

# Samen stap voor stap vooruit

Een onderzoek naar trauma- en gehechtheidsbehandeling  
voor gezinnen met jonge kinderen na huiselijk geweld

Rapportage over voorstudie  
December 2019 – Maart 2020

Sabine van der Asdonk  
Nina Draaisma  
Lisa Tessensohn  
Carlo Schuengel  
Lenneke Alink



Universiteit  
Leiden



## Inleiding

Jaarlijks worden in Nederland tussen 90.000 en 127.000 kinderen slachtoffer van huiselijk geweld of kindermishandeling (Alink et al., 2018). Het meemaken van huiselijk geweld en kindermishandeling kan zeer schadelijk zijn voor de ontwikkeling van kinderen (Gilbert et al., 2009). Eén van de meest kwetsbare groepen zijn gezinnen waarin zowel ouder als kind slachtoffer zijn van huiselijk geweld. Dit is een aanzienlijke groep: bijna de helft van de kinderen die slachtoffer zijn van mishandeling wonen in gezinnen die worden gekarakteriseerd door andere vormen van huiselijk geweld – meestal tussen ouders of tussen een ouder en ex-partner (Alink et al., 2018). Hoewel de negatieve gevolgen van huiselijk geweld voor deze gezinnen uitgebreid gedocumenteerd zijn, is er nog weinig kennis beschikbaar over effectieve interventies voor deze doelgroep. Nóg schaarser zijn interventie-onderzoeken gericht op jonge kinderen, waaronder baby's en peuters. Dit terwijl deze kinderen extra kwetsbaar zijn voor de langetermijngevolgen van huiselijk geweld (zie bijvoorbeeld De Young, Kenardy, & Cobham, 2011).

Kinderen die zijn blootgesteld aan huiselijk geweld hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychopathologie, waaronder een Posttraumatische Stresstoornis (PTSS) (Bogat et al., 2006; Telman et al., 2016). Jonge kinderen, waaronder baby's en peuters, kunnen ook (verergerde) PTSS-symptomen ontwikkelen via de traumasymptomen van hun ouders – een concept dat ook wel “relationele PTSS” wordt genoemd (Bogat et al., 2006; Scheeringa & Zeanah, 2001). Volgens de gehechtheidstheorie kunnen kinderen die een veilige gehechtheidsrelatie hebben ontwikkeld met hun ouders, hun ouders gebruiken als een veilige basis wanneer ze stress ervaren (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Bowlby, 1969). Een veilige gehechtheidsrelatie kan kinderen beschermen tegen het ontwikkelen van negatieve ontwikkelingsuitkomsten (Groh, Fearon, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Roisman, 2017; Groh et al., 2014; Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Fearon, 2012) – ook na ervaringen van kindermishandeling (Lowall, Renk, & Adgate, 2014; Muller, Thornback, & Bedi, 2012). Hoewel kinderen die getuige zijn geweest van huiselijk geweld dus een stabiele en veilige gehechtheidsrelatie nodig zouden hebben om hen te beschermen tegen het (verder) ontwikkelen van traumagerelateerde psychopathologie, ontbreekt een dergelijke optimale opvoedingscontext vaak in gezinnen waarin huiselijk geweld heeft plaatsgevonden. Ouders die slachtoffer zijn van huiselijk geweld en daardoor traumagerelateerde psychopathologie ervaren zijn dan ook vaak “indirecte” daders: ze zijn vaak niet in staat om hun kind sensitief te ondersteunen en laten vaker schadelijk oudergedrag zien (Madigan, Moran, Schuengel, Pederson, & Otten, 2007). Het is dus van essentieel belang dat behandelingen voor gezinnen na huiselijk geweld zich richt op het verminderen van trauma(gerelateerde) klachten bij de ouder, op het versterken van de gehechtheidsrelatie en op het verminderen van trauma(gerelateerde) klachten bij het kind.

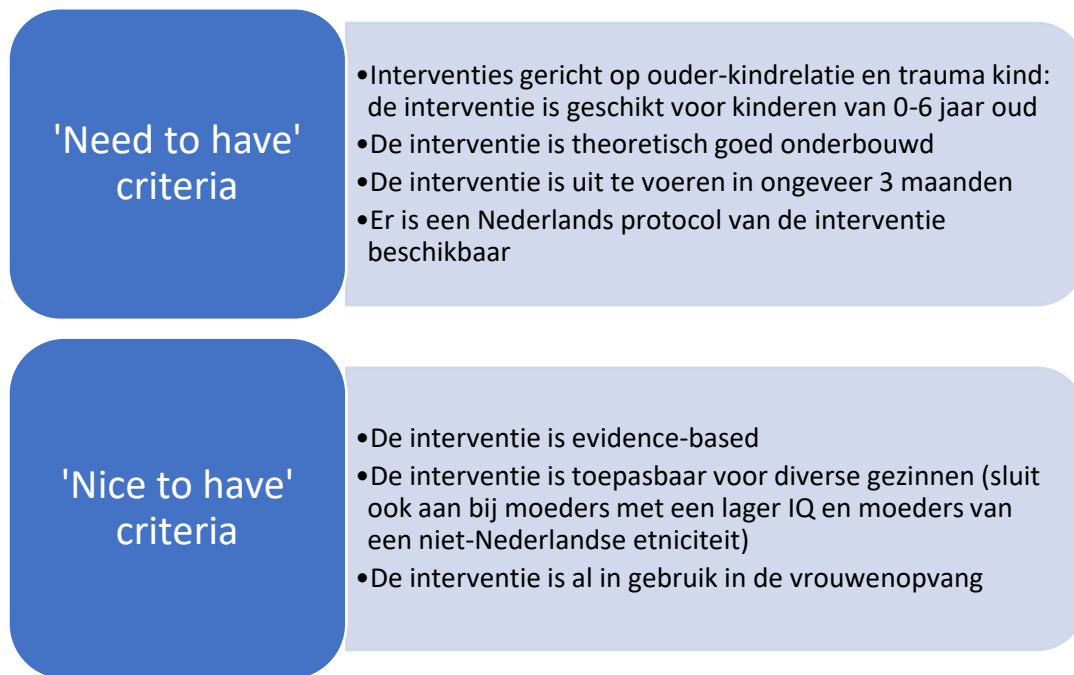
Er is momenteel nog weinig kennis beschikbaar over effectieve elementen en mechanismen van interventies voor getraumatiseerde gezinnen na huiselijk geweld. Ook ontbreekt het antwoord nog op de vraag wanneer welke interventiecomponenten moeten worden ingezet om structurele veiligheid te bereiken in deze gezinnen. Dit onderzoek tracht bij te dragen aan de gebrekkige kennis over effectieve interventies voor getraumatiseerde gezinnen met jonge kinderen na ernstig en structureel huiselijk geweld. Het overkoepelende doel van dit onderzoek is het ontwikkelen en toetsen van een behandelprogramma bestaande uit componenten gericht op het versterken van de ouder-kindrelatie, het verminderen van traumaklachten bij het kind en het verminderen van traumaklachten bij de ouder die slachtoffer is van huiselijk geweld.

Het eerste deel van dit onderzoek bestond uit een voorstudie. Het doel van de voorstudie was tweeledig: 1) om de meest geschikte interventies te selecteren voor het behandelen van de ouder-kindrelatie, trauma bij de ouder en trauma bij het kind en 2) om een beslisboom te ontwikkelen om professionals te ondersteunen in het bepalen van de volgorde voor de verschillende behandelcomponenten. Deze twee onderdelen zullen apart worden besproken in onderstaande paragrafen.

## Deel 1: Het selecteren van interventies voor het behandelen van getraumatiseerde gezinnen na huiselijk geweld

Het doel van het eerste deel van de voorstudie was het selecteren van de meest veelbelovende interventies die momenteel worden gebruikt in de Nederlandse praktijk voor het behandelen van a) verstoorde ouder-kindrelaties, b) trauma van jonge kinderen (0-6 jaar) en c) trauma van ouders. Hiertoe is een literatuuronderzoek uitgevoerd en is een expertmeeting georganiseerd.

Voor het selecteren van geschikte interventies werden voorafgaand aan het onderzoek verschillende criteria opgesteld op basis van zowel theoretische als praktische overwegingen. Hiervoor is een onderscheid gemaakt tussen harde criteria ('need to have' criteria) en zachte criteria ('nice to have' criteria, zie ook Figuur 1). Wat betreft de 'need to have' criteria, gold ten eerste dat interventies met betrekking tot de ouder-kindrelatie en trauma bij het kind **geschikt moesten zijn voor kinderen van 0 tot 6 jaar oud**. Ten tweede dienden interventies **ten minste theoretisch goed onderbouwd te zijn** (voor de ouder-kindrelatie betekende dit bijvoorbeeld dat deze moesten zijn opgenomen in de databank van het Nederlands Jeugdinstuut). Omdat dit onderzoek betrekking heeft op moeders en kinderen die tijdelijk bij een vrouwenopvang verblijven, was een derde criterium dat interventies **kortdurend zouden moeten zijn met een maximum van drie maanden**. Een laatste 'need to have' criterium was dat er een **Nederlands protocol van de interventie beschikbaar moest zijn**. Naast deze 'need to have' criteria waren drie 'nice to have' criteria opgesteld. Het eerste criterium in deze categorie was dat de interventie **evidence-based** is. Hoewel dit vanuit wetenschappelijk oogpunt een wenselijk criterium zou zijn, zijn er in Nederland nog relatief weinig *evidence-based* interventies beschikbaar. Een tweede 'nice to have' criterium was dat de interventies die worden geselecteerd **toepasbaar zijn voor diverse gezinnen**, waaronder ouders met een laag IQ of ouders met een niet-Nederlandse etniciteit. Dit criterium was opgesteld omdat gezinnen waar huiselijk geweld speelt vaak zeer divers zijn wat betreft hun afkomst en achtergrond. Het is dan ook wenselijk dat interventies bij diverse gezinnen zouden aansluiten. Tot slot was het voor de implementeerbaarheid van dit onderzoek wenselijk als de geselecteerde interventies **al in gebruik zouden zijn in de vrouwenopvang**. Dit was dan ook het laatste 'nice to have' criterium.



Figuur 1. Criteria voor het selecteren van geschikte interventies voor het onderzoek in de vrouwenopvang.

### **Deel 1a: Literatuuronderzoek en bronnenraadpleging**

#### *Interventies gericht op het versterken van de ouder-kindrelatie*

Voor interventies gericht op de ouder-kindrelatie is de databank van het Nederlands Jeugdinstituut geraadpleegd – omdat de interventies die in deze databank zijn opgenomen op zijn minst theoretisch onderbouwd zijn en van alle interventies een Nederlands protocol beschikbaar is. Wanneer bovenstaande criteria worden gehanteerd, komen hieruit de volgende interventies naar voren:

- *Video-feedback intervention to promote positive parenting and sensitive discipline (VIPP-SD)* (Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2008, 2014) is een kortdurende gehechtheidsinterventie gericht op het verbeteren van sensitiviteit en sensitief disciplineren in gezinnen met kinderen van 0 tot 6 jaar oud. De interventie is effectief volgens sterke aanwijzingen. Echter is de VIPP-SD nog niet specifiek onderzocht in een steekproef van gezinnen waarin huiselijk geweld of kindermishandeling heeft plaatsgevonden.
- *NIKA* (Draaisma & Zuidgeest, 2014) is een kortdurende gehechtheidsinterventie voor ouders met kinderen van 0 tot 6 jaar met als doel het verminderen van verstorend oudergedrag en het versterken van sensitief oudergedrag. De interventie is goed onderbouwd, echter is de effectiviteit van deze interventie nog niet goed onderzocht. NIKA werd ontwikkeld voor kinderen die een hoog risico hebben op een gedesorganiseerde gehechtheid, bijvoorbeeld na mishandeling. Deze interventie wordt momenteel onder andere ingezet op een aantal vrouwenopvang locaties in Nederland.
- *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)* (Abrahamse, Junger, van Wouwe, Boer, & Lindauer, 2016; Zisser & Eyberg, 2010) is een opvoedinterventie gebaseerd op de sociaal leren en gehechtheidstheorie die effectief is volgens eerste aanwijzingen. De interventie is ook onderzocht bij gezinnen waarin (fysieke) kindermishandeling heeft plaatsgevonden. Echter is PCIT volgens het NJI niet geschikt voor kinderen jonger dan 2 jaar oud en is de duur van deze

interventie 9 tot 20 weken – wat deze interventie wellicht minder geschikt zou maken voor het huidige onderzoek.

- *Basic Trust* (Polderman, Kellaert-Knol, & Stams, 2011) is een kortdurende gehechtheidsinterventie die tevens effectief is volgens eerste aanwijzingen. De interventie richt zich op kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen, gecombineerd met problemen in de gehechtheidsrelatie. Echter is ook deze interventie volgens het NJI geschikt voor kinderen van 2 tot 12 jaar oud, wat deze interventie minder geschikt zou maken voor de jongste kinderen van dit onderzoek.
- *Kortdurende Video-hometraining (K-VHT)* (Eliëns & Prinsen, 2011) is een kortdurende interventie gericht op gezinnen met jonge kinderen waarin de ouders spanning ervaren in de opvoeding. De interventie is goed onderbouwd, echter is de effectiviteit van deze interventie nog niet goed onderzocht. De interventie is bedoeld voor kinderen tot 4 jaar oud, wat ook deze interventie minder geschikt zou maken voor dit onderzoek. Bovendien wordt deze interventie meer in een preventieve setting ingezet.

#### *Interventies gericht op het behandelen van trauma bij jonge kinderen (0-6 jaar oud)*

Voor interventies gericht op het behandelen van trauma bij jonge kinderen zijn de meest recente meta-analyses op dit gebied geraadpleegd (Lewey et al., 2018; Mavranouzouli et al., 2020), evenals het Kenniscentrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Wat opviel in de meta-analyses is dat in geen enkele studie kinderen jonger dan 3 jaar oud waren geïncludeerd. Hoewel traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) en EMDR effectief zijn bevonden voor kinderen vanaf respectievelijk 3 en 4 jaar oud en zijn opgenomen in het Kenniscentrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, zouden deze behandelingen niet aansluiten bij jongere kinderen. Er bestaat dus nog geen bewezen effectieve behandeling voor het behandelen van trauma bij de jongste kinderen. Een internationale studie op dit gebied heeft aangetoond dat kind-ouder psychotherapie, een langdurige gehechtheidsinterventie, effectief was in het verminderen van traumaklachten bij kinderen vanaf 3 jaar oud na huiselijk geweld (Lieberman, van Horn, & Ippen, 2005). Ook in deze studie werden geen kinderen jonger dan 3 jaar oud geïncludeerd – hoewel de interventie wel is ontwikkeld voor kinderen jonger dan 3 jaar oud. Deze behandelmethode is ook naar het Nederlands vertaald en is tevens opgenomen in het Kenniscentrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Een methode die specifiek is ontwikkeld voor jongere kinderen is de EMDR verhalenmethode (Lovett, 1999). Hoewel deze interventie nog niet is onderzocht, laten case studies veelbelovende resultaten zien (Schlattmann, 2006).

#### *Interventies gericht op het behandelen van trauma bij volwassenen*

Hoewel veel onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van traumabehandelingen voor volwassenen met PTSS, is zeer weinig onderzoek specifiek gericht op het complexe en chronische trauma van volwassenen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld. Volwassenen met PTSS als gevolg van meerdere ingrijpende gebeurtenissen in afhankelijkheidsrelaties, kunnen naast de diagnose van PTSS last hebben van aan trauma gerelateerde klachten zoals affect- en impulsregulatieproblemen, dissociatie, interpersoonlijke problemen en disfunctionele overtuigingen over zichzelf, anderen en de wereld en de vele stressoren in hun leven die daarmee samenhangen (Hagenaars et al., 2011). Wanneer naar de meest recente meta-analyses op het gebied van traumabehandeling voor volwassenen wordt gekeken, komen cognitieve gedragstherapieën (CGT), *eye movement desensitisation and reprocessing* (EMDR) en *exposure* therapieën consistent naar voren als effectieve behandelmethoden (Cusack et al., 2016; Ehring et al., 2014; Watts et al., 2013). Hoewel weinig onderzoek is gedaan naar het complexe en

chronische trauma van de doelgroep van het huidige onderzoek, toont de meta-analyse van Ehring et al. (2014) aan dat deze behandelmethodes ook effectief zijn voor volwassenen met PTSS ten gevolge van ervaren mishandeling in hun jeugd. EMDR en traumagerichte CGT worden tevens aanbevolen in verschillende richtlijnen, waaronder de Nederlandse richtlijnen voor angststoornissen (Balkom et al., 2013). Een recente economische analyse toonde aan dat EMDR de meest kosteneffectieve behandelingsmethode is (Mavranouzouli et al., 2020), wat mogelijk zou kunnen pleiten voor gebruik van deze methode in de huidige studie.

### ***Deel 1b: Expertmeeting***

De uitkomsten van bovenstaand literatuuronderzoek zijn in een expertmeeting voorgelegd aan een groep professionals met expertise op het gebied van interventies voor getraumatiseerde gezinnen met jonge kinderen. In totaal sloten acht professionals aan bij deze meeting en hebben nog twee andere professionals per mail input gegeven. Onder deze professionals waren klinisch psychologen, kinder- en jeugdpsychologen, kinder- en jeugdpsychiaters, gedragswetenschappers en een hoogleraar – werkzaam bij verschillende organisaties waaronder Altra, de Bascule, de opvoedpoli en Nuhoff Psychotherapie. Het doel van de expertmeeting was om te brainstormen over geschikte interventies en instrumenten voor het behandelen van a) de ouder-kindrelatie, b) trauma van jonge kinderen en c) trauma van ouders in gezinnen die ernstig en structureel huiselijk geweld hebben meegemaakt. Hierbij werd het literatuuronderzoek gepresenteerd en werd aan de groep gevraagd of zij hier vanuit de praktijk aanvullingen op hadden. Na de inventarisatie van alle geschikte interventies, werd per onderdeel gezocht naar wat de meerderheid van de groep als meest geschikte interventie aanduidde. De meeting werd geleid door een externe moderator, die gebruik maakte van de werkvorm ‘Deep democracy’. De belangrijkste uitkomsten van de expertmeeting waren als volgt wat betreft geschikte **interventies**:

- Geschikte interventies voor het versterken van de ouder-kindrelatie richten zich volgens de experts op de emotieregulatie van het kind, sensitief disciplineren van de ouder (vanaf 1 jaar), het verminderen van schadelijk oudergedrag en het versterken van sensitief oudergedrag. Volgens de experts zijn meerdere bestaande interventies geschikt voor het versterken van de ouder-kindrelatie in deze doelgroep, er bestond geen duidelijke voorkeur in de groep voor één specifieke interventie.
- De meest geschikte interventie voor het behandelen van traumaklachten bij jonge kinderen in deze doelgroep is volgens de overgrote meerderheid van de experts EMDR, bij zeer jonge kinderen met de verhalenmethode.
- Hoewel de experts erkenden dat meerdere interventies geschikt zijn voor het behandelen van trauma bij ouder, ging de voorkeur van de overgrote meerderheid van de groep naar EMDR voor deze doelgroep, waar nodig aangevuld met andere (trauma)behandeltechnieken.

Daarnaast kwamen de volgende punten naar voren met betrekking tot **instrumenten** voor het in kaart brengen van traumasymptomen:

- Het in kaart brengen van traumaklachten bij kinderen van deze leeftijd is erg complex, omdat gevalideerde instrumenten enkel bestaan voor kinderen vanaf 3 jaar oud. Wel is recentelijk een klinisch interview beschikbaar gekomen in Nederland (gepubliceerd door de Bascule). Dit is een instrument dat internationaal goed gevalideerd is en zich richt op kinderen van 0-6 jaar oud. Voor het in kaart brengen van traumasymptomen wordt vanuit de groep daarnaast aangedrongen op een combinatie van verschillende meetinstrumenten (zowel zelfrapportage als een klinisch interview).

- Ook het in kaart brengen van traumaklachten bij ouders in deze doelgroep is complex. Aangeraden wordt om dit niet alleen op basis van zelfrapportage te meten omdat ouders hier vaak laag op scoren (bijvoorbeeld vanwege vermijdingsklachten). Zelfrapportagelijsten zouden idealiter dan ook worden aangevuld met een klinisch interview.

### ***Conclusie deel 1 van de voorstudie***

Op basis van het literatuuronderzoek en de expertmeeting is EMDR (afhankelijk van de leeftijd van het kind met de verhalenmethode of het standaard protocol voor kinderen) geselecteerd voor het behandelen van trauma bij jonge kinderen. Ook voor het behandelen van trauma bij de ouder is gekozen voor EMDR. Voor het behandelen van de ouder-kindrelatie kwam uit de expertmeeting geen duidelijke voorkeur naar voren voor één interventie. PCIT en Basic Trust lijken minder geschikt voor de jongste kinderen uit dit onderzoek, omdat deze interventies zijn ontwikkeld voor kinderen van 2 jaar en ouder. Daarnaast lijkt de K-VHT minder van toepassing omdat deze voor kinderen tot 4 jaar is ontworpen en meer past in een preventieve setting. Voor dit onderzoek ging de afweging dan ook vooral tussen NIKA en VIPP-SD. Voor VIPP-SD bestaat de meeste bewijskracht, terwijl de effectiviteit van NIKA nog niet is onderzocht. Echter is de effectiviteit van VIPP-SD nog niet specifiek aangetoond in een populatie van getraumatiseerde gezinnen waarin huiselijk geweld heeft plaatsgevonden. NIKA is in een aantal opzichten vergelijkbaar met VIPP-SD (kortdurende gehechtheidsinterventie waarin gebruik wordt gemaakt van video feedback), maar is specifiek ontworpen voor gebruik bij deze doelgroep. NIKA focust dan ook meer op meegemaakte trauma's van de ouder en richt zich expliciet op het afleren van schadelijk oudergedrag, wat in deze doelgroep veel voorkomt. Omdat een recente inventarisatie van het landelijk traumaplatform heeft uitgewezen dat de meeste therapeuten die gehechtheidsinterventies aanbieden bij de vrouwenopvang getraind zijn in NIKA, en slechts een zeer klein deel in VIPP-SD is getraind, zou NIKA een groot voordeel hebben wat betreft de implementeerbaarheid van deze studie. Om deze redenen is besloten om de NIKA in dit onderzoek mee te nemen als interventie voor de ouder-kindrelatie.



## **Deel 2: Het ontwikkelen van een beslisboom voor het op maat vormgeven van behandeling voor gezinnen na huiselijk geweld**

Het tweede deel van deze voorstudie richtte zich op het ontwikkelen van een beslisboom voor het ondersteunen van professionals bij het bepalen van de volgorde voor de inzet van de geselecteerde interventies in deel 1 van de voorstudie. De beslisboom moet richting geven aan de volgorde waarin de behandelcomponenten 1) traumabehandeling ouder (EMDR), 2) behandeling ouder-kindrelatie (NIKA) en 3) traumabehandeling van het kind (EMDR) het beste aan gezinnen kunnen worden aangeboden. Omdat er tot op heden nog weinig tot geen empirisch onderzoek is uitgevoerd op het gebied van werkzame en belemmerende factoren en de invloed hiervan op de volgorde van verschillende behandelcomponenten voor getraumatiseerde gezinnen na huiselijk geweld, hebben we naast een literatuuronderzoek gebruik gemaakt van input van cliënten en ervaren professionals. Daarbij hebben we eerst breed gekeken naar werkzame en belemmerende factoren en vervolgens de vertaling gemaakt naar de betekenis hiervan voor het bepalen van de volgorde van de drie behandelcomponenten.

Opgemerkt dient te worden dat naast deze drie behandelcomponenten vaak ook nog andere interventies nodig zijn om structurele veiligheid te bereiken in deze gezinnen. Bijvoorbeeld interventies gericht op het verminderen van acute onveiligheid middels het maken van een veiligheidsplan, schuldhulpverlening om de financiën op orde te brengen en zo stressoren in het gezin te verminderen, of daderbehandeling om de kans op herhaling van het geweld te verkleinen. Er zijn tientallen factoren gerelateerd aan het ontstaan en voortbestaan van huiselijk geweld en die kunnen per gezin verschillen (Alink et al., 2018; Stith et al., 2009). Bij vrijwel elk gezin zal dan ook naast de drie behandelcomponenten die centraal staan in dit onderzoek aanvullende hulpverlening op maat nodig zijn. Zoals onderbouwd in de inleiding van dit stuk is er reden om aan te nemen dat de drie behandelcomponenten die centraal staan in dit onderzoek een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het realiseren van structurele veiligheid in deze gezinnen. Daarom beperken we ons na een algemene beschrijving van werkzame en belemmerende factoren tot de bespreking van de werkzame en belemmerende factoren die relevant zijn voor het bepalen van de volgorde tussen deze drie specifieke behandelcomponenten.

### ***Deel 2a: Literatuuronderzoek***

Voor het tweede deel van de voorstudie is eerst een literatuuronderzoek uitgevoerd. Hierin zijn we op zoek gegaan naar werkzame en belemmerende factoren in het behandelproces die mogelijk gebruikt kunnen worden ter ondersteuning van de beslisboom. Het literatuuronderzoek voor dit deel van de studie is voornamelijk gebaseerd op een rapport van Barnhoorn en collega's (2013) naar werkzame factoren in de jeugdzorg – aangevuld met meer recente literatuur op het gebied van trauma- en gehechtheidsbehandeling. Gezien het korte tijdspad van deze studie dient te worden opgemerkt dat het literatuuronderzoek niet uitputtend is. In het rapport van Barnhoorn en collega's wordt het Integratief Werkmodel gebruikt als conceptueel kader. In dit model wordt een onderscheid gemaakt tussen drie niveaus waarop factoren een bijdrage leveren aan een effectieve verandering voor jeugdigen: het macro-, meso- en microniveau. Voor dit onderzoek hebben we ons enkel gericht op factoren binnen het microniveau, omdat deze factoren het meest relevant zijn voor het bepalen van de volgorde van de drie behandelcomponenten. Binnen het microniveau wordt een onderscheid gemaakt tussen cliëntfactoren, professionalfactoren en alliantiefactoren.

### *Cliëntfactoren*

Verschillende studies hebben zich gericht op de invloed van cliëntfactoren op een effectieve verandering in traumaklachten bij cliënten, hoewel het merendeel daarvan is gericht op de behandeling van trauma bij volwassenen (Benish, Imel, & Wampold, 2008; Wampold et al., 2010). Een eerste belangrijke factor die in de literatuur wordt genoemd in relatie tot het behandelingsucces, is **de wens van een cliënt om een vastgesteld doel te bereiken en de daaraan gekoppelde verwachting** dat dit ook gaat lukken (Barnhoorn et al., 2013). Deze samenhang van positieve verwachtingen met behandelingsucces wordt ook door verschillende onderzoekers gevonden als het gaat om de behandeling van traumaklachten bij volwassenen (Benish et al., 2008; Wampold et al., 2010). Als het echter gaat om de behandeling van traumaklachten bij kinderen, is het belang van positieve verwachtingen vrijwel niet onderzocht (Compas et al., 2001; Kirsch, Keller, Tutus, & Goldbeck, 2018). Deze studies bieden enige aanknopingspunten voor het huidige onderzoek als het gaat om de volgorde waarin de drie behandelcomponenten aangeboden zou kunnen worden. Vanwege de invloed van de wens van een cliënt om een vastgesteld doel te bereiken en de daaraan gekoppelde verwachting op het behandelingsucces van getraumatiseerde ouders, zou kunnen worden beargumenteerd dat het zinvol is de behandelcomponent traumabehandeling ouder pas in te zetten als de ouder een veranderwens heeft op dit gebied en inschat dat behandeling op dit moment zinvol is.

Een tweede cliëntfactor die van belang wordt geacht in relatie tot behandelingsucces is **de ernst van de problematiek**. Eerder onderzoek wijst uit dat hoe groter het aantal problemen is en hoe zwaarder de problematiek van cliënten is, hoe minder gunstig het behandelingseffect (Barnhoorn et al., 2013). Deze samenhang tussen intensiteit van de problematiek met behandelingsucces wordt ook door verschillende onderzoekers gevonden als het gaat om de behandeling van traumaklachten bij volwassenen (Ehlers et al., 2010). Ook voor kinderen met traumaklachten lijkt de intensiteit van de problematiek samen te hangen met het behandelingseffect. Uit een meta-analyse komt naar voren dat meer ernstige traumaklachten van kinderen samenhangen met een negatievere respons op behandeling (Miller-Graff & Campion, 2016). Ook een recent onderzoek naar factoren die samenhangen met non-respons op traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) bij kinderen tussen de 7 en 14 jaar met PTSS-symptomen, bevestigt deze bevinding (Lindebø Knutsen, Sachser, Holt, Goldbeck, & Jensen, 2020). Kinderen met ernstigere traumaklachten hadden een hoger risico op het niet reageren op de behandeling. Deze studies zijn van groot belang als het gaat om de huidige studie. De doelgroep die onderzocht wordt kampt vaak met meervoudige traumatisering, wat over het algemeen slechts één aspect is van de problematiek waar deze gezinnen mee te maken hebben (Verwey Jonker, 2018). Anderzijds is het lastig om rekening te houden met deze bevindingen, aangezien de ernst van de problematiek niet beïnvloedbaar is. Deze bevindingen suggereren mogelijk wel dat het combineren van verschillende behandel-elementen nodig is om een optimaal behandelingseffect te bereiken voor gezinnen in deze doelgroep. De bestaande literatuur richt zich vrijwel uitsluitend op de effectiviteit van individuele behandelingen – terwijl gezinnen die kampen met complexe problematiek vaak intensievere ondersteuning nodig hebben op meerdere fronten (dus zowel gericht op de ouder, de ouder-kindrelatie als op het kind zelf). Meer empirisch bewijs over hoe deze verschillende behandel-elementen gecombineerd zouden moeten worden is dus van essentieel belang.

Een derde belangrijke cliëntfactor die in de literatuur wordt genoemd in relatie tot behandelingsucces, is de **etniciteit van cliënten en hun positie binnen de hulpverlening**. Ook de uiting van traumaklachten en de behandeling daarvan variëren voor verschillende etnische achtergronden (Asnaani, & Hall-Clark, 2017). Daarnaast komt uit de literatuur naar voren dat ouders met een niet-westerse achtergrond moeite ervaren om hun weg te vinden binnen het zorgsysteem en daar vaak ook

onvrijwillig terechtkomen (Earner, 2007; Kemp, Marcenko, Hoagwood, & Vesneski, 2009). Zo blijkt uit Amerikaans onderzoek dat Afrikaans-Amerikaanse opvoeders minder goed samenwerkten met maatschappelijk werkers en minder graag betrokken raakten in interventieprogramma's ten opzichte van de opvoeders van een andere etniciteit (Littell & Tajima, 2000). Ouders geven vaak aan dat hun visie en waarden niet worden gehoord of gewaardeerd in de zorg die wordt aangeboden (Dumbrill, 2006). Onderzoek naar de samenhang tussen etniciteit of culturele achtergrond en behandelresultaten voor kinderen met traumaklachten is niet gevonden. Voor de huidige studie betekent dit dat er rekening gehouden dient te worden met de etnische achtergrond van gezinnen bij het interpreteren van de resultaten. Hoewel wordt gezocht naar handvatten voor de praktijk bij het maken van keuzes in welke volgorde hulp aangeboden dient te worden bij gezinnen die zijn blootgesteld aan huiselijk geweld, moet een afweging worden gemaakt of deze volgorde tevens het best aansluit bij gezinnen met een andere etnische achtergrond. De huidige literatuur biedt echter onvoldoende aanknopingspunten om daar nu al uitspraken over te kunnen doen.

Een vierde belangrijke cliëntfactor die in de literatuur wordt genoemd in relatie tot behandelresultaten, heeft betrekking op **sociaal-demografische cliëntfactoren, waaronder de leeftijd van het kind**. Als het gaat om de behandeling van traumaklachten bij kinderen en de samenhang met leeftijd, zijn de bevindingen inconsistent. Enerzijds blijkt uit een meta-analyse dat behandeling van oudere kinderen succesvoller verloopt dan jongere kinderen (Miller-Graff & Campion, 2016). Een mogelijke verklaring voor dit leeftijdseffect wordt gevonden in de sociale en cognitieve ontwikkeling van kinderen; oudere kinderen kunnen makkelijker begrijpen wat het doel is van behandeling en er daardoor meer van profiteren (Miller-Graff & Campion, 2016). Anderzijds blijkt uit een andere meta-analyse dat leeftijd geen modererende invloed heeft op de behandeling van kinderen met traumaklachten (Harvey & Taylor, 2010) – hoewel deze meta-analyse enkel betrekking had op kinderen die seksueel misbruikt waren. In beide meta-analyses wordt echter benadrukt dat onderzoek naar kinderen onder de 6 jaar zeer schaars is en dat gepaste methoden om traumaklachten bij deze leeftijdsgroep te onderzoeken nog ontbreken. Op basis van deze resultaten kunnen we dus niet concluderen óf en wanneer de component traumabehandeling gericht op het kind zelf zinvol is, of wanneer de behandeling zich beter (eerst) kan richten op andere factoren zoals de psychopathologie van de ouder of de ouder-kindrelatie. De huidige studie is daarmee één van de eerste die deze leeftijdsgroep in de context van huiselijk geweld onderzoekt – en tracht hiermee bij te dragen aan het opvullen van dit hiaat.

Tot slot komen **kenmerken van de ouder** uit de literatuur naar voren als belangrijke cliëntfactor in relatie tot behandelresultaten bij het kind. Het meeste bewijs is gevonden voor de invloed van depressie bij de moeder. Zo bleek bijvoorbeeld dat de aanwezigheid van een depressie bij moeder samenhangt met een verminderde effectiviteit van CGT voor kinderen met traumasymptomen (Nixon, Sterk, & Pearce, 2012; Weems & Scheeringa, 2013). De steekproef van dit laatste onderzoek bevatte kinderen tussen de 36 en 83 maanden oud. De studie toonde aan dat hogere depressiesymptomen van moeder positief samenhangen met PTSS-klachten van het kind voorafgaand aan de interventie. Bovendien werd gevonden dat hoewel kinderen van depressieve moeders in eerste instantie de grootste daling in PTSS-klachten toonden, ze bij de nameting weer een terugval in PTSS-klachten lieten zien. Mogelijk kan dit worden verklaard doordat depressieve moeders minder in staat zijn hun kind sensitief te ondersteunen tijdens de behandeling voor traumasymptomen en vaker verstorend oudergedrag laten zien waardoor kinderen opnieuw getraumatiseerd kunnen worden. Een andere verklaring is dat er een genetische component meespeelt, waarbij kinderen van moeders met een hogere mate van depressie wat gevoeliger zijn om traumasymptomen te ontwikkelen die resistent zijn voor behandeling. Deze studies bevestigen dat depressie bij moeder een voorspeller is van negatievere

behandeluitkomsten van kinderen met traumaklachten. Naast de invloed van depressie van moeders zijn er verschillende studies die hebben aangetoond dat traumaklachten van de moeder kunnen interfereren met interventie-effecten (Moran, Pederson, & Krupka, 2005; Steele, Murphy, Bonuck, Meisner, & Steele, 2019; Van der Asdonk, Cyr, & Alink, in revisie). De effecten van kortdurende gehechtheidsinterventies voor gezinnen met (een hoog risico op) kindermishandeling bleken minder sterk voor moeders die de hoogste (jeugd)trauma's rapporteerden. Dit impliceert dat voor een optimale behandeling van getraumatiseerde kinderen na huiselijk geweld ook aandacht moet zijn voor de aan trauma gerelateerde klachten van hun moeders.

### *Professionalfactoren*

Een tweede categorie waarnaar onderzoek is verricht met betrekking tot factoren die samenhangen met een effectieve behandeling, is de categorie professionalfactoren. Professionals nemen in de behandeling van cliënten altijd hun persoonlijke kenmerken, zoals hun eigen ervaringen en karakter mee. Daardoor wordt het resultaat van de interventie mede bepaald door wie de hulp uitvoert (Driesen & Besselink, 2016). Uit onderzoek komt naar voren dat professionals de **werkrelatie** als één van de belangrijkste werkzame bestanddelen van de hulpverlening beschouwen (Driesen & Besselink, 2016). Meer specifiek hebben verschillende studies zich gericht op belangrijke eigenschappen van een professional (zie bijvoorbeeld Barnhoorn et al., 2013). Hieruit komt naar voren dat er een positieve samenhang bestaat tussen het vermogen van professionals om ouders of het systeem te betrekken bij de hulpverlening, tijdige probleemherkenning door professionals, het vertrouwen en het geloof van de professional in de geschiktheid van de gekozen aanpak en aandacht voor het eigen verhaal van hulpvragers. Hoewel het van belang is om rekening te houden met de invloed van professionalfactoren op het behandelingsucces van cliënten, bieden bestaande onderzoeken momenteel geen aanknopingspunten als het gaat om de volgorde waarin behandeling aangeboden zou moeten worden. Wel benadrukken ze het belang van een diagnostische fase voorafgaand aan de inzet van de behandelcomponenten, waarin aandacht besteed wordt aan het betrekken van het cliëntensysteem, een klachteninventarisatie op de verschillende niveaus (ouder, ouder-kindrelatie en kind) en zorgvuldige besluitvorming met betrekking tot de te kiezen aanpak. Bovenstaande factoren geven richting aan het proces tussen hulpvrager en behandelaar om tot het behandelplan te komen waarin de drie componenten zijn opgenomen.

### *Alliantiefactoren (specifiek: de alliantie tussen cliënt en professional)*

De laatste categorie op microniveau betreft de alliantiefactoren. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen **persoonlijke alliantie** (de emotionele band tussen samenwerkende partijen) en **taakalliantie** (de mate van overeenstemming over het samenwerkingsdoel en de geëigende aanpak om dat doel te bereiken). Verschillende studies tonen aan dat beide vormen van alliantie positief samenhangen met behandelingsucces (Anker, Owen, Duncan & Sparks, 2010; Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis & Siqueland, 2000; Orlinsky, Ronnestad & Willutski, 2004). Zo blijkt een hoge kwaliteit van de therapeutische alliantie een goede voorspeller te zijn van symptoomreductie en behandeluitkomsten in het algemeen (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvarth, 2012). Deze relatie is eveneens aangetoond bij traumabehandelingen (Cloitre, Stovall-McClough, Miranda & Chemtob, 2004; Keller, Zoellner & Feeny, 2010; Laska, Smith, Wislocki & Wampold, 2013).

Met betrekking tot kinderen toont onderzoek aan dat de kwaliteit van de alliantie zelfs zwaarder weegt dan voor volwassenen (Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen, & Shirk, 2014; Ormhaug, Shirk, & Wentzel-Larsen, 2015; Shirk & Karver, 2003; Zorzella, Muller, & Cribbie, 2015). Zo is gebleken dat de

relatie tussen therapeut en kind – beoordeeld door het kind zelf – een significante voorspeller was van het behandel succes; een sterkere alliantie hing samen met een grotere symptoomreductie na behandeling met CGT (Ormhaug et al., 2014). Daarbij merken deze onderzoekers op dat de beoordelingen van de alliantie door therapeut en kind sterk van elkaar konden verschillen en daardoor niet uitwisselbaar zijn. Bovendien vonden deze onderzoekers dat de beoordeling van kinderen over de goedkeuring van de therapie door hun ouders of verzorgers ook een sterke voorspeller was van het behandel effect. Hierbij dient echter rekening gehouden te worden met het feit dat dit kinderen ouder dan 12 jaar betrof. Het is dus niet duidelijk in hoeverre deze resultaten vertaald kunnen worden naar kinderen onder de 6 jaar oud. Bovenstaande bevindingen geven enige aanwijzing voor de volgorde waarin de drie behandelcomponenten aangeboden dienen te worden. Alvorens de behandelcomponent ‘traumabehandeling van het kind’ in te zetten, is het belangrijk dat het kind voldoende steun en toestemming ervaart van de ouder. De bevindingen ondersteunen ook het belang om oog te hebben voor de kwaliteit van de alliantie en het monitoren hiervan. Aan de andere kant blijkt het in de praktijk lastig om bij onvrede over deze alliantie over te stappen naar een andere professional waar deze alliantie mogelijk van een hogere kwaliteit kan zijn. Bovenstaande bevindingen kunnen echter worden meegenomen bij het interpreteren van de resultaten van dit onderzoek en mogelijk als verklaring gelden wanneer non-respons zou optreden.

#### *Conclusie literatuuronderzoek*

De bevindingen uit deze literatuurstudie bieden nog weinig aanknopingspunten voor het huidige onderzoek als het gaat om de volgorde waarin de drie geselecteerde behandelcomponenten ingezet dienen te worden in gezinnen waarin huiselijk geweld heeft plaatsgevonden. Wel kunnen enkele algemene aanknopingspunten voor het huidige onderzoek worden afgeleid. Ten eerste toont onderzoek aan dat psychopathologie van de ouder (zoals depressie of traumaklachten) een negatief effect heeft op de behandeling van traumaklachten bij het kind en de ouder-kindrelatie. Dit suggereert dat het voor het behandeltraject van gezinnen waarin huiselijk geweld heeft plaatsgevonden belangrijk is om in te zetten op de behandeling van psychopathologie van de ouder, naast behandeling gericht op het kind en de ouder-kindrelatie. Onderzoek naar de gecombineerde effecten van verschillende typen interventies op verschillende niveaus van het gezin is echter nog schaars – en ontbreekt nog in zijn geheel voor de specifieke doelgroep van deze studie. Daarmee kunnen dus nog geen uitspraken worden gedaan over wat in welke situaties de beste volgorde is. Ten tweede lijkt het op basis van de literatuur van belang dat ouders een veranderwens hebben wat betreft hun eigen traumaklachten en een positieve verwachting hebben ten opzichte van de behandeling daarvan, alvorens de component gericht op de traumabehandeling van de ouder kan worden ingezet. Ten derde lijkt voor de traumabehandeling van het kind het ervaren van steun en toestemming van de ouder belangrijk alvorens deze component kan worden ingezet. Ten vierde geeft het literatuuronderzoek richting aan de invulling aan het diagnostisch besluitvormingsproces dat leidt tot het behandelplan. Tot slot lijken verschillende andere factoren van belang voor behandel effecten in het algemeen en zullen om die reden in kaart gebracht worden gedurende het huidige onderzoek. Hieronder vallen de etnische achtergrond van deelnemende gezinnen, werk- en taakalliantie met de therapeut en achtergrondkenmerken van therapeuten. Er moet echter opgemerkt worden dat onderzoek in dit veld nog in de kinderschoenen staat. Dit wordt deels verklaard door de complexiteit van de doelgroep, waarbij er veel verschillende een rol spelen in de instandhouding van traumaklachten en verstoringen in de ouder-kindrelatie. Daarnaast zijn bevindingen uit empirische studies vaak inconsistent en beperkt door kleine steekproeven en niet optimale vergelijkingsgroepen. Ook nemen zeer weinig studies mogelijke moderatoren mee, waardoor er weinig

empirische ondersteuning is voor voorspellers van het behandelresultaten bij kinderen in deze doelgroep.

### **Deel 2b: Input van professionals**

Nadat het literatuuronderzoek had plaatsgevonden, was de volgende stap in de ontwikkeling van de beslisboom gericht op het bepalen van de volgorde van de drie geselecteerde behandelcomponenten, het verzamelen van input van ervaren professionals uit het werkveld. De eerste expertmeeting leverde hierover al enige informatie op. Daarnaast is een bijeenkomst gehouden met enkele ervaren klinici (twee kinder- en jeugdpsychologen die NIKA hebben ontwikkeld en een klinisch psycholoog met zeer veel onderzoeks- en klinische expertise op het gebied van EMDR) waarin de bevindingen uit literatuuronderzoek zijn samengenomen met klinische ervaring over helpende en belemmerende factoren in het behandelproces. Daarna werd weer om input gevraagd van een grotere groep professionals met veel expertise op het gebied van trauma- en gehechtheidsbehandeling na huiselijk geweld. De tweede geplande expertmeeting kon vanwege de corona-maatregelen niet fysiek plaatsvinden. In plaats daarvan is op digitale wijze om input gevraagd door middel van een vragenlijst. Hier hebben tot op heden zeven professionals gehoor aan gegeven – een groep die deels overeenkomt met de deelnemers van de eerste expertmeeting.

Hieronder staan de verschillende werkzame en belemmerende factoren bij gehechtheids- en traumabehandeling na huiselijk geweld die zijn genoemd door de experts weergegeven. Dit zijn factoren die door de experts zelf als helpend of belemmerend gezien werden of waarvan experts aangaven dat cliënten deze factoren als helpend of belemmerend zien. Na deze algemene opsomming proberen we ze opnieuw te vertalen naar het maken van een beslisboom gericht op het bepalen van de volgorde van de drie geselecteerde behandelcomponenten.

Experts gaven aan dat de volgende **cliëntfactoren** van invloed kunnen zijn op het behandelresultaten van een gehechtheids- en traumabehandeling:

- De mate van **psychopathologie van ouders**. Niet alleen PTSS klachten, maar een **breed spectrum aan traumagerelateerde klachten**, zoals persoonlijkheidsproblematiek, depressieve klachten en problemen met emotieregulatie.
- De mate waarin de ouder (psycho)somatische klachten ervaart.
- Het **type traumaklachten**. Het kan lastiger zijn om traumabehandeling in te zetten wanneer ouders of kinderen dissociatieve klachten of ernstige schuld- of schaamtegevoelens hebben, of vermijdingsreacties laten zien.
- De mate waarin de ouder (en indien van toepassing het kind) in staat is tot **mentaliseren**.
- De **maatschappelijke positie** van de ouder (bijvoorbeeld werk, inkomen en sociale contacten). Dit is van invloed op de hoeveelheid stress die de ouder ervaart en het gevoel van eigenwaarde en heeft daarmee invloed op het behandelresultaten.
- De mate van **veiligheid** in het gezin. Een tekort aan basale veiligheid (voedselzekerheid, dak boven hoofd en dreiging geweld gestopt) en een **grote hoeveelheid dagelijkse stressoren** zijn van invloed op het effect van de behandeling.
- De mate waarin het kind zich zorgen maakt over de veiligheid of over zijn ouder.
- Of het kind **toestemming** ervaart voor behandeling en ouders de behandeling actief ondersteunen.

- De mate waarin ouders nog verwickeld zijn in **juridische procedures**, strafrechtelijk (zoals aangifte van huiselijk geweld) of civielrechtelijk (zoals procedures over omgang, gezag of verblijfs-status).
- Het **type partnergeweld** en de slachtoffer/dader dynamiek in de partnerrelatie.
- De mate van contact met de vader (**omgang**) en de mogelijke gevolgen van de behandeling op de omgang met de andere ouder.
- De **mate waarin de vader betrokken wordt bij de behandeling**, bijvoorbeeld met behulp van Caring dads of deelname aan de e-interventie Url en Uk.
- De mate waarin het **normale leven doorgang** kan hebben in de opvang, zoals naar school gaan, contact met familie en met vriendjes spelen.
- De mate waarin de ouder zelf **steun- of gehechtheidsfiguren** heeft en de **compensatiemogelijkheden** vanuit het netwerk. Als een ouder door zijn eigen problematiek niet in staat is het kind te ondersteunen, kunnen steunfiguren uit het netwerk oudertaken overnemen en zo een positief effect hebben op het behandelresultaat.
- De mate waarin de ouder een **hulpvraag heeft en/of gemotiveerd is** voor een op gehechtheid/trauma gerichte interventie.
- De mate waarin ouders **verantwoordelijkheid** nemen voor de gebeurtenissen.
- De mate waarin **aanvullende interventies** worden aangeboden aan het gezin, zoals lichaamsgerichte interventies, lotgenotencontact (of eventueel met een ervaringsdeskundige professional) en/of creatieve uitingsvormen zoals sport, yoga, meditatie en ontspanningsoefeningen.

Daarnaast werden de volgende **professional factoren** genoemd:

- De mate waarin **wordt samengewerkt met andere hulpverleners** die betrokken zijn bij het gezin.
- De mate van **monitoring** (op veiligheid, stressoren, klachtreductie, doelrealisatie, clienttevredenheid). Adequate monitoring tijdens de behandeling en tijdig ingrijpen bij stagnaties van de hulp heeft een positief effect.
- De mate waarin ouders (en indien van toepassing, het kind) **psycho-educatie** hebben ontvangen over huiselijk geweld, trauma- en gehechtheidsproblematiek, hoe hun klachten zijn ontstaan en voortbestaan en hoe behandeling zou kunnen helpen.
- De mate waarin **focus** wordt bepaald in de behandeling. Het is belangrijk dat er een duidelijke focus bestaat in de behandeling.

Op basis van bovenstaande input van experts wordt duidelijk dat de drie behandelcomponenten ingezet dienen te worden in een **breder hulpverleningscontext** waarin aandacht is voor onder andere de veiligheid, de afname van dagelijkse stressoren, de partnerrelatie, de omgang met de vader van het kind, het verbeteren van de maatschappelijke positie van het gezin en het bevorderen van een steunend netwerk. Onderzoek naar de drie behandelcomponenten en de beslisboom zal dan ook worden uitgevoerd in de context van de vrouwenopvang, waar al hulpverlening gericht op deze factoren aanwezig is. Soms zal het nodig zijn één of meerdere van de hierboven genoemde belemmerende factoren op te heffen voordat überhaupt gestart kan worden met een van de drie behandelcomponenten. De experts verwezen naar de methodiek *Slappende honden? Wakker maken!* (Struik, 2012) als hulpmiddel om barrières die traumabehandeling van het kind in de weg staan in kaart te brengen en op te heffen.

Het huidige onderzoek richt zich op kortdurende behandeling. Experts gaven unaniem aan dat ook met kortdurende interventies grote behandel-effecten te bereiken zijn. Desondanks zullen sommige gezinnen aangewezen zijn op aanvullende GGZ hulp (bijvoorbeeld gericht op persoonlijkheidsproblematiek van de ouder of ontwikkelings-trauma bij het kind). De geraadpleegde experts waren het erover eens dat alle drie de behandelcomponenten (behandeling van trauma ouder, de ouder-kindrelatie en traumabehandeling van het kind) nodig zijn voor het bereiken van structurele veiligheid in deze gezinnen. Zo merkten ze bijvoorbeeld op dat behandeling van het trauma van de ouder op zichzelf vaak onvoldoende effect heeft op het oudergedrag en de ouder-kindrelatie en dat interventies gericht op een veilige gehechtheidsrelatie op zichzelf vaak onvoldoende zijn om de traumaklachten van het kind te behandelen. Op de vraag *in welke volgorde de drie geselecteerde behandelcomponenten dienen te worden ingezet* kwam geen eenduidig antwoord naar voren. De experts waren het erover eens dat het voorkómen van het toevoegen van schade bij het kind prioriteit heeft, dit maakt dat klinici vaker eerst insteken op behandeling van de ouder of de ouder-kindrelatie en pas daarna op traumabehandeling van het kind. Ook was er overeenstemming dat het behandelen van het relationele trauma bij de ouder én het kind, dus het behandelen van de traumatische gebeurtenissen waar zowel ouder als het kind bij betrokken waren, de voorkeur heeft. Wanneer experts rechtstreeks werd gevraagd waarop ze de behandeling als eerste zouden insteken, bijvoorbeeld: *‘Wanneer een ouder hoog scoort op zowel traumaklachten als op schadelijk oudergedrag, waar zou je dan als eerst op inzetten?’*, werd heel wisselend antwoord gegeven. Veel experts gaven aan dat ze de wens van cliënten leidend laten zijn in het bepalen van de behandelvolgorde.

### **Deel 2c: Interviews met cliënten**

Naast het literatuuronderzoek en het verzamelen van input van professionals zijn semigestructureerde interviews gehouden met verschillende (oud-)cliënten die trauma- en gehechtheidsbehandeling hebben ontvangen bij een vrouwenopvang. Hoewel het doel was om acht cliënten te interviewen, zijn uiteindelijk vanwege de corona-maatregelen slechts vier cliënten geïnterviewd ten tijde van deze publicatie. In de verdere ontwikkeling van de beslisboom en in de uitvoering van het onderzoek zal nog op verschillende momenten om input worden gevraagd van oud-clieñten die ervaringsdeskundig zijn op het gebied van trauma- en gehechtheidsbehandeling na huiselijk geweld.

De cliënten die zijn geïnterviewd betroffen allen moeders die bij een vrouwenopvang verbleven met ten minste één kind jonger dan 6 jaar oud. Ze hadden allen NIKA ontvangen voor de ouder-kindrelatie, EMDR voor hun eigen trauma en EMDR (verhalenmethode) voor het trauma van hun kind. Het interview bestond uit 21 vragen over de behandeling die ze hadden ontvangen, waarin onder andere werd ingegaan op hoe de cliënt deze behandelingen had ervaren en hoe ze reflecteerde op de volgorde waarin deze 3 behandelingen waren aangeboden. De cliënt werd steeds gevraagd om antwoord te geven op een schaal van 1 tot 10 (bijvoorbeeld hoe prettig de samenwerking met de therapeut was of hoeveel vooruitgang de ouder had ervaren sinds de behandeling). Vervolgens werd met de cliënt gereflecteerd op hoe het een cijfer hoger had kunnen worden, en daarna waarom het geen lager cijfer was. Hiermee trachtten we inzicht te krijgen in wat de cliënten als helpende en storende factoren hadden ervaren in hun behandelproces. Hieronder worden de hoofdpunten uit de interviews samengevat.

- **Kwaliteit van de cliënt-therapeut relatie.** Alle cliënten benadrukten hoe belangrijk ze de behandelrelatie met hun therapeut vonden. Ze gaven aan dat wanneer ze het gevoel hadden dat



de therapeut goed naar hen luisterde, hen begreep en in de begeleiding probeerde aan te sluiten bij hun persoonlijke behoeften, ze zich gesterkt voelden in hun behandelmotivatie en ze de kans van slagen van de behandeling als groter achtten. Ook vonden ze het prettig wanneer in de behandeling een expliciete link werd gelegd tussen hun huidige problematiek en de oorsprong hiervan. Eén cliënt gaf bijvoorbeeld aan over haar therapeut: *“Ze kon me een hele goede kijk geven op de hele situatie waar ik in zit”*. Een andere cliënt gaf aan: *“[...] ze kan zich heel erg inleven in mijn situatie. Ze pakt echt de dingen aan bij de wortel en dat heb ik eigenlijk in al die tijd [...] niet eerder gehad”*.

- **Volgorde van verschillende behandelcomponenten.** De meeste cliënten gaven aan dat ze het moeilijk vonden om goed te reflecteren op de volgorde waarin de verschillende behandelingen waren aangeboden. Drie van de vier cliënten gaven aan dat ze het prettig vonden dat eerst werd ingezet op de ouder-kindrelatie door middel van NIKA, vóórdat de individuele traumabehandeling startte. De traumabehandeling die ze zelf hadden gekregen ervoeren ze als vrij heftig omdat het hen confronteerde met nare herinneringen. Dit maakte het prettig om eerst wat “lichter” te starten met NIKA, wat ze als meer laagdrempelig ervoeren. Eén cliënt gaf echter aan het juist prettig te vinden dat ze eerst zelf traumabehandeling kreeg, vóór op de ouder-kindrelatie werd gefocust. Ze gaf aan het belangrijk te vinden om eerst zelf wat stabielere te zijn, voordat behandeling op de relatie met haar kind zou worden gericht. Wat betreft de volgorde van traumabehandeling voor de ouder en voor het kind, kwamen ook verschillende voorkeuren naar voren. Zo gaf een cliënt aan het juist fijn te vinden dat de traumabehandeling voor haar kind voorafging aan die van haarzelf. Ze kreeg namelijk stress door het onhandelbare gedrag van haar kind – wat afnam nadat de traumabehandeling voor haar kind startte. Een andere cliënt vond het juist fijn dat ze eerst zelf traumabehandeling kreeg en daarna pas haar kind. Een argument dat de ouder hiervoor gaf was dat ze zelf al wist wat er ging komen, en daardoor haar kind ook beter kon voorbereiden en ondersteunen bij diens traumabehandeling.
- **Intensiteit van de behandeling.** Uit de interviews viel op dat drie van de vier cliënten aangaven dat ze de trauma- en gehechtheidsbehandeling op een intensievere manier zouden willen krijgen. De sessies lagen nu soms meer dan één week uit elkaar. In de tussentijd ervoeren ze soms nog problemen in het dagelijks leven, waarbij ze onvoldoende aanknopingspunten hadden.
- **Belemmerende factoren.** Wat bij vrijwel alle cliënten naar voren kwam wanneer werd gevraagd naar wat zij nodig hadden om de behandelresultaten op langere termijn vast te kunnen houden, was dat zij in hun dagelijks leven veel moeilijkheden ervaren die een belemmerende rol kunnen spelen. Zo kunnen ze bijvoorbeeld kampen met stress rondom rechtszaken, wisselende huisvesting in verband met hun eigen veiligheid, of andere psychische problemen waarvoor ze nog niet (voldoende) waren behandeld. Ook gaven sommige cliënten aan dat het verblijven op de vrouwenopvang soms extra stress kan opleveren. Dit zijn dan ook belangrijke factoren die in een behandelplan meegenomen dienen te worden.

### *Conclusie cliëntinterviews*

Het feit dat de cliënten het belang van de behandelrelatie zo vaak noemden komt overeen met de literatuurstudie, waarin ook het belang van de alliantie tussen therapeut en cliënt naar voren kwam. Verschillende cliënten gaven aan hoe belangrijk ze het vonden dat hen duidelijk werd gemaakt waardoor hun problematiek werd veroorzaakt. Dit sluit onder andere aan bij de handelingswijze van NIKA, waarin een link wordt gelegd tussen de trauma's die ouders hebben meegemaakt en hun huidige

opvoedgedrag. Het lijkt dan ook belangrijk dat therapeuten hier goed op getraind zijn en voldoende kennis en ervaring hebben. Wat betreft de behandelvolgorde lijkt er niet één juiste aanpak te zijn. Verschillende cliënten gaven hier een andere voorkeur in aan. Die voorkeur lijkt mede afhankelijk te zijn van de motivatie die ouders voelen om hun eigen trauma's al dan niet als eerste te behandelen. Waar sommige ouders dit te confronterend vinden of de noodzaak er nog niet van inzien, zouden andere ouders die meer stress ervaren door hun trauma er wellicht de voorkeur aan geven om dit eerst te behandelen. Tot slot is het belangrijk om te overwegen om de behandeling in wat intensievere vorm aan te bieden aan gezinnen – hier gaven verschillende cliënten de voorkeur aan. Daarnaast moeten trauma- en gehechtheidsbehandelingen goed worden ingebed in een behandelprogramma waarin ook aandacht is voor andere problematiek in het gezin – en zou hier in de timing van trauma- en gehechtheidsbehandeling waar mogelijk rekening mee gehouden moeten worden.

### **Conclusie deel 2 van de voorstudie**

Op dit moment is de beslisboom nog in ontwikkeling. Op basis van de literatuurstudie, de expertkennis en feedback van cliënten, zijn de volgende kernelementen voor de beslisboom gedestilleerd.

Het doel van de beslisboom is professionals handvatten geven in welke volgorde de traumabehandeling van de ouder, de interventie op de ouder-kindrelatie en de traumabehandeling van het kind moeten plaatsvinden.

#### **1. Diagnostisch besluitvormingsproces.**

Voorafgaand aan het opstellen van het behandelplan wordt in een intakegesprek:

- het cliëntensysteem betrokken en zicht gekregen op hun hulpvraag, veranderwens, de ervaren klachten en het 'achterliggende verhaal' en de eventuele voorkeuren in behandelvolgorde geïnventariseerd;
- diagnostische instrumenten afgenomen om de traumaklachten bij het kind, traumaklachten bij de ouder en de kwaliteit van de ouder-kind interacties in kaart te brengen;
- een inventarisatie gemaakt van mogelijke belemmerende en ondersteunende factoren in de behandeling;
- afgestemd met de betrokken hulpverleners.

#### **2. Behandeling gericht op de ouder-kindrelatie.**

Het eerste element van de beslisboom betreft de vraag wanneer wel of niet gestart zou moeten worden met de gehechtheidsinterventie. Een belangrijke factor die maakt dat deze behandeling uitgesteld of afgebroken zou moeten worden is wanneer de ouder kampt met ernstige traumaklachten waardoor de ouder onvoldoende controle heeft over zijn gedrag of dermate in beslag wordt genomen dat de ouder zijn aandacht niet op de interventie kan richten. In dat geval kan het wenselijk zijn om eerst de trauma's van de ouder te behandelen, voor de gehechtheidsinterventie wordt voortgezet.

#### **3. Traumabehandeling voor de ouder.** Het tweede element van de beslisboom heeft betrekking op de vraag wanneer wel of niet gestart kan worden met traumabehandeling van de ouder. Een belangrijke factor die hierin een rol speelt is de mate waarin de ouder zelf traumaklachten ervaart, hier een veranderwens op heeft en positieve verwachtingen heeft van de inzet van diens traumabehandeling.

- 4. Traumabehandeling voor het kind.** Het laatste element van de beslisboom gaat in op de vraag wanneer wel of niet gestart kan worden met traumabehandeling voor het jonge kind. Belangrijke factoren die maken dat deze behandeling mogelijk uitgesteld zou moeten worden zijn ernstige traumaklachten bij de ouder en ernstig verstorend oudergedrag, waardoor de ouder onvoldoende beschikbaar is tijdens de traumabehandeling van het kind of de traumatisering van het kind nog steeds gaande is. Dit heeft een negatief effect op de behandelresultaten.

De beslisboom zal de komende maanden verder worden ontwikkeld op basis van de eerste feedbackronde. Vervolgens zal de beslisboom wederom worden voorgelegd aan een groep professionals en enkele ervaringsdeskundigen voor een tweede feedbackronde.

## Conclusie en vooruitblik

Al met al wordt met deze voorstudie duidelijk dat onderzoek naar de behandeling van getraumatiseerde gezinnen met jonge kinderen na huiselijk geweld nog in de kinderschoenen staat. Er bestaat vanuit de praktijk nog een zeer grote behoefte aan meer kennis over effectieve interventies en mechanismen voor deze doelgroep. Van géén van de geselecteerde interventies voor de beslisboom is de effectiviteit al onderzocht in de specifieke toepassing voor deze doelgroep in Nederland. Het doel van de interventiestudie die volgt zal dan ook eerst zijn om de effectiviteit van NIKA en EMDR voor de ouder te onderzoeken in een gerandomiseerde studie die zal plaatsvinden op een aantal vrouwenopvang locaties in Nederland. Vanwege praktische overwegingen zal EMDR voor het kind niet worden meegenomen in dit gerandomiseerde onderzoek. Parallel aan deze gerandomiseerde studie zal de beslisboom eerst verder worden ontwikkeld en opnieuw worden voorgelegd aan een groep experts. Vervolgens zal de effectiviteit van de beslisboom op exploratieve wijze worden getoetst middels een *single case experimental design*. Beide studies zullen naar verwachting in de zomer van 2023 zijn afgerond.

## Dankwoord

Onze dank gaat uit naar de cliënten die hun ervaringen met ons wilden delen en daarmee belangrijke input leverden voor dit onderzoek. Ook willen we de experts bedanken die, in fysieke en/of digitale vorm, hebben bijgedragen aan deze voorstudie: Carlijn de Roos, Karine Zuidgeest, Marilene de Zeeuw, Margreet Visser, Alfons Crijnen, Ramón Lindauer, Katinka Knook, Channa Al, Essa Reijmers, Arianne Struik, Marianne Went en Mara van der Hoeven.

## Referenties

- Abrahamse, M. E., Junger, M., van Wouwe, M. A., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2016). Treating child disruptive behavior in high-risk families: A comparative effectiveness trial from a community-based implementation. *Journal of Child and Family Studies, 25*(5), 1605-1622.
- Alink, L., Prevo, M., van Berkel, S., Linting, M., Klein Velderman, M., & Pannebakker, F. (2018). *NPM-2017: Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen*. Leiden: Universiteit Leiden/TNO.
- Anker, M.G., Owen, J., Duncan, B.L., & Sparks, J.A. (2010). The alliance in couple therapy: Partner influence, early change, and alliance patterns in a naturalistic sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 635-645.
- Asnaani, A., & Hall-Clark, B. (2017). Recent developments in understanding ethnocultural and race differences in trauma exposure and PTSD. *Current Opinion in Psychology, 14*, 96-101.
- Balkom, A. L. J. M. van, Vliet, I. M. van, Emmelkamp, P. M. G., Bockting, C. L. H., Spijker, J., Hermens M. L. M., Meeuwissen, J. A. C. namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Barber, J.P., Connolly, M.B., Crits-Christoph, P., Gladis, L. & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (6), 1027-1032.
- Barnhoorn, J., Broeren, S., Distelbrink, M., de Greef, M., van Grieken, A., Jansen, W., ... & Raat, H. (2013). Cliënt-, professional-en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd. *Utrecht: Verwey Jonker Instituut*.
- Benish, S. G., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical psychology review, 28*(5), 746-758.
- Bogat, G. A., DeJonghe, E., Levendosky, A. A., Davidson, W. S., & von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect, 30*(2), 109-125.
- Bowlby J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. 2*. New York, NY: Basic Books.
- Cloitre, M. K., Stovall-McClough, C., Miranda, R., & Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72* (3), 411-416.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127*(1), 87.
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., ... & Weil, A. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review, 43*, 128-141.
- De Young, A. C., Kenardy, J. A., & Cobham, V. E. (2011). Trauma in early childhood: A neglected population. *Clinical Child and Family Psychology Review, 14*(3), 231.
- Draaisma, A. K., & Zuidgeest, K. (2014). *NIKA Interventie ter voorkoming of vermindering van problematische gehechtheid. Handleiding, protocol en werkbladen voor ouders*. Haarlem: Jeugdzorg Academie.
- Driesen, I., & Besselink, P. (2016). De werkzame bestanddelen van de hulpverlening aan gezinnen met meervoudige problematiek. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice, 25*(3), 39-57.

- Dumbrill, G. C. (2006). Parental experience of child protection intervention: A qualitative study. *Child Abuse & Neglect, 30*(1), 27-37.
- Earner, I. (2007). Immigrant families and public child welfare: barriers to services and approaches for change. *Child Welfare, 86*(4).
- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D. M., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D., ... & Yule, W. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review, 30*(2), 269-276.
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical psychology review, 34*(8), 645-657.
- Eliëns, M., & Prinsen, B. (2011). *Handleiding kortdurende video-hometraining in gezinnen met jonge kinderen: Voor professionals in de jeugdgezondheidszorg*. Amsterdam: SWP
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Symonds, D., & Horvath, A.O. (2011). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 59*, 10-17.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet, 373*(9657), 68-81.
- Groh, A. M., Fearon, R. M. P., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Roisman, G. I. (2017). Attachment in the early life course: meta-analytic evidence for its role in socioemotional development. *Child Development Perspectives, 11*(1), 70-76.
- Groh, A. M., Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Steele, R. D., & Roisman, G. I. (2014). The significance of attachment security for children's social competence with peers: A meta-analytic study. *Attachment & Human Development, 16*(2), 103-136.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Development, 83*(2), 591-610.
- Hagenaars, M.A., Fisch, I. & van Minnen, A. (2011). The effect of trauma onset and frequency of PTSD associated symptoms. *Journal of Affective Disorders, 132*, 192-199.
- Harvey, S. T., & Taylor, J. E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 30*, 517-535.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (Eds.) (2008). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. New York: Taylor & Francis.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van IJzendoorn, M.H. (2016). Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD): Development and metaanalytical evidence of its effectiveness. In H. Steele & M. Steele (Eds.), *Handbook of attachmentbased interventions*. New York: Guilford.
- Keller, S. M., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2010). Understanding factors associated with early therapeutic alliance in PTSD treatment: Adherence, childhood sexual abuse history. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78* (6), 974-979.
- Kemp, S. P., Marcenko, M. O., Hoagwood, K., & Vesneski, W. (2009). Engaging parents in child welfare services: Bridging family needs and child welfare mandates. *Child Welfare, 88*(1), 101-126.
- Kirsch, V., Keller, F., Tutus, D., & Goldbeck, L. (2018). Treatment expectancy, working alliance, and outcome of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 12*(1), 16.

- Laska, K. M., Smith, T. L., Wislocki, A. P., & Wampold B. E. (2013). Uniformity of evidence-based treatments in practice? Therapist effects in the delivery of cognitive processing therapy of PTSD. *Journal of Counseling Psychology, 60*(1), 31-41.
- Lewey, J. H., Smith, C. L., Burcham, B., Saunders, N. L., Elfallal, D., & O'Toole, S. K. (2018). Comparing the effectiveness of EMDR and TF-CBT for children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 11*(4), 457-472.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ippen, C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*(12), 1241-1248.
- Lindebø Knutsen, M., Sachser, C., Holt, T., Goldbeck, L., & Jensen, T. K. (2020). Trajectories and possible predictors of treatment outcome for youth receiving trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12*(4), 336-346.
- Littell, J. H., & Tajima, E. A. (2000). A multilevel model of client participation in intensive family preservation services. *Social Service Review, 74*(3), 405-435.
- Lovett, J. (1999). *Small wonders: healing childhood trauma with EMDR*. New York, NY: Free Press.
- Lowell, A., Renk, K., & Adgate, A. H. (2014). The role of attachment in the relationship between child maltreatment and later emotional and behavioral functioning. *Child Abuse & Neglect, 38*(9), 1436-1449.
- Madigan, S., Moran, G., Schuengel, C., Pederson, D. R., & Otten, R. (2007). Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganized attachment in infancy: links to toddler behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(10), 1042-1050.
- Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., ... & Pilling, S. (2020). Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 61*(1), 18-29.
- Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Grey, N., Bhutani, G., Leach, J., Daly, C., ... & Greenberg, N. (2020). Cost-effectiveness of psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults. *PLoS one, 15*(4), e0232245.
- Miller-Graff, L. E., & Campion, K. (2016). Interventions for posttraumatic stress with children exposed to violence: factors associated with treatment success. *Journal of Clinical Psychology, 72*(3), 226-248.
- Moran, G., Pederson, D. R., & Krupka, A. (2005). Maternal unresolved attachment status impedes the effectiveness of interventions with adolescent mothers. *Infant Mental Health Journal, 26*(3), 231-249.
- Muller, R. T., Thornback, K., & Bedi, R. (2012). Attachment as a mediator between childhood maltreatment and adult symptomatology. *Journal of Family Violence, 27*(3), 243-255.
- Nixon, R.D.V., Sterk, J., & Pearce, A. (2012). A randomized trial of cognitive behaviour therapy and cognitive therapy for children with posttraumatic stress disorder following single-incident trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 327-337.
- Polderman, N., Kellaert-Knol, M. G., & Stams, G. J. J. M. (2011). The basic trust method: an attachment-based specialized form of VIG. In H. Kennedy, M. Landor & L. Todd (Eds.), *Video interaction guidance: a relationship based intervention to promote attunement, empathy and wellbeing* (pp. 224-227). London: Jessica Kingsley Publishers.

- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H., & Willutski, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S. R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(1), 52.
- Ormhaug, S. M., Shirk, S. R., & Wentzel-Larsen, T. (2015). Therapist and client perspectives on the alliance in the treatment of traumatized adolescents. *European Journal of Psychotraumatology, 6*(1), 27705.
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 14*(4), 799-815.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 452.
- Steele, H., Murphy, A., Bonuck, K., Meissner, P., & Steele, M. (2019). Randomized control trial report on the effectiveness of Group Attachment-Based Intervention (GABI (c)): Improvements in the parent-child relationship not seen in the control group. *Development and Psychopathology, 31*(1), 203-217.
- Stith, S.M., Liu, T. L., Davies, C., Boykin, E.L., Alder, M.C., Harris, J.M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 14*, 13-29.
- Struik, A. (2012). *Slapende honden? Wakker maken!* Amsterdam, Nederland: Pearson Benelux Clinical.
- Telman, M. D., Overbeek, M. M., de Schipper, J. C., Lamers-Winkelmann, F., Finkenauer, C., & Schuengel, C. (2016). Family functioning and children's post-traumatic stress symptoms in a referred sample exposed to interparental violence. *Journal of Family Violence, 31*(1), 127-136.
- Van der Asdonk, S., Cyr, C., & Alink, L. R. A. (2020). Improving parent-child interactions in maltreating families with the Attachment Video-feedback Intervention: Parental childhood trauma as a moderator of treatment effects. *Manuscript in revisie*.
- Verwey Jonker. (2018). Factsheet Onderzoek Oranje Huis Aanpak. Retrieved from [https://www.verwey-jonker.nl/doc/2018/116038\\_Factsheet\\_Onderzoek\\_Oranje\\_Huis\\_Aanpak180522.pdf](https://www.verwey-jonker.nl/doc/2018/116038_Factsheet_Onderzoek_Oranje_Huis_Aanpak180522.pdf)
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Laska, K. M., Benish, S., Miller, S. D., Flückiger, C., ... & Budge, S. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical psychology review, 30*(8), 923-933.
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 74*(6), e541-e550.
- Weems, C. F., & Scheeringa, M. S. (2013). Maternal depression and treatment gains following a cognitive behavioral intervention for posttraumatic stress in preschool children. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(1), 140-146.
- Zisser, A., & Eyberg, S. M. (2010). Parent-Child Interaction Therapy and the treatment of disruptive behavior disorders. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 179-193). New York, NY: Guilford Press.
- Zorzella, K. P., Muller, R. T., & Cribbie, R. A. (2015). The relationships between therapeutic alliance and internalizing and externalizing symptoms in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse & Neglect, 50*, 171-181.