtraumacentrum Haarlem
- Centrum Jeugd Fier Fryslân, Leeuwarden
- AMK Gouda
- Bestuur Caleidoscoop, landelijke vereniging voor mensen met een dissociatieve stoornis, Amersfoort

Lijst met afkortingen

<i>ACE</i>	Adverse childhood experiences
<i>ARC-model</i>	Attachment, self-regulation and competency model
<i>AMK</i>	Advies- en meldpunt kindermishandeling
<i>AWK</i>	Academische werkplaats kindermishandeling
<i>BVA</i>	Bureau Vertrouwensarts inzake kindermishandeling
<i>CAPS</i>	Clinician-administered PTSD scale
<i>CAPS-CA</i>	Clinician-administered PTSD scale for children and adolescents
<i>CARE-NL</i>	Child abuse risk evaluation – Nederlandse versie
<i>CBLC</i>	Child behaviour checklist
<i>CDC</i>	Centers for Disease Control and Prevention
<i>CFRA</i>	California family risk assessment
<i>CGT</i>	Cognitieve gedragstherapie
<i>CJG</i>	Centrum voor Jeugd en Gezin
<i>COPD</i>	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
<i>CPP</i>	Child Parent Psychotherapy
<i>DBC</i>	Diagnose-behandelcombinatie
<i>DSM</i>	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
<i>EMDR</i>	Eye movement desensitisation and reprocessing
<i>FFT</i>	Functional Family Therapy

<i>FHG</i>	Familiaal huiselijk geweld
<i>GGZ</i>	Geestelijke gezondheidszorg
<i>HPA-as</i>	Hypothalamic-pituitary-adrenal-as
<i>Jeugd-GGZ</i>	Geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd
<i>KJTC</i>	Kinder- en jeugdtraumacentrum
<i>KOPP</i>	Kinderen van ouders met psychische problemen
<i>LCVT</i>	Landelijk Centrum Vroegkinderlijke chronische Traumatisering
<i>LIRIK</i>	Licht instrument risicotaxatie kindermishandeling
<i>LOAK</i>	Landelijk opleidingscentrum aanpak kindermishandeling
<i>LVG</i>	Licht verstandelijk gehandicapten
<i>MCD</i>	Multidisciplinair centrum kindermishandeling
<i>MeMoSa</i>	MentorMoeders voor steun en advies
<i>MST-CAN</i>	Multi system therapy – child abuse and neglect
<i>NCPC</i>	National child protection clearinghouse
<i>NEMESIS</i>	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
<i>NJi</i>	Nederlands Jeugdinstituut
<i>NPM</i>	Nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen
<i>OGGZ</i>	Openbare geestelijke gezondheidszorg
<i>PCIT</i>	Parent Child Interaction Therapy
<i>PMTO</i>	Parent Management Training Oregon
<i>POP</i>	Psychiatrie, obstetrie en pediatrie
<i>project BEST</i>	Bringing Evidence Supported Treatments to South Carolina Children and Families
<i>PTSD</i>	Post-traumatic stress disorder
<i>PTSS</i>	Posttraumatische stressstoornis
<i>RAK</i>	Regionale aanpak kindermishandeling
<i>RIVM</i>	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
<i>RMPI</i>	Rotterdams Medisch Pedagogisch Instituut
<i>ROM-CAP</i>	Routine outcome monitoring child and adolescent psychiatry
<i>SCID-I</i>	Structured clinical interview DSM-IV disorders – axis I
<i>SDQ</i>	Strengths and difficulties questionnaire
<i>SEV</i>	Sociaal emotionele vragenlijst

<i>SIDES</i>	Structured interview for disorders of extreme stress
<i>SOM</i>	Scholieren over mishandeling – studie
<i>TAP-model</i>	Treatment assessment pathway-model
<i>TF-CBT</i>	Trauma focused cognitive behavioural therapy
<i>TRF</i>	Teacher’s report form
<i>TRTC</i>	Topreferent traumacentrum
<i>TSC</i>	Trauma symptomen checklist
<i>UMC</i>	Universitair Medisch Centrum
<i>UNICEF</i>	United Nations Children’s Fund
<i>VWS</i>	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
<i>WHO</i>	World Health Organization
<i>ZonMw</i>	Zorgonderzoek Nederland – Medische wetenschappen

