

TRAUMA EN GEHECHTHEID NA HUISELIJK GEWELD

Een handreiking met handvatten voor het bepalen van de behandelvolgorde van trauma- en gehechtheidsbevorderende interventie(s) voor ouders en jonge kinderen (0-6 jaar) na huiselijk geweld.

Versie 1.1



29 september 2026

Inhoudsopgave

Introductie van de handreiking	4
1. Voor wie is deze handreiking?	4
2. Uitgangspunten van deze handreiking.....	4
3. Wanneer gebruik ik deze handreiking?.....	4
4. Op welke behandelingen is deze handreiking van toepassing?	5
5. Wat is de onderbouwing van deze handreiking?	5
6. Doorontwikkeling van de handreiking	5
7. Hoe gebruik ik deze handreiking?	6
Stroomdiagram 'Behandelvolgorde Trauma en Gehechtheid na Huiselijk Geweld'	7
Toelichting op de factoren.....	8
Bijlage A – Gebruikersvoorwaarden van de handreiking.....	12
Bijlage B – Onderbouwing van de handreiking	13
De ontwikkeling van de handreiking in het kort.....	13
Deelnemers in de Delphi-studie	13
Vragenlijstrondes.....	13
Van vragenlijstresultaten naar handreiking.....	14
Bijlage C – Casusillustraties bij de handreiking.....	15
Bijlage D – Gebruikte referenties.....	17

© Deze handreiking is een uitgave van de Universiteit Leiden (september 2026). De handreiking is tot stand gekomen in samenwerking met de leden van het onderzoeksteam 'Samen stap voor stap vooruit', bestaande uit:

Lenneke Alink, hoogleraar Forensische Gezinspedagogiek, Universiteit Leiden.

Carlo Schuengel, hoogleraar Orthopedagogiek, Vrije Universiteit Amsterdam.

Sabine van der Asdonk, universitair docent Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Leiden.

Anja van der Voort, universitair hoofddocent Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Leiden.

Carlijn de Roos, PhD, klinisch psycholoog en psychotherapeut, Levvel en onderzoeker Amsterdam Universitair Medisch Centrum.

Karine Zuidgeest, GZ-psycholoog, NIKA Nederland.

Nina Draaisma, Kinder en Jeugdpsycholoog, NIKA Nederland en De Jeugdzorgacademie.

Willemien van den Dorpel, MSc, voorzitter en redactie, Universiteit Leiden.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden de auteurs zich gaarne aanbevolen.

Voor het overnemen van (gedeelten uit) deze uitgave dient men zich te richten tot de ontwikkelaars van de handreiking.

Instituut Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Leiden

Wassenaarseweg 52

2333AK Leiden

[Webpagina handreiking](#)

Contact: s.van.der.asdonk@fsw.leidenuniv.nl

De volgende referentie kan gebruikt worden ter verwijzing naar de handreiking:

Alink, L.R.A., Schuengel, C., Asdonk, A. van der, Voort, A. van der, Roos, C. de, Zuidgeest, K. , Draaisma, N. & Dorpel, W.M. van den (2026). *Trauma en gehechtheid na huiselijk geweld: Handreiking voor het afstemmen van de behandelvolgorde in gezinnen met jonge kinderen (0-6 jaar)*. Universiteit Leiden.

Introductie van de handreiking

1. Voor wie is deze handreiking?

Deze handreiking is opgesteld voor behandelaren die werken met gezinnen met jonge kinderen (0-6 jaar), waarin huiselijk geweld heeft plaatsgevonden. Met behandelaren bedoelen we behandelaren die zijn geschoold in zowel gehechtheidsbevorderende behandeling die is gericht op de ouder-kind interactie (bijv. NIKA of VIPP-SD), traumabehandeling voor het (jonge) kind (bijv. EMDR of een traumagerichte cognitieve gedragstherapie) en traumabehandeling voor volwassenen (bijv. EMDR of Imaginaire Exposure). Werkt u wél als behandelaar met gezinnen in deze doelgroep, maar bent u niet in elk van de genoemde typen behandeling geschoold? Raadpleeg dan een collega-behandelaar die geschoold is in het type behandeling waarin u niet bent geschoold, en maak de afweging voor de behandelvolgorde in overleg, op basis van deze handreiking.

2. Uitgangspunten van deze handreiking

Een eerste uitgangspunt van deze handreiking is dat gehechtheidsbevorderende behandeling, traumabehandeling voor de ouder en traumabehandeling voor het kind in eerste instantie **kortdurend** (max. 6 sessies) worden ingezet. Door de verschillende interventies opeenvolgend kortdurend aan te bieden aan een gezin kan op relatief korte termijn verlichting van klachten optreden op meerdere leefgebieden. Een korte duur van het totale traject is tevens wenselijk in deze doelgroep omdat de draagkracht van gezinnen doorgaans al belast wordt door stressoren op meerdere leefgebieden. Het aangaan van een commitment voor een langdurig behandeltraject kan uitval vergroten en kan de motivatie van de ouder verminderen (McWey et al., 2014).

Een tweede uitgangspunt van de handreiking is dat deze is bedoeld voor het bepalen van het behandeltraject van het kind en de **hoofdropvoeder** van het kind. Hiermee bedoelen we de opvoeder met wie het kind het meeste contact heeft, vaak de opvoeder bij wie het kind woont. Woont het kind met beide opvoeders en is het kind met beide opvoeders bij u aangemeld? Doorloop de handreiking dan voor elke opvoeder afzonderlijk. In het vervolg van de handreiking wordt steeds de term 'ouder' gebruikt om de hoofdropvoeder aan te duiden. Als er meerdere kinderen uit eenzelfde gezin met hun ouder(s) bij u worden aangemeld, doorloop de handreiking dan eerst voor het kind met de meeste klachten en de ouder, en daarna voor de andere kinderen met de ouder.

Een derde uitgangspunt van de handreiking is dat deze alleen ingaat op inhoudelijke factoren. Dit betekent dat deze handreiking helpt met de **inhoudelijke argumentatie** voor een behandelvolgorde. Door praktische factoren is het mogelijk dat deze behandelvolgorde toch niet haalbaar is voor een gezin. Er kunnen bijvoorbeeld stressoren op het gebied van huisvesting of financiën zijn, maar ook juridische of logistieke zaken kunnen een rol spelen in de haalbaarheid van de meest wenselijke behandelvolgorde voor een gezin. U kunt als behandelaar zelf afwegen hoe de praktische factoren zich verhouden tot de meest wenselijke behandelvolgorde die uit de handreiking komt.

3. Wanneer gebruik ik deze handreiking?

U gebruikt deze handreiking als u een gezin met één of meerdere jonge kinderen (0-6 jaar) in behandeling heeft waarin sprake is geweest van huiselijk geweld. Huiselijk geweld heeft directe en indirecte effecten op de mentale gezondheid, het gedrag en de onderlinge relaties van de verschillende gezinsleden. Hierdoor is er een indicatie voor verschillende behandelingen. Deze handreiking helpt bij het kiezen van de behandelvolgorde voor dit gezin, waarbij aandacht wordt besteed aan gehechtheidsbevorderende behandeling voor ouder en kind, traumabehandeling voor de ouder en traumabehandeling voor het kind. Als tijdens het diagnostisch proces blijkt dat de

problemen die spelen alleen voortkomen uit iets anders (bijv. algemene stress over de woonsituatie, maar niet specifiek gerelateerd zijn aan de meegemaakte traumatische gebeurtenissen), dan is het gebruik van deze handreiking niet passend.

4. Op welke behandelingen is deze handreiking van toepassing?

Met gehechtheidsbevorderende behandeling in deze handreiking bedoelen we interventies die zijn gericht op het bevorderen van een veilige gehechtheidsrelatie voor het jonge kind (0-6 jaar) en diens ouder. Hierbij gaat het specifiek om de interventies die gebruik maken van video-feedback (bijv. VIPP-SD of NIKA). Met traumabehandeling voor de ouder bedoelen we interventies die zijn gericht op het verminderen van trauma(gerelateerde) klachten van volwassenen (bijv. EMDR of Imaginaire Exposure) en met traumabehandeling voor het kind bedoelen we interventies die zijn gericht op het verminderen van trauma(gerelateerde) klachten van het kind (bijv. EMDR of een traumagerichte cognitieve gedragstherapie). Voor elk van de behandelingen geldt dat idealiter een *evidence-based* behandelmethode gekozen wordt, zoals beoordeeld door bijvoorbeeld het [Nederlands Jeugdinstituut](#) of voorgeschreven in de richtlijnen [PTSS voor volwassenen](#), [Problematische gehechtheid](#) en [Traumagerelateerde problemen bij kinderen](#).

5. Wat is de onderbouwing van deze handreiking?

De handreiking is tot stand gekomen op basis van wetenschappelijk onderzoek. Voordat dit onderzoek plaatsvond was er geen wetenschappelijke literatuur die onderzocht op welke manier de volgorde van behandeling, specifiek in deze doelgroep, het beste bepaald kan worden. Om tot deze handreiking te komen is daarom eerst een Delphi-studie uitgevoerd, waarbij een groep expert-behandelaren is gevraagd welke factoren zij meenemen bij het bepalen van de volgorde van gehechtheidsbevorderende behandeling en traumabehandeling voor ouder en kind. Deze behandelaren werken in de klinische praktijk met gezinnen in deze doelgroep, en zijn getraind en ervaren in het geven van zowel kortdurende gehechtheidsbevorderende behandeling voor ouder en kind, traumabehandeling voor de ouder als traumabehandeling voor het kind. In de vragenlijst die de behandelaren kregen voorgelegd, konden zij eerst aangeven welke factoren zij zelf meenemen bij het beslissen over de volgorde van de behandelingen. Vervolgens hebben zij in verschillende vragenlijstrondes aangegeven of en hoe alle factoren die door de verschillende behandelaren genoemd waren, de prioriteit van gehechtheidsbevorderende behandeling, traumabehandeling voor de ouder, en traumabehandeling voor het kind beïnvloeden. In deze handreiking zijn de factoren opgenomen waarvan ten minste 70% van de behandelaren aangaf dat ze de prioriteit voor de desbetreffende behandeling verhogen. U herkent deze factoren aan de gekleurde tekstvakken met witte tekst. Na de verschillende vragenlijstrondes zijn de factoren verder gespecificeerd en is informatie toegevoegd over hoe deze een rol spelen in het bepalen van de behandelvolgorde voor een specifiek gezin. Deze toelichting is toegevoegd na overleg met twee expert-behandelaren uit het onderzoeksteam. Een meer uitgebreide onderbouwing van de handreiking is toegevoegd in [Bijlage B](#) van deze handreiking.

6. Doorontwikkeling van de handreiking

Wilt u op de hoogte blijven van de doorontwikkeling en eventuele volgende versies van deze handreiking? Laat dan uw gegevens achter via de volgende link. Daarnaast kunt u deze link gebruiken om eventuele feedback, suggesties voor aanvullingen, of tips te geven om de handreiking nog beter bij de behoeften van de gebruikers aan te doen sluiten.

https://leidenuniv.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_5yDEHTTCAktpdNc.

7. Hoe gebruik ik deze handreiking?

Deze handreiking gaat ervan uit dat u in de intake- en diagnostiekfase de factoren uit Tabel 1 in kaart brengt, naast de algemene informatie die u tijdens elke intakefase in kaart zou brengen¹.

Tabel 1

Factoren die voorafgaand aan de behandel fase in kaart gebracht dienen te worden

Ouderfactoren
1. Aanwezigheid PTSS of ernstige traumagerelateerde klachten bij de ouder
2. Mate van mentaliserend vermogen
3. Mate van extreem insensitief / schadelijk oudergedrag
4. Voorkeur van de ouder voor een specifieke behandeling (voor ouder zelf of voor het kind)
Kindfactoren
5. Aanwezigheid PTSS of ernstige traumagerelateerde klachten bij het kind
Overige factoren
6. Klachten in gehechtheidsrelatie n.a.v. problematische gehechtheidsgeschiedenis van het kind met de ouder

Aan de hand van bovenstaande factoren kunt u met behulp van het stroomdiagram op de volgende pagina een onderbouwde keuze maken voor de behandelvolgorde in het gezin dat u wilt behandelen. In Bijlage C kunt u een aantal casusillustraties lezen waarin de handreiking is gebruikt en de gedachtegang is weergegeven.

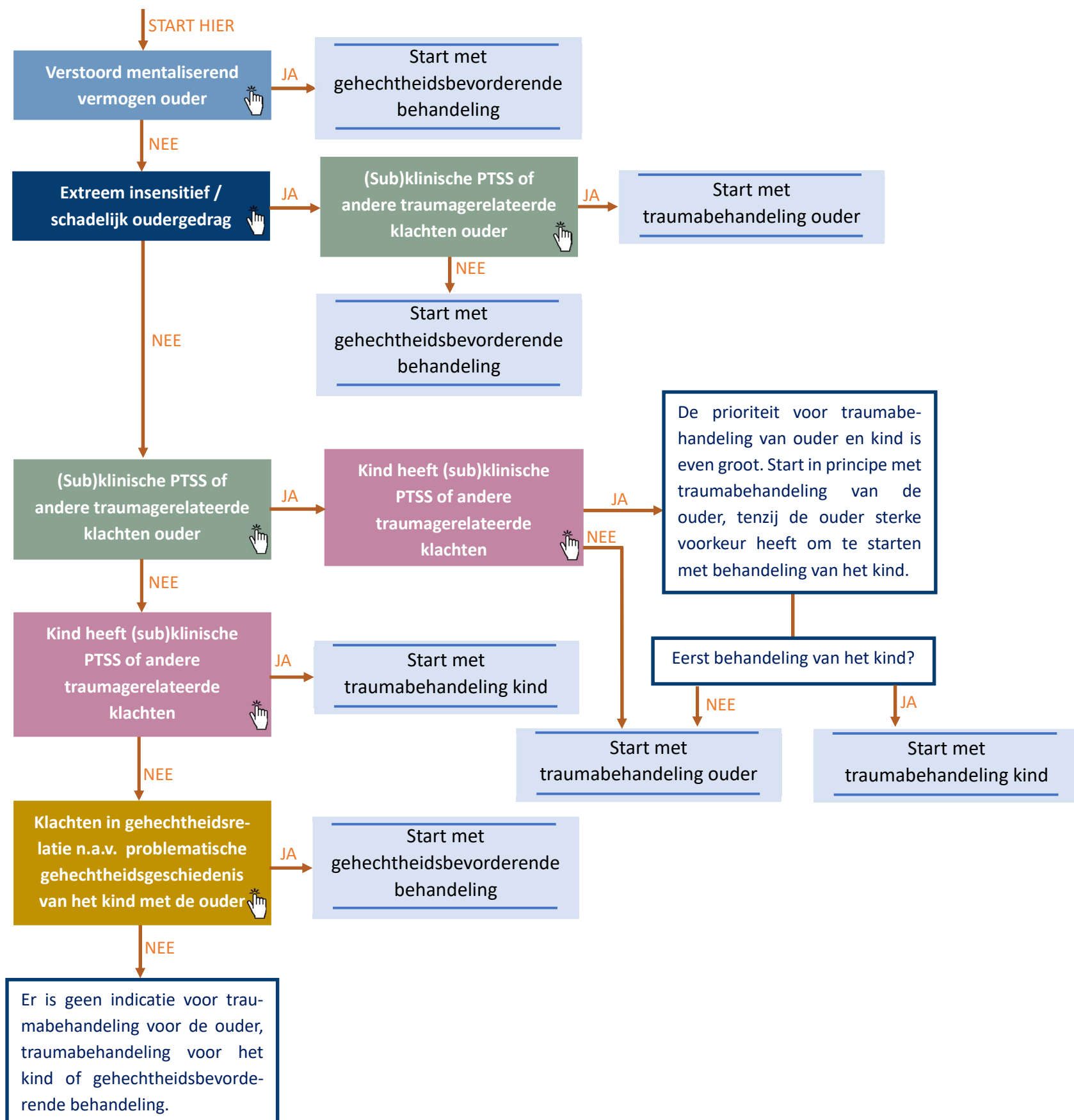
Een factor die niet apart wordt benoemd in het stroomdiagram maar wel de behandelvolgorde kan beïnvloeden is de voorkeur van de ouder voor een specifieke behandeling of behandelvolgorde. Als de ouder (desgevraagd) aangeeft een voorkeur te hebben voor de ene, dan wel de andere behandeling, neem deze voorkeur dan mee in het bepalen van de behandelvolgorde. Denkt u als behandelaar dat het beter is om te starten met een andere behandeling? Bespreek dit samen met de ouder en leg het uit. Gaat de ouder mee in uw afweging? Start dan met de behandeling die u voor ogen heeft. Als de ouder niet meegaat in uw visie, start dan met de voorkeursbehandeling van de ouder zelf. De verschillende behandelingen worden kortdurend ingezet (max. 6 sessies), dus u kunt dan na de start met de voorkeursbehandeling vervolgen met één van de andere behandelingen.

Door op elk van de factoren (met witte tekst in de gekleurde tekstvakken) in het stroomdiagram te klikken ziet u een toelichting op de desbetreffende factor, en over hoe deze de behandelvolgorde beïnvloedt. Deze toelichting kunt u ook vinden vanaf pagina 5.

¹ Is het kind met beide ouders bij u aangemeld? Breng de factoren in Tabel 1 dan voor beide ouders in kaart.

Stroomdiagram 'Behandelvolgorde Trauma en Gehechtheid na Huiselijk Geweld'

In dit stroomdiagram ziet u de factoren die zijn benoemd onder punt 6 en die u in kaart heeft gebracht tijdens de intake- en diagnostiekfase. Ook kunt u zien hoe de factoren onderling samenhangen en hoe deze factoren de behandelvolgorde voor een specifiek gezin beïnvloeden. U begint door stap voor stap de verschillende factoren af te gaan, beginnend vanaf de pijl met de woorden 'START HIER'. Voor elk van de factoren die in het gezin van toepassing is gaat u vervolgens na hoe deze de behandelvolgorde beïnvloedt. Bent u op basis van de handreiking gestart met één van de behandelingen? Dan kunt u na afronding van de betreffende behandeling het stroomdiagram verder volgen vanaf het punt waar u gebleven was, om zo af te wegen of een volgende behandeling nodig is en welke behandeling dat dan is.



Wanneer sluit ik de behandeling af?

Het behandeltraject kan worden afgesloten als de betreffende factoren zoals in de flowchart genoemd, voldoende verbeterd zijn. Soms kan het zijn dat na een aantal sessies het maximaal haalbare resultaat van de behandeling is behaald en dat de situatie daarna niet meer verder verbetert. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als de klachten niet verder afnemen en nog steeds hoog zijn. Het kan ook zijn dat de klachten in minder dan 6 sessies al voldoende verbeterd zijn. In beide gevallen kunt u het stroomdiagram verder volgen vanaf waar u gebleven bent (en eventueel indien nodig later weer teruggaan naar de eerdere behandeling).

Toelichting op de factoren

Verstoord mentaliserend vermogen van de ouder

Toelichting: mentaliseren is het vermogen van ouders om te herkennen hoe hun kind zich voelt, wat het kind denkt en wil, en hoe dit zich verhoudt tot het gevoel van de ouder zelf (Slade, 2005). Een verstoord mentaliserend vermogen houdt in dat ouders dit niet herkennen, wat zich uit in niet-afgestemd gedrag van de ouder naar het kind. Een verstoring van het mentaliserend vermogen van de ouder kan onder andere blijken uit het volgende (Meins & Fernyhough, 2015):

- Als de ouder wordt gevraagd om het kind te beschrijven klopt de beschrijving niet, de ouder kan zich niet verplaatsen in het kind. Er is bijvoorbeeld sprake van het volgende:
 - De ouder schrijft onterecht negatieve intenties toe aan het kind.
 - De ouder maakt opmerkingen over of tegen het kind die niet passen bij de leeftijd en belevingswereld van het kind. De ouder projecteert bijvoorbeeld het eigen gevoel van de ouder op het kind.
 - De ouder maakt opmerkingen die schadelijk zijn voor het zelfbeeld van het kind.

U kunt het mentaliserend vermogen onderzoeken zoals voorgeschreven in de richtlijn [Problematische gehechtheid](#), bijvoorbeeld met het Working Model of Child Interview (WMCi; Zeanah & Benoit, 1995)². Let op, het is belangrijk om een *beperkt en verstoord* mentaliserend vermogen bij de ouder te kunnen onderscheiden. In het geval van een *Beperkt* mentaliserend vermogen kan de ouder zich wel enigszins verplaatsen in het kind, maar in verminderde mate. De beschrijving van het kind richt zich bijvoorbeeld alleen op diens gedrag, en niet op het gevoel, of de beschrijving van het kind door de ouder is oppervlakkig. Een beperkt mentaliserend vermogen is niet direct prioriteitverhogend voor de inzet van gehechtheidsbevorderende behandeling.

Invloed op de volgorde: Wanneer er sprake is van een *verstoord* mentaliserend vermogen, wordt in principe altijd gestart met gehechtheidsbevorderende behandeling voor ouder en kind. Wanneer de ouder echter zodanig veel last ervaart van PTSS-klachten dat deze het vrijwel onmogelijk maken om het gesprek met de ouder aan te gaan over de ouder-kindrelatie, of als de ouder aangeeft eerst zelf behandeling te willen, dan is aan te raden te starten met traumabehandeling voor de ouder.

Als gevolg van de gehechtheidsbevorderende behandeling kan ook het insensitieve/ schadelijke oudergedrag (als dit voortkwam uit het verstoorde mentaliserend vermogen) verminderen of verdwijnen.

Extreem insensitief/ schadelijk oudergedrag

Toelichting: De sensitiviteit van de ouder (het juist herkennen en interpreteren van de signalen en behoeften van het kind, en hierop aansluitend en gepast te reageren (Ainsworth, 1974) is ernstig verminderd. Extreem insensitief/schadelijk oudergedrag wordt gekenmerkt door gedrag dat vaak niet past bij de behoefte van het kind. Het gaat vaak om gedrag dat zich vrijwel alleen richt op de wensen en behoeften van de ouder zelf. Als de ouder wel aansluit bij de behoefte van het kind dan lijkt dit meer toevallig. Soms, als de signalen van het kind sterk genoeg, lang genoeg of vaak herhaald worden door het kind reageert de ouder wel. Doordat de ouder de eigen behoeften centraal stelt worden signalen van het kind vaak genegeerd of zijn reacties van de ouder fragmentarisch en inadequaat. Ook kan het gaan om gedrag van de ouder dat beangstigend en/of verwarrend is voor het kind, als

²Raadpleeg de meest actuele versie van de richtlijn om de meest recente aanbeveling te kunnen volgen. Dit instrument dient als voorbeeld, *niet* als wetenschappelijk ondersteund advies.

reactie op de signalen van het kind. Aanwijzingen voor het extreem insensitieve/ schadelijke oudergedrag blijken bijvoorbeeld uit de analyse van het oudergedrag met behulp van een video-opname van de ouder-kind interactie. U kunt deze analyse uitvoeren zoals voorgeschreven in de richtlijn [Problematische gehechtheid](#), bijvoorbeeld met behulp van de Emotional Availability Scales (Biringen et al., 2000)³. Het extreem insensitieve/schadelijke oudergedrag kan voortkomen uit (1) een verstoord mentaliserend vermogen, (2) de PTSS-klachten van de ouder of (3) andere ouder- of gezinsfactoren. Als het extreem insensitieve/schadelijke oudergedrag op basis van de klinische redenering waarschijnlijk voortkomt uit de PTSS-klachten van de ouder en niet uit een verstoord mentaliserend vermogen, dan herkent de ouder (volgens u als behandelaar) wel hoe het kind zich voelt, en kan de ouder reflecteren op hoe dit zich verhoudt tot het gevoel van de ouder zelf (het mentaliserend vermogen is dus niet verstoord). Vanwege de eigen traumaklachten lukt het de ouder (volgens u als behandelaar) echter niet om het extreem insensitieve/schadelijke oudergedrag zelf aan te passen.

Invloed op de volgorde:

- (1) Als het insensitieve/schadelijke oudergedrag voorkomt uit een verstoord mentaliserend vermogen (óók als er daarnaast sprake is van PTSS-klachten bij de ouder), dan dient gestart te worden met gehechtheidsbevorderende behandeling. Omdat het mentaliserend vermogen echter eerder in de handreiking aan bod is gekomen zal een verstoring hierin waarschijnlijk niet meer aan de orde zijn.
- (2) Als het insensitieve/schadelijke oudergedrag voorkomt in combinatie met ernstige PTSS-symptomen van de ouder, en het mentaliserend vermogen van de ouder is niet verstoord, start dan met traumabehandeling van de ouder zelf.
- (3) Als het extreem insensitieve/schadelijke oudergedrag niet voorkomt uit een verstoord mentaliserend vermogen en ook niet uit de PTSS-klachten van de ouder, dan wordt gestart met gehechtheidsbevorderende behandeling. Tijdens de gehechtheidsbevorderende behandeling onderzoekt u tevens hoe het extreem insensitieve/schadelijke oudergedrag verklaard kan worden. Het kan bijvoorbeeld zijn dat er sprake is van veel stressoren in het gezin, of er kan persoonlijkheidsproblematiek bij de ouder spelen. Naast het inzetten van gehechtheidsbevorderende behandeling neemt u passende maatregelen om de oorzaak van het extreem insensitieve/ schadelijke oudergedrag aan te pakken.

(Sub)klinische PTSS of andere traumagerelateerde klachten bij de ouder



Toelichting: Dit kan blijken uit de PTSS-screener die de ouder heeft ingevuld of uit het klinisch PTSS-interview dat met de ouder is afgenomen. Bij aanwezigheid van PTSS bij de ouder is er een verhoogde prioriteit voor traumabehandeling van de ouder zelf. Deze klachten dienen gezien te worden in combinatie met het oudergedrag en de eventuele PTSS-klachten van het kind.

Invloed op de volgorde:

- Is er sprake van PTSS bij de ouder, en is er daarnaast sprake van een verstoord mentaliserend vermogen? Start dan altijd eerst met gehechtheidsbevorderende behandeling. Zodra het mentaliserend vermogen niet meer verstoord is (mogelijk al na een aantal sessies gehechtheidsbevorderende behandeling i.p.v. de gehele gehechtheidsbevorderende

³Raadpleeg de meest actuele versie van de richtlijn om de meest recente aanbeveling te kunnen volgen. Dit instrument dient als voorbeeld, *niet* als wetenschappelijk ondersteund advies.

behandeling) kunt u zo snel mogelijk verder gaan met het inzetten van traumabehandeling van de ouder zelf.

- Is er sprake van PTSS bij de ouder, is er geen verstoord mentaliserend vermogen, maar wel insensitief/schadelijk oudergedrag richting het kind? Start dan met traumabehandeling bij de ouder.
- Is er sprake van PTSS bij de ouder, zijn er PTSS-klachten bij het kind, en is er geen verstoord mentaliserend vermogen of insensitief/schadelijk opvoedgedrag richting het kind? Dan is de prioriteit voor traumabehandeling van ouder en kind even groot. U start in principe met traumabehandeling van de ouder tenzij de ouder een sterke voorkeur heeft voor starten met behandeling van het kind.

Kind heeft (subklinische) PTSS of andere traumagerelateerde klachten



Toelichting: Dit blijkt bijvoorbeeld uit een traumascreener en/of uit een klinisch diagnostisch interview. PTSS-klachten van het kind kunnen de ontwikkeling ernstig verstoren, en om de ontwikkeling van het kind zo snel mogelijk te herstellen heeft traumabehandeling van het kind zeer hoge prioriteit. Om traumabehandeling bij jonge kinderen goed uit te kunnen voeren is een actieve rol van de ouder wenselijk. Naarmate het kind jonger is heeft de ouder een grotere rol in de behandeling, bijvoorbeeld doordat de ouder in samenwerking met de behandelaar het 'traumaverhaal' van het kind moet kunnen schrijven vanuit het perspectief van het kind. Vervolgens moet de ouder het aankunnen om tijdens de behandeling het verhaal voor te lezen voor het kind en het kind te kunnen steunen.

Soms kan de ouder (nog) geen rol spelen in de traumabehandeling van het kind, bijvoorbeeld omdat de ouder zelf traumaklachten heeft ten gevolge van de traumatische gebeurtenissen die in het traumaverhaal van het kind centraal staan. In dat geval zou ook een andere volwassene betrokken kunnen worden bij de behandeling van het kind, als het kind een goede band met diegene heeft (bijv. een betrokken professional of een ander familielid).

NB! Voordat traumabehandeling van het kind kan plaatsvinden is het tevens belangrijk dat er geen sprake (meer) is van een verstoord mentaliserend vermogen bij de ouder, en dat er geen sprake (meer) is van extreem insensitief of schadelijk oudergedrag. Als dit van toepassing was heeft u hier in een eerdere fase van de handreiking behandeling op ingezet.

Invloed op de volgorde:

Als er sprake is van (sub)klinische PTSS of traumagerelateerde klachten bij het kind, dan is er altijd een noodzaak voor het behandelen van deze klachten. Afhankelijk van de aanwezigheid van sub(klinische) PTSS of andere traumagerelateerde klachten bij de ouder maakt u vervolgens verschillende afwegingen:

Is er geen sprake van (sub)klinische PTSS of andere traumagerelateerde klachten bij de ouder?

- Start dan met traumabehandeling van het kind (mits er geen sprake (meer) is van een verstoord mentaliserend vermogen bij de ouder of extreem insensitief/schadelijk gedrag vanuit de ouder naar het kind).

Is er wel sprake van (sub)klinische PTSS of zijn er andere traumagerelateerde klachten bij de ouder?

Dan kunt u als hierin als behandelaar twee keuzes maken. U kunt:

1. Eerst de PTSS-klachten van de ouder behandelen. Zodra de PTSS-klachten in zoverre zijn behandeld dat de ouder er wél voor het kind kan zijn tijdens de behandeling wordt vervolgens traumabehandeling voor het kind ingezet.

2. Een ander persoon zoeken die tijdens de traumabehandeling van het kind als steunfiguur kan fungeren. Denk hierbij bijvoorbeeld aan iemand uit het netwerk van het kind zelf of, als dit niet mogelijk is, een professional die bij het kind betrokken is.

NB! De afweging tussen bovenstaande keuzes maakt u op basis van de ernst van de PTSS-klachten van ouder en de ernst van de PTSS-klachten van het kind: u start daar te behandelen waar u de grootste verlichting van klachten verwacht.

Klachten in gehechtheidsrelatie n.a.v. een problematische gehechtheidsgeschiedenis van het kind met de ouder



Toelichting: Een problematische gehechtheidsgeschiedenis blijkt bijvoorbeeld uit de ontwikkelingsanamnese of uit een gehechtheidsinterview met de ouder over het kind.

Gebeurtenissen die kunnen wijzen op een problematische gehechtheidsgeschiedenis van het kind zijn bijvoorbeeld een (ingrijpende) scheiding van ouder en kind in het verleden, of mishandeling/verwaarlozing van het kind door de ouder. Negatieve gevolgen hiervan voor het kind blijken bijvoorbeeld uit gehechtheidsgedrag van het kind dat niet past bij een veilige gehechtheidsrelatie.

Ondanks een goed mentaliserend vermogen van de ouder en de afwezigheid van het extreem insensitieve/ schadelijke oudergedrag op dit moment, kan het toch zijn dat er vanwege de problematische gehechtheidsgeschiedenis nog steeds klachten zijn bij het kind in de interactie met de ouder. Dit is bijvoorbeeld het geval als de ouder zich niet bewust is van de schade die het kind in het verleden heeft opgelopen, en denkt dat het voldoende is dat de problemen die de problematische gehechtheidsgeschiedenis veroorzaakten (bijv. het huiselijk geweld of de uithuisplaatsing), zijn gestopt.

Invloed op de volgorde:

Als er klachten in de gehechtheidsrelatie zijn, naar aanleiding van een problematische gehechtheidsgeschiedenis van het kind met de ouder, dan wordt gestart met gehechtheidsbevorderende behandeling, gericht op herstel van schade uit het verleden.

Bijlage A – Gebruikersvoorwaarden van de handreiking

Door het gebruiken van de handreiking 'Behandelveelgorde Trauma en Gehechtheid na Huiselijk Geweld' wordt ervan uitgegaan dat elke gebruiker instemt met de volgende voorwaarden:

- De gebruiker wijzigt op geen enkele manier (onderdelen van) de handreiking. Alle intellectuele eigendomsrechten, waaronder auteursrechten, liggen bij de Universiteit Leiden. Hieruit vloeit voort dat het recht op onder andere verspreiding en exploitatie van deze handreiking uitsluitend toekomt aan de Universiteit Leiden.
- De gebruiker aanvaardt dat de Universiteit Leiden op geen enkele manier verantwoordelijk is voor beslissingen die op basis van de handreiking worden genomen. Ook is de Universiteit Leiden op geen enkele manier verantwoordelijk voor de implementatie van de handreiking in een eigen werkwijze van de gebruiker, evenmin voor het functioneren van de handreiking in die eigen werkwijze. Wel kan een gebruiker contact opnemen met de Universiteit Leiden voor advies over het gebruik en/of de implementatie van de handreiking in de eigen werkwijze van de gebruiker. Zie voor contactgegevens de colofon van de handreiking.

©2026, Universiteit Leiden. Alle rechten voorbehouden.

Bijlage B – Onderbouwing van de handreiking

De ontwikkeling van de handreiking in het kort

Bovenstaande handreiking is ontwikkeld op basis van een onderzoek waarbij gebruik gemaakt werd van de Delphi-methodiek. Het doel van deze methodiek was om op een gestructureerde manier overeenstemming te bereiken over welke factoren volgens expert-behandelaren een rol spelen in het bepalen van de behandelvolgorde voor gezinnen met jonge kinderen (0-6 jaar) waarin huiselijk geweld heeft gespeeld. Hierin werd de focus gelegd op de behandelvolgorde van respectievelijk gehechtheidsbevorderende behandeling, traumabehandeling voor de ouder en traumabehandeling voor het kind.

Deelnemers in de Delphi-studie

Voordat behandelaars konden deelnemen aan het onderzoek werd hen gevraagd om aan te geven in welke typen behandeling zij geschoold waren. Om deel te kunnen nemen dienden zij geschoold te zijn in een behandeling zoals genoemd in Tabel A1, waarbij geldt dat alleen de behandelaars konden deelnemen die in ten minste één type gehechtheidsbevorderende behandeling, één type traumabehandeling voor het jonge kind, en één type traumabehandeling voor volwassenen waren geschoold, konden deelnemen.

Tabel A1

Behandeltypen waarin deelnemers aan de Delphi-studie geschoold konden zijn. Om deel te kunnen nemen dienden zij geschoold te zijn in ten minste één behandeling uit elke kolom

Gehechtheidsbevorderende behandeling	Traumabehandeling volwassenen	Traumabehandeling kind (0-6 jaar)
VIPP-SD	EMDR	EMDR (vanaf 0 jaar)
Ouder-baby interventie	TF-CGT	TF-CGT (vanaf 3-4 jaar)
NIKA	CT/ CPT	Exposure therapie (incl. schrijftherapie; vanaf 4-6 jaar)
Basic Trust methode	Exposure therapie	
PCIT	ImRs	
	BEPP	

Vragenlijstrondes

Behandelaren die in aanmerking kwamen voor deelname aan het onderzoek hebben drie keer een korte vragenlijst ingevuld over de factoren die voor hen een rol spelen in het bepalen van de behandelvolgorde. Het doel van deze vragenlijsten was om te bepalen over welke van deze factoren overeenstemming was tussen de behandelaren over de rol in het bepalen van het behandeltraject. Met overeenstemming wordt hierbij bedoeld dat ten minste 70% van de deelnemers instemde met het belang van de betreffende factor.

In de eerste vragenlijst werd door middel van een open vraag aan de deelnemers gevraagd welke factoren voor hen een rol spelen in het bepalen van de behandelvolgorde. In de tweede vragenlijstronde is vervolgens uitgevraagd hoe de betreffende factoren een rol spelen in de prioriteit voor de verschillende behandelingen. Deelnemers konden hierbij voor elke factor aangeven hoe deze de prioriteit voor elk type behandeling (gehechtheidsbevorderende behandeling, traumabehandeling voor het kind en traumabehandeling voor de ouder) beïnvloedt. Hierbij konden deelnemers kiezen uit drie verschillende opties: de betreffende factor kon de prioriteit van elk type behandeling verhogen, verlagen, of de betreffende factor had geen invloed op de prioriteit.

Op basis van de resultaten van vragenlijst 2 bleek voor een aantal factoren dat er overeenstemming was over de prioriteit van deze factoren voor elk type behandeling. Over de factoren waarover nog geen overeenstemming was over de prioriteit voor de verschillende behandeltypes werden in vragenlijst 3 nogmaals vragen gesteld. Deelnemers ontvingen in vragenlijst 3 een terugkoppeling over de factoren waarvoor duidelijk was hoe ze de prioriteit van de verschillende behandelingen beïnvloedden. Vervolgens werd aan de deelnemers gevraagd om voor elk van de factoren waarover nog geen overeenstemming was, aan te geven of deze wel of niet overwogen moet worden om de behandelvolgorde te kunnen bepalen.

Van vragenlijstresultaten naar handreiking

Uit de drie vragenlijstrondes werd voor elk van de behandelingen (gehechtheidsbevorderende behandeling, traumabehandeling voor het kind en traumabehandeling voor de ouder) duidelijk welke factoren de prioriteit voor de desbetreffende behandeling verhogen. Deze factoren boden echter nog geen duidelijkheid over de manier waarop ze interacteren met andere factoren in het beïnvloeden van de behandelvolgorde. De verschillende factoren en de manier waarop ze gezamenlijk de behandelvolgorde beïnvloeden, zijn daarom uitvoerig besproken binnen het onderzoeksteam. Op basis van input vanuit het onderzoeksteam, dat bestaat uit klinici en onderzoekers met expertise op het gebied van trauma- en gehechtheidsbehandeling na huiselijk geweld, is vervolgens een concept-handreiking tot stand gekomen. Om de gebruiksvriendelijkheid van de concept-handreiking te kunnen waarborgen is deze vervolgens aan een drietal deelnemers van de Delphi-studie voorgelegd, waarna hen in een semigestructureerd interview vragen zijn gesteld over de werkbaarheid van de concept-handreiking als geheel en de beschreven factoren. Na deze interviewronde is de handreiking verder verfijnd. Vervolgens is de handreiking gebruikt in een drietal casussen. Voor elk van deze casussen is de volgorde van behandeling bepaald met behulp van de handreiking. Op basis van het gebruik van de handreiking in die specifieke casussen is de huidige versie van de handreiking tot stand gekomen. Over één van de casussen is een case study gepubliceerd, en het gehele ontwikkelproces van de handreiking is beschreven in een andere publicatie. Beide publicaties worden hieronder vermeld en zijn *open-access* beschikbaar (in het Engels).

Van den Dorpel, W. M., Van der Voort, A., Van der Asdonk, S., Schuengel, C., De Roos, C., Zuidgeest, K., & Alink, L. R. A. (2026). Deciding on the order of attachment-based intervention, trauma therapy for parents, and trauma therapy for young children (0–6 years old) in families exposed to intimate partner violence: Guidance development using a multi method approach. *Children and Youth Services Review*, 109161. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2026.109161>

Van den Dorpel, W.M., Van der Asdonk, S., Van der Voort, A., Schuengel, C., Zuidgeest, K., De Roos, C. & Alink, L.R.A. (2026). Guided approach to decide on the order of attachment-based intervention, parental trauma therapy and children's trauma therapy: Case report of integrated treatment after domestic violence. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 100681. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2026.100681>

Bijlage C – Casusillustraties bij de handreiking

Onderstaand zijn drie casussen beschreven waarin de handreiking is gebruikt om de volgorde van behandeling te beargumenteren voor verschillende gezinnen. Deze illustraties bevatten een versimpelde weergave van het behandelproces, om zo meer inzicht te geven in de werkwijze van de handreiking. Als u deze handreiking zelf gebruikt kan het dus zijn dat dit proces uitgebreider is (bijvoorbeeld doordat u instrumenten gebruikt voor het inschatten van het mentaliserend vermogen of de staat van het oudergedrag).

Casus I - Anna

Moeder Anna en 4-jarige dochter Isa zijn aangemeld voor zorg n.a.v. huiselijk geweld dat binnen het gezin heeft gespeeld. Voorafgaand aan de intake is op basis van ingevulde vragenlijsten bekend dat er sprake is van **klinisch verhoogde PTSS-klachten bij moeder en kind**, en op basis van videobeelden is te zien dat er sprake is van **insensitief oudergedrag**. Tijdens de intake blijkt uit gesprek met Anna dat ze zich geen beeld kan vormen van de belevingswereld van haar dochter. Ze begrijpt haar dochter helemaal niet geeft ze aan, en vindt haar vaak lastig omdat ze het gevoel heeft dat Isa haar continu uitdaagt. Als besproken wordt of Anna zelf een voorkeur heeft voor één van de interventies (gehechtheidsbevorderend, trauma ouder of trauma kind), geeft ze aan **geen voorkeur** te hebben. Behandelkeuze op basis van de handreiking: Er zijn aanwijzingen voor een **verstoord mentaliserend vermogen**, waardoor begonnen wordt met gehechtheidsbevorderende behandeling. Ondanks dat de moeder klinische verhoogde PTSS klachten vertoont is dit geen belemmering voor het gesprek over de ouder-kindrelatie. Na de interventie is de sensitiviteit van Anna richting haar dochter Isa voldoende toegenomen, er is geen schadelijk of extreem insensitief oudergedrag zichtbaar. Wel is er nog steeds een **klinisch verhoogde mate van PTSS-klachten** bij moeder, waardoor besloten worden om traumabehandeling voor haar als ouder in te zetten. Na afloop hiervan is er geen noodzaak meer voor traumabehandeling voor dochter Isa, omdat deze tijdens de andere behandelingen voldoende zijn afgenomen, dus wordt het traject succesvol afgesloten.

Casus II – Najat

Moeder Najat en haar 2-jarige zoon Mo zijn aangemeld n.a.v. huiselijk geweld dat binnen het gezin heeft gespeeld, ze verblijven op dit moment bij de daklozenopvang. Voorafgaand aan de intake is op basis van ingevulde vragenlijsten bekend dat er sprake is van **klinisch verhoogde PTSS-klachten** bij moeder Najat maar niet bij zoon Mo, en op basis van videobeelden is te zien dat er sprake is van **insensitief en schadelijk oudergedrag**. Tijdens de intake vertelt Najat dat ze haar zoon soms irritant vindt, omdat hij veel aandacht vraagt en vaak iets wil dat niet mag van moeder. Moeder vindt dat haar zoon veel dreinend en driftig gedrag laat zien, wat haar doet denken aan het gedrag van haar partner gedurende het huiselijk geweld. Volgens haar luistert Mo expres nooit naar haar en kan hij alleen 'normaal' doen als ze hem zijn zin geeft, net als zijn vader. Ze reageert dan ook vaak boos en geïrriteerd op Mo, waar ze achteraf soms weer spijt van heeft als Mo dan hard gaat huilen. Najat heeft zelf geen voorkeur voor één van de behandelingen. Behandelkeuze op basis van de handreiking: Er zijn aanwijzingen voor een **verstoord mentaliserend vermogen**, waardoor in principe begonnen zou moeten worden met gehechtheidsbevorderende behandeling. Echter begint moeder eigenlijk al op het moment dat ze over Mo praat, ook aan haar ex-partner denken, en wordt overspoeld door negatieve emoties. Het gesprek over Mo komt hierdoor

niet op gang. Om die reden wordt gekozen om toch te beginnen met traumabehandeling voor moeder zelf. Na 6 sessies traumabehandeling voor moeder zelf wordt alsnog gehechtheidsbevorderende behandeling ingezet, en traumabehandeling voor het kind lijkt daarna niet nodig.

Casus III – Nico

Vader Nico en zijn 6-jarige dochter Emma zijn aangemeld n.a.v. huiselijk geweld dat binnen het gezin heeft gespeeld. Uit vragenlijsten die voorafgaand aan de intake zijn ingevuld blijkt dat zowel vader als dochter **klinisch verhoogd** scoren op een vragenlijst over **PTSS-klachten**. Op basis van videobeelden is te zien dat er sprake is van **insensitief oudergedrag**, waarbij het gedrag van vader vaak niet aansluit bij het gedrag van Emma. Tijdens het intake-gesprek vertelt vader over zijn dochter Emma dat ze een creatief gevoelig meisje is, dat snel schrikt en veel bang is. Als hij dat ziet gaat hij naar haar toe en zegt haar dat ze veilig zijn en dat ze niet bang hoeft te zijn. Ze ontspant dan zichtbaar. Hij vindt het soms best lastig om met haar om te gaan, bijvoorbeeld als ze boos op hem is en schreeuwt dat ze naar haar moeder toe wil. Hij wordt dan soms ook boos op haar en kan wat geïrriteerd reageren. Meestal lukt het hem echter om rustig te blijven. Desgevraagd geeft vader aan dat hij geen voorkeur heeft voor één van de behandelingen.

Behandelkeuze op basis van de handreiking: er zijn geen aanwijzingen dat het mentaliserend vermogen verstoord is. Vanwege het **insensitieve oudergedrag** in combinatie met de **hoge PTSS-klachten** van vader wordt besloten om eerst traumabehandeling voor vader zelf in te zetten, waarna traumabehandeling van dochter Emma volgt. Er zijn geen klachten in de gehechtheidsrelatie n.a.v. een problematische gehechtheidsgeschiedenis tussen vader en dochter, en dus wordt het behandeltraject hierna afgesloten.

Bijlage D – Gebruikte referenties

- Biringen, Z., Robinson, J., & Emde, R. (2008). The emotional availability (EA) scales. *Unpublished manual*, 31998.
- McWey, L. M., Holtrop, K., Wojciak, A. S., & Claridge, A. M. (2015). Retention in a parenting intervention among parents involved with the child welfare system. *Journal of Child and family Studies*, 24(4), 1073-1087. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9916-5>
- Zeanah, C. H., Benoit, D., & Barton, M. (1986). Working model of the child interview. *Unpublished manuscript*, 1993. Retrieved from: https://bjornsalomonsson.se/wp-content/uploads/2024/04/Zeanah_WORKING-MODEL-OF-THE-CHILD-INTERVIEW.pdf